



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANEDE YATAN 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN
ANNELERİNİN EV KAZALARI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE
UYGULAMALARI**

**EBRU ŞEKERCİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
Doç. Dr. SEVİL İNAL**

İSTANBUL - 2015



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANEDE YATAN 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN
ANNELERİNİN EV KAZALARI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE
UYGULAMALARI**

**EBRU ŞEKERCİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
Doç. Dr. SEVİL İNAL**

İSTANBUL - 2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

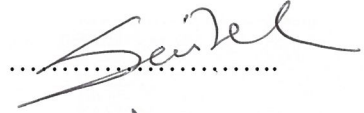
Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru ŞEKERCİ tarafından hazırlanan **"Hastanede Yatan 0-6 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Ev Kazaları Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları"** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 16.01.2015

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Doç.Dr.Sevil İNAL
: İst.Üniv. (Danışman)

.....


Jüri Üyesi : Doç.Dr.Gülçin BOZKURT
: İst.Üniv.

.....


Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Serap BALCI
: İst.Üniv.

.....


Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

.....


Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

TEŞEKKÜR

*Tezimin oluşumunda bana değerli zamanını ayıran, desteklerini
esirgemeyen tez danışmanım **Doç. Dr. Sevil İNAL**'a,*

*İstatistiksel değerlendirmelerde danışmanlığını aldığıım **Prof. Dr. İlker
ERCAN**'a,*

*Sabır ile sorularımı cevaplayan **annelere,***

*Tez çalışmam süresince daima yanımda olduklarını hissettiren eşim
Aykut ERDOĞAN ve kızım **Lina ERDOĞAN**'a teşekkürü bir borç bilirim.*

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR VE SİMGELER	V
TABLolarIN LİSTESİ	VI
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	4
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Tanımlar	7
4.1.1. Kaza	7
4.1.2. Yaralanma	7
4.1.3. Ev Kazaları	8
4.1.4. İlk Yardım	8
4.2. Kazaların Sınıflandırılması	8
4.3. Ev Kazalarının Görülme Sıklığı	9
4.4. Ev Kazalarının Epidemiyolojik Özellikleri	10
4.4.1. Çocuğa Ait Faktörler	11
4.4.2. Çevreye Ait Faktörler	13
4.5. Yaralanma Kontrolü	16
4.6. Evde Karşılaşılan Kaza Türleri	19
4.6.1. Düşmeler	19
4.6.2. Yanmalar	20
4.6.3. Zehirlenmeler	22
4.6.4. Kesikler	23

4.6.5. Elektrik Çarpmaları	24
4.6.6. Boğulmalar	24
4.7. Ev Kazalarından Korunmaya Yönelik Alınabilecek Önlemler	26
4.8. Ev Kazalarında İlk Yardım	35
4.9. Ev Kazalarının Önlenmesinde Hemşirenin Rolü	41
5. GEREÇ VE YÖNTEM	44
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	44
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	44
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	44
5.4. Örnek Seçim Kriterleri	44
5.5. Araştırma Soruları	44
5.6. Araştırmanın Değişkenleri	45
5.7. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereç	45
5.8. Verilerin Toplanması	46
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	47
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
5.11. Araştırmanın Etik Yönü	47
5.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	49
6. BULGULAR	50
7. TARTIŞMA	78
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	96
9. KAYNAKLAR	100
EKLER	
EK 1: Form A Sosyo- Demografik Özellikler Soru Formu	
EK 2: Form B Ev Kazaları Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu	

EK 3: Form C Ev Kazalarında Yapılacak Girişimler Konusunda Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu

EK 4: Form D “0–6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği”

EK 5: Etik Kurul Onayı

EK 6: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

EK 7: Özgeçmiş

KISALTMALAR ve SİMGELER

AAP	Amerikan Academy of Pediatrics
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABÖS	Ani Bebek Ölümü Sendromu
Ark.	Arkadaşları
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICD-9	International Classification of Diseases- 9
n	Sayı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
TDK	Türk Dil Kurumu
TIPP	The Injury Prevention Program
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization
%	Yüzde

TABLULAR

	Sayfa
Tablo 6-1. Ailenin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	51
Tablo 6-2. Ailenin Yaşadığı Evin Özelliklerinin Dağılımı	53
Tablo 6-3. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	54
Tablo 6-4. Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı	55
Tablo 6-5. Ev Kazası Sonrası Hastaneye Başvurma Durumunun Kaza Türlerine Göre Dağılımı	56
Tablo 6-6. Çocukların Geçirdiği Ev Kazası Türlerinin Evin Bölümlerine Göre Dağılımı	57
Tablo 6-7. Ev Kazası Sonrasında Yapılan İlk Yardım Uygulamalarının Dağılımı	58
Tablo 6-8. Çocuklara Ev Kazası Sonrasında Yapılan İlk Yardım Uygulamalarının Doğruluğunun Dağılımı	59
Tablo 6-9. Annelerin Ev Kazalarından Korumaya Yönelik Aldığı Önlemler	60
Tablo 6-10. Annelerin Evde Sık Karşılaşılabilecek Kaza Türleri ve Kaza Riski Taşıyan Alanlar Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı	62
Tablo 6-11. Annelerin İlk Yardım Bilgi Durumlarının Dağılımı	63
Tablo 6-12. Annelerin Çeşitli Kaza Türlerinde Yapılacak Uygulamalarla İlgili Bilgi Durumlarının Dağılımı	64
Tablo 6-13. Çocukların Ev Kazalarına Maruz Kalma Durumları ile Ev Kazalarını Etkileyebilecek Değişkenlerin Karşılaştırılması	67
Tablo 6-14. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Yaş ve Çocuk Sayısı Değişkeni Arasındaki İlişki	69
Tablo 6-15. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Ailenin Aylık Gelir Durumunun Karşılaştırılması	70
Tablo 6-16. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Ailenin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	71
Tablo 6-17. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Ailenin Yaşadığı Evin Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması	72
Tablo 6-18. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	73
Tablo 6-19. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Çocuğun Evdeki Uyuma Ortamı Verilerinin Karşılaştırılması	74
Tablo 6-20. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Durumuna İlişkin Verilerin Karşılaştırılması	75
Tablo 6-21. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Ev Kazaları Konusunda Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması	76

1. ÖZET

ŞEKERCİ E. (2014) Hastanede Yatan 0-6 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Ev Kazaları Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. Çocukluk çağında kazalar önlenebilir sağlık sorunlarının, ölüm ve engelli yaşam nedenlerinin başında yer almaktadır. Bu araştırma Bursa ili Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniğinde yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin, ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlandı. Araştırma evrenini Ekim-2012 ve Mart-2013 tarihleri arasında, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniğinde yatan 0-6 yaş grubu çocuk anneleri, örneklemine ise evreni bilinen grupta örneklem yöntemiyle seçilen, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden toplam 235 anne oluşturdu. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanmış anket formu ile “0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeği” kullanıldı. Anket yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. Uygulamaya başlamadan önce annelere araştırmanın amacı açıklanarak araştırma ile ilgili bilgi verildi ve çalışmaya katılımları konusunda yazılı onamları alındı. Araştırmadan elde edilen verilere göre; araştırma kapsamındaki annelerin yaş ortalamalarının 30 ($\pm 5,73$) yıl olduğu, bu annelerin %15,7’sinin çalıştığı, %49,4’ünün eğitim seviyesinin ilkökul ve altı düzeyde olduğu belirlendi. Çalışmadaki çocukların yaş ortalamalarının 24 ($\pm 21,99$) ay olduğu, bu çocukların %54,9’unun erkek olduğu saptandı. Araştırmadaki çocukların %30,2’sinin en az bir kez ev kazasına maruz kaldığı belirlendi. Çocuğun ev kazası geçirme sıklığı ile annenin yaşı, çocuğun cinsiyeti, annenin ev kazaları konusunda bilgi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p > 0,05$). Ev kazası geçiren çocukların büyük çoğunluğunun (%56,3) 1-3 yaş grubu çocuklar olduğu görüldü. Meydana gelen ev kazası türlerinden %55’inin düşme, %30’unun yanma, %10’unun kesikler, %3,7’sinin zehirlenme ve %1,3’ünde boğulma olduğu belirlendi. Ev kazalarının %62,5’inin evin salonu/oturma odasında, %13,7’sinin mutfakta gerçekleştiği saptandı. Tüm kaza tiplerinin %55’inde çocuğun yanındaki kişinin annesi olduğu görüldü. Anne ve babanın eğitim durumu, aylık gelir durumu, çocuk odası varlığı, çocuğun bakımına babanın katılımı, çocuğun evdeki uyuma ortamı, doğru oyuncak seçimi, ev kazaları ve ilk yardım uygulamaları konusunda bilgi alma durumu ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Ev kazaları konusunda bilgi alma oranlarının düşük olması nedeniyle, kaza sıklığının azaltılmasında eğitim çalışmalarına daha fazla ağırlık verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: 0-6 yaş çocuk, hemşirelik, ev kazaları, güvenlik önlemleri, ilk yardım uygulamaları

2. SUMMARY

ŞEKERCİ E. (2014) Home Accidents Knowledge and Practices of Mothers of 0-6 Age Group Inpatient Children. Haliç University, Health Sciences Institute, Nursery Programme, Master Thesis, İstanbul.

Childhood accidents can be considered as one of the top causes for most preventable health problems that results of death and disability. This research is planned as a descriptive to determine of the knowledge and practices of mothers of aged 0-6 years old inpatient children in Bursa Uludağ University Health Practice and Research Hospital pediatry clinics. The research universe is consisted between October 2012 and March 2013 by the mothers having 0-6 age group children staying in child clinical in Bursa Uludag University Health Application and Research Hospital; and the sampling is done by universe known group chosen with sampling method with the help of 235 mothers voluntarily accepting to take part in this research. Data was collected using a questionnaire prepared by examining the literature by researchers and "0-6 Year Old Children's Mothers' Identification Scale Security Measures Towards Home Accidents". The survey was administered by face to face interviews. For data evaluation SPSS (Statistical Package of Social Sciences) for Windows 20.0 program preferred. Before starting the application, mothers were given information about the purpose of the study and written confirmation for participation has been taken. According to the results, the average age of the participating mothers is 30 ($\pm 5,73$) years, %15,7 of them are employed and %49,4 of them have elementary or lower school education level. The average age for children was 24 ($\pm 21,99$) months and %54,9 was male. %30,2 of children who are subject to the research have at least once been subject to a home accident. Any statistically meaningful relevance between the occurrence frequency of home accident and mothers' age, or gender of child, or mothers' accident prevention information has not been observed ($p > 0,05$). The majority of the children to have home accident have been observed to be between 1-3 ages (%56,3). The sub classification of the home accidents are observed to be fall (%55), burn (%30), cut (%10), poisoning (%3,7), choking (%1,3). Among all home accidents, %62,5 have been observed to happen in the living room and %13,7 in kitchen. In %55 of all accident types were

found to be the mother of the person next to the child. The education level of parents, total monthly income, existence of a private room for child, fathers' attendance to child care, sleeping environment of the child, correct toy selection, first aid and home accidents information of mothers have been observed to have a meaningful relation with mothers' scaling score ($p < 0,05$). Following the results of this study, more focusing on information can be suggested to decrease the occurrence frequency of home accidents.

Keywords: 0-6 year infants, nursery, home accidents, security measures, first aid applications

3. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanların hayatları boyunca en çok kazaya maruz kalabilecekleri dönem, en çok meraklı oldukları ve hayatı tanımaya çalıştıkları çocukluk dönemidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2008). Çocukluk çağında kazalar, önlenebilir sağlık sorunlarının, ölüm ve engelli yaşam nedenlerinin başında yer almaktadır (Uğur Baysal ve Birinci, 2006).

Çocuğun kaza/yaralanma riski yaş, cinsiyet, sağlık durumu, ekonomik durum, tek ebeveyn olmak, annenin eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu, kalabalık aile, anne-babanın madde veya alkol kullanımı gibi durumlar ile yakından ilişkilidir (Runyan, 2005; Kendrick, 2007). Çocuğun hareketli olması, bilişsel ve davranışsal gelişimini tamamlamamış olması, çevreyi tanımak için ağızını ve ellerini kullanması, otonomisinin gelişmemiş olması ve bağımsız hareket edebilmesi de kaza riskini arttırmaktadır (Potts, 2002; Bulut ve ark., 2003). Çocuğun yaralanma riskini belirleyen faktörlerden biride annenin kaza algısıdır (Vladutiu, 2006; Morrongiello, 2002).

Çocuğun yaralandığı bölge ile çocuğun yaşı ilişkilidir. Çocuklarda 0–4 yaş grubunda ve okul öncesi dönemde yaralanmalar sıklıkla evlerde olmaktadır (Özcebe, 2006). Evlerde karşılaşılabilecek kaza türleri düşme, zehirlenme, yanma, elektrik çarpmaları, boğulma ve kesiklerdir (Uskun ve ark., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu'nun (UNICEF) 2008 raporuna göre, her gün 2000'den fazla çocuk kazalar sonucu ölmektedir (WHO, 2008). Kazalarla ilgili en yoğun çalışmaların yapıldığı ülke olan Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yılda 25 milyon çocuk kazalar sonucu yaralanmaktadır. Unicef'in 2003 yılında 0-6 yaş grubu çocuklarla yaptığı bir çalışmasında, kaza geçiren çocukların %71,3'ünün bu kazalara evde maruz kaldığı görülmüştür (www.unicef.org., 2003). Avrupa'da bulunan altı ülkenin toplam verilerine göre, çocukluk yaş grubunda ev kaza sıklığı 44,9/ 1000 olarak bildirilmiştir (Sengoelge, 2008). ABD'de 5 yaş altı çocuklarda meydana gelen kazalar sonucunda oluşan yaralanmaların %90'ının ve bu yaralanmalar sonucu oluşan ölümlerin %50'sinin ev ortamında gerçekleştiği bildirilmektedir (Hendrickson, 2005).

Türkiye’de ev kazalarına ilişkin geniş kapsamlı çalışmalar yoktur. Farklı illerde, farklı özelliklerdeki örneklem grupları ile yapılan araştırmalarda ev kazası sıklığının %18-25 arası olduğu bildirilmektedir (Altundağ ve Öztürk, 2004; Özmen ve ark. 2007). Kazalar ülkemizde 0-4 yaş grubu çocuk ölümleri arasında beşinci sırada, 5-14 yaş grubu çocuk ölümleri arasında ise birinci sırada yer almaktadır (Kıran, 2001).

Çocuklar kendilerini kazalardan koruyamadıkları için, kazalar açısından emniyetli ortamlarda yaşamaları, koruyucu önlemlerin alınması ve yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi erişkinlerin sorumluluğundadır. Bu sorumluluk da çoğu zaman çocukla daha çok birlikte olan anneye düşmektedir (Ulukol ve ark., 2005). Ne yazık ki ülkemizde yapılan davranışsal çalışmalarda, ailelerin kazalardan korunma bilgisi yetersiz, çocukların kaza geçirme riski yüksek bulunmuştur (Çelik İnanç ve ark., 2003).

Koruyucu önlemler yaralanmanın olduğu çevreye ve yaralanan kişiye göre alınmaktadır. Çevreye yönelik önlemler ile çocuğun yaşadığı çevrenin olumlu hale getirilmesi, kişiye yönelik önlemlerle ise kişinin güvenli davranışlar edinmesi amaçlanmaktadır (Özcebe, 2005b).

Yaralanmaları önlemenin en iyi yolu yasal düzenlemeler ile yaptırım uygulamak, kazalarla ilgili riskleri belirleyen çalışmalar yaparak çevre ve aileye ilişkin etkenlerin zararlarını giderici eğitim yöntemleri geliştirmek ve güvenli çevre düzenlemesini sağlamaya katkıda bulunmaktır (Uğur Baysal ve Birinci, 2006). Ev kazaları, ev içerisinde yapılacak basit düzenlemeler ve çocuklarla en çok zamanını geçiren annelere düzenli olarak verilecek eğitimlerle ebeveynlerin bilinçlenmesi sağlanarak önlenebilir (Altundağ, 2005a).

Çocukluk çağı içinde yer alan her dönem büyüme ve gelişme özellikleri açısından farklılıklar içerdiğinden, döneme özel hastalık ve yaralanma riskleri de değişkenlik göstermektedir (Özcebe, 2006). Bu nedenle aileler, yaralanmalara karşı önlem alırken çocuğun içinde bulunduğu döneme ait risk faktörlerini bilmeli ve ona göre önlem almalıdır. Bu konuda ebeveynleri bilgilendirmek adına **“yaşa uygun güvenlik danışmanlığı takvimleri”** oluşturulmuştur.

İlkyardımın amacı, ilkyardım yönünden yardıma muhtaç kimseye kaza yerinde ve anında yapılan müdahalelerle hayat kurtarmaktır (Somyürek, 2000). Kaybedilen her zaman dilimi ölüm oranını arttırmaktadır. Bu nedenle ilkyarımda çabukluk ve bilinçli müdahale hayat kurtarıcıdır. Annelerin ilkyardım konusundaki bilgi düzeyleri de kaza sonrası oluşabilecek mortalite ve morbidite oranlarını etkilemesi açısından önemlidir (Alptekin, 2004).

Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin görevleri arasında, sağlığın korunması ve geliştirilmesi de bulunmaktadır. Bu kapsamda, çocukluk çağında önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olan ev kazalarının önlenmesi ve kazalar sonucunda oluşabilecek hasarın en aza indirgenmesinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Altundağ, 2005a). Çocukluk çağı yaralanmalarında hemşirenin rolleri arasında; çevredeki tehlikeleri tanımlamak, azaltmak ve ortadan kaldırmak, çocuklardaki davranış özelliklerini tanımlamak ve çocuk gelişimi konusunda ebeveynlere rehberlik etmek yer almaktadır (Brunner and Suddarth, 1982).

Kazalardan korunmayı sağlayan en önemli etkenlerden biri de bireysel güvenlik danışmanlığıdır (Uğur Baysal ve Birinci, 2006). Sağlık çalışanlarının çocuk güvenliği konusunda bireysel danışmanlığa zaman ayırması büyük önem taşımaktadır. Çocuğu izleyen hekim ve hemşirelerin sağlık kontrolleri, ev ziyaretleri ya da çocuğun herhangi bir neden ile hastaneye yatması gibi durumlarda, annenin kazalardan korunma bilincini güvenliğe ait sorularla sorgulaması, riskli durumlardan kaçınmayı sağlayacak gerekli bilgileri ve danışmanlığı sunabilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanları için annelere hastanelerde ve aile sağlığı merkezlerinde ulaşmak, bilgilendirmek ve bilinçlendirmek adına bir fırsattır.

Bu araştırma “**Hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek**” amacı ile planlanmıştır. Elde edilen verilerin, hemşirelerin annelere verecekleri eğitimlerin içeriğinin ve kapsamının belirlenmesinde, annelerin ev kazaları konusundaki farkındalık düzeylerinin artırılmasında, ev kazaları konusunda uygun tutum ve davranışların geliştirilmesinde, çocuklarda ev kazalarının neden olduğu ölüm ve sakatlıkların azaltılmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Tanımlar

4.1.1. Kaza

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğüne göre kaza “Can veya mal kaybına, zararına neden olan kötü olay” anlamına gelmektedir (Çınar, 2003). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanıma göre ise kaza; insan iradesi dışında, ani ve çabuk beliren bir dış güç etkisiyle ortaya çıkarak fiziksel ve/veya mental hasarla sonuçlanabilen olaylardır (WHO, 2001). Bir başka tanımda da kaza; ne zaman, ne şiddetle ve nasıl meydana geleceği, ne şekilde sonuçlanacağı ve ne kadar hasar vereceği önceden bilinmeyen ve beklenmeyen bir olay olarak kabul edilmektedir (Tanır, 2011).

4.1.2. Yaralanma

Yaralanma birey, etken ve çevre üçgeninde mevcut enerjinin biçim değiştirmesiyle oluşan, bireyin isteği dışında ani ortaya çıkan, organizmada mekanik ve biyokimyasal hasara yol açan, insan ve diğer canlıların kaybına, özürlü yaşamına ve mal kaybına yol açabilen bir sağlık sorunudur. DSÖ’ ye göre yaralanma “insan iradesi dışında ani ortaya çıkan bedensel, ruhsal hasara yol açan beklenmeyen bir olay” olarak tanımlanır (Karatepe ve Akış, 2012).

Yaralanmalar “kasıtlı” ve “kasıtsız” olabilir. “Kasıtlı” yaralanmalar şiddet olarak ifade edilirken, “kasıtsız” yaralanmalar kaza olarak nitelendirilmektedir. Kasıtsız yaralanmaların temel özellikleri planlanmamış ve beklenmedik bir anda olmalarıdır (Özcebe, 2005a). Kazalar sonucu oluşan yaralanmaların mekanizmasının anlaşılması ve önlenilebilirliğinin kavranmasıyla birlikte, özellikle DSÖ belgelerinde “kaza” (accident) yerine “yaralanma” (injury) kelimesi kullanılmaya başlanmıştır.

4.1.3. Ev Kazaları

Bir konutun içinde ya da ona ait çevrede meydana gelen kazalara ev kazaları denir (Hamzaoğlu, 2002). Kazaların çocuk sağlığı üzerindeki etkisi küçümsenemeyecek kadar fazladır. Kaza çocuğun sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkiler, dengesini bozar, hastalık-sakatlık hatta ölüme neden olabilir. Bu nedenle çocukluk çağı kazaları, üzerinde önemle durulması gereken bir toplum sağlığı sorunudur (Çınar, 2003). Türkiye’de ev kazaları arasında en sık düşme, yanma, kesikler, zehirlenme, boğulma, yabancı cisim ile tıkanma görülmektedir (Uğur Baysal ve Birinci, 2006).

4.1.4. İlk Yardım

Bir yaralanma durumunda olay anında, tıbbi malzeme kullanmaksızın, olay yerindeki olanaklardan yararlanılarak yapılan ve hastanın yaşamının tehlikeye girmesini ya da yaralanmanın daha da artmasını engelleyen bir girişimdir (Tomruk, 2002). İlk yardımın amacı, ilk yardım yönünden yardıma muhtaç kimseye kaza yerinde ve anında yapılan müdahalelerle hayat kurtarmaktır (Somyürek, 2000). Kaybedilen her zaman dilimi ölüm oranını arttırmaktadır. Bu nedenle ilkyarımda çabukluk ve bilinçli müdahale hayat kurtarıcıdır.

4.2. Kazaların Sınıflandırılması

Uluslararası Hastalık Kodlamasında (ICD-9) kasıtsız yaralanmalar, motorlu taşıt kazaları ve diğer istenmeyen yaralanmalar (zehirlenmeler, yanık, düşmeler, boğulmalar) olarak iki ana başlıkta ele alınmaktadır (Kıran, 2001).

Kasıtsız yaralanmalar oluş yeri ve nedenine göre beşe ayrılır. Bunlar;

1. Trafik kazaları

2. İş kazaları

3. Endüstriyel kazalar

4.Spor kazaları ve okul kazaları

5.Ev kazalarıdır.

4.3. Ev Kazalarının Görülme Sıklığı

DSÖ ve UNICEF 2008 raporuna göre, her gün 2000'den fazla çocuk kasıtsız yaralanmalar sonucu ölmektedir (WHO, 2008). Kazalarla ilgili en yoğun çalışmaların yapıldığı ülke olan ABD'de yılda 25 milyon çocuk kazalar sonucu yaralanmaktadır. DSÖ' nün raporuna göre 5 yaş altı çocuklarda ölüm nedenlerinin ilk sıralarında boğulma (%25) ve yanma (%15) gelmektedir (Peden, 2002). Fransa'da 1-4 yaş arası çocuklarda kaza sonucu ölüm sıklığı 100 000 çocukta %15,5'dir. DSÖ' nün değerlendirmelerine göre Hollanda'da kazalar 1-6 yaş ölümlerinin % 30-40'ından sorumludur (Akgüngör, 2002). ABD'de her dört çocuktan biri, yılda bir kez ev kazasına uğrayarak tedavi görmektedir. UNICEF 2003 yılında 0-6 yaş grubu çocuklarla yaptığı bir çalışmada, kaza geçiren çocukların %71,3'ünün bu kazalara evde maruz kaldığını saptamıştır (www.unicef.org., 2003). Avrupa'da bulunan altı ülkenin toplam verilerine göre, çocukluk yaş grubunda ev kaza sıklığı 44,9/ 1000 olarak bildirilmiştir (Sengoelge, 2008). Singapur'da yapılan bir çalışmada, çocuk acil kliniklerine başvuruda ilk sırayı %56,4 oranı ile ev kazalarının aldığı görülmüştür (Ong, 2003). Hendrickson beş yaş altı çocuklarda kazalar sonucu oluşan yaralanmaların %90'ının ve bu yaralanmalar sonucu oluşan ölümlerin %50'sinin ev ortamında gerçekleştiğini ifade etmektedir (Hendrickson, 2005). ABD'de yapılan ulusal bir çalışmaya göre çocukluk döneminde meydana gelen kazalar sonucu oluşan yaralanmaların %44'ü evde gerçekleşmektedir (Chen, 2003; Robertson, 2005). Brook'un 2003 yılındaki çalışmasında kazaların %52,3'ü; Hambidge'nin 2002 yılındaki çalışmasında kazaların %79'u; Struckinskiene'nin 2003 yılındaki çalışmasında kazaların %62'si evde gerçekleşmiştir.

Türkiye'de ev kazalarına ilişkin yapılan çalışmalara göre, tüm kazaların %18-25'ini ev kazalarının oluşturduğu belirlenmiştir (Altundağ ve Öztürk, 2004; Özmen ve ark., 2007). Kazalar ülkemizde 0-4 yaş grubu çocuk ölümleri arasında beşinci sırada, 5-14 yaş grubu çocuk ölümleri arasında ise birinci sırada yer almaktadır (Kıran, 2001).

İstanbul'da 2001 yılında 11 hastanede yapılan bir araştırmada acil vakaların 1/3'ünü ev kazalarının oluşturduğu görülmüştür (www.unicef.org, 2003). Yine lkemizde yapılan bir araştırmada, 0-6 yaş grubu çocukların ev kazası geçirme durumlarının %38,4 ile ilk sırada yer aldığı saptanmıştır (Erkal, 2003). Sağlık Bakanlığı'nın 5 yıllık bir dönemi kapsayan araştırmasında, 120 000 çocuğun ev kazası sonucu hastaneye getirildiği ve bunların 2 000 kadarının hayatını kaybettiği bildirilmektedir (Özcebe, 2005a). Yapılan başka bir araştırmada da, 0-6 yaş grubu çocuklarda ölümle sonuçlanan düşme olaylarının %50-80'inin ev ortamında meydana geldiği vurgulanmaktadır (ınar, 2004).

4.4. Ev Kazalarının Epidemiyolojik zellikleri

Çocukluk dönemi yaralanma riski çocuğun yaşı ve gelişim düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Çocukları erişkinlerden ayıran fizyolojik, anatomik ve fiziksel farklılıklar da kaza oluşum riskini arttırmaktadır (Altundağ, 2005a; Uğur Baysal ve Birinci, 2006). Çocukların boylarının erişkinlere göre daha kısa, ağırlıklarının daha az, derilerinin daha ince olması ayrıca vücut parçaları arasındaki oranın erişkinlere göre farklı oluşu çocukları kazalara karşı daha açık konuma getirmektedir. Çocukların vücut kitlelerinin daha az oluşu nedeni ile toksik maddelerden daha fazla etkilendikleri, vücut parçaları arasındaki oranın farklı olması sebebi ile yürürken vücut dengelerini sağlamada zorluk çektikleri ayrıca küçük elleri ve ayakları ile dar boşluklara kolayca girebildikleri de bilinmektedir (WHO, 2006; Yıldırım ve Gülümser, 2012).

Çocuklar, tehlikelerin bilincinde olmamaları, çevresel risklere karşı duyarlı ve açık olmaları, bulma ve öğrenme konularında meraklı olmaları gibi nedenlerle de ev kazaları açısından yüksek riske sahiptirler (Bertan ve Güler, 1995). Çocuğun hareketli olması, bilişsel ve davranışsal gelişimini tamamlamamış olması, çevreyi tanımak için ağzını ve ellerini kullanması, otonomisinin gelişmemiş olması ve bağımsız hareket edebilmesi de kaza riskini arttırmaktadır (Potts, 2002; Bulut, 2003).

Çocuğun yaralanma riski yaş, cinsiyet, ekonomik durum, tek ebeveyn olması, annenin eğitim düzeyi, kalabalık bir ailede yaşamak, anne-babanın madde veya alkol kullanma durumları ile yakından ilişkilidir (Kendrick, 2007; Runyan, 2005).

4.4.1. Çocuğa Ait Faktörler

Yaş

Süt çocukları sözlü iletişim kuramazlar ve çevreyi ağızları ile tanımaya çalışırlar. Bu çocuklar kendilerini kazalardan koruyabilecek gelişim özelliklerine sahip değildirler. Güvenli bir çevrenin oluşturulmasında ve kazalardan korunmada yetişkinin yardımına gereksinim duyarlar. Okul öncesi dönemde çocuklar meraklı, araştırmacı ve tehlikelerden habersizdirler. Buna bağlı olarak özellikle 1-5 yaş grubu çocuklar düşme, yanma, boğulma, zehirlenme gibi kazalara daha çok maruz kalmaktadırlar. Okul öncesi dönemdeki çocukların zamanlarının büyük bir bölümünü evde geçirmesi, ev kazalarının görülme sıklığını arttırmaktadır (Altundağ, 2005a; Uğur Baysal ve Birinci, 2006). 1-3 yaş grubu çocukların kaba ve ince motor becerilerinin, sesleri lokalize etme yeteneklerinin, benlik duygularının, kuramsaldan uygulamaya geçme yeteneklerinin gelişmemiş olması, görme alanlarının dar olması kaza oluşumunu tetiklemektedir (Balibey, 2001).

Çocukluk dönemi yaralanma riski çocuğun yaşı büyüdükçe artmaktadır. Çocukların ilk bir yıl içinde yaralanma sonucu ölüm sıklığı %1-1,5 iken, 1-4 yaş grubu çocuklarda bu sıklık %6'ya yükselmektedir (WHO, 2006). Kazalar 0-4 yaş grubu çocuklarda diğer yaş gruplarına göre daha fazla görülmektedir (Erkal, 1992). 1-4 yaş grubu çocukların %40'ının ölümünden kazalar sorumludur (İnanç, 2004). Strukcinskiene ve ark.(2003), Özmen ve ark.(2005), Altundağ ve Öztürk (2004), Balibey (2001), Erdem ve Nazik (2003), Horwitz ve ark. (1988), Rodriguez ve Brown (1990), Aşıröz ve ark. (2005)'nin yaptıkları çalışmalarda da çocukların yaşları küçüldükçe ev kazası görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir.

Cinsiyet

Erkek çocuklarının kız çocuklarına göre ev kazası sonucu yaralanma riski daha fazladır (WHO, 2006). Erkek çocuklarının kalıtsal olarak getirdikleri kişilik özellikleri (aktif, meraklı, disiplinsiz, dikkatsiz oluşları, sert oyunları sevmeleri), bununla birlikte çevrenin kız ve erkek çocuklara ayrı ayrı roller vererek buna göre yetiştirmek istemesi kaza oluşumunu etkilemektedir (Balibey, 2001; Çınar, 1999; Yıldız, 2004).

Aileler tarafından kız çocukları daha korumacı bir tutumla büyütülürken, erkek çocuklarına daha aktif olma olanağı verilmektedir (Çınar, 1999). Runyan ve ark. (2005) ABD sağlık kayıtlarında ev kazaları sonucu oluşan yaralanmaları incelediklerinde, erkek çocuklarının ev kazaları sonucu yaralanma hızının kız çocuklarına göre yaklaşık 2 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır. Yalaki ve ark. (2010), Altundağ ve Öztürk (2004), Özmen ve ark. (2005), Balibey (2001), Horwitz ve ark. (1988), Aşirdizer ve ark. (2005)'nin yapmış oldukları çalışmalarda da, erkek çocuklarının kız çocuklarından daha fazla ev kazası geçirdiği belirlenmiştir.

Kişisel Özellikler

Yaralanmada kişisel hazırlayıcı etkenler arasında gelişimsel gerilik, psikomotor bozukluk, hızlı büyüme, hiperaktivite, psikososyal uyumsuzluk, risk alma, kendine zarar verme eğilimi, koruyucu gereç kullanmada yetersizlikte bulunmaktadır (Bulut ve ark., 2003; Rivara, 2007; WHO, 2008). Ayrıca çocuğun zeki, uyanık, maceracı bir kişilik yapısına sahip olması da kaza riskini arttırmaktadır (Potts, 2002; Bulut ve ark., 2003).

Fiziksel ve Psikolojik Özellikler

Çocuklarda yaralanma riskini arttıran bazı fiziksel ve psikolojik etmenler söz konusudur.

Bunlar;

- Görme ve işitme yeteneklerinin gelişmemiş olması
- Görme ve işitme ile ilgili sorunlarının olması
- İki uyarıyı aynı anda algılayamamaları
- Fiziksel ve zihinsel özrürlük
- Kısa boylu olmak
- Dikkatlerinin çok çabuk dağılması
- Kronik hastalık varlığı

- Açlık, uykusuzluk, yorgunluk, susuzluk, korku, heyecan, stres, unutkanlık, dalgınlık, üzüntü
- Geçmişte kaza veya kaza dışı nedenlerle hastaneye yatmış olmak şeklinde sıralanabilir (Yıldız, 2004; Çınar, 1999; Balibey, 2001).

4.4.2. Çevreye Ait Faktörler

Aile

Adolesan annelerin çocuklarında ev kazaları sonucu yaralanma riskinin daha yüksek olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Özmen ve ark., 2007; Balibey, 2001; Aktürk ve Erci, 2012; Yalaki ve ark., 2010). Adolesan annelerin çocuk gelişimi ile annelik konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmaması ve davranış geliştirememesi buna neden olarak gösterilmiştir (Özmen ve ark.2007). Ülkemizde yapılan davranışsal çalışmalarda da ailelerin kazalardan korunma bilgisi yetersiz, çocukların kaza geçirme riski yüksek bulunmuştur (Çelik İnanç ve ark., 2003).

Annenin öğrenim durumunun çocuğun yaralanma riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Annelerin öğrenim durumu arttıkça, çocukların ev kazası sonucu yaralanma sıklığı azalmaktadır (Kendrick, 2007; Balibey, 2001; Aktürk ve Erci, 2012; Yalaki ve ark., 2010). Aynı şekilde babanın eğitim durumu arttıkça kaza riskinin de azaldığı görülmüştür (Köse ve Bakırcı, 2007).

Ailedeki çocuk ve yetişkin sayısının fazla olması (geniş aile) durumunda da kaza görülme sıklığı artış göstermektedir (Balibey, 2001; Aktürk ve Erci, 2012; Yalaki ve ark., 2010). Ancak yapılan bir araştırmaya göre çocuk sayısının 3 ve daha fazla olduğu ailelerde, annenin kazalardan koruma bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Özmen ve ark. 2007). Buna neden olarak da annenin daha önceki deneyimleri gösterilmiştir. Başka bir çalışmaya göre de çocuklarda ev kazalarına çekirdek ailelerde daha çok, kalabalık ailelerde daha az rastlanmaktadır. Bu çalışmaya göre araştırmacılar, çocuğa bakan kişi sayısının fazlalığının kaza görülme olasılığını azalttığı sonucuna varmışlardır (Hijar, 1992).

Annenin kaza algısının çocuğun yaralanma riskini belirlediği saptanmıştır. Annelerin kaza algısını etkileyen pek çok faktör vardır. Bunların arasında annenin kültürel özellikleri, beklentileri, sosyal değerleri büyük önem taşımaktadır (Vladutiu, 2006; Morrongiello, 2002).

Aile içi huzursuzluk, taşınma, anne-babanın hastalık durumu, eve misafir gelme durumu, sorumsuz ve ilgisiz ebeveyn varlığı, tek ebeveyn, işsiz ebeveyn varlığı, evlat edinilmiş çocuk olması durumu, annenin çalışma durumu, annenin yorgun, dalgın, unutkan, üzüntülü olması durumlarında da yaralanma riski yüksek bulunmuştur (Garzon, 2002; Çınar, 1999). Ayrıca şiddet ve denetimsizlik içeren anlayış, kitle ulaşım araçlarının yetersiz ve pahalı oluşu, aile içi psikopatoloji de yaralanma riskini arttırmaktadır (Bulut ve ark., 2003; Rivara, 2007; WHO, 2008).

Sosyoekonomik Durum

Ailenin sosyoekonomik durumu çocuklarda ev kazalarının oluşumunda belirleyici olan bir diğer faktördür. Yapılan çalışmalarda yoksul ailelerdeki ve topluluklardaki çocukların yaralanma riskinin, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlara kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür (Kendrick, 2007; Schvebel, 2007; Aktürk ve Erci, 2012; Özmen ve ark., 2007; Brook, 2003; Uğur Baysal ve Birinci, 2006). Yoksul çocukların önleyici programlardan ve nitelikli sağlık hizmetlerinden yararlanabilme olanaklarının daha sınırlı olması yaralanma risklerini arttırmaktadır (WHO, 2008).

Sosyoekonomik durumu zayıf olan ailelerde güvenlik araçlarına ulaşım eksikliği, fazla kalabalık evler, gecekondulu yaşamı, iş stresinin eve yansması gibi sorunlar görülmektedir (www.safekids.org., 2004). Ailenin sağlık güvencesinin yokluğu da yaralanmaya neden olan risklerdendir (Balibey, 2001).

Sosyoekonomik düzey düştükçe korunma önlemleri azalmakta, çevre şartları bozulmakta, kazalara neden olan çevresel faktörler artmaktadır (Yıldız, 2004). İsviçre’de sosyoekonomik düzeyi düşük gruplarda kazaya bağlı ölüm riski, sosyoekonomik düzeyi yüksek gruplara göre iki kat daha fazla olarak belirlenmiştir (Drago, 2005).

Coğrafya

Çeşitli çalışmalarda gösterildiği gibi çocukluk çağı kazaları kırsal, yarı-kentsel yerleşim bölgelerinde artış göstermektedir (Özmen ve ark., 2007; Uğur Baysal ve Birinci, 2006). Ayrıca belirli yaralanmalar belirli coğrafik bölgelerde daha sık görülmektedir. Amerika'da düşmelere en fazla Alaska ve Kaliforniya gibi buzlanmanın fazla olduğu eyaletlerde rastlanmıştır (Dowd, 2002). Kentsel alanda trafik kazaları, kırsal bölgelerde ise zehirlenmeler daha sık görülmektedir (Kıran, 2001).

Mevsim

Ev kazaları mevsime göre de değişiklik göstermektedir. Kış döneminde soba ve ısıtıcı kullanımına bağlı yanıklar daha sık görülürken, ilkbahar ve yaz mevsiminde düşmeler, zehirlenmeler ve boğulmalar artış göstermektedir (Uğur Baysal ve Birinci, 2006; Yıldız, 2004)

Konut Özellikleri

Ev ortamının çocuk güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmemesi ev kazalarını kolaylaştırıcı etmenlerdendir (Ademola, 2010). Güncel olmayan inşaat teknolojileri ile yapılan evlerin standart elektrik ve ısıtma donanımlarının yetersiz olması, dar merdiven biçimi tehlike yaratan unsurlardır (Ashley, 2002).

Konuta ait ev kazası riskini arttıran durumlar;

- ✓ Gürültülü ortam
- ✓ Aydınlatma, havalandırma, ısıtma koşullarının yetersizliği
- ✓ Evdeki eşyaların yerlerini sıkça değiştirmek
- ✓ Sık ev değiştirmek
- ✓ Uygun olmayan pencere ve balkon korkulukları
- ✓ Dar, kırık ve yüksek basamaklı merdivenler
- ✓ Eşyaların keskin ve sert kenarlı olması
- ✓ Mobilyaların geliş ve gidişi engelleyecek şekilde yerleştirilmesi

- ✓ Elektrik düğme ve prizlerinin ulaşılabilir yerlerde olması
- ✓ Döşeme malzemesi ve yer cilasının kayganlığı
- ✓ Ev içinde zemin düzey farkının olması (Erkal, 1994; Balibey, 2001)

Ev kazalarına neden olan konut faktörlerinin incelendiği bir çalışmada, konut faktörüne bağlı ev kazasına uğrama sıklığı %76,3 olarak belirlenirken bundan en çok etkilenen grubun okul öncesi çocuklar olduğu görülmüştür (Erkal, 1994). Çalışkan ve ark.(2010)'nın çocuklarda düşmelere ilişkin yaptığı bir araştırmada, annelerin önlem olarak %15'inin eşyaların yerlerini düzenlediği, % 14,1'inin yer ve zeminin ıslak olmamasına dikkat ettiği, % 13,5'inin çocuğun ayağına takılacak eşyaları ortada bırakmadığı saptanmıştır (Çalışkan, 2010). Ev ortamında ebeveynlerin yapabileceği küçük düzenlemeler ile çocukların kazaya maruz kalma riskinin azaltılabileceği bildirilmektedir.

Zaman

Ev kazalarının gerçekleşme zamanı incelendiğinde kazanın daha çok sabah geç saatlerde ve öğleden sonra geç saatlerde olduğu görülmüştür (Uğur Baysal ve ark., 2005; Yıldız, 2004).

4.5. Yaralanma Kontrolü

Koruyucu önlemler yaralanmanın olduğu çevreye ve yaralanan kişiye göre alınmaktadır. Çevreye yönelik önlemler ile çocuğun yaşadığı çevrenin olumlu hale getirilmesi amaçlanmaktadır. Bunda ailenin rolü çok önemlidir. Kişiyeye yönelik önlemler ise kişinin güvenli davranışlar edinmesini amaçlamaktadır. Kişiyeye yönelik müdahalelerde kişinin davranış değişikliği amaçlandığı için yapılan müdahalelerin uzun süreli olması ve davranış değişikliğine yol açabilecek kadar etkin olması gerekmektedir (Uğur Baysal, Birinci, 2006).

Ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalar üç etmenin varlığı durumunda oluşmaktadır. Bunlar kişi, çevre ve yaralanmaya neden olan vektör (araç) dür. Çocuğa ait olan faktörler arasında uykusuz olma, dikkatsizce koşma; çevreye ait olan faktörler

arasında halıların kayması, ışığın yetersiz olması, zeminin ıslak olması; vektöre ait olan faktörler arasında uymayan ayakkabı ve terlik giyme, yürüteç kullanma örnek olarak verilebilir (Özcebe, 2005a).

Yaralanmaları önlemenin en iyi yolu kazalarla ilgili riskleri belirleyen çalışmalar yaparak çevre ve aileye ilişkin etkenlerin zararlarını giderici eğitim yöntemleri geliştirmek ve güvenli çevre düzenlemesini sağlamaya katkıda bulunmaktır. Bu bağlamda ABD’de halk sağlığı çalışanları örgütlenerak Kazalardan Korunma Programı’nı (The Injury Prevention Program - TIPP) uygulamaya başlamışlar, bu program ile çocukluk çağı kazalarına yenilikçi bir yaklaşım getirmişlerdir. TIPP, 1983 yılında Amerikan Pediatri Akademisi (AAP)’ nin Yaralanma ve Zehirlenmeleri Önleme Komitesi tarafından geliştirilmiş, 1994’te gözden geçirilerek güncellenmiştir. Bu program ile yenidoğan döneminden 12 yaşına kadar çocuğu bulunan ailelere sık görülen yaralanmalar hakkında bilgi verilmesi hedeflenmiştir. TIPP, aile eğitiminde ve yaralanma kontrolünü sağlamada en geniş kapsamlı ve etkin olandır. Evde çocuk güvenliği konusunda en gelişmiş ülkeler ABD, Kanada, Avustralya, Almanya, İngiltere, İsveç ve diğer İskandinav Ülkeleri’dir (Uğur Baysal ve Birinci, 2006).

Yaralanma kontrolü terimi birincil, ikincil ve üçüncül korunma ile hasarın en aza indirilmesi için erken, ileri bakım ve iyileştirmeyi de içeren geniş bir kontrol yelpazesini tanımlar (Uğur Baysal ve Birinci, 2006). Birincil koruma sağlığın daha iyiye götürülmesini ve koruyucu özel önlemleri kapsamaktadır. İkincil koruma erken tanı, uygun tedavi ve sakatlıkların sınırlandırılmasından oluşmaktadır. Üçüncül koruma ise hastalık sonucu kişide ortaya çıkan sakatlığın, bireyin yaşamını olumsuz etkilemesini en düşük düzeyde tutmayı hedefler (Dirican, 1993).

Yaralanma kontrolünde çeşitli stratejiler söz konusudur. Bunlar aktif, pasif ve birincil, ikincil, üçüncül olarak ayrılır. Ev içinde çocuğun yaralanma riskinin azaltılması için alınan önlemler pasif önlemler olarak tanımlanırken; çocukların kazalar sonucu oluşan yaralanmalardan korunmasında uygun yaşa geldiklerinde eğitilmeleri ile yaralanmanın önlenmesi ise aktif önlemler olarak tanımlanmaktadır (Soori, 1998). Ayrıca çocukta “güven duygusunun” geliştirilmesi ile güvenli davranışlara sahip olmasının sağlanması da aktif önlemlerdendir (Özcebe, 2006). Birincil yaklaşım yaralanma riskini azaltmak/ ortadan kaldırmak amacını taşır (örn: çocukların

açamayacağı kapakların kullanımı). İkincil yaklaşım etken ile karşılaştığında yaralanmayı azaltmak/ortadan kaldırmak (örn: bisiklet kaskı kullanımı), üçüncül yaklaşımda yaralanmaların ağırlığını azaltmak için yapılan girişimleri (örn: acil tıbbi tedavi) kapsar (Warda, 2000).

Yaralanmalardan korunmak için geliştirilmiş teorik yaklaşımlar arasında eğitim (education), çevresel düzenleme (environmental modification), yasal düzenleme (enforcement) ve mühendislik (engineering) yaklaşımlarından oluşan '4Es' ve 1970'lerde Dr. William Haddon tarafından geliştirilmiş 'Haddon Matrixi' sayılabilmektedir (Peek, 2007). Çocukların merakını baskılamak yerine güvenli bir çevrede yaşamalarını sağlamayı amaçlayan bu yaklaşım üç etkeni (konakçı, etken ve çevre), yaralanmayı oluşturan olgunun üç evresi (olay öncesi, olay, olay sonrası) ile ilişkilendirir. Konakçı, etken ve çevre yaralanmayı oluşturan zaman sürecinde etkileşim gösteren öğeler olarak gözden geçirilir (Uğur Baysal ve Birinci, 2006; Shaw and Nelson, 2007).

Haddon yaralanmaları önlemek ya da ağırlığını azaltmak için 10 önlem geliştirmiştir. Bunlar;

1. Tehlikenin yaratılmasını önlemek (küçük parçaları olan oyuncakların, ateşli silahların üretimini durdurmak / evde bulundurmamak)
2. Tehlikenin miktarını azaltmak (ilaçları daha küçük ve ölümcül olmayan dozlarda paketlemek)
3. Tehlikenin ortaya çıkmasını önlemek (ilaç kutularında çocukların açamayacağı kapakların, tuvalet kilitlerinin, dolaplar ve çekmeceler üzerinde güvenlik mandallarının kullanımı)
4. Tehlikenin ortaya çıkma hızını ve mekanda dağılımını değiştirmek (araçlarda hava yastıklarının gerekliliği, çocuk güvenlik koltukları ve koltuk kemerleri kullanmak, zehirlere kötü tat vermek)
5. Bireyleri mekan ve zaman açısından tehlikeden ayırmak (yayalar için yaya yolları, bisiklet kullananlar için bisiklet yolları ve taşıtlardan ayrı düzenleme alanları yapmak)

6. Araç, gereç engelleri ile bireyleri tehlikeden ayırmak (bisiklet başlıkları ve koşucular için koruyucu araçlar kullanmak, yüzme havuzları çevresine kafesler yerleştirmek, pencerelere parmaklık yapmak)
7. Tehlikenin temel niteliklerini değiştirmek (karyolaların altına yumuşak yaygı yerleştirmek, ateşli silahlarda güvenlik kilidi bulundurmak)
8. Tehlikenin oluşturacağı hasara karşı dayanıklılığı arttırmak (koşucuları eğitmek, kondisyon kazandırmak, yapıları depreme dayanıklı inşa etmek, ateşe dayanıklı pijama / gecelik kullanmak)
9. Henüz başlamış olan hasarı sınırlamak (yangın söndürücü kullanmak, yaşam desteğine başlamak)
10. Yaralanan bireyi stabilize etmek, tedavi etmek, rehabilite etmek (pediatrik travma merkezleri, fiziksel rehabilitasyon programları geliştirmek) (Uğur Baysal ve Birinci, 2006; Shaw and Nelson, 2007).

4.6. Evde Karşılaşılan Kaza Türleri

Evde çocukların başına gelebilecek kaza türleri düşme, yanma, kesikler, zehirlenme, boğulma ve elektrik çarpmalarıdır.

4.6.1. Düşmeler

Yapılan araştırmalara göre 0-6 yaş grubundaki çocuklarda düşmelerin en sık karşılaşılan kaza türü olduğu saptanmıştır (Özmen ve ark., 2007; Köse ve Bakırcı, 2007; Usubütün ve ark., 2005; Aktürk ve Erci, 2012; Yalaki ve ark., 2010; Çınar, 2004; Yılmaz, 2011). Her yıl düşmeler sonucunda 47.000 çocuk ölmekte, yüz binlercesi de aynı nedenden dolayı farklı ağırlık düzeylerinde yaralanmaktadır (WHO, 2008). Türkiye' de 0- 6 yaş arası çocuklarda düşmeler birinci sırada (%63) yer almaktadır (UNICEF, 2003).

Bebeklerde kucaktan düşme, yürürken düşme, yataktan düşme görülürken, oyun yaş grubundaki çocuklarda kavrama yetenekleri ve koordinasyonlarının yeterince gelişmemiş olması nedeniyle koşarken düşme, kaygan ve uygun olmayan zeminde düşme, mobilyaların üzerine çıkmak istemeleri sonucu oluşan düşme ve yürüteçten düşme sıklıkla karşılaşılan durumlar arasındadır (Özcebe, 2005a).

Karataş ve ark. (2006)'nın yaptıkları çalışmada en sık karşılaşılan kaza türlerinin %66,7'sini; Usubütün ve ark. (2005)'nin yaptıkları çalışmada %68,5'ini; Aktürk ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada %51,4'ünü; Yalaki ve ark. (2010)'nin yaptıkları çalışmada %56'sını; Köse ve Bakırcı (2007)'nin yaptıkları çalışmada %36,4'ünü düşmeler oluşturmuştur. Ev kazası olarak en sık düşmelerin görüldüğü bir çalışmada, ev kazası geçiren çocukların %62,2'sinin erkek çocukları olduğu görülmüştür (Özmen ve ark., 2007). Yapılan başka bir araştırmada, 0-6 yaş grubu çocuklarda ölümle sonuçlanan düşme olaylarının %50-80'inin ev ortamında meydana geldiği vurgulanmaktadır (Çınar, 2004). Agran ve arkadaşlarına göre yüksekten düşme 1 yaşındaki çocuklar arasında 44/100 000, 4 yaşındaki çocuklarda 15/ 100 000 oranında görülmektedir (Agran, 2001).

Her ne kadar mortaliteden çok morbidite nedeni ise de, kazalara bağlı çocuk ölümlerinde düşmeler dördüncü sırada yer alır. Düşmenin en tehlikeli komplikasyonu ise kafa travmalarıdır (Akgüngör, 2002; Dramalı ve ark., 2005; Yayıcı, 2003). ABD'de her yıl beşikten kaynaklanan düşme nedeni ile 130-200 bebek ölmekte, 40 000 bebek ise ağır yaralı olarak tedavi görmektedir (Akgüngör, 2002).

Mısır, Pakistan, Bangladeş ve Kolombiya'nın yer aldığı küresel, çok ülkeli çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmaları sürveyans çalışmasında yaralanma tipleri oldukça benzerlik göstermekte, ağırlıklı olarak düşmeler (%56) genelde merdiven ve basamaklardan düşmeler (%23) ya da yatak ile diğer ev eşyalarından düşmeler (%19) şeklinde gerçekleşmektedir (Yılmaz, 2011).

4.6.2. Yanmalar

Yanma yanıcı bir madde ile derinin ve deri altı dokusunun harap olması sonucu doku bütünlüğünün bozulmasıdır (Peden, 2002). Yapılan bazı araştırmalara göre

yanmalar tüm çocuk yaralanmaları arasında ikinci sırada yer almaktadır (Özmen ve ark., 2007; Usubütün ve ark., 2005; Aktürk ve Erci, 2012; Yalaki ve ark., 2010).

Bebeklerin beklenmedik zamanlarda eşyalara uzanmaları, hareketli olmaları, ellerindeki eşyaları sallamaları, örtüleri çekmeleri, dikkatsiz hareketlerde bulunmaları sıcak sıvılarla kolayca yanabilmelerine neden olmaktadır (Ulukol, 2004). Bebek ve çocukların banyo sularının çok sıcak olması, yiyecek-içeceklerinin ya da bunların buldukları kapların çok sıcak olması yanıklara neden olabilmektedir (Özcebe, 2005b). Ayrıca çocukların elektrik kablolarını ısırması, prizlere metal cisimler sokması, elektrik kaçağı bulunması gibi durumlarda da elektrik çarpmasına bağlı yanıklar oluşabilmektedir (Arı, 2013). Çocuklarda temasa bağlı yanıkların %50'sinden fazlası soba veya ütüye değme sonucu görülmektedir (Büken, 2002). Yanık tiplerini; alevlerin oluşturduğu yanıklar, sıcak su- yiyecek ve cisimlerin meydana getirdiği yanıklar, kimyasal yanıklar (asit ve baz), elektrik yanıkları ve güneş yanıkları olarak sıralayabiliriz.

Düşme ve yanıklar en sık 13-60 aylar arasında görülür (Çelik İnanç ve ark., 2003; Şahin, 1994). Yanıklara bağlı ölümler, 5 yaş altı çocuklarda tüm kaza sonucu ölümlerin %20'sini oluşturmaktadır (WHO, 2008).

Yanıklar nedeniyle her yıl yaklaşık 96.000 çocuk ölmektedir. Yanıklar sonucu ölüm oranı düşük ve orta gelirli ülkelerde, yüksek gelirli ülkelere göre 11 kat daha fazladır (WHO, 2008). Türkiye'de 0-6 yaş arası çocuk yaralanmalarında yanıklar ikinci sırada (%16) yer almaktadır (UNICEF, 2003). UNICEF 2004 verilerine göre 0-17 yaş çocuk yaralanmalarına bağlı ölümlerde yanmalar dördüncü sırada bulunmaktadır.

Yılmaz ve arkadaşlarının 2011 yılında yapmış olduğu çok ülkeli çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmaları sürveyans çalışmasında, yanık nedeniyle getirilen 210 çocuktan 112'si sıcak sıvılarla, 41'i alevle ve 30'u da elektrikle yaralanmıştır.

Türkiye'de Gülhane Askeri Tıp Akademisi'ne son 10 yıllık sürede başvuran 5264 yanma olgusunda görülen haşlanma vakalarının %95'inin evde meydana geldiği görülmüştür. Yanma genellikle banyo ve oturma odasında, özellikle kahvaltı sırasında sıcak sıvıların dökülmesi sonucu oluşmuştur (www.unicef.org, 2003).

Çocuklar için önemli tehlikelerden olan asit ya da alkali yapıda, dokularda korozyona yol açan maddelerin yanlışlıkla içilmesi de yanıklara neden olabilmektedir. Günümüzde yağ çözücüler, lavabo açıcılar, çamaşır suyu gibi temizlik malzemelerinin yaygın olarak kullanılması nedeniyle bu tür problemlere daha sık rastlanılmaktadır (Emir, 2004).

Yanmaların önlenmesinde çevresel faktörler, ebeveyn eğitim ve ürün güvenliği oldukça önemlidir. Ebeveynleri oluşabilecek yanık türleri hakkında daha fazla bilgilendirmek ve evde yanıcı maddelerin depolanmasının tehlikelerinden bahsetmek, ebeveynlerin farkındalığını arttırmak için gereklidir (WHO, 2008).

4.6.3. Zehirlenmeler

Zehirlenmeler, zehirli maddelerin aşırı dozda alımına bağlı olarak organizmada ölüme kadar gidebilen fonksiyon bozukluklarının ortaya çıkmasıyla oluşur. Zehirlenmeler açıkta bırakılan ilaç, deterjan ve benzeri zehirli maddelerin çocuklar tarafından yenmesi/içilmesi sonucunda oluşmaktadır. Ülkemizde soba, şofben ve gazlı ocak kullanımına bağlı olarak karbon monoksit zehirlenmeleri de sık olarak görülmektedir (Özcebe, 2005a).

Zehirlenme sebepleri arasında;

- Tıbbi ilaç kullanımı
- Ev temizlik ürünlerinin yanlış kullanımı
- Gıdalardan kaynaklanan zehirlenmeler
- Çeşitli gazlar ve karbon monoksit sonucu oluşan zehirlenmeler yer almaktadır (Kirby, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl kaza ile zehirlenmeler sonucu, 45.000'den fazla çocuk ölmektedir (WHO, 2008). ABD'de yılda 1 milyondan fazla çocuğun zehirlendiği ve bu zehirlenmelerin %90'ının ev ortamında meydana geldiği belirtilmiştir (www.unicef.org., 2003). UNICEF 2004 verilerine göre 0-17 yaş çocuk

yaralanmalarına bağlı ölümlerde zehirlenmeler 8.sırada (%3,9) yer almaktadır. Zehirlenmeler düşük gelir seviyesine sahip ölkelerde daha sık görölmektedir (UNICEF, 2004).

Ölkemizde tüm zehirlenme olgularının % 60'ını çocuklar oluşturmaktadır (Karataş, 2006). Zehirlenmelerin %80'inin 5 yaşından küçük çocuklarda ve %92'sinin ev ortamında meydana geldiği belirtilmiştir (Sarıkayalar, 2004). Türkiye'de 0-6 yaş arası çocuk yaralanmalarında zehirlenmeler dördüncü sırada (%4,4) yer almaktadır (UNICEF, 2003).

Aktürk ve ark. (2012)'nin çocuklarda en sık maruz kalınan kaza tiplerinin incelendiği araştırmasında, kazaların %51,4'ünün düşme-kayma, %21,8'inin yanma- haşlanma, %2,8'inin zehirlenme olduğu görölmüştür. Yalaki ve ark. (2010)'nin yaptığı çalışmada ise zehirlenmeler %7,3 ile beşinci sırada yer almıştır.

Yapılan bir çalışmaya göre, kaza ile zehirlenme olgularının büyük bir kısmını 1-4 yaş arası çocuklar (%56) ve bunların çoğunu da erkekler (%65) oluşturmaktadır. Bu çocukların çoğunun ilaç kaynaklı zehirlendiği (%32), bunu temizlik malzemesi kaynaklı zehirlenmelerin (%21) izlediği bildirilmiştir. Zehirlenmeler tipik olarak gündüz vakti, çocuk evde oynarken gerçekleşmiştir (Yılmaz, 2011).

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine Haziran 1996-Aralık 1997 tarihleri arasında zehirlenme nedeniyle başvuran 0-15 yaş arası 3104 çocuk incelendiğinde, %63,1'inin 1-4 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Zehirlenme nedenleri arasında ilk sırada ilaçlar (%41,2), ikinci sırada koroziv madde içilmesi yer almıştır (Kahveci, 2004).

4.6.4. Kesikler

Kesici yaralanmalar bıçak, jilet, makas gibi keskin kenarlı araçlarla, delici yaralanmalar ise sivri uçlu araçların batması ile oluşmaktadır (Arı, 2013). Yalaki ve ark. (2010)'nin yaptığı çalışmada, çocukluk çağı ev kazalarından kesikler %12 ile üçüncü sırada yer alırken, Köse ve Bakırcı (2007)'nin yaptığı çalışmada %11,4 ile dördüncü sırada yer almıştır.

4.6.5. Elektrik Çarpmaları

Elektrik çarpmaları, aralarında elektriksel gerilim bulunan iki nokta arasında vücut temasıyla oluşan bir kaza türüdür. Elektrik ağları genellikle bir ileticiyle topraklanmış olduğu için topraklanmamış uca dokunmak elektriğin çarpması için yeterli olacaktır. Çocukların elektrik kablolarını ısırması, prizlere metal cisimler sokması, elektrik kaçağı bulunması gibi durumlarda elektrik çarpması görülebilmektedir (Arı, 2013).

Elektrik kaynaklı yanık olguları tüm yanık olgularının %4-6,5'ini kapsamaktadır. Türkiye'deki çocuklarda görülen yanık olgularının %10'unu elektrik yanıkları oluşturmaktadır (Arı, 2013). Yalaki ve ark. (2010) yaptığı çalışmada, çocukluk çağı ev kazalarından elektrik çarpmaları %2'lik görülme sıklığı ile son sıralarda bulunmaktadır.

4.6.6. Boğulmalar

Boğulmalar çocuğun solunum yoluna yabancı cisim kaçması ya da çocuğa yutamayacağı yiyeceklerin verilmesi ile solunum yolunun tıkanması sonucu oluşmaktadır. Boğulmalar suda boğulmalar başta olmak üzere taneli gıda ve besin maddeleri ile yabancı cisimleri yutmaya bağlı boğulmalar, yanlış yatış- duruş sebebi ile boğulmalar olarak sıralanabilir (Özcebe, 2005a).

Suda boğulmalar banyo küvetleri, evde kullanım için biriktirilen suların doldurulduğu geniş kaplar, kovalar, tuvalet klozetleri, bahçede yağmur ve/veya sulama alanları ile oluşturulan havuzcuklar ile yüzme havuzlarından kaynaklanmaktadır. Çocukların suda oynamayı sevmeleri, 4-5 yaşlarına kadar sudan korkmamaları, özellikle hiçbir tehlikenin farkında olmayan 1-3 yaş arası çocukların içgüdüsel olarak sıcak banyo küvetlerine, yüzme havuzlarına, büyük su birikintilerine atlamaları onları boğulma riski ile karşı karşıya bırakmaktadır (Uğur Baysal ve Birinci, 2006; Özcebe, 2005b).

Çocuk doğduğu andan itibaren etrafını, çevresindeki objeleri tanımak ister ve bunu içgüdüsel bir şekilde dokunarak, objeleri ağızına alarak yapar. Emeklemeye

başlaması ile birlikte evde pek çok yere ulaşabileceğinden risk daha da artar. Boğulmalara daha çok leblebi, fındık, fıstık, draje şeklindeki şekerler, küçük taneli sert yiyecekler, kabuklu yiyeceklerin kabukları, madeni paralar, bilye, küpe, vida gibi objeler sebep olabilmektedir (Yertut, 2004).

Bir yaştan altındaki çocuklarda yastık, yorgan, cebinlik gibi eşyalara ve yanlış yatış pozisyonuna bağlı boğulmalar görülürken, 4 yaştan altındaki çocuklarda banyoda veya derin su kaplarında boğulmalar daha sık görülür. Çocukların beslenmeyi, solumayı, koşmayı aynı anda yapmak istemeleri soluk borularına veya burunlarına küçük cisimlerin kaçmasına neden olabilmektedir (www.safekids.org., 2004).

DSÖ' nün raporuna göre beş yaş altı çocuk ölümlerinin ilk sıralarında boğulma (%25) ve yanma (%15) gelmektedir (Peden,2002). Her yıl 175 000'den fazla çocuk ölmekte, 3 milyon kadar çocuk suda boğulma tehlikesi atlatmaktadır (WHO, 2008). Brezilya ülke istatistiklerine göre 2002 yılında 0-9 yaş arasında 1001 çocuk boğulma nedeniyle ölmüştür (Paes, 2005). ABD'de yılda ortalama 8000 boğulma olayı meydana gelmekte ve bunun %40'ını 4 yaş ve altı çocuklar oluşturmaktadır (www.unicef.org., 2003). ABD'de her yıl solunum yoluna yabancı cisim kaçması nedeniyle yaklaşık 2000 çocuğun öldüğü ve bunların %60'ının da 4 yaş altında olduğu bildirilmiştir (Turan, 2005). Güney ve Doğu Asya'da yapılan çalışmalar boğulmanın 1-4 yaş arası çocuklarda ve 5-9 yaş arası çocuklarda daha fazla olduğunu, yaralanmaya bağlı ölüm oranlarının ise %50'nin üzerinde olduğunu göstermiştir (WHO, 2008). UNICEF 2004 verilerine göre 0-17 yaş çocuk yaralanmalarına bağlı ölümlerde boğulmalar (%16,8) üçüncü sırada yer almaktadır. Boğulmalar, düşük gelir seviyesine sahip ülkelerde daha sık görülmektedir (UNICEF, 2004).

Türkiye'de boğulmalara 1-4 yaş arası çocuklarda daha sık rastlanmaktadır (Akgüngör, 2002). Karataş ve ark.(2006)'nın yaptıkları çalışmada en sık karşılaşılan kaza türlerinin düşme (% 66,7), yanma (% 43,9) ve yabancı cisim aspirasyonu (%12,1) olduğu görülmüştür. Çocukluk dönemi ev kazalarından boğulmalar Köse ve Bakırcı (2007)'nin yaptığı çalışmada %13,6 ile üçüncü sırada, Yalaki ve ark. (2010)'nin yaptığı çalışmada ise %8,5 ile dördüncü sırada yer almıştır.

Yapılan başka bir çalışmaya göre, suda boğulan ya da boğulma tehlikesi geçiren çocuklardan yarısının erkek, %55'inde 5 yaş üstünde olduğu saptanmıştır. Yaralanma sırasında bu çocukların büyük bir kısmının (%85) evlerinin dışında ya da başka bir binada oyun oynamakta olduğu belirtilmiştir. (Yılmaz ve Piyal, 2011).

4.7. Ev Kazalarından Korunmaya Yönelik Alınabilecek Önlemler

Ev kazalarından korunmaya yönelik düşmelerde, kesiklerde, yanmalarda, zehirlenmelerde, boğulmalarda ve elektrik çarpmalarında alınabilecek önlemler aşağıda kısaca sıralanmıştır.

Düşmelerden Korunma

- Halılar ve yolluklar zemine sabitlenerek kayması önlenmelidir.
- Evin her bölümünde ışıklandırma yeterli olmalıdır.
- Elektrik düğmeleri hemen erişilebilir durumda odanın girişinde bulunmalıdır.
- Tekerlekli bebek yürüteçleri kullanılmamalıdır.
- Çocuğun ayakkabıları ayağına uygun, sağlam, bileği destekleyici, taban ve topuğu kaymayan malzemeden olmalıdır.
- Merdivende asla bir şey bulundurulmamalıdır.
- Yer döşemeleri fazla cilalanmamalıdır.
- Yerdeki döküntüler kaymayı ve takılıp düşmeyi önlemek için hemen temizlenmelidir.
- Çocuklar yüksek yerde ve evde tek başına bırakılmamalıdır.
- Bozuk döşeme, masa, sandalye, merdiven, yatak ve diğer düşmeye neden olabilecek eşyalar derhal onarılmalıdır.
- Eşyalar balkon ve pencerelerden uzak tutulmalıdır.

- Pencerelelerin 10 cm.den daha fazla açılmasını engelleyen emniyet kilitleri kullanılmalıdır.
- Kapılarda eşik bulunmamalıdır.
- Odadaki eşyalar geçişi kapatacak şekilde iç içe olmamalıdır.
- Elektrik kabloları takılmaya neden olacak şekilde ortada bırakılmamalıdır.
- Balkon, banyo ve mutfak kapıları devamlı kapalı tutulmalıdır.
- Banyo ve mutfakta yere damlayan sıvılar hemen temizlenmelidir.
- Banyo ve mutfakta kaymayan, lastikten yolluklar kullanılmalıdır.
- Halı ve yolluk kıvrımlarının çocuklar için tehlike oluşturduğu unutulmamalıdır.
- Mobilyalar çocuğun tırmanıp düşme riskine karşı duvara sabitlenmelidir.
- Ranza kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- Çocuk oyuncak, kalın yastık gibi eşyaların üstüne basarak yataktan düşebilir. Bu gibi eşyaların karyola içinde bulunmamasına özen gösterilmelidir.
- Çocuğun mama sandalyesi geniş tabanlı ve emniyet kemerli olmalıdır.
- Merdiven başına ve sonuna duvara monte edilebilen, kilitlenebilir emniyet kapıları takılmalıdır.
- Merdiven basamakları sağlam ve eşit aralıklı olmalıdır.
- Merdivenlerin alt ve üst kısmına lamba açma- kapama anahtarı konulmalıdır.
- Merdivenlerde, yerden en az 90 cm. yüksekliğe kadar korkuluk bulunmalıdır. Basamaklar arasında boşluk varsa bu boşluk 10 cm. geçmemelidir.
- Balkon tırabzanları dikmelerinin arası 10 cm.den fazla olmamalıdır. Balkon veya veranda tırabzanının yüksekliği 100 cm.den az olmamalıdır.
- Çocuklar koruma kenarlıklı yataklarda yatırılmalıdır. Karyola parmaklıklarının arası parmak ve el sıkışmasını, başın geçmesini önlemek için 2,5 cm.den dar, 6

cm.den geniş olmamalıdır. Karyolanın üst köşesi ile yatak üstü arasındaki yükseklik en az 75 cm. olmalıdır. Boyu 84 cm. altındaki çocuklar mutlaka çocuk karyolasında yatırılmalıdır.

- Evde salıncak kurulmamalıdır (Lee, 2012; Altundağ, 2005a; Alptekin, 2004; Morrongiello and Kiriakou, 2004; Çelik İnanç ve ark., 2008; Boztaş, 2008; Uğur Baysal ve Birinci, 2006; Yalaki ve ark., 2010; Yertut, 2004).

Yanıklardan Korunma

- **Korozif maddelere bağlı yanıklardan korunma**

- Çamaşır suyu, tuz ruhu, tiner gibi kimyasallar çocukların ulaşamayacağı yüksek yerlerde ve kilitli dolaplarda saklanmalıdır.
- Çamaşır suyu gibi kimyasallar kendi ambalajı dışında meşrubat, su şişesi vb. içinde saklanmamalıdır. Kendi ambalajı dışında, açıkta satılan ürün alınmamalıdır.

- **Alev ve Sıcak Cisimlere Bağlı Yanıklardan Korunma**

- Çocuğa çabuk alev alan sentetik kıyafetler giydirilmemelidir.
- İşi biten elektrikli aletler prizde bırakılmamalıdır.
- Çocuklara kontrollü bir şekilde sıcak, ateş ve soğuk kavramları öğretilmelidir.
- Çocuğun banyosu için hazırlanan suyun sıcaklığı mutlaka dirsekle kontrol edilmelidir.
- Elektrikli su ısıtıcısı, çay- kahve makinesi gibi tezgah üstü aletlerinin kablolarının sarkmamasına dikkat edilmelidir.
- Kibrit, çakmak, kolonya, alkol, gazyağı, benzin vb. yanıcı ve yakıcı maddeler çocukların erişemeyeceği kapalı ve kilitli yerlerde muhafaza edilmelidir.
- Ütü sıcakken gelişigüzel yerlere bırakılmamalıdır.
- Evde piknik tüpü kullanımından mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.

- Doğalgaz ve t p gaz kaçaklarına karşı uyanık olunmalıdır.
- Masa  rt s , çekerek  zerindekileri düşürme riski nedeniyle masaya sabitlenmelidir.
- Çocukların yiyecek ve içecekleri mikrodalga fırında ısıtılmamalıdır.
- Çocuklara verilen yiyecek ve içeceklerin ısısı mutlaka kontrol edilmelidir.
- Sıcak orba, çay, kahve gibi içecekler içerken ya da elde yanan sigara varken kuaaa ocuk alınmamalıdır.
- Evde aşınmış elektrik kablosu bulundurulmamalıdır.
- Evde yangın söndürücü ve duman dedektörü bulundurulmalıdır.
- Ocağın camın yanında ya da kapının yanında olmamasına  zen gösterilmelidir.
- Masa ve sandalyeler ocaktan uzak tutulmalıdır.
- Soba ve ısıtıcı çevresinde koruyucu parmaklıklar bulundurulmalıdır.
- Ocaa koyulan tava, tencere ve cezve sapları ocağın arka tarafına doğru çevrilmelidir.
- Yemek yaparken kuaaa ocuk alınmamalıdır.
- Elektrik sisteminin, evin tüm ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterli kapasitede olmasına  zen gösterilmelidir.
- Düğmeleri otomatik olan veya ocuk kilidi bulunan ocak ve fırın kullanılmalıdır.
- Prizlerde toprak hat kullanılmalıdır.
- Otomatik sigorta kullanılmalıdır.
- Her sene bina bacaları temizletilmelidir.
- T p değiştirme işi uzman kişilere yaptırılmalıdır.
- Elektrik çıkışlarına plastik kapak monte edilmelidir.

- Çocuğun ocak ve mutfak tezgahı üzerindeki kaplara ulaşmasını engellemek için özel bariyerler kullanılmalıdır.
- Mutfak kapıları giriş çıkışa engel olmayacak biçimde yapılmış olmalıdır.
- Çocukların ateşle oynamasına asla izin verilmemelidir.
- Patlayıcı ve yanıcı maddeler sıcaktan ve ateşten uzak tutulmalıdır.
- Soba üzerinde devamlı tencere ve çaydanlık bulundurulmamalıdır.
- Yangın söndürme kuralları öğrenilmelidir.
- Yangın kaçış planı hazırlanmalıdır.
- Yanan giysileri söndürmek için “*Dur! Yere Yat! Yuvarlan!*” prensibi çocuğa öğretilmelidir (Lee, 2012; Altundağ, 2005a; Alptekin, 2004; Morrongiello and Kiriakou, 2004; Çelik İnanç ve ark., 2008; Boztaş, 2008; Uğur Baysal ve Birinci, 2006; Yalaki ve ark., 2010; Yertut, 2004).

Zehirlenmelerden Korunma

- Evdeki ilaçlar çocukların erişemeyeceği yüksek yerlerde ve kilitli dolaplarda saklanmalıdır.
- Zirai ilaçlar ve böcek öldürücüler çok zehirli olduklarından saklanmalarına azami özen gösterilmelidir.
- Çocuklar gaz sobası veya kömür sobası yanan odada uyumaya bırakılmamalıdır.
- Piknik tüpleri ve gaz çakmakları çocuklardan uzak tutulmalıdır.
- Yemek için kültür mantarları tercih edilmelidir.
- Çocuklara kurşunlu boya ile boyanmış oyuncaklar alınmamalıdır.
- Çocuğun gazete kağıdı ile oynamasına izin verilmemelidir.
- Evde zehirli bitki yetiştirilmemelidir.
- İlaç kapakları çocukların açamayacağı şekilde kapatılmalıdır.

- Tehlikeli maddelerin üzerine tehlike işareti koyulmalı ve bu çocuğa öğretilmelidir.
- Sağlık kontrolü yapılmamış yiyecekler satın alınmamalıdır.
- Evdeki havalandırma tertibatı yeterli olmalıdır.
- Zehirli böceklere karşı ilaçlama yaptırılmalıdır.
- Evde ilaca benzer şeker ve yiyecek bulundurulmamalıdır.
- İlaç, deterjan, çamaşır suyu, böcek ilacı, boya maddeleri gibi kimyasallar orijinal kaplarında muhafaza edilmelidir.
- Yiyecek ve içecek kaplarına zehirli madde koyulmamalıdır.
- İlaçlanmış çiğ meyveler ve bozulmuş yiyecekler çocuğa yedirilmemelidir.
- Bakır kaplar kalaylatılmalıdır.
- Dışarıda bozulabilecek yiyecekler buzdolabında saklanmalıdır.
- Karanlıkta çocuğa ilaç içirilmemelidir.
- Temizlik için kullanılan malzemeler yiyeceklerden uzak ve çocukların ulaşamayacağı yerlerde muhafaza edilmelidir.
- Koca- karı ilaçlarına başvurulmamalıdır.
- Evde cila, böcek ilacı kullanıldıktan sonra ev iyice havalandırılmalıdır.
- Hiçbir zaman bir çocuğa ilacın şeker olduğu söylenmemelidir.
- Misafirin ilacının çantasında olduğundan emin olunmalıdır.
- Böcek ilacı ve fare zehirleri evin zeminine yerleştirilmemelidir.
- İlaçlar çocuğa göz kararı değil, doktorun tavsiye ettiği dozlarda ölçerek verilmelidir.
- Gıda maddesi alırken son kullanma tarihi kontrol edilmelidir.

- Şofben kullanılıyorsa baca bağlantısının iyi olmasına, borularda kaçak olmamasına dikkat edilmelidir. Şofben banyoda ise yıkanırken mutlaka banyo havalandırılmalıdır. Ayrıca yılda bir defa baca temizliği yaptırılmalıdır.
- Düğmeleri otomatik olan veya çocuk kilidi bulunan ocak kullanılmalıdır (Lee, 2012; Altundağ, 2005a; Alptekin, 2004; Morrongiello and Kiriakou, 2004; Çelik İnanç ve ark., 2008; Boztaş, 2008; Uğur Baysal ve Birinci, 2006; Yalaki ve ark., 2010; Yertut, 2004).

Kesiklerden Korunma

- Bıçak, jilet, makas, çatal, tığ, şiş, tornavida gibi delici-kesici aletler, çocukların erişemeyeceği yerlerde ve kapalı dolaplarda muhafaza edilmelidir.
- Elinde sivri bir cisim bulunan çocukla koşmalı oyunlar oynanmamalıdır.
- Konserve ve yağ tenekelerinin kenarları, kesiğe sebep olmayacak şekilde açılmalıdır.
- Kapı ve pencere camlarının kolay kırılmayacak kadar kalın olmasına özen gösterilmelidir.
- Mümkünse mutfak çöplerinin bulunduğu kutular kilit altında tutulmalıdır.
- Çocukların yeme-içme kaplarının kırılmaz, güvenli maddelerden yapılmış olmasına dikkat edilmelidir.
- Mobilyalarda metal veya cam bölümlerin olmamasına özen gösterilmelidir.
- Mobilya köşelerinin küt ve yuvarlak olmasına dikkat edilmelidir. Sivri köşeli mobilyalarda koruyucular kullanılmalıdır.
- Dikiş kutuları ortalıkta bırakılmamalıdır.
- Bakım-onarım için kullanılan malzemeler ortada bırakılmamalıdır.
- Çevrede bulunan cam kırıkları hemen temizlenmelidir.
- Çivisi çıkmış masa, sandalye gibi eşyalar derhal onarılmalıdır.

- Evdeki ateşli silahlar çocukların ulaşamayacağı yerlerde ve kilitli dolaplarda saklanmalıdır.
- Çocuk oyuncakları plastik malzemeden seçilmelidir.
- Çocukların eline bardak, şişe gibi cam eşyalar verilmemelidir.
- Cam kapılara çocuğun koşarken çarpmasını önlemek için koruyucu cam filmi yapıştırılmalıdır.
- Bulaşık makinesinde emniyet kilidi bulunmalıdır.
- Banyo musluklarının üzerine yumuşak özel koruyucular takılmalıdır.
- Vantilatörlerde koruma kalkanı bulunmalıdır.
- Duş kabini güvenli temperli cam veya plastik malzemeden olmalıdır (Lee, 2012; Altundağ, 2005a; Alptekin, 2004; Morrongiello and Kiriakou, 2004; Çelik İnanç ve ark., 2008; Boztaş, 2008; Uğur Baysal ve Birinci, 2006; Yalaki ve ark., 2010; Yertut, 2004).

Elektrik Çarpmalarından Korunma

- Elektrik kabloları ayakaltında bulunmamalıdır.
- Elektrikli aletler sudan uzak tutulmalı, kullanılmadığı zaman prizden çekilmelidir.
- Elektrik prizleri küvet ve lavabo gibi ıslak bölgelere yakın olmamalıdır.
- Prizlerin önüne masa, kanepeler gibi eşyalar yerleştirilmelidir.
- Prizlerde plastik koruyucu kapaklar kullanılmalıdır.
- Aşınmış elektrik kabloları değiştirilmelidir.
- Evlerde mutlaka kaçak akım koruma rölesi bulunmalıdır (Lee, 2012; Morrongiello and Kiriakou, 2004; Çelik İnanç ve ark., 2008; Boztaş, 2008; Yalaki ve ark., 2010; Yertut, 2004).

Boğulmalardan Korunma

• Suda Boğulmalardan Korunma

- Bebekler ve küçük çocuklar küvette yalnız bırakılmamalıdır.
- Küvetin içinde kaymayı önleyen örtüler kullanılmalıdır.
- İş bittiğinde su dolu kovalar ortalıkta bırakılmamalıdır.
- Klozet kapağını açık bırakmamaya özen gösterilmelidir. Mümkünse çocuk güvenlik kilidi kullanılmalıdır.

• Yabancı Cisimlere Bağlı Boğulmalardan Korunma

- Bebekler ve küçük çocuklar yumuşak yatakta yatırılmamalıdır. Mümkünse 1 yaşına kadar yastık kullanılmamalıdır.
- Meyvelerin çekirdekleri ayıklanarak çocuğa verilmelidir.
- Sert meyve ve sebzeler rendelenerek, daha yumuşak meyve ve sebzeler ise küçük parçalara ayrılarak çocuğa verilmelidir.
- Bozuk para, düğme, küpe gibi küçük parçalı cisimler ve üzerinde "3 yaş altı için uygun değildir" yazan oyuncaklar ortalıkta bırakılmamalıdır.
- Yemek yerken çocuğun gülmesine, koşturmasına, ağlamasına izin verilmemelidir.
- Emzik ip, zincir, iğne ile çocuğun boynuna veya kıyafetine sabitlenmemelidir.
- 4 yaşından küçük çocukların baklagiller, kuruyemişler gibi küçük taneli besinlere ulaşmaması için, bu tür besinler yüksek ve kapalı yerlerde muhafaza edilmelidir.
- Büyük çocuklara, kendi oyuncaklarının kardeşi için tehlike yaratabileceği öğretilmelidir.
- Plastik torba, ip ve balonlar çocuklardan uzak tutulmalıdır.

- Çocuğun emziği düzenli olarak kontrol edilmelidir. Uç kısmının parçalanmamasına ve ayrılmamasına özen gösterilmelidir.
- Etlerin kemikleri ayıklanarak çocuğa verilmelidir.
- Emilmediği zaman kendiliğinden tıkanan biberon kullanılmalıdır.
- Karyola parmaklık araları başın geçmesini önlemek için 6 cm.den dar olmalıdır. Yatak ile karyola arasına çocuğun yüzünün girmemesi için aradaki boşluğun 3-4 cm.den az olmasına dikkat edilmelidir.
- Beş yaş altındaki çocuklara nazar boncuğu, künye, bileklik takılmamalıdır.
- Çocuklarda bağırsız giyecekler kullanılmalıdır (Lee, 2012; Altundağ, 2005a; Alptekin, 2004; Morrongiello and Kiriakou, 2004; Çelik İnanç ve ark., 2008; Boztaş, 2008; Uğur Baysal ve Birinci, 2006; Yalaki ve ark., 2010; Yertut, 2004).

4.8. Ev Kazalarında İlk Yardım

Çocuğun tüm yaşamını etkileyebilecek bir kaza ve yaralanma durumunda, evde ilk müdahaleyi yapacak kişi olarak annenin ilk yardım konusundaki bilgi, tutum ve davranışları çocuğun gelecekteki yaşamını etkilediği gibi toplum sağlığını da etkilemektedir. Bu nedenle sağlık personeli olmayan bireyler arasında ilk yardım bilgi düzeyini yükseltmek amacıyla genel eğitim ve ilk yardım derslerinin yaygınlaştırılması önem arz etmektedir.

Düşmelerde İlk Yardım

Düşme sonrasında çocuk sakin ve bilinci yerindeyse 24 saat süreyle gözlemlenmelidir. Çocukta kusma, dalgınlık, sürekli uyku hali, solunum sıkıntısı, karın ağrısı, yürüme ve görmede sorunlar, ağız veya kulaktan kan gelmesi, renk solukluğu veya havale geçirme gibi bulgular gözlenirse hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir. Çocuğu sağlık kuruluşuna götürürken omurgasını sabit tutmaya özen gösterilmelidir (Yertut, 2004; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

Düşmeler sonucunda kırık, burkulma ve çıkıklar meydana gelebilir. Kırıklarda kırık tespit edilmeli, gereksiz hareketten kaçınılarak doku harabiyeti önlenmelidir. Kırık organda ödemin önlenmesi için, kırık bölge vücut düzleminden yukarıda tutulmalı ve kırık yerin üzerine havluya sarılı buz torbası yerleştirilmelidir. Kırık üzerinde yara varsa temiz bir bezle kapatılıp en kısa zamanda bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Tekin ve Suskan, 2010; Singer et al., 2004; Conrad and Beattie, 1996; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

Yanlış bir hareket dokulara ve sinirlere zarar verebileceği için çıkıklar yerine yerleştirmeye çalışılmamalıdır. Bir sağlık kuruluşuna başvurmak en doğru karar olacaktır (Yertut, 2004; Tekin ve Suskan, 2010; Somyürek, 2000).

Burkulmuş eklem ovulmamalı, hareket ettirilmemeli ve mümkünse atel ile istirahate alınmalıdır. İlk oluştuğu sıralarda soğuk uygulama yapılmalı ve sıkı bandajlar kullanılmalıdır (Somyürek, 2000). Burkulmuş eklem kalp seviyesinin üzerinde tutulmalıdır. Ödemi azaltmak için ekleme 20 dakika süreyle beze sarılmış buz torbası uygulanmalıdır. O bölgedeki şişliğin iyice artmasına yol açabileceği için ekleme 48 saat süre ile sıcak uygulama yapılmamalıdır. Burkulan eklem kırılmış olabileceği her zaman akılda tutulmalı, bütün bu uygulamalara rağmen şikayetlerin hafiflememesi durumunda mutlaka en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Yertut, 2004; Singer et al., 2004; Conrad and Beattie, 1996).

Yanıklarda İlk Yardım

Yanık, korozyon madde içmeye bağlı gelişmiş ise çocuk kesinlikle kusturulmamalıdır. Ağızdan yiyecek ve içecek herhangi bir şey verilmemelidir. Belirgin yanık varsa ağız ve çevresi yıkanarak en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Yertut, 2004; Singer et al., 2004; Somyürek, 2000; Tekin ve Suskan, 2010; Bebiş ve İnanç, 2000).

Çocuk alev almış yanıyorsa üzeri bir örtü ile kapatılıp yerde yuvarlanması sağlanmalıdır. Derinin hafif kızardığı 1.derece yanıklarda, yanan bölge 5-10 dakika kadar soğuk suyun altında tutulmalıdır. Su kabarcıklarının oluştuğu, derinin tamamen sıyrıldığı 2.derece yanıklarda ise yanan bölge giysilerinden tamamen arındırılmalıdır. Yanan bölge 5-10 dakika kadar suyun altında tutulmalıdır. Yanığın üzeri mikropsuz bir

sargı bezi yoksa temiz bir bezle kapatılmalıdır. Yanan bölgeye beze sarılı buz uygulanmalı ve kalp seviyesinden yukarıya kaldırılmalıdır. Daha derin olan 3.derece yanıklarda yanan bölge temiz bir bezle kapatılıp derhal bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Singer et al., 2004; Yertut, 2004; Somyürek, 2000; Tekin ve Suskan, 2010; Bebiş ve İnanç, 2000).

Yanan çocuğun elbiseleri çekerek değil gerekiyorsa keserek çıkartılmalıdır. Yanık bölgedeki kabarcıklar kesinlikle patlatılmamalıdır. Yanığın üzerine diş macunu, zeytinyağı, gazyağı, yoğurt, merhem, gres yağı, yumurta vb. gibi şeyler sürülmemelidir. Şişlik oluşabileceğinden saat, yüzük, bilezik vb. takılar çıkartılmalıdır. Tentürdiyot, mersol gibi canlı dokuya hasar verme riski olan maddelerle kesinlikle pansuman yapılmamalıdır (Singer et al., 2004; Yertut, 2004; Tekin ve Suskan, 2010; Bebiş ve İnanç, 2000).

Zehirlenmelerde İlk Yardım

Zehirlenen çocuğun bilinci yerinde değil ise, kusma riskine karşı çocuğun başı yana çevrilmeli ya da çocuk yan yatırılmalıdır. Rahat nefes alabilmesi için çocuğun başına pozisyon verilmeli, ağızda nefes almasını engelleyecek yabancı cisim varsa çıkartılmalıdır. Solunumu durmuşsa suni solunum yapıp en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna nakledilmelidir (Singer et al., 2004; Yertut, 2004; Tekin ve Suskan, 2010; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

Zehirlenen çocuğun bilinci yerinde ise, midedeki zehirli maddeyi dışarıya atmak için kusturulmaya çalışılmamalıdır. Zehrin vücutta emilmesini geciktirmek için bol süt veya su içirilmelidir. Zehirli madde 4-5 saatten daha önce alınmışsa zehir bağırsaklara geçmiş olacağından müshil, hintyağı veya zeytinyağı vererek zehrin bağırsaklardan emilmeden dışarı atılmasına yardımcı olunmalıdır. Sonrasında derhal en yakın bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

Sağlık kuruluşunda yapılacak olan tedaviyi kolaylaştırmak için zehirlenmenin ne ile olduğu, hangi yolla olduğu, zehirlenmeye neden olan maddenin ne zaman alındığı, ne miktarda alındığı hakkında doktora bilgi verilmelidir. Sağlık kuruluşuna giderken çocuğun içmiş olabileceği ilaç veya maddenin kutusu, şişesi, prospektüsü varsa çocuğun

kusmuğu yanına alınmalıdır (Singer et al., 2004; Yertut, 2004; Tekin ve Suskan, 2010; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

Şofben ve karbonmonoksit zehirlenmelerinde tüm pencereler açılmalı, zehirlenen çocuk bulunduğu ortamdan temiz havaya çıkartılmalıdır. Zehirlenen çocuk sırt üstü yatırılarak soluk alıp almadığı ve nabızı kontrol edilmelidir. Nabız ve solunum yoksa 112 ambulans aranıp suni solunum ve kalp masajına başlanmalıdır. Gaz kaçağı olan odadaki elektrik düğmesine dokunulmamalı, ateş yakılmamalı, evin zemini süpürülerek biriken gazın atılması sağlanmalıdır (Singer et al., 2004; Yertut, 2004; Tekin ve Suskan, 2010; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

Gazyacağı, benzin, tiner zehirlenmelerinde çocuk kesinlikle kusturulmamalıdır. Çocuğa zeytinyacağı, süt veya diğer sıvı yağlardan içirilmelidir. Zehirlenme DDT içerek olmuşsa yağlı sıvılar yerine sadece bol su içirilmelidir. Çocuk temiz havaya çıkarılarak oksijen alması sağlanmalıdır. Sonrasında en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Singer et al., 2004; Yertut, 2004; Tekin ve Suskan, 2010; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

Zehirlenme deri yoluyla gerçekleşmişse elbiselerinde de zehir olabileceğinden çocuk hemen soyularak vücudu bol su ile yıkanmalıdır. Mümkünse koruyucu elbise giyilerek maske takılmalıdır. Çocuk yürütülmemeli, açık ortamda düz bir yere yatırılarak bol oksijen alması sağlanmalıdır. Zehir danışma hattı 114'den durumla ilgili yapılabilecekler konusunda yardım alınmalı ve en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Singer et al., 2004; Yertut, 2004; Tekin ve Suskan, 2010).

Kesiklerde İlk Yardım

Kesiğın üzeri kirlenmişse sabunlu suyla yıkanmalı ve dışarıdan görülebilen yabancı bir cisim (cam kırığı, taş, kum parçası vb.) varsa çıkartılmalıdır. Kesikte sızıntı şeklinde kanama varsa, kanayan kısım kalp hizasından yukarıya kaldırılarak yara üzerine baskı uygulanmalıdır. Soğuk uygulama yapılarak kanama durdurulmaya çalışılmalıdır. Parçalanmış deri ve organlar koparılmamalı, kesik yaraların üzerine yara tozu, merhem vb. şeyler sürülmemelidir. Parçalanmış organlar temiz bir şekilde sabitlenip, derhal sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Singer et al., 2004; Yertut, 2004; Conrad and Beattie, 1996; Tekin ve Suskan, 2010; Kırılmaz ve Arısoy, 2002; Somyürek, 2000).

Kopan organ veya doku, temiz ve ıslak bir gazlı beze sarılarak naylon bir torbaya konmalıdır. Bu torba buz dolu bir kaptaki hasta ile birlikte sağlık kuruluşuna götürülmelidir. Belirli bir süreden sonra yaraya dikiş atılmayacağı için basit yüzeysel cilt kesiklerinde bile yaralı 6 saati doldurmadan bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir (Yertut, 2004; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

Karın boşluğu, göğüs, kafatası veya göze saplanan kesici-delici aletler kesinlikle çıkarılmaya çalışılmamalıdır. İç kanamalarda ise yaralı sırt üstü yatırılarak başı yana çevrilmelidir. Ağızdan yiyecek, içecek madde verilmemeli ve yaralı acilen bir sağlık kuruluşuna ulaştırılmalıdır (Yertut, 2004; Kırılmaz ve Arısoy, 2002; Singer et al., 2004).

Kol ve bacadaki kesikler yara üzeri temiz bir pansumanla kapatıldıktan sonra kravat, eşarp veya sargı bezi kullanılarak sıkıca sarılmalıdır. Turnike malzemesi ilmek şeklinde bağlanmalı, kesinlikle düğüm yapılmamalıdır. Turnike uygulanan el ve ayakta parmaklar açıkta bırakılmalı, dolaşım açısından sürekli kontrol edilmelidir. Eğer parmaklarda uyuşma, karıncalanma, morarma gibi bir durum izlenirse turnike derhal çözülmelidir. Her 15-20 dakikada bir turnike çözülmeli, 3-5 dakika beklendikten sonra tekrar uygulanmalıdır. Yaralı en yakın sağlık kuruluşuna götürülerek tetanoz aşısı yaptırılmalıdır (Singer et al., 2004; Yertut, 2004; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

Elektrik Çarpmalarında İlk Yardım

Öncelikle çocuğun elektrik akımı ile olan teması kesilmelidir. Bunun için ilk etapta elektrik sigortası kapatılmalı, eğer akımı kesme ihtimali yoksa deri kemer, kuru gazete tomarı, kuru tahta veya plastik bir cisimle vurarak ya da elektrik akımını iletmeyen kuru bir cismin üzerinden çekerek çocuk o bölgeden uzaklaştırılmalıdır. Bu işlemler yapılırken lastik tabanlı bir ayakkabı ile lastik bir eldiven kullanılmalıdır (Somyürek, 2000; Yertut, 2004; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

Yaralıya kesinlikle su ile müdahale edilmemeli, hasar gören bölgeler temiz bir bezle örtülmelidir. Eğer yaralı şuursuz ve soluk almıyorsa ağızdan ağza yapay solunum yapılmalı, nabızda alınamıyorsa kalp masajı uygulanmalıdır. Derhal vakit kaybetmeden 112 ile irtibata geçilmelidir (Somyürek, 2000; Yertut, 2004; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

Boğulmalarda İlk Yardım

Hava yolu kısmen tıkanmış ise çocuğun kendi kendine soluması ve öksürmesi desteklenmelidir. Ağızda yabancı cisim gözükyorsa çıkartılmalı, çocuğun ağızda yabancı cisim aramak için körlemesine parmak sokulmamalıdır. Eğer cisim buruna kaçmışsa ve bu cisim fasulye, nohut, mısır gibi bir gıda ise bunlar şişebileceğinden ıslatılmamalıdır. Buruna kaçan cisim çıkarmaya çalışırken iğne gibi sivri ve batıcı şeyler kullanılmamalıdır. Cisim görülüyorsa ve dışarıdan tutulabilecek durumdaysa cımbız gibi uygun bir şeyle çıkartılmalıdır (Singer et al., 2004; Somyürek, 2000; Yertut, 2004; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

Hava yolu tam tıkanmış bebeklerde bebek yüzüstü pozisyonda, başı aşağı gelecek şekilde kurtarıcının ön kolu üzerine yatırılmalıdır. Diğer elin tümsek kısmı ile bebeğin sırtındaki kürek kemikleri arasına 5 kez vuruş yapılmalıdır. Eğer yabancı cisim çıkmadıysa bebek sırt üstü şekilde diğer kola yatırılarak, göğüste kalp masajı yapılan noktaya 5 kez aşağı ve ileri doğru olacak şekilde bası uygulanmalıdır. Yabancı cisim çıkana ve bebeğin bilinci kapanana kadar bu işleme devam edilmelidir (Somyürek, 2000; Conrad and Beattie, 1996; Yertut, 2004; Kırılmaz ve Arısoy, 2002). Eğer çocuk nefes almıyorsa, ağız içine baktıktan ve yabancı cisim olmadığından emin olduktan sonra boynunun altına hafif bir yükselti konulmalıdır. Baş arkaya doğru yatırılıp, burun kapatılarak ağızdan ağza 2 kez soluk verilmelidir. Sonrasında 1-8 yaş arası çocuklarda, göğüs kemiğinin ortasına bir elin topuğu yerleştirilerek; 0-1 yaş arası bebeklerde ise iki meme arasında hayali bir çizgi olduğu düşünülerek, bu çizginin hemen altında orta noktaya iki parmak ile bastırmak suretiyle 30 kez kalp masajı uygulanmalıdır. Bu işlemlere sağlık personeli gelinceye kadar devam edilmelidir (Bilir ve Yıldız, 2007).

Hava yolu tam tıkanmış çocuklarda, çocuğun arkasına geçilerek elin bir tanesi ile yumruk yapılmalı, bu elin başparmak tarafı ise ksifoidin (göğüs kemiğinin-iman tahtasının en alt çıkıntısı) bir miktar altına yerleştirilmelidir. Diğer el ile yumruk yapılmış olan el tutulmalı, beş kez içeri ve yukarı doğru bastırılmalıdır. Cisim çıkana ve çocuğun bilinci kapanana dek bu işleme devam edilmelidir. Eğer cisim çıkmazsa derhal vakit kaybetmeden 112 ile irtibata geçilmelidir (Somyürek, 2000; Yertut, 2004; Conrad and Beattie, 1996; Kırılmaz ve Arısoy, 2002).

4.9.Ev Kazalarının Önlenmesinde Hemşirenin Rolü

Hemşireler her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler, hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler (Türk Hemşireler Derneği, 2010). Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşirenin görevleri arasında, sağlığın korunması ve geliştirilmesi de yer almaktadır. Bu kapsamda, çocukluk çağında önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olan ev kazalarının önlenmesi ve kazalar sonucunda oluşabilecek hasarın en aza indirgenmesinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Altundağ, 2005a). Çocukluk çağı yaralanmalarında hemşirenin rolleri arasında; çevredeki tehlikeleri tanımlamak/ azaltmak/ortadan kaldırmak, çocuklardaki davranış özelliklerini tanımlamak ve çocuk gelişimi konusunda ebeveynlere rehberlik etmek yer almaktadır (Brunner ve Suddarth, 1982).

Ev kazası kontrolü birincil, ikincil ve üçüncül koruma ile hasarın en aza indirilmesi için erken, ileri bakım ve iyileştirmeyi de içeren geniş bir kontrol yelpazesini tanımlar (Uğur Baysal ve Birinci, 2006). Birincil korumada hemşireler, ev kazalarını önlemek için ev güvenliğinin nasıl sağlanacağı hususunda aileleri bilgilendirir. İkincil korumada erken tanı ve acil müdahale ile kazada gerçekleşen yaralanmanın sakatlığa dönüşmemesi ve şiddetinin azaltılması için çalışılır. Üçüncül korumada ise kişide ortaya çıkan sakatlığın, bireyin yaşamını olumsuz düzeyde etkilemesini minimuma indirmek hedeflenir (Uğur Baysal ve ark., 2005).

Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre aile sağlığı çalışanları; ev ziyaretleri sırasında genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra ev ortamını bireylerin gereksinimlerine uygunluk yönünden değerlendirir, ev ziyaretleri sırasında basit gözlemler yaparak ısı, ışık, havalandırma, gürültü, elektrik, zemin ve duvarlar yönünden mevcut riskleri belirler, kolay girişimler ile bu riskleri azaltma konusunda ailelere yardımcı olur (T.C.Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, sayı: 27910).

Çınar (1999), Turan ve ark. (2010), King ve ark. (2005), Çınar ve Görak (2007), Posner ve ark. (2004)'nın kazaları önlemede annelere verilen eğitimin etkisini saptamak için yaptıkları çalışmalarında, ev ziyaret programları ile verilen eğitimin kaza görülme

sıklığını azalttığı ve ev ortamındaki güvenlik önlemlerinin arttırılmasında annelere yol gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde, ev ziyaretleri ile ev kazaları görülme sıklığının %26 oranında azaltıldığı bildirilmektedir (Department of Health, Social Services and Public Safety, 2011). Hemşireler yaptıkları ev ziyaretleri ile kazaları değerlendirme, riskleri belirleme ve bu risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik uygulamalar yapabilme fırsatına sahiptirler (Smith, 2009; Turan ve ark., 2010).

Kazalardan korunmayı sağlayan en önemli etkenlerden biri de bireysel güvenlik danışmanlığıdır (Uğur Baysal ve Birinci, 2006). Sağlık çalışanlarının çocuk güvenliği konusunda bireysel danışmanlığa zaman ayırması büyük önem taşımaktadır. Çocuğu izleyen hekim ve hemşirelerin sağlık kontrolleri, ev ziyaretleri ya da çocuğun herhangi bir neden ile hastaneye yatması gibi durumlarda annenin kazalardan korunma bilincini, güvenliğe ait sorularla sorgulaması, riskli durumlardan kaçınmayı sağlayacak gerekli bilgileri ve danışmanlığı sunabilmesi gerekmektedir. Sağlam çocuk izlemlerinde yüksek risk taşıyan eğitimsiz, çok çocuklu, kalabalık, kırsal ya da yarı kentsel yaşam alanlarında yaşayan ailelerin çocuklarının daha yakından izlenmesi, çocuk, aile ve toplum sağlığının korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Yapılacak eğitimler sırasında ailelere çocuk gelişiminin özellikleri, çocukların gelişim düzeylerine göre güvenli davranışlar ve kazalardan korunma için uygun yöntemler anlatılmalıdır. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), yaşamın ilk 6 ayındaki sağlık denetim ziyaretleri sırasında, yaralanmaların önlenmesi konusunda danışmanlık hizmeti verilmesini önermektedir (Stone, 2007).

Aile sağlığı hemşiresi, ev kazalarını önleme programı kapsamında halka ilkyardım eğitimi vermeli, ev kazası görülme sıklığını en aza indirmek için gerekli gözlemleri yapmalıdır. Hemşire ev kazaları konusunda toplumdaki bireyleri bilinçlendirerek destekleyici, eğitici ve danışmanlık rollerini yerine getirmiş olacaktır (Turan ve Ceylan, 2007; Çalışkan ve ark., 2010).

Toplumda kazaları önlemek için düzenli olarak kampanyalar yapmak, kazalar için risk gruplarını belirlemek, eğitim için radyo-televizyon gibi basın-yayın organlarından faydalanmak etkili yöntemler olarak kabul edilmektedir. Kazaların önlenmesinde fiziksel ve sosyal çevrenin düzenlenmesi, çocuğa bakan kişilerin çocuğun gelişim dönemleri ve ilgi alanları konusunda, ev kazalarının nedenleri, korunma yolları

ve ilkyardımda uygulamaları gibi konularda bireysel, grup ya da kitlesel eğitim yolu ile bilinçlendirilmesi son derece önemlidir (Çınar, 1999; Hall Long et al., 2001; King, 2001). Sağlık çalışanları, çocuk güvenliğinin danışmanları olarak çeşitli eğitim programları hazırlamalı, mevcut çalışmalara destek vermeli, çocuk hekimleri ve hemşireleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları yaralanma kontrolü için yasal düzenlemelerin oluşturulmasında güçlü bir danışmanlık rolü üstlenmelidir.

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniğinde Ekim 2012 – Mart 2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Ekim-2012 ve Mart-2013 tarihleri arasında, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniğinde 0-6 yaş grubu çocuğu olan 1270 anne oluşturdu. Örneklemi ise aynı tarihler arasında, aynı hastane ve aynı klinikte 0-6 yaş grubu çocuğu yatan, araştırmaya katılmayı kabul eden anneler oluşturdu. Örneklem büyüklüğü $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde, $\pm \%5$ 'lik örnekleme hatası ile evreni bilinen grupta örneklem yöntemi kullanılarak $(n=Nt^2pq/d^2(N-1)+ t^2pq)$ 235 anne olarak belirlendi.

5.4. Örnek Seçim Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya istekli olmak,
- 0-6 yaş grubu çocuğa sahip olmak,
- İletişim sorunu olmamak,
- Çocuğu herhangi bir nedenle Ekim-2012 ve Mart-2013 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniğinde yatıyor olmak olarak belirlendi.

5.5. Araştırma Soruları

- ✓ Çocuklarda ev kazalarının oluşumunda etkili olan faktörler nelerdir?
- ✓ Çocuklarda ev kazaları görülme sıklığı nedir?

- ✓ Ev kazaları görülme sıklığının, çocuk ve annelerin demografik özellikleri ile ilişkisi nedir?
- ✓ Annelerin, çocuklarda ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerine ilişkin bilgi düzeyleri nedir?
- ✓ Annelerin, çocuklarda ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerine ilişkin uygulamaları nedir?
- ✓ Annelerin ev kazaları oluşması durumunda yapılması gereken girişimler konusunda bilgi düzeyleri nedir?
- ✓ Annelerin “0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeği”nden aldıkları puanlar ve etkileyen değişkenler nelerdir?

5.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Ev kazası geçirme sıklığı, saptanan ev kazalarının türleri, saptanan ev kazalarının nedenleri, annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik tutum ve davranış puanları, annelerin ev kazalarında yapılacak girişimler konusunda bilgi düzeyleri.

Bağımsız Değişkenler: Ailenin sosyo-demografik özellikleri, çocuğun yaş, cinsiyet ve hastalık durumu, ailenin yaşadığı evin özellikleri.

5.7. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereç

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından hazırlanmış anket formu ile “0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeği” kullanıldı.

5.7.1. Anket Formu

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür incelenerek (Çınar, 1999; Alptekin, 2004; Hendrickson, 2005; Bulut ve ark., 2003; Köse ve Bakırcı, 2007; Beyazova, 1993; Morrongiello and Kiriakou, 2004; Altundağ, 2005a; Yertut, 2004) hazırlanmış anket formu kullanıldı. Bu anket formu “Sosyo-demografik Özellikler Soru Formu”, “Ev Kazaları Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu” ve “Ev Kazalarında Yapılacak Girişimler Konusunda Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu” olmak üzere 3

bölümden oluştu. Sosyo-demografik Özellikler Soru Formu annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, ailenin gelir durumu gibi bilgileri içeren 9 açık uçlu, 22 kapalı uçlu olmak üzere 31 sorudan (EK-1); Ev Kazaları Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu annelerin ev kazalarının önlenmesine yönelik bilgi düzeyleri ve farkındalıklarını ölçen 3 açık uçlu, 41 kapalı uçlu olmak üzere 44 sorudan (EK-2); Ev Kazalarında Yapılacak Girişimler Konusunda Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu ise annelerin ev kazalarında yapılması gereken ilkyardım uygulamaları konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile geliştirilmiş 10 açık uçlu, 7 kapalı uçlu olmak üzere 17 sorudan oluşmaktaydı (EK-3).

5.7.2. 0–6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeği

Çınar (1999) tarafından geliştirilmiş “0–6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanımlama Ölçeği” ile annelerin ev ortamında sıkça karşılaşılan ev kazalarından (düşme, yanma, elektrik çarpması, kesikler, zehirlenme, boğulma) çocuğu korumak için aldıkları güvenlik önlemleri değerlendirilmektedir. Ölçek 34 olumlu, 6 olumsuz ifade içeren toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi olan ölçekte her bir madde 1’den 5’e kadar puanlanmış olup puanlar yanıtlara göre değişmektedir. 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 6, 9, 23, 26, 30 ve 40’inci maddeler tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 200, en düşük puan ise 40’dır. Ölçeğin Cronbach’s Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,82’dir. Ölçekten alınan puan arttıkça, annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri alma eğiliminin arttığı şeklinde yorumlanmaktadır (EK-4).

5.8. Verilerin Toplanması

Bu araştırmanın verileri, gerekli izinler alındıktan sonra Bursa ili Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniğinde Ekim 2012 – Mart 2013 tarihleri arasında yatan, 0-6 yaş aralığındaki çocukların araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden anneleri ile yapılan görüşmelerden elde edildi. Uygulamaya başlamadan önce annelere araştırmanın amacı açıklanarak araştırma ile ilgili bilgi verildi ve çalışmaya katılmaları konusunda yazılı onamları alındı (EK-6). Veriler, anket

formunun araştırmacı tarafından annelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulması sonucu elde edildi. Anket formunun ortalama uygulama zamanı 15-20 dakika idi.

5.8.1. Pilot Uygulama

Araştırma verileri toplanmadan önce, verilerin toplanacağı hastaneden 10 anne ile yüz yüze görüşme yöntemi ile pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulamada anneler tarafından soruların anlaşılabilirliği incelenerek elde edilen veriler doğrultusunda soru formları yeniden düzenlendi. Pilot uygulama verileri araştırma verileri arasında yer almadı.

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Değerkenlerin normal dağılım göstermemesinden dolayı Kruskal Wallis testi ve Mann-Whitney U testi ile karşılaştırmalar yapıldı. Değerkenler arasındaki ilişkiler Spearman sıra korelasyon katsayısı ile incelendi. Verilerin normal dağılım göstermemesinden dolayı betimleyici değerler median (min-max) olarak, kategorik veriler ise frekans ve yüzde olarak verildi. Kategorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $\alpha=0,05$ alındı. Ölçek güvenilirliği, iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach's Alpha katsayısı ile değerlendirildi (0,718).

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemi, Bursa ili Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi çocuk kliniğinde yatan 0-6 yaş grubu çocukların, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden anneleri ile; araştırma verileri ise bu annelerin anket formunda ve ölçekte yer alan sorulara verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

5.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan araştırma için onay alındı. Uygulamaya başlamadan önce annelere araştırmanın amacı açıklanarak araştırma ile ilgili bilgi verildi ve çalışmaya katılımları konusunda yazılı onamları alındı. Çalışmaya katılmak istemeyen anneler ise

Çalışma dışı bırakıldı. Gizlilik ilkesi gereği katılımcılardan alınan tüm kişisel bilgiler gizli tutuldu (EK-5).

5.12. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	2012			2013												2014												2015			
	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat		
Literatür taraması																															
Anket formlarının hazırlanması																															
Araştırma önerisi sunumu																															
Ön pilot uygulama																															
Gerekli izinlerin alınması																															
Anketlerin uygulanması																															
Verilerin veri tabanına girilmesi																															
Verilerin analizi																															
Tez yazımı																															
Araştırmanın sunumu																															

6. BULGULAR

Araştırma, hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacı ile Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi çocuk servisinde, toplam 235 anneyle gerçekleştirildi.

Elde edilen veriler;

6.1.Ailenin tanıtıcı özellikleri

6.2.Ailelerin, ev kazalarını etkileyebilecek değişkenler açısından incelenmesi

6.3.Ev kazası öyküsü ile ilgili değişkenler

6.4.Annelerin ev kazaları konusunda aldığı önlemlere ilişkin değişkenler

6.5.Annelerin ev kazaları konusundaki bilgi düzeylerine ilişkin değişkenler

6.6.Ev kazasına maruz kalma durumu ile ev kazalarını etkileyebilecek değişkenlerin karşılaştırılması

6.7.Annelerin **“0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeğinden”** aldıkları puanların ve ölçek puanlarını etkileyebilecek değişkenlerin karşılaştırılması olmak üzere yedi başlık altında incelendi.

6.1. AİLENİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde araştırmaya katılan anne ve babaların yaşları, eğitim durumları, çalışma durumları gibi özellikler incelendi.

Tablo 6-1. Ailenin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=235)

Demografik Özellikler	Ort±Ss	Min-max
Annenin yaşı (yıl)	30,00±5,73	19-53
Babanın yaşı (yıl)	33,00±6,00	23-58
Çocuk sayısı	2,00±0,93	1-8
Demografik Özellikler	n	%
Annenin eğitim durumu		
İlkokul ve altı	116	49,4
Ortaokul mezunu	42	17,9
Lise mezunu	44	18,7
Üniversite mezunu	33	14,0
Babanın eğitim durumu		
İlkokul ve altı	84	35,8
Ortaokul mezunu	35	14,9
Lise mezunu	78	33,2
Üniversite mezunu	38	16,1
Annenin çalışma durumu		
Çalışıyor	37	15,7
Çalışmıyor	198	84,3
Aylık gelir durumu		
500-1000TL	80	34,0
1000-1500TL	61	26,0
1500-2000TL	22	9,4
2000-2500TL	9	3,8
2500TL ve üzeri	34	14,5
Düzenli geliri yok	29	12,3
Aile tipi		
Geniş aile	51	21,7
Çekirdek aile	183	77,9
Parçalanmış aile	1	0,4
Ailedeki çocuk sayısı		
1 çocuk	75	31,9
2 çocuk	114	48,5
3 ve üzeri çocuk	46	19,6

Tablo 6-1' deki bulgular incelendiğinde;

Annelerin yaş ortalamasının $30,00 \pm 5,73$ (min-max: 19-53) yıl, babaların yaş ortalamasının $33,00 \pm 6,00$ (min-max: 23-58) yıl, ailedeki ortalama çocuk sayısının $2,00 \pm 0,93$ (min-max: 1-8) olduğu belirlendi. Annelerin tamamının (n=235) evli olduğu görüldü. Annelerin eğitim durumu incelendiğinde; %49,4'ünün (n=116) ilkokul ve altı, %17,9'unun (n=42) ortaokul mezunu, %18,7'sinin (n=44) lise mezunu, %14'ünün (n=33) üniversite mezunu olduğu belirlendi. Babaların eğitim durumu incelendiğinde; % 35,8'inin (n=84) ilkokul ve altı, %14,9'unun (n=35) ortaokul mezunu, %33,2'sinin (n=78) lise mezunu ve %16,2'sinin (n=38) üniversite mezunu olduğu görüldü. Annelerin %15,7'sinin (n=37), babaların ise tamamının (n=235) çalıştığı saptandı. Ailelerin %34'ünün (n=80) aylık gelirinin 500-1000TL arasında, %26'sının (n=61) 1000-1500TL arasında, %9,4'ünün (n=22) 1500-2000TL arasında, %3,8'inin (n=9) 2000-2500TL arasında, %14,5'inin (n=34) 2500TL ve üzerinde olduğu, %12,3'ünün (n=29) düzenli gelirinin olmadığı belirlendi. Ailelerin %21,7'sinin (n=51) geniş aile, %77,9'unun (n=183) çekirdek aile, %0,4'ünün (n=1) parçalanmış aile olduğu saptandı. Ailelerin %31,9'unun (n=75) 1 çocuğa, %48,5'inin (n=114) 2 çocuğa, %19,6'sının (n=46) 3 ve daha fazla çocuğa sahip olduğu görüldü.

6.2. AİLELERİN, EV KAZALARINI ETKİLEYEBİLECEK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Bu bölümde ailenin yaşadığı ev, çocuğun bakımına katılım durumu ve çocuğa ait özellikler incelendi.

Tablo 6-2. Ailenin Yaşadığı Evin Özelliklerinin Dağılımı (N=235)

Evin Özellikleri	n	%
Isınma şekli		
Soba	100	42,6
Kalorifer	130	55,3
Diğer (elektrikli ısıtıcı, klima)	5	2,1
Ev tipi		
Apartman dairesi	126	53,6
Müstakil ev	101	43,0
Gecekondu	8	3,4
Yangın alarmı varlığı		
Var	14	6,0
Yok	221	94,0
Çocuk odasında elektrikli ısıtıcı kullanımı		
Var	21	8,9
Yok	214	91,1
Çocuk odası varlığı		
Var	144	61,3
Yok	91	38,7

Tablo 6-2'deki bulgular incelendiğinde;

Ailelerin %42,6'sı (n=100) evde ısınma aracı olarak soba, %55,3'ü (n=130) kalorifer ve %2,1'i (n=5) diğer ısınma araçlarını (elektrikli ısıtıcı, klima) kullanmaktaydı. Ailelerin %53,6'sının (n=126) apartman dairesinde, %43'ünün (n=101) müstakil evde, %3,4'ünde (n=8) gecekonduya yaşadığı saptandı. Ailelerin %6'sının (n=14) evinde yangın alarmı olduğu, %61,3'ünün (n=144) evinde çocuk odası bulunduğu, %8,9'ununda (n=21) çocuk odasında elektrikli ısıtıcı kullandığı belirlendi.

Tablo 6-3. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=235)

Tanıtıcı Özellikler	Ort±Ss	Min-max
Çocuğun yaşı (ay)	24,00±21,99	1-72

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Çocuğun cinsiyeti		
Erkek	129	54,9
Kız	106	45,1
Çocuğun bakımına katılım		
Anne+babaanne/anneanne	48	20,4
Anne+baba	36	15,3
Diğer (bakıcı, kreş, akrabalar)	17	7,3
Ev kazaları riskini arttıran sağlık sorunu varlığı		
Var (mental-motor gerilik)	32	13,6
Yok	203	86,4
Hastaneye yatış nedeni		
Diğer sağlık sorunları nedeni ile	219	97,4
Ev kazası nedeni ile	6	2,6
Çocuğun uyuma ortamı		
Ebeveyn yatak odası, kendi yatağında	158	67,2
Kardeşleriyle aynı oda, ayrı yatakta	49	20,9
Tek başına ayrı odada, ayrı yatakta	18	7,7
Ebeveynleri ile aynı yatakta	9	3,8
Kardeşleriyle aynı oda, aynı yatakta	1	0,4

Tablo 6-3'deki bulgular incelendiğinde;

Hastanede yatan çocukların yaş ortalamalarının 24,00±21,99 (min-max: 1-72) ay olduğu belirlendi. Çocukların %45,1'i (n=106) kız, %54,9'u (n=129) erkekti. Çocuğun bakımına anne ile birlikte anneanne/babaannelerin %20,4'ünün (n=48), babaların %15,3'ünün (n=36) katılım gösterdiği belirlendi. Çocukların %13,6'sında (n=32) ev kazaları riskini arttıran sağlık sorunu varlığına rastlandı. Hastanede yatan çocuklardan sadece %2,6'sının (n=6) ev kazası nedeni ile hastanede yattığı belirlendi. Çocukların evdeki uyuma ortamları incelendiğinde; %67,2'sinin (n=158) ebeveyn yatak odasında kendi yatağında, %20,9'unun (n=49) kardeşleriyle birlikte aynı odada ayrı yataklarda,

%7,7'sinin (n=18) tek başına ayrı odada, %3,8'inin (n=9) ebeveynleri ile aynı yatakta, %0,4'ünün (n=1) kardeşleriyle birlikte aynı odada ve aynı yataklarda yattığı saptandı.

6.3. EV KAZASI ÖYKÜSÜ İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Bu bölümde kaza oluşumunu etkileyebilecek faktörler, kaza anı ve sonrasına ait bulgular ile meydana gelen ev kazası türleri incelendi.

Tablo 6-4. Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=235)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Ev kazasına maruz kalma durumu		
Evet	71	30,2
Hayır	164	69,8
Kaza geçiren çocukların ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu		
1.çocuk	30	42,2
2.çocuk	30	42,2
3 ve üstü	11	15,6
Anneye göre ev kazasının sebebi		
Çocuğun dikkatsizliği	42	52,5
Annenin ihmali	32	40,0
Çevre faktörü	6	7,5
Ev kazasında yanındaki kişi		
Anne	44	55,0
Diğer aile üyeleri (baba, dede vs)	36	45,0
Ev kazası nedeni ile hastaneye yatma durumu		
Evet	17	21,2
Hayır	63	78,8
Ev kazası sonrası önlem alma durumu		
Evet	29	36,3
Hayır	51	63,7
Ev kazaları konusunda bilgi alma durumu		
Evet	15	6,4
Hayır	220	93,6
Bilginin kaynağı (n=15)		
Okul	8	53,3
Çocuğun okulu	6	40,1
Televizyon	1	6,6

Tablo 6-4'deki bulgular incelendiğinde;

Araştırmaya katılan çocukların %30,2'sinin (n=71) en az bir kez ev kazasına maruz kaldığı belirlendi. Kaza geçiren çocuklardan %42,2'sinin (n=30) ailenin 1.çocuğu, %42,2'sinin (n=30) 2.çocuğu, %15,6'sının (n=11) ise 3 ve daha sonraki çocuğu olduğu saptandı. Annelerin ifadelerine göre kazaların %40'ının (n=32) annenin ihmali, %52,5'inin (n=42) çocuğun dikkatsizliği, %7,5'inin de (n=6) çevre faktörü nedeni ile gerçekleştiği belirlendi. Kazaların %55'inde (n=44) çocuğun yanında annesinin olduğu, %44'ünde (n=36) diğer aile üyelerinin bulunduğu görüldü. Ev kazası geçiren çocukların %21,2'sinin (n=17) daha önceden kaza nedeni ile hastanede yattığı anlaşıldı. Annelerin sadece %36,3'ünün (n=29) kaza sonrası önlem aldığını ifade ettiği belirlendi. Annelerin %6,4'ünün (n=15) ev kazaları konusunda bir bilgiye sahip olduğu, bu bilginin kaynağının %53,3'ünün (n=8) annenin okulu, %40,1'inin (n=6) çocuğun okulu, %6,6'sının da (n=1) televizyon olduğu saptandı.

Tablo 6-5. Ev Kazası Sonrası Hastaneye Başvurma Durumunun Kaza Türlerine Göre Dağılımı (n=71*)

Kaza türü	n	%	Kaza sonrası hastaneye başvurma durumu	
			Başvurdu n(%)	Başvurmadı n(%)
Düşme	44	55	26(59,1)	18(40,9)
Yanma	24	30	17(70,8)	7(29,2)
Kesikler	8	10	4(50,0)	4(50,0)
Zehirlenme	3	3,7	1(33,3)	2(66,7)
Boğulma	1	1,3	-	1(100)
Toplam	80*	100	48(60,0)	32(40,0)

* Bazı çocuklar birden fazla kazaya maruz kaldıkları için kaza sayısı toplamı, n sayısından fazladır.

**%’ler kaza sayısı üzerinden alındı.

Tablo 6-5'deki bulgular incelendiğinde;

Ev kazasına maruz kalan 71 çocuğun, toplam 80 tane kaza geçirdiği belirlendi. Meydana gelen ev kazası türlerinden %55'inin (n=44) düşme, %30'unun (n=24) yanma,

%10'unun (n=8) kesikler, %3,7'sinin (n=3) zehirlenme ve %1,3'ünde (n=1) boğulma olduğu saptandı. Kaza türü olarak elektrik çarpmasına rastlanmadı. Düşmelerde ailelerden %59,1'inin (n=26), yangınlarda %70,8'inin (n=17), kesiklerde %50'sinin (n=4), zehirlenmelerde de %33,3'ünün (n=1) kaza sonrası sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlendi. Toplamda ailelerin %60'mının (n=48) kaza sonrası sağlık kuruluşuna başvurduğu görüldü.

Tablo 6-6. Çocukların Geçirdiği Ev Kazası Türlerinin Evin Bölümlerine Göre Dağılımı (n=80)

Ev Bölümü	Düşme n(%)	Yanma n(%)	Kesikler n(%)	Boğulma n(%)	Zehirlenme n(%)	Toplam n(%)
Salon/Oturma Odası	30(68,1)	13(54,1)	5(62,5)	-	2(66,7)	50(62,5)
Yatak Odası	4(9,2)	-	1(12,5)	1(100)	-	6(7,5)
Çocuk Odası	4(9,2)	-	-	-	-	4(5,0)
Merdiven	3(6,8)	-	-	-	-	3(3,8)
Banyo	2(4,5)	2(8,4)	1(12,5)	-	1(33,3)	6(7,5)
Mutfak	1(2,2)	9(37,5)	1(12,5)	-	-	11(13,7)

Tablo 6-6'daki bulgular incelendiğinde;

Ev kazalarından düşmelerin %68,1'inin (n=30), yangınlara %54,1'inin (n=13), kesiklerin %62,5'inin (n=5), zehirlenmelerin de %66,7'sinin (n=2) evin salonu/oturma odasında gerçekleştiği belirlendi. Boğulmaların %100'ünün (n=1) yatak odasında gerçekleştiği saptandı. Toplama bakıldığında ev kazalarının %62,5'inin (n=50) evin salonu/oturma odasında, %13,7'sinin de (n=11) mutfakta meydana geldiği görüldü.

Tablo 6-7. Ev Kazası Sonrasında Yapılan İlk Yardım Uygulamalarının Dağılımı (n=80)

Uygulamalar	n	%
Düşme (n=44)		
Hastaneye götürme	19	43,1
Hiçbir şey yapmama	7	15,9
Kanama ve bilinç durumu açısından gözlemlene	6	13,6
Buz uygulama	6	13,6
Soğuk suya tutma	4	9,2
Kanayan bölgeye bası uygulama	2	4,6
Yanma(n=24)*		
Hastaneye götürme	16	43,2
Soğuk suya tutma	10	27,0
Buz uygulama	3	8,2
Yanık kremi sürme	2	5,4
Diş macunu sürme	2	5,4
Ambulansı arama	2	5,4
Yoğurt sürme	2	5,4
Kesik (n=8)*		
Hastaneye götürme	4	44,4
Buz uygulama	4	44,4
Hiçbir şey yapmama	1	11,2
Zehirlenme (n=3)		
Hiçbir şey yapmama	2	66,6
Hastaneye götürme	1	33,4
Boğulma(n=1)*		
Çocuğu baş aşağı çevirme	1	50,0
Elini ağzına sokarak yabancı cismi çıkarmaya çalışma	1	50,0

*Birden fazla uygulama belirtilmiştir.

Tablo 6-7'deki bulgular incelendiğinde;

Düşme sonrası annelerin %43,1'inin (n=19) çocuğunu hastaneye götürdüğü, %15,9'unun (n=7) hiçbir şey yapmadığı, %13,6'sının (n=6) kanama ve bilinç durumu açısından çocuğunu gözlemlendiği, %13,6'sının (n=6) çarpma bölgesine buz uyguladığı belirlendi. Yanma sonrası annelerin %43,2'sinin (n=16) çocuğunu hastaneye götürdüğü,

%27'sinin (n=10) yanan bölgeyi soğuk suya tuttuğu, %8,2'sinin (n=3) yanan bölgeye buz uyguladığı saptandı. Kesiklerde annelerin %44,4'ünün (n=4) çocuğunu hastaneye götürdüğü, %44,4'ünün (n=4) kesik bölgesine buz uyguladığı, %11,2'sininde (n=1) hiçbir şey yapmadığı sonucuna ulaşıldı. Zehirlenmelerde annelerin %66,6'sının (n=2) hiçbir şey yapmadığı, %33,4'ünün (n=1) çocuğunu hastaneye götürdüğü belirlendi. Boğulmalarda ise annelerin %50'sinin (n=1) çocuğunu baş aşağı çevirdiği, %50'sinin de (n=1) elini çocuğunun ağzına sokarak yabancı cisimi çıkarmaya çalıştığı saptandı.

Tablo 6-8. Çocuklara Ev Kazası Sonrasında Yapılan İlk Yardım Uygulamalarının Doğruluğunun Dağılımı (n=71^{*})

	Düşme	Yanma	Kesikler	Boğulma	Zehirlenme	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
İlk yardım Uygulamasının Doğruluğu^{***}						
Doğru	37(84,0)	19(79,0)	7(87,5)	1(100)	1(33,4)	65(81,2)
Yanlış	7(16,0)	5(21,0)	1(12,5)	-	2(66,6)	15(18,8)

^{*}Bazı çocuklar birden fazla kazaya maruz kaldıkları için kaza sayısı toplamı, n sayısından daha fazladır.

^{**}%'ler kaza sayısı üzerinden alınmıştır.

^{***}İlk yardım uygulamasının uygunluğu literatür eşliğinde araştırmacı tarafından belirlenmiştir.

Tablo 6-8'deki bulgular incelendiğinde;

Düşmelerde annelerin %84'ünün (n=37), yanmalarda %79'unun (n=19), kesiklerde %87,5'inin (n=7), boğulmalarda %100'ünün (n=1), zehirlenmelerde %33,4'ünün (n=1) doğru ilk yardım uygulaması yaptığı belirlendi.

6.4. ANNELERİN EV KAZALARI KONUSUNDA ALDIĞI ÖNLEMLERE İLİŞKİN DEĞİŞKENLER

Bu bölümde annelerin ev kazalarından korumaya yönelik aldığı önlemler incelendi.

Tablo 6-9. Annelerin Ev Kazalarından Korumaya Yönelik Aldığı Önlemler (N=235)

Önlemler	n	%
Banyo ve mutfak zeminini sürekli kuru tutmak	218	92,8
Küçük parçalı oyuncakları ortalıkta bırakmamak	214	91,1
Kimyasalları meşrubat/ su şişesi vb. içinde saklamamak	212	90,2
İp, poşet gibi maddelerle tek başına oynamasına izin vermemek	212	90,2
Yanıcı ve yakıcı maddeleri rafta veya kilitli bir dolapta saklamak	210	89,4
İlaçları yüksek bir rafta veya kilitli bir dolapta saklamak	192	81,7
Elektrikli aletleri rafta veya kilitli dolapta muhafaza etmek	186	79,1
Klozet kapağını açık bırakmamak	183	77,9
Kesici-delici aletleri yüksek bir rafta veya kilitli bir dolapta saklamak	161	68,6
Balkon, mutfak ve banyo kapılarını sürekli kapalı tutmak	160	68,1
Temizlik ürünlerini yüksek bir rafta veya kilitli bir dolapta saklamak	154	65,6
Pencere önünde mobilya bulundurmamak	145	61,7
Küçük taneli besinleri yüksekte veya kilitli dolapta saklamak	134	57,0
Ocağın üstündeki tavanın sapını ocağın arka tarafına çevirmek	131	55,7
Halı ve kilimleri zemine sabitlemek	101	43,0
Prizlerde, plastik priz kapağı koruyucuları kullanmak	93	39,6
Pencerelerde çocuk kilidi kullanmak	88	37,4
Evde ilk yardım çantası bulundurmak	84	35,7
Evde acil durum telefonlarının yazılı olduğu bir etiket bulundurmak	82	34,9
Temizlikte su dolu kovayı yüksekte veya kapalı yerde tutmak	81	34,5
Balkon, mutfak ve banyo kapılarında çocuk kilidi kullanmak	79	33,6
Duş veya küvet içinde kaymayı önleyen malzeme kullanmak	67	28,5
Çocuk/ çocuklarında yürüteç kullanmamak	52	22,1
Sivri uçlu mobilyalarda koruyucu kullanmak	45	19,1
Vitrin tarzı mobilyaları duvara sabitlemek	33	14,0
Evde yangın tüpü bulundurmak	25	10,6
Soba/ısıtıcı çevresinde koruyucu parmaklık kullanmak	22	9,4
Çocuğa oyuncak alırken yaşına uygun olmasına, eğitici ve sağlıklı malzemedan yapılmış olmasına dikkat etmek	22	9,4

*Birden fazla önlem belirtilmiştir.

Tablo 6-9'daki bulgular incelendiğinde;

Annelerin ev kazalarından korumaya yönelik aldığı önlemler incelendiğinde; %92,8'inin (n=218) banyo ve mutfak zeminini sürekli kuru tuttuğu, %91,1'inin (n=214) küçük parçalı oyuncakları ortalıkta bırakmadığı, %90,2'sinin (n=212) kimyasalları kendi ambalajı dışında meşrubat/su şişesi içinde saklamadığı, %90,2'sinin (n=212) çocuğun ip, balon ve poşet gibi maddelerle tek başına oynamasına izin vermediği, %89,4'ünün (n=210) yanıcı ve yakıcı maddeleri rafta veya kilitli bir dolapta sakladığı, %77,9'unun (n=183) klozet kapağını açık bırakmadığı, %68,1'inin (n=160) balkon, mutfak ve banyo kapılarını sürekli kapalı tuttuğu, %65,6'sının (n=154) temizlik maddelerini yüksek bir rafta veya kilitli bir dolapta sakladığı, %61,7'sinin (n=145) pencere önünde mobilya bulundurmadığı, %55,7'sinin (n=131) ocağın üstündeki tavanın sapını ocağın arka tarafına çevirdiği, %43'ünün (n=101) halı ve kilimleri zemine sabitlediği, %39,6'sının (n=93) prizlerde plastik priz kapağı koruyucuları kullandığı, %37,4'ünün (n=88) pencerelerde çocuk kilidi kullandığı, %35,7'sinin (n=84) evde ilk yardım çantası bulundurduğu, %34,9'unun (n=82) evde acil durum telefonlarının yazılı olduğu bir etiket bulundurduğu, %34,5'inin (n=81) temizlik yaparken su dolu kovayı yüksekte veya kapalı yerde tuttuğu, %28,5'inin (n=67) duş veya küvet içinde kaymayı önleyen malzemeler bulundurduğu, %22,1'inin (n=52) çocuk/çocuklarında yürüteç kullanmadığı, %19,1'inin (n=45) sivri uçlu mobilyalarda koruyucu kullandığı, %14'ünün (n=33) vitrin tarzı mobilyaları duvara sabitlediği, %10,6'sının (n=25) evde yangın tüpü bulundurduğu, %9,4'ünün (n=22) soba ve ısıtıcı çevresinde koruyucu parmaklık kullandığı, %9,4'ünde (n=22) çocuğa oyuncak alırken oyuncuğun çocuğun yaşına uygun, eğitici ve sağlıklı malzemedan yapılmış olmasına dikkat ettiği belirlendi.

6.5. ANNELERİN EV KAZALARI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN DEĞİŞKENLER

Bu bölümde annelerin evde karşılaşılabilecek kazası türleri ve kaza alanları hakkındaki görüşleri ile çocuklarda ilkyardım uygulamaları konusundaki bilgi düzeyleri incelendi.

Tablo 6-10. Annelerin Evde Sık Karşılaşılabilecek Kaza Türleri ve Kaza Riski Taşıyan Alanlar Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı (N=235)

	n	%
Kaza türü		
Düşme	229	97,4
Yanma	5	2,2
Kesikler	1	0,4
Kaza riski taşıyan alan		
Mutfak	134	57,0
Balkon	36	15,3
Salon/Oturma odası	27	11,5
Banyo	24	10,2
Diğer (merdiven, yatak odası)	14	6,0

Tablo 6-10'daki bulgular incelendiğinde;

Evde en sık karşılaşılan kaza türü hakkındaki görüşleri sorulduğunda; annelerin %97,4'ünün (n=229) düşmeleri, %2,2'sinin (n=5) yanmaları, %0,4'ünün (n=1) kesikleri belirttiği saptandı. Evin en çok kaza riski taşıyan alanı olarak annelerin %57'sinin (n=134) mutfağı, %15,3'ünün (n=36) balkonu, %11,5'inin (n=27) salon/oturma odasını, %10,2'sinin (n=24) banyoyu tehlikeli bulduğu belirlendi.

Tablo 6-11. Annelerin İlk Yardım Bilgi Durumlarının Dağılımı (N=235)

	n	%
Herhangi bir kaynaktan ilk yardım konusunda bilgi alma		
Evet	66	28,1
Hayır	169	71,9
İlk yardım konusunda bilginin kaynağı (n=66)		
Ehliyet kursu	22	33,3
TV	20	30,3
Okul	14	21,2
İşyeri	9	13,6
Çocuğun okulu	1	1,6
İtfaiyenin numarasını bilme		
Evet	68	28,9
Hayır	167	71,1
Ambulansın numarasını bilme		
Evet	218	92,8
Hayır	17	7,2
Zehir danışma merkezinin numarasını bilme		
Evet	4	1,7
Hayır	231	98,3

Tablo 6-11'deki bulgular incelendiğinde;

Annelerin %28,1'inin (n=66) daha önceden ilk yardım uygulamaları konusunda bir bilgiye sahip olduğu belirlendi. Bu bilgiye annelerin %33,3'ünün (n=22) ehliyet kursu, %30,3'ünün (n=20) televizyon, %21,2'sinin (n=14) okul, %13,6'sının da (n=9) çalıştığı işyerindeki eğitimler sayesinde ulaştığı saptandı. Annelerin %28,9'unun (n=68) itfaiyenin numarasını, %92,8'inin (n=218) ambulansın numarasını, %1,7'sininde (n=4) zehir danışma merkezinin numarasını bildiği anlaşıldı.

Tablo 6-12. Annelerin Çeşitli Kaza Türlerinde Yapılacak Uygulamalarla İlgili Bilgi Durumlarının Dağılımı (N=235)

Uygulamalar	n	%
Suda boğulan çocuğa yapılacak ilkyardım uygulamaları*		
Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak	122	51,9
Hemen 112'yi aramak	113	48,1
Sırt üstü yatırıp nefes alabilmesi için başına pozisyon vermek	40	17,0
Çamaşır suyu içen çocuğa yapılacak ilkyardım uygulamaları*		
Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak	204	86,8
Çocuğu kusturmak	33	14,0
Ağızdan süt ve yiyecek bir şeyler vermek	29	12,3
Şofben gazından zehirlenen çocuğa yapılacak ilkyardım uygulamaları*		
Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak	164	69,8
Kapı ve pencereleri açıp, ortamı havalandırmak	136	57,9
Çocuğu temiz havaya çıkarmak	95	40,4
Soluk borusuna boncuk kaçan çocuğa yapılacak ilkyardım uygulamaları*		
Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak	200	85,1
Bebeğin sırtına elin tabanı ile 5 kez vurmak	130	55,3
Ağız içini parmakla kontrol edip yabancı cisim varsa çıkartmak	62	26,4
İlaç içen çocuğa yapılacak ilk yardım uygulamaları*		
Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak	215	91,5
Akciğerlerine kaçmayacak şekilde çocuğu kusturmak	43	18,3
Çocuğun içtiğini düşündüğü ilaç kutularını yanına almak	34	14,5
Düşen çocuğa yapılacak ilk yardım uygulamaları*		
İlk 24 saat içinde kusma, dalginlik, hafıza kaybı, karın ağrısı, solunum sıkıntısı, havale geçirme gibi bir durum olursa en yakın sağlık kuruluşuna götürmek	151	64,3
Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak	90	38,3
Elini kesen çocuğa yapılacak ilk yardım uygulamaları*		
Kanayan bölgeye bası uygulamak	173	73,6
Eğer kesik derinse doktora başvurmak	116	49,4
Kesik yaraların üzerine yara tozu, tentürdiyot vb. şeyler sürmek	85	36,2
Koluna kaynar su dökülen çocuğa yapılacak ilk yardım uygulamaları*		
Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak	217	92,3
Yanan bölgeyi 5-10 dakika kadar soğuk suyun altında tutmak	149	63,4
Diğer (yaraya balmumu, zeytinyağı, domuz yağı, patates, yanık kremi vb. sürmek, yaraya şeker ve tuz dökmek)	40	17,0
Elektrik çarpan çocuğa yapılacak ilk yardım uygulamaları*		
Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak	183	77,9
Elektrik sigortasını kapatmak	114	48,5
Kuru tahta veya deri kemer ile çocuğun elektrik teliyle olan ilişkisini kesmek	65	27,7
Kıyafetleri ocaktan alev alan çocuğa yapılacak ilk yardım uygulamaları*		
Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurmak	219	93,2
Üzerine su dökmek	157	66,8
Üzerine battaniye tarzı bir örtü kapatarak alevleri söndürmeye çalışmak	63	26,8

*Anneler tarafından birden fazla uygulama belirtilmiştir.

**Annelerin en yüksek oranda belirttiği ilk 3 uygulamaya göre gruplandırma yapılmıştır.

Tablo 6-12'deki bulgular incelendiğinde;

Çocuğun suda boğulması durumunda annelerin %51,9'unun (n=122) çocuğunu hemen en yakın sağlık kuruluşuna götüreceğini, %48,1'inin (n=113) hemen 112'yi arayacağını, %17'sinin (n=40) çocuğunu sırt üstü yatırıp nefes alabilmesi için başına pozisyon vereceğini belirttiği; çocuğun çamaşır suyu içmesi durumunda annelerin %86,8'inin (n=204) çocuğunu sağlık kuruluşuna götüreceğini, %14'ünün (n=33) çocuğunu kusturacağını, %12,3'ünün (n=29) çocuğuna süt ve yiyecek bir şeyler vereceğini ifade ettiği; şofben gazından zehirlenme durumunda annelerin %69,8'inin (n=164) hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvuracağını, %57,9'unun (n=136) kapı ve pencereleri açıp ortamı havalandıracağını, %40,4'ünün (n=95) çocuğu temiz havaya çıkartacağını belirttiği; çocuğun soluk borusuna boncuk kaçması durumunda annelerin %85,1'inin (n=200) çocuğunu sağlık kuruluşuna götüreceğini, %55,3'ünün (n=130) bebeğin sırtına elinin tabanı ile 5 kez vuracağını, %26,4'ünün (n=62) ağız içini parmakla kontrol edip yabancı cisim varsa çıkartacağını söylediği; çocuğun ilaç içmesi durumunda annelerin %91,5'inin (n=215) hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvuracağını, %18,3'ünün (n=43) akciğerlerine kaçmayacak şekilde çocuğu kusturacağını, %14,5'inin (n=34) doktora giderken çocuğun içtiğini düşündüğü ilaç kutularını yanına alacağını ifade ettiği; çocuğun düşmesi durumunda annelerin %64,3'ünün (n=151) ilk 24 saat içinde kusma, dalgınlık, hafıza kaybı, karın ağrısı, solunum sıkıntısı, havale geçirme gibi bir durum olursa çocuğunu en yakın sağlık kuruluşuna götüreceğini, %38,3'ünün (n=90) doğrudan sağlık kuruluşuna başvuracağını belirttiği; çocuğun elini kesmesi durumunda annelerin %73,6'sının (n=173) kanayan bölgeye bası uygulayacağını, %49,4'ünün (n=116) eğer kesik derinse doktora başvuracağını, %36,2'sinin (n=85) kesik yaranın üzerine yara tozu, tentürdiyot gibi şeyler süreceğini söylediği; çocuğun üzerine kaynar su dökülmesi durumunda annelerin %92,3'ünün (n=217) hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvuracağını, %63,4'ünün (n=149) yanan bölgeyi 5-10 dakika soğuk suyun altında tutacağını, %17'sinin (n=40) yaraya balmumu, zeytinyağı, domuz yağı, yanık kremi, patates vb. şeyler süreceğini, yaraya şeker ve tuz döküleceğini ifade ettiği; çocuğa elektrik çarpması durumunda annelerin %77,9'unun (n=183) çocuğunu hemen en yakın sağlık kuruluşuna götüreceğini, %48,5'inin (n=114) elektrik sigortasını kapatacağını, %27,7'sinin (n=65) kuru tahta, deri kemer gibi malzemelerle çocuğun elektrik teliyle olan ilişkisini

keseceğini belirttiği; çocuğun kıyafetlerinin ocaktan alev alması durumunda annelerin %93,2'sinin (n=219) hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvuracağını, %66,8'inin (n=157) ocuğun üzerine su dkeceğini, %26,8'inin (n=63) ocuğun üzerine battaniye tarzı bir örtü kapatarak alevleri söndürmeye çalışacağını ifade ettiği belirlendi.

6.6. EV KAZASINA MARUZ KALMA DURUMU İLE EV KAZALARINI ETKİLEYEBİLECEK DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde, ev kazasına maruz kalma durumu ile anne ve çocuğa ait tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılması sonucu elde edilen verilere yer verildi.

Tablo 6-13. Çocukların Ev Kazalarına Maruz Kalma Durumları ile Ev Kazalarını Etkileyebilecek Değişkenlerin Karşılaştırılması (N=235)

Çocuğun Ev Kazası Geçirme Durumu				
	Kaza Geçirenler n=71 (%)	Kaza Geçirmeyenler n=164 (%)	Chi-Square	p
Anne yaş grupları				
20-24 yaş	9(27,3)	24(72,7)	4,635	0,201
25-29 yaş	22(29,7)	52(70,3)		
30-34 yaş	30(38,0)	49(62,0)		
35 yaş ve <	10(20,4)	39(79,6)		
Çocuk yaş grupları				
0-1 yaş	4 (6,7)	56 (93,3)	21,511	<0,001
1-3 yaş	40 (40,0)	60 (60,0)		
3-6 yaş	27 (36,0)	48 (64,0)		
Çocuğun cinsiyeti				
Kız	34 (32,1)	72 (67,9)	0,318	0,674
Erkek	37 (28,7)	92 (71,3)		
Uyuma ortamı doğruluğu**				
Doğru	68 (30,4)	156 (69,6)	0,047	1,00
Yanlış	3 (27,3)	8 (72,7)		
İlkyardım çantası varlığı				
Evet	15 (17,9)	69 (82,1)	9,465	0,003
Hayır	56 (37,1)	95 (62,9)		
Ev kazası konusunda bilgi				
Evet	2 (13,3)	13 (86,7)	2,165	0,238
Hayır	69 (31,4)	151 (68,6)		

*Ki-kare testi

**Çocukların uyku ortamı doğruluğu literatür eşliğinde araştırmacı tarafından belirlenmiştir

Tablo 6-13'deki bulgular incelendiğinde;

Çocukların ev kazalarına maruz kalma durumları ile anne yaş grupları, çocuğun cinsiyeti, çocuğun evdeki uyuma ortamı doğruluğu ve annelerin ev kazaları konusunda

bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p>0,05$).

Çocuk yaş grupları ile çocukların ev kazalarına maruz kalma durumları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($\chi^2=21,511$; $p<0,001$). Ev kazalarının 1-3 yaş arası görülme sıklığı anlamlı şekilde yüksek, 0-1 yaş arası görülme sıklığı ise anlamlı ölçüde düşük bulundu.

Evde ilkyardım çantası varlığı ile çocukların ev kazalarına maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($\chi^2=9,465$; $p=0,003$). Evinde ilk yardım çantası bulunduran ailelerin çocuklarının, istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde daha az ev kazasına (%17,9) maruz kaldığı saptandı.

6.7. ANNELERİN “0–6 YAŞ ÇOCUKLARDA ANNENİN EV KAZALARINA YÖNELİK GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİ TANILAMA ÖLÇEĞİNDEN” ALDIKLARI PUANLARIN VE ÖLÇEK PUANLARINI ETKİLEYEBİLECEK DEĞİŞKENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu bölümde annelerin ölçekten aldığı puan ile ölçek puanını etkileyebilecek değişkenlerin karşılaştırılması yer aldı.

Tablo 6.14. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Yaş ve Çocuk Sayısı Değişkeni Arasındaki İlişki (N=235)

Demografik Özellikler	n	Ort±Ss	r*	p**
Annenin yaşı	235	30,00±5,73	0,067	0,306
Babanın yaşı	235	33,00±6,08	0,045	0,489
Çocuğun yaşı (ay)	235	24,00±21,99	-0,098	0,134
Çocuk sayısı	235	2,00±0,93	-0,040	0,537

*Spearman'ın sıra korelasyon katsayısı

**Korelasyon <0,05 seviyesinde anlamlı

Tablo 6-14'deki bulgular incelendiğinde;

Annenin yaşı, babanın yaşı, çocuğun yaşı, ailedeki çocuk sayısı ile “0–6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği” puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.15. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Ailenin Aylık Gelir Durumunun Karşılaştırılması (N=235)

Aylık gelir durumu	n	Ort±Ss	χ^2	df	p
500-1000TL arası	80	159,81±15,11			
1000-2500TL arası	92	165,65±13,67	9,803	3	0,020
2500TL ve üzeri	34	167,65±10,88			
Düzenli geliri yok	29	167,28±10,14			

Kruskal Wallis testi

Tablo 6-15'deki bulgular incelendiğinde;

Ailenin aylık gelir durumu ile ölçek puan ortalaması arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0,184$; $\chi^2=9,803$; $p=0,020$). Aylık geliri 500-1000TL arası olan ailelerde, annelerin ölçekten aldıkları puanların (159,81±15,11), aylık geliri 1000-2500TL arası (165,65±13,67) ve 2500TL ve üzeri olan ailelerden (167,65±10,88) daha düşük olduğu görüldü. İkili karşılaştırma gruplarından aylık geliri 500-1000TL ve 1000-2500TL arası, 500-1000TL arası ve 2500TL ve üzeri, 500-1000TL arası ve düzenli geliri olmayan ailelerin bulunduğu gruplardaki ikili karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,02$; $p=0,01$; $p=0,01$).

Tablo 6-16. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Ailenin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=235)

Demografik Özellikler	n	Ort±Ss	U	z	p
Annenin eğitim durumu					
İlkokul mezunu ve altı ↓	116	163,00±14,08	4691	-4,245	<0,001
Ortaokul mezunu ve üzeri ↑	119	170,00±12,57			
Babanın eğitim durumu					
İlkokul mezunu ve altı ↓	84	164,50±15,72	5049,5	-2,589	0,010
Ortaokul mezunu ve üzeri ↑	151	168,00±12,09			
Annenin çalışma durumu					
Çalışıyor	37	169,00±13,37	3217	-1,176	0,240
Çalışmıyor	198	166,00±13,82			
Aile tipi					
Geniş aile	51	164,00±17,15	4243,5	-0,990	0,322
Çekirdek aile	183	167,00±12,63			
Parçalanmış aile	1	153,00±12,07			

Mann-Whitney U Testi

Tablo 6-16'daki bulgular incelendiğinde;

Annenin eğitim durumu ile ölçek puan ortalaması arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=0,322$; $U=4691$; $p<0,001$). Eğitim durumu ortaokul ve üzeri olan annelerin ölçek puanının ($119,00\pm12,57$), eğitim durumu ilkokul ve altı olan annelerin ölçek puanından ($116,00\pm14,08$) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu görüldü.

Babanın eğitim durumu ile ölçek puan ortalaması arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=0,193$; $U=5049,5$; $p=0,01$). Eğitim durumu ortaokul ve üzeri olan babaların ölçek puanının ($168,00\pm12,09$), eğitim durumu ilkokul ve altı olan babaların ölçek puanından ($164,50\pm15,72$) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Annenin çalışma durumu, aile tipi ile ölçek puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p=0,24$; $p=0,32$).

Tablo 6-17. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Ailenin Yaşadığı Evin Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması (N= 235)

Özellikler	n	Ort± Ss	U	z	p
Yangın alarmı varlığı					
Var	14	169,50±10,92	1291	-1,038	0,299
Yok	221	167,00±13,89			
Çocuk odasında elektrikli ısıtıcı kullanımı					
Var	21	163,00±15,27	1868	-1,275	0,202
Yok	214	167,00±13,57			
Çocuk odası varlığı					
Var	144	169,00±12,07	4778,5	-3,495	<0,001
Yok	91	162,00±15,25			

Mann- Whitney U Testi

Tablo 6-17'deki bulgular incelendiğinde;

Annelerin evde yangın alarmı bulundurma durumları ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Yine aynı şekilde çocuk odasında elektrikli ısıtıcı kullanım durumu ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı saptandı ($p>0,05$).

Evde çocuk odasının varlığı ile ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($U=4778,5$; $p<0,001$). Evinde çocuk odası bulunan annelerin ölçekten aldığı puanın ($169,00±12,07$), evinde çocuk odası bulunmayan annelerin ölçekten aldığı puandan ($162,00±15,25$) istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 6-18. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması (N= 235)

Tanıtıcı Özellikler	n	Ort± Ss	U	z	p
Çocuğun cinsiyeti					
Kız	106	166,50±14,56	6794,5	-0,082	0,935
Erkek	129	167,00±13,10			
Çocuğun bakımına katılım					
Anne+anneanne/babaanne	48	162,50±14,56	4128,5	-0,856	0,392
Anne+baba	36	173,50±10,54	2597,5	-2,624	0,009
Kreş	6	169,50±22,27	653,50	-0,204	0,838
Diğer (hala, amca, teyze)	6	171,00±21,68	587,50	-0,606	0,545
Bakıcı	5	169,00±6,06	456,00	-0,792	0,429
Ev kazaları riskini arttıran sağlık sorunu varlığı					
Var (mental-motor gerilik)	32	165,00±16,41	3134	-0,319	0,750
Yok	203	167,00±13,31			

Mann- Whitney U testi

Tablo 6-18'deki bulgular incelendiğinde;

Çocuğun cinsiyeti, ev kazaları riskini arttıran sağlık sorunu varlığı ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p>0,05$).

Çocuğun bakımı konusunda babadan yardım alan annelerin ölçek puan ortalamalarının, diğerlerine göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($U=2597,5$; $p=0,009$).

Tablo 6.19. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Çocuğun Evdeki Uyuma Ortamı Verilerinin Karşılaştırılması (N= 235)

Çocuğun evdeki uyuma ortamı	n	Ort±Ss	Min-Max	x^2	df	p
Ebeveyn yatak odasında, kendi yatağında	158	165,00±13,95	119-191			
Kardeşleriyle birlikte aynı odada, ayrı yatakta	49	169,00±11,54	133-186			
Tek başına ayrı odada, ayrı yatakta	18	174,00±13,47	138-187	11,861	3	0,008
Ebeveynleri ile aynı yatakta	9	155,00±16,12	122-172			
Kardeşleriyle birlikte aynı odada, aynı yatakta	1	167,00±17,08	167-167			

Kruskal Wallis testi

Tablo 6-19'daki bulgular incelendiğinde;

Çocuğun evde uyuma ortamı ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($x^2=11,861$; $p=0,008$). En yüksek ölçek puanının tek başına ayrı odada, ayrı yatakta yatan gruba (174,00±13,47), en düşük ölçek puanının ebeveynleri ile aynı yatakta yatan gruba (155,00±16,12) ait olduğu görüldü.

Tablo 6-20. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Durumuna İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n=71)

	n	Ort±Ss	Min-Max	U	z	p
Ev kazasına maruz kalma durumu						
Evet	71	166±15,05	120-184	5299	-1,093	0,274
Hayır	164	167±13,11	119-191			
İlkyardım uygulaması doğruluğu**						
Doğru	65	162,95±15,27	120-184	317,50	-0,885	0,376
Yanlış	15	159,54±14,26	124-176			
Sağlık kuruluşuna başvurma durumu**						
Evet	48	165,50±16,79	120-184	517,50	-0,907	0,364
Hayır	32	166±10,86	143-184			

*Mann- Whitney U Testi

** Bazı çocuklar birden fazla kazaya maruz kaldıkları için kaza sayısı toplamı, n sayısından fazladır.

Tablo 6-20'deki bulgular incelendiğinde;

Çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ile annelerin ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Kaza sonrası sağlık kuruluşuna başvurma durumu ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında, istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark olmadığı anlaşıldı ($p>0,05$). İlkyardım uygulamalarının doğruluk durumu ile ölçek puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p>0,05$).

Tablo 6-21. Annelerin Ölçek Puan Ortalamaları ile Ev Kazaları Konusunda Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N= 235)

	n	Ort±Ss	Min-Max	U	z	p
Oyuncak seçimi doğruluğu**						
Doğru	136	167,00±11,23	133-187	5514	-2,368	0,018
Yanlış	99	164,00±16,09	119-191			
Evde ilkyardım çantası bulundurma durumu						
Var	84	171,00±11,93	119-191	4233	-4,224	<0,001
Yok	151	164,00±14,05	120-187			
Evde yangın tüpü bulundurma durumu						
Var	25	171,00±10,55	143-184	1955,5	-2,084	0,037
Yok	210	166,00±13,97	119-191			
Evde acil durum telefonlarını bulundurma durumu						
Var	82	169,00±12,26	124-191	5100,5	-2,226	0,026
Yok	153	166,00±14,34	119-187			
Ev kazalarına yönelik bilgi alma durumu						
Evet	15	175,00±7,67	160-187	783,5	-3,403	0,001
Hayır	220	166,00±13,79	119-191			
İlk yardım konusunda bilgi alma durumu						
Evet	66	171,50±13,21	122-191	4094,5	-3,167	0,002
Hayır	169	165,00±13,67	119-186			
İtfaiyenin numarasını bilme durumu						
Evet	68	169,00±12,36	122-187	4516,5	-2,459	0,014
Hayır	167	166,00±14,09	119-191			
Ambulansın numarasını bilme durumu						
Evet	218	167,00±13,38	119-191	1318	-1,983	0,047
Hayır	17	160,00±16,38	124-177			

*Mann-Whitney U testi

**Oyuncak seçimi doğruluğu literatür eşliğinde araştırmacı tarafından belirlenmiştir.

Tablo 6-21'deki bulgular incelendiğinde;

Oyuncak seçimi doğruluğu ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($U=5514$; $p=0,018$). Doğru oyuncak seçimi yapan annelerin ölçek puan ortalamalarının ($167,00\pm 11,23$), yanlış oyuncak seçimi yapan annelerin ölçek puan ortalamalarından ($164,00\pm 16,09$) istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu görüldü.

Evde ilk yardım çantası ($p<0,001$), yangın tüpü ($p=0,037$) ve acil durum telefonlarının bulunma durumu ($p=0,026$) ile ölçek puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Evinde ilkyardım çantası, yangın tüpü ve acil durum telefonlarını bulduran annelerin ölçek puan ortalamalarının, buldurmeyen annelerden istatistiksel olarak yüksek olduğu saptandı.

Ev kazalarına yönelik bilgi alma durumu ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($U=783,5$; $p=0,001$). Ev kazalarına yönelik bilgi alan annelerin ölçek puan ortalamalarının ($175,00\pm 7,67$), ev kazalarına yönelik bilgi almayan annelerin ölçek puan ortalamalarından ($166,00\pm 13,79$) istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu görüldü.

Annelerin herhangi bir kaynaktan ilk yardım konusunda bilgi alma durumları ile ölçek puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($U=4094,5$; $p=0,002$). Herhangi bir kaynaktan ilk yardım konusunda bilgi alan annelerin ölçek puan ortalamalarının ($171,50\pm 13,21$), bilgi almayan annelerin ölçek puan ortalamalarından ($165,00\pm 13,67$) istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlendi.

Annelerin itfaiyenin ($p=0,014$) ve ambulansın numarasını bilme ($p=0,047$) durumları ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. İtfaiyenin numarasını bilen annelerin ölçek puan ortalaması ($169,00\pm 12,36$) ile ambulansın numarasını bilen annelerin ölçek puan ortalaması ($167,00\pm 13,38$), bu numaraları bilmeyen annelerin ölçek puan ortalamalarından istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek bulundu.

7.TARTIŞMA

İnsanların hayatları boyunca en çok kazaya maruz kalabilecekleri dönem, en çok meraklı oldukları ve hayatı tanımaya çalıştıkları çocukluk dönemidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2008). Çocuğun kaza/yaralanma riski yaş, cinsiyet, sağlık durumu, ekonomik durum, tek ebeveyn olmak, annenin eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu, kalabalık aile, anne-babanın madde veya alkol kullanımı gibi durumlar ile yakından ilişkilidir (Runyan,2005; Kendrick,2007).

Ev kazaları sıklığı ülkeler ve yaş gruplarına göre değişmekle beraber çocukluk çağı kazalarının %25'ini oluşturduğu bilinmektedir (Erkal ve Şafak, 2006). Araştırmada 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı %30,2 olarak belirlendi (Tablo 6-4). Bazı çalışmalardaki sonuçlar araştırma ile paralellik gösterirken (Köse ve Bakırcı, 2007; Aktürk ve Erci, 2012; Erkal ve Şafak, 2006), Yalaki ve ark. (2010)'nın sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerle yapmış olduğu çalışmasında kaza görülme sıklığı %49,6; Balibey ve ark. (2011)'nin Ankara'da kentsel, yarı kentsel ve kırsal yaşam alanlarında yaşayan, 1-5 yaş arası çocuğu olan annelerle yapmış olduğu çalışmasında kaza sıklığı %65,6; Dal Santo ve ark. (2004)'nin Kuzey Carolina'da yaşayan 5 yaş altı çocuğa sahip annelerle yaptığı çalışmasında ise kaza insidansı %65 gibi yüksek bir değer almıştır. Bu çalışmadan farklı olarak Manisa'da herhangi bir nedenle sağlık ocağına başvuran, 0-6 yaş arası çocuğa sahip annelerin ifadelerine göre ise kaza görülme sıklığı %15,5 gibi düşük bir değer almıştır (Özmen ve ark.,2007). Bu sonuçların araştırmaların farklı bölgelerde, farklı yaş gruplarında ve farklı yıllarda yapılan lokal çalışmalar olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada ev kazalarının oluşumunda anne yaşının etkisinin olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 6-13). Bursa Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nde, 0-6 yaş grubu çocuğa sahip annelerle yapılan çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Karatepe ve Akış, 2012). Lefkoşa'da yapılan, 1-6 yaş grubu çocukları kapsayan araştırmada en fazla 25-29 yaş grubundaki annelerin (%66,3) ve 25-29 yaş grubundaki (%67,5) babaların çocuklarında ev kazası görülmesi anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$; Alasya, 2012). Balibey ve ark. (2011)'nin Ankara'da kentsel, yarı kentsel ve kırsal yaşam alanlarında yaşayan, 1-5 yaş arası çocuğu olan annelerle yapmış

olduğu çalışmasında anne-baba yaşı arttıkça, Yalaki ve ark. (2010)'nın sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerle yapmış olduğu çalışmasında ise anne-baba yaşı küçüldükçe ev kazası riskinin arttığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçları Karatepe ve Akış, (2012)'in çalışması ile benzerlik, Alasya (2012), Balibey ve ark. (2011), Yalaki ve ark. (2010)'nın çalışmaları ile farklılık göstermektedir. Genç annelerin eğitim seviyelerinin daha yüksek olmasının ayrıca kitle iletişim araçlarından daha fazla yararlanmalarının, ev kazaları konusundaki bilgilere oldukça rahat ulaşmalarına olanak sağladığı; yaşı fazla olan annelerin ise kaza deneyimlerinin daha fazla olmasının ayrıca basın-yayın organlarında ev kazaları ile ilgili haberlere oldukça yer verilmesinin, ev kazaları konusunda annelerin daha dikkatli davranmasına etkisi olduğu, böylece anne yaşına bağlı farkında ortadan kalktığı düşünüldü.

Araştırmada çocuk yaşının kaza oluşumuna etkisinin olduğu, ev kazalarının en sık 1-3 yaş arası çocuklarda (%56,3) görüldüğü belirlendi ($\chi^2 = 21,511$; $p < 0,001$) (Tablo 6-13). Çocukların ilk bir yıl içinde yaralanma sonucu ölüm sıklığı %1-1,5 iken, 1-4 yaş grubu çocuklarda bu sıklık %6'ya yükselmektedir (WHO, 2008). Chini'nin 2006 yılındaki çalışmasında ev kazalarına 1-5 yaş arası çocuklarda daha sık rastlanması anlamlı bulunmuştur. Kuzey Carolina'da yaşayan 5 yaş altı çocuğa sahip annelerle yapılan bir çalışmada, 2,5 yaşından büyük olan çocukların daha küçük olan çocuklara göre 2,6 kat daha fazla ev kazasına maruz kaldığı sonucuna varılmıştır (Dal Santo ve ark.,2004). Kılıç ve ark.(2006)'nın İzmir'de bir gecekondu bölgesinde kaza insidansını belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmalarında, beş yaş altı çocuklarda yaralanma sıklığının daha fazla olduğu ancak istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmadığı görülmüştür ($p=0,064$). Aynı şekilde Ümraniye'de 1-7 yaş arası çocuğa sahip annelerle yapılan bir çalışmada da ev kazası sıklığı ile çocuk yaşı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Köse ve Bakırcı, 2007). Chini'nin çalışması bu çalışmayla benzerlik gösterirken, Kılıç ve arkadaşları ile Köse ve Bakırcı'nın çalışmaları ise bu çalışmayla farklılık göstermiştir. Ev kazası oluşumuna oyun çağındaki 1-3 yaş arası çocuklarda merak, dikkatsizlik ve aşırı hareketliliğin zemin hazırlayabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada kaza geçirme sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 6-13). Ankara'da 0-48 ay arası çocuğa sahip annelerle yapılan bir çalışmada (Boztaş, 2008) benzer şekilde ev kazası oluşumu ile cinsiyet

arasında herhangi bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Literatürde erkek çocuklarının kız çocuklarından daha fazla kazaya maruz kaldığı bildirilmektedir (Tsoumakas et al., 2009; Erkal ve Şafak, 2003; Alasya, 2012; Aşirdizer ve ark., 2005; Chini et al., 2006; Kendrick et al., 2007; Yıldırım ve Kublay, 2012; Özmen ve ark., 2007; Karatepe ve Akış, 2012; Runyan et al., 2005). Çoğu çalışmada erkek çocuklarının daha fazla ev kazası geçirmesinde hareketli, meraklı, disiplinsiz, dikkatsiz oluşları ile sert oyunları sevmelerinin etkisi olduğu düşünülmektedir. Balibey ve ark. (2011)'nin çalışmasında, erkek çocuklarının kaza geçirme hızı kırsal yaşam alanında daha yüksek ve anlamlı bulunurken, kentsel ve yarı kentsel alanda cinsiyet farkı anlamlı bulunmamıştır. Kentsel alanlarda apartman dairesinde oturan çocukların vakitlerinin çoğunu evde geçirmesinin, kaza oluşumunda cinsiyet farkını ortadan kaldırdığı düşünülebilir.

Ev kazalarının önlenmesinde eğitimin önemi her zaman vurgulanmış bir konudur. Çalışmada ev kazaları konusunda bilgi alma durumu ile ev kazası sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlendi ($p=0,23$) (Tablo 6-13). Benzer şekilde yapılan bir çalışmaya göre, çocukluk yaş grubundaki kazalarla ilgili eğitim programı izlediğini belirten annelerin çocuklarının %24,4'ü, izlemediğini belirten annelerin çocuklarının %22'si yaşam boyunca en az bir kez ev kazası sonucu yaralanırken, bu iki grubun aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$; Boztaş, 2008). Bu çalışmadan farklı olarak Çınar ve Görak (2007)'in çalışmasında, 0-6 yaş grubu çocuğa sahip annelere hemşirelerin verdikleri eğitimler sonrasında, çocuklarda görülen ev kazası sıklığının düştüğü belirlenmiştir. Altundağ (2005a)'ın çalışmasında ise 1-3 yaş grubu çocuğu olan annelere verilen eğitimin kaza görülme sıklığına etkisi incelenmiş, eğitim öncesi ve sonrası kaza görülme sıklığı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Araştırmaya katılan annelerin ev kazaları konusunda aldıkları bilginin içeriğinin yetersiz olmasının ya da bilginin eskiden alınmış olmasına bağlı unutulmasının, bilgi alan ve almayan anneler arasındaki farkın ortadan kalkmasında etkisi olduğu söylenebilir.

Ebeveynle yatak paylaşımının eğer bebek 11 haftalıktan küçükse, Ani Bebek Ölümü Sendromu (ABÖS) açısından risk teşkil ettiği bildirilmektedir (Tappin et al.,2005). Araştırmada, uyku ortamı doğruluğu ile ev kazası oluşumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlendi ($p=1,00$) (Tablo 6-13). Literatürde uyku ortamı ile kaza ilişkisini istatistiksel düzeyde inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Bu sonuç, çalışmadaki ev kazalarından hiçbirinin çocuğun uyuma ortamı ile ilgili olmamasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmada evinde ilk yardım çantası bulundurma durumu ile kaza görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($x^2= 9,465$; $p=0,003$) (Tablo 6-13). İlk yardım çantası bulundurmamak kazalara karşı bir tedbir olduğundan, tedbir alma eğiliminde bulunanların kaza riskinin daha düşük olduğu ifade edilebilir.

Bazı kaza türlerinin çocuklarda daha yaygın olarak görüldüğü düşünülmektedir. Araştırmada en sık karşılaşılan kaza türlerinin düşmeler (%55) ve yanmalar (%30) olduğu belirlendi (Tablo 6-5). Benzer olarak çoğu çalışmada da düşmeler en sık karşılaşılan ev kazaları arasında belirtilmiştir (Alasya, 2012; Özmen ve ark., 2007; Köse ve Bakırcı, 2007; Del Ciampo et al., 2001; Çelik İnanç ve ark., 2008; Yalaki ve ark., 2010; Chan et al., 2003; Dal Santo et al., 2004; Runyan et al., 2005; Çınar ve Görak, 2007; Boztaş, 2008; Tsoumakas et al., 2009; Aktaş, 2010; Mahalakshmy et al., 2011; Karatepe ve Akış, 2012; Aktürk ve Erci, 2012; Aksakal ve ark., 2012). Ev kazaları arasında ikinci sırada yanmaların bulunduğunu gösteren çalışmalarda azımsanamayacak kadar çoktur (Özmen ve ark., 2007; Çınar ve Görak, 2007; Chen et al., 2003; Köse ve Bakırcı, 2007; Yalaki ve ark., 2010; Usubütün ve ark., 2005; Aktürk ve Erci, 2012; Aksakal ve ark., 2012; Turan ve Ceylan, 2007). Çocuklarda kaza bilincinin henüz gelişmemiş olması, vücut dengelerini sağlamadaki yetersizlikleri, hareketli ve dikkatsiz oluşları, bulma ve öğrenme konusundaki merakları çocuklarda düşmelerin yaygın olarak görülmesine zemin hazırlamaktadır. Konuyla ilgili verilecek eğitimlerde anne babaların ilgisi bu yöne çekilmeli, yaygın olarak görülen ev kazalarının önlenmesinde gerekli tedbirlerin alınmasının gerekliliği vurgulanmalıdır.

Ev kazası geçiren çocukların, kaza esnasında yanlarında çoğunlukla (%55) annelerinin bulunduğu görülmektedir (Tablo 6-4). Literatürde de çoğu çocuğun ev kazası esnasında annesi ile birlikte olduğu belirtilmiştir (Alasya, 2012; Erkal, 2010; Atak ve ark., 2010). Bu sonuç, çocukların zamanlarını çoğunlukla anneleri ile birlikte geçirmesiyle ilişkili olabilir. Ayrıca sanılanın aksine kazaların çocuk yalnız iken

meydana gelmediğini göstermesi bakımından önemlidir. Annenin çocuğun yanındayken dikkatli gözlemini sürdürmesi konusunda bilgilendirilmesi önerilebilir.

Araştırmada annelerin %52,5'i çocuğun dikkatsizliği sonucu, %40'ı kendi ihmalleri nedeniyle, %7,5'i çevre faktörünün etkisinden dolayı kaza oluştuğunu ifade etmişlerdir (Tablo 6-4). Yapılan çalışmalar, ev kazalarının bazen çevredeki tehlikeli durumlardan, bazen de hatalı davranışlardan fakat genellikle her ikisinin birleşmesinden ileri geldiğini göstermektedir (Çınar, 2004). Annelerin çoğunluğunun kaza oluşumundan çocukları sorumlu tutması, ev kazaları konusundaki sorumluluklarını yansıtmaya eğiliminde olduklarını düşündürmektedir.

Araştırmada kaza geçiren çocuklardan sadece %60'ının ailesi tarafından bir sağlık kuruluşuna götürüldüğü belirlendi (Tablo 6-5). Yalaki ve ark., (2010)'nın çalışmasında annelerin %60,4'ü, Köse ve Bakırcı'nın (2007) çalışmasında annelerin %47,5'i, Aktürk ve Erci'nin (2012) çalışmasında annelerin %56,3'ü, Aksakal ve ark., (2012)'nin çalışmasında annelerin %50'si, farklı olarak Karatepe ve Akış'ın (2012) çalışmasında ise annelerin %24'ü ev kazası sonrası çocuklarını hastaneye götürmüşlerdir. Bazı annelerin evde müdahaleyi tercih etmeleri ya da herhangi bir müdahalede bulunmamaları bu sonuca neden olmuş olabilir.

Araştırmada çocukların ev kazalarına en çok oturma odası/salonda (% 62,5), ikinci sırada mutfakta (%13,7), üçüncü sırada banyoda (%7,5), en az sıklıkta da merdivenlerde (%3,8) maruz kaldığı saptandı (Tablo 6-6). Literatürde en fazla kaza yaşanan alan olarak oturma odası/salon bildirilse de (Alasya, 2012; Yıldırım ve Kubilay, 2012; Turan ve Ceylan, 2007; Chen et al., 2003; Sengoelge et al., 2008), nadir olarak bahçe (Boztaş, 2008), mutfak (Altundağ ve Öztürk, 2005b; Phelan et al., 2009; Theologos et al., 2007), yatak odası (Aşırızder ve ark., 2005) ve banyoda da (Kim et al., 2012) kaza sıklığı bildirilmiştir. En sık kaza yaşanan alan olarak ikinci sırada mutfakı belirten çalışmalarda (Alasya, 2012; Turan ve Ceylan, 2007) yine bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Çocuklarda ev kazalarının en sık oturma odası/salonda gerçekleşmesinin, ailelerin vakitlerinin çoğunu oturma odası/salonda geçirmesinden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

Ev ortamlarının çocuk güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmemesi ev kazalarını kolaylaştırıcı etmenlerdendir (Ademola et al.,2010). Araştırmada kaza sonrası önlem alınma sıklığı %36,3 olarak belirlendi (Tablo 6-4). Köse ve Bakırcı (2007)'nin Ümraniye'de 1-7 yaş arası çocuğu bulunan annelerle yapmış oldukları çalışmada, annelerin %27,5'inin kaza sonrası önlem alma ihtiyacı duyduğu saptanmıştır. Yalaki ve arkadaşlarının (2010) sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerle yapmış olduğu çalışmada, araştırma kapsamındaki annelerin kazalardan sonra önlem alınması konusunda büyük titizlik gösterdiği, bu annelerin boğulma ve tıkanmaların tamamında, yanma ve haşlanmaların %81,8'inde, zehirlenmelerin %73,3'ünde önlem aldığı belirlenmiştir. Aktürk ve Erci (2012)'nin araştırmasında kazadan sonra ailelerin %73,9'u, Aksakal ve ark.(2012)'nin araştırmasında ise ailelerin %76'sı kaza sonrası önlem almıştır. Kazalar konusunda önlem alma sıklığı açısından bu çalışma Köse ve Bakırcı'nın çalışması ile benzerlik, Yalaki ve arkadaşları, Aktürk ve Erci, Aksakal ve arkadaşlarının çalışmaları ile farklılık göstermiştir. Araştırma kapsamındaki annelerin kaza deneyimlerinin sınırlı olması sebebi ile önlem alma eğilimlerinin az olduğu söylenebilir.

Araştırmada annelerin %6,4'ünün ev kazaları konusunda daha önceden bir bilgiye sahip olduğu, bu bilgiye annelerin %53,3'ünün kendi okulundan, %40'mının çocuğunun okulundan ve %6,6'sının televizyondan ulaştığı belirlendi (Tablo 6-4). Aksakal ve ark.(2012)'nin yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarından alınan eğitimin düşük oranlarda olması (%8,3) bu araştırma sonuçları ile uyumlu bulundu. Dikkat çekicidir ki bu sonuçlar, hemşirelerin eğitici ve danışman rollerini etkin şekilde gerçekleştirmediğini, hemşirelerin bu rollerini daha etkin kullanarak anneleri ev kazaları konusunda bilinçlendirmeleri gerektiğini düşündürdü.

Bilinçli ilk yardım uygulamalarının gereksiz ölüm ve sakatlıkları önlediği bilinmektedir (Koçer, 2006). Araştırma kapsamındaki annelerin düşmelerde yaptığı ilk yardım uygulamaları incelendiğinde; annelerin %43,1'inin çocuğunu hastaneye götürdüğü, %15,9'unun hiçbir şey yapmadığı, %13,6'sının kanama ve bilinç durumu açısından çocuğunu gözlemlediği, %13,6'sının çarpma bölgesine buz uyguladığı, %9,2'sinin çarpma bölgesini soğuk suya tuttuğu, %4,6'sının da kanayan bölgeye bası uyguladığı belirlendi (Tablo 6-7). Alasya (2012)'nin çalışmasında, düşme kazalarında

en çok yapılan uygulamaların yara üzerine tampon uygulamak (%27,4), buz uygulamak (%24,8), hastaneye götürmek (%17,1) ve yaraya krem-merhem sürmek (%12,8) olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmaya göre de ilk çocuğu düşen annelerin % 26,5'inin çarpma bölgesine buz uyguladığı, % 16,7'sinin bol su ile yıkadığı, % 15,4'ünün yaralanan bölgeye pomat sürdüğü bildirilmiştir (Çalışkan ve ark., 2010). Literatürde kanayan bölgeye tampon yapmak, çarpma bölgesine buz uygulamak, soğuk suya tutmak, çocuğu hastaneye götürmek ve bilinç durumu açısından çocuğu gözlemlemek etkili olan yöntemler olarak kabul edilmektedir (Yertut, 2004; Bilir ve Yıldız, 2007). Çalışma kapsamındaki annelerin çoğunluğunun sağlık kuruluşuna başvurmayı tercih etmesinde, evde müdahale için yeterli ilk yardım bilgisine sahip olmamasının etkili olduğu söylenebilir.

Annelerin yanmalarda yaptığı ilk yardım uygulamaları incelendiğinde; %43,2'sinin çocuğunu hastaneye götürdüğü, %27'sinin yanan bölgeyi soğuk suya tuttuğu, %8,1'inin yanan bölgeye buz uyguladığı, %5,4'ünün ambulansı aradığı, %5,4'ünün yanık bölgesine yanık kremi, %5,4'ünün diş macunu, %5,4'ünün de yoğurt sürdüğü belirlendi (Tablo 6-7). Alasya (2012)'nin çalışmasında annelerin %51,1'inin yaraya buz uyguladığı, %31,9'unun yaraya merhem-krem sürdüğü, %12,8'inin ilk yardım uygulaması için hastaneye başvurduğu, %2,1'inin yanan bölgeye soğuk et koyduğu saptanmıştır. Yine yanık ile ilgili yapılan başka bir araştırma sonucuna göre annelerin %67,6'sının yanan bölgeyi soğuk suya tuttuğu, %11'inin yaraya buz uyguladığı, %12,2'sinin yanığa diş macunu, %5,5'inin salça, %3,7'sinin de tereyağı sürdüğü belirlenmiştir (Çarman ve ark., 2008). Literatürde annelerin çocuğunu hastaneye götürmesi, yaraya buz uygulaması, ambulansı araması, yanan bölgeyi soğuk suya tutması, krem-merhem sürmesi etkili olan yöntemler olarak kabul edilmektedir (Yertut, 2004; Bilir ve Yıldız, 2007). Çalışmaya katılan annelerin, yanmalarda doku hasarını azaltmak için soğutma işleminin gerekliliği konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Verilecek eğitimlerde bu konu üzerinde de durulması önerilmektedir.

Annelerin kesiklerde yaptığı ilk yardım uygulamaları incelendiğinde; annelerin %44,4'ünün çocuğunu hastaneye götürdüğü, %44,4'ünün kesik bölgeye buz uyguladığı, %11,1'inin hiçbir şey yapmadığı belirlendi (Tablo 6-7). Alasya (2012)'nin çalışmasında

yapılan uygulamaların %48'inin yarayı tampone etmek, %32'sinin yara bandı kullanmak, %16'sının yarayı su ile yıkamak olduğu görülmüştür. Literatürde çocuğu hastaneye götürmek, buz uygulamak, yarayı su ile yıkamak, yara bandı kullanmak ve kanayan bölgeye bası uygulamak etkili yöntem olarak kabul edilmektedir (Yertut, 2004; Bilir ve Yıldız, 2007). Çalışma kapsamındaki annelerin, kesiklerde kanamayı durdurmak için o bölgeye bası yapılması konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, planlanacak eğitimlerde bu konunun da irdelenmesi önerilebilir.

Annelerin zehirlenmelerde yaptığı ilk yardım uygulamaları incelendiğinde; annelerin %66,6'sının hiçbir şey yapmadığı, %33,3'ünün çocuğunu hastaneye götürdüğü belirlendi (Tablo 6-7). Penbegül (2006)'ün çalışmasında annelerin %13,3'ünün çocuğuna su verdiği, %33,3'ünün çocuğuna ayran içirdiği, %34,4'ünün çocuğunu kusturduğu, %8,8'inin sağlık merkezini aradığı ve %10'unun da doğrudan hastaneye gittiği belirlenmiştir. Literatürde çocuğu hastaneye götürmek, sağlık merkezini aramak, eğer içilen korozif bir madde değil ise çocuğu kusturmak, su içirmek, süt-ayran içirmek etkili yöntem olarak kabul edilmektedir (Yertut, 2004; Bilir ve Yıldız, 2007). Araştırmadaki annelerin, zehirlenmeler konusunda oldukça bilgisiz olduğu saptanmıştır. Toplumda zehirlenmelerin diğer kaza türlerine nazaran daha nadir görülmesinin, annelerin bu konuya ilgilerinin daha az olmasına sebep olduğu buna bağlı olarak da bilgilerinin yetersiz kaldığı söylenebilir.

Annelerin boğulmalarda yaptığı ilk yardım uygulamaları incelendiğinde; annelerin %50'sinin çocuğunu baş aşağı çevirdiği, %50'sinin elini ağzına sokarak yabancı cisimi çıkarmaya çalıştığı belirlendi (Tablo 6-7). Alasya (2012)'nin çalışmasında, boğulmalarda yapılan ilk yardım uygulamalarının %40'ının çocuğun sırtına vurmak, %30'unun çocuğun boğazındaki cisimi çıkartmak, %20'sinin çocuğu hastaneye götürmek, %6,7'sinin çocuğun yüzünü yıkamak, %3,3'ünün çocuğun göğsüne vurmak olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmaya göre ise yabancı cisim aspirasyonunda annelerin %50'sinin görülen cisimi parmağı ile çıkarmaya çalıştığı ve sonrasında sağlık kuruluşuna başvurduğu, %50'sinin de çocuğun sırtına vurduğu veya parmağı ile cisimi çıkarmaya çalıştığı belirlenmiştir (Karataş ve ark., 2006). Literatürde çocuğu hastaneye götürmek, çocuğun sırtına vurmak, çocuğun göğsüne vurmak, elini ağzına sokarak yabancı cisimi çıkarmaya çalışmak, çocuğu baş aşağı çevirmek etkili

yöntemler olarak kabul edilmektedir (Yertut, 2004; Bilir ve Yıldız, 2007). Araştırmada sadece çocuğu boğulma tehlikesi geçiren annelerin hastaneye başvurmaması dikkat çekicidir.

Doğru ilk yardım uygulamalarının sakatlıkları ve ölümleri önlediği bilinmektedir. Bu amaçla sürekli çocuğun yanında olan annelerin, ilk yardım uygulamaları konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek ve bu doğrultuda gerekli eğitimleri planlamak gerekmektedir. Ev kazası geçiren çocuklara yapılan ilkyardım uygulamalarının doğruluğu incelendiğinde; düşmelerde annelerin %84'ünün, yanmalarda %79'unun, kesiklerde %87,5'inin, boğulmalarda %100'ünün, zehirlenmelerde %33,3'ünün doğru ilkyardım uygulamalarında bulunduğu belirlendi (Tablo 6-8). Genel toplama baktığımızda, annelerin %81,2'sinin doğru ilk yardım uygulaması yaptığı saptandı. Çankırı- Eldivan ilçe merkezinde, 0-14 yaş arasında çocuğu olan annelerle yapılan bir çalışmada, annelerin %83,6'sının göze yabancı cisim kaçması, %83,1'inin yanmaya maruz kalınması, %63,5'inin elektrik çarpması durumunda yapılması gerekenleri doğru olarak cevapladığı; %42,8'inin kömür, şofben zehirlenmesi durumunda yapılması gerekenleri bilmediği; %58,4'ünün boğulma durumunda yapılacaklar konusunda eksik bilgiye sahip olduğu görülmüştür (Coşkun ve ark., 2008). Literatürdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında, araştırmadaki annelerin genelde doğru ilk yardım uygulamalarında bulunduğu ancak zehirlenmeler konusunda daha fazla ilk yardım bilgisine gereksinim duyduğu söylenebilir. Annelerin ilk yardım eğitimi alma oranlarının düşük olmasına rağmen (%28,1) bu sonucun doğmasında, annelerin geçmiş kaza deneyimlerinin ve büyüklerinden edindikleri bilgilerin etkisinin olduğu sonucuna varıldı.

Araştırmada annelerin ev kazalarından korumaya yönelik aldığı önlemlerden en yaygın olanların banyo ve mutfak zeminini sürekli kuru tutmak (%92,8), küçük parçalı oyuncakları ortalıkta bırakmamak (%91,1), kimyasalları meşrubat/ su şişesi vb. içinde saklamamak (%90,2), çocuğun ip-poşet gibi maddelerle tek başına oynamasına izin vermemek (%90,2) olduğu belirlendi (Tablo 6-9). Annelerin en fazla uyguladıkları güvenlik önlemlerinin Mulvaney ve ark. (2006)'nın araştırmasında ilaçları saklamak (%93,5) ve yangın alarmı kullanmak (%86,2) olduğu; Boztaş (2008)'in çalışmasında ilaçların kapaklarını kapalı tutmak (%98,7), çocukların ulaşabilecekleri yerlerde sıcak

yiyecek ve içecek bulundurmamak (%98), ilaçları çocukların ulaşamayacağı yerlerde saklamak (%97,2) olduğu; Aksakal ve ark., (2012)'nin çalışmasında ise ilaçları (%95,1), çamaşır suyu ve tuz ruhu gibi maddeleri (%94,9) çocukların kolayca ulaşamayacağı yerlerde muhafaza etmek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak literatürde, çoğunlukla zehirlenmelerden korunmaya yönelik önlemler alındığı görülmüştür. Annelerin aldığı önlemlerde çocuğun yaşının da büyük etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki anneler 0-6 yaş grubu çocuklarda en sık düşmelerin (%97,4) görüleceğini düşünmektedir (Tablo 6-10). Boztaş (2008)'in 0-4 yaş grubu çocuğa sahip annelerle yapmış olduğu çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çocukların en hareketli oldukları bu dönemlerde düşmelerin daha yaygın olarak görülebileceğinin düşünülmesi normal kabul edilmekte, literatürde de en sık görülen kaza türü olarak düşmeler bildirilmektedir.

Araştırmada annelerin %28,9'unun itfaiyenin numarasını, %92,8'inin ambulansın numarasını, %1,7'sinin zehir danışma merkezinin numarasını bildiği saptandı (Tablo 6-11). Yapılan bir araştırmada, evde yaşayanların %63,5'inin itfaiyenin numarası olan 110 telefon hattını, %80,1'inin ambulansın numarası olan 112 telefon hattını, %11,6'sının zehir danışma merkezinin numarası olan 114 telefon hattını bildiği belirlendi (Gür ve ark., 2013). Örsal ve ark.(2011)'nin çalışmasında da ev kazaları ile ilgili en doğru bilinen bilginin, %98,8 ile acil ambulans hizmetlerinin telefon numarası olduğu görüldü. Araştırmada en fazla bilinen acil durum telefonunun 112, en az bilinen acil durum telefonunun da 114 olduğu ve bu sonucun literatür ile benzerlik gösterdiği saptandı. Annelere verilecek eğitimlerde, acil durum telefonlarının kolaylıkla ulaşılabilir bir yerlerde bulundurulmasının önemi konusunda da annelere bilgi verilmesi önerilebilir.

Herhangi bir kaynaktan ilk yardım konusunda bilgi alan annelerin (%28,1), bu bilgiyi ehliyet kursu (%33,3), televizyon (%30,3), okul (%21,2) ve işyerinden (%13,6) edindiği belirlendi (Tablo 6-11). Denizli'de çocuk polikliniğine başvuran 109 anne ile yapılan bir araştırmada, annelerin sadece %4,3'ünün ilk yardım konusunda bir bilgiye sahip olduğu, bu bilgiyi de ehliyet kursu ve çalıştığı işyerinden aldığı saptanmıştır (Tekin ve Suskan, 2010). Örsal ve ark. (2011)'nin Eskişehir il merkezinde oturan

kadınların ilk yardım bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmalarında, ilk yardım bilgisi aldığını ifade eden kadınların (%65,3) bu bilgiye ulaşmak için televizyon-internet (%40,4), sağlık bilgisi dersi (%26,1), sağlık çalışanları (%10,9), gazete-dergi-kitap (%7,4), aile (%4,9) ve arkadaş çevresi (%4,3) gibi kaynaklardan faydalandığı belirlendi. Lefkoşa'da 1-6 yaş grubu çocuğa sahip annelerin sadece %35,5'inin ilk yardım eğitimi aldığı, bu annelerin bilgi edinmek için okullardaki sivil savunma teşkilatının düzenlediği programlardan (%66,7), doktor veya hemşirelerden (%17,1), yazılı ve görsel basından (%16,2) faydalandığı saptandı (Alasya, 2012). Coşkun ve ark.(2008)'nin çalışmasındaki annelerin, ilk yardım konusundaki bilgileri çoğunlukla televizyon (%37,6) ve yazılı basından (%18,2); Dereli ve ark. (2010)'nin çalışmasındaki annelerin ehliyet kursu, sağlık bilgisi dersi, halk eğitim kursları (%33,7) ve sağlık personelinden (%32,1); Serinken ve ark. (2011)'nin çalışmasındaki annelerin ise sıklıkla televizyondan (%81,7) edindiği belirlendi. Bu çalışma, annelerin ilk yardım eğitimi alma oranları açısından Alasya'nın çalışması ile benzerlik gösterirken, ilk yardım bilgisi alan annelerin bu bilgiye ulaşmak için yararlandığı kaynaklar açısından Tekin ve Suskan'ın, Örsal ve arkadaşlarının çalışmaları ile benzerlikler göstermektedir. Araştırma kapsamındaki annelerin çoğunluğunun ev hanımı olması ile ilkökul düzeyinde eğitim almış anne sayısının fazlalığının, ilk yardım eğitimi alma oranlarını etkilediği düşünüldü. Sağlık çalışanlarının daha fazla ev ziyaretleri yaparak, risk grubunda bulunan ev hanımlarına ilk yardım uygulamaları konusunda eğitimler vermesi, hangi nedenle olursa olsun çocuğu hastaneye yatan annelerin ev kazaları konusunda hemşireler tarafından bilgilendirilmesi önerilebilir.

Araştırmada annelerin "0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinde" bulunan sorulara vermiş olduğu cevaplar doğrultusunda ölçek puan ortalaması 164,74±15,88 olarak belirlendi. Altundağ (2005a)'ın Denizli ili Çivril ilçesinde 1-3 yaş grubu çocuğu olan annelerle yapmış olduğu çalışmasında ölçek puan ortalaması 158,98±14,48; Koştü (2005)'nin aynı ölçek ile 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerle yapmış olduğu çalışmasında ölçek puan ortalaması 162,13±22,39; Aktaş (2010)'ın Kars'ta 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerle yapmış olduğu çalışmasında ölçek puan ortalaması 81,47±18,99; Özmen ve ark.(2007)'nin Manisa'da bir sağlık ocağına başvuran 0-6 yaş grubu çocuğa sahip annelerle yapmış oldukları çalışmalarında ölçek puan ortalaması 76,92±12,45 olarak

saptanmıştır. Altundağ ve Koştu'nun araştırmaları bu çalışma ile benzerlik, Aktaş ve Özmen'in araştırmaları ise bu çalışma ile farklılık göstermiştir. Kullanılan ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan 200 olduğuna göre, araştırmaya katılan annelerin ölçek puan ortalamaları ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini almada iyi bir düzeyde olduklarını düşündürdü. Bazı araştırmalarda ölçek puanının belirgin şekilde düşük olması araştırmaların farklı bölgelerde, farklı yaş gruplarıyla ve farklı eğitim düzeylerindeki annelerle yapılmasıyla ilişkili olabilir.

Anne yaşı ile ölçek puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6-14). Dericioğulları ve ark. (2007)'nin Burdur'da 0-6 yaş grubu çocuğu bulunan annelerle yapmış oldukları çalışmada; Öztürk ve ark. (2010)'nin İzmir'de anaokuluna giden çocuk anneleri ile yaptığı çalışmada annelerin yaşları ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçları bu çalışmalarla uyumludur. Koştu (2005)'nin Denizli'de 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerle yapmış olduğu çalışmada, annenin yaşı arttıkça ölçek puan ortalamasının düşmesi; Turan ve Ceylan (2007)'in araştırmasında 36 yaşından büyük, Özmen ve ark. (2007)'nin çalışmasında ise 27 yaşından büyük olan annelerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek saptanması bu çalışmadan farklı olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmada çocuğun yaşı ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p=0,134$) (Tablo 6-14). Yapılan bir çalışmaya göre çocuğu 17 aydan büyük olan annelerin ölçekten daha yüksek puan aldığı ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Özmen ve ark., 2007). Yıldız Çiçekler ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada, farklı aylar arasında çocuğu bulunan annelerin, ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiş; kazalara yönelik güvenlik önlemleri almada en yüksek puan ortalamasının 24-48 aylar arasında çocuğu olan annelere, en düşük puan ortalamasının ise 49-72 aylar arasında çocuğu bulunan annelere ait olduğu anlaşılmıştır. Özmen ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile Yıldız Çiçekler ve arkadaşlarının çalışma sonuçları, bu çalışma sonuçları ile farklılık göstermiştir. Küçük çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu ve yatakta dönmeye bağlı düşmeler daha fazla yaşanırken, daha büyük çocuklarda zehirlenmeler, yanmalar ve kesikler daha fazla

görülmektedir. Bu nedenle annelerin tüm önlemler yerine sadece çocuğun yaşına uygun olan kazalara ait önlemleri alması, ölçek puan farklarını azaltıcı etki göstermiş olabilir.

Araştırmada ailedeki çocuk sayısı ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p=0,53$) (Tablo 6-14). Benzer şekilde Kars Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne başvuran, 0-6 yaş çocuğa sahip annelerle yapılan çalışmada da ailedeki çocuk sayısının ölçek puan ortalamasını etkilemediği görülmüştür (Aktaş, 2010). Bu çalışmadan farklı olarak Özmen ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada 3 ve üzerinde çocuğa sahip annelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu; Turan ve Ceylan (2007)'in yaptığı çalışmada 3 ve üzerinde çocuğa sahip annelerin ölçek puan ortalamalarının diğer annelerden daha az olduğu; Koştu'nun (2005) çalışmasında da çocuk sayısı arttıkça annelerin ölçek puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiş ve bu ilişki düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çocuk sayısı fazla olan annelerin deneyim kazanmalarına bağlı olarak ölçek puanlarının arttığı; çocuk sayısı az olan annelerin ise daha genç, eğitimlerinin daha fazla olması nedeni ile evde alınabilecek güvenlik önlemleri konusunda daha bilgili oldukları, bunda bu iki grubun ölçek puanlarının benzer olmasında etkili olduğu düşünüldü.

Ailenin gelir düzeyi ile ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ailelerin gelir düzeyleri arttıkça annelerin ölçek puan ortalamalarının da arttığı belirlendi ($\chi^2= 9,803$; $p=0,020$) (Tablo 6-15). Erkal (2010)'ın 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerle yapmış olduğu çalışması; Turan ve Ceylan (2007)'in yine aynı yaş grubunda çocuğu bulunan annelerle yapmış olduğu çalışması bu araştırma sonuçları ile benzer sonuçlar vermiştir. Farklı olarak Aktaş (2010)'ın çalışmasındaki ailelerin gelir düzeyleri ile annelerin ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Gelir düzeyi az olan ailelerde eğitim seviyesinin daha düşük olmasının ayrıca gecekondü yaşamının yaygınlığının, ev kazaları konusunda gerekli bilgilerin edinilmesine ve ev içinde gerekli düzenlemelerin yapılabilmesine olanak vermediği düşünüldü.

Çalışmada anne ve babanın eğitim düzeyi yükseldikçe, ölçekten aldıkları toplam puanın da arttığı belirlendi ($U=9,803$, $p<0,001$; $U=5049,5$, $p=0,010$) (Tablo 6-16). Birçok araştırmada, bu çalışmaya paralel olarak annenin eğitim durumu ile ölçek puan

ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Erkal, 2010; Öztürk ve ark., 2010; Turan ve Ceylan, 2007; Koştu, 2005). Yıldız Çiçekler ve ark. (2012)'nin çalışmasında ise ilköğretim mezunu annelerin, ortaöğretim ve lisans mezunu annelere oranla ev kazalarına yönelik daha fazla güvenlik önlemleri aldıkları belirlenmiş, aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu araştırmadan farklı olarak annenin eğitim düzeyi ile ölçek puan ortalaması arasında ilişki bulunmadığını belirten çalışmalarda mevcuttur (Aktaş, 2010; Dericioğulları ve ark., 2007). Ebeveynlerin eğitim seviyelerindeki düşüklük, kazaların çocuklar üzerindeki etkileri konusunda bir fikir sahibi olmamalarına ve kazalardan korunma konusunda ne yapacaklarını bilmemelerine sebep olmuş olabilir.

Araştırmada aile tipi ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında, istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p=0,322$) (Tablo 6-16). Aktaş (2010)'ın 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerle yapmış olduğu çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Koştu (2005) tarafından Denizli'de 0-6 yaş grubu çocuğu olan 60 anneyle yapılan tanımlayıcı çalışmada, aile tipi ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel bir fark olduğu saptanmıştır. Turan ve Ceylan (2007)'in çalışmasında çekirdek ailede yaşayan annelerin; Erkal (2010)'ın çalışmasında ise geniş ailelerdeki annelerin ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Koştu, Erkal, Turan ve Ceylan'ın çalışma sonuçları, bu çalışma sonuçları ile farklılık göstermiştir. Bu sonuçlar sayıca fazla bireyin bulunduğu geniş ailelerde eğitim seviyesinin genellikle düşük olması nedeniyle annelerin kazalara karşı önlem alma girişimlerinin yetersiz olduğu; çekirdek ailelerde ise annenin genç ve deneyimsiz olması, hem çocuk hem de ev işleri ile tek başına ilgilenmesi nedeniyle kazalara karşı yeterli önlem alamadığı şeklinde yorumlandı.

Annelerin çalışma durumları ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlendi ($p=0,240$) (Tablo 6-16). Dericioğulları ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada, annelerin ölçek puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında, bu çalışmaya benzer olarak istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p>0,05$). Çalışma hayatında bulunan annelerin, eğitim seviyelerinin yüksek olması ile bağlantılı olarak güvenlik önlemlerini daha fazla aldıkları; çalışmayan annelerin ise sürekli çocuğun yanında bulunan bireyler olarak onların ihtiyaçlarını daha iyi belirleyebildikleri ayrıca çevrelerindeki çocuklu

annelerden güvenlik önlemleri konusunda etkileşimlerde buldukları, bununda iki grubun ölçek puanlarının benzer olmasında etkili olduğu düşünüldü.

Çalışmada çocuk odası varlığı ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($U=4778,5$; $p<0,001$) (Tablo 6-17). Evinde çocuk odası bulunan annelerin ölçek puan ortalamalarının, evinde çocuk odası bulunmayan annelerin ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptandı. Evinde çocuk odası bulunan ailelerin sosyoekonomik durumlarının ve eğitim durumlarının daha iyi olduğu düşünülürse, bu özelliklere sahip ailelerin kazalara karşı önlem alma eğilimlerinin de fazla olduğu söylenebilir.

Araştırmada çocuğun cinsiyeti ile annenin ölçek puan ortalaması arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p=0,935$) (Tablo 6-18). Benzer şekilde Yıldız Çiçekler ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada da, annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini alma durumu ile çocuğun cinsiyeti arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu araştırma sonucuna göre, annelerin cinsiyet ayırımı yapmadan bütün çocukları için aynı düzeyde önlem aldığı söylenebilir.

Çalışmada çocuğun bakımına babanın katıldığı durumlarda, annelerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($U=2597,5$; $p=0,009$) (Tablo 6-18). Eğitim düzeyi yüksek olan babalarda çocuğun bakımına katılma eğiliminin daha fazla olduğu, bu durumunda annelerin ölçek puanlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Çocukların evdeki uyuma ortamları, annelerin ölçek puanları ile karşılaştırıldığında en yüksek ölçek puanının tek başına ayrı odada- ayrı yatakta yatan çocukların annelerine ait olduğu görüldü ($\chi^2=11,861$; $p=0,008$) (Tablo 6-19). Ev kazaları konusunda önlem alma eğilimi fazla olan annelerin, çocuğun uyuduğu ortam konusunda da hassas ve tedbirli davrandığı düşünüldü.

Çalışmada çocukların ev kazası geçirme durumları ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı ($p=0,274$) (Tablo 6-20). Turan ve Ceylan (2007), Öztürk ve ark. (2010) ile Aktaş (2010)'ın araştırmasında da annelerin ölçekten aldıkları toplam puan ile çocuğun ev kazası geçirme durumu arasında istatistiksel bir fark olmadığı saptanmıştır. Aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bazı çalışmalarda, çocuğu ev kazası geçiren annelerin ölçek puan

ortalamalarının çocuğu ev kazası geçirmeyen annelerin ölçek puan ortalamalarından daha yüksek (Özmen ve ark., 2007), bazı çalışmalarda ise daha düşük olduğu (Karatepe ve Akış, 2012; Erkal, 2010) belirlenmiştir. Öztürk ve ark., Turan ve Ceylan ile Aktaş'ın çalışmaları bu çalışma ile benzerlik; Erkal, Karatepe ve Akış, Özmen ve arkadaşlarının çalışmaları ise bu çalışma ile farklılık göstermiştir.

Çalışmada, ilk yardım uygulamaları doğruluk durumu ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki, istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmadı ($p=0,376$) (Tablo 6-20). Doğru ilk yardım müdahalesinde bulunma durumunda, annenin daha önceden ilk yardım konusunda eğitim aldığı; yanlış ilk yardım müdahalesinde bulunma durumunda ise annenin daha önceden ilk yardım konusunda eğitim almış olmasına rağmen zamanla bu bilgileri unuttuğu ya da kaza anında fazlaca telaşlanarak yanlış girişimlerde bulunduğu şeklinde yorumlanabilir.

Oyuncaklar çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun seçilmediği, sağlıklı malzemeden yapılmadığı ve ortalıkta bırakıldığı durumlarda ciddi kazalara neden olabilmektedir. Bu çalışmada oyuncak seçimi doğruluğu ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($U=5514$; $p=0,018$) (Tablo 6-21). Kazalardan koruma bilinci yüksek olan annelerin, oyuncak seçiminde de titiz davrandığı söylenebilir.

Çalışmada ev kazaları konusunda bilgi alan annelerin ölçek puan ortalamalarının, bilgi almayan annelerin ölçek puan ortalamalarından istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu belirlendi ($U=783,5$; $p=0,001$) (Tablo 6-21). Altundağ (2005a)'ın aynı ölçek ile yapmış olduğu çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmış, annelerin eğitim öncesi ölçekten $158,98\pm 14,48$ puan, eğitim sonrası ise $186\pm 8,29$ puan aldığı görülmüş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Ev kazalarının önlenmesinde ve ev ortamındaki güvenlik önlemlerinin geliştirilmesinde annelere verilen eğitimin etkinliğini belirlemek amacıyla çeşitli araştırmalar yapılmış, eğitim sonrasında ailelerin güvenlik önlemleriyle ilgili bilgi düzeylerinin anlamlı bir şekilde arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Turan ve ark., 2010; Çınar, 1999). Ev içi güvenlik önlemlerinin artırılmasında, sağlık personelinin birebir ev ziyaretlerinde bulunarak ev kazaları konusunda ebeveynlere eğitim vermesi ayrıca çeşitli basın-yayın organlarından

ve eğitim araçlarından (broşür, kitapçık vb.) yararlanılarak bu konunun daha geniş toplumlara yayılması önerilebilir.

Kaza durumunda evde ilk müdahaleyi yapan kişi genellikle anne olduğu için annenin ilk yardım konusundaki bilgi, tutum ve davranışları çocuğun gelecekteki yaşamını da etkileyebilmektedir. Çalışma kapsamındaki annelerin, ilk yardım konusunda bilgi alma durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($U=4094,5$; $p=0,002$) (Tablo 6-21). Öztürk ve ark. (2010)'nın yaptığı araştırmada ise bu çalışmadan farklı olarak, annelerin ilk yardım konusunda bilgi alma durumları ile ölçek puan ortalamaları arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Çeşitli kaza türlerinde yapılacak ilk yardım müdahaleleri ile bu kazaların nasıl meydana geldiğine dair bilgiler ilk yardım konusunu oluşturmaktadır. Bu konularda bilgi sahibi olan annelerin, evde alınması gereken güvenlik önlemleri konusunda daha dikkatli davrandığı düşünülebilir.

Evinde ilk yardım çantası, yangın tüpü ve acil durum telefonlarını bulunduran anneler ile itfaiye ve ambulansın numarasını bilen annelerin ölçek puan ortalamalarının istatistiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 6-21). Evde yangın tüpü bulundurmak ya da acil durum telefonlarını bilmek kazalara karşı bir tedbir olduğundan, tedbir alma eğiliminin kazalardan korunma bilinci gelişmiş kişilerde daha fazla olduğu söylenebilir.

Çocukluk çağı yaralanmalarında hemşirenin rolleri arasında; çevredeki tehlikeleri tanımlamak- azaltmak- ortadan kaldırmak, çocuklardaki davranış özelliklerini tanımlamak ve çocuk gelişimi konusunda ebeveynlere rehberlik etmek yer almaktadır (Brunner ve Suddarth, 1982). Hemşireler yaptıkları ev ziyaretleri ile kazaları değerlendirme, riskleri belirleme ve bu risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik uygulamalar yapabileme fırsatına sahiptirler (Smith, 2009; Turan ve ark., 2010). Hemşireler ev kazaları konusunda halkı uyararak üstlenmiş olduğu rolleri de (destekleyici, eğitici ve danışmanlık rolleri) yerine getirmiş olmaktadır (Turan ve Ceylan, 2007; Çalışkan ve ark., 2010). Sağlık çalışanları, çocuk güvenliğinin danışmanları olarak çeşitli eğitim programları hazırlamalı, mevcut çalışmalara destek vermeli, çocuk hekimleri ve hemşireleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları

yaralanma kontrolü için yasal düzenlemelerin oluşturulmasında güçlü bir danışmanlık rolü üstlenmelidir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Araştırmaya katılan çocukların %30,2'sinin en az bir kez ev kazasına maruz kaldığı,
- Ev kazası geçiren çocuğun, genelde ailenin birinci (%42,2) ve ikinci (%42,2) çocuğu olduğu,
- Kazaların %55'inde, çocuk annesi ile birlikteyken kaza geçirdiği,
- Meydana gelen ev kazası türlerinden %55'inin düşme, %30'unun yanma, %10'unun kesikler, %3,7'sinin zehirlenme ve %1,3'ünün de boğulma olduğu,
- Ev kazalarının %62,5'inin evin salonu/oturma odasında, %13,7'sinin de mutfakta meydana geldiği,
- Ailelerin %60'ının kaza sonrası sağlık kuruluşuna başvurduğu,
- Ev kazası geçiren çocukların %21,2'sinin hastaneye yattığı,
- Kaza sonrası annelerin %36,3'ünün evde önlem aldığı,
- Annelerin en çok banyo ve mutfak zeminini sürekli kuru tutmak (%92,8), küçük parçalı oyuncakları ortalıkta bırakmamak (%91,1) ve kimyasalları meşrubat/ su şişesi vb. içinde saklamamak (%90,2) gibi önlemleri aldığı,
- Annelerin %6,4'ünün daha önceden ev kazaları konusunda bir bilgiye sahip olduğu, bu bilginin kaynağının %53,3'ünün annenin okulu, %40'ının çocuğun okulu, %6,6'sının televizyon olduğu,
- Ev kazaları konusunda, sağlık çalışanlarından bilgi alan anne bulunmadığı,

- Annelerin %28,1'inin daha önceden ilk yardım uygulamaları konusunda bir bilgiye sahip olduğu, bu bilgiye annelerin %33,3'ünün ehliyet kursu, %30,3'ünün televizyon, %21,2'sinin okul, %13,6'sının da çalıştığı işyerindeki eğitimler sayesinde ulaştığı,
- Ev kazalarında annelerin %81,2'sinin doğru ilk yardım uygulamalarında bulunduğu,
- Annelerin %28,9'unun itfaiyenin numarasını, %92,8'inin ambulansın numarasını, %1,7'sinin de zehir danışma merkezinin numarasını bildiği,
- Çocuğun ev kazası geçirme durumu ile yaşı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Ev kazası geçiren çocukların büyük çoğunluğunun (%56,3) 1-3 yaş grubu çocuklar olduğu,
- Çocuğun ev kazası geçirme durumu ile annenin yaşı, çocuğun cinsiyeti, annenin ev kazaları konusunda bilgi alma durumu arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki olmadığı,
- Anne ve babanın eğitim durumu, aylık gelir durumu, çocuk odası varlığı, çocuğun bakımına babanın katılımı, çocuğun evdeki uyuma ortamı, doğru oyuncak seçimi, ev kazaları ve ilk yardım uygulamaları konusunda bilgi alma durumu, evde ilk yardım çantası- yangın tüpü- acil durum telefonlarını bulundurma durumu, itfaiye ve ambulansın numarasını bilme durumu ile annelerin ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Ebeveynlerin yaşadıkları evin her köşesinde çocuklarının karşılaşılabileceği tehlikeli durumları belirlemeleri, ev ortamında ev kazası riskini azaltacak düzenlemelerde bulunmaları,
- Çocuklar için kaza açısından gerekli tedbirlerin alındığı oyun alanlarının oluşturulması,
- Çocukların kaza oluşumuna sebep olabilecek tehlikeli davranışlar konusunda eğitilmesi,
- Ev kazalarını önleme konusunda eğitim verecek olan sağlık görevlilerinin, sosyal hizmet uzmanlarının ve öğretmenlerin bu konudaki bilgilerinin artırılması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin ev ziyaretleri düzenleyerek ev kazalarını önleme konusunda ebeveynlere eğitim vermesi, bu eğitimler ile annelerde kazaların önlenebilirliğine ilişkin farkındalığın artırılması,
- Ev kazaları ile ilgili eğitimler verilirken çocuğun büyüme ve gelişim özelliklerinin dikkate alınması,
- Yetiştirilmiş uzmanlar tarafından evlerin kaza riski açısından değerlendirilmesi, tehlikeli ortam ve durumların tespit edilerek gerekli önlemlerin alınabilmesi için aileye rehberlik edilmesi,
- Yüksek risk taşıyan gruptaki (eğitimsiz, maddi olanakları sınırlı aileler) ailelerin çocuklarının daha yakından izlenmesi,
- Annelere ev kazalarında yapılacak ilk yardım uygulamaları konusunda eğitimler verilmesi, bu eğitimlerin planlanmasında ve yürütülmesinde halk sağlığı çalışanlarının ve çocuk hemşirelerinin rol alması,

- Sağlam çocuk izlemlerinde doktor ve çocuk hemşireleri tarafından, ev kazaları konusunda ailelere danışmanlık yapılması,
- Sağlık kuruluşlarında ev kazalarına yönelik eğitim materyalleri (broşür, kitapçık) dağıtılması,
- Her iki cinsiyet için, tüm yaş gruplarını ve çevreyi de içeren uzun vadeli programların hazırlanması, bu programlarda hemşirelere aktif rol verilmesi ve bu programları değerlendirecek ölçütlerin geliştirilmesi,
- Ev kazaları konusunda, ülke çapında veriler elde edebilmek için araştırmalar yapılması,
- Kaza/yaralanma sıklığını ve nedenlerini içeren ülke genelinde düzenli bir kayıt sisteminin ve veri tabanının oluşturulması,
- Basın-yayın organları yolu ile eğitim vererek konunun önemine dikkat çekilmesi,
- Hemşirenin ebeveynle karşılaştığı her ortamda ev kazası konusunda eğitim ve danışmanlık fırsatlarını değerlendirerek anneleri bilinçlendirmesi önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Ademola AS, Dedeke IO, Oyelami OA.(2010) Childhood injuries in Ilesa, South-Western Nigeria: causes, pattern, and outcome. West Afr J Med, Jul- Aug., 29(4): 253-258

Agran PF, Winn D, Anderson C, Trent R, Walton Haynes L.(2001) Rates of pediatric and adolescent injuries by year of age. Pediatrics, September, 108(3): E45

Akgüngör L.(2002) Evde sokak kadar tehlikeli. Çocuk ve Aile Dergisi, 5(46): 49-52

Aktaş B.(2010) 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanımlama durumu. STED, 19(4): 146-149

Aktürk Ü, Erci B.(2012) 0-5 yaş grubu çocuğa sahip annelerin ev kazalarına neden olan faktörler ve önlemeye yönelik bilgi tutum ve davranışlarının saptanması. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, Bildiri Özet Kitabı, s: 863- 864

Alasya E.(2012) 1-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşe

Alptekin F.(2004) Aksaray il merkezinde ev kazaları epidemiyolojisi, korumaya yönelik tutum ve davranışlar, ev kazalarına yönelik ilkyardım bilgi düzeyi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta

Altundağ S, Öztürk MC.(2004) Ev kazaları nedeniyle hastaneye gelen 3-6 yaş grubu çocuklardaki kaza türleri ve bunu etkileyen etmenler. Çocuk Forumu, Mayıs- Ağustos, 5: 60-64

Altundağ S.(2005a) Ev kazalarına yönelik eğitimin, güvenlik önlemleri alınması ve kaza görülme sıklığına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Altundağ S, Öztürk MC.(2005b) Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri alma konusundaki tutumların saptanması. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 22-24 Eylül, İzmir, Bildiri Özet Kitabı, s: 270

Arı S.(2008) Elektrik çarpması. Bursa İl Sağlık Müdürlüğü. Erişim Tarihi:12.11.2013. Erişim Adresi: <http://www.bsm.gov.tr/acilsaglik/docs/elektrik1.pdf>.

Ashley DL, Menkedick JR, Wooton JV.(2002) Healthy Home Issue: Injury. External Review Draft, Version 2, US Department of Housing, Washington

Aşırđizer M, Yavuz MS, Albek E, Cantürk G.(2005) Infant and adolescent deaths in İstanbul due to home accidents. The Turkish Journal of Pediatrics, 47: 141-149

Atak N, Karaoğlu L, Korkmaz Y, Usubütün S.(2010) A household survey: unintentional injury frequency and related factors among children under five years in Malatya. Turk J Pediatr, 52: 285-293

Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MJ, Li G.(1992) The injury fact book. 2nd ed. Oxford University Press, New York, p: 33

Balibey M.(2001) Kırsal, yarı kentsel ve kentsel yerleşim yerlerinde çocukluk çağı ev kazaları ve kazalara yol açan etmenler. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara

Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F.(2011) Çocukluk çağında ev kazalarına yol açan etmenler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 20(3): 89

Baran Aksakal FN, Çetin FE, Özdemirkan T, Tunca MZ, Aygün R.(2012) 0-6 yaş çocuğu olan ebeveynlerin ev kazaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, Bildiri Özet Kitabı, s: 329-331

Bebiş H, İnanç N.(2000) Evde meydana gelen yanıklardan korunma ve ilkyardım bilgi düzeyinin belirlenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi, Temmuz-Ağustos, 3(4): 22-29

Bertan M, Çakır B.(1995) Halk Sağlığı Yönünden Kazalar. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. Ed: Bertan M, Güler Ç, Ankara, s: 462-472

Bilir N, Yıldız AN.(2007) Temel İlk Yardım. Türk Eczacılar Birliği, Eczacılık Akademisi Yayını, Ankara

Boztaş G.(2008) 0–48 aylık çocukların ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalarına ilişkin annelerinin davranış ve görüşlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara

Brook U, Boaz M.(2003) Children hospitalized for accidental injuries: Israeli experiences. Patient Education and Counseling, 51(2): 177-182

Brunner LS, Suddarth DS.(1982) Safety: Incidence of Childhood Accident. Pediatric Nursing. 3rd ed. Lippincot Company, Philadelphia

Bulut A, Gökçay G, Uğur Baysal S.(2003) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Sosyal Pediatri, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, s: 59-66

Büken E, Büken B, Çağdır S.(2002) Çocuklarda yanık ve kaza dışı yanıklara adli tıbbi bakış. Çocuk Forumu Dergisi, 5(1): 22-30

Chen LH, Gielen AC, McDonald EM.(2003) Validity of self reported home safety practices. Injury Prevention, 9: 73-75

Childhood Injury Fact Sheet(2004). National SAFE KIDS Campaign (NSKC). Washington (DC). Erişim Tarihi: 08.10.2013. Erişim Adresi: http://www.safekids.org/tier3_cd.cfm?content_item_id=1030&folder_id=540.

Chini F, Farchi S, Giorgi RP, Camilloni L, Borgia P, Guasticchi G.(2006) Road and home accident injuries of infants and adolescents in the Lazio region. Results of an integrated surveillance system. *Epidemiol Prev*, 30 (4-5): 255-262

Coniglio MA, Bonaccorso A, Scillieri R, Giammanco G, Pignato S.(2005) Domestic injuries in childhood. Results of a survey carried out in a Scilian area. *Ann Ig*, 17(3): 261-267

Conrad RP, Beattie TF.(1996) Knowledge of pediatric first aid in the general population. *Accid Emerg Nurs*, 4(2): 68-72

Coşkun C, Özkan S, Maral I.(2008) Çankırı-Eldivan ilçe merkezinde 0-14 yaşlar arasında çocuğu olan annelerin ilk yardım bilgi düzeyleri ve ilk yardım gerektiren durumların sıklığı. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2(3): 11-18

Çalışkan K, Avcı Ö, Acar V, Candan Dönmez Y.(2010) 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin düşmelere ilişkin ilkyardım uygulamalarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3): 2-8

Çarman BK, Palancı Y, Kılıç K.(2008) Anneler yanan çocuklarını tedavi etmek için neler yapıyor? *Türkiye Klinikleri J Pediatr*, 17(3): 169-174

Çelik İnanç D, Uğur Baysal S, Ertem Vehid H, Taviloğlu K.(2003) Epidemiologic and behavioral determinants in childhood injuries. *ESSOP Annual Meeting*, 16-18 October, Madrid, Abstract Book, p:134

Çelik İnanç D.(2004) Çocukluk çağı yaralanmalarında davranışsal belirleyiciler neyi gösterir? *Klinik Çocuk Forumu*, 4: 6-11

Çelik İnanç D, Uğur Baysal S, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E.(2008) Çocukluk çağı yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler. Türk Ped Arş, 43: 84-88

Çelik Y, Meral C, Öztürk B, Purisa S.(2010) Çocuk polikliniğinde izlenen bebeklerin uyuma pozisyonlarının değerlendirilmesi. Çocuk Dergisi, 10(4): 179-182

Çınar ND.(1999) 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi ve çocuktaki kazaları önlemede annelere verilen eğitimin etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul

Çınar ND, Görak G.(2003) 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Çocuk Forumu, 6: 22-27

Çınar ND.(2004) 0-6 Yaş grubu çocukların ev kazalarından korunmasında ailenin rolü. Klinik Çocuk Forumu, s: 62-66

Çınar ND, Görak G.(2007) Mother's role in preventing childhood home accidents. Revista Brasileira em Promoção da Saúde Universidade de Fortaleza, 20 (4): 238-242

Dal Santo JA, Goodman RM, Glik D, Jackson K.(2004) Childhood unintentional injuries: factors predicting injury risk among preschoolers. Journal of Pediatric Psychology, 29(4): 273-283

Del Ciampo LA, Ricco RG, De Almeida CA, Mucillo G.(2001) Incidence of childhood accidents determined in a study based on home surveys. Ann Trop Paediatr, 21(3): 239-243

Department of Health, Social Services and Public Safety (DHSSPS) (2011). Report on the review of the home accident prevention strategy & action plan 2004- 2009. Erişim Tarihi: 13. 01. 2013. Erişim Adresi: [http:// www. dhsspsni. gov. uk/ review_of_the_home_accident_prevention_strategy_2011. pdf.](http://www.dhsspsni.gov.uk/review_of_the_home_accident_prevention_strategy_2011.pdf)

Dereli F, Turasay N, Özçelik H.(2010) Muğla İki No'lu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 0-6 yaş çocuğu olan annelerin ilkyardım konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull, 9(3): 217-224

Dericioğulları A, Konak Ş, Kılınç G, Orun Kavak H.(2007) 0–6 yaş grubu çocuğa sahip annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama durumu. 5. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, s: 65

Drago DA.(2005) Kitchen scalds and thermal burns in children five years and younger. Pediatrics,115: 10-16

Dramalı A, Kaymakçı Ş, Özbayır T, Yavuz M, Demir F.(2005) Temel İlkyardım Uygulamaları. Ege Üniversitesi Basım Evi, İzmir, s: 75-167

Dowd MD, Keenan HT, Bratton SL.(2002) Epidemiology and prevention of childhood injuries. Critical Care Medicine, November, 30(11): 385-392

Emir H.(2004) Çocuk Yaralanmaları: Çocuk Cerrahinin Deneyimi. Klinik Çocuk Forumu, 4(2): 12-16

Erdem Y, Nazik B.(2003) Hastaneye kaza ve yaralanma sonucu getirilen 0–14 yaş arası çocukların retrospektif olarak incelenmesi. Eğitimde, Bilimde, Haberde Sağlık Dergisi, 4(1): 12-17

Erkal S.(1992) Ev kazalarına neden olan konut faktörlerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Erkal S, Şafak Ş.(1994) Ev kazalarına neden olan konut faktörlerinin incelenmesi. Sağlık Dergisi, 66(1-2): 31-41

Erkal S, Şafak Ş.(2003) Tuzlucaıyır sağlık ocağı bölgesinde yaşıyan ailelerde ev kazası görülme durumu ve konutların ev kazası riski açısından incelenmesi. Sağlık ve Toplum, Nisan-Haziran, s: 96-100

Erkal S, Şafak Ş.(2006) Determination of the risks of domestic accidents for the 0-6 age group in the Tuzlucaıyır Village Clinic neighborhood. The Turkish Journal of Pediatrics, 48: 56-62

Erkal S.(2010) Identification of the number of home accidens per year involving children in the 0-6 age group and the measures taken by mothers to prevent home accidets. Turkish Journal of Pediatrics, 52(2): 150-157

Gershon RRM, Dailey M, Magda LA, Riley HEM, Conolly J, Silver A.(2012) Safety in the home healthcare sector: development of a new household safety checklist. Journal of Patient Safety, 8(2): 51-59

Gr K, Erol S, Sezer A, Şişıman FN.(2013) Ev ziyaretleriyle ev kazası risk faktörlerinin saptanması ve belirlenen kazaların zellikleri. STED, 22(6): 226-232

Hall Long B, Schell K, Corrigan V.(2001) Youth safety education and injury prevention program. Pediatric Nursing, 27(2): 141-146

Hambidge SJ, Davidson AJ, Gonzales R, Steiner JF.(2002) Epidemiology of pediatric injury-related primary care office visits in the united states. Pediatrics, 4: 559-565

Hamzaoğlu O, Özkan O, Janson S.(2002) Incidence and causes of home accidents at Ankara iğiltepe apartments in Turkey. Acc Anal Prev, 34: 23-28

Hendrickson SG.(2005) Reaching an underserved population with a randomly assigned home safety intervention. *Injury Prevention*, 11: 313-317

Hijar Medina MC, Tapia Yanez JR, Lozano Ascencio R, Lopez Lopez MV.(1992) Home accidents in children less than 10 years of age: causes and consequences. *Salud Publica Mex*, 34: 615-625

Horwitz SM, Morgenstern H, Dipietro L, Morrison CL.(1988) Determinants of pediatric injuries. *Am J Dis Child*, 142(6): 605-611

Kahveci M, Çeltik C, Karasalihoğlu S, Acunaş B.(2004) Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Başvuran Çocukluk Çağı Zehirlenmelerinin Değerlendirilmesi. *STED*, Ocak, 13 (1): 19-21

Karataş B, Kettaş E, Yurtsever S.(2006) Interventions by Mothers of 1-6 Years Old Children After Home Accidents. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 3: 1-14

Karatay G, Akkuş Y, Alp N.(2011) Çocuklarda solunum yolu enfeksiyonları: Eşitsizlikler temelinde bir çalışma. *STED*. 20(5): 178-183

Karatepe TU, Akış N.(2012) Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 0-6 yaş çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili faktörler.15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, Bildiri Özet Kitabı, s: 885-886

Kendrick D, Watson M, Mulvaney C, Burton P.(2005) How useful are home safety behaviours for predicting childhood injury? A cohort study. *Health Education Research*, 20 (6): 709-718

Kendrick D, Coupland C, Mulvaney C, Simpson J, Smith SJ, Sutton A, Watson M, Woods A.(2007) Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.CD005014. DOI:10.1002/14651858.CD005014.pub2

Kılıç B, Demiral Y, Özdemir Ç, Özdemir S., Djemalaj F, İlüm O, İlişer R, Akgün M, Şentürk B, Şahin F.(2006) İzmir’de bir gecekondu bölgesinde evde yaralanma insidansı. Toplum Hekimliği Bülteni, Eylül, 25(3): 27-32

Kıran S, Semin S, Ergör A.(2001) Kazalar ve Toplum Sağlığı Yönünden Önemi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi(STED), Şubat, 10(2): 50-51

Kirby SD.(2002) Safe, comfortable housing for the elderly. Erişim Tarihi: 28.11.2013. Erişim Adresi: <http://www.cdc.gov/nasd/docs/d000101-d000200/d000139/d000139html.4>

Kırılmaz AY, Arısoy M.(2002) Ev Kazaları ve İlk Yardım. Sağlık ve Toplum Dergisi, Kasım-Aralık, 12(4): 27-32

Kim HB, Kim DK, Kwak YH, Shin SD, Song KJ, Lee SC, Park JO, Jang HY, Kim SC.(2012). Epidemiology of traumatic head injury in Korean children. J Korean Med Sci, 27: 437-442

King WJ, Klassen TP, LeBlanc J, Bernard Bonnin AC, Robitaille Y, Pham B, Coyle D, Tenenbein M, Pless IB.(2001) The effectiveness of a home visit to prevention childhood injury. Pediatrics, Aug.,108(2): 382-388

King JW, Le Bland JC, Barrowman NJ, Klassen TP.(2005) Long term effects of a ahome visit to prevent childhood injury: three year follow up of a randomized tria. Injury Prevention, 11(2): 106-109

Koçer N.(2006) Çocuklar İçin İlk Yardım ve İlk Yardım Uygulamaları. Morpa Yayınları, Ankara, s: 12-16

Koştü N.(2005) 0-6 yaş grubunda çocuğu olan annelerin ev kazalarından çocuklarını korumaya yönelik aldıkları güvenlik önlemlerinin belirlenmesi. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 22-24 Eylül, İzmir, Bildiri Özet Kitabı, s: 282

Koturođlu G, Akřit S, Kurugöl Z.(2004) Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi çocuk polikliniğinde izlenen bebeklerin yatış pozisyonunun değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arřivi, 39: 78- 82

Köse Ö, Bakırcı N.(2007) Çocuklarda ev kazaları. STED, 16(3): 31-35

Lee LK, Walia T, Forbes PW, Osganian SK, Samuels R, Cox JE, Mooney DP.(2012) Home Safety Practices in an Urban Low-Income Population: Level of Agreement Between Parental Self- Report and Observed Behaviors. Clinical Pediatrics, 51(12): 1119–1124

Mahalakshmy T, Dongre AR, Kalaiselvan G.(2011) Epidemiology of childhood injuries in rural Puducherry, South India. Indian J Pediatr, 78(7): 821-825

Morrongiello BA, Major K.(2002) Influence of safety gear on parental perceptions of injury risk and tolerance for children’s risk taking. Injury Prevention, 8: 27–31

Morrongiello BA, Kiriakou S.(2004) Mothers Home-Safety Practices for Preventing Six Types of Childhood Injuries: What Do They Do, and Why? Journal of Pediatric Psychology, 29(4): 285–297

Mull DS, Agran PF, Winn DG, Anderson CL.(2001) Injury in children of low-income Mexican, Mexican American and non-Hispanic white mothers in the USA: A focused ethnography. Soc Sci Med, 52 (7): 1081-1091

Mulvaney C, Kendrick D.(2006) Do maternal depressive symptoms, stres and a lack of social support influence whether others living in deprived circumstances adopt safety practices for the prevention of childhood injury? Child: Care, Health & Development, 32(3): 311–319

Ong MEH, Ooi SBS, Manning PG.(2003) A review of 2517 childhood injuries seen in a Singapore emergency department in 1999- mechanisms and injury prevention suggestions. Singapore Med J, 44(1): 12-19

Örsal Ö, Tözün M, Ünsal A.(2011) Kadınların ev kazalarında ilk yardım bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. STED, 20(5): 202-208

Özcebe H.(2005a) Çocuk ve kazalar. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir, Bildiri Özet Kitabı, s:154-163

Özcebe H.(2005b) Çocuklar İçin Güvenli Kent [özet] II. Türk Belediyecilik Sempozyumu, Ankara, Bildiri Özet Kitabı

Özcebe H.(2006) Yaralanma Kontrol ve Korunma Programları ve Güvenli Toplumlar. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Eds: Güler Ç, Akın L. Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, s: 685-698

Özmen D, Ergin D, Şen N, Çetinkaya AÇ.(2007) 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanılanması. Aile ve Toplum Dergisi, Nisan-Mayıs- Haziran, 9: 3(12): 13-20

Öztürk C, Sarı H, Bektaş M, Elçigil A.(2010) Home accidents and mothers measurements in preschool children. Anatol J Clin Investig, 4(1): 15-21

Paes CEN, Gaspar VLV.(2005) Unintentional injuries in the home environment: home safety. J Pediatr, 81(Suppl 5): 146-154

Peden M, McGee K, Sharma G.(2002) The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. World Health Organization, Geneva

Peek Asa C, Heiden EO.(2008) Injury Control: The Public Health Approach. In: Maxy - Rosenau - Last Public Health and Preventive Medicine. Ed: Wallace RB. 15th ed. McGraw Hill, New York, p: 1319-1328

Penbegül ML.(2006) İlaç zehirlenmesi olan çocuk olgularda demografik özellikler ve ailesel etkenlerin değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul

Phelan K J, Khoury J, Xu Y, Lanphear B.(2009) Validation of a home injury survey. Injury Prevention, 15(5): 300-306

Posner JC, Hawkins LA, Garcia EG, Durbin RD.(2004) A randomized, clinical trial of a home safety intervention based in an emergency department setting. Pediatrics, 113: 1603-1608

Potts NL, Mandelco BL.(2002) Pediatric nursing caring for children and their families. Delmor Company, USA, p: 14-17

Rivara FP, Grossman D.(2007) Injury Control. In: Nelson Textbook of Pediatrics. Eds: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. 18th ed., Saunders-Elsevier, Philadelphia, p: 366-375

Robertson AS, Rivara FP, Ebel BE, Lymp JF, Christakis DA.(2005) Validation of parent self reported home safety practices. Injury Prevention, 11: 209-212

Rodriguez JG, Brown ST.(1990) Childhood injuries in the united states: A priority issue. Am J Dis Child, Jun, 144(6): 625-626

Runyan CW, Casteel C, Perkis D, Black C, Marshall SW, Johnson RM, Coyne-Beasley T, Waller AE, Viswanathan S.(2005) Unintentional injuries in the home in the United States Part I: Mortality. American Journal of Preventive Medicine, 28(1): 73-79

Sarıkayalar F.(2004) Çocukluk zehirlenmelerinde gelişme ve değişmeler. Klinik Çocuk Forumu, 4: 22-23

Schwebel DC, Gaines J.(2007) Pediatric Unintentional Injury: Behavioral Risk Factors and Implications for Prevention. J Dev Behav Pediatr, 28: 245–254

Sengoelge M, Bauer R, Laflamme L.(2008) Unintentional child home injury incidence and patterns in six countries in Europe. Int J Inj Contr Saf Promot, September, 15(3): 129-139

Serinken M, Türkçüer İ, Karcıoğlu Ö, Akkaya S, Uyanık E.(2011) Kadınların başına gelen ev kazaları ve ilk yardım bilgi düzeyleri. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 17 (5): 445-449

Shaw J, Nelson E.(2007) Pediatrics. In: The Prevention of Accidents. Eds: Osborn ML, Dewitt GT, First RL, Zenel A J, s: 215- 218

Singer AJ, Gulla J, Thode HC, Cronin KA.(2004) Pediatric first aid knowledge among parents. Pediatr Emerg Care, 20(12): 808-811

Smith CM.(2009) Home Visit: Opening the Doors for Family Health. In: Community / Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations. Eds: Maurer FA, Smith CM. 4th ed. Saunders Elsevier, United States, p: 302-321

Somyürek İ.(2000) İlk Yardım Ders Kitabı. Somgür Yayıncılık, Ankara, s: 249-350

Soori H, Naghavi M.(1998) Childhood deaths from unintentional injuries in rural areas of Iran. Inj Prev, 4: 222-224

Stone KE, Eastman EM, Gielen AC, Squires B, Hicks G, Kaplin D, Serwint JR.(2007) Home safety in inner cities: prevalence and feasibility of home safety-product use in inner-city housing. Pediatrics, Aug., 120(2): 346-353

Strukcinskiene B, College K.(2003) Child safety promotion and home injury prevention. Safety and Health Expo, 12: 18-20

Tanır F.(2011). Kazalar ve İlk Yardım. Erişim Tarihi: 10.Mayıs.2012. Erişim Adresi:<http://cukurovatip.cu.edu.tr/halksagligi/dersnotlari/B%C3%B6l%C3%BCm-16-Kazalar%20ve%20%C4%B0lk%20Yard%C4%B1m-TANIR-.2011.pdf>

Tappin D, Ecop R, Brooke H.(2005) Bedsharing, roomsharing and sudden infant death syndrome in Scotland: a case-control study, J Pediatrics, 147: 32-37

Tekin D, Suskan E.(2010) What Do Parents Know? A Survey on Pediatric First Aid Knowledge of 631 Parents in Turkey. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 30(6): 1999-2003

Theologos F, Nick D, Delia Marina A, Constantine F, George P, Melpomeni M, Eleni TP.(2007) Magnitude and object-specific hazards of aspiration and ingestion injuries among children in Greece. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 71: 317-324

Tomruk Ö.(2002) Acil servise başvuran hastalara eşlik eden hasta yakınlarının ilk yardım bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörlerin saptanması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, İzmir

Tsoumakas K, Dousis E, Mavridi F, Gremou A, Matziou V.(2009) Parent's adherence to children's home-accident preventive measures. International Council of Nurses, 56(3): 369-374

Turan İ.(2005) Ankara ili Mamak ilçesi Mamak sağlık ocağı bölgesinde oturan 0-6 yaş grubu çocuğu olan ev hanımlarının ev kazalarından korunma yolları hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü İlk Yardım ve Acil Bakım Bölümü, Ankara

Turan T, Ceylan SS.(2007) 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin ev kazalarını önlemek için aldıkları güvenlik önlemlerinin aile özelliklerine ve son bir aydaki ev kazaları sıklığına göre değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum, 17 (4): 52-58

Turan T, Dünder AS, Yorgancı M, Yıldırım Z.(2010) 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi, 16 (6): 552-557

Türk Dil Kurumu(2012). Erişim Tarihi: 10.Aralık.2013. Erişim Adresi: <http://tdkterim.gov.tr/bts/>.

Türk Hemşireler Derneği(2010) Hemşirelik Yönetmeliği. Erişim Tarihi: 14.Eylül.2013. Erişim Adresi: <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/hemsirelik-yonetmeliği.aspx>

T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.19.04.2011. Sayı:27910, Erişim Tarihi: 18.04.2013. Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr>

Uğur Baysal S, Yıldırım F, Bulut A.(2005) Çocuk Güvenliği Yaralanmalardan ve Zehirlenmelerden Korunma Güvenlik Kontrol Listesi. İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, İstanbul

Uğur Baysal S, Birinci A.(2006) Çocukluk Çağında Kazalar ve Yaralanma Kontrolü. Türkiye Klinikleri Journal Of Pediatrical Sciences, 2(2): 64-78

Ulukol B.(2004) Ev Kazaları. İçinde: Çocuk Acil Tıp Kitabı. Eds: Karaböcüoğlu M, Uzel N, Yılmaz L. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği, İstanbul, s: 283-394

Ulukol B, Şimşek F, Usubütün S, Gülnar S.(2005) 0-6 yaş grubu çocukların ev kazalarından korunmasında anne eğitiminin etkinliği. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir, Bildiri Özet Kitabı, s: 255-257

Uskun E, Alptekin F, Öztürk M, Kişioğlu AN.(2008) The attitudes and behaviors of housewives in the prevention of domestic accidents and their first aid knowledge levels. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.*, 14(1): 46-52

Usubütün S, Karaoğlu L, Korkmaz Y, Güneş G.(2005) Malatya il merkezinde yaşayan 0-5 yaş arası çocuklarda ev kazası sıklığı ve etkileyen faktörler. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, Ankara, Bildiri Özet Kitabı, s: 65

Vladutiu CJ, Nansel TR, Weaver NL, Jacobsen HA, Kreuter MW.(2006) Differential strength of association of child injury prevention attitudes and beliefs on practices: a case for audience segmentation. *Injury Prevention*, 12: 35–40

Warda LJ.(2000) Injury Prevention: Effectiveness of Primary Care Interventions. In: *Evidence Based Pediatrics*. Ed: Feldman W, B.C.Decker Inc., Hamilton, p: 267-281

World Health Organization(1993) *International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision(ICD-X)*, Geneva

World Health Organization(2001). *Injury Surveillance Guidelines*.Erişim Tarihi: 10.Eylül.2010.Erişim Adresi:http://www.who.int/violence_injury_prevention/index.htm

World Health Organization(2006) *Child and adolescent injury prevention: A WHO plan of action 2006- 2015*. Geneva. Erişim Tarihi: 15.02.2013. Erişim Adresi: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593385_eng.pdf.

World Health Organization(2008) News release, 10 December 2008| Geneva/ Hanoi/ New York Preventable injuries kill 2000 children every day. Erişim Tarihi: 20.06.2013. Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/en/print.html>.

Yalaki Z, Taşar MA, Kara N, Dallar Y.(2010). Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan ailelerin ev kazaları hakkında bilgi düzeylerinin ölçülmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 9: 129-133

Yaralanmalardan Korunma(2003). Erişim Tarihi: 08.10.13. Erişim Adresi: www.unicef.org-injury-prevention.

Yaycı N.(2003) Çocukluk çağı kafa travmaları. Çocuk Forumu Dergisi, Mayıs-Ağustos, 6(2): 34-38

Yertut D.(2004) Ev Kazaları ve İlkyardım. İçinde: Ailenin Sağlık Eğitimi. Ed: Çayboylu İ. T.C.Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayını, s: 3-25

Yıldırım N, Kublay G.(2012) 1-4 yaş dönemi çocukların ev kazası sıklığı ve risk faktörleri. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, Kongre Özet Kitabı, s: 865-867

Yıldız S.(2004) Yaralanmaların Epidemiyolojisi: Hemşirenin Bakışı. Klinik Çocuk Forumu, 4(2): 1-5

Yıldız Çiçekler C, Konuk Er R, Alakoç Pirpir D, Büyükbayraktar Ç.(2012) 0-6 yaş grubunda çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21(3): 157-174

Yılmaz MS, Piyal B.(2011) Çocukluk dönemi yaralanmaları. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 9(1): 48-50

EK- 1

FORM A

SOSYO - DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER SORU FORMU

A.1. Yaşınız nedir?.....

A.2. Eğitim durumunuz nedir?

- Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul
 Ortaokul Lise Üniversite Diğer

A.3. Ne iş yapıyorsunuz?

- İşçi Memur Emekli Özel sektör Çalışmıyor Diğer.....

A.4. Medeni durumunuz nedir?

- Evli Boşanmış Dul Birlikte yaşıyor Diğer.....

A.5. Eşinizin yaşı nedir?.....

A.6. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul
 Ortaokul Lise Üniversite Diğer.....

A.7. Eşiniz ne iş yapıyor?

- İşçi Memur Emekli Özel sektör Çalışmıyor Diğer.....

A.8. Aile tipiniz nedir?

- Geniş aile (anne, baba, çocuk ve aile büyüklerinden oluşan aile tipi)
 Çekirdek aile (anne, baba ve çocuklardan oluşan aile tipi)
 Parçalanmış aile (eşler ayrı)
 Diğer

A.9. Kaç çocuğunuz bulunmaktadır?.....

A.10. Aylık gelirinizi aşağıdaki seçeneklerden hangisi doğru olarak ifade etmektedir?

- 500- 1000 TL arası 1000- 1500 TL arası 1500- 2000 TL arası
 2000- 2500 TL arası 2500 TL ve üzeri Düzenli gelirimiz yok

A.11. Evinizde ısınma aracı olarak ne kullanıyorsunuz?

- Soba Kalorifer Elektrikli ısıtıcı Klima Diğer.....

A.12. Evinizin tipi nedir?

- Apartman dairesi Müstakil ev Gecekondu

A.13. Evinizde yangın alarmı var mı?

- Evet Hayır

A.14. Çocuğunuzun/çocuklarınızın odasında elektrikli ısıtıcı kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır

A.15. Çocuğunuzun/çocuklarınızın kendisine ait odası var mı?

() Evet () Hayır

A.16. Çocuğunuzun evde uyuduğu ortamla ilgili en uygun seçeneği belirtiniz.

() Kardeşleriyle birlikte aynı odada, ayrı yatakta uyuyor

() Kardeşleriyle birlikte aynı odada, aynı yatakta uyuyor

() Tek başına ayrı odada, ayrı yatakta uyuyor

() Bizim yatak odamızda, kendi yatağında uyuyor

() Bizimle aynı yatakta uyuyor

A.17. Çocuğunuzun bakımını kim/ kimler yapmaktadır? (Birden fazla seçenek seçebilirsiniz)

() Anne () Baba () Anneanne, babaanne () Bakıcı () Kreş () Diğer....

A.18. Çocuğunuzun yaşı nedir?.....

A.19. Çocuğunuzun cinsiyeti nedir?

() Kız () Erkek

A.20. Çocuğunuz ailenin kaçınıcı çocuğu?.....

A.21. Çocuğunuzun hastalığı nedir?.....

A.22. Çocuğunuzun, ev kazaları riskini arttıran bir sağlık sorunu var mı?

() Görsel sorunlar () İşitsel sorunlar () Motor-mental gerilik

() Bedensel engellilik () Diğer.....

A.23. Çocuğunuz daha önce herhangi bir ev kazasına maruz kaldı mı?

() Evet(ise belirtiniz.....) () Hayır

A.24. Çocuğunuz kaza geçirdiğinde yanında kim vardı? (Belirtiniz.....)

A.25. Kaza evin hangi bölümünde gerçekleşti? (Belirtiniz.....)

A.26. Çocuğunuz kazaya maruz kalınca siz ne yaptınız? (Belirtiniz.....)

A.27. Sizce kazanın sebebi neydi?

() Annenin ihmali () Çocuğun dikkatsizliği () Çevre faktörü () Diğer.....

A.28. Çocuğunuz kaza sonrası bir sağlık kuruluşuna götürdünüz mü?

() Evet(ise belirtiniz.....) () Hayır

A.29. Çocuğunuz daha önce ev kazası nedeni ile hastaneye yattı mı?

() Evet(ise belirtiniz.....) () Hayır

A.30. Evinizde kaza sonrası herhangi bir önlem aldınız mı?

() Evet(ise belirtiniz.....) () Hayır

A.31. Daha önce ev kazalarına yönelik bir eğitim aldınız mı?

() Evet(ise belirtiniz.....) () Hayır

EK-2

FORM B

EV KAZALARI BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU

B.1. Çocuklarınızı ev kazalarından korumaya yönelik aldığınız önlemlerden ilk 3 tanesini sırasıyla belirtiniz.

1).....

2).....

3).....

B.2. Çocuklarınızın evde en sık karşılaşılabileceği 3 kaza türünü sırasıyla belirtiniz.

() Düşme () Yanma () Zehirlenme () Boğulma () Kesikler () Elektrik çarpması

B.3. Evinizin en çok kaza riski taşıyan bölümlerini sırasıyla belirtiniz.

1).....

2).....

3).....

B.4. Pencere önünde mobilya bulundurur musunuz?

() Evet () Hayır

B.5. Evinizdeki pencerelerin emniyet kilidi var mı?

() Evet () Hayır

B.6. Çocuğunuzu yüksek yerlerde (masa, sandalye, yatak vb.) yalnız bırakır mısınız?

() Evet () Hayır

B.7. Çocuk karyolasının kenarlıklarını açık bıraktığınız olur mu?

() Evet () Hayır

B.8. Evinizin zemininde çocuğun düşmesine neden olabilecek (basamak, eşik gibi) çıkıntılar bulunur mu?

() Evet () Hayır

B.9. Halı ve kilimleriniz zemine sabitlenmiş mi?

() Evet () Hayır

B.10. Evinizde vitrin tarzı mobilyalar duvara sabitlenmiş mi?

() Evet () Hayır

B.11. Çocuğunuz/ çocuklarınız için yürüteç kullandınız mı?

() Evet () Hayır

B.12. Evinizin her bölümündeki aydınlatma yeterli mi?

() Evet () Hayır

B.13. Banyo ve mutfak zeminini sürekli kuru tutar mısınız?

() Evet () Hayır

B.14. Banyoda duş ve küvet içinde kaymayı önleyen malzemeler bulunduruyor musunuz?

() Evet () Hayır

B.15. Kesici ve delici aletleri nerede saklıyorsunuz?

a)Çekmecede

b)Çocuğun ulaşamayacağı yüksek bir rafta

c)Kilitli bir dolapta

d)Diğer.....

B.16. Evde ateşli silah bulunduruyor musunuz?

() Evet () Hayır

B.17. Evdeki sivri uçlu mobilyalardan çocuğunuzun zarar görmemesi için koruyucu kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

B.18. Eğer çocuğunuz emzik kullanıyorsa, emziğini iğne ile kıyafetine sabitler misiniz?

() Evet () Hayır

B.19. İlaçları nerede muhafaza ediyorsunuz?

a)Çekmecede

b)Çocuğun ulaşamayacağı yüksek bir rafta

c)Kilitli bir dolapta

d)Buzdolabında

e)Diğer.....

B.20.Çocuğunuza ilaç verirken içmek/yutmak istemezse ilacın şeker olduğunu söyleyerek içirmeye çalışır mısınız?

() Evet () Hayır

B.21.Temizlik maddeleri gibi kimyasalları nerede saklıyorsunuz?

a)Mutfak dolabının altında

b)Çocuğun ulaşamayacağı yüksek bir rafta

c)Kilitli bir dolapta

d)Buzdolabında

e)Banyo dolabının altında

f)Diğer.....

B.22. Açık satılan deterjan/çamaşır suyu vb. alır mısınız?

() Evet () Hayır

B.23. Çamaşır suyu gibi kimyasalları kendi ambalajı dışında meşrubat/ su şişesi vb. içinde sakladığınız olur mu?

() Evet () Hayır

B.24. Yanıcı ve yakıcı maddeleri (kibrit, çakmak vb.) nerede muhafaza ediyorsunuz?

- a) Çekmece
- b) Kilitli dolapta
- c) Rafta
- d) Diğer.....

B.25. Soba ve ısıtıcı çevresinde koruyucu parmaklık bulunduruyor musunuz?

- () Evet () Hayır

B.26. Masa ve sandalyeleri ocaktan uzak tutuyor musunuz?

- () Evet () Hayır

B.27. Çocuğunuzu banyo yaptıracağınız zaman öncelikle suyun ısısını kontrol eder misiniz?

- () Evet () Hayır

B.28. Tavada kızartma yaparken sapını nerede tutuyorsunuz?

- a) Ocağın yan tarafında
- b) Kendime doğru
- c) Ocağın arka tarafında

B.29. Elektrikli aletleri nerede saklıyorsunuz?

- a) Rafta
- b) Çekmece
- c) Kilitli dolapta
- d) Diğer.....

B.30. Prizlerde, plastik priz kapağı koruyucuları kullanıyor musunuz?

- () Evet () Hayır

B.31. Evinizde tehlikeli olabileceğini düşündüğünüz aşınmış elektrik kabloları var mı?

- () Evet () Hayır

B.32. Çocuğunuza oyuncak alırken nelere dikkat edersiniz?

- a) Yaşına uygun olmasına
- b) Çocuğun sevmesine
- c) Benim beğenmeme
- d) Eğitici olmasına
- e) Sağlıklı malzemeden yapılmasına
- f) Ucuz olmasına
- g) Diğer.....

B.33. Küçük parçalı oyuncakları (boncuk, bilye vb.) ortalıkta bıraktığınız olur mu?

- () Evet () Hayır

B.34. Çocuğunuzun ip, balon ve poşet gibi tehlike oluşturabilecek maddelerle tek başına oynamasına izin verir misiniz?

Evet Hayır

B.35. Baklagiller, kuruyemişler gibi küçük taneli besinleri nerede saklıyorsunuz?

Açıkta

Alçak ve kapağı açılabilir dolapta

Kilitli dolapta

Çocuğın ulaşamayacağı kadar yüksekte

Diğer.....

B.36. Eğer çocuğunuz emzik kullanıyorsa, emziğini bir kordonla kıyafetine sabitler misiniz?

Evet Hayır

B.37. Çocuğunuzu banyo yaptırırken yalnız bıraktığınız olur mu?

Evet Hayır

B.38. Klozet kapağını açık bıraktığınız olur mu?

Evet Hayır

B.39. Temizlik yaparken su dolu kovayı nereye bırakırsınız?

a) Açıkta

b) Çocuğın ulaşamayacağı yerde

c) Diğer.....

B.40. İşiniz bittiğinde, su dolu kovayı dolu olarak muhafaza eder misiniz?

Evet Hayır

B.41. Evinizin balkon, mutfak ve banyo kapılarını sürekli kapalı tutar mısınız?

Evet Hayır

B.42. Evinizin balkon, mutfak ve banyo kapılarında çocuk kilidi var mı?

Evet Hayır

B.43. Çocuğunuzu evde yalnız bırakır mısınız?

Evet Hayır

B.44. Çocuğunuz bir kaza geçirdiğinde onu cezalandırır mısınız?

Evet Hayır

EK-3

FORM C

EV KAZALARINDA YAPILACAK GİRİŞİMLER KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU

C.1. Evinizde ilk yardım çantası bulunduruyor musunuz?

Evet Hayır

C.2. Evinizde yangın tüpü bulunduruyor musunuz?

Evet Hayır

C.3. Daha önce herhangi bir kaynaktan ilk yardım hakkında bilgi aldınız mı?

Evet(ise belirtiniz.....) Hayır

C.4. Telefonunuzun üzerinde, acil durum telefonlarının yazılı olduğu bir etiket var mı?

Evet Hayır

C.5. Çocuğunuzu kapağı açık klozet önünde ıslak ve baygın halde buldunuz. Ne/ neler yaparsınız?

Hemen 112'yi ararım.

Sırt üstü yatırıp nefes alabilmesi için başına pozisyon veririm.

Ağızdan ağza nefes veririm.

Hemen en yakın sağlık kuruluşuna götürürüm.

Bilmiyorum

Diğer.....

C.6. Çocuğunuz çamaşır suyu içerse ne/ neler yaparsınız?

Ağız ve çevresini yıkarım.

Çocuğu kustururum

Ağızdan süt ve yiyecek bir şeyler veririm.

Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvururum.

Bilmiyorum

Diğer.....

C.7.Çocuğunuzu, şofben gazı kokan banyoda yatar durumda bulursanız ne/ neler yaparsınız?

Kapı ve pencereleri açar, ortamı havalandırırım.

Çocuğu temiz havaya çıkarırım.

Eşimi arar eve gelmesini beklerim.

Hemen 112'yi ararım.

Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvururum.

Süpürge ile odanın tabanına çöken gazı uzaklaştırırım.

Diğer.....

C.8. Çocuğunuzu elinde boncuklarla, morarmış bir şekilde buldunuz. Ne / neler yaparsınız?

- Hemen 112'yi ararım.
- Sırt üstü yatırıp nefes alabilmesi için başına pozisyon veririm.
- Ağız içini parmakla kontrol edip yabancı cisim varsa çıkartırım.
- Ellerimi, göbek çukuru üstündeki boşluğa üst üste koyarak içe-yukarı doğru 5 kez darbe uygularım.
- Bebeği yüz üstü gelecek şekilde kolumun üstüne yatırıp, baş ve çene kısmını elle kavrarım. Kolumu aşağı doğru bükerek dizimle desteklerim.
- Bebeğin sırtına kürek kemiklerinin hizasından, elin taban kısmı ile 5 kez vururum.
- Bebeğin burnuna kaçan yabancı cisimi cımbızla çıkartırım.
- Hemen en yakın sağlık kuruluşuna götürürüm.
- Bilmiyorum
- Diğer.....

C.9. Çocuğunuzun, sizin ilacınızı içtiğini fark ettiniz. Ne/ neler yaparsınız?

- Akciğerlerine kaçmayacak şekilde çocuğu kustururum.
- Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvururum.
- İçtiğini düşündüğüm ilaç kutularını yanıma alırım.
- İçtiğinden emin değilsem doktora başvurmam.
- Hemen 112'yi ararım.
- Yoğurt yediririm.
- Bilmiyorum
- Diğer.....

C.10. Çocuğunuz yataktan düşerse ne/ neler yaparsınız?

- İlk 24 saat içinde kusma, dalgınlık, hafıza kaybı, karın ağrısı, solunum sıkıntısı, havale geçirme gibi bir durum olursa en yakın sağlık kuruluşuna götürürüm
- Kırık-çıkık veya iç kanama riski nedeniyle en yakın sağlık kuruluşuna başvururum.
- Burkulma ve morarmalarda, o bölgeyi kalp seviyesinin yukarısında tutarak üzerine 20 dakika beze sarılmış buz uygularım.
- Burkulan eklem sıcak uygulama yaparım.
- Burkulan ve kırılan bölgeyi oynatmam.
- Hemen en yakın sağlık kuruluşuna götürürüm.
- Düşme sonucu oluşan çıkıkları yerine oturtmaya çalışırım.
- Kırık- çıkıkçıya götürürüm.
- Bilmiyorum
- Diğer.....

C.11. Çocuğunuzun elini kestiğini görürseniz ne/ neler yaparsınız?

- Kesğin üzeri kirlenmişse temiz su ile yıkarım.
- Kanayan bölgeyi kalp seviyesinin yukarısına kaldırırım.
- Kanayan bölgeye bası uygulamam.
- Hemen en yakın sağlık kuruluşuna götürürüm.
- Kanayan bölgeye temiz beze sarılmış buz uygulamam.
- Kesilen bölgeye dikiş atılabilmesi için en kısa sürede sağlık kuruluşuna başvururum
- Kesik yaraların üzerine yara tozu, tentürdiyot, merhem vb. şeyler sürerim.
- Kopan organı temiz, ıslak bir beze sararak bir naylon torbaya, torbayı da buz dolu bir kaba koyarak çocuk ile birlikte sağlık kuruluşuna götürürüm.
- Bilmiyorum
- Diğer.....

C.12. Çocuğunuzun koluna kaynar su dökülürse ne/ neler yaparsınız?

- Yanmış alanda yüzük, bilezik varsa çıkartırım.
- Yanıkların üzerine yoğurt, diş macunu ya da yumurta akı sürerim.
- Yanan bölgeyi 5-10 dakika kadar soğuk suyun altında tutarım.
- Oluşan kabarcıkları patlatırım.
- Yanan bölgedeki kıyafetleri yaraya sürmeden çıkartırım.
- Temiz bir bezle yarayı kapatırım.
- Hemen en yakın sağlık kuruluşuna götürürüm.
- Yaraya direkt buz uygulamam.
- Hemen 112'yi ararım.
- Bilmiyorum
- Diğer.....

C.13. Çocuğunuzun elektrik çarparsa ne/ neler yaparsınız?

- Hemen 112'yi ararım.
- Elektrik akımını kesmeden su ile müdahale ederim.
- Kuru tahta, sopa, deri kemer ya da kuru gazete tomarı ile çocuğın elektrik teliyle olan ilişkisini keserim.
- Hemen en yakın sağlık kuruluşuna götürürüm.
- Lastik tabanlı ayakkabı ve kuru, lastik bir eldiven kullanırım.
- Elektrik sigortasını kapatırım.
- Yaranın üzerini temiz bez ile kapatırım.
- Bilmiyorum
- Diğer.....

C.14. Çocuğunuzun kıyafetleri ocaktan alev alırsa ne/neler yaparsınız?

() Alevleri söndürmek için “dur, yere uzan ve yuvarlan” uygulamasının yapılmasını sağlarım

() Hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvururum.

() Yangın söndürücüyü kullanırım

() Üzerine su dökerim

() İtfaiyeyi ararım

() Diğer

C.15. İtfaiyenin numarasını biliyor musunuz?

() Evet(ise belirtiniz.....) ()Hayır

C.16. Hızır acilin numarasını biliyor musunuz?

() Evet(ise belirtiniz.....) ()Hayır

C.17. Zehir danışma merkezinin numarasını biliyor musunuz?

() Evet(ise belirtiniz.....) ()Hayır

EK-4**FORM D****0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği**

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

B.20	Kesici aletleri (bıçak, tıraş bıçağı, makas gibi) çocuğumun ulaşamayacağı yerlerde saklarım.					
B.21	Çocuğumun ulaşabileceği yerlerde içi su dolu kova, leğen, tencere bırakmam.					
B.22	Evde veya bahçedeki zehirli bitkilerin (sarmaşık gibi) çocuklar için tehlike oluşturduğunu düşünürüm.					
B.23	Çocuğumun emzik veya nazar boncuğunu çengelli iğne ile üzerindeki giysilere takarım.					
B.24	Çöpleri çocuğumun erişemeyeceği yerde saklarım					
B.25	Çocuğumun banyo suyunun sıcaklığını derece veya dirsekle kontrol ederim.					
B.26	Yemek pişirirken çocuğumun mutfakta dolaşmasına izin veririm.					
B.27	Çocuğumun oyuncaklarını çabuk yanmayan maddelerden seçmeye özen gösteririm.					
B.28	Ütü gibi elektrikli aletleri kullanırken çocuğumun ulaşamayacağı yerlere koyarım.					
B.29	Tuvalette çocuğumun düşmemesi için boyuna uygun tuvalet adaptörleri kullanırım.					
B.30	Boş, kullanılmayan kutu ve plastik torbaları ortalıkta bırakırım.					
B.31	Ocak üzerindeki tava, tencere saplarını çocuğumun erişemeyeceği yönde yerleştirmeye dikkat ederim.					
B.32	Yeni emekleyen bebeklerin çevresinde ağızına götürebileceği cisimlerin olmamasına özen gösteririm.					
B.33	İp, kemer ve naylon şeritlerin çocuğum için tehlikeli olabileceğini düşünerek erişebileceği yerde bulunmamasına özen gösteririm.					
B.34	Balkonların kenarlıklı ve aralıksız olmasına özen gösteririm.					
B.35	Çocuğuma oyuncak seçerken, batıcı, kesici, delici ve küçük parçalı olmamasına özen gösteririm.					
B.36	Çocuğuma oyuncak alırken boyası çıkmayan maddeden yapılmış olmasına özen gösteririm.					
B.37	Evde bulunduğum zamanlarda bile balkon veya bahçe kapılarını kilitli tutarım.					
B.38	Pencerelemlere demir parmaklıklar veya benzeri engeller konulmasını sağlarım.					
B.39	Zehirli maddeleri (fare zehri, çamaşır suyu gibi) çocuğumun kolayca ulaşabileceği yerlerde bırakmam.					
B.40	Çocuğum bir kaza geçirdiğinde onu cezalandırırım.					

EK-5 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

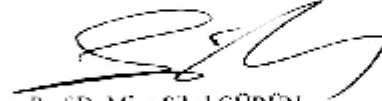
Sayı : B.30.2.ULU.0.20.70.02-050.99/53
Konu : Etik Kurul kararı

ULU/AL/2012

Sayın Yrd.Doç.Dr.Sevil İNAL
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve sorumlu araştırmacı olduğunuz "Hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamaları" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuzun 04 Aralık 2012 tarih ve 2012-25/9 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.


Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN
Kurul Başkanı

EKLER:
- Karar (1 adet)
- BGO formu (1 adet)
- Anket formu (1 adet)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA
Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029
e-posta: uukaek@uludag.edu.tr Elektronik Ad: www.tip.uludag.edu.tr

EK-5 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	Hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamaları
	SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd.Doç.Dr.Sevil Inal
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI	Hemşire Ebru Şekerçi-UÜTF
	ARAŞTIRMANIN TAHMİNİ SÜRESİ	6 ay
	KATILACAK GÖNÜLLÜ SAYISI	200
	DESTEKLEYİCİ	-
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ / NİTELİĞİ	Anket çalışması/ Yüksek Lisans tez çalışması	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı			Tarihi	Dili
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU			13.11.2012	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			13.11.2012	Türkçe
	ANKET FORMU				Türkçe
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU			13.11.2012	Türkçe

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2012-25/9	Tarih : 04 Aralık 2012
	<p>İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Sevil Inal'ın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda;</p> <p>1- Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna.</p> <p>2- Etik Kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun gönüllüye çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına.</p> <p>3- Araştırmanın başlangıç tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kuruluza iletilmesine.</p> <p>4- Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İy Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mine Sibel GÜRÜN

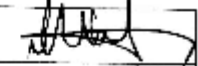
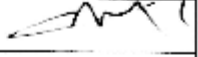

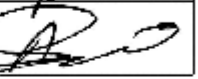
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeligi	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım (%)	İmza
Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN Başkan	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU BaşkanYardımcısı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Necdet KARLI Raporör	Nöroloji	U.Ü.T.F. Nöroloji ADI	E	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	İznil
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MDĞÖL Üye	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Görevli
Doç.Dr.Emel İRĞİL Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Mehtap BULUT Üye	Acil Tıp	Bursa Şevket Yılmaz EAH Acil Tıp Kliniği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD.	K	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Pinar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

Sayfa 1

EK-5 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.U.Hukuk Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD	F	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uz.Dr.Serhat YALÇINKAYA Üye	Göğüs Cerrahisi	Bursa Yüksek İhtisas EAH Göğüs Cerrahisi Kliniği	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Gürevi
Uz.Dr.Kagan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	İzmit
Ecz.Zeynep Gözde TUNCER Üye	Eczacı	UÜ.SUAM	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ahmet GÖREN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan Üye	Serhat Meslek	C	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Toplantıda Bulunma

EK-6

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

Çalışmanın Başlığı: Hastanede yatan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamaları.

Araştırmanın açıklaması:

Hemşire Ebru ŞEKERCİ, Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği'nde yatan 0-6 yaş grubu çocuk annelerinin ev kazaları konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacı ile bu çalışmayı planlamıştır.

Çocuklar kendilerini kazalardan koruyamadıkları için, kazalar açısından emniyetli ortamlarda yaşamaları, koruyucu önlemlerin alınması ve yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi erişkinlerin sorumluluğundadır. Bu sorumluluk da çoğu zaman çocukla daha çok birlikte olan annenin görevidir. Elde edilen verilerin, hemşirelerin annelere verecekleri eğitimlerin içeriğinin ve kapsamının belirlenmesinde, annelerin ev kazaları konusundaki farkındalık düzeylerinin artırılmasında, ev kazaları konusunda uygun tutum ve davranışların geliştirilmesinde, çocuklarda ev kazalarının neden olduğu ölüm ve sakatlıkların azaltılmasında katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Sizinde bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Karar vermeden önce, araştırmanın neden yapıldığı ve neyi içerdiğini anlamanız sizin için önemlidir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda ilgili sağlık çalışanlarıyla olan ilişkileriniz olumsuz yönde etkilenmeyecektir

Araştırmadan elde edilen veriler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret

istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası size verilecektir. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde sizin hakkınızda kısa tanıtıcı bilgiler ve konu ile ilgili sorular araştırmacı tarafından sorulacaktır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışma sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir. Sorulara vereceğiniz yanıtlarda objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Tarih:

Gönüllünün adı-soyadı ve imzası:

Araştırmacının adı-soyadı ve imzası: Ebru ŞEKERCİ

Araştırmacının çalıştığı kurum: Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Telefon no: 0 224 247 12 35

Sorumlu Araştırmacı:

Yrd. Doç. Sevil İNAL (Yüksek Lisans Tez Danışmanı)

İmza

Yardımcı Araştırmacı:

Hemşire Ebru ŞEKERCİ

İmza

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın hemşire Ebru ŞEKERCİ tarafından, Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Kliniği'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine, bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Ebru ŞEKERCİ'yi hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

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

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi, Telefon numarası:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası, Adresi, Telefon numarası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden görüşme tanığının Adı-soyadı, İmzası, Adresi, Telefon numarası:

EK-7

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	EBRU	Soyadı	ŞEKERCİ
Doğum Yeri	ISPARTA	Doğum Tarihi	01.07.1976
Medeni Hali	EVLİ	Yabancı Dil	İNGİLİZCE
E-mail	ebrusekerici@mynet.com	Tel	0 535 5942110

Eğitim ve Akademik Durum

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	U.Ü. Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2003
Lise	50. Yıl Avcılar İNSA Lisesi	1993

İş Tecrübesi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl- Yıl)
Hemşire	U.Ü.Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi- Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi	Haziran 2009- Devam ediyor
Hemşire	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi- Çocuk Acil	Ekim 2005- Haziran 2009
Hemşire	Bilecik Yenipazar Sağlık Ocağı	Ocak 2004- Ekim 2005