

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TRABZON İLİ KALKINMA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAĞLI 0-6  
YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN EV KAZALARINA  
YÖNELİK ALDIĞI GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİN  
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Zehra Aslan Aydoğdu**

**Trabzon-2018**

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TRABZON İLİ KALKINMA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE  
BAĞLI 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN EV  
KAZALARINA YÖNELİK ALDIĞI GÜVENLİK  
ÖNLEMLERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE  
GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Zehra ASLAN AYDOĞDU**

**Tez Danışmanı- Yrd. Doç. Dr. Elif ATEŞ**

**Trabzon-2018**

## ÖNSÖZ

*Uzmanlık eğitim sürecimde ve tez çalışmamın tüm aşamalarında ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bana yol gösteren, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Elif ATEŞ'e, eğitim sürecim boyunca desteğini yanımda hissettiğim, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Turan SET'e,*

*Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine,*

*Tez çalışmam için gerekli verileri topladığım Trabzon ili Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi'nde görevli değerli hekimler ve yardımcı personellerine,*

*Hayatımın her aşamasında yanımda olup bugünlere ulaşmamda en büyük role sahip olan, varlıklarıyla hayatıma değer katan anneme, babama, ablam ve kız kardeşime, daima sevgisini ve desteğini yanımda hissettiğim hayat arkadaşım Halil İlhan AYDOĞDU'ya*

*Teşekkür ederim.*

*Dr. Zehra ASLAN AYDOĞDU*

## **KISALTMALAR**

**ASM:** Aile sağlığı merkezi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**TVYA:** Toplam vücut yanık alanı

**SS:** Standart sapma



## **TABLÖLAR**

**Tablo 1.** Çocuğu ev kazası geçiren ve geçirmeyen annelerin ölçek puanı durumu

**Tablo 2.** Çocuğu ev kazası geçiren ve geçirmeyen annelerin puan ortalamalarının gruplandırılmış ev bölümleri ile ilişkisi

**Tablo 3.** Ölçek puanını etkileyen faktörler

**Tablo 4.** Kaza geçirme durumunu etkileyen faktörler



## **GRAFİKLER**

**Grafik 1.** Araştırmaya katılanları eğitim durumu

**Grafik 2.** Araştırmaya katılanların aile yapısı

**Grafik 3.** Kaza geçiren çocukların kaza geçirme yerleri

**Grafik 4.** Geçirilen kaza çeşitleri



## ŞEKİLLER

Şekil 1. 9'lar kuralı

Şekil 2. Lund-Browder şeması



## ÖZET

**Amaç:** Kazalar ve yaralanmalar, önlenebilir olması nedeniyle özellikle çocukluk çağında dikkat edilip, önlem alınması gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kazalar arasında ev kazalarına sıklıkla rastlanmaktadır. Çocuklar ve gelişim dönemleri itibariyle 0-6 yaş arası çocuklar ev kazaları açısından riskli gruptadır. Çalışmamızda 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin sosyodemografik özellikleri ile ev kazalarına ilişkin aldıkları güvenlik önlemlerinin karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç Yöntem:** Çalışmamız Temmuz 2017 ile Aralık 2017 tarihleri arasında Trabzon ili Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 0-6 yaş grubu çocuğu olan 244 kadın gönüllü birey dahil edilmiştir. Katılımcılara demografik bilgiler anketi ve 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $30,8 \pm 5,4$  yıl idi. Çocukları ev kazası geçiren annelerin oranı %42,6 (n=104) olarak saptanmıştır. Geçirilen kazanın türü en sık olarak %67,3 (n=76) düşme iken bunu sırayla %15,9 (n=18) oranla yanık, %6,2 (n=7) oranla zehirlenme, %4,4 (n=5) oranla kesici-delici alet yaralanması, %3,5 (n=4) oranla elektrik çarpması, %1,8 (n=2) oranla boğulma, %0,9 (n=1) oranla üzerine eşya düşmesi izlemektedir. Annelerin ölçek puan ortalaması  $176,6 \pm 16,2$  olduğu belirlenmiştir. Annelerin eğitim durumları açısından aldıkları ölçek puanı arasında anlamlı bir fark saptanmış olup ( $p=0,049$ ), üniversite ve üstü eğitim alanların ölçekten en yüksek puanı aldıkları saptanmıştır. Ailelerin gelir durumu açısından ölçekten aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark vardı ( $p=0,015$ ). Çocuk sayısı ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktu ( $r=-0,067$ ,  $p=0,299$ ).

**Sonuç:** Çocukluk çağı ev kazaları önlenebilir olması nedeniyle üzerinde hassasiyetle çalışılmalıdır. Çocuğun bakımından sorumlu aile fertlerinin bilinçlendirilmesi ve ev ortamında gerekli önlemlerin alınmasının sağlanması ile çocuklar kazadan korunabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** ev kazaları, 0-6 yaş çocuk, anne



## **ABSTRACT**

**Introduction:** Accidents and injuries are an important public health problem that must be taken into consideration, especially in childhood, because it can be avoided. House accidents are common among accidents. Children and 0-6 years children are at risk for home accidents in term of developmental periods. It is aimed to compare the socio-demographic characteristics of mothers of 0-6 age group with the safety measures they have taken against house accidents.

**Material method:** Our study was performed between July 2017 and December 2017 in the Trabzon Province Kalkınma Family Health Center. 244 female volunteers with 0-6 age group were included in the study. Participants' demographic information questionnaire and 'the Scale for Recognizing Security Measures for Home Accidents in 0-6 Age Children' were done through face to face interview.

**Findings:** The mean age of the participants was  $30.8 \pm 5.4$  years. The rate of the mothers who had a home accident was found to be 42.6% (n = 104). The following most common type of accident was the burning with 15.9% (n = 18), poisoning with 6.2% (n = 7), cutter penetrating tool injury with %4.4 (n = 5), electric shock with 3.5% (n = 4), drowning with 1.8% (n = 2), falling object over child with 0,9% (n = 1) of the other injuries. The mean scores of the scales were  $176,6 \pm 16,2$ . A significant difference was found between the scale scores of the subjects in terms of educational status (p = 0,049). It was found that university and higher education students got the highest score from the scale. There was a significant difference between the scores of the families in terms of income status (p = 0,015). There was no statistically significant correlation between the number of children and scale point (r=-0,067, p = 0,299).

**Conclusion:** Because of childhood accidents can be avoided, they should be studied sensitively. To raise awareness of the family members responsible for the care of the child and ensuring that the necessary precautions are taken in the home will enable the children to be protected from accident.

**Keywords:** home accidents, 0-6 year old, mother

# İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	ii
TABLolar.....	iii
GRAFİKLER.....	iv
ŞEKİLLER.....	v
ÖZET.....	vi
SUMMARY.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Kazanın Tanımı, Sınıflandırılması, Ev Kazaları ve Görülme Sıklığı.....	2
2.2. Riskli Bireyler.....	3
2.3. Ev Kazalarının Epidemiyolojik Özellikleri.....	3
2.3.1. ÇocuğaAit Faktörler.....	3
2.3.1.1. Yaş.....	3
2.3.1.2. Cinsiyet.....	4
2.3.1.3. Kişilik Özellikleri.....	4
2.3.2. Aileye Ait Faktörler.....	4
2.3.2.1. Eğitim.....	4
2.3.2.2. Sosyoekonomik Durum.....	4
2.3.2.3. Evde Yaşayan Kişi Sayısı.....	5
2.3.3. Çevreye Ait Faktörler.....	5
2.3.3.1. Konu Özellikleri.....	5
2.4. Çeşitli Ev Kazalarının Temel Özellikleri.....	5
2.4.1. Boğulma.....	5
2.4.2. Yanık.....	7
2.4.3. Düşme.....	12
2.4.4. Zehirlenme.....	13
2.4.5. Kesici-Delici Alet Yaralanmaları.....	15
2.5. Ev Kazalarından Korunmak İçin Alınması Gereken Önlemler.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Çalışmanın Yapısı.....	18
3.2. Örneklem.....	18

3.3. Veri Toplama Araçları.....	18
3.3.1. Demografik Bilgiler Anketi.....	18
3.3.2. 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği.....	19
3.4. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	19
3.5. Sonuç Ölçütü.....	19
3.6. Örneklem Hacmi.....	20
3.7. İstatistiksel Analiz, Değerlendirme Yöntem ve Biçimleri.....	20
3.8. Etik Konular.....	21
4. BULGULAR.....	22
4.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri.....	22
4.2. 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Puanları.....	25
4.2.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri ile 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	26
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ.....	39
KAYNAKLAR.....	40
EKLER.....	44

Ek 1: Demografik Bilgiler Anketi

Ek 2: 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik  
Önlemlerini Tanılama Ölçeği

Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek 4: Etik Kurul Onay Belgesi

Ek 5: Halk Sağlığı Müdürlüğü Onay Belgesi

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kaza; beklenmedik bir zamanda ortaya çıkan, can ve mal kaybına sebep olan olaylar olarak tanımlanmaktadır (1). Kazalar her zaman can ve mal kaybına neden olmamakta, yaralanma ile sonuçlanabilmektedir. Yaralanma ise insan vücudunun ani şekilde fizyolojik olarak tolere edilemeyecek miktarda enerjiye maruz kaldığında oluşan fiziksel hasar veya oksijen gibi bir veya daha fazla yaşamsal unsur eksikliğinin sonucu olarak tanımlanır (2). Kazalar ve yaralanmalar, önlenebilir olması nedeniyle özellikle çocukluk çağında dikkat edilip, önlem alınması gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Kaza türleri arasından ev kazalarının sayıca sık olduğu tahmin edilmektedir. Fakat ev kazaları ile ilgili kayıtlar düzenli tutulmadığından gerçek sıklık bilinmemektedir.

İsveç'te yapılan bir çalışmada, ev kazası geçiren çocukların %50'si yanık veya haşlanma, %30'u mobilyadan düşme, %20'si göz veya kafa travması ve zehirlenme şeklinde yaralanmışlardır (3). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise ev kazalarındaki en büyük kısmını %48,3 ile düşmeler oluşturmaktadır (4).

İnsan, ev kazalarının ilk sıralarda olan nedenlerinden biridir. Kişilerin davranışları, bilinçli olsun veya olmasın kazaların meydana gelme riskini arttırmaktadır (1). Kişilerin kazalardan kendilerini ve çevrelerinde bulunanları korumaları önemlidir. Ev kazalarına en sık maruz kalan gruba okul öncesi dönemi çoğunlukla evde geçiren 0-6 yaş grubu çocuklar oluşturmaktadır. Bu yaştaki çocukların kazalardan korunma becerileri yeterince gelişmemiştir (5). Bu yüzden bu konudaki görev daha çok ebeveynlere düşmektedir. Toplumumuzda sıklıkla evde çocuğa bakan kişi olarak anneler bulunduğundan, ev kazalarını önlemek için önlemleri de daha çok anneler almaktadır.

Çalışmamızda; 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin sosyodemografik özellikleri ile ev kazalarına ilişkin aldıkları önlemleri karşılaştırarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonunda annelerin ev kazalarından korunmak için aldıkları önlemler ve ev kazaları için risk faktörleri belirlenerek, ev kazalarına ilişkin farkındalığın artırılmasına yönelik yapılacak çalışmalara katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

## 1. GENEL BİLGİLER

### 1.1. Kazanın Tanımı, Sınıflandırılması, Ev Kazaları ve Görülme Sıklığı

Beklenmedik bir zamanda ortaya çıkan, can ve mal kaybı, yaralanmalara sebep olan olaylar kaza olarak tanımlanmaktadır (1). Kazalar meydana geldikleri yerlere göre; ev kazaları, trafik kazaları, iş kazaları gibi gruplandırılabilirler (6).

Ev kazaları evin içinde ya da etrafında gerçekleşen kazalar olarak değerlendirilmektedir (7). Hemen her gün yaklaşık 2000 çocuğun hayatını kaybetmesinin nedeni önlenebilir ev kazalarıdır (8).

İngiltere’ de yapılan bir çalışmada çocukluk çağı yaralanmalarının %48’ inin evde gerçekleştiği, tüm yaralanmalar içinde %21’ ini kesik ve laserasyonların (%47’ si evde), %19’ unu hematom ve ekimozların (%48’ i evde), %13’ ünü kırıkların (%31’ i evde), %12’ sini burkulma ve incinmelerin (%32’ si evde), %12’ sini inflamasyon ve ödemin (%35’ i evde), %6’ sını ise yüzeysel abrazyonların (%37’ si evde) oluşturduğu bulunmuştur (9). Hindistan’da üçüncü basamak bir acil serviste prospektif olarak yapılan çalışmada ev kazaları sıklığı %60,8 olarak ve %30,6 ile en fazla yaralanma tipi olarak da kırık saptanmıştır (10).

Ev kazalarına ilişkin sayısal veriler Türkiye’de net olmasa da yapılan bir araştırmaya göre ev kazaları tüm kazaların yaklaşık %18-25’ ini oluşturmaktadır. 0-6 yaş grubu çocuklarda düşmelere bağlı ölümlerle sonuçlanan olayların %50-80’ i evde gerçekleşmektedir (11). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ev kazaları oranı düşme-kayma için %36, yanma-haşlanma için %29 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada kazaların görülme sıklığı ile babaların eğitim düzeyi arasında negatif korelasyon izlenmiştir. Daha kalabalık ailelerde ev kazası geçirme sıklığının artmış olduğu saptanmış ve ailelerin sadece %27’ sinin kaza sonrası gerekli önlemleri aldığı belirlenmiştir (12). Ülkemizde yapılan 5 yaş altı kazalara bağlı ölümlerin incelendiği bir araştırmada 5 yaş altı kazaların %29,8’ i evde meydana gelmişken, yaş gruplarına

göre bakıldığında 0-1 yaş grubundaki ev içi kazaların oranı %66,7, 1-2 yaş grubu ev kazaları oranı ise %56,1 olarak saptanmıştır (13).

## **1.2. Riskli Bireyler**

Kazalar, tüm insanları etkilese de özellikle fiziksel veya tıbbi durumları itibariyle bazı gruptakiler risk altındadır. Ev kazalarının birçoğunda yaşamın ilk yıllarında veya yaşlılık dönemlerinde olan bireyler risk altındadır.

Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde her yaş grubunda farklı kazalar daha sık gözlenmektedir. Örnek olarak 10-12. aylarda yabancı cisim yutmaları daha sık gözlenirken, 13-15. aylarda sıcak cisim yanıkları gözlenmektedir. Yine 16-18. aylarda ilaç dışı zehirlenmelere sık rastlanırken, 24-30. aylarda ilaç zehirlenmelerine sık rastlanmaktadır (14).

Küçük çocuklar meraklı ve araştırmacıdır ancak kendilerini kazalardan koruyabilecek gelişimsel yeterliliğe sahip değildirler. Ayrıca dengelerini kolay sağlayamadıklarından ev kazaları daha fazla görülmektedir (15).

## **1.3. Ev Kazalarının Epidemiyolojik Özellikleri**

### **1.3.1. Çocuğa ait faktörler**

#### **1.3.1.1. Yaş**

Ev kazalarında önemli etmenlerden biri çocukların yaşıdır. Yapılan bir çalışmada 24-35 aylık çocukların diğer yaş gruplarına göre daha sık kaza geçirdiği ve bunun nedenlerinin de bu yaş grubundaki çocukların evde daha fazla vakit geçirmesi, çevreye karşı duydukları ilgi ve merakın daha fazla olması ve ince motor becerileri çok gelişmemiş olması olarak saptanmıştır (16). 0-6 yaş grubundaki ev kazalarının araştırıldığı başka bir çalışmada ise en sık kaza geçiren çocuk yaşı 3-12 ay olarak saptanmıştır (4).

### **1.3.1.2. Cinsiyet**

Yapılan çalışmalarda erkek çocukların kız çocuklarına oranla daha fazla kaza geçirdikleri saptanmıştır ve bu durum genellikle erkek çocukların daha hareketli olmasına bağlanmıştır (4, 16, 17).

### **1.3.1.3. Kişilik özellikleri**

Çocukların daha çok risk almaları, heyecan aramaları kazalarda etkili iken; çocuğun huyu, mizacı etkili bulunmamıştır (18).

## **1.3.2. Aileye ait faktörler**

### **1.3.2.1. Eğitim**

Bazı çalışmalarda annenin eğitim durumu ile kaza geçirme sıklığı arasında ilişki saptanmamış olup bu durumun sebebinin ev kazaları ile ilgili yeterli farkındalığın eğitim kurumlarında yeterince verilmemesi olarak yorumlanmıştır (16, 17). Çiçekler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ilköğretim mezunu annelerin ortaöğretim ve üniversite mezunu annelere göre daha fazla güvenlik önlemi aldığı sonucuna varılmıştır (19). Ancak lisans ve üzeri eğitim alanların, ilkokul –ortaokul eğitimi alanlara göre daha fazla güvenlik önlemi aldığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (20).

### **1.3.2.2. Sosyoekonomik durum**

Ailelerin gelir düzeyleri ev kazalarından çocukları korumak için alınması gereken güvenlik önlemlerinin uygulanması açısından önemli bir faktördür. Düşük

sosyoekonomik gelir düzeyi sıcak su yanıkları, zehirlenme ve düşme gibi ev kazaları riskini arttırmaktadır (14).

### **1.3.2.3. Evde yaşayan kişi sayısı**

Bazı kültürlerdeki kalabalık aileler şeklinde ortak yaşamın çocuk ev kazaları için risk oluşturacağı düşünülse de bu konuda Karatepe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evde yaşayan kişi sayısı ile kaza sıklığı arasında ilişki bulunmamıştır (16).

### **1.3.3. Çevreye ait faktörler**

#### **1.3.3.1. Konut Özellikleri**

Karatepe ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada kaza geçirme sıklığı ile yaşanan ev tipi arasında ilişki saptanmamıştır (16).

## **1.4. Çeşitli Ev Kazalarının Temel Özellikleri**

### **1.4.1. Boğulma**

Su çocukların yaşamının her alanında yer almaktadır. Büyümek için, temizlenmek için suya ihtiyaç duyarlar. Birçok çocuk için su eğlence, oyun ve macera anlamına da gelmektedir. Su aynı zamanda tehlikeli de olabilmektedir. Küçük bir çocuk banyodaki bir kova su veya pirinç tarlasındaki birkaç santimetrelilik su ile boğulabilir (2).

Boğulma yaş grupları, suyun kütlesi ve aktivitesine göre epidemiyolojik özellik gösteren bir yaralanma türüdür. Birçok ülkede boğulma 5 yaş altı çocuklarda ölüme sebep olan beklenmedik kazalarda ilk üç neden içinde yer almaktadır.



Boğulma çocuğun solunum yollarının sıvı bir ortama daldırılıp solunumunda zorluğa neden olması olarak tanımlanmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2004 yılı verilerine göre dünyada 388.000 kişi boğularak ölmüş ve bunların %45' i 20 yaşından küçük bireylerdir. Boğulma 15 yaşından küçük çocuklarda ölüm nedenleri arasında 13. sırada yer almakta ve düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre 6 kez daha fazla görülmektedir (2).

Tüm yaş gruplarında 5 yaş altı çocuklarda boğulmalara bağlı mortalite oranı en yüksek ve 5 yaş altı çocuklardan 1-4 yaş arası çocuklarda mortalite pik seviyededir. Çocukların boğulmalarındaki risk ve şartlar genellikle çocuğun gelişim evresi ile ilişkilidir. Çünkü bir yaş altı infantlar genellikle kendi başlarına suya giremezler, bu yaştaki beklenmeyen boğulmalar sıklıkla çocuğun yalnız veya küçük kardeş gibi niteliksiz bakıcı ile birlikte suya ya da su yanına bırakılması sonucu gerçekleşir (2). Ölüme sebep olan boğulmaların araştırıldığı bir çalışmada 1-4 yaş arası çocuk oranı %19,4 olarak saptanmıştır (21). Sıklıkla ebeveyn veya bakıcı çocuğun suya düştüğünün ya da suyun yanına ulaştığının farkında olmamaktadırlar (22).

Amerika'da yapılan bir çalışmada infantların en sık banyo ve kovada, 1-4 yaş arası çocukların yüzme havuzunda, 5 yaşından büyük çocukların ise sıklıkla havuz, göl ve nehirlerde boğuldukları belirlenmiştir (23). Boğulmalara bağlı ölümlerin büyük çoğunluğu kırsal alanlarda (% 91,0) ikamet eden çocuklar arasında gerçekleştiği saptanmıştır (21).

Küresel verilere göre boğulmalara bağlı ölüm hızları infantlar hariç tüm yaş gruplarında erkek cinsiyette daha fazladır (2). Samsun'da çocukluk çağı medikolegal ölümlerinin incelendiği bir çalışmada kazalara bağlı ölümlerin yaklaşık %14' ünün suda boğulmalara bağlı gerçekleştiği ve suda boğulmalara bağlı ölümlerin %15,2' inin 1-4 yaş arası çocuklarda görüldüğü belirlenmiştir (24). Aydın'da yürütülen bir çalışmada ise %33,3 oranı ile en sık görülen yaş grubu 0-4 yaş olarak saptanmıştır. Boğuldukları yerler olarak sıklıkla deniz, havuz, sulama kanalı saptanmıştır. Türkiye'de iç kesimlerin denizle bağlantısı olmadığından sulama kanalları boğulma yerlerinde ilk sırada yer almaktadır. Çalışmada ayrıca mevcut su alanları için gerekli önlemler alındığında %25 oranında boğulmaların önlenebileceği saptanmıştır (25).

Van'da kazalara bağlı meydana gelen ölümlerin incelendiği bir araştırmada ise suda boğulmaların ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer aldığı ve üçüncü sırayı ise bir cismin altında kalarak meydana gelen karın ve göğüs basıları ile yabancı cisim ve gıda aspirasyonlarına bağlı asfiksilerin oluşturduğu gözlemlenmiştir (13).

Boğulmalara bağlı ölümler ekonomik gelirin düşük olması ile ilişkidir. Ekonomik gelirin düşük olması da eğitimde eksiklik için bir risk faktörü olabilir. Eldeki bazı veriler aile reisleri ve bakım verenlerin eğitim seviyelerinin çocuklardaki boğulmalara bağlı ölümlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir (2). Meksika'da yapılan bir çalışmada 1-4 yaş arası boğulma nedeni ile ölen çocukların aile reislerinin yüksek oranda ilkokulu tamamlamamadıkları görülmüştür (26). Buna karşılık Çin'de yapılan bir çalışmada ise anne ve babanın eğitim düzeyi ile çocukların boğulması arasında bir ilişki saptanmamıştır. Boğulmaya bağlı ölüm vakalarının %88,1'i ebeveyn ve yetişkin gözetimi yokluğunda gerçekteşmiştir (21).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde, boğulmalara bağlı ölümler en fazla oyun oynama, çalışma, yıkanma, su toplama ve okula gitmek için sudan geçme gibi günlük aktiviteler sırasında meydana gelmektedir. Boğulmaya neden olabilecek su çeşitleri havuz, kanalizasyon, göl, nehir, su toplama kanalları, yer üstü ve yer altı suları, kova, kuyu, sarnıç iken en fazla boğulmalar evde ve çevresinde meydana gelmektedir. Ev içinde en sık boğulma olaylarının yaşandığı yer çocukların gözetimsiz bırakıldığı banyolardır. Göller, nehirler, denizler gibi açık sular ve kuyular birçok düşük gelirli ülkede boğulma riski ile yakından ilişkilidir (27). Bangladeş'te yapılan bir çalışmada boğulmaların büyük çoğunluğunun yüzme havuzu, nehir ve kanallarda meydana geldiği saptanmıştır (28). Boğulmaya bağlı ölümlerin çoğunluğunun (% 43,3) okul tatillerinde veya yaz aylarında meydana geldiği gösterilmiştir (21).

#### **1.4.2. Yanık**

Çocuklar doğal olarak meraklıdırlar ve hareketlenir hareketlenmez çevrelerindekiyi keşfetmeye başlarlar ve yeni objelerle oynarlar. Hayatta kalabilmek için bu yolla yeteneklerini kazanırlar. Aynı zamanda kendilerinin

yaralanmasına sebep olabilecek nesnelere de temas ederler. Bu durum ateşle oynama ya da sıcak nesnelere temasla sonuçlanabilir (2).

Yanık ısı, elektrik, kimyasal madde ve radyoaktif ışınların doku üzerinde meydana getirdiği harabiyet olarak tanımlanmaktadır (29).

Yanıklar mekanizmalarına ya da nedenlerine, yanığın derecesine, vücutta nereye etkilediğine, etkilediği alana göre sınıflandırılabilir.

Mekanizma/nedenine göre yanıklar;

-Termal yanıklar haşlama yanığı, dokunma yanığı, alev yanığı, kimyasal yanıklar ve elektrik yanıklarıdır.

-İnhalasyonel yanıklar ise yüksek ısı gazların, buharın, sıcak sıvıların veya yanması tamamlanmamış zararlı ürünlerin solunması sonucu oluşan yanıklardır.

Derinlik ve derecesine göre yanıklar;

-Birinci derece veya yüzeysel yanıklarda epidermis basit inflamatuvar hasar görmüştür. Tipik olarak solar radyasyona karşı korunmasız cilt (güneş yanığı) veya sıcak nesnelere, sıvılara kısa temas ile meydana gelir. Bir hafta içinde kalıcı iz bırakmadan geçer.

-İkinci derece yanıklar dermise doğru uzanır. Tüm cilt dokusuna zarar vermemiştir. Yüzeysel ikinci derece yanıklar üç haftadan kısa sürede iyileşir. Derin ikinci derece yanıklar ise üç haftadan daha uzun sürede hipertrofik skar ile iyileşir.

-Üçüncü derece yanıklar tam kat cilt yanıklarıdır. Epidermis, dermis, subkutan

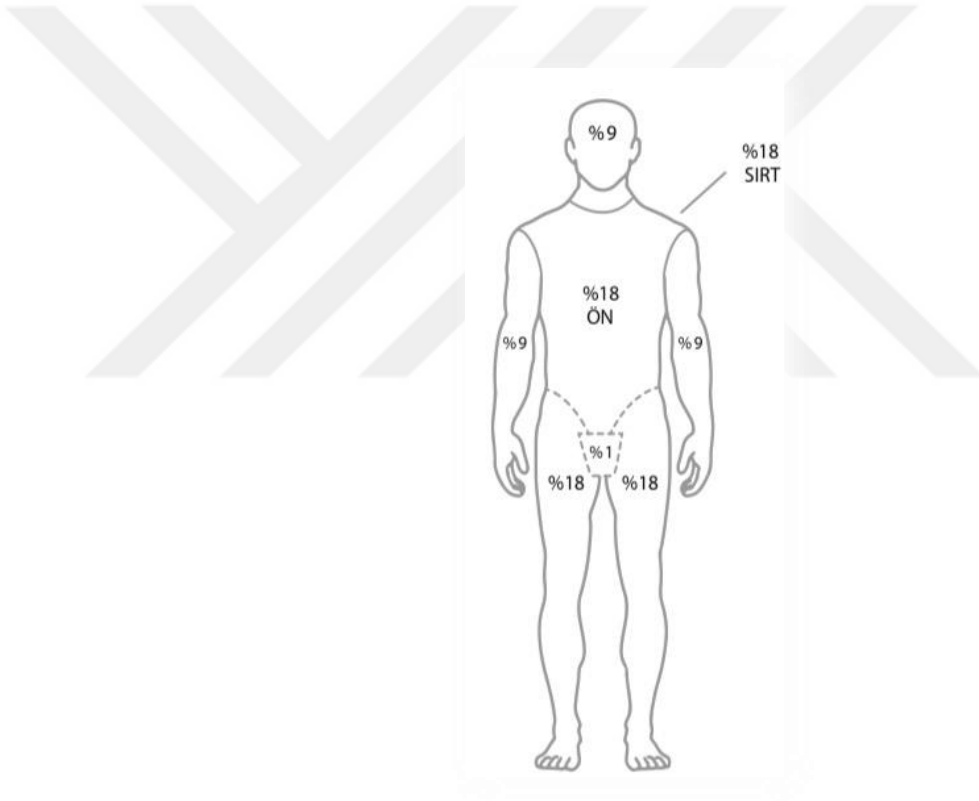
doku ve derin kıl foliküllerini içerir. Greft olmadan genellikle iyileşmez (2).

Erişkinlerde tam kat cilt yanığı 53 derecelik sıcak su altında altmış saniye durması ile meydana gelirken, sıcaklık 61 derece olduğunda beş saniyelik bir süre bile yanık oluşumu için yeterlidir. Çocuklarda yanık meydana gelmesi için geçen süre ise erişkinlerin ¼'ü ile ½'si arasındadır (30).

Yanığın boyutuna göre sınıflandırmada en çok kullanılan yöntem 9'lar kuralıdır. Buna göre; baş %9, eli de içerecek şekilde kol %9, ayağı da içerecek şekilde bacak %18, sırt, göğüs ve abdomenden oluşan gövde %18 olarak kabul edilir (Şekil 1). Bu sınıflandırma 10 yaşından büyük çocuklar ve erişkinler için kullanılır. 10 yaşından küçük çocuklar için Lund- Browder şeması kullanılmaktadır (Şekil 2).

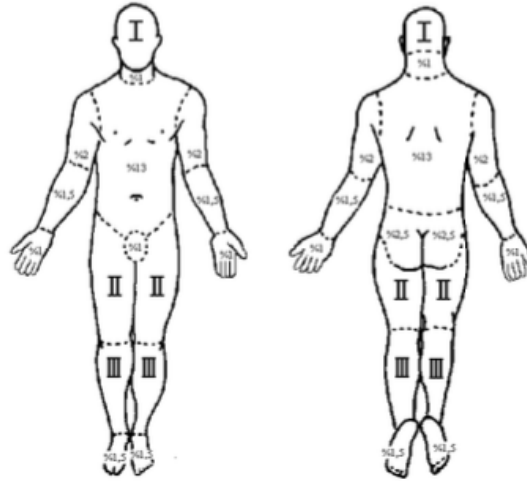
Buna göre bir çocuğun avucu toplam yüzey alanının %1'i olarak kabul edilmektedir (31, 32).

Yanıkların sınıflandırılması ve toplam vücut yanık alanı (TVYA) yüzdesi hesaplanması hastanın sevk kararını vermede kullanılmaktadır. Örneğin çocuklarda %10 veya daha az ikinci derece yanık ile %2 veya daha az üçüncü derece yanık poliklinik şartlarında takip edilebilirken, %10'dan fazla ikinci derece yanık veya %2'den fazla üçüncü derece yanık yanık ünitesi veya merkezi tarafından takip edilmesi gerekmektedir. Ayrıca TVYA sıvı replasmanının gerekli olup olmadığını ve replasman yapılacak ise verilecek sıvı miktarını belirlemede kullanılmaktadır. Çocuklarda TVYA %10'dan fazla ise intravenöz sıvı replasmanı yapılmalıdır (33).



Şekil 1: 9'lar kuralı

Kurt Özkaya N, Alğan S, Akkaya H. Yanıklı Hastanın Değerlendirilmesi ve Tedavi Yaklaşımının Belirlenmesi. Ankara Medical Journal. 2014; 14(4): 170-175.



YAŞ		0	1	5	10	15	Erişkin
Ön veya Arka Yarı		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
I	(Baş)	9½	8½	6½	5½	4½	3½
II	(Uyluk)	2¼	3¼	4	4¼	4½	4¼
III	(Bacak)	2½	2½	2¼	3	3¼	3½

Şekil 2:Lund-Browder şeması

Özok G, Çoruh A, Zeyneloğlu P, Kabalak AA. Sağlık Bakanlığı Yanık Yaralanmaları Tedavi Algoritması 2012. p. 5.

Yanıkla ilgili ölümler 1-9 yaş arası çocukların ölüm nedenleri arasında on birinci sıradadır. Tüm yaş grupları arasında, en yüksek yanığa bağlı mortalite oranına sahip olan yaş grubu ise infantlardır. Bu oran yaş ilerledikçe azalır, fakat yaşlılarda tekrar yükselir. 2004'te 20 yaş altı yaklaşık 96000 çocuk yanıkla ilgili yaralanmalara bağlı olarak ölmüştür. İnfantlar en yüksek mortalite oranına sahipken, 10-14 yaş arası çocuklar en düşük mortalite oranına sahiplerdir. 15-19 yaş arası mortalite hızı tekrar artmakta olup bunun nedeninin etkene daha fazla maruz kalma, deney ve risk alma, bu yaş grubunda işe başlama olabileceği düşünülmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli olanlara göre ölüm hızı 11 kat daha fazladır. Yanık, kadınların erkeklerden daha fazla yaralanma oranına sahip olduğu tek kasıtsız yaralanma türüdür. Yanık ile ilgili ölümlerde kızlarda mortalite oranı 4,9 / 100000 iken, erkeklerde 3 / 100000'dir. (2).

Yüksek gelirli ülkelerde 5 yaşından küçük çocuklar hastaneye yatış açısından yüksek risklidir. Yanıkların %75' i sıcak su, sıcak çeşme suyu veya buharla meydana gelmektedir (2). Finlandiya'da yapılan 11 yıllık bir çalışmada iki pediatrik yanık ünitesindeki vakaların %42,2' si haşlanma ile gelmiş olup, 3 yaşından küçük

çocuklardaki yanıkların %100' ü sıcak suyla haşlanma ile meydana gelmiştir (34). Kuveyt'te 0-14 yaş arası çocuklarda yapılan bir çalışmada genel yanık insidans hızı 100000'de 17,5 olarak bulunmuştur. En yüksek insidans hızı 100000'de 34 ile 0-4 yaş arası çocuklarda bulunmuştur. Yanık sebeplerine bakıldığında ise tüm yaşlarda en sık sırayla haşlanma, alev, elektrik ve diğer nedenler olarak sıralanmıştır. 5 yaş altı çocuklarda en fazla yanık sebebi %81 ile haşlanma olduğu görülmüştür. Gerçekleşen elektrik yanıklarının %74' ünün ise 2-9 yaş arası grupta görüldüğü saptanmıştır (35).

Çocukların cildinin daha ince olması ve reflekslerinin daha yavaş olması sebebiyle temas yanıkları çocuklarda daha derin olarak görülebilir ve bu yüzden de iyileşmesi daha uzun sürebilir. Bu tip yanıkların önemli bir kısmı yaklaşık iki haftada epitelize olmaktadır. El ve üst ekstremitelerde yanıklarının görülme sıklığı ve elin işlevi göz önüne alındığında bu yanıkların tedavisindeki amaç maksimum fonksiyonel iyileşme ve minimum komplikasyon olmaktadır (36).

Haşlanma yanıkları altı yaşından küçük çocuklar arasında en sık görülen yanık çeşididir ve tipik haşlanma yanıkları çocuğun sıcak su dolu kabı örneğin bir kupa kahveyi çektiğinde yüzüne, üst ekstremitelere veya gövdesine döküldüğünde meydana gelir. Bunlar tipik olarak ikinci derece yüzeysel yanıklardır. Çocuklarda sebep olduğu ağrının yanında erişkinlerde de strese sebep olurlar, haftalar içinde iyileşir ve çok az ya da geçici hasar bırakırlar (2).

Yanıklara bağlı mortalite ve morbidite yoksulluk ile yakından ilişkilidir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki çocukların yanık insidansı yüksektir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada özellikle beş yaş altı çeşitli derecelerdeki yaralanmalar ile sosyoekonomik seviye arasında ciddi bir ilişki bulunmuştur (37). İsveç'te yapılan bir çalışmada ise nüfusun sosyoekonomik durumunun, yanık / haşlanma oranını ve zehirlenme vakalarını etkilediği saptanmıştır (38). Ev yangınında yaralanma risk faktörlerinin sistematik incelemesinin yapıldığı bir derlemede en düşük gelir grubunda olanların ev yangınında ölme riski, en yüksek iki gelir grubunda olanlara göre 2,4 kat daha fazla bulunmuştur (39).

Isı ve ışık kaynakları, pişirme araçları yanık için doğal risk oluştururlar (40). Ev içindeki gaz yağı sobaları, fenerler, aydınlatmak için kandiller, uçucu veya yanıcı yakıtlar da aynı tehlikeyi oluşturmaktadır. Pişirme araçlarına, kaynayan sıvılara

kolay erişim yanık için risk faktörüdür. Güvensiz elektrik araçları, fişler, kablolar çocuklar için elektrik yanığı açısından risk faktörüdür (41).

Dünyada çeşitli yerlerde yapılan bir dizi vaka kontrol ve tanımlayıcı çalışma çocuklarda yanık riskini arttıran okur yazar oranı düşük aile, kalabalık konutlarda veya evde dağınık alanlarda yaşama, çocukların düzgün denetlenmemesi, kardeşler arası yanık hikayesi, duman dedektörleri ve yanıcı giysiler ile ilgili yasa ve düzenlemelerin bulunmaması gibi birçok sosyoekonomik faktör tanımlamıştır. Bu çalışmalarda özellikle annenin okuryazarlığı, yanık riski ve sağlık hizmeti bilgisi, ev sahibi olması, mutfağın oturma odasında ayrı olması, giysiler için yanmaya karşı dayanıklı kumaş kullanımı, duman dedektörleri ve su fiskiyelerinin kullanımı, uygun acil ve ilk yardım müdahaleleri, kaliteli sağlık hizmetlerinin varlığı gibi koruyucu faktörlerin yanık riskini azalttığı veya sonuçları minimize ettiği saptanmıştır (40, 42).

### **1.4.3. Düşme**

Düşme çocuk gelişiminde yürümeyi öğrenirken, tırmanırken, koşup zıplarken normal bir süreç olarak kabul edilmektedir. Düşme sonucu çoğunlukla abrazyon ve ekimozdan başka yaralanma olmazken, geçici sakatlık ve mortalite gibi komplikasyonları da olabilen bir durumdur (2).

Beklenmeyen düşmeye bağlı yaralanmaların risk faktörleri hakkında yayınlanan sistematik bir derlemede çocukların yaş, cinsiyet ve yoksulluk düzeyinin bağımlı bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (43). Gelişmekte olan ülkelerdeki düşme vakalarının incelendiği bir derlemede düşme için risk faktörleri arasında erkek cinsiyet, annenin eğitim düzeyi, bakıcının zihinsel bozukluğunun olması, konut kalitesi sayılmaktadır (44). Benzer şekilde 0-6 yaş düşmelere bağlı beklenmedik kazaların incelendiği bir derlemede düşük sosyoekonomik seviye, 0-6 yaş, erkek cinsiyet risk faktörleri arasında sayılmıştır (43). Pencereden düşmelerin incelendiği yaklaşık 19 yıllık bir çalışmada olguların %58,1' i erkek, ortalama yaş 5,1, vakaların %64,8' i 0-4 yaş grubunda ve bu yaş grubunda da çoğunlukla bir ve iki yaşlarında görülmekte olduğu saptanmıştır. En sık ikinci kattan düşüşler izlenmiş ve pencereden düşen vakaların %25,4' ü hastaneye kaldırılmış (45).

Kaza nedeni ile hastaneye başvurunun olması ciddi kaza olarak tanımlanan 1132 çocuğun dahil edildiği bir çalışmada çocukların %13,9' unun ciddi kaza

geçirdiği, %10,2'sinin iki veya daha fazla sayıda kaza geçirdiği bulunmuştur. Geçirilen kazalarda ilk sırayı %54,8 ile düşme almakta ve kazaların yarısından fazlası ev içinde ve bunların da yarısından fazlası oturma odasında gerçekleştiği saptanmıştır (46). Düşme nedeniyle acil servise başvuran olguların değerlendirildiği bir çalışmada bireylerin %72,6'sı 0-5 yaş aralığında olarak saptanmış. Olguların düştükleri yer sıklıkları sırasıyla ev eşyaları, merdiven, salıncak, pencere – balkon, araç, duvar, kucak idi (47).

Ankara'da yapılan çocukluk çağında ev kazalarına neden olan etmenlerin araştırıldığı bir çalışmada ev kazası sıklığı %65,6 ve düşme sıklığı %52,7 bulunmuştur (48). Kırsal bölgelerde yüksekte düşmelerin araştırıldığı bir makalede 5 yaşından büyüklerin dışarıda oynayabildiği, veri toplamak için görüşülen kişilerin yüksekte düşen çocukların yanlış yaptığı tek şeyin düştükleri yerlere çıkmak olduğunu düşünmekte oldukları ve düşmelerin birçoğunda çocukların pencere veya yangın merdiveninde oynarken düşmüş olduğu bilgisine ulaşılmıştır (49).

#### **1.4.4. Zehirlenme**

Ev ve çevresi meraklı ve keşfetmeye hazır çocuklar için zehirlenme ihtimali nedeniyle tehlikeli yerler olabilmektedir. Her yıl zehir danışma merkezlerine milyonlarca çağrı gelmekte ve binlerce çocuk ilaç ve böcek öldürücüleri kazara çeşitli şekillerde maruz kaldığından dolayı acil servislere başvurmaktadır (2).

Zehir, canlı varlıklara zarar veren herhangi bir madde olarak tanımlanmaktadır (50). Zehirlenme, hücresel yaralanmalara veya ölüme neden olan eksojen bir maddeye maruz kalmanın sonucunda ortaya çıkan hasarı ifade eder. Zehirler inhale edilebilir, yutulabilir, enjekte edilebilir veya emilebilir. Zehirli olan maddeye maruziyet akut veya kronik olabilir ve klinik tablo buna göre değişir. Çocuğun zehirlenmesinin ciddiyetini ve sonuçlarını belirleyen faktörler maruz kalınan zehir türü, dozu, formülü, maruz kalma yolu, çocuğun yaşı, çocuğun beslenme durumu, başka hastalık veya yaralanmaların varlığıdır (2).



2006-2007 yılları arasında Ankara’da acil servise başvuran zehirlenme olgularının değerlendirildiği bir çalışmada %31,7’ sinin 0-5 yaş aralığında olduğu tespit edilmiş olup en sık zehirlenme sebepleri ise sırasıyla karbon monoksit, ilaç, gıda, koroziv madde ve mantar olduğu belirtilmiştir. Başvuran hastaların en sık olarak asemptomatik olduğu ve semptomu olan hastalarda ise en sık olan semptomun bulantı olduğu saptanmıştır (51). Yaklaşık 5 yıllık verilerin retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada en sık zehirlenme sebebinin ilaçlar olduğu ve en sık alım yolunun ağız yoluyla olduğu saptanmıştır (52). İstanbul’da yapılan çocuk acil servise başvuran akut zehirlenme olgularının değerlendirildiği bir çalışmada olguların %65’inin 1-5 yaş arasında olduğu, %55,5 sıklık ile en sık zehirlenme nedeninin ilaçlar olduğu ve ilaçlar arasında en sık olan grubun ise analjezikler olduğu saptanmıştır. İlaçların alım yolunun en sık olarak %86,05 ile oral yol olduğu saptanmıştır. Bunun sebebinin 6 yaşından küçük çocukların meraklı olmaları ve yeni maddelerle tanışmanın ağız yoluyla olması, açlık ve susuzluğu gidermek amacıyla toksik maddelerin ağız yoluyla alınması olabileceği söylenmiştir (53).

Eskişehir’de yapılan bir çalışmada polikliniğe başvuran hastaların %1,8’ i zehirlenme tanısı almış ve bu hastaların yaş gruplarına bakılacak olursa 13 ay-4 yaş arası hasta grubu %48,9 oranı ile en fazla yaş grubunu oluşturduğu saptanmıştır. Bu yaş grubunda erkek cinsiyete daha sık rastlanmıştır. Zehirlenmelerin %85,8’ i kaza sonucu meydana gelmiş olup zehirlenmeye neden olan en sık etkenler ilaçlardı. Nonfarmakolojik maddelerde ise sırayla en sık 3 ajan kostik/korozif maddeler, insektisit ve pestisitler, karbon monoksit olarak saptanmış. Hastaların %5,5’ i ilk başvuru anında asemptomatik iken en sık semptom %14,2 ile bulantı ve kusma imiş. Zehirlenmelerin en fazla ilkbahar ve yaz aylarında görüldüğü saptanmış ve bunun nedeninin boya, badana gibi işlerin daha çok bu aylarda yapılması, çocukların bahçe balkon gibi ev dışı mekanlarda daha çok oynaması ve sıcak aylarda besinlerin daha çabuk bozulması ile açıklanmış ve zehirlenme ile başvuran hastalarda mortalite oranı % 0,6 olarak bulunmuş (54).

Birleşik Krallık’ ta yapılan bir araştırmada fakir olan bölgelerde yaşayan çocukların zehirlenmelere bağlı ölüm riskinin zengin bölgelerde yaşayan çocuklara göre 3 kat fazla olduğu saptanmıştır (55).

Bir maddenin kimyasal bileşimi onun etkisini belirlerken, fiziksel görünümü ise çocukların ilgisini çekmek için önemli rol oynar. Boyut, renk ve doku gibi özellikler çocukların o maddeyi tutması ve alması için cazip veya caydırıcı nitelikte olabilir. Yapılan çalışmalarda sıvı maddelerin katı maddelere göre, berrak sıvıların koyu renkli sıvılara göre, küçük katı maddelerin büyük katı maddelere göre çocukların ilgisini daha çok çektiği ve bu yüzden yutulma ihtimallerinin daha fazla olduğunu gösterilmektedir. Katı ilaçların parlak renkli olması da onları daha ilgi çekici hale getirebilmektedir. Bir maddenin yenmesi için en önemli risk faktörü çocukların erişebileceği yerlerde olmasıdır. Tehlikeli ürünler üzerinde kafatası ve çapraz kemik etiketi olan kaplarda saklansa bile çocuklar bu işaretleri tanınması pek mümkün olmamakla birlikte çocuklara dayanıklı kapaklar 42-51 aylık çocukların %20' si tarafından açılabilir (2).

Küçük çocuklardaki çoğu zehirlenmeler ebeveynler, bakım verenlerin yakınında ve genellikle evde gerçekleşir. Bu yüzden sürekli doğrudan gözetim her zaman görüş açısında olmasını sağlamak çocukların zehirli maddelere ulaşımını engelleyecektir (2).

#### **1.4.5. Kesici- Delici Alet Yaralanmaları**

Kesici-delici alet yaralanmaları çocukluk döneminde nadir görülse de morbidite ve mortalite açısından önem arz etmektedir. Literatürde örgü şişinin üst damağa batması sonucu meningoensefalit ve beyin omurilik sıvısı fistülü gelişen olgu bildirilmiştir (56). Ayrıca literatürde 14 yaşındaki bir çocuğun evde bulunan cam sehpanın üzerine çıkması sonucu sehpanın kırılarak cam parçalarının torakal bölgeye penetre olmasına bağlı ölümü vaka sunumu olarak yer almaktadır (57).

#### **1.5. Ev Kazalarından Korunmak İçin Alınması Gereken Önlemler**

- Elektrik prizlerine koruyucu kapaklar takılmalı veya önlerine koltuk gibi engeller çekilmeli,

- Mobilya alırken sivri köşeli olmamasına dikkat edilmeli, evde mevcut olan sivri köşeli, keskin kenarlı mobilyalara köşe koruyucuları takılmalı,
- Pencerelede parmaklık yoksa mümkünse pencerelere parmaklık takılmalı mümkün değilse güvenlik kilidi takılmalı,
- Tehlikeli kimyasallar çocukların erişemeyeceği yerlerde ve kilit altında saklanmalı (11),
- Çocuklara mutfak dışı oyun alanları sağlanmalı,
- Mutfak ve banyo havalandırmaları yeterli olmalı,
- Depolanan suların ağzı kapalı tutulmalı,
- Evde mümkün olduğunca basamak olmamalı,
- Balkon kapıları kilitli tutularak çocukların balkona çıkması engellenmeli, balkon korkulukları aralıksız ve çocukların çıkamayacağı yükseklikte olmalı,
- Soba gibi ısıtıcı araçlar kullanıldığında çevresinde koruyucu parmaklıklar kullanılmalı (1),
- Çocuk yataklarının kenarlarında parmaklık, yastık gibi çocuğun yataktan düşmesini engelleyici önlemler olmalı,
- İçi sıcak sıvı madde dolu olan kaplar çocukların ulaşamayacağı alanlara konulmalı,
- Çocukların banyo suları derece veya dirsekle kontrol edilmeli,
- Fazla miktarda alanı kaplayan camlar kırılmaya dayanıklı olmalı,
- Kesici- delici aletler çocukların erişebileceği yerlere bırakılmamalı,
- Oyuncak seçerken kesici, delici, küçük parçalı, yanıcı maddeden yapılmış olmamasına dikkat edilmeli,
- Çamaşır makinası gibi elektrikli aletler kullanıldıktan sonra kapakları kapalı ve fişi çekilmiş bırakılmalı,
- Çocuklar küvette yalnız bırakılmamalı,
- Bahçede varsa kuyu, havuz gibi yerlerin üzeri kapatılmalı (58).

Aile hekimliğinin tanımında da yer aldığı gibi aile hekimlerinin tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetleri görevi de vardır. Ev kazalarına karşı koruyucu önlemler konusunda kişileri bilgilendirmek ve

hangi tip önlemler alabilecekleri konusunda kişilere danışmanlık vermek aile hekimliğinin koruyucu sağlık hizmetleri görevi kapsamına girmektedir.



## **2. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2.1. Çalışmanın Yapısı**

Araştırmanın yapısı kesitsel bir çalışma niteliğinde olup çalışma Trabzon ili Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde Temmuz 2017 ile Aralık 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

### **2.2. Örneklem**

Örneklem, Trabzon ili Kalkınma ASM' ye bağlı 0-6 yaş grubu çocuğu olan gönüllü kadın bireylerden seçilmiştir. Çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan bireylere çalışma hakkında gerekli bilgiler verilmiş ve gönüllü katılımcılara ASM' nin uygun bir bölümünde demografik bilgiler anketi ve 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

### **2.3. Veri Toplama Araçları**

#### **2.3.1. Demografik Bilgiler Anketi**

Bireylerin sosyodemografik özelliklerini sorgulama amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış 13 soruluk bir ankettir (Ek 1).

### **2.3.2. 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği**

Annelerin ev kazalarına karşı aldığı önlemleri değerlendirmek amacıyla Çınar ve arkadaşları tarafından Türkiye için geliştirilip, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış '0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği' uygulanmıştır (Ek 2). Ölçek 34 olumlu ve 6 olumsuz ifade içeren toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin 1' den 5' e kadar puanlandığı beşli likert tipi ölçektir. Olumlu ifade içeren maddelerde her zaman cevabı 5 puan, çoğu zaman 4 puan, bazen 3 puan, nadiren 2 puan, hiçbir zaman 1 puan almakta iken, olumsuz ifade içeren maddelerin yer aldığı 6, 9, 23, 26, 30 ve 40' ıncı maddeler tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 200, minimum puan ise 40'tır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,82 olarak bildirilmiştir (59). Bizim çalışmamızda ise Cronbach Alfa katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır.

### **2.4. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri**

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 0-6 yaş grubu çocuğu olmak
- Kadın olmak

Çalışma için dışlanma kriterleri;

- Kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullananlar
- Evde bakıma muhtaç hasta bakmakla yükümlü kişiler

### **2.5. Sonuç Ölçütü**

Bu çalışmanın ana sonuç ölçütü ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama puanıdır.

## 2.6. Örneklem Hacmi

Kalkınma ASM'ye bağlı 0-6 yaş grubu çocuğu olan kadın sayısı yaklaşık olarak 1000 kabul edilmiştir. Şekerci ve İnal'ın çalışması göz önüne alınarak annelerin önlemleri alma durumu %30 olarak belirlenip, %95 güvenilirlik, %0,05 örnekleme hatası kabul edilerek örneklem hacmi 244 olarak hesaplanmıştır (60). Örneklem hesabı OpenEpi Version 3 ile yapılmıştır.

## 2.7. İstatistiksel Analiz, Değerlendirme Yöntem ve Biçimleri

Veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programına girilerek istatistik hesaplamalar araştırmacılar tarafından yapılmıştır.

'0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği' nin değerlendirmesinde her katılımcı için toplam puan hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sonrasında katılımcıların yaş ve çocuk sayılarına göre aldıkları ölçek puanı arasındaki korelasyon Pearson Korelasyon analizi ile, diğer kategorik değişkenler ile toplam ölçek puanları arasındaki ilişki One Way Anova ve Student t testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği'ndeki maddeler ev bölümlerine göre gruplara ayrılmıştır. 1, 4, 6, 14, 21, 25, 29. maddeler banyo ve tuvalet ile ilgili önlemler, 20, 24, 26, 31. maddeler mutfakta alınan önlemler, 2, 13, 22, 32, 33, 34, 37, 38. maddeler oturma odası, salon gibi genel yaşam alanı ile ilgili önlemler, 16 ve 18. maddeler yatak odasında alınan önlemler, 8, 9, 10. maddeler ise yiyecek ile ilgili önlemler, 3, 5, 7, 11, 12, 15, 17, 19, 23, 27, 28, 30, 35, 36, 39, 40. maddeler genel önlemler olarak gruplandırılmıştır. Her katılımcının anketten bölümlere göre aldığı puanlar toplanarak o bölümdeki toplam soru sayısına bölünmüş ve ortalama bölüm puanı hesaplanmıştır. Bölüm puan ortalaması 4 ve üzeri olan katılımcıların o bölümle ilgili yeterli güvenlik önlemi almış olduğu kabul edilmiştir.

Ölçek puanını etkileyen faktörler lineer regresyon modeli ile irdelenmiştir. Modele yaş, çocuk sayısı, gelir düzeyi, banyo ve tuvalet önlemi puanı, mutfak önlemi puanı, genel yaşam alanı önlemi puanı, yatak odası önlemi puanı, yiyecek önlemi puanı, genel önlemler puanı dahil edilmiştir.

Kaza geçirme durumunu etkileyen faktörler ise lojistik regresyon modeli ile irdelenmiştir. Modele eğitim düzeyi, gelir düzeyi, ev durumu, evde çocuğun bakımından sorumlu kişi, anne mesleği, aile yapısı, anne yaşı, çocuk sayısı, ölçek puanı dahil edilmiştir.

## **2.8. Etik Konular**

Araştırmaya katılan tüm katılımcılara sözel olarak bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmak istediklerine dair yazılı onamları alınmıştır (Ek 3).

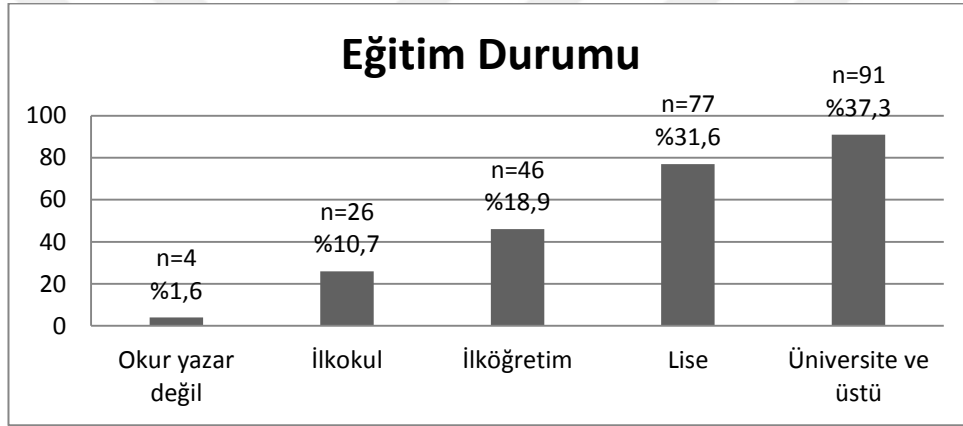
Araştırmanın yapılması için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 07.07.2017 tarih ve 24237859-415 sayılı etik kurul onayı (Ek 4) ve Trabzon Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 20.06.2017 tarih, 78046258-806.02.02 sayılı resmi izin (Ek 5) alınmıştır.



### 3. BULGULAR

#### 3.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya 244 kadın katılımcı alındı. Katılımcıların ortalama yaşı  $30,8 \pm 5,4$  idi. Eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde okur yazar olmayanlar katılımcıların %1,6'sı (n=4), ilkokul mezunu olanlar %10,7'si (n=26), ilköğretim mezunu olanlar %18,9'u (n=46), lise mezunu olanlar %31,6'sı (n=77), üniversite mezunu olanlar %37,3'ü (n=91) idi (Grafik 1).



Grafik 1: Araştırmaya katılanların eğitim durumu

Katılımcıların %56,1'i (n=137) ev hanımı, %25,8'i (n=63) kamu çalışanı, %18'i (n=44) diğer meslek gruplarında çalışmakta idi.

Gelir durumu 1.000 Türk lirası altı, 1.000- 2.000 Türk lirası, 2.000-5.000 Türk lirası ve 5.000 Türk lirası üzeri olarak gruplandırılmış idi. Katılımcıların %2,9'unun (n=7) geliri 1.000 Türk lirası altı, %37,7'sinin (n=92) geliri 1.000-2.000 Türk lirası, %47,5'inin (n=116) geliri 2.000-5.000 Türk lirası ve %11,9'unun (n=29) geliri 5.000 Türk lirası üzeri idi.

Katılımcıların %86,9'u (n=212) çekirdek aile olarak yaşamaktayken, geniş aile olarak yaşayanların sıklığı %13,1 (n=32) idi (Grafik 2).



Grafik 2: Araştırmaya katılanların aile yapısı

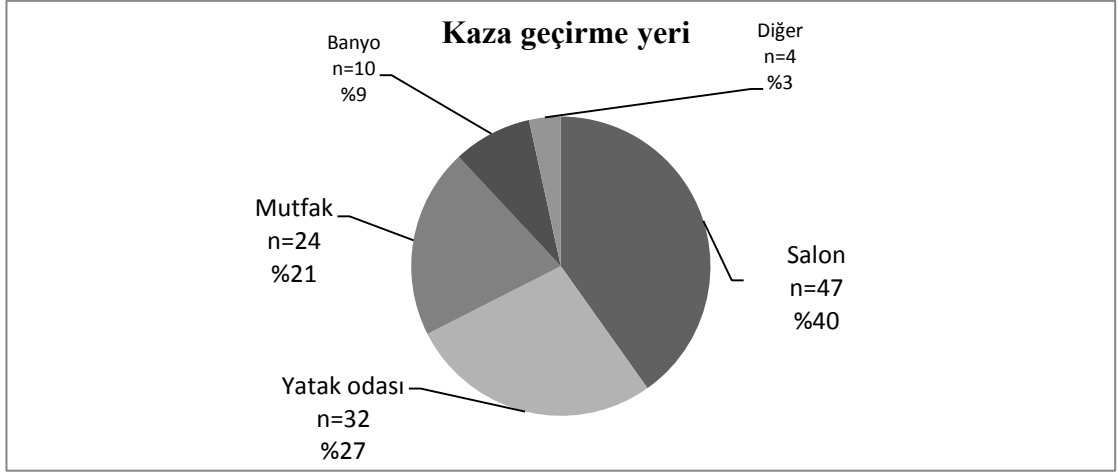
Evde çocuğun bakımından sorumlu olan kişi %75,4 (n=184) anne-baba, %14,3 (n=35) anneanne- babaanne gibi aile ferdi, %10,2 (n=25) bakıcı idi.

Katılımcıların çocuk sayısı minimum 1, maksimum 5 idi. Katılımcılar arasında bir çocuğu olanlar %35,7 (n=87), iki çocuğu olanlar %43,4 (n=106), üç çocuğu olanlar %18,9 (n=46), dört çocuğu olanlar %1,6 (n=4), beş çocuğu olan %0,4 (n=1) sıklıktaydı.

Kirada oturanların sıklığı %45,1 (n=110) iken, kendi evinde oturanların sıklığı %54,9 (n=134) idi.

Çocukları ev kazası geçiren annelerin sıklığı %42,6 (n=104) idi.

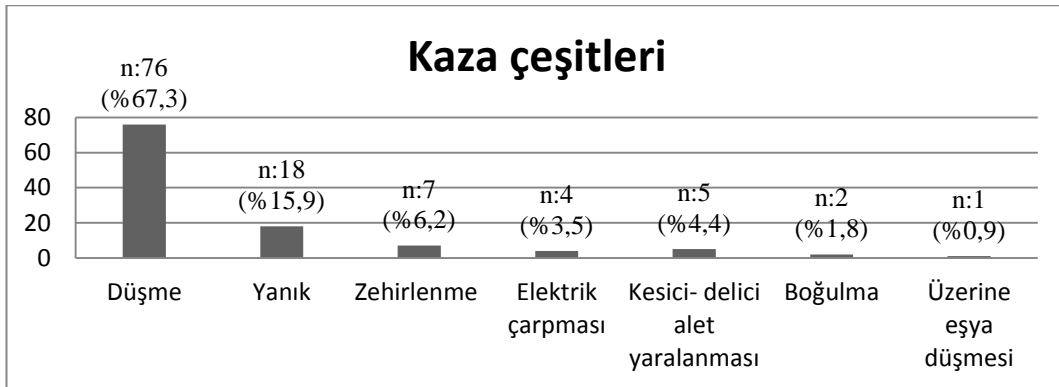
Ev kazası geçirme yeri en sık olarak %40,2'lik (n=47) oran ile salon iken, bunu %27,4 (n=32) oran ile yatak odası izlemektedir. Mutfakta ev kazası geçirme oranı %20,5 (n=24), banyoda ev kazası geçirme oranı %8,5 (n=10), diğer alanlarda (merdiven, koridor) ev kazası geçirme oranı %3,4 (n=4) idi (Grafik 3).



Grafik 3: Kaza geçiren çocukları kaza geçirme yerleri

Toplam ev kazası sayısı üzerinden hem salonda hem de mutfakta kaza geçirenlerin oranı %0,9 (n=1) idi. Salon ve yatak odasında kaza geçirenlerin oranı %1,7 (n=2), mutfak ve yatak odasında kaza geçirenleri oranı %2,6 (n=3), mutfak ve banyoda kaza geçirenlerin oranı %0,9 (n=1), salon, mutfak ve yatak odasında kaza geçirenlerin oranı %2,6 (n=3) idi.

Geçirilen kazanın türü en sık olarak %67,3 (n=76) düşme iken bunu sırayla %15,9 (n=18) sıklıkla yanık, %6,2 (n=7) sıklıkla zehirlenme, %3,5 (n=4) sıklıkla elektrik çarpması, %4,4 (n=5) sıklıkla kesici-delici alet yaralanması, %1,8 (n=2) sıklıkla boğulma, %0,9 (n=1) sıklıkla üzerine eşya düşmesi izlemektedir (Grafik 4).



Grafik 4: Geçirilen kaza çeşitleri

Hem düşme hem yanık kazası geçirenlerin sıklığı %4,4 (n=5), düşme ve boğulma geçirenlerin sıklığı %0,9 (n=1), düşme ve kesici delici alet yaralanması geçirenlerin sıklığı %0,9 (n=1), yanık ve kesici delici alet yaralanması geçirenlerin sıklığı %0,9 (n=1), zehirlenme ve kesici delici alet yaralanması geçirenlerin sıklığı %0,9 (n=1) idi.

Ev kazası geçirenlerin %53,8'i (n=56) hastaneye başvurmuş ve hastaneye başvuranların %23,2'si (13) hastanede yatarak tedavi görmüştür.

Kaza geçirme durumunu etkileyen faktörleri değerlendirdiğimiz lojistik regresyon analizinde modele eğitim düzeyi, gelir düzeyi, ev durumu, evde çocuğun bakımından sorumlu kişi, anne mesleği, aile yapısı, anne yaşı, çocuk sayısı, ölçek puanı dahil edilmiştir. Modelde anne yaşı (p=0,756), annenin mesleği (p=0,266), eğitim durumu (p=0,170), ailenin geliri (p=0,157) ve aile tipi (p=0,890) açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

### **3.2. 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Puanları**

Annelerin 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması  $176,6 \pm 16,2$  idi. Ölçekte %90 ve üzeri sıklıkta 'her zamna yaparım' olarak işaretlenen maddeler şunlardır:

- Çocuğumu banyo küvetinde yalnız bırakmaktan kaçınırım.
- Soyulan- yıpranan elektrik kablolarının çocuklar için tehlike oluşturduğunu düşünürüm.
- İlaç şişelerinin ağzını çocuğumun açamayacağı şekilde sıkıca kapatırım.
- Kesici aletleri (bıçak, tıraş bıçağı, makas gibi) çocuğumun ulaşamayacağı yerlerde saklarım.
- Çocuğumun banyo suyunun sıcaklığını derece veya dirsekle kontrol ederim.
- Ütü, ekmek kızartma makinesi gibi elektrikli aletleri kullanırken çocuğumun ulaşamayacağı yerlere koyarım.

- Fırın ve ocak üzerindeki tava, tencere saplarını çocuğumun erişemeyeceği yönde yerleştirmeye dikkat ederim.
- Yeni emeklemeye başlayan bebeklerin çevresinde ağzına götürebileceği cisimler olmamasına özen gösteririm.
- Zehirli maddeleri (fare zehri, deterjan, boya, çamaşır suyu, gaz, benzin gibi) çocuğumun kolayca ulaşabileceği yerlerde bırakmam.

### **3.3. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri ile 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

Araştırmaya katılan katılımcıların yaşları ile ölçekten aldıkları puan arasında anlamlı bir korelasyon yoktu ( $r=0,048$ ,  $p=0,459$ ).

Katılımcıların eğitim durumları açısından aldıkları ölçek puanları arasında anlamlı bir fark vardı ( $p=0,049$ ). Bu fark okur yazar olmayan ile üniversite ve üstü eğitimi olanlar arasında idi ( $p=0,037$ ).

Katılımcıların meslekleri açısından ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,480$ ).

Katılımcıların gelir seviyeleri açısından ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=0,015$ ). Gelir durumu 1.000 Türk lirası altı olan kişiler ile 2.000-5.000 Türk lirası olan kişiler arasında ( $p=0,044$ ) ve 5.000 üzeri Türk lirası ( $p=0,033$ ) olan kişiler arasında ölçek puanı açısından fark bulunmaktadır.

Evde yaşayan kişilerin çekirdek aile veya geniş aile olması ile katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0,010$ ). Ölçekten alınan toplam puanlar arasında evde çocuğun bakımından sorumlu kişi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p=0,027$ ). Bakımdan sorumlu olan kişilerin anne baba olması durumunda puan aile ferdi olması durumunda olanların puanından anlamlı fazla idi ( $p=0,028$ ).

Çalışmaya katılan annelerin çocuk sayıları ile toplam ölçek puanı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu ( $r=-0,067$ ,  $p=0,299$ ).

Ölçekten alınan toplam puan açısından evin kira olması veya katılımcıların kendi evlerinin olması durumu arasında anlamlı bir fark vardı ( $p=0,029$ ). Kendi evinde oturanların ölçek puan ortalaması  $178,7 \pm 16,7$ , kirada oturan annelerin ölçek puan ortalaması  $174,2 \pm 15,2$  olarak bulundu.

Ev kazası geçirme durumu ile anket ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Çocuğu ev kazası geçirmeyen annelerin ortalama ölçek puanı  $181,1 \pm 15,0$ , ev kazası geçiren çocukların annelerinin ortalama ölçek puanı  $170,6 \pm 15,8$  olarak bulunmuştur. Ayrıca annelerin ölçekten aldıkları minimum ve maksimum puanlar da tabloda gösterilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1:Çocuğu ev kazası geçiren ve geçirmeyen annelerin ölçek puanı durumu

<b>Ev kazası durumu</b>	<b>N</b>	<b>Minimum puan</b>	<b>Maksimum puan</b>	<b>Ortalama puan <math>\pm</math> SS*</b>
<b>Ev kazası geçirenler</b>	104	129	200	$170,6 \pm 15,8$
<b>Ev kazası geçirmeyenler</b>	140	102	200	$181,1 \pm 15,0$

\*SS: Standart sapma

Ev bölümlerine göre gruplandığımız önlemleri annelerin yeterli düzeyde alma oranları, banyo ve tuvalet önlemleri için %83,2 ( $n=203$ ), mutfak önlemleri için %82,0 ( $n=200$ ), genel yaşam alanı önlemleri için %79,5 ( $n=194$ ), yatak odası önlemleri için %81,1 ( $n=198$ ), yiyeceklerle ilgili önlemler için %87,3 ( $n=213$ ), genel önlemler için ise %84,0 ( $n=205$ ) olarak saptanmıştır.

Ev kazası geçiren ve geçirmeyen çocuğu olan annelerin gruplandığımız ev bölümleri ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, puan ortalamaları ve p değerleri tabloda gösterilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2:Çocuğu ev kazası geçiren ve geçirmeyen annelerin puan ortalamalarının gruplandırılmış ev bölümleri ile ilişkisi

	Ev kazası geçirme öyküsü olanlarda	Ev kazası geçirme öyküsü olmayanlarda	P değeri
<b>Banyo tuvalet önlemleri puanı (Ortalama ± SS*)</b>	4,3 ± 0,5	4,6 ± 0,5	p= 0,001
<b>Mutfak önlemleri puanı (Ortalama ± SS*)</b>	4,0 ± 0,6	4,4 ± 0,5	p= 0,000
<b>Genel yaşam alanı önlemleri puanı (Ortalama ± SS*)</b>	4,3 ± 0,5	4,5 ± 0,6	p= 0,009
<b>Yatak odası önlemleri puanı (Ortalama ± SS*)</b>	4,2 ± 0,9	4,7 ± 0,7	p= 0,000
<b>Yiyecek ile ilgili önlemler puanı (Ortalama ± SS*)</b>	4,5 ± 0,6	4,5 ± 0,6	p= 0,000
<b>Genel önlemler puanı (Ortalama ± SS*)</b>	4,3 ± 0,5	4,5 ± 0,4	p= 0,000

\*SS: Standart sapma

Ölçek puanını etkileyen faktörler lineer regresyon modeli ile irdelenmiştir. Modele yaş, çocuk sayısı, gelir düzeyi, banyo ve tuvalet önlemi puanı, mutfak önlemi puanı, genel yaşam alanı önlemi puanı, yatak odası önlemi puanı, yiyecek önlemi puanı, genel önlemler puanı dahil edilmiştir. Ölçek puanını etkileyen faktörleri incelediğimiz lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,000). Bu modelde çocuk sayısı, banyo tuvalet önlemleri, mutfak önlemleri, genel yaşam alanı önlemleri, yatak odası önlemleri, yiyecek önlemleri, genel önlem puanı, ölçek puanı üzerinde majör etkili faktörler idi (p=0,008, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000) (Tablo3).

Tablo 3: Ölçek puanını etkileyen faktörler

Model		Unstandardized		Standardized		
		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	-,037	,374		-,100	,920
	Anne Yaşı	-,007	,006	-,002	-1,109	,269
	Çocuk_Sayısı	,113	,042	,006	2,664	,008
	Aylık Gelir	-,014	,045	-,001	-,310	,757
	Banyo Tuvalet Önlemleri	6,955	,073	,220	94,712	,000
	Mutfak Önlemleri	4,094	,061	,144	67,654	,000
	Genel Yaşam Alanı Önlemleri	8,010	,068	,290	118,176	,000
	Yatak Odası Önlemleri	1,965	,041	,100	47,952	,000
	Yiyecek Önlemleri	3,006	,060	,100	49,711	,000
	Genel Önlemler	15,993	,099	,444	161,492	,000

a. Dependent Variable: PUAN

Kaza geçirme durumunu etkileyen faktörleri incelediğimiz lojistik regresyon modelinde ölçek puanı yüksek olanların kaza geçirme durumunu 0,95 kat etkilediği hesaplanmış ve koruyucu olduğu görülmüştür. Çocuk sayısının fazla olması kaza geçirme durumunu 1,9 kat artırıyor olarak hesaplanmıştır (Tablo 4).



Tablo 4:Kaza geçirme durumunu etkileyen faktörler

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Anne Yaşı	-,068	,036	3,481	1	,062	,934
Ev hanımı			3,016	2	,221	
Kamu Personeli(1)	,028	,477	,004	1	,952	1,029
Diğer(2)	,773	,487	2,521	1	,112	2,166
Okur yazar değil			5,748	4	,219	
İlkokul(1)	,395	1,406	,079	1	,779	1,484
İlköğretim(2)	-1,376	,776	3,147	1	,076	,253
Lise(3)	,197	,556	,125	1	,723	1,218
Üniversite ve üstü(4)	-,152	,452	,113	1	,737	,859
1000 altı			2,855	3	,415	
1000-2000(1)	-1,302	1,139	1,308	1	,253	,272
2000-5000(2)	-,838	,603	1,929	1	,165	,433
5000 üzeri(3)	-,852	,524	2,643	1	,104	,426
Aile tipi(1)	,443	,510	,753	1	,385	1,558
Anne baba			4,259	2	,119	
Aile ferdi(1)	-,607	,525	1,334	1	,248	,545
Bakıcı (2)	,336	,628	,285	1	,593	1,399
Çocuk Sayısı	,668	,243	7,578	1	,006	1,951
Ev_Durumu			,000	2	1,000	
Kira(1)	-18,573	40193,618	,000	1	1,000	,000
Kendi Evi(2)	-18,569	40193,618	,000	1	1,000	,000
PUAN	-,047	,011	19,867	1	,000	,954
Constant	28,062	40193,618	,000	1	,999	1,539E12

#### 4. TARTIŞMA

Ev kazaları, dünya genelinde yaygın bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte önemli mortalite ve morbidite sebebidir. Ev kazaları açısından çocukların ve yaşlıların daha büyük risk altında olduğu bilinmektedir. Çocuklarda yaralanmalara bağlı ölümlerinin %95'inden fazlası düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde 18 yaşın altındaki ölümlerin yaklaşık %40'ı yaralanmanın bir sonucu olarak meydana gelmesi bu ülkelerin daha iyi olmasına rağmen hala ciddi bir problemi olduğuna dair bir gösterge olarak kabul edilmektedir (2).

Çocukları ev kazalarından korumak için alınacak önlemlerde çocuğun bakımından en sık sorumlu kişi olan anne-babalara büyük rol düşmektedir. Bu nedenle ebeveynlerin bu konuda aldıkları önlemlerin değerlendirilmesi için çalışmamızda 0-6 yaş çocuğu olan annelerin sosyodemografik özellikleri ile çocuklarını ev kazalarından korumak için aldıkları güvenlik önlemlerini değerlendiren 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği karşılaştırılarak mevcut literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Çalışmamızda araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması  $30,8 \pm 5,4$  olarak bulundu. Literatürde annelerin yaş ortalamasının çalışmamıza benzer şekilde  $31,7 \pm 6,2$  ve  $31,3 \pm 4,5$  olduğu çalışmalar mevcuttur (17, 20). Literatürde ayrıca anne yaş ortalamasının  $26 \pm 5,0$  olan daha genç annelerin katıldığı çalışmalara da rastlanmaktadır (4). Çalışmamızda annelerin yaşı ile ölçekten alınan toplam puan arasında anlamlı korelasyon yoktu ( $r=0,048$ ,  $p=0,459$ ). Literatürde de benzer şekilde anne yaşı ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı çalışmalar mevcuttur (16, 60).

Ev kazası geçiren çocukların annelerinin yaş ortalaması  $30,6 \pm 5,2$ ; ev kazası geçirmeyen çocukların annelerinin yaş ortalaması  $30,9 \pm 5,5$  olarak bulundu. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde ev kazası geçiren çocukların annelerinin yaş ortalaması  $29,5 \pm 5,4$ ; ev kazası geçirmeyen çocukların annelerinin yaş ortalaması ise  $29,6 \pm 4,9$  olarak bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (16). Şekerci ve arkadaşlarının çalışmasında anne yaşı ile çocuklarının

kaza geçirme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (60). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde anne yaşı açısından kaza geçirme durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p=0,756$ ).

Çalışmamıza katılan annelerin %1,6'sı ( $n=4$ ) okur yazar değil, %10,7'si ( $n=26$ ) ilkokul mezunu, %18,9'u ( $n=46$ ) ilköğretim mezunu, %31,6'sı ( $n=77$ ) lise mezunu, %37,3'ü ( $n=91$ ) üniversite, yüksek lisans veya doktora mezunudur. Üniversite mezunu sıklığı çalışmanın yürütüldüğü ASM'nin il merkezinde kırsala yakın olmayan bir bölgede bulunmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Literatürde benzer oranda annelerin %23,5'inin ilkokul-ortaokul mezunu, %26'sının lise –ön lisans, %50,5'inin lisans ve üzeri okul mezunu olduğu çalışmalar bulunmakla birlikte, araştırmaya katılan annelerin %56,5'ini ilkokul mezunu olanların, %5,5'ini okur yazar olan ve olmayanların, %13'ünü ortaokul, %20'sini lise, %5'ini yüksekokul mezunu olanların oluşturduğu örnekler de bulunmaktadır (4, 20). Altıntaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin %51'inin ilkokul mezunu, %23,8'inin ise lise mezunu olduğu saptanmıştır (61).

Çalışmamızda annelerin eğitim durumları arasında ölçek puanları açısından anlamlı bir fark saptanmış olup ( $p=0,049$ ), bu fark okur yazar olmayanlar ile üniversite ve üstü eğitimi olanlar arasında idi. Gündüz'ün yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde annelerin eğitim durumuna göre ölçekten aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gösterilmiştir (20). Hastanede yatan çocukların annelerinin dahil edildiği bir çalışmada da anne eğitimi ile ölçek puanı arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (60). Ancak bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerin aksine Çiçekler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilköğretim mezunu annelerin ortaöğretim ve lisans mezunu annelere oranla ev kazalarına yönelik daha fazla güvenlik önlemi aldıkları görülmektedir (19). Ankara ilinde yapılan bir çalışmada üniversite ve yüksekokul mezunu olan annelerin çocukları, anneleri daha az eğitim gören annelerin çocuklarına göre daha fazla kaza geçirmişlerdir (62). Bu durumun bizim çalışmamızın yapıldığı popülasyondaki annelerin aldıkları eğitim ile ev kazalarına karşı bilinçlenmesine ve bunun doğal sonucu olarak ev kazalarına karşı daha fazla önlem almasına bağlanmıştır.

Çalışmamızda ankete katılan annelerin %56,1'i ( $n=137$ ) ev hanımı, %25,8'i ( $n=63$ ) memur, %18'i ( $n=44$ ) diğer meslek grubu çalışanıdır. Literatürde

çalışmamızla benzer şekilde %58,3'ü çalışmayan, %41,7'si çalışan annelerin katıldığı araştırma mevcuttur (17). Ancak literatürde katılımcıların %89,0 ve %87,4 gibi daha yüksek oranlarda ev hanımı olduğu çalışmalar da mevcuttur (4, 61). Erzurum'da yapılan bir çalışmada ise çalışan annelerin oranı %61,5, çalışmayan annelerin oranı %38,5 olarak bulunmuştur (20). Literatürdeki bu farklılıklar çalışmanın yapıldığı bölgelerin farklı sosyoekonomik şartlara sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Erzurum'da yapılan bir çalışmada çalışan annelerin ölçek puan ortalamaları çalışmayan annelere göre daha yüksek bulunmuş ve annelerin çalışma durumu ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (20). Çiçekler ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin meslek grupları arasında ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmış olup esnaf ve ev hanımı olan annelerin daha fazla güvenlik önlemi aldığı saptanmıştır (19). Şekerci ve İnal'ın çalışmasında ise annenin çalışma durumu ile ölçek puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadığı belirtilmiştir (60). Bizim çalışmamızda da literatürdeki bazı çalışmamalarla benzer olarak ölçek puanı ile meslek arasında anlamlı ilişki saptanmadı ( $p=0,480$ ).

Yaptığımız çalışmada annelerin meslekleri ile çocuklarının kaza geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p=0,266$ ). Kurt ve Aytekin'in yaptığı çalışmada da annelerin çalışma durumu ile çocukların ev kazası geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (17). Literatürde yer alan başka bir çalışmada da anneleri çalışıyor olan çocukların ev kazası geçirme sayısının çalışmayan annesi olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (62). Diğer bir çalışmada ise annenin çalışma durumu ile çocuğun ev kazası geçirme sıklığı arasında anlamlı fark saptanmamıştır (16).

Ankara'da yapılan bir çalışmada ailelerin gelir durumları ile çocukların ev kazası geçirme oranı arasında anlamlı fark bulunamamıştır (62). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde gelir durumu ile kaza geçirme oranı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,285$ ).

Yaptığımız çalışmada ailelerin gelir durumu ile ölçekten aldıkları puan arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup ( $p=0,015$ ), geliri 1000 Türk lirası altı olan kişiler ile 2.000-5.000 Türk lirası olan kişiler ve 5.000 üzeri Türk lirası olan kişiler

arsında ölçekten alınan puan farkı vardı. Literatürde de benzer biçimde aylık gelir durumu ile ölçek puanı arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (60). Aynı zamanda başka bir araştırmada gelir durumu giderinden daha düşük olan ailelerdeki annelerin ölçek puanı ortalaması en düşük, geliri giderinden fazla olan ailelerdeki annelerin ölçek puan ortalaması en yüksek ortalamaya sahip olduğu ancak gelir durumuna göre annelerin ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (20). Literatür ve verilerimizdeki gelirin artması ile ölçek puanının artması durumu, gelir düzeyi düşük olan ailelerin maddi olarak alınabilecek önlemleri yeterince karşılayamadığı düşüncesini ortaya çıkarmaktadır.

Çalışmamıza katılan annelerin %86,9'u (n=212) çekirdek aileye sahip iken %13,1'i (n=32) geniş aileye sahipti. Literatürde de çalışmamız ile benzer şekilde %87,0, %81,8 ve %91,4 oranlarında çekirdek aileye sahip olan annelerin katıldığı çalışmalar mevcuttur (4, 17, 20). Günümüzde geniş ailelerin daha çok kırsalda yaşaması ve araştırmanın yapıldığı ASM'nin kentsel bölgede bulunması durumu katılımcıların aile tipinin daha sık olarak çekirdek aile olması durumunu açıklayabileceği düşünülmektedir.

Aile tipine göre ortalama ölçek puanları karşılaştırıldığında çekirdek ailede yaşayan annelerin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülürken, geniş ailede yaşayan annelerin en düşük ortalama ölçek puanına sahip olduğu saptanmıştır (20). Ayrıca literatürdeki çalışmalarda aile tipleri ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır (20, 60). Literatürden farklı olarak çalışmamızda aile tipleri ile ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,010). Bu durum çekirdek ailenin bir ferdi olan annelerin çocuk bakımı sorumluluğunu üçüncü kişilerle paylaşmamasının bir sonucu olarak daha yüksek bilinç düzeyine erişmiş olabileceği ile açıklanabilir.

Yaptığımız çalışmada araştırmaya katılan annelerin çocuklarının bakımından %75,4 (n=184) anne-baba, %14,3 (n=35) anneanne- babaanne gibi aile ferdi, %10,2 (n=25) bakıcı sorumlu olduğu saptanmıştır. Ankara'da yapılan bir çalışmada ise çocukların %93,6'sının bakımını yapmakla sorumlu olan kişi anneleri olarak saptanmıştır (62).

Araştırmamıza katılan annelerin %35,7'sinin (n=87) bir çocuğu, %43,4'ünün (n=106) iki çocuğu, %18,9'unun (n=46) üç çocuğu, %1,6'sının (n=4) dört çocuğu,

%0,4'ünün (n=1) beş çocuğu olduğu saptanmıştır. Literatürde Özmen ve arkadaşlarının çalışmasına %52 bir çocuklu, %36 iki çocuklu, %9 üç çocuklu, %3 dört ve üzeri çocuklu anneler, Kurt ve Aytekin'in çalışmasına %47,5 bir çocuklu, %37,4 iki çocuklu, %15 üç ve üzeri çocuklu anneler, Gündüz'ün çalışmasına ise %46,7 bir çocuklu, %42,5 iki çocuklu, %10,8 üç ve daha fazla çocuklu anneler katılmıştır (4, 17, 20).

Gündüz'ün çalışmasında ölçek puan ortalamaları arasında tek çocuklu olanların puanları iki ve daha fazla çocuklu annelerin puanından daha yüksek bulunmuş ve çocuk sayısına göre ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (20). Başka bir çalışmada da ölçek puanları ile çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş ve üç çocuğu olan annelerin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu, iki çocuğu olan annelerin ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (19). Ayrıca literatürdeki farklı çalışmalarda çocuk sayısı ile ölçek puanı arasında ilişkinin saptanmadığı çalışmalar da mevcuttur (60). Bizim çalışmamızda ise çocuk sayısı ile ölçek puanı ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ( $r=-0,067$ ,  $p=0,299$ ).

Çalışmamızda evi kira olan ve ev sahibi olanlar arasında ölçek puanı açısından anlamlı fark saptanarak ( $p=0,029$ ), kendi evinde oturanların ölçek puan ortalaması  $178,7 \pm 16,7$ , evi kira olanların ölçek puan ortalaması  $174,2 \pm 15,2$  olarak bulundu. Bu durum evi kira olanların pencerelerde parmaklık konulması, balkonun kapatılması veya korkuluklarının sık olması gibi kalıcı değişiklikteki önlemleri daha az alma eğiliminde olabileceği düşüncesini doğurmuştur.

Çalışmamıza katılan annelerin %42,6'sı (n=104) çocuğunun daha önce ev kazası geçirdiğini bildirmiştir. Ev kazası sıklığı Özmen ve arkadaşlarının çalışmasında %15,5, Avustralya'da yapılan bir çalışmada %73, Gündüz'ün çalışmasında %57,2, yine Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada ise %30,2 olarak bulunmuştur (4, 20, 60, 63). Literatürde farklı sıklıkta ev kazası geçirme durumu olsa da ev kazalarının önlenabilir olması nedeniyle hiçbiri azımsanacak nitelikte değildir.

Literatürde ev kazası geçiren çocukların annelerinin ölçek puan ortalamaları ev kazası geçirmeyen çocukların annelerinin ölçek puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (16, 20). Ancak literatürde

ev kazası geçiren çocukların annelerinin daha yüksek ölçek puanının olduğu ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğunu gösteren çalışma da bulunmaktadır (4). Gündüz'ün çalışmasında ev kazası geçiren çocukların annelerinin ölçek puanı ortalaması  $162,9 \pm 20,3$ , geçirmeyenlerin ölçek puanı ortalaması  $169,2 \pm 18,9$  olarak saptanmıştır (20). Bizim çalışmamızda ise çocuğu ev kazası geçiren ve geçirmeyen annelerin ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilerek ( $p=0,000$ ) ve çocuğu ev kazası geçirmeyenlerin ölçek puan ortalaması  $181,1 \pm 15,0$ , ev kazası geçirenlerin ölçek puan ortalaması  $170,6 \pm 15,8$  olarak bulundu. Literatürdeki bazı çalışmalara benzer olarak ev kazası geçirmeyen çocukların annelerinin ölçek puanının yüksek olması, ev kazalarına karşı daha fazla güvenlik önlemi aldıklarını ve bunun sonucu olarak da çocuklarının daha az sıklıkta ev kazası geçirdiğini düşündürmüştür.

Bir annenin çocuğu birden fazla ev kazasını birden fazla yerde geçirmiş olabildiğinden ev kazası geçiren anne sayısı ile ev kazası geçirilen yerlerin toplam sayısı ve ev kazası türlerinin toplam sayısı farklı olarak bulunmuştur. Çalışmamızda %40,2 (n=47) sıklıkla en fazla kaza geçirilen yer olarak salon/oturma odası saptandı. Ayrıca %27,4 (n=32) oranla ikinci en sık yatak odası, %20,5 (n=24) oranla mutfak, %8,5 (n=10) oranla banyo ve tuvalet kaza geçirme yerleri olarak saptandı. Tahran'da yapılan bir çalışmada en sık kaza geçirilen yer %36,96 ile oturma odası bulunmuştur (64). Şekerci ve İnal'ın çalışmasında en sık kaza geçirilen yer %62,5 sıklıkta salon, %13,7 sıklıkla ikinci en sık kaza geçirilen yer mutfak olduğu saptanmıştır (60). Bucaktepe ve arkadaşlarının çalışmasında ise en sık %28,5 oranla oturma odası en sık, %21,5 oranla mutfak ikinci en sık kaza geçirme yeri olarak tanımlanmıştır (65). Çanakkale ilinde yapılan bir çalışmada %28,6 sıklıkta oturma odası, %23,5 sıklıkta mutfak, %20,4 sıklıkta banyo kaza geçirme yerleri olarak saptanmıştır (17). En sık kaza geçirme yeri olan salon/oturma odası literatürdeki araştırmalar ile uyumlu olarak bulunmuş olup bu durum çocukların en fazla vakit geçirdiği yerin salon/oturma odası olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kaza türü olarak %67,3 (n=76) oranla en sık düşme, %15,9 (n=18) yanık, %6,2 (n=7) zehirlenme, %4,4 (n=5) kesici-delici alet yaralanması, %3,5 (n=4) elektrik çarpması, %1,8 (n=2) boğulma ve %0,9 (n=1) üzerine eşya devrilmesi olarak saptanmıştır. Literatürde Tahran'da yapılan bir çalışmada da

çalışmamızla benzer oranlarda %63 oranında en sık görülen ev kazası düşme olarak saptanmıştır (64). Yaş ve etnik gruplara bağlı pediatrik yaralanma çeşitliliğini araştıran bir çalışmada, çalışmaya dahil edilen çocukların %40'ı 0-4 yaş grubunda olup, bu yaş grubunda görülen en sık kaza düşmelerdir (66). Farklı bir çalışmada da ev kazası türü olarak %55 sıklıkta düşme, %30 sıklıkta yanık, %10 sıklıkta kesik ve %5 sıklıkta diğer kazalar görüldüğü saptanmıştır (60). Bizim çalışmamızda ve taranan literatürde en sık görülen ev kazasının düşme olmasının 0-6 yaş grubu çocukların denge yeteneğinin henüz tam olarak gelişmediğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda ev kazası geçiren çocukların hastaneye gitme oranı %53,8 (n=56) olarak bulunmuştur. Literatürde Şekerci ve İnal'ın çalışmasında benzer şekilde hastaneye gitme oranı %60 olarak bildirilirken, Karatepe ve Akış'ın çalışmasında ise bu oran %25 olarak bildirilmiştir (16, 60).

Yaptığımız çalışmada çalışmaya katılan tüm annelerin çocukları arasında hastaneye yatma oranı %12,5 (n=13) olarak bulunmuştur. Hastaneye giden çocuklar arasındaki hastaneye yatış oranı ise %23,2 olarak saptanmıştır. Literatürde ankete katılan tüm annelerin çocuklarının kaza sonucu hastaneye yatma oranı %21,2 olarak belirlenmiştir (60). Literatürdeki başka bir çalışmada ise hastaneye başvuran çocukların hastanede yatma oranı hesaplanmış ve oran %1,9 olarak bulunmuştur (16). Bu oranlardaki farklılığın ölçeğin uygulandığı popülasyondaki geçirilen kazanın türüne ve ciddiyetine bağlı değişkenlik gösterdiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda annelerin ölçek puan ortalaması  $176,6 \pm 16,2$  olduğu belirlenmiştir. Gündüz'ün çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde ölçek puan ortalaması  $179,7 \pm 12,9$  olarak saptandığı belirtilmiştir (20). Özmen ve arkadaşlarının çalışmasında ise annelerin ölçek puan ortalaması  $76,9 \pm 12,5$  olarak bulunmuştur (4).

Literatürdeki benzer çalışmalardan farklı olarak ölçekte var olan maddeleri yaşam alanları, yiyecek ile ilgili olanlar, genel önlemler gibi gruplandırıp bu gruplara ait maddelerin ortalama puanlarını hesaplayarak 0-6 yaş çocuğu olan annelerin bu gruplar için yeterli önlem alma durumunu tespit etmeye çalıştık.

Çocuğu ev kazası geçiren ve geçirmeyen annelerin puan ortalamalarının gruplandırılmış yaşam alanları ile ilişkisi Tablo-2'de gösterilmiş olup banyo-tuvalet



önlemleri, mutfak önlemleri, genel yaşam alanı önlemleri, yatak odası önlemleri, yiyecek ile ilgili önlemler ve genel önlemlerin ayrı ayrı tek başına ev kazası geçirmiş olma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ebeveynlerin sadece evin bir kısmında ya da spesifik bir konuda (yiyecek önlemi vb.) dahi önlem almalarının çocuğun ev kazası geçirme riskini azaltacağı şeklinde yorumlanabilir. Bu nedenle bütüncül olarak evin her bölgesi için ve her konu başlığında ebeveynlerin bilgilendirilmesinin önemli olacağı kanaatindeyiz.

Araştırmamızın kısıtlılıklarından ilki olarak çalışmanın yalnızca bir ASM’de yürütülmesidir. Global etkili girişimler için yapılacak çalışmaların daha fazla merkezde toplumun genelini yansıtacak şekilde yapılması önermekteyiz.

Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı babanın eğitim ve çalışma durumu ile kazanın özelliklerini sorgulamamış olmamızdır. Ölçek her ne kadar anneler üzerinden şekillendirilmiş olsa da çocuğun bakımından tüm ebeveynlerin eşit derecede sorumlu oldukları unutulmamalıdır. Bu nedenle annelerin bilgi düzeyinin tespitinin önemli olduğu kadar bakımdan sorumlu diğer kişilerin de bilgi düzeyinin tespiti ile tüm bu fertlere verilecek eğitimlerin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamız kesitsel olarak yapılmış olup veriler yüz yüze görüşülerek kişilerin beyanıyla toplanmıştır. Özellikle ev kazası geçirme geçmişinin tespitinde kişilerin beyanının yanında kayıt sistemlerinin de güvenilir kanıtlar sunabileceği düşünülmektedir. Ev kazası geçmişinin olmadığı ya da tıbbi başvurunun olmadığı beyanlarında ailenin diğer fertleri ile yapılacak görüşmeler verilerin güvenilirliği artırabilir.

Benzer şekilde beyana dayanan tüm önlem ifadelerinin gerçekte uygulanıp uygulanmadığının tespitini mümkünse kişilerin yaşam alanlarında direkt gözlemle yapabilmek çalışmanın daha doğru sonuçlar vermesini sağlayacaktır.

Annelere çocukları kaza geçirmeden önce ve kaza geçirdikten sonra güvenlik önlemlerini tanımlama ölçeği uygulanarak aldıkları puanların karşılaştırılması yeni bir çalışmanın konusu olabilir.

## 5. SONUÇ

Çalışmamızda ölçekten alınan puanın yüksek olması, sosyodemografik özelliklerden bağımsız kaza durumunu etkileyen tek parametre ve koruyucu olduğu gösterilmiştir. Annelerin ve diğer aile fertlerinin bilinçlendirilmesi, çocuğun birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda, eğitim aşamasında sürekli izlenmesi kazaları önlemede etkili olabilecektir. Şüphesiz ki çocuklar, özellikle çalışmamızda incelediğimiz 0-6 yaş aralığındaki çocuklar sürekli bakıma ve korunmaya muhtaçtır. Çocuğun korunması ise başta ebeveynler olmak üzere tüm toplumun görevidir.

Birçok sırrın paylaşıldığı, karşılıklı güven duygusuna dayalı hasta hekim ilişkisini kurmak aslında hekimlerin ilk görevidir. Hem teşhis ve tedavi aşamasında başarılı olmanın hem de gizli kalmış travmaları açığa çıkarmanın en iyi yolu budur. Her türlü travma veya istismarın ortaya çıkarılmadığı takdirde, tamiri mümkün olmayan ciddi sonuçlar doğurabileceği -ölüm gibi- unutulmamalıdır (67).

Bu sorumluluk ve bilinçle sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında ihmal ve istismar bulguları yönünden uyanık olmak, çocuğu fiziki ve ruhsal yönden dikkatli muayene etmek önemlidir.

Ancak hekimler olarak sorumluluğumuzun tespitten çok daha önce “önleme” aşamasında başladığını unutmamalıyız. Çocuk bakım sorumluluğu üstlenecek ailelere doğum öncesi kazalara sebebiyet verebilecek tüm hususlarda bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır. Doğum sonrası süreçte çocuk tüm muayene ve takiplerinde dikkatle izlenmeli, ayrıca çocuğun yaş grubuna özel önlemler ailelere başvurularında hatırlatılmalıdır. Bütüncül bir yaklaşımla çocukları her türlü ihmal, istismar ve kazalardan koruyabileceğimizi, böylece geleceğimizin teminatı olan yeni nesilleri fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı yetiştirebileceğimizi önermekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Kazalar ve Önlenmesi. 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı;1994
2. WHO. World Report on Child Injury Prevention [electronic resource] Editors; Peden M, Oyebite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman F, Rivara F, Bartolomeos K. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
3. Carlsson A, Dykes AK, Jansson A, Bramhagen AC. Mothers' awareness towards child injuries and injury prevention at home: an intervention study. BMC research notes. 2016;9(1):223.
4. Özmen D, Ergin D, Şen N, Çetinkaya A. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanılanması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2007;3(12).13-20.
5. Runyan CW, Casteel C, Perkis D, Black C, Marshall SW, Johnson RM, Coyne-Beasley T, Waller AE, Viswanathan S. Unintentional injuries in the home in the United States: Part I: Mortality. American journal of preventive medicine. 2005;28(1):73-9.
6. Sütoluk Z, Savaş N, Demirhindi H, Özdener N, Akbaba M. Çukurova üniversitesi tıp fakültesi büyük acil servisine ev kazaları nedeniyle başvuranların etiyolojik ve demografik özellikleri. Toplum Hekimliği Bülteni. 2007;26(2):29-34.
7. Tural Büyük E, Çavuşoğlu F, Teker E. Sıfır Altı Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanılanması. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;5(3):17-22.
8. Sminkey L. World report on child injury prevention. Injury prevention. 2008;14(1):69.
9. Morrison A, Stone DH, Doraiswamy N, Ramsay L. Injury surveillance in an accident and emergency department: a year in the life of CHIRPP. Archives of disease in childhood. 1999;80(6):533-6.
10. Verma S, Lal N, Lodha R, Murmu L. Childhood trauma profile at a tertiary care hospital in India. Indian pediatrics. 2009;46(2):168-171.
11. Turan T, Altundağ Dünder S, Yorgancı M, Yıldırım Z. 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi. 2010;16(6):552-557.
12. Köse OÖ, Bakırcı N. Çocuklarda ev kazaları. 10.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 2006:Van, Türkiye
13. Demir U, Aşıröz M, Etili Y, Kartal E, Gümüş O, Hekimoğlu Y. Beş yaşın altındaki çocukların kazayla ölümlerinin analizi. J For Med. 2017;31(1):17-25
14. Hjern A, Ringbäck- Weitoft G, Andersson R. Socio- demographic risk factors for home- type injuries in Swedish infants and toddlers. Acta paediatrica. 2001;90(1):61-8.
15. Bahadır GB, Oral A, Güven A. Çocukluk çağı travmaları ve önlenmesinde koruyucu hekimliğin rolü. TAF Prev Med Bull. 2011;10(2):243-250.
16. Karatepe TU, Akış N. 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2013;39(3):165-168.
17. Yılmaz Kurt F, Aytekin A. 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazaları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015;2(1): 22-32.

18. Morrongiello BA, Ondejko L, Littlejohn A. Understanding toddlers' in-home injuries: I. Context, correlates, and determinants. *Journal of Pediatric Psychology*. 2004;29(6):415-31.
19. Yıldız Çiçekler C, Konuk Er R, Alakoç Pirpir D, Büyükbayraktar Ç. 0-6 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012;21(3): 157-174.
20. Gündüz G, Aytekin A. Annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2015; 5(3):184-192.
21. Fang Y, Dai L, Jaung MS, Chen X, Yu S, Xiang H. Child drowning deaths in Xiamen city and suburbs, People's Republic of China, 2001–5. *Injury prevention*. 2007;13(5):339-343.
22. Yang L, Nong QQ, Li CL, Feng QM, Lo SK. Risk factors for childhood drowning in rural regions of a developing country: a case-control study. *Injury Prevention*. 2007;13(3):178-182.
23. Hyder AA, Borse NN, Blum L, Khan R, El Arifeen S, Baqui AH. Childhood drowning in low- and middle- income countries: Urgent need for intervention trials. *Journal of paediatrics and child health*. 2008;44(4):221-7.
24. Aydın B, Turla A, Mutlu H. Samsun'da Çocukluk Çağı Medikolegal Ölümler. *Adli Tıp Bülteni*. 2014;19(3):169-75.
25. Dirlik M, Bostancıoğlu B. Child drowning deaths in Aydın province, western Turkey, 2002–2012. *European journal of trauma and emergency surgery*. 2015;41(6):683-8.
26. Celis A. Home drowning among preschool age Mexican children. *Injury prevention*. 1997;3(4):252-6.
27. Barss P. Drownings and other water-related injuries in Canada 1991-2000 10 years of research Module 2: Ice & Cold Water [electronic resource]. The Canadian Red Cross Society. Canada: 2006.
28. Hyder AA, Arifeen S, Begum N, Fishman S, Wali S, Baqui AH. Death from drowning: defining a new challenge for child survival in Bangladesh. *Injury control and safety promotion*. 2003;10(4):205-10.
29. Zor F, Ersöz N, Kūlahçı Y, Kapı E, Bozkurt M. Birinci basamak yanık tedavisinde altın standartlar. *Dicle Tıp Dergisi*. 2009;36(3):219-225
30. Moritz AR, Henriques FC. Studies of thermal injury: II. The relative importance of time and surface temperature in the causation of cutaneous burns. *The American journal of pathology*. 1947;23(5):695-720.
31. MacLennan N, Heimbach DM, Cullen BF. Anesthesia for major thermal injury. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*. 1998;89(3):749-70.
32. Walton JJ, Manara AR. Burns and smoke inhalation. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2005;6(9):317-321.
33. Sağlık Bakanlığı Yanık Yaralanmaları Tedavi Algoritması. 2012.
34. Papp A, Rytönen T, Koljonen V, Vuola J. Paediatric ICU burns in Finland 1994–2004. *Burns*. 2008;34(3):339-44.
35. Sharma PN, Bang RL, Al-Fadhli AN, Sharma P, Bang S, Ghoneim IE. Paediatric burns in Kuwait: incidence, causes and mortality. *Burns*. 2006;32(1):104-11.

36. Argirova M, Hadzhiyski O. Treatment of palm burns in children. *Annals of burns and fire disasters*. 2005;18(4):190-193.
37. Hippisley-Cox J, Groom L, Kendrick D, Coupland C, Webber E, Savelyich B. Cross sectional survey of socioeconomic variations in severity and mechanism of childhood injuries in Trent 1992-7.. *BMJ: British Medical Journal*. 2002;324(7346):1132.
38. Reimers A, Laflamme L. Neighbourhood social and socio- economic composition and injury risks. *Acta Paediatrica*. 2005;94(10):1488-94.
39. Warda L, Tenenbein M, Moffatt ME. House fire injury prevention update. Part I. A review of risk factors for fatal and non-fatal house fire injury. *Injury Prevention*. 1999;5(2):145-50.
40. Delgado J, Ramírez-Cardich ME, Gilman RH, Lavarello R, Dahodwala N, Bazán A, Rodríguez V, Cama RI, Tovar M, Lescano A. Risk factors for burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. *Injury Prevention*. 2002;8(1):38-41.
41. Munro SA, Van Niekerk A, Seedat M. Childhood unintentional injuries: the perceived impact of the environment, lack of supervision and child characteristics. *Child: care, health and development*. 2006;32(3):269-79.
42. Forjuoh SN, Guyer B, Strobino DM, Keyl PM, Diener-West M, Smith GS. Risk factors for childhood burns: a case-control study of Ghanaian children. *Journal of epidemiology and community health*. 1995;49(2):189-93.
43. Khambalia A, Joshi P, Brussoni M, Raina P, Morrongiello B, Macarthur C. Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0–6 years: a systematic review. *Injury prevention*. 2006;12(6):378-81.
44. Hyder AA, Sugerman D, Ameratunga S, Callaghan JA. Falls among children in the developing world: a gap in child health burden estimations? *Acta paediatrica*. 2007;96(10):1394-8.
45. Harris VA, Rochette LM, Smith GA. Pediatric injuries attributable to falls from windows in the United States in 1990–2008. *Pediatrics*. 2011;128(3):455-62.
46. İnce T, Yalçın SS, Yurdakök K. Çocukluk çağında ciddi kaza sıklığı ve risk faktörleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2014; 57: 173-182.
47. Güzel A, Karasalihoğlu S, Küçükuşurluoğlu Y. Çocuk acil ünitemize düşme nedeniyle başvuran travma olgularının değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2007;13(3):211-216.
48. Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F. Çocukluk çağında ev kazalarına yol açan etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2011;20(3):89-97.
49. Bergner L, Mayer S, Harris D. Falls from heights: a childhood epidemic in an urban area. *American journal of public health*. 1971;61(1):90-6.
50. World Health Organization. Poisons [İnternet]. 2017 [20.12.2017 tarihinde erişildi.] Erişim adresi: <http://www.who.int/topics/poisons/en/>
51. Peltek Kendirci HN, Yağlı Çolakoğlu E, Hızlı Ş, Koçak M, Saylam E, Polat E, Yılmaz G. Hastanemiz çocuk acil servisine başvuran zehirlenme olgularının değerlendirilmesi. *Turkish J. Pediatr. Dis*. 2011; 5(1): 29-35
52. Öner N, İnan M, Vatansver Ü, Turan Ç, Çeltik C, Küçükuşurluoğlu Y, Duran R, Karasalihoğlu S. Trakya bölgesinde çocuklarda görülen zehirlenmeler Orijinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*. 2004;39(1):25-30

53. Biçer S, Sezer S, Çetindağ F, Kesikminare M, Tombulca N, Aydoğan G, Aldemir H. Çocuk acil kliniği 2005 yılı akut zehirlenme olgularının değerlendirilmesi. *Marmara Medical Journal*. 2007;20(1):12-20.
54. Akbay-Öntürk Y, Uçar B. Eskişehir bölgesinde çocukluk çağı zehirlenmelerinin retrospektif değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2003;(46):103-13.
55. Roberts I. Cause specific social class mortality differentials for child injury and poisoning in England and Wales. *Journal of epidemiology and community health*. 1997;51(3):334-5
56. Küçüktaşçı K, Ergin H, Çırak B, Kiroğlu Y. Örgü şişiyile ev kazası sonucu gelişen penetran meningoensefalit ve bos fistülü. *Ege Tıp Dergisi*. 2010;49(2):117-122.
57. Aydoğdu Hİ, Ketenci HÇ, Boz H, Kırıcı GS, Özer E. Kardiyak penetrasyona sebep olan ev kazası sonucu ölüm olgusu. 14 Adli Bilimler Kongresi; 11-14 Mayıs 2017; İzmir, Türkiye.
58. Erkal S, Şafak Ş. Ev Kazalarının Nedenleri ve Korunma Yolları. *Eğitim ve Bilim*. 2001;26(121): 58-61.
59. Çınar N. 0-6 Yaş grubu çocukların ev kazalarından korunmasında ailenin rolü. *Klinik Çocuk Forumu*. 2004;4:62-66.
60. Şekerci E, Sevil İ. Hastanede Yatan 0-6 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Ev Kazaları Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2016;3(3):160-72.
61. Altuntaş M, Kaya M, Demir Ş, Oyman G, Metecan A, Rastgel H, et al. 0-14 yaş arası çocuklarda önlenbilir nitelikteki kazaların belirlenmesi ve ilişkili tedbirlerin alınması. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2013;1:28-33.
62. Boztaş G. 0-48 aylık çocukların ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalarına ilişkin annelerinin davranış ve görüşlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. [Tez] Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2008.
63. Lam LT, Ross FI, Cass DT. Children at play: the death and injury pattern in New South Wales, Australia, July 1990-June 1994. *Journal of paediatrics and child health*. 1999;35(6):572-7.
64. Younesian S, Mahfoozpour S, Ghaffari Shad E, Kariman H, Hatamabadi HR. Unintentional Home Injury Prevention in Preschool Children; a Study of Contributing Factors. *Emerg (Tehran)*. 2016;4(2):72-7.
65. Bucaktepe GE, Kara İH, Özdemir Ö. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servislerine Başvuran Ev Kazası Olgularının Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2004;8(2):75-9.
66. Savitsky B, Aharonson-Daniel L, Giveon A, Group TI, Peleg K. Variability in pediatric injury patterns by age and ethnic groups in Israel. *Ethnicity and health*. 2007;12(2):129-39.
67. Aydoğdu Hİ, Aslan Aydoğdu Z, Ateş E, Özer E. Aile Hekimliği Uygulamasında Adli Olgu Kavramı. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2017;9(2):61-64

## EKLER

### Ek 1: Demografik Bilgiler Anketi

1) Adı Soyadı:				
2) Yaş:	3) Meslek:			
4) Eğitim durumu:				
(1) Okur yazar değil	(2) Okur yazar	(3) İlkokul		
(4) İlköğretim	(5) Lise	(6) Üniversite ve/veya üstü		
5) Gelir:				
(1)1000 TL altı	(2) 1000-2000 TL arası	(3)2000-5000 TL arası		
(4)5000 TL üzeri				
6) Birlikte yaşadığı kişiler:				
(1) Çekirdek aile	(2) Geniş aile			
7) Evde çocuğun bakımından sorumlu kişi:				
(1) Anne-baba	(2) Aile ferdi (anneanne, babaanne vb.)	3) Bakıcı		
8) Çocuk sayısı:		9) Ev durumu:		
		(1) Kira (2) Kendi evi		
10) Daha önce çocuğunuz ev kazası geçirdi mi?				
(1) Evet (2) Hayır				
11) Geçirilen kazanın yeri:				
(1) Salon (.....)	(2) Mutfak	(3) Yatak odası	(4) Banyo	(5) Diğer
12) Geçirilen ev kazasının türü:				
(1) Düşme (2) Yanık (3) Elektrik çarpması (4) Boğulma (5) Zehirlenme				
(6) Kesici delici alet yaralanmaları (7)Diğer(.....)				
13) Hastaneye gitme gereksinimi oldu mu?				
(1) Hayır (2) Evet, hastanede yatmadı (3) Evet, hastanede yattı				

## Ek 2: 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği

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



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

### Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	<b>BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b>	
---	--	---

**Araştırmanın Adı:** Trabzon İli Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin, ev kazalarına yönelik aldığı güvenlik önlemlerinin çeşitli faktörlere göre değerlendirilmesi

Bu çalışmada çocuklardaki ev kazalarının sıklığı ve nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde size kişisel bilgilerinizi ve ev kazaları ile ilgili aldığınız önlemleri sorgulayan bir anket uygulanacaktır.

Araştırmaya katılmanız kendi isteğinize bağlı olup, çalışma sırasında istediğiniz an çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bilgileriniz gizli tutulacaktır ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilir Kişi Adı / Soyadı / Telefonu: Zehra ASLAN AYDOĞDU / 0506 271 07 88

*"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum." "Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum."*

#### Gönüllünün

Adı Soyadı :

İmzası :

#### Araştırmacının

Adı Soyadı: :

İmzası :

Tarih: / /

## Ek 4: Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.  
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
KTÜ TIP FAKÜLTESİ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL  
BAŞKANLIĞI


Sayı : 24237859- 415  
Konu: Etik Kurul onay belgesi

07/07/2017

Sayın; Y. Doç. Dr. Elif ATEŞ  
Aile Hekimliği ABD.

“Trabzon İli Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi’ne Bağlı 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin, Ev Kazalarına Yönelik Aldığı Güvenlik Önlemlerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2017/22 protokol numaralı tez çalışması rapörtör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof. Dr. Faruk AYDIN  
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel. +90 (462) 377 5403

Faks: +90 (462) 325 2270

Elektronik Adı: www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin Lütfen  
Şerafettin YILMAZ  
e posta  
srafettinyilmaz@ktu.edu.tr

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Trabzon İli Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi'ne Bağlı 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin, Ev Kazalarına Yönelik Aldığı Güvenlik Önlemlerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2017 / 22		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Y.Doç. Dr. Elif ATEŞ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Zehra ASLAN AYDOĞDU		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI		
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"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

Sayfa 1

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1	Tarih: 03/07/2017
	Y.Doç.Dr.Elif ATEŞ'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Dr.Zehra ASLAN AYDOĞDU'ya ait "Trabzon İli Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi'ne Bağlı 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin, Ev Kazalarına Yönelik Aldığı Güvenlik Önlemlerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi" başlıklı 2017/22 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

<b>KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU</b>	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ 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"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ 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"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ 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"/>	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ 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"/>	
Prof.Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ 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"/>	
Prof.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ 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"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ 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"/>	İZİNLİ
Y.Doç.Dr.Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ 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"/>	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ 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"/>	

\* :Araştırma ile İlişki  
\*\* :Toplantıda Bulunma

## Ek 5: Halk Sağlığı Müdürlüğü Onay Belgesi



T.C.  
TRABZON VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 78046258-806.02.02  
Konu : Arş. Gör. Dr. Zehra ASLAN  
AYDOĞDU'nun Tez Çalışması

### KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA (Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı)

- İlgi : a) 14.04.2017 tarihli, 68578767-000-836 sayılı ve 43448476 barkodlu yazınız.  
b) 09.05.2017 tarihli, 68578767-000-836 sayılı ve 44926812 barkodlu yazınız.  
c) 10.05.2017 tarihli, 68578767-000-1034 sayılı ve 45015969 barkodlu yazınız.  
d) 15.05.2017 tarihli, 68578767-000-1078 sayılı ve 45335468 barkodlu yazınız.  
e) 13.06.2017 tarihli, 68578767-000-1262 sayılı ve 47247576 barkodlu yazınız.

İlgi a,b,c,d,e yazılarımızda bahsi geçen Yrd. Doç. Dr. Elif ATEŞ'in yürüttüğü, Arş. Gör. Dr. Zehra ASLAN AYDOĞDU'nun yapacağı "0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik aldığı güvenlik önlemlerinin çeşitli faktörlere göre değerlendirilmesi" adlı tez çalışması İl Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Komisyonunda görüşülmüş olup, ekteki karar yazısında belirtilen eksiklikler tarafınızca tamamlanmıştır. Etik kurul raporu ve çalışma sonuçlarının tarafımıza bildirilmesi koşulu ile tez çalışmasının gerçekleştirilmesinde herhangi bir sakınca görülmemiştir. Konunun ilgili kişiye tebliği hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Köksal HAMZAOĞLU  
Halk Sağlığı Müdürü

Ek: Komisyon Kararı (2 sayfa)

"TUZU AZALT, ÖMRÜNÜ UZAT."

Fatih Mah. Ocak Sok. Fatih A.S.M. Üstü Kat:2 ORTAHISAR/ TRABZON

Faks No:04622300466

e-Posta:ozlem.altun@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.trbhsm.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 232cc7dd-23f0-45ff-9ef2-8e9a26a2a58a kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Özlem ALTUN

Unvan:BİRİM SORUMLUSU

Telefon No:0(462) 230 03 73 / 3071

**İL ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU**

**TOPLANTI TUTANAĞI**

**SAYI** : 2017/5

**TARİH** : 09.06.2017

**YER** : Halk Sağlığı Müdürlüğü (Fatih Binası)

**GÜNDEM** :

1- "0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Aldığı Güvenlik Önlemlerinin Çeşitli Faktörlere Göre Değerlendirilmesi" (Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Elif ATEŞ danışmanlığında Dr. Zehra ASLAN AYDOĞDU).

İl Araştırma İzin Talepler Değerlendirme Komisyonu Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı Uzm. Dr. Şükrü ÖZGÜN başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararlar alınmıştır.

**KARAR** :

1- Doç. Dr. Elif ATEŞ danışmanlığında Arş. Gör. Dr. Zehra ASLAN AYDOĞDU'nun "0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Aldığı Güvenlik Önlemlerinin Çeşitli Faktörlere Göre Değerlendirilmesi " adlı araştırma izin talebinin;

Başvuru formunda C.13 "Araştırma kapsamında Kurumunuzda talebiniz var mı?" sorusunun EVET olarak işaretlenmesi, C.13.1'in ayrıntılı olarak belirtilmesi gerekmektedir. Başvuru formundaki gerekli düzcnleme yapıldıktan sonra Etik Kurul Onayının tarafımızca alınıp araştırma sonuç raporunun Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne iletilmesi kaydıyla yapılmasının uygun olduğuna,

Oy birliğiyle karar verilmiştir.

Uzm. Dr. Şükrü ÖZGÜN  
Müdür Yardımcısı

İL ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

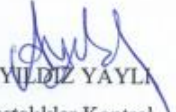
TOPLANTI TUTANAĞI



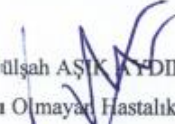
Prof. Dr. Gamze ÇAN  
K.T.Ü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Öğretim Üyesi



Uzm. Dr. Esin SAYIN  
Toplum Sağlığı Hizmetleri  
Şube Müdürü



Dr. Aynur YILDIZ YAYLI  
Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol  
Programları Şube Müdürü



Dr. Gülşah AŞIK AYDIN  
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar,  
Programlar ve Kanser Şube Müdürü



Dr. Ekrem YILDIRIM  
Aile Hekimliği Şube Müdürü