

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ YAPILAN 6 AY-6 YAŞ GRUBU
ÇOCUKLARDA EV KAZASI GÖRÜLME SIKLIĞI VE
NEDENLERİ ANNELERİN EV KAZALARI İLE İLGİLİ
UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Özgür ÖZTÜRK

ANKARA
2016

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ YAPILAN 6 AY-6 YAŞ GRUBU
ÇOCUKLARDA EV KAZASI GÖRÜLME SIKLIĞI VE
NEDENLERİ ANNELERİN EV KAZALARI İLE İLGİLİ
UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ

Dr. Özgür ÖZTÜRK

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI:
Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN

ANKARA

2016

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı : Özgür Öztürk	Tarih: 22/ 02 / 2016
Anabilim/Bilim Dalı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Sevgi Başkan	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Çocuk Sağlığı, Akut Yapılan boy - buay, Erken çocuklukta Eşitlik Gözleme Süresi, Nedenleri, Annelere Eşitlik ile İlgili Uygulamaların Belirlenmesi.	
Tezin Niteliği: <input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi	
Kaçıncı tez sınavı olduğu: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	
<input type="checkbox"/> Reddine	
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Jüri Başkanı

Unvanı, Adı, Soyadı
Prof. Dr. Semra Atalay


Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

Jüri Üyesi

Unvanı, Adı, Soyadı

Prof. Dr. Sevgi Başkan
Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Jüri Üyesi

Unvanı, Adı, Soyadı

Prof. Dr. Ayşe Serdaroğlu
Gazi Üniversitesi

Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

TEŐEKKÖR

Tezim süresince bana her konuda fikirleri ve bilgisi ile yardımcı olan tez hocam **Prof. Dr. Sevgi Başkan**'a Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı **Prof. Dr. Semra ATALAY** başta olmak üzere uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini, deneyimlerini benimle paylaşan hocalarıma, asistanlığımın her safhasında birlikte çalıştığım değerli uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma, yardımcı sağlık personeli ve diğer bütün personellere, yetişmemde emeği geçen aileme, değerlilerime, hayatımın her kademesinde yanımda olan dostlarıma teşekkür ederim.

Dr. Özgür ÖZTÖRK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
RESİMLER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. TANIMLAR	4
2.1.1. Kaza	4
2.1.2. Yaralanma	4
2.1.3. Ev Kazası Tanımı	5
2.2. EV KAZALARININ EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ	5
2.2.1. Kazaların Gerçekleşebileceği Ev Özellikleri	5
2.2.2. Kazaların Gerçekleşebileceği Zaman Özellikleri	5
2.2.3. Ev Kazaları Sıklığı	6
2.2.3.1. Dünyada Ev Kazalarının Görülme Sıklığı	6
2.2.3.2. Türkiye’de Ev Kazalarının Görülme Sıklığı	7
2.2.4. Kişi Özellikleri	8
2.2.4.1. Cinsiyet	8
2.2.4.2. Yaş	8
2.2.4.3. Ailenin Eğitim Durumu	9
2.2.4.4. Evde Yaşayan Kişi Sayısı	9
2.2.4.5. Sosyo-Ekonomik Durum	9
2.3. EVDE KARŞILAŞILAN KAZA ÇEŞİTLERİ	10
2.3.1. Düşme	10
2.3.2. Darbe	12
2.3.3. Yanıklar	15
2.3.3.1. Yanık Derinliğine Göre Derecelendirme	16
2.3.3.2. Yanık Çeşitleri	18
2.3.3.2.1. Termal Yanıklar	18

2.3.3.2.2. Radyasyon Yanıkları.....	18
2.3.3.2.3. Kimyasal Yanıklar	18
2.3.3.2.4. Elektrik Yanıkları.....	19
2.3.3.3. Yanıkta etkilenen sistemler	20
2.3.4. Zehirlenme	21
2.3.5. Boğulmalar	25
2.3.5.1. Suda boğulma	26
2.3.5.2. Çocuklarda diğer boğulma nedenleri.....	28
2.3.6. Kesikler-Ezikler veya Delici Yaralanmalar.....	28
2.3.6.1. Yara Çeşitleri.....	28
2.4. EV KAZALARINDAN KORUNMA YÖNTEMLERİ	29
2.4.1. Mutfak Güvenliğinde Önlemler.....	30
2.4.2. Banyo Güvenliğinde Önlemler	31
2.4.3. Çocuk Odası Güvenliğinde Önlemler.....	32
2.4.4. Ebeveyn Yatak Odası Güvenliğinde Önlemler.....	34
2.4.5. Salon/Oturma Odası Güvenliği için Öneriler ve Düzenlemeler	34
2.4.6. Merdivenler ve Balkonlarla İlgili Düzenlemeler.....	35
2.4.7. Bahçe/ Oyun Alanı ve Havuz Güvenliğinde Önlemler	37
2.4.8. Kapılar ve Pencere Güvenliğinde Önlemler	37
2.4.9. Elektrik Güvenliği için Öneriler ve Düzenlemeler	38
2.5. EVDE KARŞILAŞILAN KAZA TİPLERİNDE İLK YARDIM	38
2.5.1. Evde Gerçekleşen Düşme Olgularında Uygulanması Gereken İlk Yardım Uygulamaları	39
2.5.2. Evde Gerçekleşen Yanık Olgularında Uygulanması Gereken İlk Yardım Uygulamaları.....	40
2.5.3. Evde Gerçekleşen Boğulma Olgularında Uygulanması Gereken İlk Yardım Uygulamaları	41
2.5.4. Evde Gerçekleşen Kesikler, Delici Cisimlerle Oluşan Yaralanma Olgularında Uygulanması Gereken İlk Yardım Uygulamaları	43
2.5.5. Evde Gerçekleşen Zehirlenme Olgularında Uygulanması Gereken İlk Yardım Uygulamaları	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	45
4. BULGULAR.....	47

5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
ÖZET	76
ABSTRACT	78
KAYNAKLAR	80
EKLER	92

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
EKİÖ (OECD)	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
CAB	Dolaşım (circulation)-Havayolu (Airway)- Solunum (breathing)
HKT	Hafif Kafa Travmaları
TBY	Travmatik Beyin Yaralanması
DAI	Diffüz Aksonal Yaralanma
GKS	Glaskow Koma Skoru
SBS	Sarsılmış Bebek Sendromu
TVYA	Total Vücut Yüzey Alanı
NAC	N-asetilsistein

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 2.1.	Çocuklarda Yanığın Şiddetine Göre Sınıflandırma	17
Tablo 4.1.	Anneye Ait Özellikler	47
Tablo 4.2.	Babaya Ait Tanımlayıcı Özellikler	48
Tablo 4.3.	Anne ve Babanın Sosyodemografik Özellikleri	48
Tablo 4.4.	6 Ay-6 Yaş Arası Çocukların Özellikleri	49
Tablo 4.5.	Çocukların En Az Bir Kez Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı	49
Tablo 4.6.	Çocukların Geçirdiği Ev Kazası Tipine Göre Dağılımı.....	50
Tablo 4.7.	Ev Kazası Geçiren Çocukların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	50
Tablo 4.8.	Ev Kazası Geçiren Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	51
Tablo 4.9.	Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çocukların Ev Kazası Geçirme Sıklığı	52
Tablo 4.10.	Babaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çocukların Ev Kazası Geçirme Sıklığı.....	53
Tablo 4.11.	Ailelerin Sosyo demografik Özelliklerine Göre Çocuklarının Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı	54
Tablo 4.12.	Ev Kazası Tiplerinin Zaman Aralığı ve Evin Bölümüne Göre Dağılımı	55
Tablo 4.13.	Çocukların Ev Kazası Geçirdikleri Sırada Yanında Olan ve İlk Yardım Uygulaması Yapan Bireylerin Dağılımı	56
Tablo 4.14.	Annelerin Ev Kazası Sırasında Yaptıkları İlk Yardım Uygulamaları	57
Tablo 4.15.	Annelerin İlk Yardım Eğitimi Almaları İle Çocuklarının Ev Kazası Geçirme Sıklığı	58
Tablo 4.16.	Annelerin İlk Yardım Eğitimini Kim/Nereden Almak İstediklerinin Dağılımı	59

RESİMLER DİZİNİ

Sayfa No:

Resim 2.1.	Köşe Koruyucu.....	36
Resim 2.2.	Çift Kapaklı Dolap Kilidi	30
Resim 2.3.	Ocak bariyeri	31
Resim 2.4.	Banyodaki tehlikeler.....	32
Resim 2.5.	Banyodaki güvenlik önlemleri	32
Resim 2.6.	Çocuk odasındaki tehlikeler	33
Resim 2.7.	Salon, oturma odasında alınması gereken önlemler.....	34
Resim 2.8.	Özel güvenlik bariyeri	41
Resim 2.9.	Saksı koruyucu	35
Resim 2.10.	Merdiven trabzanları	42
Resim 2.11.	Kaygan zeminin riskleri	36
Resim 2.12.	Çocuk Güvenlik Kapısı	36
Resim 2.13.	Priz Koruyucu.....	38
Resim 2.14.	Heimlich manevrası.....	42
Resim 2.15.	Heimlich manevrası.....	42

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre kaza; bireyin iradesi dışında süratle etki yapan; dış bir güç tarafından açığa çıkan mental ve vücuda ait bir hasar ile sonuçlanan bir olaydır. Beklenmeyen, ani gelişen ve zarar veren bir dış kuvvetin karşısında bireyin dikkatinin azalması ile meydana gelir (1). Kaza, beklenmedik bir anda ani olarak karşılaşılan, yaralanma, can veya sadece mal kaybı meydana getiren bir olaydır. Diğer bir tanıma göre vücutta tespit edilen, bir zarar meydana getiren ve istenmeden meydana gelen olaya kaza denir (2).

Kazalar nedeni ile ölümler, Dünya'da ve Avrupa'da ölüm nedenleri sıralamasında dördüncü sırada gelmektedir. Kazalara bağlı yaralanmalar nedeniyle Dünya'da her gün 2000, her yıl 830 000 çocuk yaşamını kaybetmektedir. Her yıl milyonlarca çocuk kazalara bağlı yaralanmalar nedeniyle hastaneye başvurmaktadır (3,4).

Kazalar oluş yerlerine göre; ev kazaları (zehirlenmeler, yangınlar, düşme, kesiler, elektrik kazaları), iş kazaları (İş yerinde ya da işin yürütüm koşulları nedeniyle oluşan bütün kazalar), endüstriyel kazalar (patlamalar, yangınlar, zehirlenmeler, radyasyon vb.) ve okul kazaları (suda boğulma, düşme, vb.) olarak adlandırılırlar. Ev kazalarının tüm kazaların yaklaşık yarısını oluşturduğu ve oranın giderek artış gösterdiği düşünülmektedir. Yataklı tedavi kurumlarının kayıtlarının, meydana gelen kazaları tümüyle yansıtmaması ve verilerin yetersizliği gibi nedenlerle gerçek kaza sayıları tam olarak saptanamamaktadır (5).

Ev kazaları; Bir konutun içinde ya da ona ait çevrede meydana gelen kazalardır. Evin içi ve eve ait garaj, ahır, samanlık, bahçe, çatı, gibi evin bölümlerinde meydana gelen kazalar olarak da tanımlanabilir. Kazaların çocukların sağlıkları üzerindeki etkisi, azımsanmayacak kadar fazladır. Kaza çocuğun sağlığı üzerine fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etki ederek dengeyi bozmakta, hastalık, sakatlık hatta ölüme neden olabilmektedir. Bu nedenle çocukluk çağı kazaları, üzerinde önemle durulması gereken bir toplum sağlığı sorunudur (6, 7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ev kazalarına bağlı olarak her yıl 100.000 kişiden 7'sinin öldüğü ve 12 milyondan fazla kişinin yaralandığı bildirilmektedir (8). DSÖ'ne göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)'ne üye ülkelerde her gün, 2000'den fazla çocuk kazalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Yaklaşık 5000 çocuğa acil tedavi gerekirken, 4 milyon çocuk hastaneye yatırılmaktadır. Çok sayıda çocuk ise kazaların fiziksel, psikolojik ve sosyal etkisine maruz kalmakta; hastalık, sakatlık ve ölümler gelişmektedir (9). Avrupa ülkelerinde kazaların yarısından fazlasının evlerde meydana geldiği ve ev kazalarına bağlı ölümlerin trafik kazalarına bağlı ölümlerin iki katı kadar fazla sayıda olduğu bildirilmektedir. Avrupa'da her yıl ev kazalarından dolayı 100 000'den fazla insan hayatını kaybetmektedir. Türkiye'de ev kazalarına ilişkin kesin bir sayı bilinmemekle birlikte, bazı araştırmalardan elde edilen verilere göre, meydana gelen tüm kazaların %18-25'ini ev kazaları oluşturmaktadır (10). Ülkemizde yapılan bir araştırmada/ Türkiye'de ev kazalarının %45.4'ünün 0-6 yaş grubu çocuklarda görüldüğü belirlenmiş ve kaza geçirme oranının ailedeki diğer bireyler arasında 0-6 yaş grubu çocuklarda ilk sırada yer aldığı ifade edilmiştir (11). Yapılan diğer bir araştırmada ise, 0-6 yaş grubu çocuklarda ölümlerle sonuçlanan düşme olaylarının %50-80'inin ev ortamında meydana geldiği bildirilmektedir (12).

Ev kazalarında çocuklar, yaşlılar ve engelliler en önemli üç risk grubunu oluştururlar. Çocuklar fizyolojik ve psikolojik gelişimleri, anatomik yapıları itibariyle yetişkinlerden farklı özelliklere sahiptirler. Çocuklar, tehlikelerin farkında ve bilincinde olmamaları, çevresel risklere duyarlı ve açık olmaları, bulma ve öğrenme konularında meraklı olmaları gibi nedenlerle ev kazaları açısından yüksek riskli grubu oluştururlar. Ev kazaları özellikle okul öncesi dönemde evde olan çocuklarda sıklıkla rastlanmaktadır (10). Ev kazalarının nedenleri arasında insan faktörü ilk sırada yer almaktadır. 0-6 yaş çocuklar kendilerini kazalardan koruyabilecek gelişimsel özelliğe henüz yeterince sahip değildirler, bu nedenle kazalar açısından emniyetli ortamlarda yaşamaları, koruyucu önlemlerin alınması ve yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi erişkinlerin sorumluluğundadır. Bu sorumluluk da çoğu zaman çocukla daha çok birlikte olan annenindir (13).

Ev kazalarının önlenmesi, gelişmiş ülkelerde önem verilen bir konu olmasına karşın, ülkemizde bugüne kadar bilimsel araştırmaların ötesinde iyileştirmeye yönelik bir çalışma yapılamamıştır. Acil durumlarda “Uluslar Arası Yaşam Kurtarma Kuruluşlarının” oluşturulmasını istediği yaşam kurtarma zincirinin ilk halkası kazalara karşı önlem alınmasıdır. 0-6 yaş grubu çocukların ev kazaları açısından risk grubu içerisinde olduğu bilinmektedir. Ev kazaları ev içerisinde yapılabilecek değişiklikler ve çocuklarla en çok zamanını geçiren birey/bireylere düzenli olarak verilecek eğitimlerle ebeveynlerin bilinçlenmesi sağlanarak önlenebilirler (14).

Araştırmanın amacı;

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Polikliniği’ne başvuran 6 ay -6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve nedenleri, annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamızda ikincil amaç olarak; çocuklarda ev kazalarını azaltacak müdahale çalışmalarının yapılması, özellikle annelere ilk yardım konusunda planlı eğitimlerin verilmesi ve bu araştırma sonucuna göre önceliğin hangi konulara verilmesi gerektiği saptanmaya çalışılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TANIMLAR

2.1.1. Kaza

'Kaza' sözcüğünün anlamı Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğüne göre "Can veya mal kaybına, zararına neden olan kötü olay"dır (15). İstemsiz yaralanmalara geleneksel olarak 'kaza' denir. 'Kaza' sözcüğü öngörülemeyen, şans eseri, kader sonucu olan, beklenmeyen bir olguyu tanımlamaktadır (16),

Uluslar arası tanıma göre 'bir kaza sonucu en az on kişi hastanede tedavi görür bu sebeple en az 25 kişi zarar görürse' bu kazaya kitlesel kaza (afet) denmektedir (15).

2.1.2. Yaralanma

Yaralanma, birey, etken ve çevre üçgeninde mevcut enerjinin biçim değiştirmesi ile oluşan, bireyin isteği dışında ani ortaya çıkan, organizmada mekanik ve biyokimyasal hasara yol açan, insan ve diğer canlıların kaybına, özürlü yaşamına ve mal kaybına yol açabilen bir sağlık sorunudur. Yaralanmaların içinde istemsiz ve istemli olguların tümü yer almaktadır (16). Kazalar sonucu oluşan yaralanmaların mekanizmasının anlaşılması sonucunda önleme bilirliliğinin kavranmasıyla, özellikle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) belgelerinde "kaza" (accident) yerine "yaralanma" (injury) kelimesi kullanılmaktadır. Yaralanmalar kasıtlı ve kasıtsız olarak oluşabilmektedir. Kasıtlı yaralanmalar genellikle şiddet eylemleri olarak, kasıtsız yaralanmalar genel olarak kazalar şeklinde değerlendirilmektedir. Kasıtsız yaralanmanın (kaza) temel özelliği planlanmamış ve beklenmedik bir anda olmasıdır (15).

2.1.3. Ev Kazası Tanımı

Bir konutun içinde ya da ona ait çevrede meydana gelen kazalara ev kazaları denir. Kazaların tipi ne olursa olsun; yapılan çalışmalar, ev kazalarının bazen çevredeki olumsuz durumlardan, bazen de hatalı davranışlardan genellikle de bu iki durumun birleşmesinden ileri geldiğini bildirmektedir (17).

2.2. EV KAZALARININ EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

2.2.1. Kazaların Gerçekleşebileceği Ev Özellikleri

Konutun mülkiyeti, tipi, imar iskân izin durumu, yapısal kalitesi, büyüklüğü, zeminin düzgün, merdivenlerin standartlara uygun, pencerelerde demir parmaklık, balkonda korkuluk olması, doğal aydınlatmanın yeterli seviyede olması, ısıtma, elektrik tesisatı ve güvenlik önlemleri ev kazalarının görülme sıklığını etkileyen ev özelliklerinden bazılarıdır. Sınırlı sayıdaki araştırma sonuçlarına göre, ev kazaları daha çok konutun yapısal özelliğinden kaynaklanmaktadır (18,19). Konutun özelliklerinin yanı sıra, konut içinde kullanılan eşyalar da ev kazalarının görülmesinde etkili olmaktadır. Örneğin, konuttaki halı, paspas ve mobilyaların özellikleri düşme riskini %15 arttırmaktadır (20). Ciddi yaralanmalara neden olan ev kazaları sıklıkla mutfakta ve merdivenlerde gerçekleşmektedir. Ev kazası geçirme riski kırsal ve yarı-kentsel yerleşim bölgelerinde daha fazladır Çevresinde yeşil alan, park, vb. bulunmayan, tehlikeli caddeye açılan evlerde oturan çocuklar kazalara daha sıklıkla maruz kalmaktadır (21).

2.2.2. Kazaların Gerçekleşebileceği Zaman Özellikleri

Ev kazalarının sıklığı ve tipi mevsimlere göre değişiklik göstermektedir. Ev kazalarının neden olduğu yaralanmalar daha çok ilkbahar ve yaz aylarında, sıklıkla Mayıs ve Ağustos ayları arasında gerçekleşmektedir (22). Kış döneminde yanıklar fazla iken, ilkbahar ve yaz mevsimlerinde düşmeler, zehirlenmeler, boğulmalar artmaktadır.

Ayrıca kazalar genelde konsantrasyonun düşük olduğu sabah ve yorgunluğun arttığı akşam saatlerinde daha sık olmaktadır (10).

2.2.3. Ev Kazaları Sıklığı

Dünya’da ev kazaları için bir kayıt sistemi olmadığından, kaza sıklığının boyutu tam olarak bilinmemektedir. Kaza sıklığı hakkında bilgi edinmek için kaza nedeni ile hastaneye başvuru kayıtları, sakatlık durum tespit çalışmaları, anketler, ölüm nedenlerinin analizi, otopsi sonuçları ve yetişkinlere ait sigorta istatistiklerinden faydalanılmaktadır. Bu nedenle sadece buzdağının üstü değerlendirilebilmektedir (10).

Çocuklar en çok 2-5 yaşlarında kaza geçirip yaralanmaktadırlar. Düşme ve yanıklar en sık 13-60 aylar arasında, trafik kazaları ise sıklıkla 60 aydan büyük çocuklarda görülmektedir (22). Kazalar ev içinde ya da dışarıda (sokakta, yuvada, okulda, parkta) olabilmekte, en çok baş, kollar ve eller yaralanmaktadır. Düşme, trafik kazaları, yanıklar çocuklarda ilk üç sırada görülen yaralanma nedeni olup, beş yaşından büyük ve erkek çocuklarında ise trafik kazaları en sık görülmektedir. Kız çocuklarında yaralanma en çok düşme sonucu oluşmakta, bunu yanıklar ve trafik kazaları izlemektedir.

2.2.3.1. Dünyada Ev Kazalarının Görülme Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü’nün raporuna göre 2000 yılında düşmeler, boğulmalar, zehirlenme ve yangınlara bağlı ev kazalarından meydana gelen ölümler, tüm kazalara bağlı ölümlerin %26’sını oluşturmaktadır. Ev kazaları dünyadaki hastalık yükünün %29’unu meydana getirmektedir. DSÖ’nün raporuna göre beş yaş altı çocuklarda meydana gelen kazalarda en sık ölüm sebeplerinin ilk sıralarında; boğulma (%25) ve yanıklar (%15) yer almaktadır (23). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan araştırmalara göre çocukluk döneminde kazalar sonucu oluşan yaralanmaların %44’ü evlerde meydana gelmektedir (24,25). Hendrickson, ABD’lerinde, 5 yaş altında

kazalar sonucu oluşan yaralanmaların %90'ının ve bu sebeple oluşan ölümlerin %50'sinin ev ortamlarında gerçekleştiğini ifade etmektedir (26). Avrupa'da benzer şekilde kazaların yarısından fazlası evlerde gerçekleşmekte, ev kazalarına bağlı ölümler trafik kazalarına bağlı ölümlerin iki katı kadar fazla sayıda görülmektedir. Avrupa'da her yıl evde olan kazalar sebebiyle 100 000'den fazla insan hayatını kaybetmektedir (10).

2.3.3.2. Türkiye'de Ev Kazalarının Görülme Sıklığı

Türkiye'de kazaların dörtte biri ev kazaları şeklinde oluşmaktadır (27). Türkiye genelinde ev kazalarıyla ilgili yapılmış çalışmalar bulunmamaktadır. Yapılmış olan çalışmalar Türkiye'nin tamamını yansıtmamaktadır. Altındağ ilçesinde 1990 yılında yapılan bir çalışmada, 0-6 yaş grubu çocuklarda acil servise başvuruların %37,5'inin ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalar sebebiyle olduğu saptanmıştır (28). Karatepe ve Akış'ın 2011 yılında, Bursa ili Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma bölgesinde yaptıkları kesitsel araştırmada, 0-6 yaş grubu çocuklarda son iki haftada ev kazası geçirme sıklığını %19,65 olarak bulmuşlardır (1). Kurt ve Aytakin Çanakkale ilinde yaptıkları çalışmada, 0-6 yaş grubu çocuklarda son bir yıl içinde en az bir kez ev kazası geçirme sıklığını %52,4 bulmuşlardır (33). Van ilinde 2002 yılında yapılan kesitsel bir çalışmada, 935 hane ziyaret edilmiş ve katılımcıların %6,0'sının son iki hafta içinde ev kazası geçirdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada 0-4 yaş grubunda ev kazası sıklığı %8,3 olarak saptanmıştır (30). Köse ve Bakırcı 2005 yılında Ümraniye İslambey Sağlık Ocağı'na başvuran 1-7 yaşları arasında çocuğa sahip 102 anneyle yaptıkları çalışmada son bir yıldaki kaza sıklığını %32,8 olarak belirtmişlerdir (32). Binarbası ve ark. 2006 yılında Uyanış Sağlık Ocağı Bölgesinde 2006 yılında 160 hanede yaşayan 0-6 yaş arası çocuklarda son bir aydaki ev kazası sıklığını araştırmışlardır. Ev kazası geçirme sıklığını 12-23 aylık çocuklarda %6,9, 24-35 aylık çocuklarda %15,4 ve 36-47 aylık çocuklarda %21,4 olarak saptamışlardır (31).

2.2.4. Kişi Özellipleri

2.2.4.1. Cinsiyet

Erkek çocukların daha hareketli ve aktif olmaları nedeni ile kız çocuklara göre daha sıklıkla kazalara maruz kaldıkları bildirilmektedir (14).

DSÖ tarafından yayınlanan rapora göre; 15yas altında erkek çocuklarda kaza sonucu yaralanmalar, kız çocuklara göre daha sık görülmektedir, yaşla birlikte erkek çocukların yaralanma riskleri kız çocuklarına göre belirgin olarak artmaktadır (34,35). Yalaki ve ark.nın çalışmasında ev kazası geçiren çocukların %52'sinin, Laffoy'un çalışmasında ise ev kazası geçiren çocukların %59.2'sinin erkek çocuklar olduğu saptanmıştır (37, 38).

2.2.4.2. Yaş

Çocukları erişkinlerden ayıran fiziksel, anatomik, fizyolojik farklılıklar nedeniyle ev kazalarının tipleri ve sıklıkları çocukların yaşlarına göre farklılık göstermektedir. Küçük yaş grubundaki çocukların evde daha çok zaman geçirmeleri, çevreye karşı ilgilerinin fazla olması ve el becerilerinin yeterince gelişmemiş olması ev kazaları sıklığını arttırabilmektedir. Okul öncesi dönem çocuklarını etkileyen kaza risklerinin başlıca belirleyicisi çocuk bakımından sorumlu bireylerin, özellikle annelerin kazalardan korunma bilincidir (10).

Süt çocukları sözlü iletişim kuramazlar; ağızları ile araştırırlar. Hızla hareketlenirler. Bu dönemde çocuklarda düşme, tıkanma, suda boğulma, çocuk istismarı ve yanık riskleri fazladır (16).

Küçük çocuklar (oyun; okul öncesi dönemi) meraklı, araştırmacı, tehlikelerden habersizdir. Bağımsızlık duygusu artmıştır ve oldukça hareketlidirler. Düşme, yanık, suda boğulma, zehirlenme ve çocuk istismarı riski bu dönemde yüksektir (16).

İlköğretim okul çağında hareket becerileri ve bağımsızlık duyguları artmıştır; ancak tehlikeleri tanımak için deneyim ve karar verme becerileri yoktur. Bu nedenle motorlu taşıt ve bisiklet kazaları, yaya kazaları, oyun alanı ve spor kazaları ve çocuk istismarı sıklığı daha fazladır (16).

Ergenler ve gençler ise bu dönemde risk almayı severler, arkadaşlarından sıklıkla etkilenir ve düşünmeden hareket ederler. Bağımsızlık duyguları ve deneyimleri artmış olan bu dönemdeki çocuklar sıklıkla motorlu taşıt kazalarına, spor kazalarına maruz kalırlar. Arkadaşlar arasında şiddet, özkıyım girişimleri artar (16).

2.2.4.3. Ailenin Eğitim Durumu

Eğitim düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarında, eğitim düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarına göre daha az ev kazası görülmektedir. Çünkü bu aileler çocukların gelişim düzeyleri konusunda daha fazla bilgi sahibidirler, büyüme gelişme aşamalarını daha iyi bildiklerinden dolayı ev kazalarını önlemek için gerekli önlemleri alırlar ve ev ortamlarını ev kazalarından korunulacak şekilde güvenli bir şekilde düzenleyebilirler (39).

2.2.4.4. Evde Yaşayan Kişi Sayısı

Yapılan çalışmalar evde yaşayan kişi sayısı arttıkça ev kazası görülme sıklığının da arttığını bildirmektedir (40).

2.2.4.5. Sosyo-Ekonomik Durum

Kaza sıklığı ve ölüm oranındaki artış, sosyo-ekonomik durumun düşük olması ile ilişkilendirilebilir (39). Ekonomik olarak yetersiz olan ailelerde çocuklara gerekli bakım ve destek yeterli düzeyde sağlanamadığı için bu çocuklar kazalara daha da açık hale gelmektedir (42). Gilbride ve ark. Nisan 1995-Mart 1996 ayları arasında

Kanada'nın Alberta Bölgesinde kaza sonucu olan yaralanmalar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuranların kayıtlarını incelemişler ve yaptıkları çalışmada düşük sosyoekonomik düzeyin kazalarda yaralanma riskini arttırdığını saptamışlardır (41).

DSÖ'ye göre yoksul ailelerin çocukları, kaliteli sağlık hizmetlerinden ve ev kazalarını önleme programlarından faydalanamadıkları için ev kazaları açısından daha fazla risk altındadırlar. Yine DSÖ raporuna göre; geliri yüksek ailelerde, çocuklar spor aktiviteleri sırasında ev kazası riski taşırken, yoksul ailelerin çocukları zehirlenmeler, düşmeler, yanıklar ve boğulmalar açısından risk altındadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kaza nedenleri ve oluş mekanizmaları da farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kesi-zedelenme yaralanmalarına kesici aletler, çevresel etmenler (inşaat malzemeleri, zirai malzemeler, madenler) katkıda bulunurken, gelişmiş ülkelerde, bu tarz yaralanmalar oyuncaklar, spor, mobilya, ev aletleri ile meydana gelmektedir. Yine gelişmekte olan ülkelerde yanıklar fırın, ocak, soba, ısınmak veya yemek pişirmek için yakılan odun, kömür ateşleri, kimyasal maddeler sonucu oluşurken, gelişmiş ülkelerde, daha çok elektrikli aletler, radyatörler, fırın, soba, sigara, kibrit, fişekler nedeni ile oluşmaktadır (4, 47).

2.3. EVDE KARŞILAŞILAN KAZA ÇEŞİTLERİ

2.3.1. Düşme

Çocuklar gelişimsel özellikleri nedeniyle düşmelerle karşılaşma açısından en riskli gruplardan biridir, 6 ay-6 yaş dönemi çocuklar kendilerini kazalardan koruyabilecek gelişimsel özelliğe henüz yeterince sahip değildir. Çocuklar doğaları nedeniyle meraklıdır, cesaretlidir, keşfederek ve araştırarak öğrenirler (48).

Karşılaştıkları tehlikeleri değerlendirmedeki yetersizlikleri ve dengelerini kolayca kaybedebilmeleri sebebiyle daha sık düşebilmektedirler. Çocukların nöromotor, fiziksel, duyuşsal, bilişsel ve psikososyal açıdan gelişimleri devam etmektedir. Motor sistemlerinin gelişmemiş olması, görme alanının dar olması, denge sağlamadaki zorlukları, reflekslerindeki yavaşlık, sesleri lokalize etme yeteneklerinin

gelişmemiş olması iki uyarıyı aynı anda algılayamamaları, devamlı hareket halinde olmaları, büyüklerini taklit etmek istemeleri, araştırma ve öğrenme konusunda merakları çocukların düşme riskini artırmaktadır. Çocuklar yetişkinler için düzenlenmiş olan bir çevrede yaşamaktadırlar. Erişkinler için hazırlanmış güvenlik önlemleri çocukları korumada yetersiz kalabilmektedir (48).

Sıfır-on iki ay dönemi çocuklar için beşik, salıncak, ana kucağı-bebek arabaları, yürüteçler, koltuk ve yatak gibi yüksek yerler, yüksek ev eşyaları düşmeler için en büyük tehlikeyi oluşturur.

Yürümeye yeni başlamış çocuklar için; pencereler, balkon, merdivenler, banyo, mobilyalar, oyun araçları, düşme açısından risk oluşturur (48).

DSÖ 2008 yılı raporuna göre dünyada her yıl 47 000 çocuk düşmeler nedeni ile hayatını kaybetmektedir (4). Düşmeler acil servislere başvurularda, yatış ve tıbbi bakım gerektiren ancak sıklıkla ölümcül olmayan yaygın yaralanma nedenlerindedir (%25-52). Yapılan bazı araştırmaların sonuçlarına göre Dünyada ev kazaları içinde düşmeler birinci sırada yer almaktadır (43-45). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD)'de her yıl 2.9 milyon çocuk düşmelere bağlı yaralanmalar nedeniyle acil servislere başvurmakta, başvuruların büyük çoğunluğunu beş yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır (48). Ülkemizde yapılan araştırmalara göre 0-6 yaş grubundaki çocuklarda düşmeler en sık karşılaşılan kaza türüdür. Karataş ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, en sık geçirilen kaza tiplerinin düşmeler (%66,7) olduğunu belirtmişlerdir (49), Yapılan başka bir araştırmada,0-6 yaş grubu çocuklarda ölümle sonuçlanan düşme olaylarının %50-80'inin ev ortamında meydana geldiği bildirilmiştir (12). Yüksel ve ark, okul öncesi çocukluk çağı ölümlerinde otopsi bulgularını içeren çalışmaların da travmaların en sık ölüm nedeni olduğunu, travmanın nedeninin ise sıklıkla trafik kazaları ve düşmeler olduğunu göstermişlerdir (50).

2.3.2. Darbe

Darbe çocuklarda en sık görülen ev kazası çeşitlerinden biridir. Kafaya alınan darbeler çocuklar için en riskli olanlardır.

Kafa travmaları: Travmanın şiddetine göre üçe ayrılır

Hafif kafa travması (HKT): Hafif kafa travmalarında iki yaş sınır kabul edilir. Bunun nedeni ise iki yaş altındaki çocuklarda klinik olarak değerlendirmenin büyük çocuklara göre daha zor oluşudur. İntrakraniyal yaralanması olan süt çocukları genellikle asemptomatiktir. Bu yaş grubunda vurma- çarpma şeklindeki kazaların daha sık görüldüğü ve bu kazalar nedeniyle sıklıkla kafatası kırıklarının oluştuğu bildirilmektedir. Otörlerin çoğu, bu yaş grubunda skalp, kafatası veya beyini etkileyen bir künt travma öyküsü olan çocuğun, ses veya hafif dokunma ile alert veya uyanık olma halini, çocukta minör veya HKT'nin fizik muayene bulguları olarak tanımlamışlardır (51).

İki yaş ve üzeri çocuklarda HKT; özgeçmişinde herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan çocuklarda, başvuru sırasında bilincin normal, nörolojik muayenede anormal veya fokal bulguların olmaması ve fizik muayenede kafatası kırığına ait bir bulgu olmaması olarak tanımlanır. İki yaşından büyük çocuklardaki HKT tanımı, sıklıkla Glaskow Koma Skoru'na (GKS) dayandırılmaktadır. Bazılarına göre GKS'nin 15, bazılarına göre 13 ve üzeri oluşu iki yaşından büyük çocuklarda HKT'yi tanımlamaktadır. Bu yaş grubunda, HKT için GKS 13 ve üzeri kabul edilen olgular da travmatik beyin yaralanması (TBY) insidansı %20 gibi yüksek bir orandadır (51).

Orta riskli kafa travması: Kusma, kesin olmayan ve iki saniyeden kısa süren bilinç kaybı, irritabilite veya letarji öyküsü, yüksek risk mekanizmalı yaralanma (100- 130 cm'den daha yüksekten düşme, hastanın bir yerden fırlaması, ters dönme, yüksek etkili kafa yaralanması), 24 saatten daha eski kafatası kırıkları ve ebeveyn tarafından bildirilen davranış değişiklikleri olarak tanımlanabilir.

Orta derecede risk grubunda olan hastalar travma sonrası dört-altı saat sıkı izlemde tutulabilir. Takip sırasında herhangi bir kötüleşme olursa, nöro-radyolojik görüntüleme veya kranial BT ile tekrar acil olarak değerlendirilmelidir (51).

Yüksek riskli kafa travması: Fokal nörolojik bulgular, kafatası tabanı veya çökme kırığının dahil olduğu akut kafatası kırığı, iritabilite, fontanel gerginliği, inatçı kusma, epileptik nöbet, kesin bilinç kaybı (özellikle iki saniyeden daha uzun ve yüksek risk mekanizmalı bir yaralanma ile ilişkili olan) şeklinde tanımlanabilir. Yüksek risk bulgularından bir veya daha fazlasına sahip olan çocuklarda TBY riski %4 veya daha fazladır (51).

Tedavi ve prognoz: Kafa travmalı çocukların tedavi yönetimi; Beyin cerrahi konsültasyonunun gerekliliği, eve gönderme gibi kararları içermelidir. Kranial BT ile tespit edilmiş bir beyin yaralanması, kafatası kırıkları (çökme, kafatası tabanı veya geniş diastatik) ve hastanın klinik tablosunun kötüleşmesi durumlarında mutlaka beyin cerrahi danışımı yapılmalıdır (51).

HKT'lı bir çocuk bir klinikte veya acil serviste izlenmelidir. Evde takip ancak normal mental durum ve temel fonksiyon düzeyine sahip olma, bilinç kaybı veya nöbet olmayışı, belirgin diğer yaralanmaların olmayışı, kusma olmaması veya travma sonrası sadece bir kez kısa bir kusma olması durumunda düşünülmelidir. Bir yaş altı çocuklar için; anlamlı (frontal bölge dışında) hematoma olmaksızın önemsiz travma, intrakraniyal yaralanmayı kolaylaştırıcı koşulların olmayışı, gerek olduğunda özenli bakım verebilecek güvenilir ebeveyn varlığında uygun görülebilir. Kranial BT sonucu normal olan izole HKT'lı çoğu çocuk hasta, acil serviste yapılan değerlendirme ve kısa süreli izlem sonrasında güvenle taburcu edilebilirler (51).

Mental durum veya davranış değişiklikleri, dengesiz yürüme veya beceriksizlik/koordinasyon bozukluğu ve epileptik nöbet, uyanırken iritabilitenin varlığı, inatçı veya kötüleşen baş ağrısı, devam eden kusma veya travma sonrası başlayan veya 4-6 saat süren kusma görülmesi acil medikal bakım gerektirir. Hastaneye yatış genellikle, beyin cerrahi danışımı ile beraber beyin yaralanması, çökme veya kafatası tabanı fraktürü saptanması, normal kranial BT'ye rağmen mental durumda anlamlı inatçı bozulma, aralıksız kusma olması, yatış gerektiren

ekstrakraniyal yaralanma varlığı, çocuk istismarına bağlı yaralanma şüphesi, güvenilir olmayan bakıcı veya bakım için yetersiz koşullar olması, genellikle hastane yatışı gerektirir (51).

Kontüzyon; Hafif beyin yaralanmalarında sık görülen bir bulgudur. Durgun bir yüzeye hareketli kafanın çarpması sonucunda deselerasyon oluşur. Ani gelişen deselerasyonların büyük bir kısmının ise ciddi beyin sapı yaralanmalarına sebep olduğu düşünülür. Hareket eden bir cisim durgun haldeki bir kafaya çarptığı zaman bir hızlanma (akselerasyon) olur. En küçük yaralayıcı kuvvet olarak kabul edilen lineer akselerasyon, tipik olarak yüzeysel kontüzyonlar ve bazı olgularda ise subdural hematomların gelişmesi ile bağlantılıdır. (51)

Sarsılmış bebek sendromu: İstismar sonucu oluşan kafa travmaları iki yaş altı çocuklarda morbidite ve mortalitenin en önemli sebebidir. Yapılan araştırmalar iki yaş altı çocuklarda, istismara bağlı yaşamı tehdit eden kafa travması olgularının çoğunun sarsılmış bebek sendromu (SBS) ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Sarsılmış bebek sendromu retinal kanama, kemik kırıkları (metafiziyel ve/veya kosta kırıkları) ve subdural/subaraknoid kanama olarak tanımlanan çocuk fiziksel istismarının ciddi bir formudur (52).

SBS vakaları sağlık merkezlerine çocukluk çağı hastalıklarının birçoğunun semptomları ile uyumlu şikâyetler ile getirilmektedir. Bu yüzden ilk başvuruda SBS tanısını koymak oldukça zordur. Daha önce tamamen sağlıklı olan bir çocuk sıklıkla hastaneye kusma, letarji, konvülsiyon, emmeme, solunum sıkıntısı, açıklanamayan koma, uykuya meyil tablosu ile getirilebilir. Tanıyı koymada iyi bir fizik muayene ve anamnez ile birlikte radyolojinin yeri büyüktür. Sıklıkla hasta yakınları tarafından verilen anamnezde ya hiç travma öyküsü belirtilmemekte veya minör bir travma öyküsünden söz edilmektedir.

Küçük çocuklarda başın vücuda oranla büyük ve ağır olması, başı destekleyecek boyun kaslarının zayıf, beyinin yumuşak, miyelinizasyonun tamamlanmamış ve aksonal yapının kolay yaralanabilir olması bu yaş grubu çocukların beyinlerini ayrıcalıklı kılmaktadır. Çocuk beyninin bu özelliklerinden dolayı, başın rotasyonel hareketlerle hızla sarsılması sonucu intrakranial kanamalar oluşmaktadır (53).

Sarsılma sonucu kafa yaralanmaları küçük yaş grubundaki çocuklarda (özellikle 0-12ay) daha sık görülmekte ve mortaliteyi artırmaktadır. California da yapılan 4 yıllık bir araştırma sonucunda SBS vakalarının ortalama yaşının 18 ayın altında olduğu, Matthew ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama yaşın 7.8 ay olduğu, Amerika da yapılan bir çalışmada ise ortalama yaşın 9 ay olduğu tespit edilmiştir.

Kanada da yapılan 10 yıllık bir çalışma sonucunda, SBS vakalarının ortalama yaşının 4.6 ay olduğu, vakaların %45'inin hastaneye konvülsiyon, şikayeti ile getirildiği belirtilirken, vakaların %76'sında (%86 bilateral) retinal kanama, %86 sında subdural olduğu tespit edilmiştir. İngiltere'de yıllık fiziksel istismara uğrayan çocukların 100 000 de 21-24.6'sında subdural kanama tespit edilmiştir (53).

Ülkemizde ise SBS tanısı almış vaka sayıları ile ilgili yeterli kaynak yoktur, bunun en önemli sebebi sağlık çalışanlarının çocuk istismarını tanıma açısından bilgilerinin yeterli düzeyde olmamasıdır (52).

SBS tanısı almış olguların %25'i ölmekte, bunlardan hayatta kalanların ise 1/3 ü nörolojik sekelli olarak iyileşmektedir.

Retinal kanama, subdural hematoma ve nonspesifik şikâyetlerle gelen 2 yaş altı çocuklarda ayırıcı tanıda SBS düşünülmelidir. İstismar tanısı koymak, çocuğun evine gönderilerek tekrar istismar edilmesinin önüne geçecek ve ayrıca evdeki diğer çocuklarında kontrol edilmesini sağlayacaktır (53).

2.3.3. Yanıklar

Yanık, sıcak bir kaynaktan vücuda ısı geçişine bağlı olarak gelişen, ciltte ve vücudun diğer dokularında oluşan hasardır. Kuru hararetle temas sonucunda gelişebildiği gibi kaynar su, buhar, sıcak yağ gibi ıslak hararetle temas sonucunda da sıcak su yanığı biçiminde gelişebilir. Yanıklar etkenlerine göre; sıcak sıvı yanıkları, alev yanıkları, elektrik yanıkları, sıcak cisim temas yanıkları ve kimyasal yanıklar olarak sınıflandırılırlar. Çocuklarda görülen yanık çeşitleri; sıklık sırasına göre sıcak sıvı yanıkları, alev ve elektrik yanıkları şeklindedir (54).

Yanık vakalarının yaklaşık %70'ni altı yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır. Çocukluk çağındaki yanıkların çoğundan ev kazaları sorumlu olup, altı ay-üç yaş grubunda, daha çok sıcak suyla haşlanma, yaş büyüdükçe alev-ateş, elektrik ve kimyasal maddelerle yanma şeklinde görülmektedir. Haşlanma olgularının tamamına yakını evlerde oluşmaktadır. Haşlanmaya bağlı yanıklar genellikle banyo sırasında ya da, sıcak yiyecek ce içeceklerin vücuda dökülmesi sonucunda gelişmektedirler (54).

Dünya da yılda 96,000 çocuk yanıklar sebebiyle ölmektedir. Yanıklara bağlı ölümler, kaza sonucu ölümler arasında üçüncü sıklıkta görülmektedir. Yanıklar beş yaş altı çocuklarda kaza sonucu ölümlerin %20'sini oluşturmaktadır. Ölüm oranı, düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelere göre onbir kat daha fazladır (54).

Yanığın ciddiyetini belirleyen faktörler; derinliği, yaygınlığı, hangi vücut bölgesinde olduğu, enfeksiyon riski ve çocuğun yaşıdır. Çocuk yanıklarının büyük çoğunluğu ayaktan tedavi edilebilecek küçük yanıklardır. Olguların ancak %5'i hastanede yatış gerektiren ciddi yanıklardır. Ciddi bir yanık yaralanması ağır ve ölümcül bir olaydır, yaşam için en önemli tehdit karmaşık patofizyolojik süreçlerle seyreden hipovolemik şoktur (55).

2.3.3.1. Yanık Derinliğine Göre Derecelendirme

1. Birinci derece yanıklar: Birinci derece yanıklar yüzeysel yanıklardır, dermis kaybı yoktur veya azdır, kendiliğinden iyileşirler. Bül oluşmamış hafif güneş yanıkları birinci derece yanıklara en iyi örnektir. Birinci derece yanıklar önemli olarak kabul edilmez ve genellikle sıvı replasmanına ihtiyaç duyulmaz. Sıklıkla 3 hafta içinde sekelsiz iyileşirler (55).

2. İkinci derece yanıklar: Termal hasarın dermise kadar uzandığı durumlardır. Bu yanıklar yüzeysel ve derin ikinci derece yanıklar diye ikiye ayrılırlar. Yüzeysel ikinci derece yanıklar ağrılıdırlar, bu yanıklarda büller vardır ve büllerin içerisinden seröz sıvı sızar. Yanık yeri basınç

uygulandığında soluklaşır ve genel olarak kırmızı, pembe benekli görünümündedir. Enfeksiyon eklenmezse 10-20 gün içerisinde skar bırakmadan veya çok az skar ile iyileşirler. Toplam vücut yüzey alanının (TVYA) %20'sini aşan yüzeysel ikinci derece yanıklarda sıvı resüsitasyonu ve monitörizasyon gerekebilir. Derin ikinci derece yanıklar daha kuru, kırmızı ve daha az ağrılıdır. Çoğunlukla yara kontraksiyonu ve reepitelizasyon ile iyileşirler. Sıklıkla ciddi derecede bir skar kontraksiyonu da vardır (55).

3. Üçüncü derece yanıklar: Üçüncü derece yanıklarda dermisin tüm katları tutulmuştur. Deri sert, basık, soluk ve ağrısızdır. Tromboze damarlar izlenir. Üçüncü derece yanıklar genellikle kurudur ve duyu kaybı vardır. Hasar ve yaralanma kaslara ve daha derin dokulara kadar uzanabilir. Genel olarak alev, çok sıcak su ile haşlanma, elektrik akımı veya kimyasal ajanlar nedeni ile oluşurlar. Kontraksiyon ile iyileşirler, deformite ve fonksiyon kaybı kaçınılmazdır (55).

Yanıklar şiddetine göre; küçük, orta, büyük yanıklar olarak sınıflandırılırlar.

Bu sınıflandırma hastanın tedavi biçimine karar vermede kolaylık sağlar.

Tablo 2.1. Çocuklarda Yanığın Şiddetine Göre Sınıflandırma (54)

1. Küçük Yanıklar
TVYA'nın %10 ve altında 2.derece yanıklar
TVYA'nın %2 ve altında 3.derece yanıklar
2. Orta Şiddette Yanıklar
TVYA'nın %10-20 arasındaki 2.derece yanıklar
TVYA'nın %2-10 arasındaki 3.derece yanıklar
3. Büyük Yanıklar
TVYA'nın %20'sinden büyük 2.derece yanıklar
TVYA'nın %10'undan büyük 3.derece yanıklar
Yüz, göz, kulak, el, ayak ve genital bölge yanıkları
Duman inhalasyonu olan hastalar
Elektrik yanıkları
Komplike yanıklar (kırık, kafa travması, vb.ile birlikte)
Riskli olgular (akciğer hastalığı, kanser, diyabet, psikiyatrik bozukluk gibi ek hastalığı olanlar)

2.3.3.2. Yanık Çeşitleri

2.3.3.2.1. Termal Yanıklar

- 1) Haşlanma: Çocuklardaki yanıkların %70 kadarı haşlanmalara bağlıdır. Sıklıkla sıcak içecek veya sıcak sıvıların dökülmesi ile oluşur. Bu şekilde oluşan yanıklar genellikle birinci derece ve yüzeysel ikinci derece yanıklar şeklindedir.
- 2) Alev yanıkları: Erişkin yaşta görülen termal hasarların %50 kadarı alev yanıklarına bağlı gelişmektedir. Alev yanıkları genellikle derin ikinci derece ve üçüncü derece yanıklar şeklindedir (55).

2.3.3.2.2. Radyasyon Yanıkları

Radyasyon yanıklarının şiddeti radyoaktif ışının miktarına, alınma süresine ve alınma hızına göre değişir. Yüksek dozda radyasyonun etkilediği sistemde yaşayan hücreler aniden ölür. Öldürücü olmayan dozlarda organlarda çeşitli derecelerde fonksiyon bozuklukları gelişir. Vücutta radyasyona en duyarlı dokular lenf hücreleri, hematopoetik hücreler, mesane epitel, yemek borusu epitel, intestinal epitel ve üreme organlarıdır (46).

2.3.3.2.3. Kimyasal Yanıklar

Kimyasal yanıklar tüm yanıkların %3-6'sını oluşturmakla birlikte, yanığa bağlı ölümlerin %14-30'u kimyasal yanıklar sebebiyle olmaktadır. Kimyasal yanıklar daha çok endüstride iş kazaları şeklinde veya genellikle güçlü asit ve alkali ile temas sonucu meydana gelirler. Kimyasal yanıkla temas sonrası hastalarda yanık çevresindeki hasarın boyutu hemen belli olmaz. Temas sonrası birkaç gün hastanın derisi sağlam görünebilir. Yanığın derecesi belli olana kadar, tam kat yanık olarak kabul edilmelidir.

Asitler: Asit yanıkları kendini sınırlama eğilimindedir. Termal yaralanma ile karışık bir klinik tablo oluştururlar.

Bazlar: Fırın temizleyicileri, alçı ve kireç, gübre, çamaşır suyu, çimento ile temas neticesinde baz yanıkları oluşabilmektedir. Bazlar dokuda derine nüfuz ederler, sabun oluşturmak üzere kütanöz lipidlerle birleşirler ve nötralize olana kadar deriyi çözmeye devam ederler. Baz yanıklarında ağrı geç ortaya çıkabilmekte ve bu da ilk yardımı geciktirebilmektedir. Bu nedenle baz yanıkları asit yanıklara göre daha tehlikelidirler.

Fosfor Yanıkları: Fosfor oksijen ile temas ettiği sürece yanmaya devam eder ve bu nedenle fosfor yanıkları derin ve ağrılıdır, kemiğe kadar uzanabilir. Lokal tedavi konvansiyonel yanıklardan daha acildir. Fosfor yanıklarının hava ile olan teması mutlaka engellenmeli; etkilenmiş alanları su içine batırarak veya ıslak pansumanlar ile yara sarılarak yanık izole edilmeli, kuru kalmasına izin verilmemelidir (55).

2.3.3.2.4. Elektrik Yanıkları

Dünyada elektrik çarpmalarına bağlı ölümler her geçen gün sıklığı giderek artmaktadır. Elektrik çarpmaları en sık 20-40 yaşları arasında grupta olmakta ve vakaların %90'ını erkekler oluşturmaktadır. Ölümle sonlanan yanık olgularının %20'si elektrik yanıklarına bağlıdır. Elektrik travmaları doğrudan temas, elektrik arkı ve termal hasar olarak üç şekilde oluşmaktadır.

Düşük voltajlı yanıklarda (kurutma makinesi kordonu, priz, ütü vb. ile temas sonucu oluşan elektrik yanıklarında) hayati tehlike genellikle yoktur. Giriş ve çıkış yerlerinde küçük ve derin temas yanıkları vardır. Elektriğin alterne akım şeklinde olması bu şekilde meydana gelen elektrik yanıklarında kardiyak aritmileri tetikleyebilir. Yüksek voltajlı (>1000 volt) yanıklarda, akım vücudu boydan boya kat ederek geçer ve doku hasarı görünenden çok daha yaygın olur. Genellikle olay ekstremiteler ve parmakların kaybı ile sonuçlanır. Kemiklerde ve yumuşak dokuda

önemli derecede nekroz alanları meydana gelebilir, gelişen rabdomiyoliz ile böbrek yetmezliği gelişebilir. Genellikle küçük bir kutanöz yara ve ciddi derin doku hasarı ile karşımıza çıktıkları için buzdağı tarzında yaralanmalardır. Bu şekilde meydana gelen elektrik yanıklarında daha agresif resüsitasyon ve debridman yapmak gereklidir. Yüksek voltajlı kaynaktan gelen akım, bir elektrik arkı meydana getirirse flaş yanıkları oluşmaktadır, Bu tip yanıklardan vücudu boydan boya geçen bir akım mevcut değildir (55).

2.3.3.3. Yanıkta etkilenen sistemler

- Kardiyovasküler Sistem
- Hematopoetik Sistem
- İmmünolojik Yanıt
- Renal Sistem
- Gastrointestinal Sistem ve Karaciğer
- Endokrin Sistem
- Solunum Sistemi

Hemodinamik sorunlara ve solunum yetmezliğine erken yapılan girişimler ve invazif işlemler sayesinde yanık tedavisinin sonuçlarında iyileşmeler olmuş, ancak tüm çabalara rağmen ölüm oranları büyük ölçüde düşürülememiştir. Ölüm oranlarında dramatik azalmalar ancak yanık yaralanmasına bağlı gelişen inflamatuvar cevabın patofizyolojisini ayrıntılı bir şekilde öğrenebildiğimiz ve bu patolojilere etkin bir biçimde müdahale edebileceğimiz araçlara sahip olmamıza ve bunları kullanarak erken ve etkin bir resüsitasyon yapabilmemize bağlıdır. Ancak büyük yanık olgularının pahalı tedavisi ve ciddi sekellerin gelişmesinin çoğu zaman önlenememesinden dolayı önceliğin koruyucu tedbirlere verilmesi önemlidir (55).

2.3.4. Zehirlenme

Zehirlenme, toksik bir maddenin vücuda zarar verecek miktarda ve değişik yollardan alınması sonucu organizmada bazı belirti ve bulguların ortaya çıkması durumudur. Zehirlenmeler her yaş grubunda olmakla birlikte, çocukluk yaş grubunda daha sık görülmekte ve daha ölümcül seyretmektedir (56).

Çocukluk çağı zehirlenmelerinde, zehirlenmeye neden olan sebepler yaşanan bölgeye, o bölgede yaşayan halkın gelenek ve göreneklerine, eğitim ve kültür düzeyine ve mevsimlere göre farklılık göstermektedir. Örneğin Hindistan'da petrol ürünlerine bağlı zehirlenme %42,5 iken aynı oran Norveç'te %9'dur. Gelişmiş ülkelerde ilaç zehirlenmeleri ön planda iken Hindistan, Tayland gibi gelişmekte olan ülkelere pestisit ve ev ürünleri ile zehirlenme ön plandadır (56). Ülkemizde ise soba, şofben ve gazlı ocak kullanımına bağlı olarak karbonmonoksit zehirlenmeleri sık olarak görülmekte ve sıklıkla ailede birden fazla kişi bu durumdan etkilenmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı rapora göre 2000 yılında 315.000 kişi zehirlenmeler nedeniyle kaybedilmiştir. Zehirlenmeler nedeniyle oluşan ölümlerin %94,0'ü az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesinde düşük gelişmişlik düzeyine sahip olan ülkelerin zehirlenmelere bağlı ölüm hızı 100.000 kişide 21,5 iken, yüksek gelişmişlik düzeyine sahip ülkelere bu hız 1,3'dür (58).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal İntoksikasyon Merkezi'nin 1991 yılı verilerine göre yılda yaklaşık 2,3 milyon kişi zehirlenmektedir. Zehirlenme olgularının %92,0'sinin evde ve %60,0'ünün altı yaşından küçük çocuklarda olduğu bildirilmektedir (59).

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Haziran 1996- Aralık 1997 tarihleri arasında zehirlenme nedeniyle başvuran 3104 çocuğun (0-15 yaş arası) %63,1'inin 1-4 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Zehirlenme nedenlerinin sırasıyla ilaçlar (%41,2) ikinci sırada ise koroziv madde içilmesi olduğu görülmüştür (60).

Zehirlenmeler hemen her yaşta görülebilmemesine karşın, olguların %80'ini beş yaş altındaki çocuklar oluşturmaktadır. Buna karşılık çocukluk döneminde görülen zehirlenme olgularına bağlı mortalite oranları, erişkin döneminde görülen zehirlenme vakalarındaki mortalite oranlarına göre belirgin şekilde düşüktür. Çocukluk çağı zehirlenmeleri özellikle beş yaş altı ve adölesan yaş gurubu olmak üzere iki yaş gurubunu ilgilendirmektedir. Beş yaş altı meydana gelen zehirlenmeler sıklıkla erkek çocuklarda, daha çok kaza nedeniyle ve tek bir madde ile olmaktadır. Adölesan yaş gurubu zehirlenmeleri kızlarda daha fazla ve birden çok maddenin alınması ile, sıklıkla istemli olarak meydana gelmektedir. Zehirlenmelerinin %80-85'i kaza sonucu, %15-20'si özkıyım amaçlı olmaktadır. Özellikle bir yaş altı zehirlenmelerde terapotik hatalar önemli bir yer tutmaktadır (56).

Zehirlenmeler klinik seyrine göre akut ve kronik olarak sınıflandırılabilir.

1. Akut zehirlenmeler: Çocukluk döneminde görülen zehirlenmeler bu grupta yer alır. Zehirli maddeye maruziyet süresi 24 saatten kısadır, hastadaki semptomlar kısa süre içinde gelişir. Mortalite riski yüksek olan bu grupta hemen müdahale edilmeli tedavi altına alınmalıdır.
2. Kronik zehirlenmeler: Uzun süreli olarak düşük dozlarda toksik maddeyle temas edilmesi halinde olmaktadır. Kurşun ve diğer ağır metallere bağlı (örneğin sanayide çalışan işçilerde, baca temizleyicilerinde ve ayakkabı yapımında çalışanlarda görülen zehirlenmeler) veya çocuklarda uzun süreli ilaç kullanımına (örn: asetaminofen veya salisilat kullanımı) bağlı olarak kronik zehirlenmeler görülebilir. Kronik zehirlenmelerde nedeni saptamak zor olabilir (56).

Toksik maddelerin vücuda giriş yollarına göre zehirlenmeler dört gruba ayrılır:

1. Gastrointestinal sistemden alınan maddelerle olan zehirlenmeler: En sık görülür ve tüm zehirlenmelerin %75'ini oluştururlar. İlaçlar (parasetamol, salisilat..vb), pestisitler, petrol ürünleri temizleyici ve koroziv maddeler,

kozmetikler, bitkiler ve ağır metallerle olan zehirlenmeler bu grupta yer alırlar.

Koroziv madde içimi ve tedavisi:

Koroziv madde içimiyle üst gastrointestinal sistemde hızlı, ilerleyici ciddi yanıklar meydana gelir. Bu klinik tablo koroziv özofajit olarak adlandırılır. Hasarın akut dönemi atlatılırsa iyileşme sürecinde özofagusta striktür veya malignite gelişebilir.

Koroziv maddelerin alımları yetişkinlerde genellikle intihar amaçlı görülür, çocuklarda ise kaza ile içilir. Çocuklarda 5 yaş altında, en sık 2 yaş civarında koroziv madde içimlerine raslanır. Son 10 yılda koroziv madde içeren ev temizlik ürünlerinin orijinal ambalajları dışında satışlarının artması sonucu bu tip kazalarda artış görüldüğü tespit edilmiştir (57).

Oral alınan koroziv maddenin katı veya sıvı olduğunun bilinmesi temas süresi hakkında fikir verebilir. Katı gıdalar orofaringeal bölgeyi daha fazla hasar verirken sıvı alkaliler ise özofagusta daha yaygın hasara neden olmaktadır.

Koroziv maddeler alkali veya asit özelliktedirler. Günlük hayatımızda sıklıkla kullanılan birçok temizlik maddelerinde pH 9-11 arasındadır. pH>11 alkali maddelerin az miktarlarda alımlarında bile ciddi yanıklar görülebilmektedir. Alkali ajanlar likefaksiyon nekrozu ile dokuyu eritip, daha derine ve hızla penetre olurlar. Özofagusta pH' nın alkali düzeyde olması ve skuamöz epitel, asit ajanların etkilerinden özofagusu korumaktadır. Bu nedenle asit ajanlar özofagus ve mideye alkalilerden daha az zarar verirler (57).

Klinik:

Semptomlar alınan korozif maddenin miktarına ve konsantrasyonuna göre değişmektedir. Çocukların genellikle ne içtikleri bilinmez. İntihar amaçlı

alımlarda bilgi almakta zorlanılır. Erişkinlerde kaza ile alımlar genellikle birkaç yudumla sınırlı kalırken, intihar amaçlı olanlarda fazla miktarda alım söz konusudur.

Sıklıkla ağız ve farenkste ağrı, yanma belirtileri olur. Artmış salivasyon, disfaji, kusma,odinofaji görülebilmektedir. Koroziv madde içilme anında aspire veya inhale edilirse akciğer ve larenkste ciddi hasar yapabilir. Eğer absorbe edilirse toksik ve metabolik etkileri olabilir, ağız ve dudaklarda yanıklar görülebilir. Bu yanıkların varlığı veya yokluğu özofagusta meydana gelen hasar hakkında fikir vermez. Boyun, substernal veya interskapular bölgede ilerleyici ağrı akut perforasyon belirtisi olabilir. Beraberinde taşikardi, ateş, cilt altı amfizemi, perikardiyal çıtırtı ve perküsyonda matite varlığı özofagus perforasyonunu destekler. Ancak bu bulguların yokluğu perforasyonu ekarte ettirmez (57).

Tedavi:

Yanığın derecesini tespit etme ve ileri tedaviyi planlamada en etkili yöntem özofagoskopidir. Tercihan ilk 24 saatte yapılmalıdır. Koroziv özofajit tedavisinde amaç öncelikle skar gelişimini ve striktür oluşumunu engellemektir. Günümüzde geliştirilmiş tanı ve tedavi yöntemleri ile mortalite oranları %20'lerden %1-5'lere gerilemiştir. Yaygın şekilde önerilen görüş, ilk değerlendirmede ağızdan alımın kesilmesidir. Koroziv maddenin tekrar özofagusu kontamine etmesini ve hasar vermesini engellemek için hasta kusturulmamalıdır. Özofagus perforasyonu riskini artırdığından, nazogastrik sonda takılması önerilmez. Hasta monitörize edilir ve intravenöz sıvı tedavisi başlanır. Steroid, antibiyotik ve mide koruyucu tedavilerin endoskopide hasar tespit edilen hastalara başlanması önerilir. Kostik özofagus yanıklarında nadiren akut dönemde cerrahi tedavi gerekebilmektedir (57).

2. Solunum yolundan alınan maddelerle olan zehirlenmeler: Karbon monoksit (CO), naftalin, cıva, anilin, terebentin, aseton, metil alkol, toluen gibi buharlaşabilen maddelerle olan zehirlenmeler.

3. Parenteral yolla (intravenöz veya intramuskuler) alınan maddelerle olan zehirlenmeler.

4. Deri ve mukoza aracılığıyla alınan maddelerle olan zehirlenmeler: Bütün zehirlenmelerin %6'sını oluşturur. Anilin boyaları, borik asit, topikal antihistaminikler ve anestetikler, efedrin ve dekstroamfetamin mukozalardan, organik fosfatlar ise deriden kolaylıkla emilirler (56).

Zehirlenme bulguları değişkenlik gösterir ve genellikle özgün değildir. Klinik özellikler alınan maddenin fiziksel özellikleri, miktarı, temas süresi gibi değişkenlere bağlıdır. Dolayısıyla tanıda en önemli yaklaşım öncelikle çocuğun zehirlenmiş olabileceğinden kuşkulandırmaktır. Hastanın başvurusunda normal dışı davranış, konvülsiyon, taşikardi, takipne, kardiyovasküler kollaps, kusma, koma, uyku hali bulunan çocukta ayırıcı tanıda mutlaka zehirlenme dışlanmalıdır. Zehirlenmelerde, organizmada tüm organ ve sistemler etkilenerek bunlara ait çeşitli belirtiler oluşabilir. Böyle bir hastada; acil tedavi, anamnez ve fizik muayene, toksik madde belirtilerinin incelenmesi, laboratuvar incelemesi, tedavi, gözlem ve takip yapılmalıdır (56).

Zehirlenmelerdeki mortalitenin yaygın nedeni apne, hipoksi, serebral ödem ve kardiyak aritmilerdir. Öncelikle bu sebeplere yönelik yapılacak tedaviler morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır.

Toksik maddelerle zehirlenmiş hastaların tedavisi dört ana grupta toplanır. Toksik maddenin emiliminin engellenmesi, emilmiş toksik madde atılımının hızlandırılması, antidot uygulanması ve destekleyici tedavidir (56).

2.3.5. Boğulmalar

Boğulma, vücuttaki dokulara yeterli oksijenin gitmemesi sonucu, dokularda hasar meydana gelmesidir. Yeterli oksijen alamayan dokular ve hücreler hasarlanır ve kaybedilir, sonuç olarak kalp durması ve ölüm gerçekleşmektedir.

Boğulma en önemli halk sağlığı problemlerinden birisidir. DSÖ raporlarına göre dünyada her yıl 175 000 çocuk boğulmalar nedeni ile yaşamını yitirmektedir ve ölümcül kazalar içinde trafik kazalarından sonra ikinci sıradadır (9). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada meydana gelen boğulmalara bağlı ölüm oranı 100.000'de 6.8'dir. Tüm dünyada boğulma sonucu meydana gelen ölümlerin yarısını 15 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır. 0-4 yaş arasında en sık görülen 11.ölüm sebebi, 4-15 yaş arası çocuklarda ise en sık görülen üçüncü ölüm sebebidir (64). Boğulmalar nedeniyle meydana gelen ölümlerin %97,0'si az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa bölgesinde gelişmişlik düzeyi geri olan ülkelerde boğulmalara bağlı ölüm hızı 100.000 kişide 9,2 iken yüksek gelişmişlik düzeyine sahip ülkelerde bu hız 1,0'dır (58).Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl solunum yoluna yabancı cisim kaçması sebebiyle yaklaşık 2000 çocuğun kaybedildiği ve bunların %60,0'nının da 4 yaşının altında olduğu bildirilmektedir (62). Özdemir ve ark.'nın yaptıkları araştırmada, 1996-2002 yıllarında yabancı cisim aspirasyonu sonucu boğularak yaşamını yitirmiş olan, 10 çocuktan 8'inin 2 yaşın altında olduğu ve vakaların tümünde yabancı cisim aspirasyonunun evde meydana geldiği saptanmıştır (63).

2.3.5.1. Suda boğulma

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde travmatik çocuk ölümleri içinde üçüncü sıklıkta görülen ölüm nedenidir. Göl, akarsu gibi çeşitli tatlı su kaynaklarının çok bulunduğu, üç tarafı denizlerle çevrili olan ülkemizde özellikle yaz aylarında suda boğulma sonucu gelişen kazalar ve buna bağlı ölümler azımsanmayacak sayıdadır. Tüm yaş gruplarına bakıldığında boğulma vakalarında erkeklerin çokluğu dikkat çekicidir. Suda boğulma sonucunda gerçekleşen ölümlerin yaklaşık yarısının 20 yaşın altında olduğu bildirilmektedir. İstanbul'da otopsi yapılan 736 çocuk ölümünün değerlendirildiği bir çalışma sonucunda, asfiksiler en sık ölüm nedeni olarak tespit edilmiş asfiksilerin yaklaşık yarısını suda boğulma olgularının oluşturduğu bildirilmiştir. Çocukluk çağında görülen boğulmaların %40-50'si 1-4 yaş arasında görülürken, %15-20'si adolesan yaş grubunda görülmektedir.

Boğulmalar genelde kaza nedeniyle oluşmasına rağmen adolesan dönemde görülen boğulma olgularında; intihar olasılığı alkol ve ilaç kullanımı akılda tutulmalıdır. Epilepsi ve kardiyak aritmi gibi altta bulunabilecek hastalıklar mutlaka düşünülmelidir. Çocukluk çağı boğulma vakalarının yaklaşık olarak %6-10'unda epilepsi öyküsü bulunmaktadır (64).

Boğulma patofizyolojisinin temelinde hipoksi ve asidoz yatmaktadır. Suda boğulma sonrası kazazedelerin su yutması neticesinde apne ve laringospazm gelişmekte buna bağlı hipoksi oluşmaktadır. Hipoksi ve sonrasında gelişen asidoz, kardiyovasküler kollaps ve santral sinir sistemi iskemisine neden olmaktadır. Asfiksi solunum yollarında gevşemeye sonrasında akciğerlere sıvı geçişine sebep olmaktadır (yaş boğulma). Bu durumda aspire edilen sıvı miktarı 22mL/kg'ı (bu miktar fonksiyonel rezidüel kapasiteye denk gelmektedir) geçmez. Vakaların %10-20'sinde solunum çabası tamamen kaybolana kadar laringospazm devam eder ve bu olgularda herhangi bir aspirasyon görülmez (kuru boğulma). 1-3mL/kg üzerindeki sıvı aspirasyonlarını takiben alveolo-kapiller alışveriş bozulmakta, PaO₂ düşmekte ve dokularda hipoksi gelişimi sonucu asidoz ortaya çıkmaktadır. Azalmış olan kardiyak output ve oksijenizasyon sonucunda anoksinin beş dakikayı geçmesi durumunda, başta beyin olmak üzere tüm organlarda iskemik hasar ve olayın derecesine göre multiorgan yetmezliği gelişmektedir (64).

Hipotermi boğulma sonrası sık gözlenen bir durum olup, hızlı gelişen hipotermi çocuklarda santral sinir sistemine (MSS) koruyucu etkisi bulunmaktadır. Süt çocukları daha geniş yüzey alanına sahip olduklarından hipotermi daha hızlı oluşmaktadır. 35 derecenin altındaki sıcaklıkta güçsüzlük ve kaslarda koordinasyon bozuklukları oluşmakta, 30 derecenin altında bilinç kaybı ve myokarda iritabilite, 28 derecenin altında sıcaklıkta ise atrial ve ventriküler fibrilasyon görülmektedir.

Tatlı su boğulmalarında hiponatremi görülürken, tuzlu suda boğulmalarında hipernatremi ve hiperkloremi görülmekte, nadiren aşırı tuzlu su boğulmalarında hiperkalsemi ve hipermagnezemi görülmektedir (64).

2.3.5.2. Çocuklarda diğer boğulma nedenleri

Çocuklarda diğer boğulma nedenleri yabancı cisimlerin aspirasyonu sonucunda solunum yollarının tıkanması, arı ve böcek sokması durumunda solunum yollarında oluşan ödem, solunum yolunun bir dış etkenle kapanması gibi solunum yolu tıkanıkları, böcek ilacı gibi zehirli gazların solunması veya kafa yaralanmalarında ortaya çıkabilen solunumun yavaşlaması veya durmasına yol açan durumlar, göğüs ve akciğer duvarının delici yaralanmaları, elektrik çarpması yada başka etkenlerle kalbin durması, derin şok gibi kalp ve dolaşım sistemi ile ilgili durumlardır. Boğulmaların bebeklerde sıklıkla ebeveyn ile uyuma sırasında solunum yolunu kapanması sonucu meydana geldiği bildirilmektedir (10).

Ayrıca bebekler ve küçük çocuklar kuruyemiş, düğme, oyuncak gibi küçük cisimleri kolayca aspire ederek boğulabilmektedirler.

Boğulmanın başlıca belirtileri, nefes almada zorluk, hızlı soluma, nabız sayısında artma, dudaklarda, tırnaklarda ve deride morarma, tükürük salgısında artış, bilinç bulanıklığı ve ileri dönemde bilinç kaybıdır (10).

2.3.6. Kesikler-Ezikler veya Delici Yaralanmalar

Vücutta herhangi bir dış etki sonucunda oluşan, dokuların yapı ve bütünlüğünü bozan her türlü lezyon yara olarak tanımlanır. Yara oluşumunda damarlar, kas ve sinir gibi dokular da etkilenebilir. Yaralanmış deri koruma özelliğini kaybedeceğinden enfeksiyon olasılığı artar. Yaraların ortak özellikleri ağrı, kanama, yara kenarlarının ayrılmasıdır (10).

2.3.6.1. Yara Çeşitleri

Kesik Yaralar: Bıçak, çakı, cam gibi kesici aletlerle oluşan, genellikle basit tip yaralardır. Derinlikleri kolay tespit edilebilir.

Ezikli Yaralar: Taş, yumruk ya da sopa gibi etkenlerin şiddetli olarak çarpması sonucu gelişen yaralardır. Yara yerinin kenarları eziktir. Çok miktarda kanama meydana gelmez, ancak doku zedelenmesi ve hassasiyet vardır.

Delici Yaralar: Uzun ve sivri aletlerle meydana gelen yaralardır. Yaralanan vücut yüzeyi üzerinde derinlik hakimdir.

Parçalı Yaralar: Dokular üzerinde bir çekme etkisi ile meydana gelir. Derinin bir parçası kopmuştur yada küçük bir parçası bağlı kalmış olabilir. Doku ile ilgili tüm organ veya travmalı bölgedeki doku, saçlı deri zarar görebilir. Oldukça kanamalı yaralardır.

Enfekte Yaralar: Enfeksiyon ihtimali olan yaralardır.

Enfeksiyon riski yüksek yaralar; dikişleri ayrılmış yaralar, kenarları muntazam olmayan yaralar, çok kirli ve derin yaralar, ateşli silah yaraları, ısırma ve sokma ile oluşan yaralardır (10).

2.4. EV KAZALARINDAN KORUNMA YÖNTEMLERİ

Kazalar ve kazalardan doğan sorunlar ile başa çıkmanın en iyi yolu, kazayı önlemektir. Bunun içinde kazanın önemi, risk altındaki kişilerin belirlenmesi ve alınacak önlemlerin bilinmesi gerekir. Kazaları önleme çalışmaları, çok farklı yöntemler kullanılarak yapılabilmektedir. Bunların etkili olabilmesi için, fiziksel çevre düzenlemeleri (ev ortamı ve mekan düzenlemesi), eğitim, uygun yasal düzenlemeler ve bu yasalara uyumun sağlanması gerekmektedir.

Fiziksel çevre düzenlemelerinin çocuğun gelişim dönemleri ve gereksinimleri göz önünde bulundurularak tasarlanması, ev kazaları riskini önemli ölçüde azaltabilmektedir. Ev içerisindeki mobilyalar ve gereçler yerleştirilirken çocuk güvenliği göz önünde bulundurulmalı, çocuk güvenlik gereçleri ile mutlaka desteklenmelidir (65).

2.4.1. Mutfak Güvenliğinde Önlemler

Mutfakta bulunan keskin kenarlı ve köşeli (tezgah gibi) eşyalar, çocuğun baş ve gözlerine zarar vermemesi için özel malzeme ile güvenli hale getirilmelidir (Resim 2.1).

Deterjan ve temizlik malzemeleri ile zehirli maddeler (insektisitler gibi), çocukların ulaşamayacağı yerde ve kapalı tutulmalıdır. Gerektiği durumlarda dolap kilitleri kullanılmalıdır (Resim 2.2).



Resim 2.1. Köşe Koruyucu

Kaynak: www.parkzoon.com



Resim 2.2. Çift Kapaklı Dolap Kiliti

Kaynak: www.parkzoon.com

Ev içerisinde çocuklar ocak ve fırınlardan uzak tutulmalı, sıcak su çocuğun erişemeyeceği yerde bulunmalı, içi sıcak su, yağ, yemek dolu mutfak eşyaları ocağın arka tarafında ve dengeli tutulmalıdır. Yemek yapılırken tava ve tencere tutmaçları ocağın arka yüzüne çevrili konuma getirilmelidir. Çocukların tüp ve mutfak tezgahlarına erişimlerini engellemek için özel bariyerler kullanılmalıdır (Resim 2.3). Evdeki çakmak ve kibrit gibi tutuşturucu özellikli cisimler çocukların ulaşamayacakları yerlerde saklanmalıdır (65).



Resim 2.3. Ocak bariyeri

Kaynak: www.parkzoon.com

Çocukların buzdolabını açmasını engellemek için buzdolabı kapağına kilit konulmalı, mutfak masaları üzerine örtü konulmamalı, mutlaka örtü kullanılması gerekiyorsa örtü masaya sabitlenmelidir.

2.4.2. Banyo Güvenliğinde Önlemler

Banyodaki Tehlikeler: küvet ve kova içerisinde biriktirilen sular ile boğulma, sıcak su ile yanma ve haşlanmalar, sert-kaygan zeminde kaymalar ve düşmeler, çocuğun tuvalette kilitli kalması, banyo penceresinden dışarıya tırmanması, zehirlenme, kırık cam veya keskin objelerle yaralanmalardır.

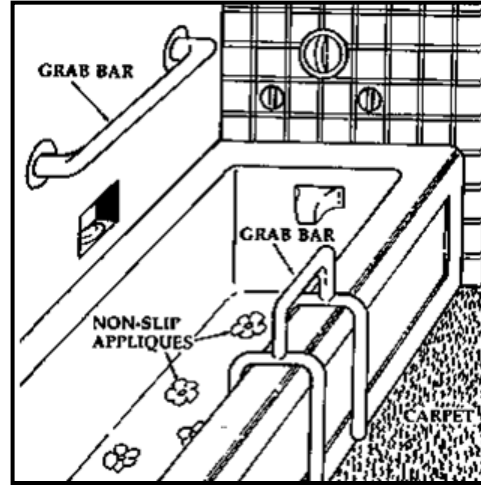
Küvet, duş alanı ve döşeme zeminlerinin kaymaz özellikte malzemeden yapılmış olması sağlanmalıdır. Duş alanının çevresindeki duş kabininin güvenli tamperli cam veya plastik malzeme olmasına dikkat edilmelidir (Resim 2.4, 2.5). Banyoda elektrik prizleri küvet, duş alanı veya lavabo gibi ıslak bölgelere yakın olmamalı, ayrıca, prizlerin kurutma makinesi, tıraş makinesi gibi banyoda kullanılacak elektrikli cihazların kablolarının kullanım esnasında lavabo üzerinden geçmeyecek şekilde konumlandırılmasına dikkat edilmelidir. İlaçlar kilitli olarak özel ilaç kutusunda veya özel kilitli dolaplarda muhafaza edilmelidir (67).

Boğulmaları, zehirlenmeleri ve parmak sıkışmalarını önlemek için klozet kapaklarına özel kilit takılmalıdır.



Resim 2.4. Banyodaki tehlikeler

Kaynak: <http://www.aile.net>



Resim 2.5. Banyodaki güvenlik önlemleri

Kaynak: <http://www.aile.net>

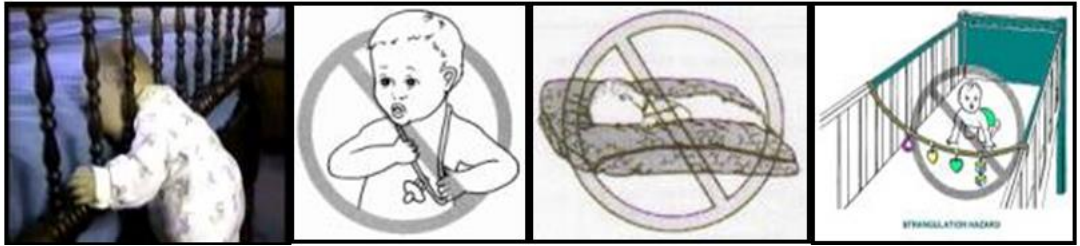
Bebekler ve küçük çocuklar küvette oldukları zaman daima bir yetişkin tarafından kontrol altında tutulmalıdır. Her ne sebeple olursa olsun çocuk banyoda tek başına bırakılmamalıdır. Çünkü çocuklar birkaç dakikada birkaç parmak derinliğindeki suda boğulabilirler. Su sıcaklığı 50 derece altında tutulmalıdır (67).

2.4.3. Çocuk Odası Güvenliğinde Önlemler

Çocuk odasında ranza yerine, birbirinden ayrı konulmuş iki ayrı yatak olmalı, çok zorunlu değilse ranza kullanılmamalıdır. Odadaki pencerelerin camları

güvenlikli olmalı; pervaz yüksekliği 150 cm' in altında olan tüm pencerelerde, çocuğun 10 cm.'den fazla açamayacağı şekilde pencere güvenlik kilitleri kullanılmalıdır (65).

Bir yaşından küçük bebeklerin boğulmasına sebep olabileceğinden karyolalarda yastık asla kullanılmamalıdır. Karyolanın üstünde dönence türü oyuncak varsa, oyuncuğun karyolaya sağlam bir şekilde takıldığından emin olunmalıdır. Altıncı aydan sonra veya oturabildiği zaman kaldırılmalıdır. Emzik kullanıyorsa kesinlikle zincir ve ipe boynuna asılmamalıdır (Resim 6) (67).



Resim 2.6. Çocuk odasındaki tehlikeler

Kaynak: www.gaziantepsaglik.gov.tr/egitimsb/ev_kazalari_egitim.ppt

Halı ve kilimlerin kaymasını önlemek için özel malzemeler kullanılmalıdır.

Onsekiz ayın altındaki çocuklar mutlaka korumalı karyolada yatırılmalıdır. Karyolanın parmaklık bariyerlerinin arasının 6 cm. den fazla olmaması gerekir. Kurşun bazlı boya yerine su bazlı boya ile boyanmış ürünler kullanılmalıdır. Çocuğun boyu 89 cm'i geçtiğinde, çocuk karyolasından erişkin yatağına geçirilmelidir. Yatağın her iki yanına yataktan düşmeyi engelleyen yatak bariyerleri konulmalıdır. Pencere önüne pencerelere ulaşımı kolaylaştıran herhangi bir mobilya ve eşya konulmamalıdır (65).

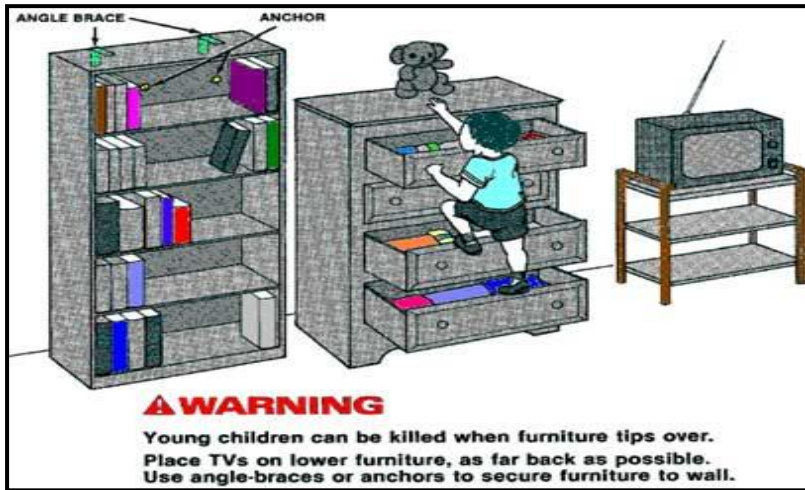
Çocukların oyun zamanı dışında odalarındaki oyuncaklar yerlerine kaldırılmalıdır. Yürümeye başlamak üzere olan çocuklarda destekleyici olarak yürüteç kullanımı önerilmemektedir. Yürüteç ile ilgili yaralanmaların çoğu, yaşı 15 aydan küçük çocukların (%74-96'sı) merdivenlerden düşmesi ile oluşmuştur. Düşme ve yaralanma riskinin yanında, yürüteçlerin çocuğun motor ve bilişsel gelişimini olumsuz etkilediğine ilişkin kanıtlar vardır (65).

2.4.4. Ebeveyn Yatak Odası Güvenliğinde Önlemler

Parfüm, kolonya, kozmetik malzemeler tuvalet masası üzerinde, ortada bırakılmamalıdır. Elbise dolaplarının kilitleri içeriden açılabilir. Çocuklar saklambaç ve benzeri oyunlar oynarken dolaplara girmek isteyebilirler. Dolaplar çekilince düşmeyecek şekilde duvara sabitlenmeli. Yerdeki halılar kaymaz özellikte olmalı ve kaymayı önleyen araç ve gereçlerle desteklenmeli boğulmaları engellemek için perde boyu çocuğun erişemeyeceği şekilde ayarlanmalıdır. Çocuk odada iken yatak başı lambaların prizi çekilmeli, ortalıkta kibrit, çakmak tarzı yanıcı özellikte herhangi bir şey bırakılmamalıdır (67).

2.4.5. Salon/Oturma Odası Güvenliği için Öneriler ve Düzenlemeler

Çocuğun duvara asılı eşyalar, raflar ve mobilyaların üzerine tırmanarak çıkmaya çalışması sonucu devrilmelerini önlemek için eşyalar uygun şekilde özel güvenlik ürünleri ile duvara sabitlenmelidir. Sarsıntı ile düşüp kırılabilecek (vazo gibi) eşyalar bulunduğu yere sabitlenmelidir. Çocukların oyuncakları dolap ve raf üzerine konulmamalıdır (Resim 2.7) (65).



Resim 2.7. Salon, oturma odasında alınması gereken önlemler

Kaynak: <http://www.aile.net>

Şömine ve soba gibi, çevresine ısı veren eşyaların önüne, çevresine özel güvenlik bariyeri takılmalı, yerleştirilmelidir (Resim 2.8).

Çocukların tırmanıp düşmelerini önlemek için mobilyalar pencerelerin önüne yerleştirilmemelidir. Tüm elektrik prizleri, özel plastik koruyucular ile kapatılmalıdır.

Çiçekler çocukların ulaşamayacağı yerlere bırakılmalı, çiçeklerin zehirli olmadığından emin olunmalı, ayrıca saksı koruyucuların kullanılması gerekir (Resim 2.9). Çiçeklerin zehirli olup olmadıklarını öğrenmek için Sağlık Bakanlığı'na bağlı Zehir Kontrol Merkezi'ne danışılmalıdır (0800 314 79 00, 4 hat) (66).



Resim 2.8. Özel güvenlik bariyeri

Kaynak: www.parkzoon.com



Resim 2.9. Saksı koruyucu

Kaynak: www.parkzoon.com

Tüm keskin köşelere mobilya koruyucuları takılmalıdır.

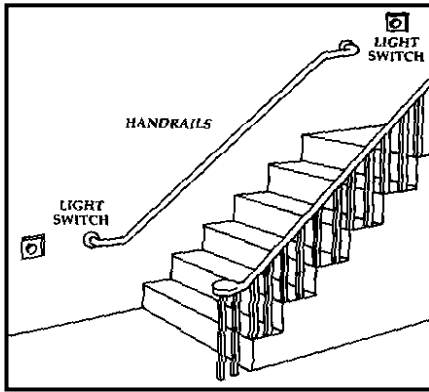
Acil durumlarda gerekebilecek telefon numaraları (yangın, polis, ambulans, zehir danışma merkezi gibi) ile önemli sağlık bilgileri (kan grubu, hastalık ve sürekli kullanılan ilaçlar) yazılarak telefonun yakınına, kolayca bulunabilecek bir yere asılmalıdır (65).

2.4.6. Merdivenler ve Balkonlarla İlgili Düzenlemeler

Merdiven ve balkonlardaki tehlikeler; kayma ve düşme ile yaralanmalar, çarpmalar, sıkışma nedeni ile boğulmalardır. Birden fazla katlı evlerdeki, katlar merdivenler ve balkonlar çocuklar için son derece tehlikeli alanlardır. Merdivenden

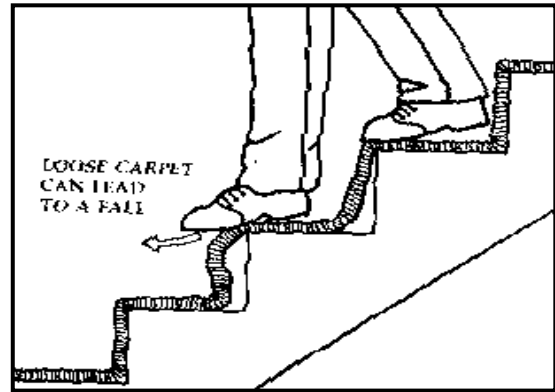
düşerek yaralanan veya sakat kalan çocukların sayısı azımsanmayacak kadar çoktur. Bu sebep ile çocuklar emeklemeye başladığı andan itibaren güvenlik önlemleri bekletilmeden alınmış olmalıdır.

Trabzan dikmelerinin arası 10 cm'den fazla olmamalıdır. Merdiven basamakları kaymaz madde ile kaplanmalıdır. Bütün merdiven alanları doğal veya yapay aydınlatma ile iyi aydınlatılmış olmalıdır. Merdivenlerin duvar kenarlarında tutunacak yerler (Resim 2.10-2.12) olmalı. Merdivenlerin başına ve sonuna mutlaka özel çocuk güvenlik kapısı konulmalıdır (65).



Resim 2.10. Merdiven trabzanları

Kaynak: <http://www.aile.net>



Resim 2.11. Kaygan zeminin riskleri

Kaynak: <http://www.aile.net>



Resim 2.12. Çocuk Güvenlik Kapısı

Kaynak: www.parkzoon.com

Balkonlarda çocuğun üzerine tırmanacağı sandalye, tabure gibi eşyalar bulundurulmamalı, salıncak kurulmamalıdır. Balkon korkulukları çocuğun tırmanmasını engelleyecek şekilde tasarlanmalıdır, çocuklar balkonda yalnız bırakılmamalıdır.

2.4.7. Bahçe/ Oyun Alanı ve Havuz Güvenliğinde Önlemler

Çocuk bahçe, oyun alanında oynarken mutlaka yakından gözetim altında tutulmalıdır. Oyun alanı donanımı güvenli olmalıdır, mevcut araç gerecin montajının uygun ve doğru yapıldığından emin olunmalıdır.

Bahçede yetişen bitkilerin zehirli olmamasına dikkat edilmeli, böcek ve bitki ilaçları çocukların ulaşamayacağı yerde tutulmalıdır.

Çocuklar havuz başında tek başına bırakılmamalı. Yüzme biliyor olmasına rağmen yanında mutlaka birileri olmalı, havuzun çevresi çitlerle çevrili olmalı, çitler çocukların geçemeyeceği şekilde düzenlenmelidir. Küçük çocukların gireceği havuz derinliği 30 santimden fazla olmamalıdır (67).

2.4.8. Kapılar ve Pencere Güvenliğinde Önlemler

Kapılar ve pencereler çocukların ilgisini çeken mekanlardır. Çocuklar kapıları açıp kapatmayı, oynamayı çok severler. Bu durum parmak ve ellerin sıkışmasına zemin hazırlar, istem dışı kapalı bir mekanda sıkışık kalmalarına neden olabilir. Pencereler de çocuklar için çok riskli yerlerdir. Masa, sandalye veya kanep üzerine çıkıp pencereden bakmak isterler. Bu durum hem düşmelere, hem de sıkışmalara neden olabilir. Pencere özel koruyucuları çocukların düşmesini önleyecek şekilde olmalıdır. Yukarıdan açılan pencereler daha güvenilirdir (65).

2.4.9. Elektrik Güvenliği için Öneriler ve Düzenlemeler

Prizler kullanılmadığı zaman küçük çocuklara zarar vermemesi için özel plastik koruyucular ile kapatılmalıdır (Resim 2.13). Elektrikli aletlerin fişleri, kullanılmadığı zamanlarda prizde bırakılmamalıdır. Ütü, güvenli ve çocuğun ulaşamayacağı bir yerde durmalıdır. Mutfakta mutlaka yangın söndürücü bulunmalı. Küçük ev aletleri ve benzeri elektrikli ev aletleri kullanılmadığı zaman fişleri çekilmelidir (65).

Elbiseleri yanmakta olan kişi kesinlikle koşmamalıdır. Koşmanın meydana getirdiği esinti alevi çoğaltır. Bu nedenle çocuklara yangın anında sakin olmaları, yat-yuvarlan gibi hareketler öğretilmelidir.



Resim 2.13. Priz Koruyucu

Kaynak: www.parkzoon.com

2.5. EVDE KARŞILAŞILAN KAZA TİPLERİNDE İLK YARDIM

Ani bir hastalık veya kaza sebebiyle yardıma ihtiyaç duyan birine, profesyonel tıbbi yardım gelene kadar, mevcut imkanlarla yapılan girişimler ilk yardım olarak adlandırılır.

İlkyardım uygulamaları hayat kurtarıcı olmalarının yanında insanların ağır yaralanmalarını ve travmalara bağlı ağır sekellerin oluşumunu engellerler. Ağrının azalmasına ya da ortadan kalkmasına yardımcı olur. Herhangi bir acil durumda yapılacak basit uygulamalar kadar bazı tehlikeli davranışlardan kaçınılması da kişinin hayatının kurtulmasında önemlidir (68).

İlk Yardım Sırasında Dikkat Edilmesi Gerekenler;

Koruma: Olayın olduğu bölgede olası tehlikeleri tespit ederek güvenli bir alan oluşturmak gerekmektedir. Olay yeri güvenliği sağlanabiliyorsa, yaralı kesinlikle yerinden oynatılmamalıdır. Yaralı yaşam bulguları yönünden değerlendirilmelidir.

Bildirme: Herhangi bir kaza anında, tıbbi yardım için en hızlı şekilde 112 aranarak olayın tanımı, kesin yer ve adres, hasta ya da yaralı sayısı, durumları, arayan kişi, hangi numaradan aradığı, nasıl bir yardım alındığı ya da olay yerindeki olanaklar açıklanmalıdır. Duruma göre itfaiye (110), polis (155) aranabilir(10).

Kurtarma: Olay yerinde yaralıya müdahale; hızlı ancak sakin ve bilinçli bir şekilde yapılmalıdır. Hastanın durum değerlendirmesi yapılmalı bağlı olarak ilk yardım planlanmalıdır. Eğer müdahale eden kişi ilk yardım bilgisi değilse kesinlikle hasta ya da yaralıya dokunulmamalı ve yaralı kımıldatılmamalıdır. Yapılan araştırmalar evlerde meydana gelen kazalarda müdahaleyi ilk yapan kişinin sıklıkla anneler olduğunu bildirmektedir. Anneler ve çocuklar ilk yardım gerektiren bir durumla daha sıklıkla karşı karşıya gelmektedirler (10).

İlk müdahale önemi bilinen ve üzerinde çok durulan bir konudur, özellikle ebeveynlerin ilkyardım konusunda bilgi alma, bilgiyi kullanma durumunun en iyi seviyede olması istendik bir sonuçtur. Etkili sonuç için, ilkyardım konusunda bireylere ulaşmada en etkin yöntem olan yazılı, görsel basın kullanımının, özellikle sağlık merkezlerinde bireylerin gereksinimlerine yönelik verilen eğitimlerin artırılmasının, halk eğitimlerinde ve ev ziyaretlerinde verilen anne-baba eğitiminde ilkyardım konusunun kapsamının genişletilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

2.5.1. Evde Gerçekleşen Düşme Olgularında Uygulanması Gereken İlk Yardım Uygulamaları

Kazazedenin şuuru yerindeyse, normal hareket edebiliyorsa, 24 saat gözlenmelidir. Kusma, dalgınlık, sürekli uyku hali varsa sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. Düşerek çarpmanın meydana geldiği olgularda çarpmanın

gerçekleştığı bölgeye soğuk uygulama yapılmalıdır. Çarpılan bölgede şişlik olursa o bölgeye 10-15 dakika kadar buz tatbik edilmeli, eğer travmaya maruz kalınan bölgede kanama meydana gelmişse uygun yara temizliğinden sonra kanama kontrolü yapılmalıdır. Düşme sonucu burkulma meydana gelmişse, bandajla eklem tespit edilmeli, bölge yukarı kaldırılmalı, hareket ettirilmemeli ve tıbbi yardım çağrılmalıdır. Kırık meydana gelmişse, yaralı hareket ettirilmemeli, sıcak tutulmalı, kırık bölgesi ani hareketten kaçınılarak sopa, tahta, karton gibi sert malzemeler kullanılarak tespit edilmelidir. Çıkıklarda ise, eklem aynen bulunduğu şekilde tespit edilmesi sağlanmalı, çıkık yerine oturtulmaya çalışılmamalı, ağızdan herhangi bir şey verilmemeli ve bölgenin dolaşımı, deri rengi, nabızlar kontrol edilip, tıbbi yardım istenmelidir (10).

2.5.2. Evde Gerçekleşen Yanık Olgularında Uygulanması Gereken İlk Yardım Uygulamaları

Elbiseleri yanmakta olan kişi kesinlikle koşmamalıdır. Koşmanın meydana getirdiği esinti alevi çoğaltır. Bunun için de yere kazazede yuvarlanarak söndürülmeye çalışılmalıdır. Varsa battaniyeye sarılıp yuvarlanır. Yanan kişinin solunum yolu kontrol edilmeli, ardından yanık bölgesi kontrol edilmelidir. Yanık alanına dokunulmamalı, yanık üzerindeki deri soyulmamalı, üzerine bir şey sürülmemeli, bül patlatılmamalıdır. Yanan bölge 10-20 dakika soğuk suyun altında tutulmalıdır. Varsa steril bir sargı beziyle, yoksa temiz bir bezle yanığın üzeri kapatılmalıdır. Yanığa maruz kalan kişinin kıyafetlerinin çıkartılması gerekiyorsa, bülü patlatmadan, kıyafetlerle beraber varsa takıları ve metal eşyaları da çıkartılmalıdır. Çünkü ödem gelişebilir ve kişinin üstündeki metaller ısının artmasına neden olabilir. Yanan kişi bekletilmeden sağlık merkezine ulaştırılmalıdır.

Kimyasal yanık bölgesi bol su ile yıkanmalı, yıkama esnasında sağlam deri ile temastan kaçınılmalı, oluşabilecek yeni ısı ve artacak yanık hasarı riski nedeniyle kimyasal ajanı nötralize edecek maddeler kullanılmamalı ve bu işlemler sırasında hastanın hipotermiye girmemesine özen gösterilmelidir (68).

2.5.3. Evde Gerçekleşen Boğulma Olgularında Uygulanması Gereken İlk Yardım Uygulamaları

Yaşamın devam edebilmesi için her solunum hareketi ile üst solunum yollarından akciğerin en uç noktalarına kadar oksijen taşınır. Bu ulaşımı engelleyen her türlü etken, boğulmaya neden olabilir. Üst solunum yollarının herhangi bir nedenle tıkanması akciğerlere oksijenin gitmemesine; dolaşımında, dolayısıyla hayati merkezlerde işlev bozukluğuna ve ölüme sebep olur.

Boğulmaların sadece suda olmayacağı unutulmamalıdır.

Üst solunum yollarını tıkayan her türlü cisim ve olay (iri bir lokma, fındık, fıstık, üzüm, küçük oyuncak parçaları, bilye, su, diğer içecekler, ani alerjik reaksiyonlar) boğulmaya sebep olabilmektedir.

Solunum güçlüğü görülen her çocukta hemen ağız bölgesi ve solunum yolu kontrol edilmelidir. Oyuncak, bez ya da lastik parçası, küçük besin parçaları ağız yolunu tıkamış olabilir. Ağız içinde parça görülebiliyorsa almaya çalışılır. Çocuk büyük ise yan pozisyona getirilip sırt kısmına hafif darbelerle vurulur, bebeklerde ise yüzükoyun, başı göğsünden daha aşağıda olacak şekilde ön kol üzerine yatırılır, kürek kemikleri arasına elin topukları ile 5 kez vurulur (Resim 2.14). Daha sonra bebek ön kol üzerinde sırt üstü yatacak şekilde getirilip baş kısmı desteklenerek göğüsten aşağıda olacak şekilde çevrilir ve sternum üzerine 5 kez (saniyede bir kez), bası uygulanır. Cisim çıkana kadar bu işleme devam edilir. Çocuk nefes almıyorsa ağız içine bakıp yabancı cisim olmadığından emin olduktan sonra, çocuğun boyunun altına hafif bir yükselti konarak baş arkaya doğru yatırılır, burnunu kapatarak ağızdan ağza solunum başlatılır. Bir kez soluk verilir, beş kez göğüsün tam ortasına, hafif sola gelecek şekilde bastırarak kalp masajı yapılır ve bu işleme sağlık personeli gelinceye kadar devam edilir(10).



Resim 2.14: Heimlich manevrası

Kaynak: <http://saglik.la/saglik-a-z/acil-ve-ilk-yardim/solunum-yolu-tikanikligi-ve-bogulmalarda-ilk-yardim.html>



Resim 2.15: Heimlich manevrası

Kaynak: <http://aabt3.blogcu.com/>

Göz, kulak ve buruna yabancı cisim kaçmasında ilkyardım

Göze yabancı cisim kaçmasında ilkyardım:

Göz ışığa doğru çevrilir ve alt göz kapağı içine bakılır, gerekirse üst göz kapağı açık tutulur. Nemli temiz bir bez yardımıyla çıkarılmaya çalışılır, göz ovulmamalıdır. Çıkıyorsa daha fazla uğraşmadan göz uzmanı olan bir sağlık kuruluşuna başvurulur.

Kulağa yabancı cisim kaçmasında ilkyardım:

Kesinlikle sivri ve delici bir cisimle müdahale edilmez, su yada başka bir sıvı değdirilmez. Sağlık kuruluşuna başvurulur.

Buruna yabancı cisim kaçmasında ilkyardım:

Burun duvarına bastırarak kuvvetli bir nefes verme ile cismin atılması sağlanır, eğer çıkmaz ise fazla uğraşmadan sağlık kuruluşuna başvurulur (68).

2.5.4. Evde Gerçekleşen Kesikler, Delici Cisimlerle Oluşan Yaralanma Olgularında Uygulanması Gereken İlk Yardım Uygulamaları

Çocuğun yaşamsal bulguları değerlendirilmelidir. Kesici delici alet kesinlikle çıkartılmamalıdır. Kesik yeri sabunlu suyla ve temiz bir bezle yıkanmalıdır. Kesik üzerinde dışardan görülebilen yabancı cisim varsa alınmalı, pıhtılar temizlenmelidir. Kesğin üzerine tentürdiyot ve oksijenli su sürülmemeli, üzerine hiçbir şey konulmamalıdır. Kesikte sızıntı şeklinde kanama varsa kanayan kısım kalp hizasından yukarıya gelecek şekilde kaldırılmalı, üzerine temiz bir bez koyarak bastırılmalıdır. Kanama durduktan sonra fazla sıkmadan bağlanmalıdır. Kesik yaralarda yaralı en geç 6 saat içinde sağlık kuruluşuna götürülmelidir

Yaranın büyüklüğüne bakılıp bakılmaksızın tüm kesici, delici yaralanmalarda mutlaka tetanoz aşısı yapılmalıdır, gerekirse antibiyotik ve analjezik tedavisi başlanmalıdır (68).

2.5.5. Evde Gerçekleşen Zehirlenme Olgularında Uygulanması Gereken İlk Yardım Uygulamaları

Sindirim yoluyla zehirlenmede ilk yardım: Bilinç kontrolü yapılır. Ağız zehirli madde ile temas etmişse su ile çalkalanır, zehirli madde ele temas etmişse el sabunlu su ile yıkanır, hızlıca yaşam bulguları değerlendirilir. Kusma, bulantı, ishal belirtilerinin olup olmadığı değerlendirilir. Kazazede kesinlikle kusturulmaya

alışılmaz. Bilinç kaybı varsa koma pozisyonu verilip, battaniye ile örtülmelidir. Sağlık ekiplerine haber verilmeli, içilen maddenin, ne olduğu, maddenin alındığı zaman, kusup kusmadığı, başka ilaç kullanma durumu ve biliniyorsa hastalık durumu söylenmelidir.

Solunum yoluyla zehirlenmede ilk yardım: Hasta temiz havaya çıkarılır yada cam ve kapı açılarak ortam havalandırılır, yaşamsal belirtiler değerlendirilir (ABC), yarı oturur pozisyonda tutulur, bilinç kapalı ise koma pozisyonu verilir.

Hasta acilen bulunulan ortamdan uzaklaştırılıp temiz havaya çıkarılmalı, bilinç düzeyi ve CAB değerlendirilmesi yapıldıktan sonra ortam güvenliği sağlanıp hemen yardım çağrılmalıdır. Islak bez ile solunum güvenliği sağlanmalıdır.

Cilt yoluyla zehirlenmede ilk yardım: Bilinç düzeyi ve C-A-B değerlendirilmeli, zehrin temas ettiği yer bol su ile yıkanmalıdır (68).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Polikliniği'ne başvuran, 6 ay-6 yaş grubu çocukların ev kazaları sıklığını ve nedenlerini, annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 27 Nisan 2015 tarihinde onay alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmaya 400 çocuk dahil edilmiş; katılan çocukların özellikleri ve ev kazası geçirme sıklığını belirlemek amacıyla hazırlanan 23 sorudan oluşan soru formu kullanılmıştır. Soru formu araştırmacı tarafından konu ile ilgili kaynaklar taranarak geliştirilmiştir. Veriler çocukların anneleri ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama anketleri 1 Haziran 2015 -1 Ağustos 2015 tarihleri arasında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Verilerin, istatistiksel analizleri "SPSS for Windows ver. 16.0" paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama \pm standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için median (min – maks), nominal değişkenler ise vaka sayısı ve (%) olarak gösterilmiştir. Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği t testi ile, ortanca değerler yönünden farkın önemliliği mann-whitney testi ile araştırılmıştır. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği ANOVA varyans analizi testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği, kruskal wallis testi ile araştırılmıştır. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher exact testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki araştırılırken dağılım normal olmadığında spearman korelasyon testi ile normal olduğunda pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Polikliniği'ne başvuran 6 ay-6 yaş arasında çocuklar alınmıştır.

Araştırmaya Dahil Olmama Kriterleri

Araştırmaya dahil olmama kriteri yoktur.

Araştırmanın Bütçesi

Araştırma bütçe gerektirmediğinden destek alınmamıştır.

Etik Kurul Onayı

Çalışmamız 27 Nisan 2015 tarihinde 46004091-302.14.06/21221 sayılı kurul kararı ile etik kurul onayı almıştır.

4. BULGULAR

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Polikliniği'ne 1 Haziran 2015 -1 Ağustos 2015 tarihleri arasında başvuran toplam 400 çocuğun anneleri çalışmaya dahil edilmiştir. Anneler ile yüz yüze yapılan anketler değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen çocuk ve ailelerinin tanımlayıcı özellikleri, ev kazalarının demografik ve epidemiyolojik özellikleri, evde karşılaşılan kaza çeşitleri ve kazalar karşısında ailelerin kazaya yaklaşımı ve ilk yardım konusundaki uygulamaları sorgulanmıştır.

Çalışmaya katılan annelerin %33,8'i 25-29 yaş aralığındadır (Tablo 4.1). Babaların ise %29,5'i 30-34 yaş aralığındadır (Tablo 4.2). Eğitim durumlarına bakıldığında, annelerin %43,3'ünün ve babaların %49,5'nin lise mezunu oldukları görülmektedir. Annelerin %10'unun ve babaların %5,2'sinin sağlık sorunları bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1. Anneye Ait Özellikler

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%	
Anne Yaşı	20-24	48	12,0
	25-29	135	33,8
	30-34	112	28,0
	35-39	81	20,3
	40 ve üzeri	24	6,0
Anne Eğitimi	Okur-yazar değil	2	0,5
	Okur-yazar	3	0,8
	İlköğretim	57	14,3
	Lise	173	43,3
	Yükseköğretim	165	41,3
Anne Çalışıyor mu	Evet	186	46,5
	Hayır	214	53,5
Annede Sağlık Sorunu	Var	24	6
	Yok	376	94

Tablo 4.2. Babaya Ait Tanımlayıcı Özellikler

Tanımlayıcı Özellikler		Sayı	%
Baba Yaşı	20-24	10	2,5
	25-29	100	25,0
	30-34	118	29,5
	35-39	103	25,8
	40 ve üzeri	69	17,3
Baba eğitimi	Okur-yazar değil	1	0,3
	Okur-yazar	1	0,3
	İlköğretim	43	10,8
	Lise	198	49,5
	Yükseköğretim	157	39,3
Baba Çalışıyor mu	Evet	382	95,5
	Hayır	18	4,5
Babada Sağlık Sorunu	Var	21	5,2
	Yok	379	94,8

Ailelerin %72,8'inin gelir düzeyinin asgari ücretin üzerinde olduğu, %85'i çekirdek aile şeklinde ve %53,8'inin tek çocuklu oldukları görülmüştür. Ailelerin %94,8'inin apartman dairesinde oturmakta olduğu,%15 oranında aile bireyleri dışında evde yaşayan kişilerin bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Anne ve Babanın Sosyodemografik Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Sayı	%
Ailenin Aylık Gelir Durumu	Asgari Ücret Altında	11	2,8
	Asgari Ücret	98	24,5
	Asgari Ücret Üstünde	291	72,8
Evdeki Çocuk Sayısı	1	215	53,8
	2	148	37,0
	3	32	8,0
	4 ve üzeri	5	1,3
Anne-Baba Ve Çocuklar Dışında Evde Yaşayan Kişiler	Var	62	15,5
	Yok	338	84,5
Yaşanılan evin tipi	Apartment	379	94,8
	Müstakil-bahçeli ev	21	5,3
Ailenin Tipi	Çekirdek aile	340	85,0
	Geniş aile	60	15,0

Araştırmaya katılan çocukların, %65,0'i (6 ay-3yaş),%35'i (4-6 yaş) grubunda olup, %48'ini kız çocukları %52'sini erkek çocukları oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilen çocukların %90,2 sinin sağlık sorunu yoktur ancak %9,8'sinin değişik sağlık problemleri (dört hipotiroidi, bir aort koartasyonu, iki hidronefroz, beş miyop, iki strabismus, üç kronik böbrek yetmezliği, dört aritmi, bir fallot tetralojisi, bir kronik hastalık anemisi, bir talasemi major, bir pulmoner darlık, bir down sendromu, üç astım, bir işitme kaybı, bir üreteropelvik darlık, bir obesite, iki ASD, bir renal taş, dört alerjik hastalık ve atopi) bulunmaktadır. Çalışmaya dahil edilen çocukların, evde bakımlarından sorumlu kişilerin %65,2'sinin anne-baba, %21'inin anneanne-babaanne,%11,7'sinin bakıcılar olduğu görülmüştür (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. 6 Ay-6 Yaş Arası Çocukların Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Sayı	%
Yaş	6 ay-3yaş	260	65
	4-6 yaş	140	35
Cinsiyet	Kız	192	48,0
	Erkek	208	52,0
Sağlık Sorunu	Var	39	9,8
	Yok	361	90,2
Evde Bakımdan Sorumlu Kişi	Anne-Baba	261	65,2
	Bakıcı	47	11,7
	Anneanne-babaanne	84	21
	Diğer	8	2
Evin Kaçınıcı Çocuğu	1. Çocuk	275	68,8
	2. Çocuk	99	24,8
	3. Çocuk	22	5,5
	4. Çocuk ve üzeri	4	1,0

Araştırmaya katılan çocukların %47,2'sinin en az bir kez ev kazası geçirdiği, %52,8'inin daha önce hiç kaza geçirmediği saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Çocukların En Az Bir Kez Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı

Kaza	Sayı	%
Geçiren	189	47,2
Geçirmeyen	211	52,8

Çocukların geçirmiş oldukları ev kazalarının tipleri incelenmiştir. Çalışmamıza göre kaza geçiren 189 çocuğun en sık geçirdiği ev kazası %38,6 ile düşme iken, bunu sırasıyla %20,6 ile darbe ve %14,8 ile yanma izlemektedir. En az geçirilen ev kazasının boğulma olduğu (%1.1) belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Çocukların Geçirdiği Ev Kazası Tipine Göre Dağılımı

Geçirilen Kaza Türü	Sayı	%
Düşme	73	38,6
Darbe	39	20,6
Yaralanma	19	10,1
Yanma	28	14,8
Boğulma	2	1,1
Ağıza-Göze-Kulağa-Buruna Yabancı Cisim Kaçma	23	12,2
Zehirlenme	5	2,6

Yaptığımız çalışmada Tablo 4.7’te ifade edildiği gibi en çok ev kazası geçiren çocukların 6ay-3yaş grubunda (%86,7) oldukları ve kaza geçiren çocukların çoğunun (%54,5) erkek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Ev Kazası Geçiren Çocukların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Özellik	Sayı	%
Çocuğun Yaş Grubu		
6 Ay-3 Yaş	164	86,7
4 -6 Yaş	25	13,3

Araştırmamızda ailede çocuk sayısı artıkça kaza sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Tek çocuklu ailelerde kaza sıklığının en düşük (%40,5), dört ve üzeri ailelerde kaza sıklığının en çok (%80) olduğu ve Tek çocuk ile 4 ve üzerinde çocuk sahibi olan ailelerin çocuklarında kaza sıklığının anlamlı olarak farklılık gösterdiği görülmüştür (p=0,011) (Tablo 4.8).

Çocuğun doğum sıralamasına göre kaza geçirme sıklığı değerlendirildiğinde birinci sırada doğan çocukların en az (43,6), dört çocuk ve üzeri sırasında doğanların daha fazla (%100) kaza geçirdikleri saptanmıştır. Dört çocuk ve üzeri sırasında doğan çocuklar ile birinci çocuk sırasında doğan çocukların kaza sıklıkları açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (p=0,047) (Tablo 4.8).

Araştırmamızda ev kazası geçiren çocukların sıklıkla erkek çocukları olduğu (%49.5), ancak kız ve erkek çocuklar arasında kaza geçirme sıklığı açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (P=0,344) (Tablo 4.8).

Araştırmamızda sağlık sorunu olan çocukların (%66,7) sağlık sorunu olmayanlara (45,2) oranla daha fazla kaza geçirdikleri, sağlık sorunu olan çocuklar ile sağlık sorunu olmaya çocukların kaza sıklığı açısından aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0,011) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Ev Kazası Geçiren Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	Ev kazası geçiren		Ev kazası geçirmeyen		Toplam		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Çocuk sayısı							
1 Çocuk	87	40,5	28	59,5	215	100	P=0,011
2 Çocuk	83	56,1	65	43,9	148	100	
3 Çocuk	15	46,9	17	53,1	32	100	
4 Çocuk ve üzeri	4	80	1	20	5	100	
Kaçıncı Çocuk olduğu							
İlk çocuk	120	43,6	155	56,4	275	100	P=0,047
2. Çocuk	55	55,6	44	44,4	99	100	
3. Çocuk	10	45,5	12	54,5	22	100	
4. Çocuk ve üzeri	4	100	0	0	4	100	
Cinsiyet							
Kız	86	44,8	106	55,2	192	100	P=0,344
Erkek	103	49,5	105	50,5	208	100	
Çocuğun sağlık durumu							
Sağlık sorunu var	26	66,7	13	33,3	39	100	P=0,011
Sağlık sorunu yok	163	45,2	198	54,8	361	100	

Araştırmamızda anne yaşı arttıkça çocukların kaza geçirme sıklığının arttığı saptanmış, ancak kaza geçirme oranı en düşük olan 20-24 yaş grubundaki annelerin çocukları (%33,3) ile kaza geçirme oranı en yüksek olan 40 yaş ve üzerindeki gruptaki annelerin çocuklarının (%58,3) kaza sıklığı karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (p=0,188) (Tablo 4.9).

Annelerin eğitim düzeyi arttıkça kaza sıklığının azaldığı, ancak kaza geçirme oranı en düşük olan yüksek öğrenim düzeyindeki annelerin çocukları (%43,6) ile kaza geçirme oranı en yüksek okur-yazar olmayan annelerin çocukları (%100) kaza sıklığı açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (p=0,414) (Tablo 4.9).

Çalışmayan annelerin %48,1'inin çocuklarının en sık ev kazası geçirdikleri saptanmıştır. Ancak çalışan anneler ile çalışmayan annelerin çocuklarının kaza geçirme sıklığı karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (p=0,705) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çocukların Ev Kazası Geçirme Sıklığı

Tanımlayıcı Özellikler	Ev Kazası Geçiren Çocuklar		Ev Kazası Geçirmeyen Çocuklar		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	
Annelerin Yaş Grupları							
20-24	16	33,3	32	66,7	48	100	p=0,188
25-29	62	45,9	73	54,1	135	100	
30-34	54	48,2	58	51,8	112	100	
35-39	43	53,1	38	46,9	81	100	
>=40	14	58,3	10	41,7	24	100	
Annelerin Eğitim Durumları							
Okur-yazar değil	2	100	0	0,0	2	100	p=0,414
Okur-yazar	2	66,7	1	33,3	3	100	
İlköğretim	30	52,6	27	47,4	57	100	
Lise	83	48,0	90	52,0	173	100	
Yükseköğretim	72	43,6	93	56,4	165	100	
Annelerin Çalışma Durumları							
Çalışıyor	86	46,2	100	53,8	186	100	p=0,705
Çalışmıyor	103	48,1	111	51,9	214	100	

Çalışmamızda babaların yaş gruplarına göre çocukların ev kazası geçirme sıklıklarının değerlendirdiğimizde; 20-24 yaş grubu babaların çocuklarının en sık ev kazası geçirdikleri (%60,0), 25-29 yaş grubundaki babaların çocuklarının ise en az ev kazası geçirdiği görülmüş (%36,0), ancak iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p=0,059) (Tablo 4.10).

Babaların eğitim düzeyi arttıkça kaza sıklığının azaldığı tespit edilmiş, ancak yüksek öğrenim düzeyindeki babalar ile okur-yazar olmayan babaların çocukları kaza sıklığı açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (p=0,835) (Tablo 4.10).

Çalışmayan babaların çocuklarının (%72,2) daha sık ev kazası geçirdiği saptanmış, ancak çalışan babalar ile çalışmayan babaların çocukları kaza sıklığı açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (p=0,030) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Babaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çocukların Ev Kazası Geçirme Sıklığı

Tanımlayıcı Özellikler	Ev Kazası Geçiren Çocuklar		Ev Kazası Geçirmeyen Çocuklar		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	
Babaların Yaş Grupları							
20-24	6	60,0	4	40,0	10	100	p=0,059
25-29	36	36,0	64	64,0	100	100	
30-34	58	49,2	60	50,8	118	100	
35-39	49	47,6	54	52,4	103	100	
>=40	40	58,0	29	42,0	69	100	
Babaların Eğitim Durumları							
Okur-yazar değil	1	100,0	0	0,0	1	100	p=0,835
Okur-yazar	1	100	0	0,0	1	100	
İlköğretim	21	48,8	22	51,2	43	100	
Lise	94	47,5	104	52,5	198	100	
Yükseköğretim	72	45,9	85	54,1	157	100	
Babaların Çalışma Durumları							
Çalışıyor	176	46,1	206	53,9	382	100	P=0,030
Çalışmıyor	13	72,2	5	27,8	18	100	

Ekonomik geliri asgari ücretin altında olan ailelerde yaşayan çocukların (%54.5), geliri asgari ücretin üzerinde olan ailelerde yaşayan çocuklara (%49,1) göre daha çok ev kazası geçirdiği saptanmıştır. Ancak iki grup karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür.(p=0.320) (Tablo 4.11).

Aile büyüklüğüne göre ev kazası geçirme sıklığı değerlendirildiğinde çekirdek ailede yaşayan çocukların daha az ev kazası geçirdiği (%46,5) saptanmıştır. Ancak çekirdek ailede yaşayan çocuklar ile geniş ailede yaşayan çocuklar kaza sıklığı açısından karşılaştırıldığında elde edilen bulguların anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0.524) (Tablo 4.11).

Çocukların yaşadıkları evin tipine göre ev kazası geçirme oranlarına bakıldığında, kaza geçiren çocukların daha çok müstakil-bahçe tipi evlerde (%47,6) yaşadıkları, apartman katında yaşayanların ev kazası geçirme sıklığının daha az olduğu (%47.2) belirlenmiş, ancak müstakil-bahçe tipi evde oturan çocuklar ile apartman katında oturan çocuklar kaza sıklığı açısından karşılaştırıldığında elde edilen bulguların anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır (p=0.972) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Ailelerin Sosyo demografik Özelliklerine Göre Çocuklarının Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Ev Kazası Geçiren Çocuklar		Ev Kazası Geçirmeyen Çocuklar		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	
Ailenin Gelir Durumu							
Asgari ücret altında	6	54,5	5	45,5	11	100	P=0,320
Asgari ücret	40	40,8	58	59,2	98	100	
Asgari ücretin üstünde	143	49,1	148	50,9	291	100	
Aile Tipi							
Çekirdek Aile	158	46,5	182	53,5	340	100	P=0,524
Geniş Aile	31	51,6	29	48,4	60	100	
Evin Tipi							
Apartment	179	47,2	200	52,8	379	100	P=0,972
Müstakil-Bahçeli ev	10	47,6	11	52,4	21	100	

Kazaların en sık evin mutfak (%36,5) bölümünde, en az bahçede (%2,1) olduğu görülmüş, kaza sıklığı açısından iki grup karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Düşmelerin ve yaralanmaların evin salon kısmında daha sık olduğu, meydana gelen boğulma vakalarının hepsinin oturma odasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

Çocukların geçirdiği tüm ev kazaları incelendiğinde, kazaların en çok öğlen saatlerinde olduğu (%49,2) saptanmış, gece saatlerinde ise kazaların en az olduğu (%1,6) görülmüş, ancak iki grup karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p:0,277$). Düşmelerin (%39,7), darbelerin (%51,3), yanmaların (%46,4), kesici-delici aletlerle yaralanmaların (%52,6) ve zehirlenmelerin (%100) en çok öğlen saatlerinde gerçekleştiği belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Ev Kazası Tiplerinin Zaman Aralığı ve Evin Bölümüne Göre Dağılımı

Geçirilen ev kazasının özelliği	Düşme		Darbe		Kesici-delici Yaralanma		Yanma		Boğulma (YCA)*		Zehirlenme		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kazanın geçirildiği zaman aralığı														
Sabah	15	20,5	6	15,4	1	5,3	8	28,6	5	20	0	0,0	35	18,5
Öğlen	29	39,7	20	51,3	10	52,6	13	46,4	16	64	5	100,0	93	49,2
Akşam	26	35,6	13	33,3	8	42,1	7	25,0	4	16	0	0,0	58	30,7
Gece	3	4,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,6
Kazanın geçirildiği evin bölümü														
Mutfak	15	20,5	17	43,6	5	26,3	20	71,4	10	40	2	40	69	36,5
Salon	21	28,8	6	15,4	6	31,6	5	17,9	6	24	-	-	44	23,3
Oturma odası	18	24,7	7	17,9	3	15,8	3	10,7	4	16	1	20	36	19,0
Tuvalet banyo	4	5,5	4	10,3	3	15,8	-	-	-	-	2	40	13	6,9
Yatak odası	9	12,3	4	10,3	1	5,3	-	-	4	16	-	-	18	9,5
Bahçe	3	4,1	-	-	1	5,3	-	-	-	-	-	-	4	2,1
Çocuk odası	3	4,1	1	2,5	-	-	-	-	1	4	-	-	5	2,6

*Yabancı Cisim Aspirasyonu

Çocukların geçirdiği tüm kazalarda yanlarında en sık annelerin (%60,8) bulunduğu diğer taraftan ev kazaları sırasında çocukların yanında en az bulunan bireylerin ise bakıcılar olduğu (%4,8) görülmüş, ancak iki grup arasında anlamlı bir

farklılık olmadığı saptanmıştır (p=0,277). Düşmeler (%69,9), darbeler (%56,4), yanıklar (%57,1), boğulmalar (%100), kesici-delici alet yaralanmalarında (%47,4), yine yanlarında sıklıkla annelerin bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Çocukların geçirdiği tüm kazalarda ilk yardım müdahalesi yapanların en sık annelerin (56,4) olduğu diğer taraftan ev kazaları sırasında çocuklara ilk yardım müdahalesini en az yapan bireylerin ise bakıcılar olduğu görülmüş, iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p=0,014). Çocuklara ilk yardım müdahalesi yapanların; düşmeler, darbeler, yanıklar, boğulmalar, kesici-delici alet yaralanmaları ve yabancı cisim aspirasyonlarında sıklıkla anneler olduğu tespit edilmiştir. Ev kazası geçiren çocukların %14,4 hiç müdahale edilmemiştir (Tablo 4.13).

Kaza geçiren çocukların %57,1'i sağlık kuruluşuna götürüldüğü %42,9'unun ise sağlık kuruluşuna götürülmediği saptanmıştır. Çocukların düşme sonucunda %64,4, darbe sonucunda %35,9, kesici-delici alet ile yaralanma sonucunda %73,7, yanma sonucunda %60,7, boğulma sonucunda %100, ağıza-göze-buruna-yabancı cisim kaçma sonucunda %43,5 ve zehirlenme sonucunda %80,0'nin sağlık kuruluşuna götürüldüğü görülmüştür (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Çocukların Ev Kazası Geçirdikleri Sırada Yanında Olan ve İlk Yardım Uygulaması Yapan Bireylerin Dağılımı

Geçirilen Ev Kazasının Özellikler	Düşme		Darbe		Kesici-delici yaralanma		Yanma		AGKB Yabancı Cisim		Boğulma		Zehirlenme		TOPLAM		P
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Çocuğun Yanında Olan Birey																	
Anne	51	69,9	22	56,4	9	47,4	16	57,1	13	56,5	2	100,0	2	40,0	115	60,8	0,277
Baba	13	17,8	9	23,1	3	15,8	4	14,3	1	4,3	-	-	-	-	30	15,9	
Bakıcı	1	1,4	1	2,6	1	5,3	3	10,7	2	8,7	-	-	1	20,0	9	4,8	
Diğer	8	11,0	7	17,9	6	31,6	5	17,9	7	30,4	-	-	2	40,0	35	18,5	
İlk Uygulamayı Yapan Kişi																	
Anne	38	52,1	28	71,8	9	47,4	18	64,3	10	45,5	2	100	1	20,0	106	56,4	0,014
Baba	11	15,1	4	10,3	3	15,8	3	10,7	1	4,5	-	-	-	-	22	11,7	
Bakıcı	-	-	1	2,6	1	5,3	3	10,7	-	-	-	-	-	-	5	2,7	
Diğer	-	-	2	5,1	3	15,8	4	14,3	4	18,2	-	-	1	20,0	14	47,4	
Sağlık personeli	15	20,5	3	7,7	2	10,5	-	-	5	22,7	-	-	2	40,0	27	14,4	
Müdahale yapılmamış	9	12,3	1	2,6	1	5,3	-	-	2	9,1	-	-	1	20,0	14	14,4	
Sağlık Kuruluşuna Başvuru																	
Evet	47	64,4	14	35,9	14	73,7	17	60,7	10	43,5	2	100,0	4	80,0	108	57,1	0,438
Hayır	26	35,6	25	64,1	5	26,3	11	39,3	13	56,5	0	0	1	20,0	81	42,9	

Tablo 4.14. Annelerin Ev Kazası Sırasında Yaptıkları İlk Yardım Uygulamaları

Kazanın Tipi	Uygulamanın Şekli	Sayı	%
Düşme	Gazlı Bez, Peçete İle Tampon Yapmak	3	4,1
	Buz Uygulaması	8	11
	Soğuk Et Koyma	1	1,4
	Krem veya Merhem Sürme	8	10,9
	Yüz yıkama	3	4,1
	Soğuk Su Uygulama	22	30,3
	Uygulama Yapılmayan	14	19,1
	Hastaneye Götürme	14	19,1
Darbe	Buz Uygulaması	5	12,8
	Tampon Yapmak	6	15,3
	Soğuk Su Uygulama	19	49,0
	Kolonya İle Silme	2	5,1
	Krem veya Merhem Sürme	1	2,5
	Uygulama Yapılmayan	3	7,7
	Hastaneye Götürme	3	7,7
Yanık	Soğuk su ile yıkanma	22	78,5
	Buz Uygulaması	1	3,6
	Yoğurt sürme	1	3,6
	Krem-Merhem Sürme	3	10,7
	Hastaneye Götürme	1	3,6
AGKB Yabancı Cisim Kaçma	Boğazındaki Cismi Parmağı İle Çekerek Çıkarma	13	56,5
	Sırta Vurma, Ters Çevirme	5	21,7
	Uygulama Yapılmayan	3	13,0
	Hastaneye Götürme	2	8,8
Boğulma	Sırta Vurma, Ters çevirme	2	100
Kesici-Delici Alet Yaralanması	Tampon Yapmak	8	42,1
	Pansuman yapma	1	5,3
	Su İle Yıkama	8	42,1
	Hastaneye Götürme	1	5,3
	Uygulama Yapılmayan	1	5,3
Zehirlenme	Kusturma	1	20,0
	Zehir danışmayı aramak	1	20,0
	Uygulama Yapılmayan	1	20,0
	Hastaneye Götürme	2	40,0

Çalışmamıza katılan annelerin, çocukları düştüğü zaman yaptıkları uygulamalar; sıklık sırasıyla soğuk su ile yıkama (%30,3), hastaneye götürme (%19,1), krem-merhem sürme (%10,9) olmuştur. Annelerin %1,4'nün acıyan bölgeye et koydukları,%13,7'sinin ise herhangi bir uygulama yapmadığı görülmüştür (Tablo 4.14).

Annelerin darbelerde en fazla tercih ettiği ilk yardım uygulamaları incelendiğinde; %49'unun soğuk su ile bölgeyi yıkadığı, %12,8'inin yara yerine buz uyguladığı, %15,3'ünün yara yerine tampon uyguladığı saptanmıştır. Annelerin %7,7'si darbe sonucu çocuklarını hastaneye götürürken, çocukların %5,1'ine müdahale edilmemiştir. Annelerin bir bölümü yarayı kolonya ile temizlemiş (%2,5) ve krem sürmüştür (%5,1). (Tablo 4.14).

Yanıklardaki uygulamalara bakıldığında, annelerin %78,5'i yanık bölgesini soğuk su ile yıkamış, %10,7'si merhem-krem uygulaması yapmış, %3,6'sı buz uygulaması yapmış, %3,6'sı ise yanık bölgesine yoğurt sürmüş, %3,6'sı ilk yardım uygulaması için hastaneye götürmüştür (Tablo 4.14).

Yabancı cisim aspirasyonlarında annelerin yaptıkları ilk yardım uygulamalarına bakıldığında %56,5'i çocuğun boğazındaki cismi parmağı ile çıkarma, %21,7'si sırtta vurma yöntemine başvururken, annelerin %8,8'inin çocuğunu hastaneye götürdüğü görülmüştür (Tablo 4.14).

Kesici-delici alet yaralanmaları sonucunda annelerin yaptığı ilk yardım uygulamaları incelendiği zaman; %42,1'si yara yerini yıkamış, %42,1'si yaralanan bölgeye tampon uygulamış, %5,3'ü ise hastaneye başvurmuştur. Annelerin %5,3'ü ise çocuğuna herhangi bir müdahalede bulunmamıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Annelerin İlk Yardım Eğitimi Almaları İle Çocuklarının Ev Kazası Geçirme Sıklığı

Annelerin daha önce Eğitim alma durumu	Ev kazası geçiren		Ev kazası geçirmeyen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	66	52,8	59	47,2	125	31,3
Hayır	123	44,7	55,3	57,2	275	68,7

Çalışmaya katılan annelerin %31,3'ü daha önce ilk yardım ile ilgili bilgi aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.13). Ancak daha önce ilk yardım ile ilgili bilgi alan annelerin çocuklarının %52,8'inin daha fazla kaza geçirdiği tespit edilmiştir. Fakat ilk yardım eğitimi alan ve almayan annelerin çocuklarının ev kazası geçirme sıklıkları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Annelerin İlk Yardım Eğitimini Kim/Nereden Almak İstediklerinin Dağılımı

Annelerin Eğitim Almak İstedikleri Kaynak	Sayı	%
Sağlık Personeli	225	86,2
Televizyon	5	1,9
Broşür/Kitap	28	10,5
Diğer	2	0,7

Annelere ilk yardım eğitimi kimden almak istedikleri sorulmuş annelerin çoğunluğu (%86,2), ilk yardım eğitimlerini sağlık personelinden almak istedikleri belirtmişlerdir (Tablo 4.16). Çalışmaya katılan ve daha önce ilk yardım eğitimi alan (%31,3) annelerin, %52,8'i tekrar ilk yardım eğitimi almak istediklerini belirtmişlerdir, daha önce ilk yardım eğitimi almayan (%68,7) annelerin, %71,2'si ilk yardım eğitimi almak istediklerini belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda; Çocuk sağlığı izlemi yapılan 6ay-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve nedenleri, annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi amacıyla 400 çocuk annesi ile yüz yüze anket yapılmıştır.

Korunulabilir olmaları, sık rastlanmaları, ölüm veya sakatlığa yol açabilmeleri ve yol açtıkları yüksek hastalık yükü nedeniyle ev kazaları önemli halk sağlığı sorunları içinde yer almaktadır. Kaza oluşumunda güvensiz çevre koşulları, güvensiz davranışlar önemli rol oynamaktadır. Ev kazalarının nedenleri arasında insan faktörü ilk sırada yer almaktadır. 0-6 yaş grubu çocuklar gelişimsel olarak kendilerini kaza ve yaralanmalardan koruyamazlar. Bu nedenle güvenli ortamların oluşturulması ve yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi erişkinlerin sorumluluğundadır (33).

Ülkemizde kazalarla ilgili yeterli bildirim ve izlem sistemi yoktur. Ev kazaları sıklığının saptanması, risk gruplarının belirlenmesi ve önleme çalışmalarının programlanmasına yardımcı olmaktadır (4). Yurt içi ve yurt dışında yapılan bazı araştırmalarda oldukça yüksek (%50-%78,0) kaza sıklığı bildirilmiştir (44,45,71-76). Çalışmamızda, 6ay-6 yaş grubu çocukların %47,2'ünün şimdiye kadar en az bir kez ev kazası geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4.5). Bu oran ülkemizde ve yurt dışında yapılan bazı çalışmalarla karşılaştırıldığında; bazı araştırmalar ile paralellik (%13.3-%49,6) göstermektedir (1,32,69,70). Çalışmalar arasındaki farklılıkların incelenen grupların birbirinden farklı sosyokültürel ve ekonomik yapısından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Anne yaşı ile ev kazası geçirme sıklığı arasında ilişki olabileceği bildirilmektedir. Kurt ve Aytekin yaptıkları çalışmada, 18-30 yaş grubu annelerin çocuklarının ev kazası geçirme oranlarını (%53.9) olarak ifade etmişlerdir (33). Yıldırım ve ark. 1-4 yaş arası çocuklarda yaptıkları çalışmaya katılan annelerin yarısından fazlasının 21-30 yaş arasında olduğunu belirtmiş ve bu çalışmada ev kazası sıklığının yüksek olduğuna (%75,8) dikkat çekmişlerdir (74). Aktürk ve Erci yaptıkları çalışmada anne yaşı azaldıkça ev kazası geçirme sıklığının arttığını

saptamışlardır (40). Balibey ve ark.'ın çalışmasında ise anne-baba yaşı arttıkça ev kazası geçirme riskinin arttığı gösterilmiştir (73). Erkal ve ark. Karatepe ve Akış'ın yaptıkları çalışmalarda ise anne-baba yaşının ev kazaları üzerinde etkisi olmadığı ifade edilmiştir (1,70). Bizim çalışmamızda da Erkal ve ark ve Karatepe ve Akış'ın çalışmalarındaki gibi ev kazası sıklığının anne yaşı ile ilişkisi olmadığı bulunmuştur. ($p>0,05$) (Tablo 4.9). Anne yaşının ev kazası sıklığını belirlemede tek başına bir faktör olmadığı düşünülmüştür.

Çocukların ev içinde yaralanmalarını belirleyen bir diğer faktör ailenin sosyoekonomik durumudur. Yapılan yurtdışı çalışmalar, yoksul ailelerde ev kazaları sonucu yaralanmaların zengin olan ailelere göre daha fazla olduğunu göstermektedir (35,39,41,77). Düşük gelirli ailelerin ev ortamında, çocuklar için uygun koşulların yeterli düzeyde sağlanamaması, ailelerin standardı düşük ve merdiven trabzanı, balkon, pencere korkuluğu gibi ev içi bölümlerde sıklıkla sağlam malzeme kullanımının olmadığı konutlarda yaşıyor olmaları ve güvenlik önlemlerinin yetersiz olması, ev kazaları riskini arttırabilmektedir (4).Turan ve Ceylan (2007)'ın çalışmasında düşük gelirli ailelerin çocuklarının daha sık ev kazası geçirdiği belirlenmiştir (78). Yıldırım ve ark., ile Boztaş ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarda ev kazaları ile ailenin gelir durumu arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (15,74). Bizim çalışmamızda ekonomik geliri asgari ücretin altında olan ailelerde (%54,5) yaşayan çocukların, geliri asgari ücretin üzerinde olan ailelerde yaşayan çocuklara (%49,1) oranla daha çok ev kazası geçirdiği saptanmıştır. Ancak iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Türkiye'de sosyoekonomik durumu gösterecek objektif bir ölçüt olmaması, çalışma bölgesinde yaşayan ailelerin sosyoekonomik açıdan birbirine yakın olması sebebiyle farklılık saptanmamış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışan ve çalışmayan annelerin çocuklarının ev kazası geçirme sıklığının farklı olabileceği değişik araştırmalarla bildirilmektedir. Morrongiellove ark. çalışmalarında çocukların annelerinin kontrolünde oldukları süre azaldıkça, ev kazası geçirme risklerinin arttığını saptamışlardır (79). Santo ve ark., 159 okul öncesi çocuğa sahip annelerle yaptıkları çalışma sonucunda çalışmayan annelerin çocuklarında kaza sonucu yaralanma riskinin 2,1 kat daha fazla olduğunu

belirlemişlerdir (44). Aksakal ve ark. çalışmalarında, çalışmayan annelerin çocuklarında ev kazalarının daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (76). Karatepe ve Akış'ın çalışmasında, ebeveynlerin çalışma durumu ve çocukların ev kazaları sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (1). Kurt ve Aytekin yaptıkları çalışmada çalışmayan annelerin çocuklarının ev kazası geçirme sıklığının daha az olduğunu ve çalışan annelerin bebeklerine göre bu sonucun anlamlı olduğunu tespit etmişlerdi (33). Boztaş ve ark.'nın çalışmasında, çalışmayan babaların çocuklarının daha sık ev kazası geçirdiği belirtilmiştir (15). Çalışmamızda çalışmayan annelerin çocuklarının daha sık (%48,1) ev kazası geçirdikleri ancak çalışan annelere göre aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9), benzer şekilde çalışmayan babaların çocuklarının da daha sık ev kazası geçirdikleri (%72,2) tespit edilmiş, çalışan babalara göre aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (tablo4.10). Bu durumun, çalışan annelerin ve babaların, evde geçirdikleri zamanı, 0-6 yaş grubu çocuklarının bakım ve oyun zamanı olarak değerlendiriyor olmalarından, sosyoekonomik ve eğitim düzeylerinin çalışmayan ebeveynlere göre daha iyi olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Annelerin ve babaların eğitim durumu arttıkça çocuklarda ev kazası görülme sıklığının azalması beklenen bir sonuçtur. Tsoumakas ve ark. yaptıkları bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan anneler ve düşük eğitilmiş babaların çocuklarında ev kazaları sıklığının fazla olduğunu belirtmişlerdir (80). Şahiner ve ark.'nın çalışmasında, okur-yazar olmayan ve okur-yazar olan annelerin çocuklarının daha üst eğitim düzeyindeki annelerin çocuklarından daha fazla ev kazası geçirdikleri bildirilmiştir. Aynı çalışmada ilköğretim mezunu babaların çocuklarının diğer eğitim düzeyindeki babaların çocuklarından daha fazla ev kazası geçirdikleri saptanmıştır (81). Yapılan diğer benzer çalışmalarda ise annenin eğitim düzeyinin artmasıyla ev kazaları sıklığının azaldığı belirtilmiştir (36,40,70,76). Dünyada yapılan bazı çalışmalarda ise annenin öğrenim düzeyi ile kaza sıklığı arasında bir ilişki bulunmamıştır (82,83). Yine yapılan bazı çalışmalarda, babanın öğrenim düzeyinin kaza geçirme sıklığını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (32,82). Bizim çalışmamızda anne ve babaların eğitim durumlarına göre çocuklarının ev kazası geçirme sıklığı değerlendirildiğinde; anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça kaza sıklığının azaldığı tespit edilmiş ancak aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$)

(Tablo 4.9, 4.10). Bu araştırmada annelerin ve babaların öğrenim düzeyi ile ev içinde oluşan yaralanmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olmasına rağmen, anne ve baba eğitim düzeyi azalması ile kaza sıklığının daha fazla olması dikkat çekicidir (Tablo 4.9, 4.10). Eğitim düzeyi arttıka, anne-babaların çocuğun gelişim özelliklerini ve gelişim basamaklarını bilerek ve izleyerek ev kazalarını önlemek için gerekli düzenlemeleri yaptıkları, yine eğitilmiş ailelerin sosyal ve ekonomik koşullarının daha iyi olması ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Çocuk ve ailedeki birey sayısı arttıka, kaza sıklığının artacağı düşünölmektedir. Meksika'da yapılan bir çalışmada evde yaşayan birey sayısı arttıka ev kazası sayısının arttığı belirtilmiştir (84). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da, geniş ailede yaşayan çocukların ev kazaları sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir (33,40,74,76). Boztaş'ın çalışmada ise geniş ailede yaşamanın ev kazası üzerinde bir etkisi olmadığı saptanmıştır (15). Karatepe ve Akış yaptıkları çalışmada geniş ailede yaşamanın ve evde yaşayan yaşlı veya bakıma muhtaç birinin varlığının çocukların ev kazası geçirme sıklığını etkilemediğini göstermişlerdir (1). Çalışmamızda da çekirdek ailede yaşayan çocukların kalabalık ailede yaşayan çocuklara göre daha az ev kazası (%46,5) geçirdiği saptanmıştır. Ancak bulguların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, bizim grubumuzda aile büyüklüğünün kaza riskini arttırmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Çocuk ve ailedeki birey sayısının artmasıyla her çocuğa ayrılan zamanın azalacağı, böyle aileler de annenin iş yükünün fazla olması sebebiyle, çocuğa bakım veren kişinin evde yaşayan diğer kişiler ya da sıklıkla büyük kardeşler olmasının çocuğa bakımda yeteri kadar özen gösterilememesine sebep olacağı düşünülebilir. Ancak başka bir açıdan bakıldığında evdeki kişi sayısının fazla olması, bakım verenin fazlalığı sebebiyle kaza geçirme oranını azaltıyor olabilir. Bizim çalışmamızda da sonucun anlamlı çıkmamasının bu sebeplerden kaynaklanıyor olabileceği düşünölmüştür.

Dünyada yapılan çalışmalarda apartmanda yaşayan çocukların daha fazla ev kazasına maruz kaldıkları bildirilmiştir (80,85). Karatepe ve Akış'ın yaptıkları çalışmada yaşanılan evin tipi ve ev kazası arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (1). Bizim çalışmamızda kaza geçiren çocukların daha çok müstakil-bahçe tipi evlerde (%47,6) yaşadıkları belirlenmiştir. Ancak apartman ve müstakil evlerde

yaşayan çocukların kaza geçirme sıklıkları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Bu verilere göre ev içi tehlikeler evin apartman ya da müstakil olmasından bağımsız olarak kazaya yol açmaktadır denilebilir. Apartmanda yaşayan çocuklarda merdivenler, balkon ve pencerelerin varlığı, özellikle pencerelerin yerden yüksekliğinin az olması ve yakınlarına mobilya konulması ev kazası riskini arttırabilirken, müstakil evde yaşıyor olmanın, bahçe ve yola yakın olma, bir kısmının gecekondü özelliğinde olmasından dolayı, ev kazalarının meydana gelmesini kolaylaştırabileceği düşünülebilir (86).

Çocukların sağlık sorunlarının olmasının, ev kazaları sıklığını artırabileceği ileri sürülmektedir. Tsoumakas ve ark.'nın çalışmasında kronik hastalığı olan çocukların ev kazası geçirme sıklığının yüksek olduğu belirtilmiştir (80). Boztaş'ın çalışmasında sağlık sorunu olan çocukların yaşam boyunca en az bir kez ev kazası sonucu yaralanma durumunun dört kat fazla olduğu saptanmıştır (15). Bizim çalışmamızda da herhangi bir sağlık problemi olan ve olmayan çocukların ev kazası geçirme durumları değerlendirdiğimizde; sağlık problemi olan çocukların (%66,7) daha fazla ev kazası geçirdiği ve sağlık sorunu olmayan çocuklara göre aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Çocuğun sağlık sorunlarının varlığı büyüme ve gelişmeyi etkileyebileceğinden kazaları kolaylaştırabilmektedir. Ayrıca sağlık problemi olan çocuklar için ev kazalarından koruma durumlarını geliştirmede zorluklar yaşanabilir. Ülkemizde sağlık problemi olan çocuklar için ev ve çevre düzenlemelerinin uygun yapılmaması ve engelliler için çoğu zaman uygun yaşam alanı oluşturulamaması neticesinde kazalara daha yatkın olabilecekleri düşünülebilir.

Ev kazalarının meydana gelme sıklığı ve yaralanma riskine etki eden bir diğer faktör çocuğun cinsiyetidir. DSÖ raporlarına göre erkek çocuklarının ev kazası geçirme sıklığı ve yaralanma riski kız çocuklarına oranla daha fazladır (9). Yalaki ve ark.'nın çalışmasında ev kazası geçiren çocukların %52'sinin erkek çocuklar olduğu, Laffoy'un çalışmasında ise %59.2'sinin erkek çocuklar olduğu saptanmıştır (37,38). Karatepe ve Akış'ın yaptıkları çalışmada erkek çocuklarının kız çocuklarına göre ev kazası geçirme sıklıklarının anlamlı bir şekilde fazla olduğu bildirilmiştir (1). Yılmaz Kurt ve Aytekin'in yaptıkları çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır (33). Yaptığımız çalışmada ev kazası geçiren çocukların sıklıkla erkek çocukları olduğu

(%49.5) tespit edilmiştir. Bu çalışmada erkek çocukların ev kazası sonucu yaralanma sıklığı kız çocuklarına göre daha yüksek bulunmuş olsa da, cinsiyet belirgin bir risk faktörü olarak saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Anlamlı bir farklılık olmasa da, erkek çocuklarının daha fazla oranda kazaya uğramaları; fiziksel ve ruhsal gelişimlerinin farklı olması, daha hareketli ve aktif olmaları, daha sert oyunlar oynamaları, daha fazla risk almaları nedeniyle ilişkili olabilir. Ayrıca doğumdan itibaren çevre, erkek çocuklarına aktif rol vermekte ve erkek çocuğunun fazla hareketinden, saldırganlığından dolayı daha az ceza görüp daha fazla kazaya uğramasına sebep olmaktadır (13).

Ailede kişi sayısı arttıkça kaza geçirme olasılığının artacağı düşünülmektedir. Kardeş sayısı arttıkça ev kazaları sıklığının arttığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (70, 76, 87). Bombacı ve ark.'nın yaptığı çalışmada kardeş sayısının ev kazaları sıklığını belirleyici olmadığı görülmüştür (88). Yaptığımız çalışmada, ailede çocuk sayısı arttıkça kaza sıklığının arttığı tespit edilmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Ev kazası geçiren çocukların en çok dört ve üzeri çocuk sahibi ailelerin çocukları olduğu saptanmıştır. Çocuk sayısı arttıkça annenin çocuğa ayıracağı zaman azalacağı için çocuğu daha az koruyup kollayabileceğinden ev kazası geçirme sıklığının fazla olabileceği düşünülmüştür.

Ev kazaları, her yaş grubunda görülmesine karşın özellikle çocuklar için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışmalarda en çok beş yaş altı çocuklarda kaza sıklığının yüksek olduğu bulunmuştur (89,90). 6 ay-6 yaş grubundaki çocuklar; zamanlarının çoğunu evde geçirmeleri, çevrelerini keşfetme ve öğrenme konusunda meraklı olmaları, devamlı hareket etmeleri, çevresel risklere duyarlı ve açık olmaları, her şeyi ağzına götürme alışkanlıkları, yaşam alanlarının çocukların özelliklerine göre düzenlenmemiş olması, kazalardan kendilerini koruyabilecek gelişimsel beceriye henüz yeterince sahip olamamaları nedeniyle ev ortamında kazaya uğrama oranı en yüksek grubu oluşturmaktadır (4).

0-6 yaş grubu çocuklarda en sık karşılaşılan ev kazası tipi düşme-çarpma şeklindeki ev kazalarıdır (14). Bebeklerde düşme, aspirasyon, suda boğulma ve yanık

daha fazla görülmektedir. Oyun çocuklarında ve okul öncesi çocuklarda düşme, yanık, suda boğulma, zehirlenme sıklık sırasına göre en çok görülen ev kazası tipleridir. Köse ve Bakırcı'nın yaptıkları çalışmada çocukların yaşının ev kazaları sıklığını etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır (32). Diğer çalışmalara baktığımızda ise 0-5 yaş arasında çocukların ev kazası geçirme sıklığının fazla oluşu dikkat çekmektedir (15,69,74,89,91). Yaptığımız çalışmada 6 ay-3 yaş grubundaki çocukların %86,7'sinin ev kazası geçirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.7). Bunun nedeni, küçük yaş grubundaki çocukların evde bakılıyor olmaları sebebiyle zamanlarını daha çok evde geçirmeleri, tehlikelerin farkında ve bilincinde olmamaları, çevresel risklere duyarlı ve açık olmaları, bulma ve öğrenme konularında meraklı olmaları ve tüm bu nedenlerden dolayı ev kazalarına daha açık olmaları olabilir.

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuklarda görülen en sık ev kazası tipi düşmelerdir. Bu çalışmalarda düşmelerin yanında 2.inci olarak en sık karşılaşılan ev kazası tipi yanık olarak bildirilmiştir (1,40,70,72,74-76,92). Yaptığımız araştırmada çocukların geçirdiği ev kazaları sıklık sırasına göre değerlendirildiğinde düşmeler (%38,6), darbeler (%20,6), yanıklar (%14,8), boğulmalar (%1,1), ağza-göze-buruna-kulağa cisim kaçma (%12,2) kesici veya delici aletle yaralanmalar (%10,1) ve zehirlenmeler (%2,6) şeklinde sıralanmıştır (Tablo 4.6).

Düşmelerin en sık karşılaşılan ev kazası olması, çocukların karşılaştıkları tehlikeleri değerlendirmedeki yetersizlikleri, dengelerini kolayca kaybedebilmeleri, nöromotor, fiziksel, duyuşsal, bilişsel ve psikososyal açıdan gelişimleri devam ediyor olması, motor sistemin iyi çalışmaması, görme alanının dar olması, reflekslerinin yavaş olması, sesleri lokalize etme yeteneklerinin gelişmemiş olması, iki uyarıyı aynı anda algılayamamaları, devamlı hareket halinde olmaları, büyüklerini taklit etmek istemeleri, araştırma ve öğrenme konusunda meraklarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca geleneksel olarak ailelerin bu yaş grubu çocuklarda yürüteç ve hoppala gibi aletleri kullanımlarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Çocukların geçirdiği ev kazası tiplerinin günün hangi vaktinde sıklıkla olduğu ile ilgili çalışmalar gözden geçirilmiştir; Morrongiello ve ark.'nın çalışmasında ev kazalarının en çok sabah saatlerinde olduğu saptanmıştır (79). Bhanderi ve ark.'nın

yaptığı çalışmada ev kazalarının sıklıkla sabah ve akşam saatlerinde meydana geldiği belirtilmiştir (93). Sütoluk ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ev kazasının en çok (%55,2) sabah-öğle saatleri arasında gerçekleştiği belirtilmiştir (94). Boztaş ve Yıldırım yaptıkları çalışmalarda ev kazalarının en çok öğleden sonra olduğunu göstermişlerdir (15,74). Bizim çalışmamızda da çocukların en çok ev kazası geçirdiği zaman aralığının öğle saatleri (%.49,2) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12). Geçirilen ev kazası tiplerinden düşmelerin (%39,7), darbelerin (%51,3), yanmaların (%46,4) kesici-delici aletlerle yaralanmaların (%52,6) ve zehirlenmelerin (%100) en çok öğlen saatlerinde gerçekleştiği görülmüştür. Sabah-öğle saatlerinde annelerin yetiştirilmesi gereken ev işlerinden dolayı çocuklarına yeterli zaman ayıramadığı ve çocukların kaza geçirme sıklığını artırdığı düşünülebilir.

0-6 yaş grubu çocukların kaza geçirdiği ev alanları incelenmiştir; Yurtdışında yapılan çalışmalarda; Kim ve ark çocuklarda en sık ev kazasının banyoda olduğunu belirtirken (95), Phelan ve ark sıklıkla ev kazalarının mutfakta gerçekleştiğini bildirmişlerdir (96). Morrongiello ve ark. erkek çocukların yatak odası, oyun odası gibi alanlarda, kız çocukların ise mutfak, oturma odası gibi oyun alanı dışında daha çok kazaya maruz kaldıklarını belirtmiştir (79). Sengoelgea ve ark., Chan ve ark çalışmalarında da ev kazaları en çok salonda gerçekleşmiştir (97,98).

Ülkemizde yapılan; Farklı çalışmalarda çocukların kazayı yaşadığı ev alanı, değişiklik göstermesine karşın birçok çalışmada 0-6 yaş grubu çocukların sıklıkla ev kazası geçirdiği ev alanının salon/oturma odası olduğu belirlenmiştir (33,74,75). Alasya'nın çalışmasında da ilk üç sırada salon, mutfak ve bahçenin yer aldığı saptanmıştır (10). Boztaş'ın yaptığı çalışmada farklı olarak çocukların en sık bahçede ikinci olarak salonda ev kazası geçirdiği belirtilmiştir (15). Bizim çalışmamızda kazaların en sık evin mutfak (%36,5) bölümünde olduğu tespit edilmiştir. Ev kazası tipi olarak; düşmelerin ve yaralanmaların evin salon kısmında daha sık olduğu, boğulma vakalarının tamamının oturma odasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12). Bizim çalışma grubumuzun yaşadığı bölgede salonun daha çok misafir ağırlamak amaçlı ve seyrek kullanılıyor olması, annelerin mutfakta fazla zaman geçirmeleri bu sırada çocuklarının da onlarla aynı mekanı paylaşmaları ve annenin yaptığı işe bağlı olarak çocukların kontrollerinin zorlaşması sebebiyle mutfakta kazaların daha sık olduğu düşünülebilir.

Yapılan bir çalışmada çocukların ev kazası geçirdikleri sırada yarısından fazlasının yanında annelerinin (%89,9) olduğu, bazı çalışmalarda da çocukların ev ortamında yaşadığı kazalar sırasında sıklıkla anne ve babalarının çocuğun yanında olduğu bildirilmiştir (1,33,70). Bizim çalışmamızda benzer şekilde ev kazası geçiren çocukların çoğunluğunun yanında annesinin (%60,8) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). Çocukların geçirdiği düşmeler (%69,9), darbeler (%56,4), yanıklar (%57,1), boğulmalar (%100), kesici-delici alet yaralanmalarında da (%47,4) yanlarında en çok annelerin bulunduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda annelerin çocukların bakımından sıklıkla sorumlu kişiler olmaları sebebiyle (%65,2) ev içinde meydana gelen kazalarda çocukların yanında ilk bulunan kişilerin annelerinin olması beklenen bir sonuçtur.

Çocuğa en yakın olan ve onların gözetiminden sorumlu olan anne-babaların doğru ilk yardım uygulamalarını bilmeleri ve yapmaları çocuğun hayatını kurtarabileceği gibi, yanlış uygulamalar sakatlıklara ve ölümlere neden olabilir. Yapılan bir çalışmada çocuklara ilk yardım uygulaması yapan kişilerin yarısından fazlasının anneleri olduğu bildirilmiştir (99). Kurt ve Aytekin'nin, Çanakkale ilinde nisan 2011 de yaptıkları çalışmada ise ev kazası sonrasında annelerin %34,7'sinin çocuğa ilk yardım uygulamaları yapmayı tercih ettikleri, %28,6'sı kazadan hemen sonra olmak üzere %51,0'nin kaza sonrasında çocuğu bir sağlık kurumuna götürdüğünü saptamışlardır (33). Konuyla ilgili kaynaklar incelendiğinde; çocukların çoğunluğunun ev kazası sonrasında herhangi bir sağlık kuruluşuna götürülmediği görülmüştür (32,36,89,92). Bizim çalışmamızda da ev kazası sırasında çocuğa ilk yardım uygulamasını yapanların sıklıkla anneler (%56,4) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). Ev kazası geçiren çocukların 14 'üne (%14,4) hiç müdahale edilmemiştir. (Tablo 4.11). Çalışmamızda kaza geçirdikleri sırada yanlarında bulunan kişi sıklıkla anneler olduğu için ilk müdahaleyi yapan kişinin anneler olması beklenen bir sonuçtur.

Yapılan bir çalışmada annelerin çocuk düştükten sonra; buz uygulaması, bol su ile yıkama, hastaneye götürme, travma bölgesini gereksiz hareket ettirmeme, yara üzerine temiz bez koyma gibi uygulamalar yaptıkları saptanmıştır (87). Diğer bir çalışmada ise yapılan ilk yardım uygulamaları içerisinde travma bölgesinin hareket etmemesi için tespit etme ve buz uygulaması gibi yararlı müdahalelerden bahsedilmiştir (88).

Ev kazalarını önlemeye yönelik görüş ve davranışlar ebeveynlerin bu konu ile ilgili eğitim almış olmaları ile ilişkilidir. Yapılan bir çalışmada; 0-6 yaş grubundaki toplam 74 çocuğun annesi alınmıştır. Bu annelerden 47'sine çocukluk çağı ev kazaları ve ev güvenliği davranışları konusunda katılımlı ve erişkin eğitimi tekniğine uygun şekilde eğitim verilmiştir (Grup 1). Bu seminere katılmayan ya da katılmayan 27 anneye ise seminerde anlatılanların yazılı olarak yer aldığı bir eğitim broşürü verilmiştir (Grup 2). Eğitimden ya da broşürün verilmesinden bir ay sonra her katılımcıya bir ev ziyareti yapılmıştır. Katılımcıların kaza risklerine ilişkin farkındalık düzeylerini ölçmek amacıyla Grup 1'de eğitim öncesi ve eğitim sonrası ev ziyaretinde; Grup 2'de ise sadece ev ziyaretinde toplam 18 maddeden oluşan bir test uygulanmıştır. *Sonuçlar:* Grup 1'deki annelerin ev ziyareti sırasında saptanan kaza farkındalık düzeyleri Grup 2'deki annelerden belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Ev ziyaretlerinde, ev güvenlik puanının eğitim grubunda broşür grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.001$) (100).

Başka bir çalışmada ise ev kazası geçiren çocukların annelerinin %87.1'inin ev kazalarına yönelik herhangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir (87).

Çalışmamızın sonucuna göre annelerin, çocukları ev kazası geçirdikten sonra yaptığı ilk yardım uygulamaları aşağıdaki gibi olmuştur:

Çalışmamıza katılan annelerin, çocukları düştüğü zaman en fazla yapılan uygulamalar sırasıyla soğuk su ile yıkama (%30,3), hastaneye götürme (%19,1) krem-merhem sürme (%10,9), travma bölgesine et koyma (%1,4) olmuştur. Annelerin %13,7'si ise uygulama yapmamıştır (Tablo 4.14). Düşme sonrasında yapılan uygulamalar yara bölgesine et koyma ve krem-merhem uygulaması dışında doğru uygulamalardır (68).

Çalışmamızda darbe şeklinde meydana gelen ev kazalarında; annelerin en fazla tercih ettiği ilk yardım uygulamaları %49 soğuk su ile darbe alan bölgeyi yıkama, %12,8 yara yerine buz uygulama, %15,3 yara yerine tampon uygulama şeklinde olmuştur. Geriye kalanlar ise yarayı kolonya ile temizlemiş (%2,5) ve krem sürmüştür (%5,1). Annelerin %7,7'si darbe sonucu çocuklarını hastaneye götürürken, çocukların

%5,1'ine hiçbir müdahale de bulunulmamıştır (Tablo 4.14). Yapılan bu uygulamalardan yara bölgesini kolonya ile temizleme yanlış uygulamalardır (68).

Kesici-delici alet yaralanmaları sonucunda annelerin yaptığı ilk yardım uygulamaları incelendiğinde %42,1'si yara yerini yıkamış, %42,1'si yaralanan bölgeye tampon uygulamış, %5,3 herhangi bir müdahale yapmamış sağlık kuruluşuna gitmemiş, %5,3'ü ise hastaneye başvurmuştur. Annelerin %5,3'ü ise çocuğa herhangi bir müdahalede bulunmamıştır (Tablo 4.12). Yapılan ilk müdahaleler incelendiğinde uygulamaların doğru olduğu sonucuna varılmıştır (68).

Yapılan bir çalışmada çocuklarında yanık olan annelerin, %44,5'inin ilk olarak soğuk uygulama yaptıkları, böyle deneyimi olmayan annelerin, yanıkla karşılaştıklarında %56,6'sının, ilk olarak soğuk uygulama yapacakları saptanmıştır (101). Çalışmamızda yanıklardaki anne uygulamalarına bakıldığında, annelerin %78,5'i yanan bölgeyi soğuk su ile yıkamış, %10,7'si merhem-krem uygulaması yapmış, %3,6'sı buz uygulaması yapmış, %3,6'sı ise yanan yere yoğurt sürmüştür, %3,6'sı ilk yardım uygulaması için hastaneye gitmiştir (Tablo 4.14). Ev kazasında yanık ile karşılaşan ailenin yanık alanına yoğurt sürmesi dışındaki uygulamalar doğru uygulamalar olmuştur (101).

Çalışmamızda yabancı cisim aspirasyonlarında annelerin yaptıkları ilk yardım uygulamaları; %56,5 çocuğun boğazındaki cismi çıkarma, %21,7 sırta vurma ve %8,8 hastaneye götürmek şeklinde olmuştur (%8.8) (Tablo 4.14).

Amerikan Pediatri Akademisi de yaşamın ilk 6 ayında sağlık denetim ziyaretleri ile ailelere yaralanmaların önlenmesi ve ilk yardım için danışmanlık verilmesini önermektedir (86). Yıldırım ve ark. yaptığı çalışmada ilk yardım eğitimi almayan ailelerin çocuklarında ev kazası sıklığının fazla olduğu belirlenmiştir (%48,5) (74).

Araştırmalar çoğu annenin ilk yardım bilgilerini ailelerinden edindiğini göstermektedir (87,103). Yapılan bir çalışmada, çalışma gruplarını oluşturan annelerin %87,1'sinin ilk yardım eğitimi almadığı vurgulanmıştır (87). Bir başka çalışmaya göre kadınların ev kazaları ile ilgili ilk yardım bilgilerini sıklıkla (%81,7)

görsel basından edindikleri vurgulanmıştır (104). Yapılan diğer bir çalışmada annelerin ilk yardım ile ilgili bilgiyi %33,7'sinin ehliyet kurslarından, sağlık bilgisi dersinden, halk eğitim kurslarından, %32,1'inin sağlık personelinden (hekim, hemşire, ebe) aldığı belirtilmiştir (105). Bir çalışmada ise annelerin yalnızca %5,6'sının hastane ve doktordan ilk yardım konusunda bilgi aldıklarını saptamıştır (104). Yıldırım ve ark. yaptığı çalışmada ilk yardım eğitimi almayan ailelerin çocuklarında ev kazası sıklığı daha fazla belirlenmiştir (%48,5) (74).

Çalışmamıza katılan annelerin %31,3'ünün daha önce ilk yardım ile ilgili bilgi aldığı belirlenmiştir. Daha önce ilk yardım ile ilgili bilgi alan annelerin (%52,8) çocuklarının daha fazla kaza geçirdiği tespit edilmiş, ancak istatistiksel olarak ilk yardım eğitimi alan ve almayan annelerin çocuklarının ev kazası geçirme sıklıkları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15). Çalışmamızda annelerin ilk yardım ile ilgili bilgilerini uzun süre önce almış olabilecekleri, bazı konuları hatırlayamamaları veya içeriğinin ev kazalarını önlemeye yönelik olmaması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Annelerin, ev kazası geçiren çocuklarına yaptıkları ilk yardım uygulamaları ile ilgili yapılan çalışmalar, annelerin ev kazası geçiren çocuklara uyguladıkları ilk yardım yönteminin genelde uygun olmadığına, çoğu zaman ise ilk yardım uygulamasının yapılmadığına işaret etmektedir (77, 106). Yapılan bir çalışmada annelerin yanık, göze yabancı cisim batması gibi durumlarda ev kazası sırasında ne yapacaklarını doğru bildikleri saptanmıştır (107).

Daha önce ilk yardım ile ilgili bilgi alan (%31,3) ve almayan (%68,7) annelerin çoğunun (%65,4) ilk yardım ile ilgili bilgi almak istedikleri görülürken, bu eğitimleri daha çok sağlık personelinden (%86,2) almak istedikleri belirlenmiştir (Tablo 4.15, 4.16). Annelere ilk yardım eğitimleri verilerek yaptıkları yanlış uygulamalar değiştirilebilir, doğru uygulamaları pekiştirilebilir. Bu eğitimlerin annelerin bilgi almak istedikleri kaynaklardan olması öğrenmeleri konusunda daha istekli olacaklarını düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya katılan anneler en fazla 25-29 yaş aralığında (%33,8), babalar en fazla 30-34 yaş aralığındadır (%29,5). Annelerin %43,3'ü, babaların %49,5'i en fazla lise mezunudur. Annelerin yarısından fazlası (%53,5) çalışmamakta, babaların ise büyük bir çoğunluğu (%95,5) çalışmaktadır. Ailelerin %72,8'inin gelirleri asgari ücretten fazladır. Çalışmaya katılan annelerin %53,8'inin tek çocuğu bulunmaktadır. Ailelerin önemli bir bölümü (%85,0) çekirdek aile özelliğinde olup, büyük çoğunluğu (%94,8) apartman dairesinde yaşamaktadır (Tablo 4.1-4.3).

Araştırmaya katılan çocukların %47,2'sinin en az bir kez ev kazası geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4.5). Ev Kazası geçiren çocukların çoğunluğu (%86,7) 6 ay-3 yaş grubunda olup, kaza geçiren çocukların %54,4'ünü erkek çocukları oluşturmaktadır (Tablo 4.7).

En sık 40 yaş ve üzeri anneler (%58,3) ve 20-24 yaş grubu babaların (%60,0) çocukları ev kazası geçirmiştir (Tablo 4.9, 4.10). Gelir düzeyi düşük olan ailelerin %54,5'inin çocuklarının daha sık ev kazası geçirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Eğitim düzeyi yükseldikçe anne ve babaların çocuklarında kaza sıklığının azaldığı görülmüş (Tablo 4.9, 4.10). Ancak eğitim düzeyi yüksek ve düşük ailelerin çocuklarının kaza geçirme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çalışmayan annelerin %48,1'inin çocuklarının daha sık ev kazası geçirdiği tespit edilmiştir. Çalışan anneler ile çalışmayan annelerin çocuklarının ev kazası geçirme sıklıkları karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Ailede çocuk sayısı artıkça kaza sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Tek çocuklu aileler ile dört çocuk ve üzerindeki ailelerin ev kazası sıklıkları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.8).

Ev kazası geçiren çocukların sıklıkla erkek çocukları olduğu (%49,5) görülmüş ancak kız ve erkek çocuklar arasında ev kazası sıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

Aile büyüklüğüne göre, ev kazası geçirme sıklığı değerlendirildiğinde; çekirdek ailede yaşayan çocukların daha az ev kazası geçirdiği (%46,5) saptanmıştır. Ancak elde edilen bulguların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Araştırmamızda sağlık sorunu olan çocukların olmayanlara oranlara daha fazla kaza geçirdiği (%66,7) ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,011$) (Tablo 4.8).

Kaza geçiren çocukların daha çok müstakil-bahçe tipi evlerde (%47,6) yaşadıkları, apartman katında yaşayanların ev kazası geçirme sıklığının daha az olduğu (%47,2) belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulguların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Kazaların en sık evin mutfak bölümünde (%36,5), en az ise bahçede (%2,1) olduğu görülmüş, iki grubun kaza sıklık oranları karşılaştırıldığında sonucun anlamlı olduğu kabul saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.12).

Çocukların geçirdiği tüm ev kazaları incelendiğinde, kazaların en çok öğlen saatlerinde olduğu (%49,2), gece saatlerinde kazaların en az olduğu (%1,6) görülmüş, ancak iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p:0,277$) (Tablo 4.12).

Çalışmamızda çocukların geçirmiş olduğu en sık ev kazası tipi sırasıyla düşmeler (%38,6), darbeler (%20,6) ve yanıklar (%14,8) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Çocukların geçirdiği tüm kaza tiplerinde çocuğun yanında olan ve ilk yardım uygulamasını yapan kişilerin anneler (%60,8) olduğu saptanmış ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.13).

Çalışmaya katılan annelerin %68,7'sinin daha önce ilk yardım ile ilgili bilgi almamış oldukları görülmüştür (Tablo 4.15). Çalışma sonucunda annelerin ilk yardım eğitimi almaya istekli oldukları (%65,4) ve bu eğitimleri sıklıkla sağlık personelinin (%86,2) almak istedikleri saptanmıştır (Tablo 4.16).

Ev kazaları daha çok evin içinde meydana geldiği, genellikle başkaları tarafından görülmediği ve her kaza sonucunda sağlık kurumlarına başvurulmadığı için diğer kazalara göre daha geç fark edilmektedir. Ev kazalarının önlenmesi, izlenmesi, kayıt altına alınması, ev kazası sonucuna göre tedavisinin ve bakımının yapılması hekim, halk sağlığı hemşiresi, mimar, mühendis vb. oluşan çok disiplinli bir ekip hizmeti gerektirmektedir. 0-6 yaş dönem çocuklarının hareketlilikleri, tehlikelerin farkında olmamaları nedeniyle ev kazaları açısından risk altında oldukları dönemdir. Kazaların çoğunun ev içinde geçirilmesi evlerin eşya, zemin vb. fiziksel koşullarının uygun olmadığını ya da evdeki yetişkinlerin çocukları yeterli gözetmediğini düşündürmektedir. Oysaki ailelerin ev içinde aldıkları önlemler ev kazası görülme sıklığını azaltmaktadır. Araştırmamızın bulguları doğrultusunda; 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi amacıyla annelere/ailelere ve bakım vericilere 0-6 yaş grubu çocukların gelişimsel özellikleri, ev ortamındaki kazalarla ilgili risk faktörleri, ev kazalarını önlemeye yönelik güvenlik önlemleri ve ilkyardım uygulamaları konusunda eğitim verilmesi önerilir. Yaptığımız çalışmada 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığının fazla olması nedeniyle,

- Ev kazalarını önlemeye yönelik müdahale çalışmalarının yapılması,
- Ebeveynlere ev ziyaretleri yaparak ev kazalarını önlemeye yönelik eğitimler düzenlenmesi,
- Ev kazaları ile ilgili eğitimler verilirken çocuğun büyüme ve gelişmesiyle ilgili özelliklerin dikkate alınması,
- Ebeveynlerin, ev ortamında ev kazası riskini azaltacak düzenlemelerde bulunmaları, özellikle düşmelere karşı önlemlerin alınması, bu konularda ebeveynlerin bilgilendirilmesi,

- 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelere ev kazalarında yapılacak ilk yardım uygulamaları konusunda eğitimlerin düzenlenmesi, bu eğitimlerin annelerin eğitim düzeylerine göre yapılması,
- İlkokul mezunu, çalışmayan, düşük gelirlili, dört veya daha fazla çocuğa sahip anne-babaların çocuklarında, geniş ailede yaşayan, sağlık problemi olan, müstakil evde yaşayan çocuklarda ve erkek çocuklarında ev kazası geçirme sıklığı fazla bulunduğundan, yapılan eğitimlerde bu özelliklerin dikkate alınması,
- Çocuğun sağlık problemleri olması durumunda daha fazla ev kazası sonucu yaralandıkları saptanmıştır. Bu yüzden çocukların sağlıklarını geliştirici uygulamalar çocuklarda meydana gelen ev kazalarını azaltacaktır. Ayrıca sağlık problemi olan çocuğu bulunan ailelerin çocuklarda ev kazalarına yönelik farkındalıklarını arttırıcı çalışmaların yapılması kazaları engelleyecektir.
- Çocuklarda ev kazalarını önleme programlarının oluşturulmasında çocuk hekimleri, aile hekimleri ve halk sağlığı hekimlerinin aktif rol alması,
- Bu çalışmanın daha geniş bir örneklem üzerinde diğer yaş gruplarını da kapsayacak şekilde yapılması önerilmiştir.

ÖZET

Çocuk Sağlığı İzlemi Yapılan 6 Ay-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazası Görülme Sıklığı Ve Nedenleri, Annelerin Ev Kazaları İle İlgili Uygulamalarının Belirlenmesi

Ev kazaları evin içerisinde, bahçesinde veya çevresinde meydana gelen kazalardır. Kasıtsız ev kazaları düşmeler, yanıklar, katılarla boğulma ve tıkanma, suda boğulma, zehirlenme gibi nedenlerle oluşmaktadır. Ev kazaları özellikle 0-6 yaş arası çocuklarda gelişimsel özelliklerinden dolayı daha sık görülmektedir. Korunulabilir olmaları, sık rastlanmaları, ölüm veya sakatlığa yol açabilmeleri ve yol açtıkları yüksek hastalık yükü nedeniyle ev kazaları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan araştırmalara göre anneler ev kazaları sırasında genelde çocuğun yakınında bulunan bireylerdir. Annenin ev kazası sırasında yapacağı ilk yardım uygulamaları, doğru yapıldığında çocuğun hayatını kurtarabileceği gibi yapılan yanlış uygulamalar çocukta kalıcı sakatlıklar ve ölümlere sebebiyet verebilmektedir.

Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Polikliniği'ne başvuran, 6 ay-6 yaş grubu çocukların ev kazaları sıklığını ve nedenlerini, annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya 400 çocuk dahil edilmiş; katılan çocukların özellikleri ve ev kazası geçirme sıklığını belirlemek amacıyla hazırlanan 23 sorudan oluşan soru formu kullanılmıştır. Soru formu araştırmacı tarafından konu ile ilgili kaynaklar taranarak geliştirilmiştir. Veriler çocukların anneleri ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama anketleri 1 Haziran 2015 -1 Ağustos 2015 tarihleri arasında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındıktan sonra başlanmıştır

Verilerin, istatistiksel analizleri “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 18,0” paket programı kullanılarak yapılmıştır. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher exact testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; 6 ay-6 yaş arasındaki çocukların %47,2'ü en az bir kez ev kazası geçirmiştir. Erkek çocuklarının (%54,5) kız çocuklarından (%45,5) daha fazla ev kazası geçirdiği belirlenmiş ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Evdeki çocuk sayısının fazlalığı, çocuğa ait sağlık sorunu veya sorunlarının varlığının ev kazası geçirme sıklığını artırdığı ve farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Anne ve babaların eğitim düzeyi arttıkça kaza sıklığının azaldığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Çocuğun ev kazası geçirme sıklığı ile anne babanın yaşı, ailenin gelir durumu, geniş ailede yaşaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda çocukların geçirmiş olduğu en sık ev kazası tipi sırasıyla düşmeler (%38,6), darbeler (%20,6) ve yanıklar (%14,8) olarak belirlenmiştir. Çocukların geçirdiği tüm kaza tiplerinde çocuğun yanında olan (%60,8) ve ilk yardım uygulamasını yapan (%56,4) kişiler anneler olmuştur. Araştırmaya katılan ailelerin kaza sırasında yaptığı uygulamaların %57,2'sinin doğru uygulamalar olduğu, araştırmada annelerin ilk yardım eğitimi almaya istekli oldukları (%65,4) ve bu eğitimleri sağlık personelinin (%86,2) almak istedikleri saptanmıştır. Çocuklarda ev kazası sıklığının yüksek olması nedeniyle, çocuklarda ev kazalarını azaltacak müdahale çalışmalarının yapılması ve özellikle annelere ilk yardım konusunda planlı eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: 6 Ay -6 Yaş, Ev Kazası, İlk Yardım Uygulamaları

ABSTRACT

Frequency and Reasons of Home Accidents Seen on Children Whose Age Group is From 6 Months to 6 Years and to Whom Paediatric Health Surveillance is Applied

Home accidents are accidents occurring at home, in the garden or around home. Unintentional home accidents occur due to the reasons such as falls, ambustions, asphyxia and choking with solid objects, drowning in water, intoxication. Home accidents are especially seen in 0-6 aged children due to their developmental features. Home accidents are significant public health problems as they can be avoided, frequently occur, can cause death or disability and cause high level of disease burden. According to the researches mothers are individuals who are close to the child during home accidents. First aid applications which shall be done by the mother during home accident may save the child's life when applied properly; however the false applications may cause permanent disabilities or death.

Research was conducted as a descriptive research in order to determine the frequency and reason of home accidents seen on 6 months- 6 years age group children who applied to Ankara University, Faculty of Medicine, Department of Paediatrics, Polyclinic of Social Peditry and to determine the applications of mothers about home accidents. 400 children were included in the research; a questionnaire, including 23 questions and prepared to determine the features of the children participated in the research and the frequency which these children are exposed to home accidents, was used. Questionnaire was developed by the researcher by scanning the resources upon the subject. Data were obtained from a face to face interview made with the children' mothers. Data collection questionnaires were conducted by the researcher between the dates of 1 June 2015- 1 August 2015. Research was begun after the approval was taken from Ankara University, Faculty of Medicine, Clinical Researches Ethics Committee.

Statistical analysis of the data was done with “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 18,0” packaged software. Nominal variables were evaluated with Pearson Chi-square or Fisher Exact tests.

According to the results of the research; %47,2 of children whose age group is from 6 months to 6 years had a home accident at least one time. It was determined that boys (%54,5) had more home accidents than girls (%45,5); but this difference was not found as meaningful in terms of statistics ($p>0,05$). It was determined that if the number of children was high, if the child had a health problem or health problems, the frequency of home accidents increases and this difference was determined as meaningful ($p<0,05$). It was specified that the frequency of the accidents decreased when the education levels of the mothers and fathers increased ($p>0,05$).

There was no statistical meaningful relation between the frequency of home accidents which the children were exposed to and the age of mother and father, income status of the family and living in extended family ($p>0,05$). It was determined in our research that the most frequent home accident types are falls (%38,6), strikes (%20,6) and ambustions (%14,8) respectively. In all accidents types the persons who were around the children and (%60,8) who applied the first aid application (%56,4) were mothers. It was specified that %57,2 of applications done by the mothers who participated in the research during the accident were appropriate, that mothers were enthusiastic about obtaining first aid training (%65,4) and that they wanted to obtain this training from health personnel (%86,2). As the frequency of home accidents which the children are exposed to are high, it is recommended to realize intervention studies which shall decrease the home accidents which the children are exposed to; and to provide planned first aid training especially to the mothers.

Key Words: 6 Months -6 Years, Home Accident, First Aid Applications

KAYNAKLAR

1. Karatepe TU, Akış N. 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Sıklığı ve İlişkili Faktörler, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 39 (3) 165-168, 2013, 165
2. Özcebe H. Çocuk ve Kazalar. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri (Sosyal Pediatri Dergisi Özel Sayısı), İzmir, 2005, 154-163.
3. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Halk Sağlığı Hemşireliği, Ankara: Göktuğ Yayıncılık, Ankara, 2008, 1, 9
4. World Health Organization, 2008. World report on child injury prevention, http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/, Erişim tarihi: 12.12.2015
5. Tanır F. (2011), Kazalar ve İlk Yardım. Erişim: 10 Mayıs 2012, <http://cukurovatip.cu.edu.tr/halksagligi/dersnotlari/Tanir-.2011.pdf>
- 6) Çınar ND, Görak G. 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Çocuk Forumu 2003;6:22-27.
- 7) Altundağ S, Öztürk MC. Ev kazaları nedeniyle hastaneye gelen 3-6 yaş grubu çocuklardaki kaza türleri ve bunu etkileyen etmenler. Çocuk Forumu 2004;5:60-64.
8. Runyan CW, Casteel C, Perkis D, Black C, Marshall SW, Johnson RM, et al. Unintentional injuries in the home in the United States Part I: mortality. Am J Prev Med 2005;28:73-9.
9. Health in Europe: Information and Data Interface. [HEIDI]. (2012). Development and coperations-Europeaid. Erişim: 15 Eylül 2015, https://webgate.ec.europa.eu/sanco/heidi/index.php/Heidi/Lifestyle/Injuries/European_Injury_Database

10. Alasya E. 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, Lefkoşa, KKTC, 2012.
11. Koçer N. *Çocuklar İçin İlk Yardım ve İlk Yardım Uygulamaları*. Ankara: Morpa Yayınları,2006, s.12-16.
12. Çınar ND. 0-6 Yaş grubu çocukların ev kazalarından korunmasında ailenin rolü. Klinik Çocuk Forumu 2004;62-6.
13. Çalışkan K, Avcı Ö. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Düşmelere İlişkin İlk Yardım Uygulamalarının İncelenmesi 4 Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,2010 Cilt:3,Sayı:3.
14. Altundağ S, Oztürk MC. The effects of home safety education on taking precautions and reducing the frequency of home accidents. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2007;13:180-5
15. Boztaş G. 0-48 Aylık Çocukların Ev Kazaları Sonucu Oluşan Yaralanmalarına İlişkin Annelerin Davranış ve Görüşlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2008,Ankara
16. Baysal SU, Birinci A, Çocukluk Çağında Yaralanmalar ve Yaralanma Kontrolü, Türkiye Klinkleri J Pediatri Sci 2006,2 (2):64-78
17. Çınar ND, Görak G. 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Çocuk Forumu 2003;6:22-27.
18. Finnegan KT, Rogers SC, Borrup K, Allen N, Saleheen H, Smith SR. The feasibility of screening for violence in the pediatric emergency department. Conn Med 2012;76:405-11.
19. Erkal S. Ev kazalarına neden olan konut faktörlerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara. 1992

20. Röbbel N. Analysis of the LARES data on housing conditions and children's accidents. Preventing children accidents and improving home safety in the European region. Identifying means to make dwellings safer. Report of WHO expert meeting, Bonn May 30-31, 2005.
21. Listorti JA, Doumani FM. Environmental Health, Bridging the Gaps. 2001. p. 183
22. Baysal SU, Yıldırım F, Bulut A. Çocuk Güvenliği Yaralanmalardan ve Zehirlenmelerden Korunma Güvenlik Kontrol Listesi. İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, 2005
23. Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva, World Health Organization, 2002.
24. Chen LH, Gielen AC, McDonald EM. Validity of self reported home safety practices. Injury Prevention, 2003, 9: 73-75.
25. Robertson AS, Rivara FP, Ebel B E, Lymp JF, Christakis DA. Validation of parent self reported home safety practices. Injury Prevention, 2005;11:209-212.
26. Hendrickson S G. Reaching an underserved population with a randomly assigned home safety intervention. Injury Prevention, 2005;11:313-317.
27. Bertan M, Çakır B. Halk Sağlığı Yönünden Kazalar. Halk Sağlığı Temel Kitabı. Ed: Bertan M, Güler Ç. Ankara, 1997
28. Tezcan S, Aslan D, Yardım N, Demiröz A, Coskun E, Cengiz G, Bayram G, Bozkurt M, Çelik M, Çelebi M. Ankara ili Altındağ Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Kaza Sıklığının Saptanması ve Kazaların Bazı Faktörlerle ilişkisinin Belirlenmesi. Ege Tıp Dergisi 2001, 40 (3):165-173.
29. Tezcan S, Özcebe H, Aslan D, Subası N, Yardım N. The Incidence Of Accidents In Two Different Regions Of Ankara Province. Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal) 2002, 24 (4):167-173.

30. Bilir N, Özcebe H, Vaizoglu SA, Aslan D, Subası N. Van ili Merkez ilçesi Kentsel Nüfusunun Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Düzeyinin Belirlenmesi Arastırması Raporu. TÜBİTAK Projesi, Proje No: 101YO92. Mayıs 2003, Ankara.
31. Binarbası C, Büyükçam F, Akgül G, Keles M. Ankara ili Keçiören Uyanış Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki 0-6 Yas Grubu Çocukların Yasadığı Bazı Hanelerde Görüşülen Kişilerin Ev Kazalarından Korunma Konusundaki Bilgileri ve Davranışları. Danışmanlar: Çilingiroglu N, Boztas G. İtern Raporu, Mart – Nisan 2006.
32. Köse O Ö, Bakırcı N. Çocuklarda Ev Kazaları. STED, 2007, 16 (3): 31-35.
33. Kurt FY, Aytekin A, 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazaları, HSP 2015;2 (1):22-32.
34. WHO. Child and Adolescent Injury Prevention: A WHO Plan of Action 2006-2015.
Geneva,2006,ErisimAdresi:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43267/1/9241593385_eng.pdf, Erişim tarihi:01.01.2016
35. Schwebel DC, Gaines J. Pediatric Unintentional Injury: Behavioral Risk Factors and Implications for Prevention. J Dev Behav Pediatr 2007, 28: 245–254.
36. Erkal S, Şafak Ş. Determination of the risks of domestic accidents for the 0-6 age group in the Tuzluçayır Village Clinic neighborhood. The Turkish Journal of Pediatrics 2006; 48: 56-62.
37. Yalaki Z, Taşar MA, Kara N, Dallar Y. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Ailelerin Ev Kazaları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi JAEM 2010;9 (3): 129-33
38. Laffoy M. Childhood accidents at home. Irish Medical Journal 1997; 90 (1): 26-27.

39. Mohammed S. Unintentional Childhood Injuries In The Home: The Perceptions Of First Time Mothers On The Risk Factors In Delft, Cape Town. Yüksek Lisans Tezi, Western Cape Üniversitesi, Halk Sağlığı Bölümü, Cape Town,2004.
40. Aktürk Ü, Erci B. 0 – 5 Yaş Grubu Çocuğa Sahip Annelerin Ev Kazalarına Neden Olan Faktörler ve Önlemeye Yönelik Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Saptanması [Bildiri]. 15. Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, (2012).
41. Gilbride SJ, Wild C, Wilson DR, Svenson LW, Spady DW. Socio-economic status and types of childhood injury in Alberta: a population based study. Erisim Adresi: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-6-30.pdf> ErişimTarihi:12.11.2015
42. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu [Unicef]. (2008). Unicef World Report On Child Injury Prevention. Erişim: 10 Eylül 2015, [http:// www.unicef.org /eapro/World_report. pdf](http://www.unicef.org/eapro/World_report.pdf)
43. Runyan CW, Casteel C, Perkis D, Black C, Marshall SW, Johnson RM, et al. Unintentional injuries in the home in the United States Part I: mortality. Am J Prev Med 2005;28:73-9.
44. Dal Santo JA, Goodman RM, Glik D ve Jackson K. Childhood Unintentional Injuries: Factors Predicting Injury Risk Among Preschoolers. Journal of Pediatric Psychology, 2004; 29 (4), 273-283.
45. Mahalakshmy T.; Dongre, A.R. ve Kalaiselvan, G. Epidemiology Of Childhood Injuries In Rural Puducherry, South India. Indian J Pediatr, 2011; 78 (7), 821-5.
46. Lee JO, Herndon DN. Burns and Radiation Injuries. In Feliciano DV, Kenneth L, Moore EE, editors. Trauma. 6th ed. McGraw-Hill; 2008. p. 1051-66.
47. World Health Organization, 2009. World report on child injury prevention, Erişim: 17. Ekim.2015,http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/

48. Uysalol M, 'Düşmelerin önlenmesi', İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil BD, Türkiye Klinikleri J Pediatri Sci 2015;11 (4),s:45-50
49. Karataş B, Kettaş E, Yurtsever, S. Interventions By Mothers Of 1-6 Year Old Children After Home Accidents. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 3 (2),2006;6: 1-14.
50. Yüksel F, Türkan D, Ünal BM, Dinç AH. Okul öncesi çocukluk dönemi ölümlerinde otopsi bulguları. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2010; 27: 148-51
51. Geyik A. M., Dokur M., Çocuklarda hafif kafa travmaları, SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroşirürji Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye ,*Türk Nörosirürji Dergisi* 2013,Cilt:23,Sayı:2,117-123
52. Kazancı. G, 'Kafa İçi Kanama Bulgusu İle Başvuran Hastalarda Sarsılmış Bebek Sendromu Sıklığı Ve Epidemiyolojisinin Belirlenmesi', Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara,2011.
53. Yağmur F, Aslan D, Çoşkun A, Asil H, Per H. Sarsılmış Bebek Sendromu, *Journal of Forensic Medicine Adli Tıp Dergisi* 2010; 24 (1): 42-49
54. Sevim E, Baysal SU. Çocuklarda Yanık Yaralanmaları ve Önleme, Türkiye Klinikleri J Pediatri Sci 2015;11 (4):38-44
55. Koltka K. Yanık Yaralanmaları: Yanık Derinliği, Fizyopatolojisi ve Yanık Çeflitleri, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bilim Dalı, Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, *J Turk Soc Intens Care* 2011; 9, Erişim adresi: http://www.yogunbakimderg.com/makale_2597/Yanik-Yaralanmalari-Yanik-Derinligi-Fizyopatolojisi-Ve-Yanik-Ceflitleri, erişim tarihi:12.12.2015
56. Erkozan M.F, Çocukluk Çağı Zehirlenmelerinin Retrospektif Analizi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi,Diyarbakır 2013

57. Şengül AT, koroziv madde içimi ve tedavisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye,2011.49.323-326. Erişim adresi:<http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/131201218625-3236.pdf>. Erişim tarihi:01.01.2016.
58. Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva, World Health Organization, 2002.
59. Litovitz Tl, Holm KC, Bailey KM, Schmitz BF. 1991- Annual Report of the American Association of Poison Control Center. National Data Collection System. Am J Emerg Med. 1992;10: 452-505.
60. Kahveci M, Çeltik C, Karasalihoglu S, Acunas B. Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Basvuran Çocukluk Çağı Zehirlenmelerinin Değerlendirilmesi. STED, 2004, 13 (1): 19-21.
61. Paes CEN, Gaspar VLV. Unintentional injuries in the home environment: home safety. J Pediatr (Rio J), 2005,81 (5 Suppl): S146-S154.
62. Turan İ, Ankara ili Mamak ilçesi Mamak Sağlık Ocağı Bölgesinde Oturan 0-6 Yas Grubu Çocuğu Olan Ev Hanımlarının Ev Kazalarından Korunma Yolları Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü ilkyardım ve Acil Bakım Bölümü. Ankara, 2005.
63. Özdemir Ç, Üzün, Sam B. Childhood Foreign Body Aspiration in istanbul, Turkey. Forensic Science International, 2005, 153 (2) (3): 136-141.
64. Arıca V, Dağ H, Kalçın S, Kök S, Bölük K, Doğan M. Çocuklarda Suda Boğulmalara Güncel Yaklaşımlar, T.C İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, Eğitim Sorumlusu, İstanbul, Mustafa Kemal Üniv. Tıp Derg, Cilt 4, Sayı 15, s:33-38,2013
65. Baysal S.U, Arzu .B, 'Çocukluk Çağında Kazalar ve Yaralanma Kontrolü', Türkiye Klinikleri J Pediatri Sci 2006;2 (2),s:64-78

66. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, Çocuk Sağlığı ve Güvenliği, TC Milli Eğitim Bakanlığı,
2009,Ankara,Erişimadresi:http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Geli%C5%9Fim.pdf,erişim tarihi:01.01.2016
67. Binici A, Banyo ve Tuvalette Çocuk Güvenliği, erişim adresi:
<http://www.parkzon.com.tr/cocuk/Makaleler.aspx?MakaleId=5>,erişim tarihi:08.02.2016
68. Kakillioğlu T, Kurt Z., Dalkılınc M., “Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı” T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İlk Yardım Ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı, Ankara, 2002
69. Chong S. ve Mitchell R. The Use Of Mapping To Identify Priority Areas For The Prevention Of Home Injuries. International Journal Of Injury Control And Safety Promotion, 2009; 16, 1, 35–40.
70. Erkal S. Identification of the number of home accidents per year involving children in the 0-6 age group and the measures taken by mothers to prevent home accidents. Turkish Journal of Pediatrics, 2010; 52 (2), 150-157.
71. Duff S, Ryan M, Mullan C, O'Keefe B, Nicholson A J. The use of local accident and emergency injury surveillance to monitor the impact of a lay safety community programme. Ir Med J, 2002; 95 (5), 143-5.
72. Aktaş B. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Durumu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2010; 19, 146-149.
73. Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F. Çocukluk Çağında Ev Kazalarına Yol Açan Etmenler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2011; 20, 3-89.
74. Yıldırım N. 1-4 Yaş Dönemi Çocuklar İçin Ev Kazası Risklerinin Belirlenmesi ve Bu Risklerin Azaltılmasında Sosyal Öğrenme Teorisine Dayalı Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Ankara, (2010).

75. Yıldırım N. ve Kubilay G. 1- 4 Yaş Dönemi Çocukların Ev Kazası Sıklığı ve Risk Faktörleri. [Bildiri]. 15. Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, (2012).
76. Aksakal FNB, Çetin FE, Özdemirkan T, Tunca MZ, Aygün R. 0-6 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ev Kazaları Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Saptanması [Bildiri]. 15. Halk Sağlığı Kongresi, Bursa,(2012).
77. Kendrick D, Coupland C, Mulvaney C, Simpson J, Smith SJ, Sutton A, Watson M, Woods A. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. Evid Based Child Health. 2013 May;8(3):761-939.
78. Turan T, Ceylan SS. 0-6 Yaş Grubu Çocukları Olan Annelerin Ev Kazalarını Önlemek İçin Aldıkları Güvenlik Önlemlerinin Aile Özelliklerine ve Son Bir Aydaki Ev Kazaları Sıklığına Göre Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, (2007), 17 (4), 52-58.
79. Morrongiello BA, Corbett M, McCourt M, Johnston N. Understanding Unintentional Injury Risk in Young Children. II. The Contribution of Caregiver Supervision, Child Attributes, and Parent Attributes. *Journal of Pediatric Psychology* 2006; 31 (6):540-551.
80. Tsoumakas K, Dousis E, Mavridi F, Gremou A, Matziou V, Parent's Adherence To Children's Home-Accident Preventive Measures. *International Council of Nurses*,2009; 56 (3), 369-374.
81. Şahiner P. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Hanelerde Ev Kazası İnsidansı ve Nedenleri. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.; 2009
82. LeBlanc JC, Pless IB, King Wj, et al. Home safety measures and the risk unintentional injury among young children: a mul-ticentre case- control study. *CMAJ* 2006; 175: 8837.
83. Currie J, Hotz V J, Accidents Will Happen? Unintentional Childhood Injuries And The Effects Of Child Care Regulations. *Journal of Health Economics*, 2004; 23, 25-59.

84. Mull DS, Agran PF, Winn DG, Anderson CL. Injury In Children Of Low-Income Mexican, Mexican American And Non-Hispanic White Mothers In The Usa: A Focused Ethnography. *Soc Sci Med*; 52 (7), (2001), 1081-91
85. Lyons RA, Newcombe RG, Jones SJ, Patterson J, Palmer SR, Jones P. Injuries In Homes With Certain Built Forms. *American Journal Of Preventive Medicine*, 30 (6),2006; 513-520.
86. Stone KE, Eastman EM, Gielen AC, Squires B, Hicks G, Kaplin D, Serwint JR. Home safety in inner cities: prevalence and feasibility of home safety-product use in inner-city housing. *Pediatrics*. 2007 Aug;120 (2):346-53.
87. Özcebe H. Yaralanma kontrol ve korunma programları ve güvenli toplumlar. İçinde: Güler Ç, Akın L, editörler. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006. p. 686-698.
88. Bombacı H, Ülkü K, Adıyeke L, Kara S, Görgeç M. Çocuk Yaralanmaları, Nedenleri ve Önlemler. *Acta Orthop Traumatol Turc*,2008; 42 (3), 166-173.
89. Kılıç B, Demiral Y, Özdemir Ç, Özdemir S, Djemalaj F, İlim O ve ark. İzmir'de Bir Gecekondu Bölgesinde Evde Yaralanma İnsidansı. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2006; 25 (3), 27 -32.
90. Runyan CW, Perkis D.; Marshall SW, Johnson RM, CoyneBeasley T, Waller AE, Black C,Baccaglini L, Unintentional Injuries In The Home In The United States Part II: Morbidity. *American Journal of Preventive Medicine*, (2005),8 (1),80-87
91. Valent F, Messi G, Deroma L, Marchi CD, Norbedo S, Marchi AGA Descriptive Study Of Injuries In A Pediatric Population Of North-Eastern Italy. *Eur J Pediatr*, 2007; 166: 949–955.
92. Schelp L. ve Elkman R, School accidents during a three scholl-years period in a Swedish Municipality. *Public Health*, (1991), 105, 113-120.Mar 28;3
93. Bhanderi DJ. ve Choudhary SA Study Of Occurrence Of Domestic Accidents In Semi-Urban Community. *Indian J Community Med*, 2008; 33, 104-6.

94. Sütölk Z, Savaş N, Demirhindi H, Özdener N, Akbaba M. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Büyük Acil Servisi'ne Ev Kazaları Nedeniyle Başvuranların Etiyolojik ve Demografik Özellikleri. *Toplum Hekimliği Bülteni*, (2007), 26 (2), 29-34.
95. Kim HB, Kim DK, Kwak YH, Shin SD, Song KJ, Lee SC. ve ark. Epidemiology of Traumatic Head Injury in Korean Children. *J Korean Med Sci*, 2012; 27, 437-442.
96. Phelan KJ, Khoury J, Xu Y, Lanphear B. Validation of a home injury survey. *Injury Prevention* 2009;15 (5): 300-306.
97. Sengoelgea M, Bauerb R, Laflamme L. Unintentional child home injury incidence and patterns in six countries in Europe. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 2008;15 (3):129-139.
98. Chan CC, Lui BPK, Chow CB, Cheng JCY, Wong TW. ve Chann K. Unintentional residential child injury surveillance in Hong Kong. *J. Paediatr. Child Health*, 2003; 39, 420-426.
99. Küçüköğlü S, Arıkan D. ve Cürçani M. Kırık, Çıkık ve Burkulma Durumlarında Çocuklara Yapılan İlk Yardım Uygulamalarının Özelliklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009; 12, 4.s:74-83
100. Şimşek F, Ulukol B, Usubütün S, Başkan S. Çocukluk Çağı Kazalarından Korunmada Ev Güvenliği Davranışları Ve Anne Farkındalığı Üzerine İki Farklı Ebeveyn Eğitim Programının Değerlendirilmesi, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2011; 64 (3).s.111-118
101. Serinken M, Türkçüer İ, Karcıoğlu Ö, Semih Akkaya S. ve Emrah Uyanık E. Kadınların Başına Gelen Ev Kazaları ve İlk Yardım Bilgi Düzeyleri. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.*, 17 (5), 2011; 445-449.
102. Seiler T. Bebeklere ve Çocuklara ilk Yardım. İstanbul: Optimist, 2007, s. 17

103. King WJ, LeBlanc JC, Barrowman NJ, Klassen TP, Bernard-Bonnin AC, Robitaille Y, et al. Long term effects of a home visit to prevent childhood injury: three year follow up of a randomized trial. *Injury Prevention* 2005; 11 (2): 106-109
104. Karaman C, Şen S, Erkmen C, Buğa Ö. ve Gümüş H. 1-4 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Temizlik Maddelerini Saklama Koşulları ve Riskleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2005; 14 (11), 237-240.
105. Dereli F, Turasay N. ve Özçelik H. Muğla İki No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 2010; 9 (3), 217-224.
106. Coşkun C, Seçil Ö. ve Maral I. Çankırı-Eldivan İlçe Merkezinde 0-14 Yaşlar Arasında Çocuğu Olan Annelerin İlk Yardım Bilgi Düzeyleri ve İlk Yardım Gerektiren Durumların Sıklığı. *Türkiye Çocuk Hast Derg* 2008;2(3):11-18
107. İnanç B, Şahin D. ve Demir C. 1-6 Years Aged Childrens' Mothers' First Aid for Burns Observation in Mardin City Center. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*,2012; 4 (3), 175-8.

EKLER

EK 1. ANKET FORMU

ÇOCUK SAĞLIĞI İZLEMİ YAPILAN 6AY-6YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA EV KAZASI GÖRÜLME SIKLIĞI VE NEDENLERİ, ANNELERİN EV KAZALARI İLE İLGİLİ UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ'NE YÖNELİK SORU FORMU

(Soru formu anneye yöneliktir.)

İBÖLÜM: ANNE VE BABAYA AİT SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.

1. Anne yaşı?

2. Baba yaşı?

3. Annenin eğitim durumu?

- Okuma yazma bilmiyor
- Okuma yazma biliyor
- İlköğretim
- Lise
- Yükseköğretim

4. Babanın eğitim durumu?

- Okuma yazma bilmiyor
- Okuma yazma biliyor
- İlköğretim
- Lise
- Yükseköğretim

5. Annenin çalışma durumu?

- Çalışıyor
- Çalışmıyor

6. Eşiniz çalışma durumu?

- Çalışıyor
- Çalışmıyor

7. Sağlık sorununuz var mı? Varsa belirtiniz.

- Evet
- Hayır

8. Eşinizin sağlık sorunu var mı? Varsa belirtiniz.

- Evet
- Hayır

9. Ailenin aylık gelir durumu

- Asgari ücret altında
- Asgari ücret
- Asgari ücretin üstünde

10. Evdeki çocuk sayısı

11. Ailenizde eşiniz ve çocuklarınız dışında sizinle yaşayan kişiler var mı?

- Evet

Cevabımız evet ise kimler olduğunu açıklayınız. _____

- Hayır

12. Oturduğunuz evin tipi nedir?

- Apartman
- Müstakil- bahçeli ev

13. Ailenin tipi

- Çekirdek aile
- Geniş aile
- Parçalanmış aile

II. Bölüm: 6AY-6 YAŞ ARASI ÇOCUK İLE İLGİLİ SORULAR

14. Çocuğunuz kaç yaşındadır belirtiniz?

15. Çocuğunuzun cinsiyeti nedir belirtiniz?

- Kız
- Erkek

16. Çocuğunuzun herhangi bir sağlık sorunu var mı ?

- Evet (Açıklayınız) _____
- Hayır

17. Çocuğunuzun evde bakımından sorumlu kişi veya kişiler kimlerdir?

18. Bu çocuğın kaçınıcı çocuk olduğunu lütfen belirtiniz?

19- Çocuğunuz şimdiye kadar hiç ev kazası geçirdi mi? (cevabımız hayır ise 20. soruya geçiniz)

- Evet (Lütfen aşağıdaki tabloyu doldurunuz)
- Hayır

Geçirilen Kaza Türü	Çocuğunuz hangi tür kaza geçirdi ?	Kaza Olduğunda Çocuk Kaç Yaşındaydı	Kaza Evin Hangi Bölümünde Oldu	Yanında Kim Vardı	Kaza Günün Hangi Vaktinde Oldu	Yapılan İlk Uygulama Ne Oldu	İlk Uygulamayı Kim Yaptı ?	Sağlık Kuruluşuna Götürüldü mü?	Kaza sonucu ne oldu?
Düşme (Yaralanma veya kırık-çıkık ile sonuçlanan)									
Darbe (Sert bir cisim tarafından gelen darbe, kapıya sıkışmalar)									
Yaralanma (Kesici-delici alet yaralanmaları)									
Yanma									
Boğulma									
Ağza, Göze, Kulağa, buruna yabancı cisim kaçması									
Zehirlenme									
Diğer									

III. BÖLÜM: İLK YARDIM İLE İLGİLİ BİLGİ TALEBİ

20- Daha önce ilk yardım konusunda herhangi bir bilgi/eğitim aldınız mı?

Evet

Cevabınız evet ise nereden aldınız ? _____

Hayır

21. İlk yardım konusunda bilgi almak ister misiniz?

Evet

Cevabınız evet ise nerede almak istersiniz? _____

Hayır

22. Hangi konuda bilgi almak istersiniz (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Düşme

Darbe

Kesici-delici alet yaralanması

Yanma

Boğulma

Ağza, buruna, göze, kulağa yabancı cisim kaçması

Zehirlenme

Diğer

23. İlk yardım konusunda alacağınız bilgiyi kim veya nereden almak istersiniz?

Sağlık personeli

Televizyon

Broşür/kitap

Diğer, belirtiniz...

EK 2. AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Sorumlu araştırmacı: Dr. Özgür Öztürk

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Sosyal Pediatri Bilim Dalı olarak Çocuk Sağlığı İzlem polikliniğine başvuran 6ay-6 yaş grubu çocuk annelerinin “Çocuklarda ev kazaları, sıklığı ve nedenleri annelerin ev kazaları konusundaki yaklaşımlarını belirlemeye yönelik bir araştırma planlanmış ve soru formları hazırlanmıştır.

Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayalıdır. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz.

Amaçlarımız: Çocuklarda görülen ev kazaları nedenlerini ve bunların sıklığının belirlenmesi, annelerin ev kazalarına yönelik yaklaşımın ortaya konulması.

Elde edeceğimiz veriler salt bilim amaçlı kullanılacak olup, hiçbir şekilde üçüncü şahıs kişilerle paylaşılmayacaktır.

Araştırma Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Sosyal Pediatri Bilim Dalı Üyesi Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN tarafından koordine edilmektedir.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Katılımcı Beyanı Sayın Özgür ÖZTÜRK tarafından, Ankara Üniv. Tıp. Fak Çocuk Hast. Sosyal Pediatri polikliniğine başvuran 6ay-6 yaş grubu çocuk annelerine çocukların ev kazaları sıklığı ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi amacı ile bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Özgür ÖZTÜRK'ü hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünce süresi sonunda adı geçen bu araştırma katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Görüşme Tanığı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

Araştırıcının Bilgilendirildiğine Dair Belge

Çocuk sağlığı izlemi yapılan 6ay-6yaş grubu çocuklarda ev kazası görölme sıklığı ve nedenleri, annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi “adlı araştırma ile ilgili bilgiye sahibim. Türkiye’ de Klinik Araştırmalar ve Yasal Düzenlemeler kitapçığının; iyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu’ nu dikkatle okudum ve araştırmamı gösterdiği doğrultuda yürüteceğime dair bu belgeyi imzalıyorum.

Dr . Özgür Öztürk

Prof. Dr.Sevgi Başkan

EK 3. ETİK KURUL FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk Sağlığı İzlemi Yapılan 6 ay-6 yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazası Görülme Sıklığı ve Nedenleri, Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Uygulamalarının Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA
	TELEFON	0312 595 82 27
	FAKS	0312 310 63 70
	E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Sevgi BAŞKAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Kesitsel/Tanımlayıcı				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Mehmet MELLİ
İmza:

M. Melli

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ömer Ç. Çelikkaya
Fakülte Başkanı
2015

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Çocuk Sağlığı İzlemi Yapılan 6 ay-6 yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazası Görülme Sıklığı ve Nedenleri. Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Uygulamalarının Belirlenmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:07-300-15	Tarih: 27 Nisan 2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Not: Katılımcıların kimlik bilgilerinin gizli kalması için anket çalışmalarında Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunun doldurulması gerekmektedir.			

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOY ADI:		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
		Prof.Dr.Mehmet MELLİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>M. Mellî</i>
Prof.Dr.Cihan YURDAYDIN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Derste</i>
Prof.Dr.Mehmet GÜREL	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>M. Gürel</i>
Prof.Dr.Tanju ÖZÇELİKAY	Farmakoloji	A.Ü.Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Tanju Özçelikay</i>
Prof.Dr.Cem ATBAŞOĞLU	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Cem Atbaşoğlu</i>
Prof.Dr.Serdar ÖZTÜRK	Tıbbi Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Serdar Öztürk</i>
Prof.Dr.Serap SIVRI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Serap Sivri</i>
Prof.Dr.Zarife ŞENOCAK	Hukuk	A.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Derste</i>
Prof.Dr.Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Toplantıda</i>
Doç.Dr.A. Rulhi SOYLU	Biyofizik	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Toplantıda</i>
Doç.Dr.Derya ÖZTUNA	Biyostatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Derya Öztuna</i>
Doç.Dr.Selami Koçak TOPRAK	İmmatoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Selami Koçak Toprak</i>
Yrd.Doç.Dr.Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Nüket Kutlay</i>
Uz.Dr.Önder İLGİLİ	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Önder İlgili</i>
Mühübe SUTAY	İşletme	-	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Mühübe Sutay</i>

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Mehmet MELLİ

İmza:

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
Ömer ÇEBİN
Fakülte Sekreteri

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

29 Nisan 2015