

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARDA EV KAZALARININ
İNCELENMESİ

MUSTAFA ŞEKER

Hemşirelik Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARDA EV KAZALARININ
İNCELENMESİ

MUSTAFA ŞEKER

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ FERİDE YİĞİT

GAZİANTEP

2018

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi **Mustafa ŞEKER** tarafından hazırlanan “**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ev Kazalarının İncelenmesi**” başlıklı tez, 17.07.2018 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

<u>Görevi</u>	<u>Unvanı Adı Soyadı</u> <u>Kurumu/Üniversitesi</u>	<u>İmzası:</u>
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Feride YİĞİT Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Başkanı	: Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF	
Jüri Üyesi	: Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane HF	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmanın tüm süreçleri boyunca desteğini her daim hissettiğim, her anımda yanımda olan akademik görüşü, güler yüzlülüğü ile akademik bilgi ve tecrübelerini bana içtenlikle aktaran sevgili tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Feride YİĞİT'e ,

Engin bilgi ve tecrübelerinden her zaman yararlandığım çok değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM'e,

Akademik görüş ve hayat felsefesi konusunda her zaman kendime örnek olarak gördüğüm Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem KÖÇKAR'a

Her daim eğitimim konusunda beni teşvik eden, hayatımda en ufak sendelediğim anda manevi olarak yanımda hissettiğim, beni bu dünyaya getiren çok değerli canım annem Emine ŞEKER'e desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Mustafa ŞEKER

Gaziantep, 2018

ÖZET

Mustafa ŞEKER, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ev Kazalarının İncelenmesi, Hemşirelik A.D., Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018. Araştırma Gaziantep İl Sınırları içerisinde bulunan bir devlet hastanesinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocukların ev kazalarını incelemek amacıyla 72 çocuk ile yapılmıştır. ‘‘Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu’’ ve ‘‘15 Günlük Ev Kazası Takip Formu’’ kullanılarak toplanmıştır. Toplanan veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında SPSS 22.0 (The Statistical Package for the Social Sciences- PC Version22.0) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çocukların %83.3’ünün erkek, %75.0’inin 7-12 yaş arasında olduğu, %68.1’inin 2501-3500 gr arasında doğduğu, %37.5’inin 6 ay ve daha altında anne sütü aldığı, %84.7’sinin 9 saat ve altında uyuduğu belirlenmiştir. Çocukların %25’inin ev kazasına maruz kaldığı, ev kazası geçiren çocukların %8.3’ü iki ev kazası geçirdiği saptanmıştır. En çok görülen ev kazası tipleri; düşme (%75.0), çarpma (%12.5), kesici/delici alet yaralanmasıdır (%8.3). Tüm kazaların %37.5’i salonda meydana geldiği ve en çok (%33.3) yaralanan vücut bölgesinin ile dizler olduğu belirlenmiştir.

Ev kazası geçirme durumu ile DEHB’li çocuk yaş ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Ev kazası görülme oranının büyük çoğunluğunu erkek, 7-12 yaş arası, 9 saat ve altında uyuyan, 5 veya daha fazla kişinin yaşadığı ve 2 veya daha fazla kardeşi bulunan çocuklar oluşturmuştur.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların ve ailelerinin ev kazası konusunda bilgilendirilmesi ve eğitim verilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Ev Kazası, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Hemşirelik

ABSTRACT

Mustafa ŞEKER, Examination of Home Accidents in Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Diagnosed, Nursing Department, Graduate Thesis, Gaziantep, 2018. The study was carried out with 72 children in order to examine the house accidents of the children who had been diagnosed with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder in a state hospital located in the Gaziantep Provincial Borders. " Socio-Demographic Data Collection Form " and " 15-Day House Accident Follow-up Form ". The collected data were evaluated by the researcher using the package program SPSS 22.0 (The Statistical Package for the Social Sciences - PC Version 22.0).

It was found that 83.3% of the children were male, 75.0% were between 7-12 years, 68.1% were born between 2501-3500 gr, 37.5% had breast milk for 6 months or less, 84.7% sleep. It was determined that 25.3% of the children were exposed to domestic accidents and 8.3% of the children had domestic accidents. The most common types of house accidents are; fall (75.0%), impact (12.5%), cutter / drill tool injury (8.3%). It was determined that 37.5% of all accidents occurred at the end of the row and the knee was the body region injured most (33.3%).

There was a statistically significant relationship between home accidents and the average age of children with ADHD ($p < 0.05$). The majority of household accidents were male, 7-12 years, sleeping 9 hours or less, 5 or more people living with children with 2 or more siblings. Attention deficit and hyperactivity impairment are the result of educating children and their families about home accidents and educating them.

Key words: Home Accident, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Nursing

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ SAVUNMA TUTANAĞI.....	
TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET.....	II
ABSTRACT.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	VII
TABLO DİZİNİ.....	VIII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	IX
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	3
2.1.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı.....	3
2.1.2.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tarihçesi.....	3
2.1.3.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Tanı Koyma.....	4
2.1.4.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tipleri.....	4
2.1.5.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Görülme Sıklığı.....	5
2.1.6.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Nedenleri.....	5
2.1.6.1. Genetik Faktör.....	5
2.1.6.2. Psikososyal ve Çevresel Faktör.....	6
2.1.6.3. Nörokimyasal, Nörobiyolojik ve Nörofizyolojik Etkenler.....	7
2.1.7. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi.....	8
2.1.7.1.İlaç Tedavisi.....	8
2.1.7.2.Psikoterapi ve Psikososyal Terapi.....	9
2.2.Ev Kazaları.....	10
2.2.1.Kazalar ve Ev Kazaları.....	10
2.2.2.Ev Kazalarının Sıklığı.....	12
2.2.3.Ev Kazalarını Etkileyen Faktörler.....	12
2.2.3.1.Çevresel Faktörler.....	12
2.2.3.2.Ailesel Faktörler.....	13

2.2.3.3.Bireysel Faktörler.....	14
2.2.4.Çocuklarda Sık Karşılaşılan Ev Kazaları.....	15
2.2.4.1.Düşme.....	15
2.2.4.2.Yanma.....	15
2.2.4.3.Zehirlenme.....	16
2.2.4.4.Boğulma.....	17
2.2.4.5.Kesici/Delici Alet Yaralanması.....	18
2.2.4.6.Elektrik Çarpması.....	18
2.2.5.Ev Kazalarının Önlenmesine Yönelik Alınabilecek Tedbirler.....	18
2.2.5.1.Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Alınabilecek Tedbirler.....	18
2.2.5.2.Yanmaların Önlenmesine Yönelik Alınabilecek Tedbirler.....	19
2.2.5.3.Zehirlenmelerin Önlenmesine Yönelik Alınabilecek Tedbirler.....	19
2.2.5.4.Boğulmaların Önlenmesine Yönelik Alınabilecek Tedbirler	20
2.2.5.5.Kesici/Delici Alet Yaralanmalarının Önlenmesine Yönelik Alınabilecek Tedbirler	20
2.2.5.6.Elektrik Çarpmalarının Önlenmesine Yönelik Alınabilecek Tedbirler...	20
2.3.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Ev Kazaları.....	21
2.4. Ev Kazalarında Hemşirenin Rolü.....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırma Soruları.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı.....	23
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	23
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	24
3.5. Veri Toplama Gereçleri.....	24
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	25
3.8.Verilerin İstatistiksel Analizi.....	25
4.BULGULAR.....	26
4. 1. Tanıtıcı Özelliklerle İlgili Bulgular.....	26
4.2. Tanıtıcı Özellikler ile Ev Kazalarının İlişkilerine Ait Bulgular.....	35
5.TARTIŞMA.....	41
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
6.1. Sonuçlar.....	49

6.2. Öneriler.....	51
6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	52
KAYNAKLAR.....	53
EKLER.....	67
EK:1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	67
EK:2 Etik Kurul Onay Formu.....	68
EK:3 Etik Kurul Kararı.....	69
EK:4 Kurum İzni.....	71
EK:5 Veri Toplama Formları.....	73
EK:6 Gönüllüleri Bilgilendirme Olur (rıza) Formu.....	79
EK:7 İntihal Raporu.....	80
EK:8 Araştırmacının Özgeçmişi.....	81

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ev Kazalarının İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Mustafa ŞEKER
17/07/2018



TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4.1.1.Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 4.1.2. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	27
Tablo 4.1.3. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	27
Tablo 4.1.4. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	28
Tablo 4.1.5. Aileye Ait Özelliklerin Dağılımı.....	29
Tablo 4.1.6. İkamet Edilen Konutun Özelliklerinin Dağılımı.....	30
Tablo 4.1.7. Bazı Ev İçi Durum ve Davranışların Dağılımı.....	31
Tablo 4.1.8. Ev Kazası Geçirme Durumu ve Ev Kazası Sayılarının Dağılımı...	32
Tablo 4.1.9. Tüm Ev Kazalarının Dağılımı.....	32
Tablo 4.1.10. Birinci Ev Kazalarının Dağılımı.....	33
Tablo 4.1.11. İkinci Ev Kazalarının Dağılımı.....	34
Tablo 4.2.1. Olguların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ev Kazası Geçirme Durumlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.2.2. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ev Kazası Geçirme Durumlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.2.3.Aileye Ait Özellikler İle Ev Kazası Geçirme Durumlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.2.4. İkamet Edilen Konutun Özellikleri İle Ev Kazası Geçirme Durumlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.2.5. Bazı Ev İçi Durum ve Davranışlar İle Ev Kazası Geçirme Durumlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.2.6. Olguların Bazı Özelliklerinin Ortalamaları İle Ev Kazası Geçirme Durumlarının Karşılaştırılması.....	40

KISALTMALAR LİSTESİ

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

EEG: Elektroensefalografi

FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Birliği

UK: Birleşik Krallık

SES: Sosyoekonomik Statü

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize çocukluk çağında en sık karşılaşılan gelişimsel bozukluklardan birisidir (1, 2).

DEHB kendine güvenin olmaması, aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma, dağınıklık, dikkat dağınıklık, dürtüleri kontrol edememe, toplumsal kurallara uymakta zorlanma, sınıf içi davranış sorunları gibi bazı temel ve ikincil belirtilerle akademik hayatı, iş ve sosyal yaşamı etkileyen bir bozukluktur (3, 4, 5, 6).

Dünya çapında yaygınlığı %5 ile %10 arasında tahmin edilen DEHB, ülkemizde okul çağındaki çocuklarda oranının %8.1 olduğu bildirilmektedir (7, 8). Erkekler de DEHB görülme oranı kızlardan 3 ile 5 kat fazladır (9).

Çocukluk çağında tanı alan hastaların belirtileri erişkinlik döneminde de önemli oranda devam etmekte ve yaşamın her döneminde etkisini sürdürmektedir (10). DEHB belirtilerinin tanı konulan hastalarda ergenlik döneminde %50 ile %80, yetişkinlik döneminde ise %30 ile %50 oranında devam ettiği bilinmektedir (2).

DEHB tanısı alan ve almayan çocuklar benzer şekilde tehlikeleri tanımlanabilmesine karşın, DEHB' li çocukların riskli davranışları daha az ciddiye aldıkları, önleme stratejileri ve güvenlik kurallarını daha az uydıkları belirlenmiştir (11).

DEHB ve yaralanmalar arasındaki bağlantı uzun yıllar araştırma konusu olmuştur. Bu bağlantıyı açıklayan literatürün çoğu, çocuklarda tıbbi tedavi gerektiren büyük yaralanmalarla ilgilidir. Bu durum özellikle, acil servislerden veya diğer tıbbi bakım kaynaklarından alınan verilerden, yaralanma sıklığını tahmin etmek için kullanılan verilere dayanan retrospektif çalışmalarda geçerlidir (12).

Çocukların ruh sağlığı durumu ve psikolojik sorunları ev kazalarının oluşmasında risk faktörleri arasındadır. DEHB belirtileriyle ilişkili olarak çocukluk çağı yaralanma riski ile güçlü bir ilişkisi vardır. Çalışmalar DEHB tanısı almış olmanın çocukluk dönemi yaralanma riskini yaklaşık iki katına çıkardığını göstermektedir (13).

Ev kazası; çocuklar için kazaların önde gelen mekânlarından olan ev ve evin çevresinde meydana gelen yaralanmalardır (14, 15). Her yaş grubunda ev kazası görülürken yaşlılar ve çocuklar için önemli bir sağlık sorunudur. Ev kazası görülme oranı ülke ve yaş gruplarında değişiklik gösterse de çocukluk çağında meydana gelen kazaların %25' inin oluşturur. Ülkemizde görülen tüm kazaların %18 ile %25'ini çocukluk çağı ev kazaları oluşturmaktadır (16).

Tehlikenin farkında olmayan çocukların, çevrede bulunan risklere karşı savunmasız ve açık olmaları, meraklı davranışlar sergilemeleri gibi nedenlerle ev kazaları ile daha sık karşılaşılır (17).

1.2. Araştırmanın Amacı

Günümüzde DEHB tanılı bireylerle yapılan kaza çalışmaları trafik kazaları, yaralanma çalışmaları ise kafa yaralanmaları gibi ciddi ve büyük yaralanmalarla ilgili yapılmış olup DEHB tanılı çocuklarda ev kazalarının incelendiği çalışmalar yabancı ve yerli literatürde bulunmamaktadır. Ciddi yaralanmalarla sonuçlanmayan ev kazalarının büyük çoğunluğu önemsenmemekte ve göz ardı edilmektedir. Oysa ev kazaları çocukların ruhsal durumlarını etkilemekte ve günlük yaşam aktivitelerini normal bir şekilde sürdürmelerine engel olmaktadır. Bu nedenle çalışmamız DEHB'li çocuklarda ev kazalarının türlerini, oluş şekillerini ve sıklığını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksiliği ve Hiperaktivite

2.1.1. Dikkat Eksiliği ve Hiperaktivite Tanımı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ağırlıklı olarak çocukluk çağında tanısı koyulan, tanı koyulan kişileri hayatları boyunca etkileyebilen, aşırı hareketli olma, dikkat eksikliği yaşama ve impulsivite (sonucunu düşünmeden eyleme geçme, fevriyet, dürtüsellik) ile karakterize çocukluk çağının en yaygın psikiyatrik sorunlarından birisidir (18, 19, 20, 21, 22, 23).

DEHB, her yaşta teşhis ve tanı koyulmasına rağmen ağırlıklı olarak erken çocukluk döneminde tanı koyulan hiperaktivite ve dikkat eksikliği problemlerinin birlikte olmasına rağmen bazen dikkat eksikliğinin baskın olmakta bazen de dikkat eksikliğinin geri planda kaldığı hiperaktivite ve dürtüsellik öne çıktığı psikiyatrik bir bozukluktur (19, 24). Bu sayılan belirtilerin yanında DEHB tanısı almış çocuklarda zayıf akademik performans, öğrenme bozuklukları, agresif davranışlar, akran çatışmaları gibi sorunlar görülmekte evlerinde, okullarında ve sosyal hayatlarında sorunlar yaşamaktadırlar (20, 22, 24).

2.1.2. Dikkat Eksiliği ve Hiperaktivite Tarihçesi

19. yy sonlarına kadar uzanan DEHB tanısının resmen adının koyulmasından önce bu hastalığa "minimal beyin zedelenmesi", "hiperaktif/hiperkinetik sendrom", "dikkat eksikliği sendromu" gibi tanımlamalar yapılmıştır (18, 19, 24).

1902 de Still tarafından aşırı hareketli, konsantrasyon güçlüğü çeken, öğrenme zorlukları ve davranış zorlukları gösteren bu çocuklara "ahlaki kurallara uyma güçlüğü çeken çocuklar" tanımlaması yapılmıştır(19). 1947 yılında "beyin hasarlı çocuklar" olarak tanımlanırken, 1971 yılında Wender isimli bir araştırmacı "minimal beyin hasarlı çocuklar" olarak tanımlamıştır (18, 19).

1966 ve 1975 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' nde bulunan bazı eyaletlerde "beyin hasarı bulunan" bireyler için, bazı eyaletlerde ise "nörolojik bozuklukları" olan bireyler için sınıflar açılmıştır. Bu her iki sınıfa kabul koşulları ise hiperaktivite belirtileri göstermek, algılama ve öğrenmede bozukluk olması ve küçük

motor anomaliliklerin olmasıyla birlikte IQ nün normal aralıkta olması göz önünde bulundurulmuştur (24).

1980 yılında ise tanımlanamayan beyin hasarı teorileri yerine Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nın tanı şeması olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)-III etiyojik teorileri bir tarafa koymuş ve davranışsal düzeyde güvenilir problem tanımlanmasına yoğunlaşmış hastalığı "hiperaktivitesi olan" veya "hiperaktivitesi olmayan" iki alt tiple "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" olarak tanımlamıştır (25, 26).

1987 de DSM-III-R' de "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu" olarak yeniden tanımlanmıştır. DSM-IV te dikkat eksikliğinin baskın olduğu, hiperaktivite ve dürtüselliğın baskın olduğu ve bileşik tip olmak üzere üç alt tip belirlenip hastalık "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu" tanımlanmıştır. Son olarak DEHB DSM-V kitabında "Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu" olarak tanımlanmaktadır (26, 27).

2.1.3. Dikkat Eksikliğı ve Hiperaktivitede Tanı Koyma

DEHB tanısı yalnızca bir uzman tarafından koyulmalıdır. Anne, baba, çocuk, öğretmen ve okul rehberlik birimi gibi birçok kaynaktan bilgi edinilerek DSM-V tanı ölçütlerinden faydalanılarak koyulmaktadır (28).

2.1.4. Dikkat Eksikliğı Ve Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tipleri

DEHB tanısı almış bireylerde bozukluğun altı ay içindeki belirtileri incelenir ve baskın olan belirtiler göz önünde bulundurulur alt tip belirlenmesi yapılır (9).

Bileşik tip; birincil belirtilerin (dikkat eksikliğı, hiperaktivite, dürtüsellik) üçünün de aynı anda bulunduğu tiptir. DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin toplamında ve her iki cinsiyette de en sık karşılaşılan tiptir (9, 27).

Hiperaktivite ve dürtüselliğın baskın olduğu tip; son altı ayda veya en az altı aydır hiperaktivite ve dürtüselliğın baskın görüldüğü tiptir. Erkeklerde en çok görülen tiptir (9, 27).

Dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip; son altı ayda veya en az altı aydır dikkat eksikliğinin baskın görüldüğü tiptir. Kızlarda en çok görülen tiptir (9, 27).

2.1.5. Dikkat Eksiliği ve Hiperaktivite Görülme Sıklığı

DEHB çocukluk çağında en sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlıklardan birisidir (18,27,29,30). Farklı çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmesine rağmen DEHB görülme oranlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir (1). Dünya da genel olarak çocuklarda görülme oranı %3 ile %8 arasında değişmektedir (18, 26, 27, 30, 31, 32).

2007 yılında 18 yaş altı çocuklarda dünya çapında birleştirilmiş DEHB prevalansı %5.3 olarak bulunmuştur (33).

Ulusal ve uluslararası DEHB sıklığını inceleyen birçok çalışmaya göre, Almanya DEHB' de tanı koyma oranının %0,2 ile en düşük olduğu ülkedir. Tanı koyma oranının en yüksek olduğu ülke ise %27 ile Portekiz olarak bulunmuştur. ABD' de DEHB görülme oranının %4 ile %10 arasında olduğu belirtilmiştir (3).

DEHB alt tiplerinin cinsiyete göre incelenmesine göre erkek cinsiyeti üç alt tipte kızlardan daha çoktur. En çok görülen DEHB tipi bileşik tiptir. Diğer tiplerden erkeklerde hiperaktivite ve dürtüselliğin baskın olduğu tip daha fazla görülürken kızlarda ise dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip daha fazla görülmektedir (27).

2.1.6. Dikkat Eksiliği ve Hiperaktivite Nedenleri

Psikiyatrik hastalıkların birçoğunda olduğu gibi, en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan birisi olan DEHB'inde nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Diğer psikiyatrik rahatsızlıklarda olduğu gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin DEHB'in oluşmasında neden olduğu düşünülmektedir (34, 35, 36).

2.1.6.1 Genetik faktör

DEHB'in ortaya çıkmasında en önemli faktör kalıttır. Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında DEHB'in ortaya çıkmasındaki genetik faktör hakkında kesin kanıt sunacak verilere ulaşılmasa da genetik faktörün etkili olduğu savunulmaktadır (27, 34, 36, 37).

Aile çalışmaları; DEHB tanısı almış çocukların birinci derece akrabaları ile yapılan çalışmalar, DEHB'in aile içi genetik geçişini desteklemektedir. DEHB olan hastaların birinci derece akrabalarında DEHB görülme oranının %20 ile %50 arasında olduğu bildirilmiştir (38, 39). DEHB'li ebeveynlerin çocuklarında DEHB tanısı almış olma

oranı, DEHB'li çocukların ebeveynlerinde DEHB tanısı almış olma oranından daha yüksektir (8).

İkiz çalışmaları; Genetik yapılarına göre ikizler, tek yumurta (monozigot) ve çift yumurta (dizigot) olarak ayrılmaktadır. Tek yumurta ikizlerinin genleri %100 benzerken bu ikizlerden biri DEHB tanısı almış ise diğer ikizin DEHB tanısı alma ihtimali %59 ile %92 arasındadır. Çift yumurta ikizlerinde ise genler %50 benzerlik gösterirken ikizlerden birinde DEHB tanısı varsa diğer ikizin DEHB tanısı alma ihtimali %29 ile %42 arasındadır (40, 41).

İkizlerde yapılan çeşitli çalışmalara göre DEHB' in kalıtımla geçtiği ortalama %76 olduğu belirtilmiştir. Buna göre DEHB genetik yatkınlığı en yüksek psikiyatrik bozukluklar arasında gösterilmektedir (40).

Evlad edinme çalışmaları; DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda evlat edinme faktörü DEHB' de genetik yatkınlığı desteklemektedir. Yapılmış olan bir çalışma sonucuna göre, DEHB tanısı almış ve evlat edinilmiş çocukların birinci derece biyolojik akrabaları, DEHB tanısı almış evlat edinilmemiş çocukların birinci derece akrabaları ile DEHB tanısı almamış ve evlat edinilmemiş çocukların birinci derece akrabaları kontrol grubuna koyulup karşılaştırılmış. DEHB tanısı almış evlat edinilen çocukların birinci derece biyolojik akrabalarında %6, DEHB tanısı almış evlat edinilmemiş çocukların birinci derece biyolojik akrabalarında % 18 ve DEHB tanısı almamış ve evlat edinilmemiş çocukların birinci derece akrabalarında %3 oranında DEHB tanısı almış bireyler bulunmuştur (42).

2.1.6.2. Psikososyal ve çevresel faktör

Psikososyal ve çevresel etkenlerin doğrudan DEHB' e neden olduğu düşünülmez ancak genetik olarak DEHB yatkınlığı olan bireylerde DEHB tanısı alma riskini artırdığı bildirilmektedir (43).

Çevresel etkenler; doğum öncesi dönemde DEHB tanısı alma riskini artırdığı düşünülen faktörler; annenin alkol ve sigara kullanımı, annenin yaşı, doğum öncesi kanama, zehirli kimyasal maddelere maruz kalma (kurşun zehirlenmesi vb), yetersiz ve kötü beslenme ve çoğul gebelik olarak sıralanabilir. DEHB tanısı almış olguların %10 ile %20' sinde doğum öncesi sorunlarla karşılaşmaktadır (2, 43, 44).

Doğum sırasındaki faktörler; erken veya zor doğum, doğum anında yaşanan sorunlar (bebeğin oksijensiz kalması gibi), düşük doğum ağırlığı, doğum sırasındaki kafa travmalarıdır (43, 44). Erken veya zor doğum ve doğum sırasındaki sorunlar yeni doğan bebeğin özellikle beyin striatum bölgesinde hipoksik hasara neden olup DEHB gelişimine zemin oluşturabilir (2).

Doğum sonrası faktörler; geçirilen merkezi sinir sistemi hastalıkları, yoksulluk, kötü beslenme, demir eksikliğidir (43, 44).

Gıda boyaları ve koruyucu maddeler gibi gıda katkı maddelerinin kullanımı, şeker tüketimi, kafein tüketimi gibi etkenlerin DEHB tanı alma riskini artırdığı düşünülse de bu etkenleri ortaya koyan yeterli kanıt bulunamamıştır (43, 44, 45).

Psikososyal etkenler; psikososyal etkenlerin DEHB oluşmasında hazırlayıcı ve ortaya çıkışında hızlandırıcı bir rol oynadığı düşünülmektedir. Erken yaşlarda yaşanan kayıplar, şiddet, düşük sosyal sınıf, çocuğun yetiştirme yurdunda veya bakımevinde büyümesi gibi etkenlerin gelişimi olumsuz etkileyeceği bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda kontrol grubu ile DEHB tanısı almış çocukların aileleri kıyaslandığında, DEHB olan çocukların ailelerinde özellikle annelerinde psikopatoloji bulunma oranı yüksek olduğu ve aile içi kronik çatışmaların daha sık görüldüğü bulunmuştur (45, 46).

2.1.6.3. Nörokimyasal, Nörobiyolojik ve Nörofizyolojik Etkenler

Yapılan araştırmalara göre nörotransmitterlerin özellikle dopaminerjik ve nöradrenerjik sistemdeki anomalilerin DEHB semptomlarının ortaya çıkması ve hastalığın oluşmasında etkili olduğu bildirmektedir. DEHB ile doğrudan ilgili tek bir nörotransmitter belirlenmemiş olup, birçok transmitterin DEHB semptomlarında etkili olduğu belirlenmiştir (45,46).

DEHB tanısı almış çocuklardaki beyin bölgelerinin izlenmesi sonucunda beyin striatal bölgelerinde kanlanma azlığı ve düşük striatal aktivite saptandığı gözlemlenmiştir. Frontal ve temporal loblarda serebellum ve subkortikal alanlardaki kanlanma da azlık saptanmış olup, bu kanlanma azlığı bilişsel ve davranışsal alanlardaki bozulma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca manyetik görüntülemeler sonucunda corpus callosumun ve sağ ön frontal lobun normalden küçük olduğu görülmüştür (42,47).

DEHB tanısı almış çocukların elektroensefalografi (EEG)' lerinin incelenmesinde DEHB tanılı çocuklarda %5-30 arasında ve %35-50 oranında EEG anomalisi saptanmıştır (42, 47). Fakat bu EEG sonuçlarının DEHB' e özgü olmadığı, santral sinir sisteminin olgunlaşmasındaki gecikmeyi gösterebileceği de düşünülmektedir (48).

2.1.7.Dikkat Eksiliği ve Hiperaktivite Tedavisi

DEHB' de tedavi ilaç tedavisi, psikoterapi ve psikososyal terapiden oluşur(48).

2.1.7.1. İlaç Tedavisi

DEHB' de en etkili tedavi biçimi ilaç tedavisidir (48). DEHB tanılı çocuklarda ilaç tedavisinin başlanmasına karar vermede klinisyenler zorlandıklarını ifade etmektedir. Belirtilerin akut tedavisinin, ilaçların olası yan etkilerinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Akut belirtilerinin tedavi gereksiniminin olası uzun dönemlere etkisi ağır bastığında ilaç tedavisine başlanmaktadır (49).

Psikostimulanlar (uyarıcılar); DEHB'in ilaçla tedavi yönteminde ilk olarak tercih edilen ve en çok kullanılan ilaç grubu psikostimulanlardır. Metilfenidat, karışık amfetamin tuzları, lisdeksamfetamin dimesilat ve dekstroamfetamin bu ilaç gurubu içerisinde yer almaktadır. Amerikan Gıda ve İlaç Birliği (FDA) amfetamin tuzlarında üç yaşından sonra, metilfenidat da ise altı yaşından sonra kullanımı onaylamıştır (34). En sık kullanılan ilaç metilfenidattır. Ülkemizde sadece kısa ve uzun etkili metilfenidat bulunmaktadır (34, 49).

İstatistiki verilere göre ülkemizde çocuk yaş grubu DEHB hastalarında stimulanların artan oranda ve erken yaşta kullanılmaya başlandığı belirtilmiştir (49).

Güvenilirliği, etkinliği ve yan etkileri iyi bilinen metilfenidat, DEHB tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır. İştahta azalma, baş ağrısı, karın ağrısı ve uykuya dalmakta günlük yaşama metilfenidatın en sık karşılaşılan yan etkileridir (50).

Psikostimulan (uyarıcı) olmayan ilaçlar; DEHB tedavisinde kullanılan başlıca psikostimulan dışı ilaçlar grubunda atomoksetin, alfa 2 agonistler, bupropion, modafinil, raboksetin, omega3-omega6 yağ asitleri vardır (34). Bu ilaçlar psikostimulanların yan etkileri göz önünde bulundurularak tercih edilen diğer ilaçlardır (27, 34). DEHB belirtileri üzerinde psikostimulanlar kadar etkili değildirler, fakat psikostimulanların yetersiz kaldığı durumlarda diğer seçenek olarak tercih edilirler (51).

2.1.7.2. Psikoterapi ve Psikososyal Terapi

DEHB tanısı almış bireylere uygulanan ilaç tedavileri birincil belirtilerin tedavisinde iyileşme oranının yüksek olmasına rağmen, bu ilaçlar hastalığa eşlik eden bazı davranışların engellenmesinde sınırlı etkide kalmaktadır. Psikoterapi ve psikososyal yaklaşımlar tedaviyi tamamlamaktadır (34, 52).

Psikoterapi; psikoterapi DEHB ile yaşamayı ve hastalığı kabullenmek gibi bazı ana öğretileri hastaya aktarır. Bireyin kendinin huzursuz hissettiği duygu ve düşüncelerini terapisti ile paylaşması gerekmektedir. Bireye faydası olmayan davranışların değiştirilmesi konusunda terapist ve hasta ortak bir karara varırlar. Psikoterapinin 11 yaşından büyük çocuklarda daha geçerli olduğu görülmektedir (53).

Psikososyal terapi; psikososyal terapiler hastalarda dürtü kontrolünün daha iyi sağlanmasına, harekete geçmeden önceki düşünme süresinin uzamasına ve hareketlerin ölçülü bir şekilde gerçekleşmesini sağlamayı amaçlar (52).

DEHB tanısı sadece çocukları etkilemekle kalmamakta aile bireylerini ve sosyal çevresini de etkilemektedir. Çocukla birlikte ebeveynlerinde tedavi sürecine katılması sağlanmalıdır. Ailenin çocuğa karşı olan tutumu önemlidir. Aile çocuğun sorunlarını kabul etmeli, aşırı hoşgörülü ve cezalandırıcı tavırlarda bulunmamalı ve sorundan bağımsız bir şekilde çocuğun kurallara uygun yetiştirilmesi sağlanmalıdır (34, 53). DEHB tedavi süresi boyunca aile desteklenmeli, hastalık konusunda aileye bilgiler verilmeli ve eğitilmelidir (54).

DEHB tanılı çocukların okulda arkadaş çevrelerine veya aile bireyelerine rahatsızlık veren davranışlarda bulunması çocukların tedavisinde sadece ilacın yeterli olmadığını göstermektedir. Bu gibi durumlarda davranış tedavilerinin faydasının olduğu bildirilmektedir (53).

Diğer psikososyal terapi teknikleri, okul görüşmeleri, bilişsel davranışçı terapi ve oyun terapisi (51).

2.2. Ev Kazaları

2.2.1. Kazalar ve Ev Kazaları

Kaza; önceden planlanmamış ve bekleyen ancak yaralanmaya, can veya mal kaybına neden olabilen olaydır (55, 15). Kazalar; trafik kazaları, iş kazaları, okul kazaları ve ev kazaları olarak gruplandırılmaktadır (15). Ev kazaları sayı olarak tüm bu kazaların yaklaşık yarısını oluşturmakta ve giderek artış gösterdiği tahmin edilmektedir (17, 56).

Kaza sonrasında bireylerde yaralanma meydana gelebilir. Yaralanmalar nedenlerine göre kasıtlı yaralanmalar ve kasıtsız yaralanmalar olarak gruplandırılır. Kasıtlı yaralanmalar "şiddet" olarak adlandırılırken, kasıtsız yaralanmalar "kaza" olarak adlandırılmaktadır (57).

Çocukluk çağı yaralanmaları ABD' de her yıl yaklaşık olarak 16.000 ölümden sorumludur ve bu ölümlerin %70'inden fazlası kasıtsız yaralanma sonucu gerçekleşir. Kasıtsız yaralanmaların başlıca nedenleri çocuğun yaşına göre değişim göstermekle birlikte çoğu yaralanma ailenin riskleri ortadan kaldırması ve güvenlik önlemlerini yerine getirilmesi ile önlenebilir (58).

Çocuklarda kasıtsız yaralanmalar küresel kamu sağlığında önemli bir sorun olup, çocuklarda mortalite ve morbiditenin ana nedenlerinden biridir. Bu yaralanmaların oranı düşük gelirli ülkelerde daha yüksektir ve genellikle her ülke içinde yaralanmalar düşük gelirli ailelerin çocuklarını daha çok etkilemektedir. Düşük gelire sahip kişilerin yaşadığı alanlarda risk faktörleri; güvenli olmayan (risk oranı yüksek) evler, oyun alanları ve yollar olarak sıralanabilir (59).

Dünyada çocuklarda gerçekleşen kasıtsız yaralanmalar her yıl yaklaşık 900.000 ölüm nedenidir. Milyonlarca çocuk ölümcül olmayan kasıtsız yaralanmaların tedavisi için tıbbi bakıma ihtiyaç duymaktadır. Buna ek olarak çocuklar yaralanmalar sonucu engelli kalabilmekte ve bu yaralanmalar ömür boyu hayatlarını etkileyebilmektedir (60).

Çocukların yaralanma oranlarında Avrupa ülkelerinde belirgin farklar bulunmaktadır; düşük ve orta gelirli ülkelerdeki mortalite oranı, yüksek gelir grubu ülkelerin üç katıdır. Ülkenin bölgelerine göre de değişiklik gösterebilmektedir. Daha yoksun koşullarda yaşayan Birleşik Krallıktaki (UK) çocuklar daha iyi koşullarda yaşayanlara göre daha fazla kasıtsız yaralanma riski taşımaktadır. (60).

Kazalar (kasıtsız yaralanmalar), gerçekleştiği mekan ve nedenlere göre altı gruba ayrılır:

- 1.Trafik kazaları
- 2.İş kazaları
- 3.Endüstriyel kazalar
- 4.Spor kazaları
- 5.Okul kazalar
- 6.Ev kazaları (57)

Ev kazası; hatalı davranışlardan, çevredeki tehlikeli durumlardan bazen de bu her iki durumun birleşiminden kaynaklanan, yaralanmaya neden olan ya da olmayan, evin içinde, avlusunda veya bahçesinde meydana gelen beklenmedik ve kasıtsız bir olaydır (15, 56, 57, 61) .

Çocuklar, yetişkin bireylere göre düzenlenmiş bir çevrede yaşarlar. Bu nedenden de çevrelerindeki olası tehlike risklerini algılayamazlar (62). Çok çeşitli ortamlarda kazalar meydana gelebilir; ancak ev, çocukları ilgilendiren kazalar için en muhtemel yerdir (63). Çocuklar, engelliler ve yaşlılar ev kazalarında yüksek riskli gruplardır (64).

0-3 yaş grubu çocuklar ve okul öncesi yaş grubu çocuklarda yaralanma riskinin en yüksek olduğu mekan evdir. Tahminler küçük çocukların maruz kaldığı yaralanmaların %90'ının evlerinde veya evlerinin çevresinde gerçekleştiğini ve bu yaralanmaların en az %90'ının önlenemez olduğudur (65).

Ev kazaları, kazaya maruz kalan bireye, bireyin ailesine ve mensup olduğu topluma farklı ölçütlerde yükler getirmektedir. Örneğin, bireyde sakatlık oluşturan bir kaza sonucu normal yaşamın sürdürülmesi sınırlı olabilir ve yaşamdan alınan zevki azaltabilir (66).

Çoğu ev kazası çocuklarda acil müdahale gerektiren bir yaralanma oluşturmadığı için önemsenmeyip kapalı kapılar ardında kaldığı için kamu ve medyada gereken ilginin oluşması nadirdir. Bu sebeple ev kazalarında bildirilen oran çok büyük bir bütünün küçük bir parçasıdır (62, 66).

ABD de ev kazaları acil servis başvurularının 3. nedenidir. ABD yapılmış olan bir araştırma sonucunda ölümcül olmayan süt çocuğu kazalarının %83'ü, ölümcül olan 5 yaş altı grubundaki kazaların yarısı evde meydana gelmektedir (67, 68).

İskandinav ülkelerinde ise 0-15 yaş arası gruptaki çocuklarda meydana gelen kazaların %28'ini ev kazalarıdır (68).

İngiltere de gerçekleşen kazaların %40'ı evde meydana gelmektedir. Yılda 2.7 milyon kişi ev kazası nedeni ile tedavi edilmekte ve 7000 insan ev kazası sebebi ile hayatını kaybetmektedir (67).

Ülkemizde meydana gelen tüm kazaların %18-25' ini ev kazalarının oluşturduğu ifade edilmiştir ve Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu ve 5 yıl süren bir araştırma sonucuna göre, 120.000 çocuk ev kazası nedeniyle hastanelere başvurmuş ve 2000 çocuk hayatını kaybetmiştir (68, 69).

2.2.2. Ev Kazalarının Sıklığı

Ülkemizde ev kazalarını ve sıklığını inceleyen birçok araştırmadan elde edilen verilere göre ev kazalarının sıklığı %1 ile %25 arasında değişmektedir (55, 56, 67, 68, 69).

2.2.3. Ev Kazalarını Etkileyen Faktörler

Çocuklarda ev kazalarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Genel olarak bu faktörler; çevresel, ailesel ve bireysel faktörler olarak gruplandırılabilir (70, 71, 72).

2.2.3.1. Çevresel faktörler

Konut faktörü; konut koşulları diğer sosyal faktörlere oranla ev kazasının oluşmasında daha etkilidir. Konutun yaşı kaza geçirme olasılığını etkileyen faktörlerden birisidir. Eski ev ve binaların sıhhi tesisatlarında, elektrik ve ısınma sistemlerinde aksaklıklar meydana gelebilmektedir. Ayrıca dar koridorlar, korkuluk bulunmayan merdiven ve pencereler, yetersiz aydınlatma gibi fiziki koşullar ev kazalarında risk faktörlerindedir (72, 73, 74). Ev sahibi ya da kiracı olma durumu veya düşük kiralama seviyesi, ev için gerekli olan tadilat ve bakımın ertelenmesine, yetersiz yapılmasına veya hiç yapılmamasına neden olan faktörlerden birisidir. Tadilat gereksinimindeki bu aksaklıklar olası kaza risklerindedir (73).

Ev düzeni; zamanlarının büyük kısmını evde geçiren çocuklar (özellikle küçük çocuklar) ev düzeninden kaynaklanan çeşitli ev kazaları ile karşı karşıya kalırlar. Ev düzeninden kaynaklanan risk faktörleri; güvenli bir şekilde saklanmayan bıçak, ilaç ve kimyasallar, kaygan zemin ve keskin kenarlı mobilyalar gibi iç mekan dizaynından kaynaklanan faktörlerdir (75).

Ev kazalarını önlemede en etkili yollardan birisi ev düzeninin sağlanması veya iyileştirilmesidir. Ev düzeninin iyileştirilmesi, ev içerisindeki olası kaza oluşturabilecek etmenleri tahmin etmeyi ve ortamı güvenli hale getirmeyi gerektirir. Ancak çocuklarda görülen davranış farklılıklarından, yetişkin hayatına göre düzenlenmiş ev ortamından dolayı ev kazalarını önceden tahmin etmek zordur (76).

Çocukluk dönemi ev kazası geçirme riski tehlikeleri ortadan kaldırmak veya bu tehlikelere erişimi engellemek için yapılan düzenlemelerle azaltılabilir (77).

Mevsim; mevsim faktörü ev kazasının oluş şekline göre belirleyici faktörlerdendir. Öyle ki kış mevsiminde yanma kazaları daha çok görülürken, ilkbahar ve yaz mevsimlerinde ise düşmeler, boğulmalar ve zehirlenmeler daha sık görülmektedir (78).

Sosyoekonomik Statü; Sosyoekonomik statü (SES) bir kişinin toplumdaki yerini belirleyen prestij, yaşam biçimleri, tutum ve değerlere göre oluşan hiyerarşik bir düzen olarak tanımlanmaktadır (79). SES, çocuk yaralanmalarında morbitide ve mortalite oranını etkileyen önemli bir faktördür (80, 81). Son yıllarda SES düzeyi düşük olan hanelerdeki çocuklarda ev kazası geçirme oranının iyileşmesine rağmen düşük ve yüksek SES' ye sahip hanelerdeki ev kazası oranlarındaki fark hala yüksektir (79).

2.2.3.2. Ailesel faktörler

Ebeveyn faktörü; beveynlerin ev kazalarını nasıl kavramlaştırdıkları tamamen açık değildir. Ev kazalarını çocukluk çağının doğal yönleri olarak görmelerine rağmen, ebeveynler çocukların korunması, güvenli çevrenin oluşturulması, çocuğun ilgi ve dikkatini çeken şeyleri göz önünde bulundurarak olası ev kazası risklerinin ortadan kaldırılması ve gerekli düzenlemelerin yapılmasından sorumludur (70, 78, 82). Ebeveynin eğitim seviyesi ve medeni durumu ev kazası geçirme oranını etkileyen ebeveyne ait diğer faktörlerdendir (70). Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada, ebeveynlerin çocuklarını kazadan korumak için gerekli bilgiye tam olarak sahip olmadıklarını ve çocukların ev kazası geçirme riskinin yüksek bulunduğu bildirilmiştir (83).

Ailedeki birey ve çocuk sayısı; ailede bulunun birey sayısı ve çocuk sayısının artması durumunda, çocuklarının bakımını üstlenen kişinin dikkat dağınıklığı yaşadığı ve yaralanma riskinin de arttığı bildirilmektedir (82).

Erdem ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada tek çocuğu olan anneler ile daha fazla çocuğa sahip olan annelerin çocuklarının kaza geçirme sıklığı sırasıyla %32,5 ve %67,5 olarak bulunmuştur (84).

2.2.3.3. Bireysel faktörler

Yaş faktörü; çocukların evde kaza geçirme oranı, kaza oluş şekli ve çeşitleri yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir (71, 78, 80). Bebeklik dönemindeki çocuklarda, görme yetileri yeterince gelişmediği, araştırma, inceleme ve öğrenme merakları tehlikeleri fark etme gibi davranışları ile daha çok düşmelerle karşılaşırken, yanıklar daha az görülmektedir (80, 82). Oyun ve okul öncesi dönemdeki çocuklarda, yürüme koşma gibi hareket yeteneklerinin gelişmiş olması, merak edici ve araştırıcı davranışlar, tehlikelerden habersiz olmaları, tehlikelere karşı kendilerini koruma yetilerinin tam olarak gelişmemiş olmaması sebebi ile tüm ev kazası çeşitleri ile karşı karşıya kalma riskleri vardır (71, 80, 82).

Okul dönemindeki çocuklarda, bağımsızlığın artmış olması, tehlike oluşturan durumları bilme ve tehlike anında kara verme becerilerinin tam gelişmemiş olması nedeniyle düşme ve çarpma kazaları fazla görülürken yanma ve zehirlenme daha az görülmektedir (78, 82). Ergenlik dönemi çocukları ise risk almaya yatkın olmaları ve hoşlanmaları, arkadaş grubundan etkilenmeleri, yüksek bağımsızlık isteği ve zararlı denemeler yapmaları sebebiyle diğer gruplardan farklı kaza oluş şekilleri meydana gelmektedir. Bu dönemdeki çocuğun bulunduğu evlerde alkol, ilaç ve ateşli silahların güvenli bir şekilde saklanmaları gerekir (82, 85).

Cinsiyet faktörü; Yalaki ve arkadaşları erkek nüfusunda ev kazalarının daha çok olduğunu (100), Yıldırım ve arkadaşları kadın nüfusunda ev kazalarının çok olduğu sonucunu bulmuşlardır (72). Sütuluk ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise ev içinde kadınların daha çok, evin çevresinde ise erkeklerin daha çok kazaya maruz kaldığı sonucuna ulaşmıştır(86).

Gelişimsel davranışsal faktörler; çocukluk dönemi insan hayatındaki fiziksel ve bilişsel yeteneklerde hızlı değişimlerin olduğu bir dönemdir (87). Çocuklardaki hızlı

gelişim süreci, hareketlilik, bilişsel yeteneği ve alıcı anlayışındaki değişim süreci, tehlikenin bilincinde olmamak, çevresel risklere duyarlı ve açık olmaları, bulma ve öğrenme konusunda meraklı olmaları gibi değişen faktörler çocuklarda ev kazası risk faktörlerindedir (83, 87).

2.2.4.Çocuklarda Sık Karşılaşılan Ev Kazaları

2.2.4.1.Düşme

DSÖ'ne göre düşme; bir kişinin yanlışlıkla yere, zemine veya diğer alt seviyelere çekilmesine neden olan olaydır (88).

Düşme riskleri, içsel, çevresel ve davranışsal faktörlerden etkilenebilir. İç faktörler, bireysel sağlık durumlarını ve tıbbi kayıtları içerir. Çevresel faktörler, kaygan zemin, zemin karmaşası veya keskin kenarlı mobilyalar gibi yaşam alanında bulunan potansiyel tehlikeleri içerir. Davranışsal faktörler ise vücut duruşlarını veya düşmelere neden olabilecek hareketleri içerir (89).

Bir çocuk merdivenden, balkondan, pencereden veya yüksek bir yerden düştüğünde sert, keskin veya sıcak olan herhangi bir şeyle temas edip yaralanmayı daha kötü hale getirebilir (90). 2004 yılında dünyada meydana gelen düşme kaynaklı ölüm sayısı 424.000'dir ve bu ölümlerin 46.000' ini çocuklar oluşturmaktadır (91). Global olarak ölümcül olmayan düşmeler çocuklardaki tüm tıbbi tedavi yaralanmalarının %25-52'si arasındadır (57, 92, 93). 0-5 yaş arası çocuklarda düşme kaynaklı ölüm oranı 0,3/100.000/yıl, hastaneye yatış yaptırma oranı 200/100.000/yıl ve acil servise başvurma oranı 5.000/100.000/yıl'dır (94). Düşme kaynaklı ölüm 5-9 ve 15-19 yaş arasındaki çocuklardaki ölüm sıralamasında 12. Nedendir (91). 2004 yılında dünyada 0-17 yaş gurubundaki tüm çocuk ölümlerinin %4,2'si düşme kaynaklıdır. 20 yaşın altındaki ölümcül düşme oranları Doğu Akdeniz ve Güneydoğu Asya bölgelerinde en yüksek oranlarda görülürken düşme oranları gelir durumuna ve cinsiyete göre değişir (93).

2.2.4.2.Yanma

Yanık; sıcak veya soğuk maddelerle, elektrikle veya kimyasallarla temas sonucu deri ve derialtı dokularda hasar oluşturan fakat etkilediği derinlik ve yüzey alanının yanığı oluşturan nedenlere bağlı olan fizyopatolojik bir süreçtir (95).

Küçük çocuklarda sıcak sıvılardan ya da buhardan kaynaklanan haşlanma yanıkları, büyük çocuklarda ise ateşle doğrudan temastan kaynaklanan alev yanıkları nedeniyle yaralanma olasılığı daha yüksektir (96). Çakmak ve benzeri ateş çıkaran malzemelerle oynayan çocuklar evde yangınlara ve yanma yaralanmasına neden olabilir (58). Pediatrik popülasyonun daha ince ve narin bir cilde sahip olmaları yetişkinlere göre yanıkların daha hızlı gelişmesine neden olur ve ciddiyetini artırır (97).

Dünya da yanık görülme oranı tüm yaş guruplarında %1 ve çocuklarda %0.79 dur (98). Pediatrik yanıklar acil servis ziyaretleri ve hastaneye başvurma işlemlerinin önde gelen nedenlerindedir. Pediatrik yanıklar sıklıkla önemli fiziksel ve psikolojik sekellere, uzun süreli tıbbi ve hemşirelik bakımlarına neden olur. Pediatrik hastalarda görülen yanıkların metabolik belirteçler, kalp ve diğer organlar üzerinde yanık sonrası 3 yıl önemli etkiler bıraktığı gözlemlenmiş ve daha uzun süreli hastane yatışlarına neden olmuştur. Oluşan bu yanıklar komplike cerrahi girişimler ve yüksek maliyetli bir tablo ortaya çıkarır (97, 99).

10 yaşın altındaki çocuklarda görülen yanık yaralanmaları uluslararası alanda çocuk ölümünün ana nedenlerinden biridir ve ölümcül olmayan çocuk yaralanmalarının en yaygın beşinci nedenidir (100). Çocuklarda sıcak sıvılardan kaynak yanıkların büyük çoğunluğu evde görülür ve çoğu zaman su ısıtıcıları, sıcak banyo suları ve bardaklardaki sıcak sıvılardan kaynaklanır. Ayrıca pediatrik haşlanma yaralanmaları devlet üzerinde ağır mali yük oluşturur. Şiddetli yanıklar yoğun bakıma yatırılma, cilt greftleri aylarca ve yıllarca rehabilitasyon gerektirebilir (100).

2.2.4.3. Zehirlenme

Tanım olarak zehirlenme, vücutta hasar meydana getirebilecek toksik bir maddenin farklı yollardan (oral, temas, soluma, vs.) alınmasıyla organ ve işlevlerde bozulmaya neden olabilecek belirtilerin ortaya çıkması sonucu oluşan bir yaralanmadır (101).

Pediatrik popülasyondaki kazayla zehirlenmeyi önlemeye yönelik başarılı müdahaleler ve güvenlik önlemlerine rağmen toksik maruziyet yaygın bir olay olmaya devam etmektedir (102). ABD’de 1970 yılında çıkarılan Zehirlenme Önleyici Ambalajlama Yasasına rağmen küçük çocuklarda zehirlenme bu sebebe bağlı hastaneye yatışın önde gelen sebeplerinden birisidir (58). Örneğin; çamaşır ve bulaşık makinelerinde kullanılan toz ve tablet deterjanlara alternatif olan ve yaygınlaşan likit parlak renkli

tabletler çocukların dikkatini çekebilir. Çocuklar bu likit tabletleri tatlı ve şekerli gıdalara benzetip ısrarak zehirlenme, gözde yaralanma ve kimyasal yanıklara neden olabilir (90).

Ev ve çevresi özellikle kasıtsız zehirlenme ihtimali nedeniyle çocuklar için tehlikeli olabilirler. Evde bulunan temizleyici ürünler ve ilaçlar gibi günlük kullanılan öğeler çocuklar için zehirli olabilir. İlaç dozlarında yapılan hatalar ve denetlenmemiş yemekler çocukların zehirlendiği yollardan birisidir (103, 104). Çocuklarda zehirlenmenin ciddiyetini ve sonuçlarını belirleyen faktörler birbirleri ile ilişkilidir. Bu faktörler şunlardır; zehrin çeşidi, alınan doz miktarı, formülü, maruz kalmanın yolu, çocuğun yaşı, başka zehirlerin varlığı, başka bir hastalığın varlığıdır (104).

Yüksek gelirli ülkelerde yaygın zehirlenme ajanları; çamaşır suyu, temizlik maddeleri, ilaçlar, zehirli bitkiler, böcek ilaçları, zehirli böcek ve hayvan ısırıklarıdır. Düşük gelirli ülkelerde zehirlenme ajanları ise tıbbi ilaçlar, zirai ilaçlar, temizlik maddeleri parafin ve gazyağıdır (105).

2.2.4.4. Boğulma

Boğulma, organik ya da organik olmayan cisimlerin teneffüs edilmesi sonucu solunumda meydana gelen güçlük ve kesintidir (106, 107). Pediatrik hastalarda boğulma hemen müdahale edilmezse önemli mortalite ve morbidite sebebidir (106). Boğulmaları yabancı cisim aspirasyonu ve suda boğulma olarak ikiye ayırabiliriz (108, 109). Yabancı cisim aspirasyonu; çocuklarda çoğunlukla düzgün öğütmek için molar diş eksikliği, ağızda yiyeceklerle oynamak veya ağızda yiyecek varken konuşma eğiliminde olma nedeniyle oluşur. Bununla birlikte bu nedenler ergenleri ve yetişkinleri de etkileyebilir (108). Suda boğulma ise yaş gruplarına, su mevzilerine ve aktivitelere göre değişen belirli etiyolojik nedenleri olan bir yaralanmadır (109).

Çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu riski iki yaşın altındaki, suda boğulma riski ise beş yaş altı çocuklarda yüksektir (57). Küçük çocuklar doğal su kaynaklarında, küvet, kova ve yeteri kadar çitle çevrilmiş veya çitle çevrili olmayan havuzlarda boğulma tehlikesi altındadırlar. Amerikan Pediatri Akademisi küvetlerde, kapalı veya açık alanda bulunan havuzlarda ve tüm su mevzilerinde 4 yaşın altındaki çocukların yalnız bırakılmamasını ve diğer yaş grubundaki çocukların bu alanlarda ebeveyn gözetimi altında olmaları gerektiğini önermekte ayrıca suyun içinde veya çevresinde dikkatlerini çocuklarından dağıtan faaliyetlerde bulunmamaları gerektiğini bildirmektedir (58).

2.2.4.5. Kesici/ Delici Alet Yaralanması

Tanım olarak, keskin bir yüzey veya ucu olan bir nesne ya da sivri uçlu bir cisim (şiş, tığ, tornavida vb) ile vücudun herhangi bir bölümündeki cilt bütünlüğünün bozulması sonucu oluşan yaralanmadır. Bu nesnelere hasar verdikleri vücut bölgesinde cildi ve cilt altı dokuyu, kas, damar veya sinirleri kesip ya da delerek yaralanmalara neden olabilir (110, 111). Kesici/delici alet yaralanmaları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kasıtsız yaralanma morbidite ve mortalitesinin önemli nedenlerindedir. Ev ise bu yaralanmanın meydana en çok meydana geldiği yerdir (112).

2.2.4.6. Elektrik Çarpması

Elektrik çarpması, bir elektrik kaynağı ile temas sonucu elektrik akımının vücuttan geçmesi ile meydana gelen, insan hayatını etkileyen en önemli yaralanmalardan birisidir (113, 114). Çocuklarda görülen düşük voltaj yaralanmalarının başlıca sebepleri; prizlere nesnelere sokmak, kabloları ısırarak, evdeki hasarlı kablo ve cihazlara dokunmaktır (115). Küçük çocuklarda görülen elektrik çarpması vakalarının çoğu evde görülmektedir ve bu vakaların %60-70'i elektrik kabloları, %10-15'i duvardaki prizlerle ilişkilendirilir (116).

2.2.5. Ev Kazalarının Önlenmesine Yönelik Alınabilecek Tedbirler

2.2.5.1. Düşmelerin önlenmesine yönelik alınabilecek tedbirler

- Zemin ve döşemeler kaygan olmamalı ve kuru tutulmalıdır.
- Zemin ve döşemelerdeki yıpranmış ve aşınmış yüzeyler kontrol edilmelidir.
- Halı ve yolluk gibi sergiler sabitlenmeli ya da altlarına kaymayı önleyecek malzeme koyulmalıdır.
- Zemine cilalama uygulaması yapılmamalıdır.
- Zeminde bulunan dağınıklık ve döküntüler toplanmalıdır.
- Yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.
- Balkon kapıları, bahçe kapıları ve pencereler kilitli tutulmalıdır.
- Pencere ve balkon duvarlarının önünde sarkmalara ve düşmelere neden olabilecek eşyalar bulunmamalıdır.
- Evin içinde ve dışında bulunan merdivenlerde sağlam tırabzanlar olmalıdır.
- Çocuklara kullanışlı ve ayak bileğini destekleyen ayakkabılar giydirilmelidir.

- Çok katlı binaların pencerelerinde parmaklıklar olmalı balkon korkuluklarının arası çocuğun geçemeyeceği ve sarkamayacağı düzenlikte olmalıdır.
- Zeminden yüksek yerlerde çocuklar kesinlikle yalnız bırakılmamalıdır.
- Banyo ve küvet zemininde kaymayı önleyecek malzeme kullanılmalıdır (117, 118, 119, 120).

2.2.5.2. Yanmaların önlenmesine yönelik alınabilecek tedbirler

- Mobilya ve perdeler ısıtıcı ve mumlardan uzak tutulmalıdır.
- Çocuklar ısınmış tavalar ve kızartma yapmak için kullanılan yağ dolu tava, tencere veya fritözlerle, ütü ekmek kızartma makinesi ve su ısıtıcıları ile yalnız bırakılmamalıdır.
- Sıcak yiyecek ve içeceklerle çocuklar yalnız bırakılmamalıdır.
- Yiyecek ve içeceklerin çocukların tüketimine uygun sıcaklıkta olmasına özen gösterilmelidir.
- Mutfakta çocukların mutfak tezgâhının üzerindeki sıcak maddelerle temasını önlemek için sandalye gibi eşyalar mutfak tezgâhından uzak noktada bulundurulmalıdır.
- Soba, şömine gibi ısıtıcıların etrafına koruyucu bariyerler koyulmalıdır.
- Elinde sıcak yiyecek veya içecek bulunan kişiler çocuklarla oyun oynamamalı ve çocukları kucaklarında taşımamalıdır.
- Kimyasal yanıklara neden olabilecek maddeler güvenli bir şekilde saklanmalıdır.
- Çocukları güneş yanığından korumak için yaz mevsiminde öğle 12:00 ve 15:00 saatleri arasında direk güneş ışığından korunmalıdır, diğer saatlerde ise hem koruyucu krem, hem de şapka kullanılmalıdır.
- Ateş ve sıcak kavramları çocuğa anlatılmalı, gerekli eğitim verilip uyarılmalıdır.
- Yangın esnasında yangın kaçış planı hazırlanmalıdır. (117, 119, 120, 121).

2.2.5.3. Zehirlenmelerin önlenmesine yönelik alınabilecek tedbirler

- İlaç ve kimyasallar her zaman uygun etiketleri ile kendi orijinal ambalaj ve kutularında, çocukların ulaşamayacağı tercihen izole ve kilitli dolaplarda saklanmalıdır.
- Zehirli kimyasallar özellikle böcek ilaçları asla mutfak veya kilerde yiyeceklerle aynı ortamda saklanmamalıdır.

- Kullanılmayan ilaçlar uygun şekilde yok edilmelidir.
- İlaçlar için çocuklara şeker, tatlı gibi terimler kullanılmamalıdır.
- Kullanılan malzemelerde özellikle oyuncaklarda toksik olmayan boyalar olmalıdır.
- İlaç kutuları boş olsa bile çocuklara oynamaları için verilmemelidir.
- Temizlik ürünleri tehlikeli gaz oluşum riskine karşı asla karıştırılmamalıdır.
- Kozmetik ürünler, parfüm ve uçucu yağlar çocuklardan uzak tutulmalıdır.
- Kırsal alanlarda toplanan, cinsi ve türü bilinmeyen mantar türleri besin olarak tüketilmemelidir (117, 119, 120, 121).

2.2.5.4. Boğulmaların önlenmesine yönelik alınabilecek tedbirler

- Su mevezilerinde veya su dolu küvetlerde çocuklar yalnız bırakılmamalıdır.
- Çocuğun yaşına uygun oyuncaklar seçilmeli ve bu oyuncakların sökülebilen küçük parçaları olmamalıdır.
- Oyun oynayan çocuklara yemek verilmemelidir.
- Yemek yiyen çocuklar konuşmaya teşvik edilmemelidir.
- Kılçıklı ve kemikli besinler bu tehditlerden iyice arındırıldıktan sonra çocuğun tüketimine sunulmalıdır.
- Çekirdeği büyük olan meyveler dikkatli bir şekilde tüketilmelidir (90, 117, 119, 120).

2.2.5.5. Kesici/delici alet yaralanmalarının önlenmesine yönelik alınabilecek tedbirler

- Mobilyaların keskin kenarları ve sivri köşeleri olmamalıdır.
- Bıçak gibi kesici aletler güvenli bir şekilde saklanmalıdır.
- Geniş yüzeylerin kaplanmasında cam kullanıldıysa bu camların kırılmaya dayanıklı camlardan olması gerekmektedir.
- Oyuncak seçiminde sivri kenarları ve kesici yüzeyleri olan oyuncaklar alınmamalıdır (117, 119).

2.2.5.6. Elektrik çarpmalarının önlenmesine yönelik alınabilecek tedbirler

- Elektrik prizlerinde iletken olmayan koruyucu kapaklar bulunmalıdır.
- Banyo ve mutfak gibi alanlarda prizler ıslanmalara karşı kapaklı olmalıdır.
- Elektrikle çalışan aletler su ile temastan korunmalı ve kullanılmayacağı takdirde fişleri çıkarılmalıdır.

- Elektrikle çalışan aletlerde topraklama hattı olmalıdır (117, 119).

2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Ev Kazaları

Çocukların ruh sağlığı ev kazalarına neden olan faktörler arasında iyi bilinen durumlardandır. Aşırı aktif olma, dikkatsizlik ve dürtüsellik ile karakterize olan DEHB çocukluk çağının en yaygın psikiyatrik sorunlarından birisidir. DEHB olan çocuk ve ergenlerde motor fonksiyonlarındaki bozukluklar, gelişim faktörleri koordinasyon bozuklukları ve DEHB semptomları gibi nedenlerden dolayı ev kazası riski yüksektir (122,123).

DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerde DEHB olmayanlara göre beş kata kadar yüksek kaza riski bulunmuştur. DEHB tanısı almış bireylerde kaza riski oranı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bunun nedeni tanı koyma çeşitliliği, tedavi çeşitliliği ve kültürel farklılıklardır. DEHB tanısı almış erkek çocuklarda risk alma davranışlarının yüksekliği nedeniyle ağır şiddetteki kazalar daha yüksek görülmektedir (124). DEHB tanısı almış çocuklarda daha sık ve daha ağır kazalarla karşılaşmaktadır (2).

Ebeveynin ruh sağlığı durumu da çocukta meydana gelen ev kazası oranını etkilemektedir. Ebeveynde DEHB tanısı almış olmanın çocukta meydana gelecek ev kazaları ile ilgili risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (13).

DEHB ve ev kazası ile ilgili kaynak taraması yapıldığında bu konuda sınırlı sayıda kaynak olduğu belirlenmiştir.

2.4. Ev Kazalarında Hemşirelerin Rolü

Çocuk sağlığı hemşiresi, çocukların ve adölesanların fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal yönden toplum ve aile içinde sağlıklı bir şekilde olgunlaşmasına yardımcı olan önemli bir sağlık personelidir. Çocukluk dönemi ev kazalarında hemşirenin rolü:

1. Çevredeki tehlikeli durumların tanımlanması, azaltılması ve ortadan kaldırılması
2. Çocukların davranış özelliklerinin tanımlanması
3. Kazalarla ilgili çocuk gelişimi hakkında ailelere rehberlik sağlanması'dır (117).

Çevre, kaza ve kazalar için potansiyel risk faktörleri ile doludur. Kazaların önlenmesindeki en etkili yol olası risk faktörlerinin belirlenmesidir. Hemşireler birincil

koruma düzeyinde ev kazalarında önleme ve güvenliğin nasıl sağlanacağı konusunda birey, aile ve toplulukları bilgilendirme de önemli görevler üstlenirler (62, 125).

Ev kazalarında önemli risk faktörlerinden olan kişisel ve çevresel faktörlerin kontrolü büyük önem taşımaktadır. Çocukları ev kazalarından korumak için atılması gereken ilk adımlardan birisi çevrenin düzenlenmesi ve çevresel risk faktörlerinin ortadan kaldırılmadı veya azaltılmasıdır (126). Çocuklar ev kazalarına maruz kalmayı artıran davranışlarda (örn. hiperaktivite, agresiflik, oto kontrol eksikliği) bulunabilirler. Çevrede yapılabilecek basit düzenlemelerle, çocuklarla en fazla vakit geçiren birey olan annelere verilecek eğitimlerle ve ebeveynlerin eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi ile ev kazaları önlenebilir (117, 127).

Hemşirelerin ev ziyaretlerinde bulunarak kazaların önlenmesinde, değerlendirilmesinde risklerin belirlenmesinde ve belirlenen risk faktörlerinin azaltılması konusunda uygulama yapabilme fırsatları olduğundan ev kazaları yönünden önemli görevler üstlenirler. Hemşireler ailenin bilgilendirilmesi, gerekli eğitimlerin verilmesi, bireyin ve çevrenin değerlendirilerek kişilerin ev kazasından korunmasına katkıda bulunurlar (126).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Soruları

1. DEHB'li çocuklarda görülen ev kazası türleri nelerdir?
2. Çocuğa ait sosyo-demografik özelliklere göre ev kazası geçirme durumu dağılımı nasıldır?
3. Ebeveynlere ait sosyo-demografik özelliklere göre ev kazası geçirme durumu dağılımı nasıldır?
4. Aileye ait sosyo-demografik özelliklere göre ev kazası geçirme durumu dağılımı nasıldır?
5. İkamet edilen konuta ait özelliklere göre ev kazası geçirme durumu dağılımı nasıldır?
6. Ev içi durum ve davranış özelliklerine göre ev kazası geçirme durumu dağılımı nasıldır?

3.2. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırmanın tipi: Araştırma tanımlayıcı türden bir çalışmadır.

Araştırmanın yeri: Araştırmanın yapıldığı yer Gaziantep İl Merkezi sınırları içerisinde bulunan bir devlet hastanesinin Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde yapılmıştır.

Araştırmanın Zamanı: Nisan 2018 – Haziran 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Etik yönü

Araştırmaya katılan DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerine araştırma hakkında, ne amaçla yapıldığı hakkında ve araştırma süresince neler yapılacağı hakkında gerekli bilgiler verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formuna uyularak etik ilkeler yerine getirilmiştir. Sorulara verilen yanıtların gönüllülük ve doğruluk esasına bağlı olması gerekliliğinden araştırma kapsamına alınan DEHB tanılı çocuklarının ebeveynlerine çalışmaya katılmaya gönüllü olmaları gerektiği ve çalışmaya katılıp katılmamaları konusunda özgür oldukları açıklanarak onamları alınmıştır.

Araştırmanın yapılması için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek 2).

T.C. Gaziantep Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırmanın yapılabilmesi için izni alınmış (Ek 4), araştırma öncesi ilgili birim yöneticilerine bilgi verilmiştir.

3. 4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni: Araştırma evrenini araştırmanın yapılacağı devlet hastanesinde takibi yapılan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış 350 çocuk oluşturmuştur.

Araştırmanın Örneklemi: Araştırmanın örneklemini, Nisan 2018 – Haziran 2018 tarihleri arasında, araştırmanın yapıldığı devlet hastanesinde takibi yapılan çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları doktoru tarafından dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı koyulmuş ebeveyni araştırmaya katılmaya gönüllü olan 72 çocuk oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Gereçleri

Veriler “Sosyodemografik Veri Toplama Formu” ve “ 15 Günlük Ev Kazası Takip Formu” kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Sosyodemografik Veri Toplama Formu (Ek5) araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan form; çocukların ve ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine, ikamet edilen konutun özelliklerine ve bazı ev içi davranışlara ilişkin bağımsız değişkenleri içeren toplam 43 sorudan oluşmaktadır. Soru formu 10 çocuğun ebeveynine uygulanmış ve soruların anlaşılabilirliği kontrol edilmiştir. Ön uygulamaya alınan 10 çocuk araştırmaya dahil edilmemiştir.

15 Günlük Ev Kazası Takip Formu

“15 Günlük Ev Kazası Takip Formu” araştırmacı tarafından literatür bilgisi taranarak, ev kazalarını etkileyen değişkenler göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan form ev kazası gün, saat, tip, olduğu ev bölümü, etkilenen vücut bölgesi ve hastaneye gitme durumunu sorgulayan bir formdur.

3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırmanın yapıldığı yer Gaziantep il merkezi sınırları içerisinde bulunan bir devlet hastanesinin Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde yapılmıştır. Bu polikliniklerde dört uzman doktorun çalıştığı, hastaların randevulu sisteme göre muayeneye geldiği, sadece gündüz mesaisi saatleri içerisinde hizmet veren bir poliklinikdir

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri 15 Nisan 2018 ile 15 Haziran 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma öncesinde T.C. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmış hastane yönetimi ve bilgilendirilmesi gereken birimler bildirilmiş ve sözlü onayları alınmıştır. Örnekleme alınma kriterlerini karşılayan çocukların ebeveynlerine araştırmacı kendisini tanıtmıştır. Araştırmanın amacı, yöntemi ve içeriği konusunda gereken tüm bilgiler verildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan ebeveynlerden sözel ve yazılı onam alınmıştır (Ek 6).Ebeveynlere veri toplama formları uygulanmış, formların doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür. Daha sonrasında ise ebeveynlere arkasında araştırmacının iletişim bilgilerinin bulunduğu "15 Günlük Ev Kazası Takip Formu" verilmiş, takibin süresi bittiğinde formlar ebeveynlerden teslim alınmıştır.

3. 8. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırma sonucu elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22.0 (The Statistical Package for the Social Sciences-PC Version 22.0) paket programı kullanılmıştır. Çocukların, ebeveynlerin aileye ait, konuta ait, ev içi durum ve davranışlara ait bilgiler frekans dağılımı ile olgu yaşı, DEHB tanı alma yaşı, doğum kilosu, anne sütü alma süresi, uyku süresi, anne yaşı, baba yaşı, hanede yaşayan kişi sayısı, kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk olduğu aritmetik ortalama ile gruplanmamış parametrik veriler t-testi ile analiz edilmiştir.

Araştırma sonuçları 0.95 güven aralığında $p \leq 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilerek değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

DEHB tanısı almış çocukların ev kazaları durumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada bulgular iki başlık altında incelenecektir.

1. Tanıtıcı özelliklerle ilgili bulgular
2. Tanıtıcı özellikler ile ev kazalarının ilişkilerine ait bulgular

4. 1. Tanıtıcı Özelliklerle İlgili Bulgular

Tablo 4.1.1. Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=72)

Sosyo-Demografik Özellikleri	n	%
Cinsiyet		
Kız	12	16.7
Erkek	60	83.3
Yaş (yıl)		
6 yaş ve küçük	9	12.5
7-12 yaş arası	54	75.0
13yaş ve üzeri	9	12.5
Doğum ağırlığı (gr)		
2500 ve altı	8	11.1
2501-3500 arası	49	68.1
3501 ve üzeri	15	20.8
Doğum sonrası anne sütü alma süresi		
0-6 ay arası	27	37.5
7-12 ay arası	27	37.5
13ay ve üstü	18	25.0
Günlük ortalama uyku süresi		
9 saat ve altı	61	84.7
10 saat ve üstü	11	15.3
DEHB tanısı alma yaşı (yıl)		
6 ve öncesi	21	29.2
7-11 yaş arası	45	62.5
12 yaşından sonra	6	8.3
Okula gitme durumu		
Gitmiyor	6	8.3
Sabahçı (ikili eğitim sistemi)	27	37.5
Öğlenci (ikili eğitim sistemi)	22	30.6
Tam gün (tekli eğitim sistemi)	17	23.6

Çocukların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo-4.1.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; araştırma kapsamına dahil edilen çocukların %75.0’i 7-12 yaş arasında, %83.3’ü erkektir. Çocukların %68.1’si 2501-3500 gr arasında doğmuş,%37.5’i 0-6 ay arası ve %37.5’i 7-12 ay arası anne sütü almıştır, %84.7’sinin günlük ortalama uyku süresi 9 saat ve altında, %45.0’i 7-12 yaş arasında DEHB tanısı almıştır. Çocukların %37.5’inin okula ikili eğitim sisteminde sabah ve %30.6’sının öğlen gittiği belirlenmiştir.

Tablo4.1.2. Çocukların Tanıtıcı özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	\bar{x}	SS	En az: En çok:
Yaş (yıl)	9.77	2.63	5-17
DEHB tanısı alma yaşı (yıl)	7.80	2.16	4-15
Günlük ortalama uyku süresi(saat)	8.51	0.96	5-10
Doğum ağırlığı (gr)	3090.97	592.28	1300-4900
Doğumdan Sonra Anne Sütü Alma Süresi (ay)	10.36	7.75	2-48
DEHB Tanısı Aldıktan Sonra Geçen Süre (yıl)	2.00	1.74	0-6

Çocukların tanıtıcı özelliklerini sorguladığımızda; yaş ortalamalarının 9.77 ± 2.63 yıl, DEHB tanısı alma yaşlarının 7.80 ± 2.16 yıl, günlük ortalama uyku sürelerinin 8.51 ± 0.96 saat, doğum ağırlıklarının 3090.97 ± 592.28 gram, anne sütü alma süreleri 10.36 ± 7.75 ay, DEHB tanısı aldıktan sonra geçirdiği süre ortalamasının 2.00 ± 1.74 yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo4.1.2).

Tablo 4.1.3. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=72)

Sosyo-Demografik Özellikleri	n	%
Anne yaş grupları(yıl)		
35 yaş ve altı	35	48.6
36 yaş ve üzeri	37	51.4
Anne eğitim durumu		
Okur-yazar	5	6.9
İlköğretim	34	47.2
Lise	18	25.0
Üniversite ve üzeri	15	20.8
Anne çalışma durumu		
Çalışıyor	17	23.6
Çalışmıyor	55	76.4
Çalışan annenin çalıştığı kurum*		
Kamu	13	76.5
Özel sektör	4	23.5
Baba yaş grupları(yıl)		
35 yaş ve altı	23	31.9
36 yaş ve üzeri	49	68.1
Baba eğitim durumu		
İlköğretim	28	38.9
Lise	24	33.3
Üniversite ve üzeri	20	27.8
Baba çalışma durumu		
Çalışıyor	71	98.6
Çalışmıyor	1	1.4
Çalışan babanın çalıştığı kurum**		
Kamu	24	33.8
Özel sektör	32	45.1
Serbest meslek	15	21.1

*çalışmayan anneler olduğu için ‘n’ düşmüştür. **çalışmayan baba olduğu için ‘n’ düşmüştür

Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo-4.1.3 de gösterilmektedir; çocukların ebeveynlerinin tanıtıcı özelliklerini sorguladığımızda; annelerinin %51.4'ü 36 yaş ve üzerinde, babalarının %68.1'i 36 yaş ve üzerindedir. Çocukların annelerinin %47.2'si ilköğretim, babalarının %38.9'u ilköğretim mezunudur. Ebeveynlerin çalışma durumlarının da gösterildiği tablo incelendiğinde annelerin %76.4'ü çalışmıyorken babaların %98.6'sı çalışmaktadır. Çalışan annelerin %76.5'i kamuda, çalışan babaların %45.1'i özel sektörde çalışmaktadır.

Tablo4.1.4.Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	\bar{x}	SS	En az: En çok:
Anne yaşı (yıl)	36.69	5.36	27-52
Baba yaşı (yıl)	40.09	6.42	29-55

Ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; annelerin yaş ortalamalarının 36.69 ± 5.36 yıl, babaların yaş ortalamalarının 40.09 ± 6.42 yıl olduğu bulunmuştur.

Aileye ait özelliklerinin dağılımı Tablo-4.1.5 de görülmektedir; çocukların aile yapısı incelendiğinde; %54.2 ailenin 5 veya daha üstü bireyden oluştuğu, DEHB tanısı almış çocukların %55.6'sının 2 veya daha üstü kardeşinin olduğu, DEHB tanısı almış çocukların %90.3'ü ilk veya ikinci çocuktur. Ailelerin %81.9'unda DEHB tanısı almış başka çocuk bulunmamaktadır. Araştırmaya dahil edilen çocukların ailelerinin %88.9'unun çekirdek aile olduğu, çocukların %88.9'unun bakım vericisi anne/baba olduğu, ailelerin gelir gider durumu incelendiğinde %45.8'inde gelirin gidere eşit olduğu, çocukların %62.5'inin odasının olduğu, ailelerin %50.0'sinde çocukla birlikte zihin geliştiren aktiviteler yapıldığı, çocukların %76.4'ünün evde en fazla oturma odasında diğer aile bireyleri ile birlikte zaman geçirdiği ve ailelerin %48.6'sında evde sigara içen kişiyi olmadığı bulunmuştur.

Tablo4.1.5.Aileye Ait Özelliklerinin Dağılımı (n=72)

Aileye Ait Özellikler	n	%
Hanede yaşayan kişi sayısı		
4 kişi ve altı	33	45.8
5 kişi ve üstü	39	54.2
Kardeş sayısı		
0-1 kardeş	32	44.4
2 kardeş ve üzeri	40	55.6
Kaçıncı çocuk		
1.-2.	65	90.3
3.4.	5	6.9
5. ve üstü	2	2.8
DEHB tanısı almış kardeş durumu		
Yok	59	81.9
1 kardeş	9	12.5
2 kardeş	4	5.6
Aile tipi		
Çekirdek aile	64	88.9
Geniş aile	5	6.9
Tek ebeveynli aile	3	4.2
Bakım veren kişi		
Anne/baba	64	88.9
Anneanne/babaanne	4	5.6
Bakıcı	4	5.6
Gelir-gider durumu		
Gelir giderden az	14	19.4
Gelir gidere eşit	33	45.8
Gelir giderden fazla	25	34.7
Çocuğa ait oda olma durumu		
Var	45	62.5
Yok	27	37.5
Çocukla zihin geliştiren aktivite yapma durumu		
Yapıyor	36	50.0
Yapmıyor	36	50.0
Çocuk evde en fazla nerede zaman geçirdiği mekan ve bireyler		
Odasında tek başına	17	23.6
Oturma odasında diğer aile bireyleri ile birlikte	55	76.4
Evde sigara içilme durumu		
İçilmiyor	35	48.6
1 kişi	27	37.5
2 kişi	10	13.9

Tablo 4.1.6. İkamet Edilen Konutun Özelliklerinin Dağılımı (n=72)

Konuta Özellikler	n	%
Tipi		
Apartman dairesi	47	65.3
Müstakil	25	34.7
Yerleşim bölgesi		
Kentsel	71	98.6
Kırsal	1	1.4
Kaç yıllık(yıl)		
5 ve altı	19	26.4
6-10 arası	20	27.8
11-15 arası	10	13.9
16 ve üzeri	23	31.9
Konutta oturulma süresi(yıl)		
5 ve altı	39	54.2
6-10 arası	17	23.6
11-15 arası	7	9.7
16 ve üzeri	9	12.5
Genişliği(metrekare)		
75 ve altı	3	4.2
76-100 arası	16	22.2
101-120 arası	16	22.2
121 ve üzeri	37	51.4
Oda sayısı		
1-2	4	5.6
3	18	25.0
4 ve üzeri	50	69.4
Isınma şekli		
Doğalgaz	49	68.1
Soba	23	31.9
Isıtılan oda sayısı		
1	18	25.0
2	7	9.7
Tüm odalar	47	65.3

İkamet edilen konuta ait özelliklerinin dağılımı gösteren tablo-4.1.6. da görülmektedir; ailelerin ikamet ettiği konutlar incelendiğinde; ailelerin %65.3'ünün apartman tipi evlerde, %98.6'sının kentsel yerleşim bölgelerinde, %31.9'unun 16 yıllık ve daha üzeri evlerde, %54.2'sinin ikamet ettikleri konutta 5 yıl veya daha az süredir, %51.4'ünün 121 metrekare veya daha geniş evlerde yaşadığı belirlenmiştir. Ailelerin %69.4'ünün evlerinde 4 veya daha üzeri oda bulunduğu, %68.1'inin evlerinin kalorifer sistemi ile ısıtıldığı ve %65.3'ünde evlerinin tamamının ısıtıldığı belirlenmiştir.

Tablo 4.1.7.Ev İçi Durum ve Davranışların Dağılımı (n=72)

Ev İçi Durum ve Davranışlar	n	%
Yemek pişirirken çocuğun mutfakta bulunma durumu		
Bulunmuyor	21	29.2
Bazen	51	70.8
Besinlerin kesilmesi, doğranması ya da soyulmasında çocuktan yardım alma durumu		
Evet	1	1.4
Hayır	56	77.8
Bazen	15	20.8
Kenarları keskin ve sivri köşeli mobilya olma durumu		
Evet	61	84.7
Hayır	11	15.3
Koridorda düşme veya çarpmalara neden olabilecek eşya ya da engellerin bulunması durumu		
Evet	3	4.2
Hayır	69	95.8
Kapı önünde eşik olma durumu		
Evet	9	12.5
Hayır	60	83.3
Birkaçında	3	4.2
Evde kaygan zemin olma durumu		
Evet	2	2.8
Hayır	15	20.8
Bazı zeminler	55	76.4
Halı ve sergilerin altında kaydırmayı önleyici malzeme olma durumu		
Evet	4	5.6
Hayır	68	94.4

Ev içi davranışlar incelendiğinde; çocukların %70.8'inin yemek pişirilirken bazen mutfakta bulunduğu, %77.8'inin besinlerin kesilmesi, doğranması veya soyulması sırasında ebeveynlerin çocuktan yardım almadığı belirlenmiştir.

Ev içi durumlar incelendiğinde; evlerin %84.7'sinde kenarları keskin ve sivri köşeli mobilyaların bulunduğu ve bu mobilyaların hiçbirinde koruyucu malzemelerin bulunmadığı, %95.8'inde koridorlarda düşme veya çarpmalara neden olabilecek engellerin olmadığı, %83.3'ünün kapı önlerinde eşik olmadığı, hiçbirinde prizlerde elektrik çarpmalarını önleyen koruyucu engel veya kapakların olmadığı, %76.4 oranındaki evlerde bazı zeminler kaygan olduğu, %94.4 ünde ise halı ve sergilerin altında kaydırmayı önleyici malzemenin bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.7.).

Tablo 4.1.8.Ev Kazası Geçirme Durumu ve Ev Kazası Sayılarının Dağılımı(n=72)

	n	%
Ev Kazası Geçirme Durumu		
Evet	18	25,0
Hayır	54	75,0
Geçirilen Kaza Sayısı		
Kaza yok	54	75,0
1 kaza	12	16,7
2 kaza	6	8,3

Tablo 4.1.8. incelendiğinde çocukların %75'i ev kazası geçirmezken %25'i ev kazası geçirmiştir. Yine çocukların ev kazası sayılarını incelediğimizde %16.7'sinin bir kez, %8,3'ünün 2 kez ev kazası geçirdiği bulunmuştur.

Tablo 4.1.9.Tüm Ev Kazalarının Dağılımı (n=24)

	n	%
Tüm kazalar (gün)		
Pazartesi	5	20.8
Salı	3	12.5
Çarşamba	2	8.3
Perşembe	4	16.7
Cuma	2	8.3
Cumartesi	6	25.0
Pazar	2	8.3
Tüm kazalar (saat)		
07-12	6	25.0
13-18	13	54.2
19-23	5	20.8
Tüm kazalar (kaza şekli)		
Düşme	18	75.0
Çarpma	3	12.5
Kesici/Delici alet yaralanması	2	8.3
Sıkışma	1	4.2
Tüm kazalar (evin bölümü)		
Salon	9	37.5
Bahçe	8	33.3
Koridor	2	8.3
Mutfak	3	12.5
Ev Girişi	1	4.2
Banyo	1	4.2
Tüm kazalar (etkilenen bölge)		
Ayaklar	1	4.2
Eller	6	25.0
Baş	2	8.3
Dizler	8	33.3
Dişler	1	4.2
Dirsek	1	4.2
Bacaklar	2	8.3
Çoklu yaralanma	3	12.5
Tüm saızalar (sağlık kuruluşuna gidilme durumu)		
Evet	1	4.2
Hayır	23	95.8

Kaza geçiren çocuklardaki tüm kaza verilerinin ayrıntılı (tablo 4.1.9.) incelendiğinde; tüm kazaların %25.0'inin cumartesi günü, %54.2'sinin 13-18 saatleri arasında, %75.0'inin düşme şeklinde, %37.5'inin salonda meydana geldiği, %33.3'ünde dizlerin etkilendiği ve %95.8'inde herhangi bir sağlık kuruluşuna gidilmediği belirlenmiştir.

Tablo 4.1.10. 15 Günlük İzlemede Meydana Gelen İlk Kaza (n=18)

	n	%
İlk kaza (gün)		
Pazartesi	3	16.7
Salı	2	11.1
Çarşamba	2	11.1
Perşembe	3	16.7
Cuma	2	11.1
Cumartesi	4	22.2
Pazar	2	11.1
İlk kaza (saat)		
07-12	5	27.8
13-18	8	44.4
19-23	5	27.8
İlk kaza (kaza şekli)		
Düşme	14	77.8
Çarpma	2	11.1
Kesici/Delici alet yaralanması	1	5.6
Sıkışma	1	5.6
İlk kaza (evin bölümü)		
Salon	8	44.4
Bahçe	5	27.8
Koridor	2	11.1
Mutfak	1	5.6
Ev Girişi	1	5.6
Banyo	1	5.6
İlk kaza (etkilenen bölge)		
Ayaklar	1	5.6
Eller	4	22.2
Baş	2	11.1
Dizler	7	38.9
Dirsek	1	5.6
Bacaklar	1	5.6
Çoklu yaralanma	2	11.1
İlk kaza (sağlık kuruluşuna gidilme durumu)		
Hayır	18	100.0

Kaza geçiren çocuklardaki ilk kaza verileri ayrıntılı (tablo 4.1.10.) incelendiğinde; tüm kazaların %22.2'sinin cumartesi günü, %44.4'ünün 13-18 saatleri arasında, %77.8'inin düşme şeklinde, %44.4'ünün salonda meydana geldiği, %38.9'unda dizlerin etkilendiği ve hiçbirinde herhangi bir sağlık kuruluşuna gidilmediği belirlenmiştir.

Tablo 4.1.11. 15 Günlük İzlemede Meydana Gelen İkinci Kaza (n=6)

	n	%
İkinci kaza (gün)		
Pazartesi	2	33.3
Salı	1	16.7
Perşembe	1	16.7
Cumartesi	2	33.3
İkinci kaza (saat)		
07-12	1	16.7
13-18	5	83.3
İkinci kaza (kaza şekli)		
Düşme	4	66.7
Çarpma	1	16.7
Kesici/Delici alet yaralanması	1	16.7
İkinci kaza (evin bölümü)		
Salon	1	16.7
Bahçe	3	50.0
Mutfak	2	33.3
İkinci kaza (etkilenen bölge)		
Eller	2	33.3
Dizler	1	16.7
Dişler	1	16.7
Bacaklar	1	16.7
Çoklu yaralanma	1	16.7
İkinci kaza (sağlık kuruluşuna gidilme durumu)		
Evet	1	16.7
Hayır	5	83.3

Kaza geçiren çocuklardaki ikinci kaza verileri ayrıntılı (tablo 4.1.11.) incelendiğinde; ikinci kazaların %33.3'ünün cumartesi günü ve %33.3'ünün pazartesi günü, %83.3'ünün 13-18 saatleri arasında, %66.7'sinin düşme şeklinde, %50.0'sinin bahçede meydana geldiği, %33.3'ünde ellerin etkilendiği ve %83.3'ünde herhangi bir sağlık kuruluşuna gidilmediği belirlenmiştir.

4.2. Tanıtıcı Özelliklerle Ev Kazalarının İlişkilerine Ait Bulgular

Bu bölümde tanıtıcı özelliklerle ev kazalarının ilişkilerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Olguların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı(n=72)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kaza Geçiren		Kaza Geçirmeyen	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kız	5	6.9	7	9.7
Erkek	13	18.1	47	65.3
Yaş grupları				
6 yaş ve altı	2	2.8	7	9.7
7-12 yaş arasında	11	15.3	43	59.7
13 yaş ve üzerinde	5	6.9	4	5.6
Doğum ağırlığı (gr)				
2500 ve altı	1	1.4	7	9.7
2501-3500 arası	14	19.4	35	48.6
3501 ve üzeri	3	4.2	12	16.7
Doğum sonrası anne sütü alma süresi				
0-6 ay arası	7	9.7	20	27.8
7-12 ay arası	5	6.9	22	30.6
13ay ve üstü	6	8.3	12	16.7
Günlük ortalama uyku süresi				
9 saat ve altı	15	20.8	46	63.9
10 saat ve üstü	3	4.2	8	11.1
DEHB tanısı alma yaşı (yıl)				
6 ve öncesi	4	5.6	17	23.6
7-11 yaş arası	11	15.3	34	47.2
12 yaşından sonra	3	4.2	3	4.2
Okula gitme durumu				
Gitmiyor	1	1.4	5	6.9
Sabahçı (ikili eğitim sistemi)	9	12.5	18	25.0
Öğlenci (ikili eğitim sistemi)	5	6.9	17	23.6
Tam gün (tekli eğitim sistemi)	3	4.2	14	19.4
Toplam	18	25.0	54	75.0

Tablo 4.2.1. incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %72.2'sini erkek, %61.1'ini 7-12 yaş arası, %77.7'sini 2501-3500 gr arası doğan, %38.8'ini doğum sonra 0-6 ay arası anne sütü alan, %83.3'ünü 9 saat ve altı uyuyan, %61.1'ini 7-11 yaş arasında DEHB tanısı alan, %50.0'sini ikili eğitim sisteminde sabahçı olarak okula giden çocuklar oluşturmaktadır.

4.2.2. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı (n=72)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kaza Geçiren		Kaza Geçirmeyen	
	n	%	n	%
Anne çalışma durumu				
Çalışıyor	4	5.6	13	18.1
Çalışmıyor	14	19.4	41	56.9
Annenin çalıştığı kurum				
Kamu	4	5.6	9	12.5
Özel sektör	-	-	4	5.6
Çalışmıyor	14	19.4	41	56.9
Baba yaş grupları(yıl)				
35 yaş ve altı	6	8.3	17	73.9
36 yaş ve üzeri	12	16.7	37	75.5
Baba eğitim durumu				
İlköğretim	5	6.9	23	31.9
Lise	6	8.3	18	25.0
Üniversite ve üzeri	7	9.7	13	18.1
Baba çalışma durumu				
Çalışıyor	18	25.0	53	73.6
Çalışmıyor	-	-	1	1.4
Babaların çalıştığı kurum				
Kamu	7	9.7	17	23.6
Özel sektör	7	9.7	25	34.7
Serbest meslek	4	5.6	11	15.3
Çalışmıyor	0	0.0	1	1.4
Toplam	18	25.0	54	75.0

Tablo 4.2.2. incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %55.5'ini 36 yaş ve üzeri, %44.4'ünü ilköğretim mezunu, %77.7'sini çalışmayan, %22.2'sini kamu da çalışan annelerin ve %66.6'sını 36 yaş ve üzeri, %38.8'ini üniversite ve üzeri mezunu, tamamını çalışan, %38.8'ini kamuda çalışan, %38.8'ini özel sektörde çalışan babaların çocukları oluşturmaktadır.

4.2.3. Aileye Ait Özelliklere Göre Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı (n=72)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kaza Geçiren		Kaza Geçirmeyen	
	n	%	n	%
Hanede yaşayan kişi sayısı				
4 kişi ve altı	6	8.3	27	37.5
5 kişi ve üstü	12	16.7	27	37.5
Kardeş sayısı				
0-1 kardeş	7	9.7	25	34.7
2 kardeş ve üzeri	11	15.3	29	40.3
Kaçıncı çocuk				
1.-2.	15	20.8	50	69.4
3.-4.	2	2.8	3	4.2
5. ve üstü	1	1.4	1	1.4
DEHB tanısı almış başka çocuk varlığı				
Yok	14	19.4	45	62.5
Evet 1	3	4.2	6	8.3
Evet 2	1	1.4	3	4.2
Aile tipi				
Çekirdek aile	14	19.4	50	69.4
Geniş aile	3	4.2	2	2.8
Tek ebeveynli aile	1	1.4	2	2.8
Bakım veren kişi				
Anne/baba	16	22.2	48	66.7
Anneanne/babaanne	-	-	4	5.6
Bakıcı	2	2.8	2	2.8
Gelir-gider durumu				
Gelir giderden az	2	2.8	12	16.7
Gelir gidere eşit	8	11.1	25	34.7
Gelir giderden fazla	8	11.1	17	23.6
Çocuğa ait oda var mı?				
Evet	12	16.7	33	45.8
Hayır	6	8.3	21	29.2
Çocukla zihin geliştiren aktivite yapılıyor mu				
Evet	10	13.9	26	36.1
Hayır	8	11.1	28	38.9
Çocuk evde en fazla nerede zaman geçiriyor				
Odasında tek başına	8	11.1	9	12.5
Oturma odasında diğer aile bireyleri ile birlikte	10	13.9	45	62.5
Evde sigara içen var mı				
Hayır	8	11.1	27	37.5
Evet, 1 kişi	4	5.6	23	31.9
Evet, 2 kişi	6	8.3	4	5.6
Toplam	18	25.0	54	75.0

Tablo 4.2.3. incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %66.6'sını hanede 5 veya daha üzeri kişi bulunan, %61.1'ini 2 veya daha üzeri kardeşi bulunan, %83.3'ünü birinci veya ikinci, %77.7'sini DEHB tanısı almış kardeşi bulunmayan, %77.7'sini çekirdek ailede yaşayan, %88.8'inde bakımı annenin veya babanın yaptığı, %44.4'ünü gelirin gidere göre eşit, %44.4'ünü gelirin giderden fazla olduğu ailelerde yaşayan, %66.6'sını kendine ait odası

bulunan, %55.5'ini ebeveynlerinin zihin geliştiren aktiviteler yaptığı, %55.5'ini evde en fazla oturma odasında diğer aile bireyleri ile vakit geçiren, %44.4'ünü evde sigara içen birey bulunmayan çocuklar oluşturmuştur.

4.2.4. İkamet Edilen Konutun Özelliklerine Göre Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı (n=72)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kaza Geçiren		Kaza Geçirmeyen	
	n	%	n	%
Tipi				
Apartman dairesi	11	15.3	36	50.0
Müstakil	7	9.7	18	25.0
Yerleşim bölgesi				
Kentsel	17	23.6	54	75.0
Kırsal	1	1.4	0	25.0
Kaç yıllık(yıl)				
5 ve altı	4	5.6	15	20.8
6-10 arası	5	6.9	15	20.8
11-15 arası	3	4.2	7	9.7
16 ve üzeri	6	8.3	17	23.6
Kaç yıldır aynı evde oturuluyor(yıl)				
5 ve altı				
6-10 arası	11	15.3	28	38.9
11-15 arası	2	2.8	15	20.8
16 ve üzeri	2	2.8	5	6.9
	3	4.2	6	8.3
Genişliği(metrekare)				
75 ve altı	2	2.8	1	1.4
76-100 arası	3	4.2	13	18.1
101-120 arası	5	6.9	11	15.3
121 ve üzeri	8	11.1	29	40.3
Oda sayısı				
1-2	1	1.4	3	4.2
3	4	5.6	14	19.4
4 ve üzeri	13	18.1	37	51.4
Isınma				
Doğalgaz	12	16.7	37	51.4
Soba	6	8.3	17	23.6
Isıtılan oda sayısı				
1	6	8.3	12	16.7
2	1	1.4	6	8.3
Tüm Odalar	11	15.3	36	50.0
Toplam	18	25.0	54	75.0

Tablo 4.2.4 incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %61.1'ini apartman tipi konutlarda, %94.4'ünü kentsel yerleşim bölgesinde, %33.3'ünü 16 veya üzeri yıllık evlerde, %61.1'ini 5 yıl veya az sürede aynı evde, %44.4'ünü 121 veya üzeri metrekare genişliğe sahip evlerde, %72.2'sini 4 veya üzeri oda sayısı bulunan evlerde, %66.6'sını doğalgazla ısınan evlerde, %61.1'ini tüm odaların ısıtıldığı evlerde yaşayan çocuklar oluşturmuştur.

4.2.5. Ev İçi Durum ve Davranışlara Göre Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı (n=72)

Sosyo-Demografik Özellikler	Kaza Geçiren		Kaza Geçirmeyen	
	n	%	n	%
Yemek pişirirken çocuğunuz mutfakta bulunuyor mu				
Hayır	3	4.2	18	25.0
Bazen	15	20.8	36	50.0
Besinlerin kesilmesi, doğranması ya da soyulmasında çocuğunuzdan yardım alıyor musunuz?				
Evet	-	-	1	1.4
Hayır	13	18.1	43	59.7
Bazen	5	6.9	10	13.9
Kenarları keskin ve sivri köşeli mobilyalarınız var mı?				
Evet	16	22.2	45	62.5
Hayır	2	2.8	9	12.5
Koridorda düşme veya çarpmalara neden olabilecek eşya ya da engeller var mı?				
Evet	-	-	3	4.2
Hayır	18	25.0	51	70.8
Kapı önünde eşik var mı?				
Evet	1	1.4	8	11.1
Hayır	17	23.6	43	59.7
Birkaçında	-	-	3	4.2
Evin zemini kaygan mı?				
Evet	-	-	2	2.8
Hayır	4	5.6	11	15.3
Bazı Zeminler	14	19.4	41	56.9
Halı ve sergilerin altında kaydırmayı önleyici malzeme var mı?				
Evet	1	1.4	3	4.2
Hayır	17	23.6	51	70.8
Toplam	18	25.0	54	75.0

Tablo 4.2.5. incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %83.3'ünü yemek pişerken bazı zamanlarda mutfakta bulunan, %72.2'sini besinlerin kesilmesi, doğranması ya da soyulmasında ebeveynlerine yardım etmeyen, %88.8'ini evlerinde kenarları keskin ve sivri köşeli mobilya bulunan, tamamını koridorda düşme veya çarpmalara neden olabilecek eşya ya da engel bulunmayan, %94.4'ünü kapı önünde eşik olmayan evlerde yaşayan, %77.7'sini bazı zeminleri kaygan olan evlerde yaşayan, %94.4'ünü halı ve sergilerin altında kaydırmayı önleyici malzeme bulunmayan evlerde yaşayan çocuklar oluşturmuştur.

4.2.6. DEHB'li Çocukların Bazı Özelliklerinin Ortalamaları ile Ev Kaza Geçirme Durumlarının Karşılaştırılması

	Kaza Geçirme Durum				t	P
	Kaza Geçiren (n=18)		Kaza Geçirmeyen (n=54)			
	\bar{x}	SS	\bar{x}	SS		
DEHB'li Çocuk Yaşı(yıl)	10.88	2.98	9.40	2.42	2.11	0.03
DEHB Tanısı Alma Yaşı(yıl)	8.33	2.42	7.58	2.05	1.27	0.20
Doğum Kilosu(gr)	3127.77	435.28	3078.70	639.17	0.30	0.76
Anne Sütü Alma Süresi(ay)	10.16	7.43	10.42	7.93	0.12	0.90
Uyku Süresi (saat)	8.44	0.85	8.53	1.0	0.35	0.72
Anne Yaşı (yıl)	37.27	5.31	36.50	5.42	0.52	0.59
Baba Yaşı (yıl)	39.77	5.64	40.20	6.71	0.24	0.81
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	4.83	1.09	4.70	1.17	0.41	0.68
Kardeş Sayısı	1.72	0.75	1.77	1.12	0.19	0.84
Kaçıncı Çocuk	1.33	0.59	2.00	1.30	2.09	0.40

Olguların yaş ortalamaları ile kaza geçirme durumlarını karşılaştırdığımızda aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (t:2.11)(p<0.05). Kaza geçiren çocukların yaş ortalamaları kaza geçirmeyen çocuklardan daha yüksektir.

DEHB tanısı alma yaşı, doğum kilosu, anne sütü alma süresi, uyku süresi, anne yaşı, baba yaşı, hanede yaşayan kişi sayısı, kardeş sayısı, kaçıncı çocuk olduğu ile kaza durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı grupların benzer özellikler gösterdikleri belirlenmiştir (p>0.05)(Tablo.4.2.6).

5. TARTIŞMA

Tartışmamız bulgulara paralel olarak iki başlıkta incelenecektir.

1. Tanıtıcı Özellikler İle İlgili Tartışma
2. Tanıtıcı Özellikler İle Ev Kazalarının İlişkileri İle İlgili Tartışma

5.1. Tanıtıcı Özellikler İle İlgili Tartışma

Olgularımızın sos-demografik verisini incelediğimizde; %83.3'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Literatüre göre erkekler de DEHB görülme oranı kızlardan 3 ile 5 kat fazladır (9). Bulgumuz Literatür bilgisi ile uyumludur. Olguların %75,0'nin 7-12 yaş arasında olduğu saptanmıştır. DEHB tanısı genellikle çocukluk çağında konulmaktadır. DEHB tanısının genellikle %50-%80'inin ergenlik döneminde konulduğu literatürde belirtilmektedir (2).

Çalışmamızın sonucuna göre DEHB tanısı almış çocuklarda iki haftalık süreçte ev kazası geçirme sıklığı %25 olarak bulunmuştur. DEHB'li olmayan çocuklarda son bir yıl içinde görülen ev kazası sıklığını; Kurt ve Aytakin (2015) 0-6 yaş grubu çocuklarda %52.4, Gür ve Ark. (2013) tüm yaş gruplarında %56.3, Şahiner (2009) tüm yaş gruplarında %40.6, Köse ve Bakırcı (2007) 0-7 yaş grubunda %32.8 bulmuştur (16, 62, 66, 68, 127). Erdem ve ark. (2017) son iki ay içinde 0-6 yaş grubunda %12.8, Şekerci ve İnal (2016) %30.2, Aktürk ve Erci (2016) 0-5 yaş grubunda %41.8, Büyük ve ark.(2015) % 53.8, Arulogun ve ark.(2015) %46, Gündüz ve Aytakin (2015) 1-3 yaş grubunda %57.3, Yalaki ve ark. (2010) 0-5 yaş grubunda %49.6, Kılıç ve ark. (2006) tüm yaş gruplarında son 3 ay içerisinde %10 olarak bulmuştur (17, 61, 67, 100, 112, 113, 128, 129). Bu çalışmada örneklemimiz 5-17 yaş arası DEHB'li çocuklardan oluşmakta ve sıklık açısından Şekerci ve İnal'ın (2016) çalışmasıyla benzerlik göstermektedir (128).

Tüm ev kazalarının günleri incelendiğinde sırası ile cumartesi günü %25,0 sonrasında ise pazartesi günü %20.8 ev kazası meydana gelmiştir. Cumartesi günü hafta sonu tatiline girilmesi tüm hafta içi boyunca okula giden çocuk veya çocuklarda ve haftanın vermiş olduğu uyaranlar, ev ödevinin bulunması, rahat vakit geçirmek ve oyun oynamak isteyen çocuğun zihninde ev ödevi olduğu düşüncesinin tekrarlanmasından ya da tatil olmanın vermiş olduğu dürtüsellikten kaynaklanabilir. Tüm yaş gruplarında çalışan Şahiner'in (2009) yapmış olduğu çalışmada %18.6 ile pazartesi en sık ev kazası geçirilen gün iken, %18.1 ile cumartesi günü 2. Sırada yer almıştır. Şahiner bu durumu 'işe ve

okula gidilen ilk gün olması, çocukların ve erkeklerin daha az oranda evde oldukları bu günde konutun temizliğinin yapılmasından kaynaklanabilir'' olarak açıklamıştır (127).

Tüm ev kazalarının saatleri incelendiğinde en sık %54.2 oranında 13-18 saatleri arasında gerçekleşmiştir. İşte veya okulda bulunan aile bireylerinin bu saatler arasında eve gelmesi ve ailenin toplanması, yemek hazırlama ve yeme telaşı, yemek sonrasında dinlenme ve eğlenme isteğinden dolayı evin kullanımının artmasından dolayı kaynaklanabilir. Şahiner (2009) de yapmış olduğu çalışmada ev kazalarının 14-20 saatleri arasında sık olarak meydana geldiğinin bildirmiştir. Elde edilen bulgu literatürle benzerlik göstermektedir (127).

Tüm ev kazalarının şekilleri incelendiğinde en sık meydana gelen kazanın %75.0 ile düşmedir. Düşmeyi sırası ile %12.5 ile çarpma, %8.3 ile kesici/delici alet yaralanması izlemektedir. Dünya da yapılmış olan çalışmalarda çocuklarda en sık meydana gelen ev kazası düşmelerdir (61, 104). Ülkemizde yapılmış olan çalışmalarda en sık meydana gelen ev kazasının düşme olduğu bildirilmektedir (16, 17, 61, 67, 68, 100, 112, 130). Çalışmamızda en sık karşılaşılan ev kazası tipi literatürle benzerlik göstermektedir.

Tüm ev kazalarının meydana geldiği yer incelendiğinde %37.5 ile salon en sık kazanın gerçekleştiği yerdir. Bunu % 33.3 ile bahçe izlemektedir. Tüm aile bireylerinin ortak kullanım bölümü olan ve evde en fazla zaman geçirilen yerlerin başında salon gelebilmektedir. Salonda birçok aile bireyi farklı aktivitelerde bulunabilir. Çocuklar oyun oynuyor ya da ders çalışıyor olabilir. Ebeveynler farklı eğlenme yöntemleri ile meşgul olurken bir yandan da yemek sonrası içeceklerin (özellikle çay) ve yiyeceklerin tüketildiği alan olmasından kaynaklanabilir. Karatepe'nin (2011) çalışmasında ev kazalarının %42.1'i, Şahiner'in (2009) çalışmasında ise %47.6'sı, Yıldırım ve ark.'nın (2016) çalışmasında %43.8'i, Gündüz ve Aytekin'in (2015) çalışmasında %45.5'i salonda meydana gelmiştir (101, 112, 127, 130). Yapmış olduğumuz çalışmada en sık ev kazası geçirilen yer olan salon literatür ile benzerlik göstermektedir.

Tüm ev kazalarının sonucunda etkilenen vücut bölgesi incelendiğinde; %33.3 ile dizler, %25.0 ile eller etkilenmiştir. Karatepe'nin (2011) çalışmasında bu oran %41.4 ile baş olarak bulunmuştur (130). Karatepe 0-6 yaş grubu çocuklarda çalıştığından küçük çocuklarda ağırlığın odak noktasının baş bölgesine yakın olması dolayısı ile en fazla

yaralanmalar bu bölgede gerçekleşmiş olabilir. Bizim çalışmamızda ise yaş olarak daha büyük çocuklarla çalışıldığı ve kazaların büyük çoğunluğunun (%75.0) düşmeler olduğu için etkilenen bölgenin düşme sonucunda yerle temas eden ilk vücut bölgelerinden biri olan dizlerin olması ile açıklanabilir.

Tüm ev kazalarının sonucunda hastaneye gidilme durumu incelendiğinde; %95.8 ile hastaneye gidilmediği sonucuna ulaşılmıştır. Boztaş 'ın (2007) çalışmasında ev kazası sonucu %88.9, Kılıç ve ark. (2006) %85.7 oranında ev kazası sonucu sağlık kuruluşuna gidilmediği sonucuna ulaşılmıştır (129, 131). Bizim çalışmamızda ki bu oran literatürle benzerlik göstermektedir.

5.2. Tanıtıcı Özellikler İle Ev Kazalarının İlişkileri İle İlgili Tartışma

Kaza geçirme durumu ile cinsiyet karşılaştırıldığında; ev kazası geçirme oranının %72.2'sinin erkeklerde görüldüğü bulunmuştur. DEHB tanısı koyulma oranı erkek çocuklarda kız çocuklarına oranla daha yüksek olduğundan bu çalışmaya katılan kız çocuklarının oranı %16.7 ile sınırlı kalmıştır.

Kaza geçirme durumu ve yaş incelendiğinde; yaş ortalaması ile kaza geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$, Tablo 4.2.6). Kaza geçiren çocukların yaş ortalaması kaza geçirmeyen çocuklardan daha yüksek bulunmuştur. Karatepe'nin (2011) yapmış olduğu çalışmada da aynı anlamlılık bulunmuştur (130). Yaş gruplarını ve ev kazalarını incelediğimizde ise ev kazası geçirme oranının %61.1'i 7-12 yaş arası çocuklarda görülmektedir. Bu yaş gurubunun daha çok kazaya maruz kalması çocukların eğitim gerekçesi ile evden uzaklaşmaları ve bireysel bağımsızlıklarını kazanmaya başlamasından kaynaklanabilir.

Kaza geçirme durumu ve doğum kilosu incelendiğinde; doğum kilosu ortalamaları (Tablo 4.2.6)ile ev kazası geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Doğum kilosu gruplarını incelediğimizde ise ev kazası geçirme oranının %77.7'sini 2501-3500 gr arası doğan çocuklar oluşturmaktadır. Literatür taramasında böyle bir veri ile karşılaşılmamıştır. Bu veri gelecek çalışmalara ışık tutması ve gerekli karşılaştırmaların yapılması açısından çalışmamıza eklenmiştir.

Kaza geçirme durumu ve anne sütü alma durumları incelendiğinde; anne sütü alma süresi ortalamaları (Tablo 4.2.6) ile ev kazası geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Anne sürü alma süresi gruplarını incelediğimizde ev kazası geçirme oranının %38.8'ini 0-6 ay arası anne sütü alan çocuklar oluşturmaktadır. Literatür taramasında böyle bir veri ile karşılaşılmamıştır.

Kaza geçirme durumu ve günlük ortalama uyku süresi incelendiğinde; uyku süresi ortalamaları (Tablo 4.2.6) ev kazası geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. 9 saat ve altı uyuyan çocuklar ev kazası geçirme oranının %83.3'ünü oluşturmaktadır. DEHB'li çocuklar gün içerisinde çok fazla enerji harcadıkları ve vücutlarında biriken laktik asit oranının yüksek olabileceği için 9 saat veya altı süredki uyku süresi bu çocuklar için yeterli olmayabilir, oran yüksekliği bu sebepten kaynaklanabilir.

Kaza geçirme durumu ve DEHB tanısı alma yaşı incelendiğinde; DEHB tanısı alma yaşı ortalamaları (Tablo 4.2.6) ile ev kazası geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. 7-11 yaş arası DEHB tanısı alan çocuklar ev kazası geçirme oranının %61.1'ini oluşturmaktadır. DEHB tanısı alması, gerekli tedavi ve terapilere biran önce başlaması gereken çocukların tanıyı geç almaları ve tedaviye geç başlamaları günlük hayata uyum sağlamaları ve günlük aktivitelerini normal düzeylerde yerine getirmelerini engelleyeceğinden ev kazalarına daha çok maruz kalabilirler.

Çocukların kaza geçirme durumları ve okula gitme durumları incelendiğinde; ikili eğitim sisteminde sabahçı olarak okula giden çocuklar ev kazası geçirme oranının %50.0'sini oluşturmaktadır. Güne erken kalkarak başlayan çocukların uykularını yeterince almamaları ve çevreden gelen uyaranlara gerekli hızda tepki verememeleri ev kazalarına daha çok maruz kalmalarına neden olabilir.

Yapmış olduğumuz çalışmada anne yaş ortalaması 36.69 ± 5.36 yıldır (Tablo 4.1.6) olarak bulunmuştur. Karatepe'nin (2011) çalışmasında anne yaş ortalaması $29.6 \pm 5,0$ yıl, Boztaş'ın (2007) çalışmasında 28.5 ± 5.3 yıl, Kurt ve Aytekin'in (2015) çalışmasında 31.72 ± 6.19 yıldır (16,130,131). Ev kazası geçiren çocukların annelerinin yaş ortalaması 37.27 ± 5.36 ve ev kazası geçirmeyen çocukların annelerinin yaş ortalaması 36.50 ± 5.42

yıldır. Annenin yaş ortalaması ($p>0.05$, Tablo 4.1.6) ile kaza geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Boztaş'ın (2007) ve Karatepe'nin (2011) çalışmalarında da annenin yaş ortalaması ile ev kazası geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (130, 131). Bizim çalışmamızda anne yaş ortalamasının diğer çalışmalara göre yüksek çıkmasının sebebi örnekleme alınan çocukların yaşlarının büyük olmasından kaynaklanmaktadır. Karşılaştırma yapılan literatür bulgularında çocuklarda DEHB tanış varlığı sorgulanmamıştır.

Çalışmamız sonucunda babaların yaş ortalaması 40.09 ± 6.42 yıl (Tablo 4.1.4.) olarak bulunmuştur. Ev kazası geçiren çocukların babalarının yaş ortalaması 39.77 ± 5.64 , ev kazası geçirmeyen çocukların babalarının yaş ortalaması ise 40.20 ± 6.71 yıl olarak bulunmuştur. Çocukların babalarının yaşları ile ev kazası geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$, Tablo 4.2.6.) Boztaş'ın (2007) ve Karatepe'nin (2011) çalışmalarında da babanın yaş ortalaması ile ev kazası geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (130,131).

Baba yaş grupları ve çocukların kaza geçirme durumları incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %66.6'sını 36 yaş ve üzeri babaların çocukları oluşturmaktadır. Bu yaş grubu babaların çocuklarının ev kazası geçirme oranının büyük çoğunluğunu oluşturması babaların mesai sonrasında veya tatil günlerinde dinlenme istekleri sebebi ile çocuklarına yeterli ilgi ve bakımı veremeyişinden kaynaklanabilir.

Annelerin eğitim durumları incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %44.4'ünü ilköğretim mezunu olan annelerin çocukları oluşturmaktadır. Ev kazası geçirme oranının büyük çoğunluğunu bu grubun oluşturması annenin çocuklarını ev kazalarından korumak için yeterli bilgi ve birikime sahip olmayışından kaynaklanabilir.

Babaların eğitim durumları incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %38.8'ini üniversite ve üzeri tahsil seviyesine sahip babaların çocukları oluşturmaktadır. Baba eğitim seviyesinin yüksek olmasına rağmen bu gruptaki babaların çocuklarının ev kazasına daha çok maruz kalması, babanın çocukları daha özgür birey olarak yetiştirmesinden kaynaklanabilir.

Annelerin çalışma durumları incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %77.7'sini çalışmayan annelerin çocukları oluşturmaktadır. Erdem ve Ark. (2017) çalışmasında bu oran %53.3, Köse ve Bakırcı (2007) çalışmalarında bu oranı %55 olarak bulmuştur (68, 113). Bu çalışma literatüre aykırıdır. Bu çalışma da anne yaş seviyesi diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğundan annelerin bakım vermesi gereken daha fazla çocuğa sahip olabilmelerinden kaynaklanabilir.

Hanede yaşayan kişi sayısının kaza geçirme durumu ile ilişkisine bakıldığında; ev kazası geçirme oranının %66.6'sını hanede 5 veya daha fazla kişinin yaşadığı ailelerde yaşayan çocuklar oluşturmuştur. Hanede yaşayan kişi sayısının çok olması birey başına düşen özgür hareket alanını azaltacağından çocukların ev kazası geçirme oranını artırabilir. Hanede yaşayan kişi sayısının ortalamasının ev kazası geçirme durumu ile ilişkisine bakıldığında; kaza geçirenlerin hanelerinde yaşayan kişi sayısı ortalaması 4.83 ± 1.09 , kaza geçirmeyenlerin ortalaması 4.70 ± 1.17 olarak bulunmuştur. Aradaki fark anlamlı değildir ($p > 0.05$, Tablo 4.2.6). Yalaki ve ark. (2010) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulmuşlar ve hanede yaşayan kişi sayısı arttıkça ev kazası geçirme durumunun arttığı sonucuna ulaşmışlardır (100).

Çocukların kardeş sayıları ve ev kazası geçirme durumları incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %61.1'ini 2 veya daha fazla sayıda kardeşi bulunan çocuklar oluşturmaktadır. Kardeş sayısı arttıkça ebeveynlerin ilgilenmesi ve bakım vermesi gereken çocuk sayısı artacağından çocuk başına düşen ilgi ve bakım düşecektir. Bu durumda çocuk ebeveyn gözlemleyemediği için ya daha rahat hareket ettiğini düşünecek ve sorumsuz tavırlar sergileyecek ya da kendi bakımını yerine getirmesi gerektiğini düşünüp yapamayacağı işler yapmaya kalkışacaktır oranın yüksek olması bu sebeplerden kaynaklanabilir. Kardeş sayısının ortalaması ve ev kazası geçirme durumuna bakıldığında; ev kazası geçirenlerin kardeş sayısı ortalaması 1.72 ± 0.75 , ev kazası geçirmeyenlerin kardeş sayısı ortalaması ise 1.77 ± 1.12 olarak bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p > 0.05$, Tablo 4.2.6.)

Örnekleme alınan çocukların kaçınıcı çocuk oldukları ve ev kazası geçirme durumları incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %83.3'ünün birinci veya ikinci

çocuk grubu oluşturmaktadır. bu gruptaki oran yüksekliği ebeveynlerin ilgilenmesi gereken daha küçük çocukları olmasından kaynaklanabilir.

Örnekleme alınan çocukların ailelerinde başka DEHB tanısı alan çocuk varlığı ve ev kazası geçirme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %77.7'sini DEHB tanısı almış kardeşi bulunmayan çocuklar oluşturmaktadır. bu oran yüksekliği ebeveynlerin veya bakım verici bireylerin DEHB semptomları ve DEHB'li çocuk gelişimi hakkında yeterli seviyede bilgi birikimine ve tecrübeye sahip olmamasından kaynaklanabilir.

Aile tipi ve ev kazası geçirme durumunun karşılaştırılması incelendiğinde; ev kazası görülme oranının %77.7'sini çekirdek ailelerde yaşayan çocuklar oluşturmaktadır.

Çocuğa ait oda olup olmama durumu ile ev kazası geçirme oranı karşılaştırıldığında; ev kazası görülme oranının %66.6'sı çocuğa ait oda bulunun hanelerde yaşayan çocuklarda meydana gelmiştir. Bu oran yüksekliği çocuğun odasında daha özgür davranmasından kaynaklanabilir.

Evin tipi ve ev kazası geçirme durumunu karşılaştırdığımızda; ev kazası görülme oranının %61.1'i apartman tipi evlerde yaşayan çocuklarda görülmüştür. Bu oran çocukların aktivite alanlarının az olmasından kaynaklanabilir.

Evin yerleşim bölgesi ve ev kazası geçirme durumunun karşılaştırılması incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %94.4'ü kentsel yerleşim bölgesinde yaşayan çocuklarda meydana gelmiştir. Bu oran yüksekliği çalışma örneklemine dahil edilen çocukların %98.6'sının kentsel yerleşim bölgesinde yaşamasından kaynaklanmaktadır.

Ailelerin kaç yıldır aynı evde oturduğu ve ev kazası geçirme durumunun karşılaştırılması incelendiğinde; ev kazası görülme oranının %61.1'i 5 yıl veya daha az sürede aynı evde oturan ailelerin çocuklarında meydana gelmiştir. Bu oran yüksekliği çocuğun yaşadığı ev ortamını ve olası ev kazası risklerini tanıyamamasından kaynaklanabilir.

Evin genişliği ve ev kazası geçirme durumunun karşılaştırılması incelendiğinde; ev kazası geçirme oranının %44.4'ünü 121 metrekare veya daha geniş evlerde yaşayan ailelerin çocuklarında meydana gelmiştir. Geniş evlerde yaşayan çocukların daha rahat hareket edebilmesi, çocuk odalarının ebeveynlerin daha sık bulunduğu oturma odası ve mutfak gibi ortamlara uzak olabilmesi durumundan kaynaklı yüksek oran bulunmuş olabilir.

Evin oda sayısı ve ev kazası geçirme durumunun karşılaştırılması incelendiğinde; ev kazası görülme oranının %72.2'si 4 veya daha fazla odaya sahip evlerde yaşayan çocuklarda bulunmuştur. Bu oran yüksekliği evde daha fazla oda bulunması sebebiyle çocuk odasının var olmasından ve çocuğun bu alanda daha rahat ve özgür bir biçimde hareket etmesinden kaynaklanabilir.

Yemek pişerken çocuğun mutfakta bulunma durumu ile ev kazası geçirme durumunun karşılaştırılması incelendiğinde; ev kazası görülme oranının %83.3'ü yemek hazırlanırken bazen mutfakta bulunun çocuklarda görüldüğü bulunmuştur. Bazen mutfakta bulunanlarda ev kazası oranının yüksek olması yemek hazırlayan ebeveynin dikkatinin dağılması sonucu davranış kaynaklı kaza risklerinden veya yemek hazırlanırken mutfağın yoğun kullanımı ve etrafta ekstra bulunan yemek hazırlamada kullanılan cihaz ve aletlerden kaynaklanabilir.

Kenarları keskin ve sivri köşeli mobilyaları bulunma durumu ile ev kazası geçirme durumunun karşılaştırılması incelendiğinde; ev kazası görülme oranının %88.8'ini kenarları keskin ve sivri köşeli mobilyaları bulunan hanelerde yaşayan çocuklar oluşturmaktadır. Bu oranın yüksek bulunması çocukların o eşyalarla sert bir şekilde temas etmesi veya o eşyalardan sakınmalarından kaynaklanan hareket kısıtlılığı olabilir.

Evin zemininin kaygan olma durumu ile ev kazası geçirme durumunun karşılaştırılması incelendiğinde; ev kazası görülme oranının %77.7'si bazı zeminlerin kaygan olduğu konutlarda yaşayan çocuklarda görülmektedir. Bu oran yüksekliği çocukların banyo da veya diğer kaygan zeminlerde ev kazasına maruz kalması ya da bu zeminlerde kazaya maruz kalmamak için çaba sarf ederken dikkat dağınıklığı yaşamasından kaynaklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

DEHB tanısı almış çocuklarda ev kazalarının incelemek amacı ile yapılan çalışma da aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çocukların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; %83.3'ünün erkek olduğu, %75.0'inin 7-12 yaş arasında olduğu, %68.1'inin 2501 gr ile 3500 gr arasında doğduğu, %11.1'inin 2500 gr veya altında doğduğu, %37.5'inin 0-6 ay anne sütü aldığı, %37.5'inin 7-12 ay anne sütü aldığı, %84.7'sinin günlük ortalama 9 saat ve altında uyduğu, %62.5'inin 7-11 yaş arasında DEHB tanısı aldığı, %37.5'inin ikili eğitim sisteminde sabahçı olarak okula gittiği, %30.6'sının ikili eğitim sisteminde öğlenci olarak okula gittiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ebeveynlerin Sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; annelerin %51.4'ünün 36 yaş ve üstünde olduğu, babaların %68.1'inin 36 yaş ve üstünde olduğu, annelerin %47.2'sinin ilköğretim mezunu, %25.0'inin ortaokul mezunu, %20.8'inin üniversite ve üzerinde mezuniyetinin olduğu, babaların %38.9'unun ilköğretim mezunu, %33.3'ünün ortaokul mezunu, %27.8'inin üniversite ve üzerinde mezuniyetinin olduğu, annelerin %76.4'ünün çalışmadığı, babaların %98.6'sının çalıştığı, çalışan annelerin %76.5'inin kamuda çalıştığı, %23.5'inin özel sektörde çalıştığı, çalışan babaların %45.1'inin özel sektörde çalıştığı, %33.8'inin kamuda çalıştığı ve %21.1'inin serbest mesleğinin olduğu belirlenmiştir.

Aileye ait özellikler incelendiğinde; çocukların %54.2'sinin 5 veya daha üzerinde birey bulunan ailede yaşadığı, %55.5'nin 2 veya daha fazla sayıda kardeşinin bulunduğu, %90.3'ünün ilk veya ikinci çocuk olduğu, ailelerin %81.9'unda başka DEHB'li Çocuğun bulunmadığı, ailelerin %88.9'unun çekirdek aile olduğu, çocuklara bakım verenlerin %88.9'unun anne/baba olduğu, ailelerin %45.8'inde gelirin gidere eşit olduğu, %19.4'ünde gelirin giderden az olduğu, hanelerin %62.5'inde çocuğa ait bir odanın bulunduğu, ailelerin %50.0'sinde çocukla zihin geliştiren aktivitelerin yapıldığı, %50.0'sinde çocukla zihin geliştiren aktivitelerin yapılmadığı, çocukların %76.4'ünün evde en fazla oturma odasında diğer aile bireyleri ile zaman geçirdiği, ailelerin %48.6'sında sigara içenlerin bulunmadığı, %37.5'inde bir kişinin sigara içtiği, %13.9'unda iki kişinin sigara içtiği belirlenmiştir.

Ailelerin ikamet ettiği konutlar incelendiğinde; ailelerin %65,3'ünün apartman tipi evlerde, %98,6'sının kentsel yerleşim bölgelerinde, %31,9'unun 16 yıllık ve daha üzeri evlerde, %26,4'ünün 5 ve daha az yıllık evlerde yaşadığı %54,2'sinin ikamet ettikleri

konutta 5 yıl veya daha az süredir oturduğu, %12.5'inin ikamet ettikleri konutta 16 yıl ve üzeri süredir oturduğu, %51,4'ünün 121 metrekare veya daha geniş evlerde yaşadığı, %4.2'sinin 75 metrekare ve daha küçük evlerde yaşadığı, ailelerin %69,4'ünün evlerinde 4 veya daha üzeri oda bulunduğu, %68,1'inin evlerinin kalorifer sistemi ile ısıtıldığı ve %65,3'ünde evlerinin tamamının ısıtıldığı belirlenmiştir

Ev içi durum ve davranışlar incelendiğinde; evlerin %84,7'sinde kenarları keskin ve sivri köşeli mobilyaların bulunduğu, kenarları keskin ve sivri köşeli mobilyaların %100,0'ünde koruyucu malzemelerin bulunmadığı, %95,8'inde koridorlarda düşme veya çarpmalara neden olabilecek engellerin olmadığı, %83,3'ünün kapı önlerinde eşik olmadığı, %100,0 'ünde prizlerde elektrik çarpmalarını önleyen koruyucu engel veya kapakların olmadığı, %76,4 oranındaki evlerde bazı zeminler kaygan olduğu, %94,4 ünde ise halı ve sergilerin altında kaydırmayı önleyici malzemenin bulunmadığı belirlenmiştir.

Çocukların %25.0'inin ev kazası geçirdiği, ev kazası geçiren çocukların %33.3'ünün ikinci bir ev kazası geçirdiği belirlenmiştir.

Geçirilen tüm kazaları incelendiğinde; en çok %25.0 oranında cumartesi günü, %20.8 oranında pazartesi günü meydana geldiği, kazaların %54.2'sinin 13-18 saatleri arasında geçirdiği, %75.0'inin düşme, %12.5'inin çarpma %8.3'ünün kesici/delici alet yaralanması olduğu, birinci sorumuza cevap olarak belirlenmiştir. Kazaların %37.5'inin salon da, %33.3'ünün bahçede, %12.5'inin mutfakta meydana geldiği, kazaların %33.3'ünde dizler, %25.0'inde eller etkilenmiş, %12.5'inde ise çoklu yaralanmaların meydana geldiği, kazalar sonucunda %95.8'inde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurulmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çocukların sosyo-demografik özellikleri ile ve ev kazası geçirme oranı incelendiğinde; ev kazası görülme oranında erkek, 7-12 yaş arası, 2501-3500 gr arası doğan, doğumdan sonra 0-6 ay arası anne sütü alan, 9 saat ve altı uyuyan 7-11 yaş arasında DEHB tanısı alan ve ikili eğitim sisteminde sabahçı olarak okula giden çocukların oranı daha yüksektir. İkinci sorumuza cevap olarak bulunmuştur.

Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ile ev kazası geçirme oranı incelendiğinde; ev kazası görülme oranında 36 yaş ve üzeri anne ve babaların, ilköğretim mezunu anne ve üniversite ve daha yüksek tahsil seviyesine sahip babaların ve çalışmayan annelerin

çocuklarının oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Üçüncü sorumuza cevap olarak bulunmuştur.

Aileye ait özellikler ile ev kazası görülme oranı incelendiğinde; ev kazası görülme oranında 5 ve daha çok sayıda bireyim yaşadığı ailelerde yaşayan, 2 veya daha fazla kardeşi bulunan, birinci veya ikinci çocuk olan, çekirdek ailelerde yaşayan, anne/babanın bakım verdiği ailelerde yaşayan çocukların oranı daha yüksek bulunmuştur. Dördüncü sorumuzun cevabı olarak belirlenmiştir.

İkamet edilen konutun özellikleri ile ev kazası geçirme oranı incelendiğinde; ev kazası görülme oranında apartman tipi konutlarda, kentsel yerleşim bölgesinde, 5 yıl veya daha az süredir aynı evde, 121 metrekare veya daha geniş evlerde, 4 ve daha fazla sayıda odası bulunan evlerde yaşayan çocukların oranı daha yüksek bulunmuştur. Beşinci sorumuzun cevabı olarak belirlenmiştir.

Ev içi durum ve davranışlar ile ev kazası geçirme oranı incelendiğinde; ev kazası görülme oranında yemek pişirirken çocuğundan bazen yardım alan ebeveynlerin çocuklarının, kenarları keskin ve sivri köşeli mobilyaların olduğu, bazı zeminlerin kaygan olduğu hanelerde yaşayan çocukların oranı daha yüksektir. Altıncı sorumuzun cevabı olarak bulunmuştur.

Ortalamalar (DEHB tanısı alma yaşı, doğum kilosu, anne sütü alma süresi, uyku süresi, anne-baba yaşı, hanede yaşayan kişi sayısı, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu) ile ev kazası geçirme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çocuğun yaş ortalaması ile ev kazası geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$).

6.2.ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir:

- ✓ Ev kazalarının her çocuğun başına gelebileceği, ev kazası oluşması durumunda kazanın boyutuna ve şekline gereken önem verilmeyip hastaneye başvuruların reddedilmemesi konusunda ailenin bilgilendirilmesi
- ✓ DEHB tanısı almamış çocuklarda DEHB belirtilerinin olduğundan şüphelenilmesi durumunda uzman görüşün (çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı) alınmasının gerekliliği konusunda ebeveynlerin bilgilendirilmesi

- ✓ Erkek çocuklarının daha özgür olabileceğini düşünüp serbest bırakılmaması ve kız çocuklarının erken yaşlarda ev kazalarına neden olabilecek sorumluluk verilmemesi konusunda ebeveynlerin bilgilendirilmesi
- ✓ Eğitim hayatına başlaması ve evden ve ebeveyn gözetiminden ayrılmaya başlayan çocukların ev kazası yönünden bilinçlendirilmesi
- ✓ Çocuğun yeterli uyuyabilmesi için gerekli zamanlarda erken uyumaya alıştırılması
- ✓ Anne ve baba yaşının büyük olduğu durumlarda ev kazaları ile ilgili bilinç durumunun kontrol edilmesi ve gerekli eğitimlerin verilmesi
- ✓ Ebeveyn eğitim durumu gözetilmeksizin tüm ebeveynlerin ev kazası konusunda bilinçlendirilmesi
- ✓ Hanede yaşayan kişi sayısının ve çocuk sayısının yüksek olması durumunda ebeveynler ve çocukların ev kazası yönünden bilgilendirilmesi
- ✓ Çocukların bakım verenlerinin bakıcı veya diğer kişiler olması durumunda, bu kişilerin DEHB ve ev kazası yönünden bilgilendirilmesi
- ✓ Hanede bulunan olası kaza risklerinin belirlenmesi ve risklerin giderilmesi veya azaltılmasının gerekliliği konusunda ebeveynlerin bilgilendirilmesi
- ✓ Yeterli aktivite alanı bulunmayan konutlarda çocuklar için aktivite alanlarının oluşturulması
- ✓ Çocuğun odasında fazla zaman geçirdiği veya yeni sorumluluklar verildiği durumlarda ev kazaları yönünden çocuğun bilgilendirilmesi
- ✓ Ev tamirat ve tadilat ihtiyacının olduğu durumlarda bu tamirat ve tadilatların geciktirilmemesi ve giderilmesi konusunda ebeveynlerin bilgilendirilmesi
- ✓ Ev kazasına neden olabilecek davranış ve ev içi durumların gözden geçirilip gerekli önlemlerin alınması
- ✓ Ev kazalarında yapılacak olan çalışmaların ev kazası risk faktörlerini (çevresel, ailesel ve bireysel faktörler) daha ayrıntılı sormaları
- ✓ DEHB'li çocuklarda ev kazası çalışacak kişilerin daha büyük örneklem grupları oluşturmaları önerilmektedir.

6.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Gaziantep İl Sınırları içerisinde bulunan bir devlet hastanesinde Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış 72 çocuk ile yapıldığı için bütün DEHB'li çocuklara genellenemez. Sadece araştırmanın yapıldığı hastanedeki DEHB'li çocukların durumlarını yansıtır.

KAYNAKLAR

1. Şimşek Ş., Yıldırım V., Bostan R.(2005, ocak). Psikolojik danışmanlık ve rehberlik öğretmenlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hakkındaki bilgi ve inançları. Van Tıp Dergisi.22(1):34-40
2. Tufan A.E., Yaluğ İ.(2009). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda tıbbi eş tamlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.1:187-200
3. Sezer M. (2015). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerde cinsiyetlere göre semptom farklılıkları. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul
4. Ebejer J.L., Medland S.E., Werf J.V.D., Gondro C, Henders A.K., Lynskey M., Martin N.G., Duffy D.L. (2012).Attention deficit hyperactivity disorder in australian adults: prevalence, persistence, conduct problems and disadvantage. PLoS ONE. 2012;7(20):e47404 doi:10.1371/journal.pone.0047404
5. Bashiri A, Ghazisaeeedi M, Shahmoradi L.(2017). The opportunities of virtual reality in the rehabilitation of children with attention deficit hyperactivity disorder: a literature review. *Korean Journal of Pediatrics*. 2017;60(11):337-343. doi:10.3345/kjp.2017.60.11.337
6. Demirci E., Özmen S., Öztop D.B.,(2016). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan erkek çocuk ve ergenlerde dürtüsellik ve serum oksitosin ilişkisi:bir ön çalışma. Arch Neuropsychiatry. 53:291-295
7. Özdemiroğlu F., Karakuş K., Memiş Ç.Ö., Şen H.G., Sevinçok L.(2016). Tıp fakültesi öğrencilerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. Klinik Psikiyatri. 19:5-14
8. Şimşek Ş., Gökçen C., Fettahoğlu E.Ç.(2012). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların ebeveynlerinde DEHB ve diğer psikiyatrik belirtiler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 25:230-237
9. Aslan F. (2013). Farklı sosyodemografik özelliklere sahip olan ailelerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklara ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

10. Pazvantoğlu O., Akbaş S., Sarısoy G., Baykal S., Korkmaz I.Z., Karabekiroğlu K., Böke Ö.(2014). DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB ile ilişkili bazı sorunlu yaşam olayları. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 27:61-68
11. Merrill R.M., Lyon J.L., Baker R.K., Gren L.H.(2009). Attention deficit hyperactivity disorder and increased risk of injury. *Advances in Medical Sciences*. 54(1):20-26
12. Hodgkins P, Montejano L, Sasané R, Huse D.(2011). Risk of injury associated with attention-deficit/hyperactivity disorder in adults enrolled in employer-sponsored health plans: a retrospective analysis. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*. 13(2):PCC.10m01031. doi:10.4088/PCC.10m01031.
13. Acar E, Dursun OB, Esin İS, Öğütü H, Özcan H, Mutlu M.(2015). Unintentional injuries in preschool age children: is there a correlation with parenting style and parental attention deficit and hyperactivity symptoms. Michele F, ed. *Medicine*. 94(32):e1378. doi:10.1097/MD.0000000000001378.
14. Phelan KJ, Khoury J, Xu Y, Liddy S, Hornung R, Lanphear BP. (2011). A randomized, controlled trial of home injury hazard reduction: the home injury study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 165(4):339-345. doi:10.1001/archpediatrics.2011.29.
15. Aslan S., Yıldırım M., Tunçdemir A., Geçkil E.(2015). 0-6 yaş çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik ilk yardım hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 1(2): 54-64
16. Kurt F.Y., Aytekin A. (2015). 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazaları. *HSP*. 2(1): 22-32
17. Büyük E.T., Çavuşoğlu F., Teker E. (2015). Sıfır altı yaş arası çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanılanması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 5(3): 17-22
18. Öztürk M. (2007). Anne, baba ve eğitimciler için çocuk psikiyatrisi. İstanbul: Uçurtma Yayınları. 51-60.
19. Abalı O. (2015). Hiperaktivite ve dikkat eksikliği. İstanbul: Adeda Yayıncılık. 15-20.

20. Sadeghi M, Sadeghi-Bazargani H, Amiri S.(2017). Psychometric evaluation of the persian version of barkley adult attention deficit/hyperactivity disorder screening Tool among the elderly. *Scientifica*. 2017;2017:9109783. doi:10.1155/2017/9109783.
21. Tashakori A, Afkandeh R.(2011). Prevalence of ADHD Symptoms among male preschoolers based on different informants in Ahvas City of Iran. *ISRN Pediatrics*. 2011;2011:709653. doi:10.5402/2011/709653.
22. Huh Y, Choi I, Song M, Kim S, Hong SD, Joung Y.(2011). A comparison of comorbidity and psychological outcomes in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Investigation*. 8(2):95-101. doi:10.4306/pi.2011.8.2.95.
23. Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA.(2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*. 12:168. doi:10.1186/1471-244X-12-168.
24. Mahone EM, Denckla MB. (2017).Attention-deficit/hyperactivity disorder: a historical neuropsychological perspective. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*. 23(9-10):916-929. doi:10.1017/S1355617717000807.
25. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management ADHD in children, young people and adults. British Psychological Society. Erişim 10 Ocak 2018. https://books.google.com.tr/books/about/Attention_Deficit_Hyperactivity_Disorder.html?id=Wyc0OgAACAAJ&redir_esc=y
26. Güçyetmez V. (2017). Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda proenflamatuar ve antiinflamatuvar sitokin düzeyleri. Uzmanlık Tezi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep.
27. Saęat B. (2017). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerde görülen internet bağımlılığının benlik algısı ve benlik saygısı üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

28. Kırmaz S. (2017). Moxo d-CPT DEHB Testi çocuk versiyonunun dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda değerlendirme aracı olarak kullanılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul.
29. Dervişoğlu N.E. (2016). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı almış çocuklarda obsesif belirtiler. Yüksek Lisans Tezi. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Mersin.
30. Byun H, Yang J, Lee M, et al.(2006). Psychiatric comorbidity in Korean children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: psychopathology according to subtype. *Yonsei Medical Journal*. 47(1):113-121. doi:10.3349/ymj.2006.47.1.113.
31. Luan R, Mu Z, Yue F, He S. (2017).Efficacy and tolerability of different interventions in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 8:229. doi:10.3389/fpsy.2017.00229.
32. Park KJ, Lee JS, Kim H-W. (2017). Medical and psychiatric comorbidities in Korean children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *psychiatry investigation*. 14(6):817-824. doi:10.4306/pi.2017.14.6.817.
33. Lindemann C, Langner I, Banaschewski T, Garbe E, Mikolajczyk RT. (2017). The risk of hospitalizations with injury diagnoses in a matched cohort of children and adolescents with and without attention deficit/hyperactivity disorder in Germany: a database study. *Frontiers in Pediatrics*. 5:220. doi:10.3389/fped.2017.00220.
34. Demirtaş Ö.Ö. (2017). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerde internet bağımlılığının prevalansı ve prediktörleri. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
35. Öner P., Öner Ö., Aysev A. (2003). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 3(12):97-99.
36. Celiloğlu Ö.S. (2011). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda çölyak hastalığı sıklığı. Uzmanlık Tezi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya.

37. Zhang L, Chang S, Li Z, et al.(2012). ADHDgene: a genetic database for attention deficit hyperactivity disorder. *Nucleic Acids Research*. 2012;40(Database issue):D1003-D1009. doi:10.1093/nar/gkr992.
38. Gürsoy T. (2010). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda katekol-o-metiltransferaz gen polimorfizminin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Edirne.
39. Altıntaş H.Ö. (2012). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hastalarının zihin kuramı yetilerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
40. Güney E., Ceylan M.F., İşeri E. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda aday gen çalışmaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(4):664-682
41. Akgün G.M., Tufan A.E., Yurteri N., Erdoğan A. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(1):15-48.
42. Deniz E., Öztop D.B., Mıstık S. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 12(4):207-212.
43. Çocuk gelişimi ve eğitimi: Dehb ve kaynaştırma. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Erişim 13 Ocak 2018. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/DEHB%20ve%20Kayna%C5%9Ft%C4%B1rma.pdf
44. Çocuk gelişimi ve eğitimi: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Erişim 13 Ocak 2018. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/Dikkat%20Eksikli%C4%9Fi%20ve%20Hiperaktivite%20Bozuklu%C4%9Fu.pdf
45. Kanay A. (2006). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 9-13 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinin uyumsal davranışları, benlik kavramı ve akademik başarıları arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı, İzmir.
46. Uytun M.Ç. (2015). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu olan erkek çocuk ve ergenlerde nöropsikolojik test ve dinlenme hali fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme(rf-fMRG) profili. Uzmanlık

Tezi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Kayseri.

47. Öç Ö.Y., Ağaoğlu B., Berk F., Komşuoğlu S., Coşkun A., Karakaya I. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda beyin kan akımı ve elektriksel beyin aktivasyonunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri. 11:53-60
48. Duran Ş. (2006). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda erişkin dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve eştanı durumları. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
49. Durukan İ., Erdem M., Kara K., Karaman D. (2013). Psikostimülan ilaçların gelişen beyin üzerindeki etkileri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 5(4):528-539
50. Abalı O., Mukaddes N.M. (2007). Metilfenidat tedavisi ile ortaya çıkan varsanımlar: olgu sunumu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 17:195-197
51. Çelenk N. (2013). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan okul çağı çocuklarda uyku sorunlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin.
52. Özcan C.T., Oflaz F., Durukan İ. (2010). Psikostimulan ilaç tedavisi alan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda kişilerarası sorun çözme eğitiminin katkıları. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 20:125-131
53. Solmaz D. (2016). Bursa ili Nilüfer Merkez ilçede okula başlangıç çağı çocuklarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
54. Soysal A.Ş., Yıldırım A., Acar A., Karateke B., Kılıç K.M. (2013). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tiplerinin aile işlevleri üzerindeki etkisi. Düşünen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 26:286-294.
55. Kaza nedir. Türk Dil Kurumu. Erişim 26 şubat 2018 http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori=veritbn&kelimesec=189550

56. Erkal S., Yertutan C. (2011). Evde karşılaşılan elektrikli araç kazaları ve alınan önlemler. *Aile ve Toplum*. 12(7):9-20
57. Karatepe T.U., Ekerbiçer H.Ç. (2017). Çocuklarda ev kazaları. *Sakarya Tıp Dergisi*. 7(1):69-73
58. Schnitzer P.G. (2006). Prevention of unintentional childhood injuries. *American Family Physician*. 74(11):1864-1869
59. Chisholm A., Watson M.C., Jones S.J., Kendrick D. (2017). Child injury prevention: a survey of local authorities and health boards. *International Journal of Health Promotion and Education*. 55(4):205-2014
60. Mulvaney C.A., Watson M.C., Walsh P. (2012). Practical child safety education in England: a national survey of the child safety education coalition. *Health Education Journal*. 72(4):450-459
61. Arulogun O.S., İkolo O., Olusawanu M. (2013). Knowledge and practices relating to domestic accident among mothers of pre-school children in İbadan Southwest Local Governmet Area, Nigeria. *Journal of Dental and Medical Sciences*. 6(3):49-55
62. Yıldırım N., Kublay G. (2016). 1-4 yaş çocuklarına yönelik ev kazalarını önleme programının etkinliği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 3(2):1-13.
63. Lafta, R. K., Al-Shatari, S. A., & Abass, S. (2013). Mothers' knowledge of domestic accident prevention involving children in Baghdad City. *Qatar Medical Journal*, 2013(2), 50–56. <http://doi.org/10.5339/qmj.2013.17>
64. Dağhan Ş., Arabacı Z., Hasgül E. (2017). Yaşlılarda ev kazalarının bilişsel durum ve ilişkili faktörlere göre incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 17(39):75-95
65. Morrongiello B.A., Corbet M., Mccourth M., Johnston N. (2006). Understanding Unintentional İnjury-risk in young children I.the nature and scope of caregiver supervision of children at home. 31(6):529-539
66. Gür K., Erol S., Sezer A., Şişman F.N. (2013). Ev ziyaretleriyle ev kazası risk faktörlerinin saptanması ve belirlenen kazaların özellikleri. *Sürekli Eğitim Tıp Dergisi*. 22(6):226-233.
67. Aktürk Ü., Erci B. (2016). Determination of knowledge, attitudes and behaviors regarding factors causing home accidents and prevention in

- mothers with a child aged 0-5 years. *Journal of Education and Practice*. 7(18):142-153.
68. Köse O.Ö., Bakırcı N. (2007). Çocuklarda ev kazaları. *Sürekli Eğitim Tıp Dergisi*. 16(3):31-35.
69. Erkal S., Şafak Ş. (2001). Home accidents:causes and some protective measures. *Education and Science*. 26(121): 58-61.
70. Hogan C.M., Weaver N.L., Cioni C., Fry J., Thompson S. (2008, may). Parenteral perceptions, risks and incidence of pediatric unintentional injuries. *Journal of emergency nurses*. 44(3): 267-273.
71. Yalaki Z., Taşar M.A., Kara N., Dallar Y. (2010).Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin ev kazaları hakkında bilgi düzeylerinin ölçülmesi. *JAEM*, 9: 129-133.
72. Yıldırım S., Karsen H., Çadırcı D. (2016). Ev kazaları nedeniyle acil servise başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 13(1): 68-73.
73. Shenassa, E. D., Stubbendick, A., & Brown, M. J. (2004). Social Disparities in Housing and Related Pediatric Injury: A Multilevel Study. *American Journal of Public Health*, 94(4), 633–639.
74. Farchi S., Rossi P.G., Chini F., Camilloni L., Di Gorgio M., Guasticchi G., Borgia P. (2006). Unintentional home injuries reported by an emergency-based surveillance system: Incidence, hospitalisation rate and mortality. *Accident Analysis and Prevention* 38: 843-853.
75. Zia, N., Khan, U. R., Razzak, J. A., Puvanachandra, P., & Hyder, A. A. (2012). Understanding unintentional childhood home injuries: pilot surveillance data from Karachi, Pakistan. *BMC Research Notes*, 5, 37. <http://doi.org/10.1186/1756-0500-5-37>
76. Nishida Y., Nakazato D., Kitamura K., Mizoguchi H., Yamanaka T. (2015). Childhood-home-injury-situation simulation adaptable to an individual environment based on child physical model and injury semantic structure database. *Procedia Manifavturing*. 3:1872-1879.
77. Osborne J.M., Davey T.M., Spinks A.B., McCKure R.J., Sipe N., Camreon C. (2016). Child injury: Does home matter. *Social Science & Medicine*. 153: 250-257.

78. Özdemir U., Reşitoğlu S., Tolunay O., Çelik T., Celiloğlu C., Karakılıçık A., Tanyeli Z., Sarıbaş E., Kazgan Ş.T., Pehlivan D., Uç D., Çelik Ü. (2016). Evaluation of home accidents in children admitted to pediatric emergency unit. *Journal of Pediatric Intensive Care Medicine*. 3: 146-150.
79. Birken, C. S., & MacArthur, C. (2004). Socioeconomic status and injury risk in children. *Paediatrics & Child Health*, 9(5), 323–325.
80. Ahmed W.A.M. (2016). Home accidents and associated factors among children less than five years old in Sudan: A descriptive study. *Gulf Medical Journal*. 5(1): 10-15.
81. Amram, O., Schuurman, N., Pike, I., Yanchar, N. L., Friger, M., McBeth, P. B., & Griesdale, D. (2015). Socio Economic Status and Traumatic Brain Injury amongst Pediatric Populations: A Spatial Analysis in Greater Vancouver. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(12), 15594–15604. <http://doi.org/10.3390/ijerph121215009>
82. Öztürk Z.K., Balcı S. (2015). Çocukluk çağı yaralanmaları: güvenli ev ortamı oluşturma. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 4(1): 41-47.
83. Gündüz G., Aytekin A. (2015). Annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 5(3): 184-192.
84. Erdem S.S., Bolu F., Mayda A.S. (2017). Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanımlanması. *Konuralp Tıp Dergisi*. 9(2): 40-46.
85. Schwebel D.C., Gilliland M.J., Moore J.G. (2009). Physical environment of the home and adolescent injury risk. *International Emergency Nursing*. 17: 47-51.
86. Sütölük Z., Savaş N., Demirhindi H., Özden N., Akbaba M. (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Büyük Acil Servisi'ne ev kazaları nedeniyle başvuranların etiyolojik ve demografik özellikleri. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 26(2):29-34.
87. Ablewhite, J., McDaid, L., Hawkins, A., Peel, I., Goodenough, T., Deave, T., ... Kendrick, D. (2015). Approaches used by parents to keep their children safe at home: a qualitative study to explore the perspectives of parents with children aged under five years. *BMC Public Health*, 15, 983. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-2252-x>

88. Violence and Injury Prevention/falls. WHO. Erişim: 12 nisan 2018. http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/
89. Yang, M.-T., & Chuang, M.-W. (2013). Fall Risk Assessment and Early-Warning for Toddler Behaviors at Home. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 13(12), 16985–17005. <http://doi.org/10.3390/s131216985>.
90. Home accident prevention-strategy and reports. Department of Health Government United Kingdoms. Erişim 12 nisan 2018. <https://www.health-ni.gov.uk/publications/home-accident-prevention-strategy-and-reports>.
91. World report on child injury prevention/children and falls. WHO. Erişim 12 nisan 2018 http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_english.pdf.
92. Chowdhury, S. M., Svanström, L., Hörte, L.-G., Chowdhury, R. A., & Rahman, F. (2013). Children’s perceptions about falls and their prevention: a qualitative study from a rural setting in Bangladesh. *BMC Public Health*, 13, 1022. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1022>.
93. Kendrick, D., Maula, A., Stewart, J., Clacy, R., Coffey, F., Cooper, N., ... on behalf of the Keeping Children Safe Study Group. (2012). Keeping children safe at home: protocol for three matched case–control studies of modifiable risk factors for falls. *Injury Prevention*, 18(3), e3. <http://doi.org/10.1136/injuryprev-2012-040394>.
94. Khambalia, A., Joshi, P., Brussoni, M., Raina, P., Morrongiello, B., & Macarthur, C. (2006). Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0–6 years: a systematic review. *Injury Prevention*, 12(6), 378–381. <http://doi.org/10.1136/ip.2006.012161>.
95. Özkaya N.K., Alğan S., Akkaya H. (2014). Yanıklı hastanın değerlendirilmesi ve tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi. *Ankara Medical Journal*. 14(4):170-175.
96. Child Safety and Injury Prevention/ Burn Prevention. CDC. Erişim 12 nisan 2018 <https://www.cdc.gov/safechild/burns/index.html>.
97. Shields W.C., Perry E.C., Szanton S.L., Andrews M.R., Stepnitz R.L., McDonald E.M., Gielen A.C. (2013). Knowledge and injury prevention practices in home of older adults. *Geriatric Nursing*. 34(2013):19-24.

98. Wang, S., Li, D., Shen, C., Chai, J., Zhu, H., Lin, Y., & Liu, C. (2016). Epidemiology of burns in pediatric patients of Beijing City. *BMC Pediatrics*, 16, 166. <http://doi.org/10.1186/s12887-016-0686-7>.
99. Duke J.M., Rea S., Boyd J.H., Randall S.M., Wood F.M. (2015, april). Mortality after burn injury in children: a 33-year population-based study. *Pediatrics*. 135(4):903-910.
100. Wynn, P., Stewart, J., Kumar, A., Clacy, R., Coffey, F., Cooper, N., ... Kendrick, D. (2014). Keeping children safe at home: protocol for a case–control study of modifiable risk factors for scalds. *Injury Prevention*, 20(5), e11. <http://doi.org/10.1136/injuryprev-2014-041255>.
101. Elmaoğlu E. (2015). Gaziantep Çocuk Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran 0-17 yaş grubu zehirlenme vakalarının nedenleri ve etkileyebilecek faktörler yönünden zehirlenme dışı olgularla karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gaziantep.
102. Abbas S.K., Tikmani S.S., Siddiqui N.T.(2012, april). Accidental poisoning in children. *Journal of Pakistan Medical Association*. 62(4): 331-334.
103. Child Safety and Injury Prevention/ Poisoning Prevention. CDC. Erişim 12 nisan 2018 <https://www.cdc.gov/safechild/poisoning/index.html>.
104. World report on child injury prevention. WHO. Erişim 12 nisan 2018 http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/
105. Children and poisoning. WHO. Erişim 12 nisan 2018 http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Poisoning_english.pdf.
106. Annigeri, R. V., & Patil, R. S. (2017). A Retrospective Analysis on Anesthetic Management during Rigid Bronchoscopy in Children with Foreign Body Aspiration: Propofol and Sevoflurane with Controlled Ventilation. *Anesthesia, Essays and Researches*, 11(4), 871–874. http://doi.org/10.4103/aer.AER_154_17
107. Passàli, D., Lauriello, M., Bellussi, L., Passali, G., Passali, F., & Gregori, D. (2010). Foreign body inhalation in children: an update. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 30(1), 27–32.

- 108.** Adjeso, T., Damah, M. C., Murphy, J. P., & Anyomih, T. T. K. (2017). Foreign Body Aspiration in Northern Ghana: A Review of Pediatric Patients. *International Journal of Otolaryngology*, 2017, 1478795. <http://doi.org/10.1155/2017/1478795>
- 109.** Wallis, B. A., Watt, K., Franklin, R. C., Nixon, J. W., & Kimble, R. M. (2015). Drowning Mortality and Morbidity Rates in Children and Adolescents 0-19yrs: A Population-Based Study in Queensland, Australia. *PLoS ONE*, 10(2), e0117948. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0117948>
- 110.** Kartal N.D. (2015). Delici kesici alet yaralanması ile acil servise başvuran hastaların retrospektif analizi. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara.
- 111.** Veren F. (2006). Zonguldak il merkezinde yaşayan 15-49 yaş ev kadınlarının ev kazası geçirme sıklığının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak.
- 112.** Sharpe S., Kool B., Robinson E., Ameratunga S. (2012). Unintentional cutting or piercing injuries at home amongst young and middle-aged New Zealanders resulting in hospital admission: context and characteristics. *International Journal of the Care of the Injured*.43(2012):1985-1989.
- 113.** Keskiner F.Z. (2017). Antalya’da 2006-2015 yılları arasında elektrik çarpması sonrası meydana gelen ölümlerin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Antalya.
- 114.** Eren Ö.L. (2017). Tavşanlarda oluşturulan elektrik çarpması sonucu gelişen rabdomiyaliz tedavisinde serum fizyolojik hidrasyonu ile intralipid tedavilerinin karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya.
- 115.** Czuczman A.D., Zane R.D., Cooper M.A., Daley B.J. (2009, october). Electrical injuries: a review for the emergency clinician. *Emergency Medicine Practice*. 11(10): 1-24.
- 116.** Gupta, P., Tawar, R. S., & Malviya, M. (2017). Groin Flap in Paediatric Age Group to Salvage Hand after Electric Contact Burn: Challenges and Experience. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 11(8), PC01–PC03. <http://doi.org/10.7860/JCDR/2017/29124.10332>

- 117.** Hemşirelik: Çocuklarda kazalar, alınacak önlemler- mental, ruhsal ve bazı fiziksel bozukluklarda bakım. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Erişim 13 Mart 2018.
http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/%C3%87ocuklarda%20Kazalar-al%C4%B1nacak%20%C3%96nlemler,%20Mental,%20Ruhsal%20Ve%20Baz%C4%B1%20Fiziksel%20Bozukluklarda%20Bak%C4%B1m.pdf
- 118.** Düşmeleri Önleme. Erişim 14 Mart 2018.
<https://www.nhs.uk/conditions/falls/prevention/>
- 119.** Erkal S., Şafak Ş. (2001). Ev kazalarının nedenleri ve korunma yolları. Eğitim ve Bilim. 26(121): 58-61.
- 120.** Çocuklarda ev kazalarının önlenmesi. Erişim 14 Mart 2018.
https://www.hkfsd.gov.hk/eng/source/safety/Children_home_accident.html
- 121.** Evdeki kazaları önleme. Erişim 14 Mart 2018.
<https://www.rospa.com/home-safety/advice/general/preventing-accident-in-home/>
- 122.** Acar E., Dursun O.B., Esin İ.S., Öğütlü H., Özcan H., Mutlu M. (2015). Unintentional injuries in preschool age children; is there a correlation with parenting style and parental attention deficit and hyperactivity symptoms. Medicine, 94(32)
- 123.** Mikolajczyk R., Horn J., Schmedt N., Lindemann C., Gabre E. (2015). Injury prevention by medication among children with attention deficit/hyperactivity disorder a case only study. JAMA Pediatrics, 169(4):391-395.
- 124.** Lindemann C., Langner I., Banachewski T., Gabre E., Mikolajczyk R. (2017). The risk of hospitalizations with injury diagnoses in a matched cohort of children and adolescents with and without attention deficit/hyperactivity disorder in Germany: A database study. Frontier Pediatrics, (5):1-9
- 125.** Alasya E. (2012). 1-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Lefkoşa, K.K.T.C.

- 126.** Altundağ S. (2005). Ev kazalarına yönelik eğitimin, güvenlik önlemleri alınması ve kaza görülme sıklığına etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir.
- 127.** Şahiner P.(2009). Sosyoekonomik düzeyi düşük hanelerde ev kazası insidansı ve nedenleri. Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kocaeli.
- 128.** Şekerci E., İnal S. (2016). Hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. HSP. 3(3):160-172.
- 129.** Kılıç B., Demiral Y., Özdemir Ç., Özdemir S., Djmalaj F., İlim O., İlişer R., Akgün M., Şentürk B., Şahin F. (2006). İzmir’de bir gecekondu bölgesinde evde yaralanma insidansı. Toplum Hekimliği Bülteni. 25(3):27-32.
- 130.** Karatepe T. U. (2011). Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 0-6 yaş çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili faktörler. Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa.
- 131.** Boztaş G. (2007). 0-48 aylık çocukların ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalarına ilişkin annelerinin davranış ve görüşlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

EKLER

EK:1 ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI

Karar no : 2018/007

Karar tarihi : 20.02.2018

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitü Yönetim Kurulu toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.


1- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Doktora Programına başvuran ve Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında Özel Öğrenci olarak ders almış olan **Halil İbrahim KURMAZ** özel öğrenci olarak doktora programından almış olduğu derslerden muaf olmak istediğini belirtmiştir. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon AD adı geçen öğrencinin aldığı dersler, ders içerikleri, kredi ve akts bakımından inceleyerek EK'deki tabloda bulunan derslerden muaf olmasına ve doktora ders dönemine başlamasına;


2- Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programında kayıtlı tabloda ismi bulunan öğrencilerin danışmanlarının Anabilim Dalının önerisi ile değiştirilmesine;

S.NO	ADI	SOYADI	DANIŞMANI
1	Büşra	ÖZTÜRK	Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
2	Saadet	TAYŞI	Prof. Dr. Mine YURTTAGÜL
3	Fatma Bengü	KUYULU	Prof. Dr. Gülden PEKCAN

3- Enstitümüz Yönetim Kurulunun 7/3/2017 tarihli 2017/008 sayılı toplantısında tez konusu "**Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Tanısı Almış İlköğretimde Okuyan Çocuklarda Okuldan Tatile Geçiş Dönemindeki Ev Kazalarının İncelenmesi**" olarak kabul edilen Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi 154101038 numaralı Mustafa ŞEKER'in görev yeri değişikliği sebebi ile yeterli veri sayısına ulaşamamasından dolayı tez konusunun "**Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ev Kazalarının İncelenmesi**" olarak değiştirilmesine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

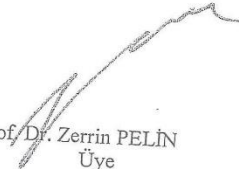

Prof. Dr. Ayla YAVA
Başkan
(Enstitü Müdürü)



Yrd. Doç. Dr. Begümhan TURHAN
Üye
(Enstitü Müdür Yardımcısı)


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye




Aylin FİLİZ
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sekreteri


Prof. Dr. Zerrin PELİN
Üye


Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

ASLI GİBİDİR

EK:2 ETİK KURUL ONAY FORMU

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

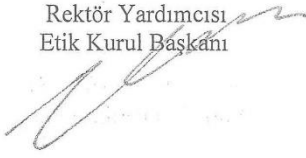
13.03.2018

Sayın Mustafa ŞEKER

“Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ev Kazalarının İncelenmesi” konulu çalışmanız 13.03.2018 tarih ve 2018-01 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı



EK:3 ETİK KURUL KARARI

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Karar No : 2018/01
Karar Tarihi : 13.03.2018

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Serap ERSAVAŞ'ın "...Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Algıladıkları İş Yükünün Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutumlarına Etkisi ..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Hasan Akif YİĞİTBAŞ'ın "...6-8 Yaş Arası Bale ve Jimnastik Yapan Çocuklarda Vücut Esnekliği ve Eklem Mobilitesinin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

İbrahim GÜNEŞ'in "...Menisküs Yaralanması Olan Bireylerde Mobilite Bandı Kullanımının Kas İskelet Sistemine ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Araştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Opr. Dr. Ahmet ERKİLİÇ'in "...Orta Dereceli İnhalasyon Yanığı Olan Hastalarda Havayolu Osilatör Cihazının Etkinliği..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Prof. Dr. Yavuz YAKUT'un "...Gövde Korsesi Kullanan Skolyozlu Bireylerde Dinamik Gövde Fonksiyonlarının Araştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Mustafa ŞEKER'in "...Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ev Kazalarının İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Hüseyin SEVER'in "...Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Bebeği Taburcu Olan Annelerin Kaygı Düzeylerinin ve Annelik Öz Güvenlerinin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Özge ÖZBUDAK'ın "...Farklı Kanser Türüne Sahip Bireyler ile Yakınlarının Fiziksel Aktivite ve Yorgunluk Düzeyinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Murat Ali ÇINAR'ın "...Majör Yanıklı Hastalarda, Prokalsitoninin Venöz Katetere Bağlı Kan Dolaşım Enfeksiyonuyla İlişkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Dr. Öğr. Üye. M. Murat OKTAY'ın "...El ve Ayakta Meydana Gelen Isırıkları Sonrasında Gelişen Komplikasyonların Analizi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.



Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye



Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan



Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye


(2018/01 Sayılı 13.03.2018 Tarihli Etik Kurulu Kararı 2. Sayfasıdır)
(Mustafa ŞEKER)


Prof. Dr. Nermin OLGUN
Üye


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye


Prof. Dr. Ayla YAVA
Üye


Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye


Güven HOŞ
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Sekreteri



ASLIĞIBİDİR

EK:4 KURUM ONAYI



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - Gaziantep Eğitim -

Arge Birimi

13/04/2018 15:09 - 65587614 - 774.99 - E.428



00067139843

Sayı : 65587614-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma İzni
- Mustafa ŞEKER



Sayın Mustafa ŞEKER
Mücahitler Mahallesi 52044 Sokak No:22 Kat:1 Daire:7
Şehitkamil/GAZİANTEP

İlgi : 26/03/2018 tarihli ve 65587614-BİLA sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile Müdürlüğümüze bağlı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tanısı Almış Çocuklarda Ev Kazalarının İncelenmesi", konulu bilimsel araştırma ile ilgili çalışma yapma talebiniz başvuru dosyanızın incelenmesi sonucunda; araştırmayı bizzat yapmanız, araştırma sonuçlarının Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığına bildirilmesi ve başkanlığımızdan izin alınmadan yayımlanmaması kaydı ile araştırmanın yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

e-İmzalıdır.

Mehmet Ali ASLAN
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı V.

T.C. GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
EVRAK KAYIT BİRİMİ
CENGİZ KÖRDEVE
Güvenli Elektronik İmza ile İmzalı Aslı ile Aynıdır.
16.04.2018

EKLER:
- Resmi Yazı (2 Sayfa)

Kayaönü Mh. 42035 Nolu Sk. Şehitkamil, Gaziantep
Faks No:0 (342) 220 93 34

e-Posta:ayfer.ozmuscevik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.gaziantepsaglik.gov.tr

Bilgi için:Ayfer ÖZMÜŞ ÇEVİK

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 342 338 26 00-1494

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c0ccc028-2374-42f4-982c-39fc8d4ad1d1 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih ve Sayı: 12.04.2018/04

Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi:

Mustafa ŞEKER

Çalışma Adları:

- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tanısı Almış Çocuklarda Ev Kazalarının İncelenmesi
(Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

Komisyon Kararı:

Gerçekleşecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dâhil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile çalışmaların belirtilen sağlık tesislerinde yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

KOMİSYON BAŞKANI

Uzm. Dr. Dayut Vecdi ERSÖZ
Kamu Hastaneleri
Hizmetleri Başkanı

ÜYE

Mehmet Ali ASLAN
Personel ve Destek
Hizmetleri Başkan V.

ÜYE

Uzm. Dr. Mehmet Emin BİNDAL
İlaç Tıbbi Kontrol ve Sağlık
Hizmetleri Başkanı

12/04/2018

OLUR

Uzm. Dr. Mehmet Emin BİNDAL
İL Sağlık Müdürü V.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c0ece028-2374-42f4-982c-39fe8d4ad1d1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5: VERİ TOPLAMA FORMLARI

ARAŞTIRMANIN ADI

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ev Kazalarının İncelenmesi

SAYIN KATILIMCI;

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ev Kazalarının İncelemek amacıyla planladığım çalışmamda soruları doğru ve tam olarak cevaplanmasını sizden rica eder, değerli zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederim.

Mustafa ŞEKER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

- 1-) Çocuğun yaşı:.....
- 2-) Çocuğun cinsiyeti nedir ?
 - a-) kız
 - b-) erkek
- 3-) Çocuğun doğum kilosu:.....
- 4-) Çocuğunuz doğumdan sonra kaç ay anne sütü aldı?:.....
- 5-) Çocuğunuzun günlük ortalama uyku süresi kaç saattir?:.....
- 6-) Çocuğunuza kaç yaşında dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı konuldu?:.....
- 7-) Çocuğunuz okula gidiyor mu?
 - a-)Hayır
 - b-) Evet sabahçı (ikili eğitim sistemi)
 - c-) Evet öğlenci (ikili eğitim sistemi)
 - d-) Evet tam gün (tekli eğitim sistemi)

8-) Annenin Yaşı:.....

9-) Annenin eğitim durumu

- a-) Okur-yazar
- b-) İlköğretim
- c-) Lise
- d-) Üniversite ve üzeri

10-) Annenin çalışma durumu

- a-) Çalışıyor
- b-) Çalışmıyor

11-) Anne çalışıyor ise kurumu belirtiniz

- a-) Kamu
- b-) Özel sektör
- c-) Serbest
- d-) Diğer.....

12-) Babanın Yaşı:.....

13-) Babanın eğitim durumu

- a-) Okur-yazar
- b-) İlköğretim
- c-) Lise
- d-) Üniversite ve üzeri

14-) Babanın çalışma durumu

- a-) Çalışıyor
- b-) Çalışmıyor

15-) Baba çalışıyor ise kurumu belirtiniz

- a-) Kamu
- b-) Özel sektör
- c-) Serbest
- d-) Diğer

16-) Hanede yaşayan kişi sayısı:.....

17-) Kardeş sayısı:.....

18-) Kaçınıcı çocuk?:.....

19-) Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış başka çocuğunuz var mı?

a-) Evet(sayı belirtiniz:.....)

b-) Hayır

20-) Aile tipi

a-) Çekirdek

b-)Geniş

c-)Tek ebeveynli

21-) Çocukların sürekli bakımını yapan kişiler

a-) Anne/Baba

b-) Anneanne/Babaanne

c-) Bakıcı

d-) Diğer

22-) Gelir-gider durumunuz nedir

a-) Gelir gidere göre az

b-) Gelir gidere eşit

c-) Gelir giderden fazla

23-) Çocuğunuza ait bir oda var mı?

a-) Evet

b-) Hayır

24-) Çocuğunuzla bilmece, bulmaca ve zihin geliştiren aktiviteler yapıyor musunuz?

a-) Evet

b-) Hayır

25-) Çocuk evde en fazla nerede zaman geçirir?

a-) Mutfakta benimle

b-) Odasında tek başına

c-) Oturma odasında aile bireyleri ile birlikte

d-) Diğer.....

26-) Evde sigara içen kimse var mı?

a-) Yok

b-) Var (Kimler;

27-) Yaşadığınız evin tipi nedir?

- a-) Apartman dairesi (.....kat)
- b-) Müstakil

28-) Evin bulunduğu yerleşim bölgesi nedir?

- a-) Kırsal
- b-) Kentsel

29-) Oturduğunuz ev kaç yıllık?

- a-) 5 yıl ve altı
- b-) 6-10 yıl
- c-) 11-15 yıl
- d-) 16 yıl ve üzeri

30-) Kaç yıldır o evde oturuyorsunuz?

- a-) 5 yıl ve altı
- b-) 6-10 yıl
- c-) 11-15 yıl
- d-) 16 yıl ve üzeri

31-) Konutun metrekaresi

- a-) 75 m² ve altı
- b-) 76-100 m² arası
- c-) 101-120 m² arası
- d-) 121 m² ve üzeri

32-) Konutun oda sayısı

- a-) 1-2
- b-) 3
- c-) 4 ve üzeri

33-) Konutun ısınması

- a-) Doğal gaz
- b-) Soba
- c-) Elektrikli ısıtıcı
- d-) Diğer (belirtiniz:.....)

34-) Isıtılan oda sayısı

- a-) 1
- b-) 2
- c-) 3
- ç-) 4 ve üzeri

35-) Yemek pişirirken çocuğunuz mutfakta bulunuyor mu?

- a-) Evet
- b-) Hayır
- c-) Bazen

36-) Besinlerin kesilmesi, doğranması ya da soyulmasında çocuğunuzdan yardım alıyormusunuz?

- a-) Evet
- b-) Hayır
- c-) Bazen

37-) Kenarları keskin ve sivri köşeli mobilyalarınız var mı?

- a-) Evet (Lütfen belirtiniz.....)
- b-) Hayır

38-) Mobilyaların keskin ve sivri kenarlarında koruyucu malzemeler bulunuyor mu?

- a-) Evet
- b-) Hayır
- c-) Bazılarında (Lütfen belirtiniz.....)

39-) Koridorda düşme veya çarpmaya neden olabilecek eşya yada engeller var mı?

- a-) Evet (Lütfen belirtiniz.....)
- b-) Hayır

40-) Kapı önlerinde eşik var mı?

- a-) Evet
- b-) Hayır
- c-) Birkaçında (Lütfen belirtiniz.....)

41-) Prizlerde koruyucu engeller veya kapaklar var mı ?

- a-) Evet
- b-) Hayır
- c-) Birkaçında (Lütfen belirtiniz.....)

42-) Evin zemini kaygan mı?

a-) Evet

b-) Hayır

c-) Bazı zeminler (Lütfen belirtiniz.....)

43-) Halı ve sergilerin altında kaydırmayı önleyici malzeme var mı ?

a-) Evet

b-) Hayır

c-) Bazı sergilerde (Lütfen belirtiniz.....)

15 GÜNLÜK EV KAZASI TAKİP FORMU					
GÜN	SAAT	KAZA ŞEKLİ	KAZA EVİN HANGİ BÖLÜMÜNDE OLDU	ETKİLENEN VÜCUT BÖLGESİ	SAĞLIK KURULUŞUNA GİDİLME DURUMU
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					
...../...../2018					

EK:6: GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Çalışmamız dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı almış çocukların ev kazası oranını ve çeşitlerini belirlemek, ayrıca ileriki çalışmalara ışık tutmak amacıyla planlanmıştır.

Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin ve çocuğunuzun ismi belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler farklı bir araştırma/uygulamada kullanılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

EK:7 İNTİHAL RAPORU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI İNTİHAL RAPORU FORMU

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tarih:19/06/2018

Tez Başlığı / Konusu: "Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Çocuklarda Ev Kazalarının İncelenmesi"

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 58 sayfalık kısmına ilişkin, 19/06/2018 tarihinde Enstitü Sekreterliği tarafından **TURNİTİN** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 9 'dur. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Hasan Kalyoncu Üniversitesi **TURNİTİN** adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Adı Soyadı: Mustafa ŞEKER
Öğrenci No: 154101038
Anabilim Dalı: Hemşirelik
Programı: Hemşirelik
Statüsü: Y.Lisans Doktora

Tarih ve İmza

19/06/2018


DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.


Dr.Öğr.Üyesi Feride YİĞİT

EK:8 SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ

1-Adı Soyadı : Mustafa ŞEKER

İletişim bilgileri

Adres : Mücahitler mahallesi 52044 numaralı sokak no:22 Çelebi Rezidans Kat:1 Daire:10

Şehitkamil\ Gaziantep

Telefon: 05300307501

Mail: mustafasheker2727@gmail.com

2- Doğum Tarihi: 20.07.1991

3- Unvanı: Hemşire

4- Öğrenim durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşire	İnönü Üniversitesi	2013
Yüksek lisans	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Abd	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Devam

5-Akademik Unvanlar\ Görevler

Görev\ Unvan	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	2014-2017
Hemşire	Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017- Devam