



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**9 – 36 AY ARASI ÇOCUKLARDA EV KAZALARINA
YÖNELİK EBEVEYN FARKINDALIĞININ
ARTTIRILMASINA ÜCRETSİZ OLARAK DAĞITILAN
GÜVENLİK ÖNLEMİNİN (PRİZ KAPAĞININ) ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hatice KILIÇ UYSAL

Antalya, 2020



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**9 – 36 AY ARASI ÇOCUKLARDA EV KAZALARINA
YÖNELİK EBEVEYN FARKINDALIĞININ
ARTTIRILMASINA ÜCRETSİZ OLARAK DAĞITILAN
GÜVENLİK ÖNLEMİNİN (PRİZ KAPAĞININ) ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hatice KILIÇ UYSAL

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Sevtap VELİPAŞAOĞLU

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2020

TEŞEKKÜR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında uzmanlık eğitimim boyunca her konuda desteğini esirgemeyen, üstün sabrı ve hoşgörüsü ile insanlık adına da çok şey öğrendiğim sayın danışman tez hocam Dr. Öğr. Üyesi Sevtap VELİPAŞAOĞLU başta olmak üzere,

Uzmanlık eğitimim boyunca her zaman büyük sabır ve hoşgörü ile davranan, bilgilerinden çok şeyler öğrendiğim tüm değerli hocalarıma; beraber çalıştığım asistan arkadaşlarıma, hemşirelere, sekreterlere ve personellere,

Desteğiyle hep yanımda olan, her zaman başaracağıma inanan, bugünlerimin mimarı olan canım annem, babam ve biricik kardeşime ve; yol arkadaşım sevgili eşim Özgür'e,

Hem annelik duygusunu yaşamamı sağlayan hem de iyi bir çocuk hekimi olabilmeyi onunla daha iyi anladığım canım oğlum Halil Batu'ya

en içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	vi
Tablolar Dizini	vii
Şekiller Dizini	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kaza	4
2.2. Yaralanma	4
2.3. Ölümcül Çocuk Yaralanmaları	4
2.4. Ölümcül Olmayan Çocuk Yaralanmaları	7
2.5. Kazaların Sınıflandırılması	8
2.5.1. Ev Kazası	8
2.5.1.1. Dünyada ev kazalarının görülme sıklığı	8
2.5.1.2. Türkiye’de ev kazalarının görülme sıklığı	8
2.5.1.3. Ev kazalarının epidemiyolojik özellikleri	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Örneklemi	22
3.4. Veri Toplama Yöntemleri	23
3.5. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları	24
3.6. Araştırmanın Etiği	24
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	24
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	45
7. ÖZET	48
8. ABSTRACT	50

9. KAYNAKLAR	52
10. EKLER	60
Ek 1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	60
Ek 2. Anket Formu	63
Ek 3. Post-test	66
Ek 4. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	67



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu



TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
3.1. Çalışmaya dahil etme ve dışlama ölçütleri	23
4.1. Çalışma öncesi ailelerin korktukları ev kazaları ve daha önceden geçirilen ev kazaları	27
4.2. Çalışma öncesi ev kazası geçirme durumuna göre katılımcıların özellikleri	28
4.3. Çalışma başlangıcındaki farkındalık skorlarının eğitim düzeyi ve ev kazası geçirme durumu ile ilişkisi	29
4.4. Çalışma başlangıcındaki farkındalık skorunun ebeveynlerin yaşları ve eğitim durumları ile korelasyonu	30
4.5. Çalışma başlangıcında ailelerin kullanmakta olduğu önlemler	31
4.6. Priz kapağı verilen (müdahale grubu) ve verilmeyen (kontrol grubu) grupta demografik özelliklerinin karşılaştırılması	32
4.7. Kontrol (yalnızca eğitim verilen) ve müdahale (eğitim ve priz kapağı verilen) gruplarındaki kaza sıklığı ve kaza önlemleri ile ilgili farkındalığın eğitim/müdahale öncesi ve sonrası dönemde karşılaştırılması	34
4.8. Müdahale (eğitim ve priz kapağı verilen) ve kontrol (yalnızca eğitim verilen) gruplarının çalışma öncesi ve sonrasında kaza önlemi alma sıklıkları	35
4.9. Çalışma sonunda kaza önlemlerini kullanan ve kullanmayan grupların çalışma başlangıcındaki farkındalık skorları	36
4.10. Kapak kullanımını etkileyebilecek demografik etmenlerin univariate analizi	37
4.11. Kapak kullanımını etkileyebilecek demografik etmenlerin multivariate analizi	38

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre beş yaş altı ölüm nedenleri (2016)	5
2.2. Sağlık Bakanlığı Ölüm Bildirim Sistemi beş yaş altı ölüm nedenleri (2017)	6
2.3. 0-17 yaş çocuk yaralanmaları sonucu gerçekleşen ölüm nedenleri, DSÖ, 2004	
4.1. Çalışmanın akış şeması	26

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada kazalar özellikle çocukluk çağında olmak üzere her yaş grubunda önlenabilir sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Her sene yüzlerce çocuk kazalar nedeniyle ölmekte, milyonlarcası ise engelliklere neden olan kazalara maruz kalmaktadır. Bu nedenle kazalar ölüm ve kalıcı engellilik nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Önlenabilir olmasına rağmen alınan tedbirlerin halen yetersiz kaldığı, bu konudaki farkındalığın istenen düzeylerde olmadığı görülmektedir. Bu nedenle kazaların önlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır (1).

Hastalıklar nedeniyle ölümler azalırken önlenabilir morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden birini oluşturan kazalar/yaralanmalar ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ne olursa olsun önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (2). Düşük ve orta gelirli ülkelerde çocuklar kazalar nedeniyle ölümlerin %95'ini oluştururken, yüksek gelirli ülkelerde bütün çocuk ölümlerinin %40'ı kazalara bağlı gelişmektedir (1).

Meraklı, çevresi ile ilgili, hareketli ancak hareket becerileri tam olarak gelişmemiş, davranışsal ve bilişsel gelişimleri henüz tamamlanmamış, olası riskleri algılamayan çocuklar kazalarla sık karşılaşır. Son on beş günlük süreç sorgulandığında 0-14 yaş aralığındaki çocukların %8,8'inin en az bir kere kaza geçirdiği belirlenmiştir (3). Kazalar sık görülürler ve oldukça ciddi sonuçlara sebep olabilirler. Kanada'da bir yaş üzeri çocuklarda yapılan bir çalışmada en sık ölüm nedeninin önlenabilir kazalar olduğu ve bu kazalar nedeniyle meydana gelen ölüm oranının %5,5 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada çocuk yoğun bakım birimindeki yatış nedenlerinin %13,2'sinin önlenabilir kazalar olduğu saptanmıştır (4). Ülkemizde son yapılan çalışmalardan birinde çocukların %13,9'u en az bir kez hastane başvurusu gerektiren ciddi kaza geçirme öyküsüne sahipken, bu çocukların yaklaşık olarak onda biri, iki ya da daha fazla sayıda ciddi kaza geçirmiştir. Araştırma sonuçları, ülkemizde de çocuklarda kazaların / yaralanmaların sık görülen mühim bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (2).

Türkiye’de yaralanmaları ve sonuçlarını takip eden bir sistem henüz olmamakla beraber, çocuk ve ergen ölümleri arasında kazaların tüm dünyada olduğu gibi ilk sıralarda olduğu düşünülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre kazalar 1-4 yaş çocuk ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Kazalardan sonra ortaya çıkabilen hastalanma, engel ve ölüm sıklığı, çocuklarda erişkinlere oranla çok daha fazladır. Kazalar süt çocukluğu döneminden sonraki ölüm nedenlerinin yaklaşık %45’ini oluşturmaktadır (5). Kazalar dünyada her sene yaklaşık olarak 900.000 çocuğun ölümüne sebep olmaktadır; ölümlerin büyük çoğunluğu gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerdedir. Bu ülkelerde, 15 yaş altı çocuk ölümlerinin %13’üne kazalar neden olmaktadır (2).

Ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışmada çocuklarda kaza sıklığı en çok 1-4 yaş grubundadır. Üç yaşından küçük çocuklarda kendini denetleme davranışlarının ve görme alanlarının henüz daha yetersiz gelişmiş olması, seslerin geldiği yönü tam seçememeleri gibi gelişimsel özellikleri sebebiyle kaza sıklığının artmış saptanması beklenen bir durumdur. Bu yaş grubunda kaza sıklığı artmış olmakla beraber büyük çocuklarda ciddi kazalar daha sık görülmektedir. Bunun sebebi, çocuğun yaşının ilerlemesi ile birlikte bağımsızlık duygusunun ve hareket becerilerinin artması, ancak tehlikeli durumları fark etmesi için gerekli olan deneyim ve karar verebilme yetisinin gelişmemiş olmasıdır. Yaralanma nedenleri arasında düşme, trafik kazaları, yanıklar ilk üç sırada yer almaktadır. Trafik kazaları beş yaşından büyüklerde ve erkeklerde daha sık görülmektedir (2).

Süt çocuğu, çocuk ve ergenlerin sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetleri önemli bir yere sahiptir. Amerika’daki insanların geçtiğimiz yüzyıl süresince yaşam sürelerinin 30 yıl kadar uzadığı saptanmıştır. Yaşam süresinin uzamış olması pediatrik yaş grubunda hedeflenmiş olan sağlık hizmetlerinde önemli gelişmeler olmasına bağlanmaktadır. Sağlıklı anne ve bebekler, güvenli ve sağlıklı yiyeceklerin temini, aşılama programları, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, motorlu taşıtlarda alınacak güvenlik önlemleri, kazaların önlenmesi için alınan tedbirler gibi temel örnekler daha sağlıklı nesillerin yetişebilmesi için alınacak ya da alınmış olan önemli hedefler arasındadır (1).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2005 yılında yaptığı bildiri ile çocuklarda ev kazalarını önlemek için tüm dünyada genişletilmiş bir program uygulanması gerekliliği vurgulanmıştır (6). Bunun hemen ardından çocuk kazaları 2006 yılında DSÖ'nün on yıllık eylem planına dahil edilmiştir (7).

Bu çalışma; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk ve Genel Çocuk Polikliniğine başvuran 9-36 ay arası çocukların ebeveynleri dahil edilerek yapılmıştır. Ev kazalarına yönelik farkındalığı arttırmak ve literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kaza

‘Kaza’ sözcüğü Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğüne göre ‘İstem dışı veya umulmayan bir olay dolayısıyla bir kimsenin, bir nesnenin veya bir aracın zarara uğraması’ olarak tanımlanmaktadır (8). DSÖ tarafından kaza; ‘insan iradesi dışında ani ortaya çıkan, bedensel ve ruhsal hasara yol açan beklenmeyen bir olay’ olarak tanımlanmaktadır (9).

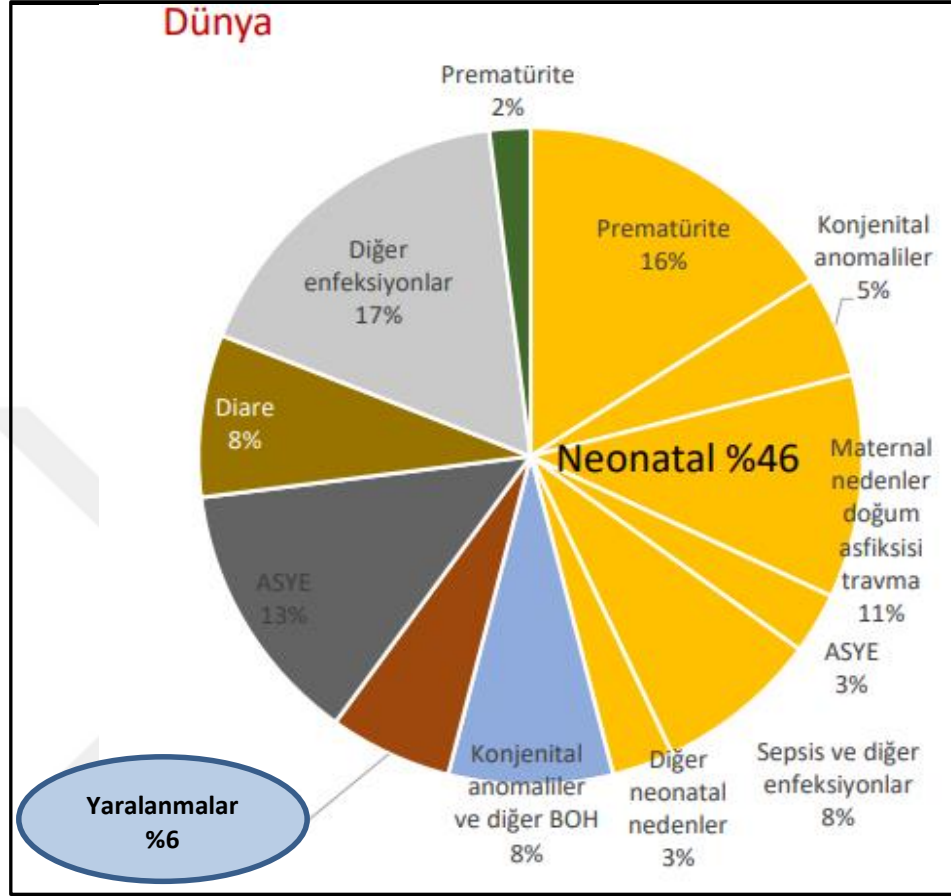
2.2. Yaralanma

Yaralanma; DSÖ’nün çocuk yaralanmalarının önlenmesine yönelik raporunda “bir insan bedeninin fizyolojik tolerans eşiğini aşan miktarlarda enerjiye aniden maruz kaldığında ortaya çıkan fiziksel hasar ya da oksijen gibi bir veya daha fazla yaşamsal elementin eksikliği sonucu ortaya çıkan durum” olarak tanımlanmıştır. Bu enerji mekanik, termal, kimyasal ya da radyasyon (yayılan) olabilir (1). Yaralanmalar kasıtlı ve kasıtsız olarak oluşabilmektedir. Kasıtlı yaralanmalar genellikle şiddet eylemleri olarak, kasıtsız yaralanmalar genel olarak kazalar şeklinde değerlendirilmektedir. Kasıtsız yaralanmanın (kaza) temel özelliği planlanmamış ve beklenmedik bir anda olmasıdır (10).

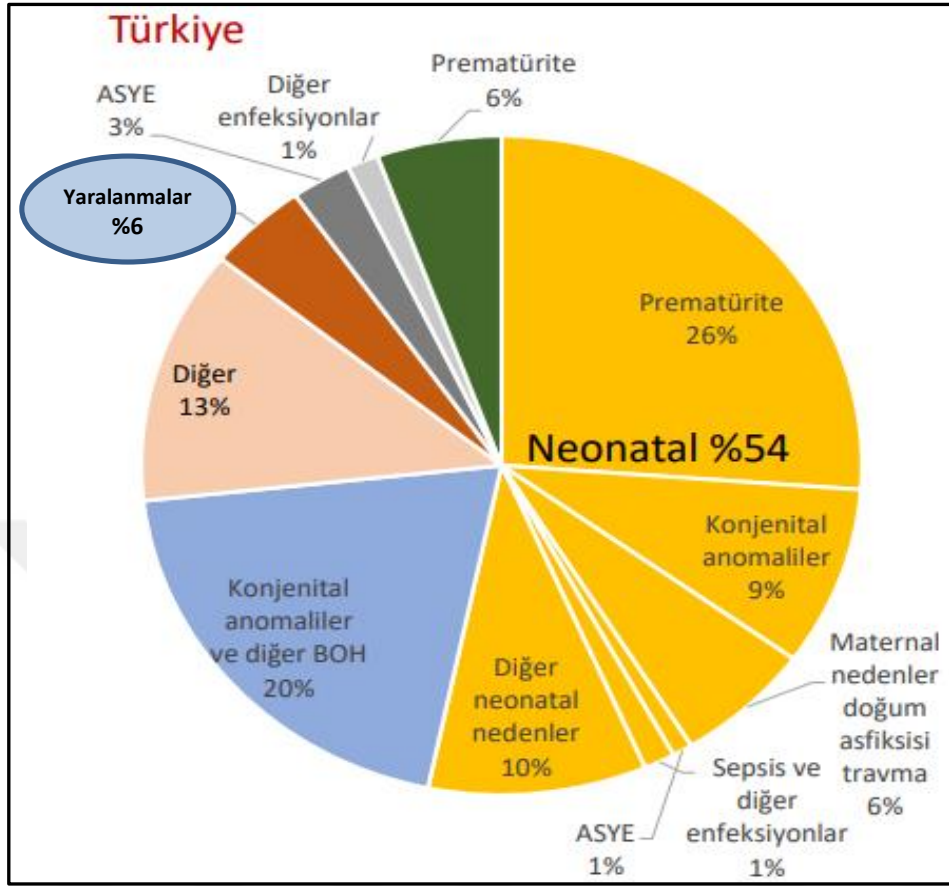
2.3. Ölümcül Çocuk Yaralanmaları

Çocuk yaralanmaları en sık trafik kazaları, boğulmalar, yanıklar, düşmeler ve zehirlenmeler sonucu meydana gelmektedir. Bu sebeplerle olan yaralanmalar tüm çocukluk çağı yaralanma sonucu oluşan ölümlerin %60’ını oluşturur. Bu nedenle DSÖ, yaralanmaların tüm dünyada önlenmesi konusundaki farkındalığın artırılmasının gerekliliğini bildirmektedir. Daha nadir görülen ve “istenmeyen diğer yaralanmalar” olarak tanımlanan diğer kategoride ise zehirli gazların inhalasyonu, yabancı cisim aspirasyonu, asfiksi, böcek ya da yılan sokması, hipotermi ve hipertermi bulunmaktadır. Bu grup ise çocukluk çağı ölümlerinin %23’ünü oluşturmaktadır (1). DSÖ verilerine göre beş yaş altı ölüm nedenleri

Şekil 2.1’de gösterilmiştir. Sağlık Bakanlığı Ölüm Bildirim Sistemi’nin 2017 verilerine göre beş yaş altı ölüm nedenleri de Şekil 2.2’de gösterilmiştir.

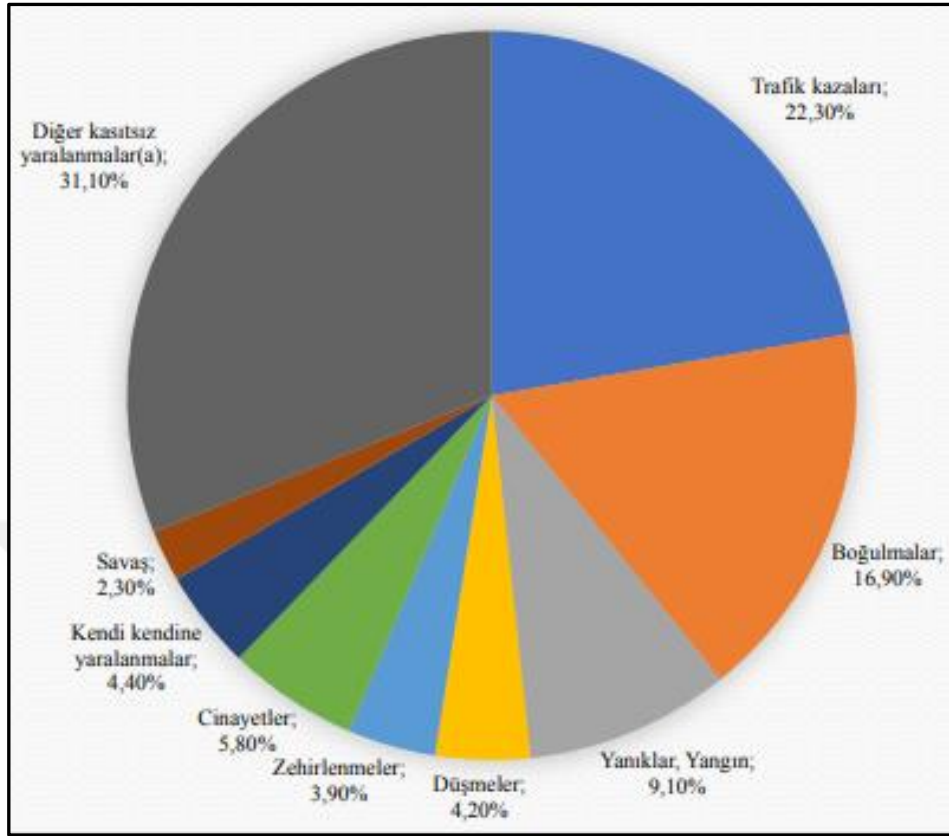


Şekil 2.1. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre beş yaş altı ölüm nedenleri (2016)
(ASYE: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu)



Şekil 2.2. Sağlık Bakanlığı Ölüm Bildirim Sistemi beş yaş altı ölüm nedenleri (2017) (ASYE: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu)

Çoğu bölgede ve ülkede cinsiyetler arasındaki ölümcül olan yaralanma farkı yaşla beraber artmaktadır. Küresel düzeyde, 1 yaş altındaki çocuklar ile 1–4 yaş arası çocuklar arasında yaralanmaya bağlı ölüm oranları, erkekler ve kızlar için yaklaşık aynıdır. Ancak 5-9 yaş grubundaki erkeklerde ölüm oranı yaklaşık %30, 10-14 yaş grubundakiler arasında ise %60 daha yüksektir. Tüm yaralanmalara bağlı ölümlerin özellikle yüksek gelirli ülkelerde %86'sından fazlasını 15–17 yaşlarındaki ergenler oluşturmaktadır (11). DSÖ'ye göre 0-17 yaş çocuk ölüm nedenleri Şekil 2.3'de gösterilmiştir.



Şekil 2.3. 0-17 yaş çocuk yaralanmaları sonucu gerçekleşen ölüm nedenleri, DSÖ, 2004.

2.4. Ölümcül Olmayan Çocuk Yaralanmaları

Ölümcül olmayan yaralanmalar ölümcül olan yaralanmalardan farklıdır ve uzun dönemli etkileri olabilmektedir. Kafa travmaları, en sık görülen ve potansiyel olarak en şiddetli yaralanma türüdür. Kesi ve yumuşak doku travmaları ise çocukların maruz kaldığı küçük yaralanmalar arasında en sık görülenleridir. Bununla birlikte kol ve bacaklarda görülen kırıklar 15 yaşın altındaki çocuklarda ortaya çıkan ve hastaneye başvurmayı gerektiren en yaygın yaralanma nedenleridir (1).

Ciddi bir travmadan kurtulan birçok çocuk, kendi hayatı ve ailelerinin hayatları üzerinde büyük bir etki yaratan engellerle birlikte yaşamlarını sürdürmektedir. Bu engeller fiziksel, zihinsel veya psikolojik olabilir (1).

2.5. Kazaların Sınıflandırılması

Oluş yeri ve şekline göre kazalar; trafik kazaları, endüstriyel kazalar, iş kazaları, okul kazaları, spor kazaları, ev kazaları olarak sınıflandırılabilir (12).

2.5.1. Ev Kazası

Ev kazası; evin içerisinde, bahçesinde veya çevresinde meydana gelen kazalardır (10). Ev kazaları; düşmeler, zehirlenmeler, yanıklar, kesiler, boğulmalar (suda boğulmalar, yabancı cisim aspirasyonu) şeklinde sınıflandırılabilir. Ev kazaları, sık rastlanmaları, korunabilir olmaları, ölüm veya sakatlığa yol açabilmeleri ve neden oldukları hastalık yükü nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çocuklar, yaşlılar, fizik, mental veya sosyal olarak özürllüler ev kazalarında en önemli risk gruplarını oluşturmaktadır (1).

2.5.1.1. Dünyada ev kazalarının görülme sıklığı

2000 yılında DSÖ'nün verilerine göre düşme, zehirlenme, boğulma ve yangınlara bağlı ölümler kazalara bağlı ölümlerin %26'sını oluşturmaktadır. Boğulma (%25) ve yanma (%15); DSÖ'nün verilerine göre beş yaş altındaki çocuklarda en sık ölüm nedenlerinin başındadır (13). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış ulusal bir araştırmaya göre çocukluk dönemindeki kazalar nedeniyle oluşan yaralanmaların %44'ü evde meydana gelmektedir (14). Hendrickson (15); ABD'de 5 yaşın altındaki çocuklarda kazalar nedeniyle meydana gelen yaralanmaların %90'ının ve bu yaralanmalara bağlı ölümlerin %50'sinin evde meydana geldiğini bildirmiştir. İskandinav ülkelerinde 15 yaş altı çocuklarda tüm kazaların %28'i ev kazalarıdır. Finlandiya'da ev kazaları tüm yaralanmalar içerisinde en sık görülenidir (16). Güney Kore'de yapılan bir çalışmada çocukların %49'unun en az bir kez ev kazası geçirdiği saptanmıştır (17).

2.5.1.2. Türkiye'de ev kazalarının görülme sıklığı

Türkiye'de ulusal çapta halen güncel net veriler olmamakla birlikte yapılan çalışmalarda ev kazalarının tüm kasıtsız yaralanmaların %18-25'ini oluşturduğu saptanmıştır (18).

Türkiye’de farklı zaman ve bölgelerde yapılan çalışmalara göre çocuklarda ev kaza sıklığı %24,5 ile %65,6 arasında değişkenlik göstermektedir (19, 20, 21).

Tezcan ve ark. (3) Altındağ ilçesinde 1990 yılında yaptıkları bir çalışmada 0-6 yaş aralığındaki çocuklarda acil servise başvuruların %37,5’inin ev kazaları nedeniyle meydana geldiğini tespit etmişlerdir.

Erkal ve Şükran; Ankara Tuzlu Çayır Sağlık Ocağı bölgesinde 2002 yılında yaptıkları bir çalışmada 0-6 yaş grubu çocuklarda son bir yılda meydana gelen ev kazası sıklığını %28,8 olarak bulmuşlardır (22).

Son beş yılda ülkemizde ev kazası nedeniyle 120 bin çocuğun hastanelerde sağlık bakımı aldığı, bu çocuklardan 2000’inin hayatını kaybettiği tespit edilmiştir (23).

2.5.1.3. Ev kazalarının epidemiyolojik özellikleri

Kişi Özellikleri

Yaş

Çocukların gelişimleri açısından yaşadıkları çevreyi keşfetmeleri önemlidir. Bu keşifleri sırasında çocuklar hareketlendikçe kaza sonucu yaralanma riskleri artmaktadır. Çevredeki tehlikelerin farkına varma ve buna uygun önlem alma becerisi zamanla kazanılmaktadır (24).

Çocukların geçirdiği kaza tipleri ve sıklıkları çocukların yaşlarına göre değişiklik göstermektedir. Bu değişiklikler çocuğun yaşına uygun fiziksel, nöromotor ve sosyal gelişim düzeyleri ile ilişkilidir (25).

Süt çocukları sözlü iletişim kuramazlar; ağızları ile keşfederler. Kısa sürede ince motor becerilerinde artış gözlenir. Bu süreçte çocukların düşme, yanık, suda boğulma, yabancı cisim aspirasyonu ve çocuk istismarı riskleri yüksektir (26).

Okul öncesi dönemindeki çocuklar meraklıdırlar. Bağımsızlık duyguları vardır ve oldukça hareketlidirler. Yanık, düşme, zehirlenme, suda boğulma ve çocuk istismarı riski bu dönemde fazladır (26).

Okul çağında bağımsızlık duyguları ve hareket becerileri fazladır; fakat tehlikeleri tanımak için deneyim ve karar verme becerileri gelişmemiştir. Bu nedenle motorlu taşıt ve bisiklet kazaları, yaya kazaları, oyun alanı ve spor kazaları ve çocuk istismarı sıklığı artmıştır (26).

Ergenler ve gençler ise bu dönemde risk almayı severler, arkadaşlarından sıklıkla etkilenirler ve düşünmeden hareket ederler. Deneyimleri ve bağımsızlık duyguları artmış olan bu dönemdeki çocuklar sıklıkla motorlu taşıt kazalarına, spor kazalarına maruz kalırlar. Arkadaşlar arasında şiddet, intihar girişimleri artmıştır (26).

Cinsiyet

Kız çocuklara göre erkek çocukları daha hareketli ve aktiflerdir, bu nedenle daha sıklıkla kaza geçirirler (27). DSÖ'nün raporuna göre; kız çocuklarına oranla 15 yaş altındaki erkek çocuklarda kaza nedeniyle yaralanmalar daha sıktır. Bunun nedeni olarak; erkeklerin kızlardan daha fazla risk almaları, daha aktif ve daha dürtüsel davranmaları, ebeveynleri tarafından kısıtlanmalarının daha az olması şeklinde değerlendirilmiştir (1).

Yalaki ve ark. (19) yaptıkları bir çalışmada ev kazası geçiren çocukların %52'sinin erkek olduğu saptanmıştır.

Laffoy'un bir çalışmasında ise ev kazası geçiren çocukların %59,2'si erkektir (28).

Ailenin Eğitim Durumu

Kaza geçirme riski ile eğitim durumu arasında ilişki bulunmaktadır. Ev kazası geçirme riski eğitim düzeyi düşük ailelerde daha yüksektir (29). Eğitim seviyesi yüksek olan ebeveynler, çocukların gelişim basamakları hakkında daha iyi bilgi sahibi oldukları için gerekli ev kaza önlemlerini alabilmektedir. Bu nedenle ev kaza sıklığı daha az görülmektedir (30).

Tuzlu Çayır Sağlık Ocağı bölgesinde Erkal ve Şafak tarafından yapılan bir çalışmada, ilkokul ve öncesi eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarında ev kazası sıklığı %55,1 olarak tespit edilmiştir ve annelerin eğitim düzeyi arttıkça ev kazası sıklığında anlamlı olarak düşüş gözlenmiştir (22).

Çalışan anne çocuklarının kaza geçirme sıklıkları çalışmayanlara göre daha azdır. Santo ve ark. (31) okul öncesi çocuğu olan 159 annede yaptıkları bir çalışmada; çalışmayan annelerin çocuklarında kazalar nedeniyle yaralanma riski çalışan anne çocuklarından 2,14 kat daha yüksek bulunmuştur.

Sosyo-Ekonomik Durum

Çocukların ev kazaları sonucu yaralanmalarında ailenin sosyoekonomik durumu da önemli faktörlerdendir. Sosyoekonomik seviyesi düşük olan ailelerin çocuklarının ev kazalarını daha sık geçirdikleri ve sosyoekonomik durumun düşük olması ile kaza sıklığının ve ölüm oranının arttığı bildirilmiştir (1).

DSÖ tarafından yoksul ailelerin çocuklarının ev kazaları açısından risk oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bunun nedeni olarak; kaliteli sağlık hizmetlerinden ve ev kazalarını önleme programlarından faydalanamamaları gösterilmiştir. Yine DSÖ raporuna göre; geliri yüksek ailelerde, çocuklar spor aktiviteleri sırasında kaza riski taşıırken, yoksul ailelerin çocukları düşmeler, yanıklar, zehirlenmeler ve boğulmalar açısından risk altındadır (1).

Gilbride ve ark. (24) Kanada'nın Alberta Bölgesinde Nisan 1995- Mart 1996 tarihleri arasında kaza sonucu olan yaralanmalar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuranların kayıtlarını incelemişler ve yaptıkları çalışmada kazalarda yaralanma riskinin düşük sosyoekonomik düzeyi olanlarda daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

Evde Yaşayan Kişi Sayısı

Yapılan çalışmalar evde yaşayan birey sayısı arttıkça ev kazası görülme sıklığının da arttığını bildirmektedir. Evdeki çocuk ve kişi sayısının fazlalığı nedeniyle oluşan gözetim ihmalinin bu sonuçlara sebep olduğu saptanmıştır (32).

Evde Karşılaşılan Kazalar Ve Korunma Yolları

Düşmeler

Çocukların düşmeye daha çok maruz kalmaları yaşları ve gelişim düzeyleri ile ilişkilidir (33). Yürümeyi öğrenme, koşma, zıplama, tırmanma ve etrafı keşfetme sırasında çocuğun düşmesi gelişiminin bir parçasıdır. Genellikle bu düşmeler küçük hasarlar ile sonuçlanırken bazen de ciddi yaralanmaların oluşmasına neden olabilir. Sonuç olarak çocukluk çağının önemli yaralanma, kalıcı sakatlık ve ölüm nedeni düşmelerdir (1).

Düşmeler en sık karşılaşılan ev kazası türüdür (13). Düşmeler, ev kazalarının neredeyse yarısını oluşturmaktadır ve dünyanın birçok bölgesinde çocuk ölümlerinin en önemli nedenleri arasında bulunmaktadır (34).

DSÖ'nün 2008 yılındaki raporuna göre dünyada her sene 47.000 çocuk düşmeler nedeni ile ölmektedir (1).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD)'de her yıl 2,9 milyon çocuk düşmeler sonucu oluşan yaralanmalar nedeniyle acil servislere başvurmaktadır. Bu başvuruların büyük bir kısmı beş yaş altı çocuklardır (35).

Runyan ve ark. (36) 1992-1999 yılları arasında ABD'de düşmelere bağlı ölümlerin %53,7'sinin ev içerisinde gerçekleştiğini saptamışlardır. Aynı çalışmada ev içerisinde meydana gelen kazalara bağlı ölümlerin 1/3'ünün düşmeler sonucu oluştuğunu tespit etmişlerdir.

Ülkemizdeki çalışmalara göre düşmeler 0-6 yaş grubundaki çocuklarda en sık görülen kaza tipidir. Karataş ve ark. (37) yaptıkları bir çalışmada, en sık geçirilen kaza türünün düşmeler (%66,7) olduğunu saptamışlardır.

Okul öncesi çocukluk çağı ölümlerinde Yüksel ve ark. (38) otopsi bulgularını dahil ettikleri çalışmalarında travmaların en sık ölüm nedeni olduğunu, travmanın nedeninin ise sıklıkla trafik kazaları ve düşmeler olduğunu göstermişlerdir.

Yanıklar

Yanık, ısı nedeniyle dokunun bütünlüğünün bozulması veya dokularda meydana gelen değişikliklerdir (13). Yanık, cildin veya diğer dokuların sıcak sıvılar (haşlanma), sıcak katı cisimler (temas yanığı) veya alev (alev yanığı) ile hasarlanması sonucu oluşmaktadır. Cildin ve diğer dokuların elektrik, kimyasal maddeler ve radyasyon ile teması nedeniyle yaralanması da yanık olarak değerlendirilmektedir (1). Düşmelerden sonra en sık karşılaşılan ikinci ev kazası türü yanıklardır (39). Dünyada yaralanmalar sonucunda olan ölümlerin 0-17 yaş grubu çocuklarda %9,1'i yanıklara bağlıdır (1).

Yanığın derinliği, yaygınlığı, bölgesi, enfeksiyon riski ve yaş ciddiyeti belirleyen faktörlerdir. Yanığa maruz kalan kişide enfeksiyon, işlevsel kayıp ve şok gelişebilir (40).

DSÖ'nün yayınladığı rapora göre 2000 yılında 238.000 kişi yanma nedeniyle hayatını kaybetmiştir (13). Dünyada yılda 96.000 çocuk yanıklar nedeniyle ölmektedir. Yanıklar, beş yaş altındaki çocuklarda kaza sonucu ölümlerin %20'sinden sorumludur. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelere göre ölüm oranı on bir kat daha fazladır (41).

Kanada'da 1995-1996 yılları arasında 1000 çocuk üzerinde yapılan çalışmaya göre yanmalar nedeniyle meydana gelen yaralanma hızı 7,78 olarak saptanmıştır (24). Drago tarafından yapılan bir çalışmada yanma nedeniyle hastaneye başvuran 0-5 yaş arasındaki çocukların %53,9'unu 2 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır (42).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada son 10 yılda Gülhane Askeri Tıp Akademisine başvuru yapan 5264 yanık vakasının %95'inin evde gerçekleştiği ve sıklıkla kahvaltı esnasında sıcak sıvıların dökülmesi sonucu meydana geldiği tespit edilmiştir (43).

Dicle Üniversitesi'nde Aldemir ve ark. (44) tarafından yapılan bir çalışmada yanık olgularının %68,7'sini okul öncesi çocuklar, %14,4'ünü ise 4-6 yaş grubu çocukların oluşturduğu saptanmıştır. En sık 1-5 yaş arasındaki çocuklarda yanık görülmektedir ve bunların çoğu sıcak su yanıkları sonucu meydana gelmektedir. Yanık sebebiyle hastaneye başvuranların %73,7'sinin ebeveynlerin ihmeline bağlı olduğu belirtilmiştir (44). Türkiye'de 2013 yılında yapılan bir çalışmada çocuk yanıklarının %85,6'sı haşlanma, %9,6'sı alev, %2,6'sı elektrik, %1,8'i temas yanığı şeklinde olup yaş ortalaması ise 4,07 yıl olarak saptanmıştır (45).

Boğulmalar

Boğulma, vücuttaki dokulara yeterli oksijen gitmemesi sonucu meydana gelen doku hasarına bağlı ölüm olarak tanımlanmaktadır. Çocuklarda boğulmalar suda boğulmalar başta olmak üzere taneli gıdaların ve yabancı cisimlerin aspire edilmesi, yanlış yatış pozisyonu, yanlış duruş sebebi ile havasız kalınmasına bağlı meydana gelmektedir (46). Beş yaş altındaki çocuklar en büyük risk grubudur (1).

DSÖ'nün 2000 yılında yayınladığı rapora göre 450.000 kişi boğulma nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Boğulmalar sonucu meydana gelen ölümlerin %97'si az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere aittir (13).

DSÖ raporlarına göre dünyada her yıl 175.000 çocuk boğulmalar nedeni ile ölmektedir (47). Tüm dünyada boğulma sonucu olan ölümlerin yarısı 15 yaş altı çocuklardır. Boğulma 0-4 yaş arasında en sık görülen 11. ölüm nedeni, 4-15 yaş arası çocuklarda ise en sık görülen üçüncü ölüm nedenidir. Boğulmalar kazaya bağlı ölümler sıralamasında trafik kazalarından sonra ikinci en önemli nedendir (48).

Suda Boğulma

Suda boğulmalar çocukların kazalara bağlı ölüm nedenleri arasında önemli bir yere sahiptir. Suda boğulma, ABD’de kaza nedeniyle olan çocuk ölümleri içinde üçüncü sırada yer almaktadır (49). Suda boğulmaya bağlı olarak her gün 480 çocuk hayatını kaybetmektedir. DSÖ verilerine göre çocuklar arasında kasıtsız yaralanmalar nedeniyle olan ölümlerin %28’ini suda boğulmalar oluşturmaktadır (1).

Tüm yaş gruplarına bakıldığında boğulma vakalarında erkeklerin çokluğu dikkat çekicidir. Suda boğulma sonucunda gerçekleşen ölümlerin yaklaşık yarısının 20 yaşın altında olduğu bildirilmektedir (48).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde suda boğulmalar daha sık göl, akarsu ve denizlerde olurken, yüksek gelirli ülkelerde ise yüzme havuzlarında gerçekleşmektedir (1). Sıcak aylarda suda boğulmaların sebebi serinlemek amacıyla yüzmenin tercih edilmesi ile açıklanmıştır ve olayların en sık Ağustos ayında gerçekleşmesi de bu durumun bir göstergesi olarak kabul edilmiştir. Kış aylarında ise boğulma olgularının daha çoğunlukla termal tesislerde, kapalı havuzlarda ve balık tutmak amacıyla gidilen baraj gölünde meydana geldiği saptanmıştır. Adana’da Arslan ve ark. (50) yaptıkları bir çalışmada, ölümlerin %52.8’inin yaz mevsiminde gerçekleştiğini ve en sık %61.45 ile sulama kanallarında olduğunu tespit etmişlerdir.

Çocuklarda Diğer Boğulma Nedenleri

Çocuklarda diğer boğulma nedenleri; yabancı cisimlerin aspire edilmesi sonucunda solunum yollarının tıkanması, arı ve böcek sokması durumunda solunum yollarında oluşan ödem, solunum yolunun bir dış etkenle kapanması gibi

solunum yolu tıkanıklıkları, bazı zehirli gazların solunması şeklinde ortaya çıkan durumlardır (51).

Özellikle bebekler emeklemeye başladıkları zaman evde birçok yere kendi başlarına ulaşarak küçük eşya ya da yiyecekleri ağızlarına almaktadırlar. Boğulmalara daha çok leblebi, fındık, fıstık, draje şeklindeki şekerler gibi küçük taneli sert yiyecekler ve bilye, vida, madeni para, küpe gibi nesneler neden olmaktadır (43).

Özdemir ve ark.'nın (52) yaptıkları bir araştırmada 1996-2002 yılları arasında yabancı cisim aspirasyonu sonucu boğularak ölmüş olan 10 çocuktan 8'inin 2 yaşın altında olduğu ve olguların tümünün evde gerçekleştiği saptanmıştır.

Aynı zamanda 1 yaş altındaki çocuklarda yastık, çarşaf, yorgan gibi eşyalar veya yatış pozisyonuyla ilgili yapılan hatalardan kaynaklanan boğulmalar da görülmektedir (43).

Zehirlenmeler

Zehirlenme herhangi bir maddenin toksik dozda vücuda alınmasının yaralanma, fonksiyon kaybı ya da ölüm ile sonuçlanması durumunu ifade eder (53). Zehirler alınabilir, solunabilir, enjekte edilebilir veya ciltten emilebilir. Zehirlenme ayrıca anne karnında da olabilmektedir. Zehire olan maruziyet akut veya kronik olabilmektedir ve buna bağlı olarak da klinik bulgular değişmektedir. Zehirlenmenin ciddiyetini zehrin türü, içeriği, dozu, maruz kalma yolu, çocuğun yaşı, çocuğun beslenme durumu, beraberinde diğer zehirlerin, hastalıkların veya yaralanmaların varlığı etkilemektedir (1).

DSÖ'nün 2000 yılındaki raporuna göre tüm yaş gruplarında 315.000 kişi zehirlenmeler nedeniyle hayatını kaybetmiştir (13). DSÖ'nün 2008 yılındaki raporuna göre dünyada her yıl 45.000 çocuk zehirlenmeler sonucu ölmektedir (1). Zehirlenmeler sonucu oluşan ölümlerin %94'ü az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Avrupa Bölgesinde gelişmişlik düzeyi düşük olan ülkelerde zehirlenmelere bağlı ölüm hızı 100.000 kişide 21,5 iken gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelerde bu hız 1,3'dür (13). Zehirlenmeler her yaş grubunda

meydana gelmekle birlikte, çocukluk yaş grubunda daha sık görülmektedir ve daha ölümcül seyretmektedir (54).

ABD’de Ulusal Entoksikasyon Merkezi’nin 1991 yılı raporlarına göre yılda yaklaşık 2,3 milyon kişi zehirlenmektedir. Zehirlenme vakalarının %92’si evde meydana gelmektedir. Zehirlenmelerin %60’ı altı yaşından küçük çocuklarda, %88’i kaza sonucu olmuştur (55).

Evde bulunan ilaçların ve kimyasal maddelerin çocukların daha kolay ulaşabileceği yerlerde bulunması, bazı ilaçların çocukların ilgisini çekecek renk, koku ve biçimde piyasaya sürülmesi, evdeki birey sayısının fazla olması, annenin çalışıyor olması ve çocuğun eğitim seviyesi daha düşük kişilerle evde kalması çocuklardaki kazayla zehirlenme oranının artmasına neden olmaktadır (56).

Kesikler-Ezikler-Delici Batıcı Yaralanmalar

Keskin olan kısmının cilde sürülmesi ya da sürtülmesi ile dokuyu kesen aletlere kesici aletler ve bunların neden olduğu yaralara kesici alet yaraları denilmektedir. Aletler daha çok günlük yaşamda kullanılan ekmek bıçağı, jilet, cam parçası, ustura, testere gibi aletlerdir. Keskin yüzleri ile kesen, sivri uçları ile delen aletlere kesici-delici aletler denir. Bıçak, makas, sustalı çakı, kama, kılıç ve kasatura gibi aletler örnek olarak gösterilebilir. Ağırlıkları ve keskin yüzleri ile iş gören aletlere kesici-ezici aletler denir. Balta, keser, satır, kılıç bu aletlere örnek gösterilebilir (57).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ev kazaları içerisinde kesici-delici alet yaralanmaları sıklığı %12 ile üçüncü sırada bulunmuştur (19). Başka bir çalışmada ise bu sıklık %11 ile dördüncü sırada saptanmıştır (58).

Elektrik Çarpması

Elektrik çarpmaları sonucu oluşan yaralanmalar yanık, kardiyak problemler, ortopedik sorunlar gibi farklı klinik durumlar oluşturabilmektedir. Tüm yaş grubunun risk altında olduğu bir travma türüdür. Günümüzde her yıl elektrik yaralanmalarına bağlı 1000 ölüm ile 3000 yanık vakası bildirilmiş olup bunların %20’sini çocukların oluşturduğu saptanmıştır (59).

Ev Kazalarından Korunmaya İlişkin Yaklaşımlar

Yaralanmalardan korunmak için geliştirilmiş teorik yaklaşımlar arasında eğitim, çevresel düzenleme, yasal düzenleme ve mühendislik yaklaşımları bulunmaktadır (60).

Ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalar da diğer yaralanmalar gibi kişi, çevre ve yaralanmaya neden olan araç şeklinde üç etmenin varlığı durumunda gerçekleşmektedir. Yaralanmanın oluş mekanizması değerlendirildiğinde korunulabilir olduğu anlaşılmaktadır. Bir ev kazasının oluş mekanizması incelendiğinde yaralanma nedenlerine ait faktörler: Çocuğa ait faktörler (uykusuz olma, dikkatsizce koşma vb.), çevreye ait faktörler (halıların kayması, ışığın yetersiz olması, zeminin ıslak olması vb.) ve vektöre ait faktörler (uymayan ayakkabı/terlik giyme, yürüteç vb.) olabilir. Bu faktörlerin hepsi önlenabilmektedir. Kadercilik anlayışı yaralanmaların önlenmesinde en önemli engelleyici faktördür (43).

Koruyucu önlemler yaralanmanın oluştuğu çevreye ve yaralanan kişiye göre alınmalıdır. Çevreye yönelik alınan önlemler ile çocuğun yaşadığı çevrenin güvenli hale getirilmesi hedeflenmiştir. Ailenin rolü, çocukların yaşadıkları çevreye yönelik alınan önlemlerde çok önemlidir (43). Çocuğun yaşı, cinsiyeti, gelişim basamağı dikkate alınarak çocuğun karşılaşılabileceği yaralanma riskleri saptanmalı ve ona göre önlemler alınmalıdır (61).

Düşmelerin Önlenmesi

- Merdivenler, koridorların aydınlatmaları iyi olmalı,
- Merdiven tırabzanları sağlam olmalı, tırabzan dikmelerinin arası 10 cm'den fazla olmamalı,
- Merdiven başlarında çocuk güvenlik kapıları olmalı,
- Merdivenler kaymayı önleyici malzemelerle kaplı olmalı,
- Döşemelerin kaygan olmamasına, yerler silindiğinde ıslak kalmamasına dikkat edilmeli,
- Ev içerisinde zemin düzey farkı olmamalı,
- Halılar ve mobilyalar sağlam biçimde monte edilmeli, halıların kaymasını engelleyen materyaller kullanılmalı,

- Pencerelerde çocukların açmasını önleyecek güvenlik kilidi olmalı,
- Pencere önüne çocuğun üzerine çıkabileceği koltuk, masa vb. eşyalar konulmamalı,
- Balkon veya bahçe kapıları kilitli olmalı,
- Balkon parmaklıkları çocuğun aradan geçemeyeceği genişlikte (maksimum 9 cm) ve üzerinden aşamayacağı bir yükseklikte olmalı,
- Balkonda çocuğun üzerine çıkabileceği bir eşya olmamalı
- Çocukların yataktan düşmesini engelleyecek biçimde parmaklıklar yapılmalı,
- Merdivenlerde ya da yerlerde eşya olmamalı,
- Banyo küvetinin bulunduğu yere sabit bir tutma yeri konulmalı,
- Çocuklara ev içerisinde düşmesini engellemek için kaydırmaz tabanlı çorap, patik ya da ayakkabı giydirilmeli,
- Mobilyaların keskin kenarlı ve sivri köşeli olmamasına dikkat edilmelidir (62-66).

Yanıkların Önlenmesi

- Çocukların asılıp çekme ihtimaline karşı masa örtüsü kullanılmamalı,
- Tava ve tencere sapları ocağın arka yüzüne doğru olmalı,
- Yemek yaparken çocuklar kucakta olmamalı,
- Kibrit, çakmak çocukların ulaşamayacağı yerlerde bulunmalı,
- Sıcak sıvılar ya da yemekler çocukların ulaşamayacağı yere konulmalı,
- Çocuk kucaktayken sıcak yiyecek, içecek elde tutulmamalı,
- Elektrik prizleri çocukların kolayca ulaşamayacakları yerde bulunmalı,
- Elektrik prizleri kullanılmıyorken mutlaka güvenlik kapağı olmalı,
- Isıtıcılar perde ve mobilyalardan uzak mesafede olmalı,
- Isıtıcı veya ocak önlerine koruyucu parmaklıklar konulmalı,
- Ekmek kızartma makinesi, su ısıtıcısı gibi elektrikli aletler çocukların erişemeyeceği alanlarda ve prizden çıkarılarak saklanmalı
- Kullanım sonrasında ütüler kapatılmalı ve kabloları sarkık durumda bırakılmamalı,
- Banyo için su sıcaklığı derece veya dirsek ile kontrol edilmeli,

- Mümkünse evde yangın söndürücü bulundurulmalı ve yangın alarmı kurulmalı,
- Çocuklar sıcak kavramı ve ateş konusunda uyarılarak eğitilmelidir (62-66).

Boğulma ve Yabancı Cisim Aspirasyonlarının nlenmesi

- Bebekler ve çocuklar sert yatakta, yastıksız, sırt üstü olacak şekilde yatırılmalı,
- Çocuğa ağzına götürebileceği 2,5 cm'den daha küçük parçalı nesneler verilmemeli ve çevresinde bulundurulmamalı,
- Çocuğa gülme/ağlama sırasında yemek verilmemeli,
- Çocuklara kemikli ve kılçıklı yiyecekler mutlaka iyice ayıklandıktan sonra verilmeli,
- ekirdekli meyveler çocuklara dikkatli yedirilmeli,
- Banyoda ocukların yıkanmaları esnasında çok dikkat edilmeli, yalnız yıkanmalarına izin verilmemeli,
- Bahçede havuz, kuyu vb. zeri kapatılmalı ya da etrafında koruyucu bariyer olmalı
- Çocuklar emzik kullanıyorsa zincir veya ip ile emziği boynuna asılmamalı,
- İp, kemer ve naylon şeritler ortalıkta bırakılmamalı,
- Çocukların plastik torbalarla oynamasına izin verilmemeli (62-66).

Zehirlenmelerin nlenmesi

- İlaç, deterjan, insektisit, boya ve benzeri maddelerin şişe ve kutularının ağzı kapalı tutulmalı, asla yiyecek ve içeceklerle aynı raflarda bulundurulmamalı,
- Zehirli maddeler kendi kutularının içinde olmalı ve üzerlerine "zehirlidir" diye yazılmalıdır ve bu maddeler su, gazoz, meyve suyu vb. şişelerin ve kapların içerisine konulmamalı,
- İlaç kutuları boş olsa bile çocuklara oyuncak olarak verilmemeli, kullanılmayan ilaçlar yok edilmeli, p kovalarına atılmamalı,

- Temizlik malzemeleri, ilaçlar, insektisitler gibi zehirlenmeye neden olabilecek maddeler çocukların erişemeyeceği yerlerde ve kilitli olarak saklanmalı,
- Özellikle kırsal alanlarda, tarladan, ormandan, kırdan toplanan ve cinsi belli olmayan mantar, bitki vb. yenilmemeli,
- Yatılan ve havası solunan yerlerde çocuklarda kullanım onayı olmayan haşere ilacı kullanılmamalı,
- Son kullanma tarihi geçmiş ilaçlar içilmemeli,
- Şofben banyoda bulundurulmamalı ve dışarıya açılan bir baca sistemine bağlı olmalı,
- Her evde zehir danışma merkezinin telefonu bulundurulmalı,
- Çocuk tarafından buzdolabının açılmaması için çocuk dolap kilitleri kullanılmamalı,
- Evde zehirli bitki yetiştirilmemeli (difenbahya, zakkum vs),
- Çocuklara ilaçların şeker olduğu hiçbir zaman söylenmemelidir (62-66).

Kesikler-Ezikler-Delici Batıcı Yaralanmaların Önlenmesi

- Mobilyaların sivri kenarlarına köşe koruyucuları geçirilmeli,
- Televizyonlar veya diğer ağır eşyalar devrilmeyecek şekilde yerleştirilmeli ve gerekliyse duvara monte edilmeli,
- Özellikle çocukların ulaşabileceği yere makas, bıçak vb. kesici aletler konulmamalı ve çocuğun bunlarla oynamasına izin verilmemeli, bunların bulunduğu dolaplara ve çekmecelere güvenlik kilidi konmalı,
- Çocukların oyuncaklarının sivri ve kesici olmamasına dikkat edilmeli
- Dikiş kutuları çocukların erişemeyeceği kapalı alanlarda tutulmalı,
- Çocukların yeme-içme kaplarının kırılmaz, güvenli maddelerden yapılmış olmasına dikkat edilmeli,
- Kapı arasında parmak vb. organ sıkışmalarını önlemek için kapılar hızla örtülmemeli, kapı ile duvar arasında boşluk olmasına dikkat edilmeli,
- Evde silah bulundurulmasından kaçınılmalı ancak bulundurulması zorunlu hallerde içinin boş olmasına dikkat edilmeli ve çocuğun ulaşamayacağı bir yerde kilit altında saklanmalıdır (62-66).

Elektrik Çarpmasının Önlenmesi

- Elektrikle çalışan aletler iletken olmayan (plastik vb.) tabakalarla kaplanmalı ve bu tip araçlar toprak hattı ile donatılmalı,
- Ev içerisinde kapaklı prizler kullanılmalı, eğer kapaklı priz yoksa prizleri kapatmak için üretilmiş koruyucu kapaklar kullanılmalı,
- Evdeki açıkta kalmış veya eskimiş elektrik kabloları onarılmalı ve kablolar çocukların gezindiği ve ulaşabileceği yerlerden uzak tutulmalı,
- Uzatma kabloları kullanıldıktan sonra prizden çekilip kaldırılmalı ve çocukların kablolarla oynamalarına izin verilmemeli (62-66).

Kazalar, ev içerisinde yapılacak basit düzenlemeler ve ebeveynlere verilecek eğitimlerle ebeveynlerin bilinçlenmesi sağlanarak önlenabilir. Bu önleme programları çocukların sağlıklı bir şekilde yaşamlarını devam ettirmelerine olanak sağlamaktadır. Basit gibi görünen bu önlemler, çocukları kazalardan koruyarak yaralanmalarını veya sakat kalmalarını önlemektedir. Hekimlerin kazaları önleme konusundaki yeri gittikçe önem kazanmıştır. Literatür, hekimlerin çocuklarla ve aileleriyle sık sık iletişim kurmaları nedeniyle çocuk kazalarının önlenmesinde önemli rol oynadıklarını vurgulamaktadır. Ebeveynler ile iş birliği halinde olunması durumunda evde ve çevresinde alınacak basit önlemler ile ve ebeveynlerin ev kazaları konusunda farkındalıklarının artırılması ile ev kazalarının önüne geçilebilir (67).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Araştırma 9-36 ay arası sağlıklı çocukların ebeveynlerine uygulanan ev kazalarıyla ilgili yarı-rastgele (quasi-randomised) kontrollü bir müdahale çalışmasıdır.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Çalışmamız 28.11.2019 – 25.01.2020 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniği ve Genel Çocuk Polikliniğinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmada ev kazalarına yönelik bilgilendirmelere ek olarak ücretsiz olarak dağıtılan priz kapağının farkındalık üzerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk ve Genel Çocuk Polikliniğine başvuran 9-36 ay aralığındaki kronik ciddi bir hastalığı olmayan çocukların ebeveynleri oluşturmuştur.

Ev kazaları hakkında bilgilendirmeye ek olarak priz kapağı dağıtılanlar vaka grubunu, sadece bilgilendirilenler ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, iki grup arasındaki %20'lik farkı %80 güven aralığında $p<0,05$ anlamlılık düzeyini saptayabilmek için hesaplanmış; her gruptan 100 ebeveyn olmak üzere toplam 200 ebeveynin çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. %10'luk çalışmayı tamamlayamama oranı ön görülerek her gruptan en az 110 kişinin çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

Tablo 3.1. Çalışmaya dahil etme ve dışlama ölçütleri

Dahil Etme Kriterleri
• Çocuğun yaşının 9-36 ay arası olması • Getirilen çocuğun yanında ebeveyninin olması • Ebeveynin çalışmaya katılmaya gönüllü olması
Dışlama Kriterleri
• Hastanın büyümesini, psikomotor gelişmesini etkileyen kronik bir hastalığının olması (kalp-akciğer hastalıkları, sistemik hastalıklar, bilişsel gelişim gecikmesi gibi) • Bir ay sonra aile ile telefon görüşmesi yapılamaması

3.4. Veri Toplama Yöntemleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm ebeveynlerden imzalı bilgilendirilmiş onam formu alınmasını takiben (Ek 1), çalışma için hazırlanmış üç sayfalık bir anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından doldurulmuştur (Ek 2). Anket hastalara ait risk faktörlerinin belirlenmesi ve ebeveynlerin ev kazaları konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi için uygulanmıştır. Bu anketin ilk bölümünde hastaya ve ailesine ait sosyo-demografik özellikler ve daha önce geçirilmiş ev kazalarına ilişkin sorular sorulmuştur. Bu sorular arasında hastaya ve ebeveynlere ait tanımlayıcı bilgiler (hasta yaş ve cinsiyeti, ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu), aile özellikleri (aile yapısı, evde kaç kişi yaşadığı, evdeki çocuk sayısı), çocuğa kimin baktığı, çocuğun daha önce ev kazası veya herhangi bir kaza geçirip geçirmediği, varsa diğer çocukların ev kazası öyküsü olup olmadığı, aile gelir düzeyi) yer almaktaydı. Anketin ikinci bölümünde ise; evde sık görülen kazalar ile ilgili evde hali hazırda alınmış ya da alınmamış önlemleri ve bilgi düzeylerini ortaya koyan sorular bulunmaktaydı. Bu kazalar sırasıyla; düşme, boğulma, aspirasyon, elektrik çarpması, yanık, zehirlenme ve ev dışı kazalardı. Anket tamamlandıktan sonra hastaların muayene sıra numaralarına göre; çift sayılı sıra numarası olanlar sadece kaza önlemleri hakkında bilgilendirilmiş, tek sayılı sıra numarası olanlara ise kaza önlemleri hakkında bilgilendirilmeye ek olarak priz kapağı verilmiştir. Muayene sıra numaraları randevu sistemine başvurularına göre bilgisayar programı tarafından otomatik üretilmiştir. Araştırmanın maliyetini oluşturan priz kapaklarının bedeli

tarafımızca ödenmiştir. Burçin® markalı priz kapakları satın alınmıştır. Her aileye sekiz adet priz kapağı verilmiştir.

Ebeveynlere bir ay sonra telefon görüşmesi yapılacağı bilgisi onam alırken verilmiş olup, bir ay sonra aileler araştırmacı tarafından aranmıştır. Telefon görüşmesinde ebeveynlere evde alınması gereken kaza önlemlerine yönelik ‘1. Priz kapakları takılı mı? 2. Dolap ve çekmecelerde kilit var mı? 3. Evin genel temizlik malzemeleri nerede duruyor? 4. Bir aylık süreçte ev kazası geçirdi mi?’ soruları yöneltilmiştir.

3.5. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Çalışmanın poliklinik ortamında ebeveynlerin yakınları ve başka insanların yanında yapılması ebeveynlerin özellikle hassas konularda, her zaman en doğru ve en net cevabı vermesini engellemiş olabilir. Ebeveynlerin telefonla aranacaklarını biliyor olmaları davranış değişikliğine neden olmuş olabilir. Ankette ve telefon görüşmesinde verilen cevaplar doğruluk içermeyebilir.

3.6. Araştırmanın Etiği

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 27.11.2019 tarihli 1110 numaralı kararı ile “Bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığı” onayı alındıktan sonra veri toplanmaya başlanmıştır (Ek 3).

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

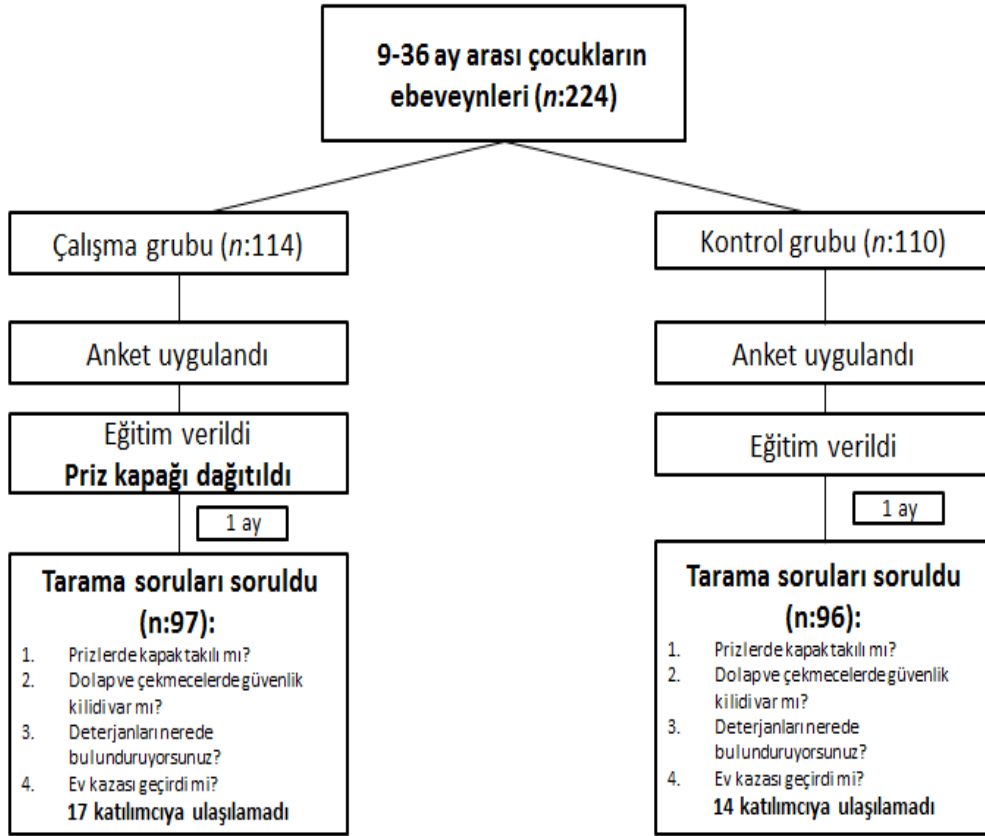
Tanımlayıcı istatistikler n (%) ve ortalama±standart sapma (min-maks) ve medyan (min-maks) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Pearson ki-kare testi ve Fisher’s Exact test kullanılmıştır. Normallik varsayımının analizinde gruptaki örneklem sayısı 50’den küçük olduğunda Shapiro Wilks, büyük olduğunda Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. İki grubun sayısal değerleri arasındaki farkın analizinde normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi, uyduğu durumda ise Student’s t testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grubun ölçümlerinin parametrik olmayan karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi, anlamlı çıkan durumlar için post-hoc test olarak Bonferroni-Dunn testi kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımı

sağlandığı durumda üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında ANOVA testi ve ikili karşılaştırmalar için Tukey HSD testi kullanılmıştır. Katılımcıların çalışma öncesi ve sonrası farkındalıklarındaki değişimin değerlendirilmesinde McNemar test kullanılmıştır. Kapak kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde Univariate Lojistik Regresyon Analizi kullanılmış ve univariate analizde $p < 0,1$ çıkan değişkenler multivariate analize dahil edilerek kapak kullanımını etkileyen bağımsız risk faktörleri belirlenmiştir. Sonuçlar Odds Ratio ve %95 güven aralıkları ile sunulmuştur. Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler SPSS 23.0 paket programı ile yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışmanın yürütüldüğü 28.11.2019-25.01.2020 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlam çocuk ve genel çocuk polikliniğine başvuran 9-36 ay arası kronik hastalığı olmayan toplam 224 hastanın ebeveynleri bu çalışmaya dâhil edilmiştir. 114 hasta bilgilendirme yapıp kapak verilen çalışma grubunu, 110 hasta kapak verilmeyen sadece bilgilendirilen kontrol grubunu oluşturmuştur. Bir ay sonra yapılacak olan telefon görüşmesinde çalışma grubundan 17 aile, kontrol grubundan 14 aileye ulaşılamamış olup, bu nedenle toplam 31 hasta çalışma dışı bırakılmıştır.



Şekil 4.1. Çalışmanın akış şeması

Tablo 4.1’de ailelerin en korktuğu ev kazaları, çalışmaya dahil olana kadar çocuğun ev kazası geçirmiş olma durumu ve geçirilen ev kazasının frekans ve yüzdeleri yer almaktadır. Ailelerin en korktuğu ev kazası %24,4 ile yanıkken en az korktukları ev kazaları parmağının kapıya sıkışması (%0,5) ve madde içme (%1) olarak belirlendi. Otuzaltı çocuğun (%18,8) katılım öncesi ev kazası geçirdiği görüldü. Ev içi düşmeler %47,3 ile en sık görülen ev kazası iken bunu %33,3 ile çarpma sonrası ezik-kesi ve %19,4 ile yanık izlemekteydi.

Tablo 4.1. Çalışma öncesi ailelerin korktukları ev kazaları ve çocukların daha önceden geçirdikleri ev kazaları

	n	%
Ailelerin en korktuğu ev kazası		
Yüksekten düşme	15	7,8
Yanık	47	24,4
Yangın	13	6,7
Kesici aletler	9	4,7
Düşme	23	11,9
Elektrik çarpması	28	14,5
Başını çarpma	14	7,3
Belirtilmemiş	25	13,0
Elektrik, Düşme	5	2,6
Aspirasyon	4	2,1
Üzerine eşya düşmesi	7	3,6
Parmağının kapıya sıkışması	1	0,5
Madde içme	2	1
Katılım öncesi ev kazası geçirdi mi?		
Evet	36	18,8
Hayır	156	81,3
Geçirdiği ev kazası nedir?		
Ev içi düşme	17	47,3
Çarpma sonucu ezik-kesi	12	33,3
Yanık	7	19,4

Tablo 4.2’de çalışmaya katılmadan önce ev kazası geçirmiş olma durumuna göre çocukların özellikleri karşılaştırıldı. Çalışmaya katılım öncesi ev kazası geçiren çocukların medyan yaşı 23 ay (10-36), geçirmeyenlerin 17 ay (9-36) olarak hesaplandı ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,024$). Çocukların çalışma öncesi ev kazası geçirme durumuna göre cinsiyet dağılımları ($p=0,692$), anne yaşı ($p=0,376$), baba yaşı ($p=0,310$), anne öğrenim durumu ($p=0,533$), baba öğrenim durumu ($p=0,431$), aile tipi ($p=0,283$) ve çocuk sayısı ($p=0,982$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi.

Tablo 4.2. Çalışma öncesi ev kazası geçirme durumuna göre katılımcıların özellikleri

	Geçirdi (n:36)	Geçirmedi (n:156)	p
Çocuk yaşı (ay)	23 (10-36)	17 (9-36)	0,024
Cinsiyet			
Kız	17 (47,2)	68 (43,6)	0,692
Erkek	19 (52,8)	88 (56,4)	
Anne yaşı	31,09±6,33 (20-46)	32,05±5,53 (21-45)	0,376
Baba yaşı	34,12±7,13 (24-56)	35,43±6,43 (24-56)	0,310
Anne öğrenim			
Okuryazar değil	1 (2,8)	3 (1,9)	0,533
İlkokul	4 (11,1)	25 (16)	
Ortaokul	3 (8,3)	28 (17,9)	
Lise	12 (33,3)	40 (25,6)	
Üniversite	16 (44,4)	60 (38,5)	
Baba öğrenim			
İlkokul	5 (14,3)	21 (13,5)	0,431
Ortaokul	5 (14,3)	37 (23,7)	
Lise	8 (22,9)	43 (27,6)	
Üniversite	17 (48,6)	55 (35,3)	
Aile tipi			
Çekirdek	31 (86,1)	143 (91,7)	0,283
Geniş	3 (8,3)	11 (7,1)	
Boşanmış	2 (5,6)	2 (1,3)	
Çocuk sayısı	2 (1-5)	2 (1-5)	0,982

Bulgular n (%), ort±SS (min-maks) ve medyan (min-maks) değerler ile sunulmuştur. Mann-Whitney U test, Student’s t test, Pearson ki-kare test.

Tablo 4.3’de ebeveynlerin çalışma başlangıcındaki farkındalık skorları eğitim düzeyi ve ev kazası geçirme durumu açısından değerlendirildi. Sık görülen ev kazalarına karşı ailelerin çalışmaya başlangıcında almış bulundukları önlemler anketin ikinci bölümünde sorgulanmış ve aldıkları önlemlere puan verilmişti. Bu bölümde kazayı önlemeye dönük her bir önlem en yüksek 3 ve en düşük 1 puan olarak değerlendirilmiştir. Bu bölümden alınabilecek en düşük puan 13 iken en yüksek puan 39 idi. Bu bölümden alınan toplam puan “farkındalık skoru” olarak değerlendirildi. Anne öğrenim durumuna göre çalışma başlangıcındaki farkındalık skorları açısından anlamlı fark gözlenmezken ($p=0,184$), ilkokul mezunu babaların farkındalık skorlarının üniversite mezunlarına göre daha düşük olduğu gözlemlendi ($p=0,026$). Çalışmaya katılım öncesi ev kazası geçirme durumuna göre farkındalık skorları açısından anlamlı fark bulunmadı ($p=0,352$).

Tablo 4.3. Çalışma başlangıcındaki farkındalık skorlarının eğitim düzeyi ve ev kazası geçirme durumu ile ilişkisi

		Çalışma Başlangıcındaki Farkındalık Skoru			
		n	Ort±SS	Medyan (min-maks)	p
Anne öğrenim					
Okuryazar değil	4	27±7,62	27,5 (19-34)	0,184	
İlkokul	29	27,97±3,81	28 (21-37)		
Ortaokul	31	29,42±3,85	30 (21-36)		
Lise	53	28,4±4,15	28 (18-36)		
Üniversite	76	29,87±3,65	29 (20-38)		
Baba öğrenim					
İlkokul	26	27,19±4,35 ^a	27 (19-37)	0,026	
Ortaokul	42	28,93±3,59 ^{a,b}	29 (20-36)		
Lise	52	29,06±4,13 ^{a,b}	30 (18-37)		
Üniversite	72	29,9±3,67 ^b	29 (22-38)		
Çocuk çalışma öncesi ev kazası geçirdi mi?					
Evet	36	28,56±4	29 (20-36)	0,352	
Hayır	156	29,23±3,9	29 (19-38)		

Kruskal-Wallis test, ANOVA, Student’s t test. (İstatistiksel olarak anlamlı farklar farklı üssel küçük harfler ile gösterilmiştir)

Tablo 4.4’de ebeveynlerin yaşları ve eğitim düzeylerinin çalışma başlangıcındaki farkındalık skorları ile ilişkisi incelendi. Yapılan analiz sonucunda çalışma öncesi farkındalık skorları ile anne yaşı ($p=0,162$), baba yaşı ($p=0,344$) ve anne eğitim düzeyi ($p=0,078$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmadı. Çalışma öncesi farkındalık skoru ile baba eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu belirlendi ($r=0,163$; $p=0,024$).

Tablo 4.4. Çalışma başlangıcındaki farkındalık skorunun ebeveynlerin yaşları ve eğitim durumları ile korelasyonu

	r	p
Anne yaşı	-0,104	0,162
Baba yaşı	-0,072	0,344
Anne eğitim düzeyi	0,127	0,078
Baba eğitim düzeyi	0,163	0,024

Pearson korelasyon test, Spearman korelasyon testi.

Tablo 4.5’de çalışma başlangıcında ebeveynlerin çalışma öncesi ev kazalarını önlemek için yaptıkları uygulamaların frekans ve yüzdeleri verilmiştir. Buna göre ebeveynlerin en sık başvurduğu önlemler %97,9 ile “ilaçları ulaşılamayacak yerde saklama”, %93,2 ile “çocuğu tuvaletin yanında, küvetin içinde, su dolu bir kovanın yanında kısa süreliğine de olsa yalnız bırakmama” ve %91,1 ile “tencere, tava ve çaydanlıkların ocağın arka gözlerine koyulmuş, saplarının geriye doğru çevrilmiş olmasına dikkat etme” olarak belirlendi. Ayrıca ebeveynlerin %14,6’sı evde sobanın etrafında korkuluk olduğunu belirtirken, %83,8’i “evin genel temizliği ile ilgili deterjanların çocuğun ulaşamayacağı yerde?” olduğunu belirtti.

Tablo 4.5. Çalışma başlangıcında ailelerin kullanmakta olduğu önlemler

	n	%
Banyoda kayganlık için önleyici kullanıyor musunuz?		
Asla	47	24,5
Bazen	41	21,4
Her zaman	104	54,2
Balkonda kullandığınız mobilya varsa kolay hareket eder mi?		
Hepsi	21	10,9
Bazıları	34	17,7
Hiçbiri	137	71,4
Pencerelerinizde çocuk kilidi var mı?		
Hayır	115	59,9
Evet	77	40,1
Merdiven giriş ve çıkışlarında güvenlik için kapı var mı?		
Hayır	18	34,6
Evet	34	65,4
Çocuğunuzu tuvaletin yanında, küvetin içinde, su dolu bir kovanın yanında kısa süreliğine de olsa yalnız bırakır mısınız?		
Nadiren	13	6,8
Asla	179	93,2
Çocuğunuz küçük objelerle oynar mı?		
Sıklıkla	15	7,8
Nadiren	54	28,1
Asla	123	64,1
Evinizde prizler üzerinde güvenlik kapağı var mı?		
Hayır	141	73,4
Evet	51	26,6
Evinizde etrafında korkuluk olmayan soba (odun, gaz, elektrik) var mı?		
Evet	28	14,6
Hayır	164	85,4
Tencere, tava ve çaydanlıkların ocağın arka gözlerine koyulmuş, saplarının geriye doğru çevrilmiş olmasına dikkat eder misiniz?		
Asla	3	1,6
Bazen	14	7,3
Her zaman	175	91,1
Dolaplarda ve çekmecelerde kapak güvenlik kilidi var mı?		
Hayır	111	58,1
Evet	80	41,9
Evinizin genel temizliği ile ilgili deterjanlar çocuğunuzun ulaşamayacağı yerde mi durur?		
Hayır	31	16,2
Evet	160	83,8
Evinizde ilaçlara ulaşabilir mi?		
Evet	4	2,1
Hayır	187	97,9
Çocuğunuz arabanın neresinde nasıl yolculuk eder?		
Önde	1	0,8
Arkada	41	31,5
Otokoltukta	88	67,7

Çalışmaya dahil olduktan sonra priz kapağı verilen (müdahale grubu) ve verilmeyen grupların (kontrol grubu) demografik özellikleri Tablo 4.6'da karşılaştırıldı. Priz kapağı verilen gruptaki çocukların medyan yaşı 16 ay (9-36) iken, verilmeyen grupta 20 aydı (9-36) ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,023$). Kontrol grubu ile müdahale grubu arasında çocukların cinsiyet

dağılımları açısından fark saptanmadı ($p=0,607$). Gruplar arasında anne ya da babanın yaşı, eğitim düzeyi, mesleği açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Benzer şekilde ailenin gelir-gider dengesi, aile tipi, aynı evde yaşayan kişi sayısı, ailelerin çocuk sayısı ve çocuğa bakan kişi açısından da anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Priz kapağı verilen (müdahale grubu) ve verilmeyen (kontrol grubu) grupta demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Verildi (n:97)	Verilmedi (n:96)	p
Çocuk yaşı (ay)	16 (9-36)	20 (9-36)	0,023
Cinsiyet (Kız/Erkek)	45 (46,4) / 52 (53,6)	41 (42,7) / 55 (57,3)	0,607
Dolduran kişi			
Anne	75 (77,3)	69 (71,9)	0,686
Baba	13 (13,4)	16 (16,7)	
Anne-Baba	9 (9,3)	11 (11,5)	
Anne yaşı	32,19±5,9 (21-45)	31,6±5,4 (20-46)	0,442
Baba yaşı	35,6±7 (24-56)	34,8±6,1 (24-54)	0,417
Anne öğrenim			
Okuryazar değil	2 (2,1)	2 (2,1)	0,889
İlkokul	13 (13,4)	16 (16,7)	
Ortaokul	18 (18,6)	13 (13,5)	
Lise	26 (26,8)	27 (28,1)	
Üniversite	38 (39,2)	38 (39,6)	
Baba öğrenim			
İlkokul	16 (16,7)	10 (10,4)	0,618
Ortaokul	20 (20,8)	22 (22,9)	
Lise	24 (25)	28 (29,2)	
Üniversite	36 (37,5)	36 (37,5)	
Anne meslek			
Memur	11 (11,8)	14 (15,1)	0,136
Özel Sektör	7 (7,5)	5 (5,4)	
Serbest	1 (1,1)	7 (7,5)	
Çalışmıyor	74 (79,6)	67 (72)	
Baba meslek			
Memur	12 (13,3)	16 (17,4)	0,801
Özel Sektör	41 (45,6)	37 (40,2)	
Serbest	32 (35,6)	35 (38,1)	
Çalışmıyor	5 (5,6)	4 (4,3)	
Gelir gider eşit mi?			
Az	26 (31,5)	19 (26,8)	0,626
Eşit	50 (60,2)	43 (60,6)	
Fazla	7 (8,4)	9 (12,7)	
Aile Tipi			
Çekirdek	86 (88,7)	89 (92,7)	0,552
Geniş	9 (9,3)	5 (5,2)	
Boşanmış	2 (2,1)	2 (2,1)	
Yaşayan kişi sayısı	4 (2-7)	4 (3-7)	0,342
Çocuk sayısı	2 (1-5)	2 (1-5)	0,274
Çocuğa bakan kişi			
Anne	81 (83,5)	75 (78,1)	0,164
Baba	3 (3,1)	0 (0)	
Büyükanne	7 (7,2)	11 (11,5)	
Kreş-Bakıcı	6 (6,2)	10 (10,4)	

Bulgular n (%), ort±SS (min-maks) ve medyan (min-maks) değerler ile sunulmuştur. Mann-Whitney U test, Student's t test, Pearson ki-kare test.

Hem müdahale (priz kapağı + eğitim verilen grup) hem de kontrol grubundaki (yalnızca eğitim verilen grup) çocukların kaza geçirme öyküleri ve ailelerin kaza önlemleri ile ilgili farkındalıkları eğitim öncesinde (pretest) ve sonrasında birbirleriyle karşılaştırıldı (Tablo 4.7). Çalışmaya ilk alındıklarında iki grup arasında ev kazası geçirme yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmezken ($p=0,460$) çalışma sonrasında kapak verilmeyen grupta ev kazası geçirme yüzdesinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0,018$). Eğitim öncesinde ($p=0,005$) ve sonrasında ($p<0,001$), kapak verilen hastalarda kapak kullanımı oranı anlamlı şekilde yükseldi. Müdahale ve kontrol grubunda pretestte deterjanları çocuğun ulaşamayacağı yerde bulundurma ($p=0,820$) ve dolaplarda güvenlik kilidi bulundurma ($p=0,413$) sıklıkları açısından anlamlı fark gözlenmedi. Ancak eğitim verildikten sonraki bir aylık süreçte kapak verilen grupta çocukların deterjana ulaşma olasılıklarının (%9,3) verilmeyen gruba göre (%29,2) belirgin şekilde az olduğu gözlemlendi ($p<0,001$). Bir aylık süreç sonunda kapak verilen ve verilmeyen grupta dolaplara güvenlik kilidi koyma sıklığı artmış olsa da fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,702$).

Tablo 4.7. Kontrol (yalnızca eğitim verilen) ve müdahale (eğitim ve priz kapağı verilen) gruplarındaki kaza sıklığı ve kaza önlemleri ile ilgili farkındalığın eğitim/müdahale öncesi ve sonrası dönemde karşılaştırılması

	Eğitim verilmeden önce priz kapağı verilen ve verilmeyen grupta kaza sıklığı ve farkındalığı			Eğitim verildikten 1 ay sonra priz kapağı verilen ve verilmeyen grupta kaza sıklığı ve farkındalığı		
	Kapak verilen grup (n:97)	Verilmeyen grup (n:96)	p	Kapak verilen grup (n:97)	Verilmeyen grup (n:96)	p
Ev kazası geçirdi mi?						
Evet	20 (20,8)	16 (16,7)	0,460	1 (1)	8 (8,3)	0,018
Hayır	76 (79,2)	80 (83,3)		96 (99)	88 (91,7)	
Prizlerde priz kapağı takılı mı?						
Evet	34 (35,4)	17 (17,7)	0,005	92 (94,8)	66 (68,8)	<0,001
Hayır	62 (64,6)	79 (82,3)		5 (5,2)	30 (31,3)	
Deterjan nerede saklanıyor?						
Ulaşamaz	79 (83,2)	81 (84,4)	0,820	88 (90,7)	68 (70,8)	<0,001
Ulaşabilir	16 (16,8)	15 (15,6)		9 (9,3)	28 (29,2)	
Dolap ve çekmecelerde kilit var mı?						
Var	37 (38,9)	43 (44,8)	0,413	57 (58,8)	59 (61,5)	0,702
Yok	58 (61,1)	53 (55,2)		40 (41,2)	37 (38,5)	

Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test.

Müdahale ve kontrol gruplarının çalışma öncesi ve sonrası kaza önlemi alma sıklıkları kendi grupları içinde tekrar değerlendirildi (Tablo 4.8). Hem kontrol hem de müdahale grubunun priz kapağı kullanma sıklıklarında çalışma sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu gözlemlendi ($p<0,001$). Kapak verilen katılımcılarda çalışma öncesi ve sonrası deterjana ulaşma yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmezken ($p=0,189$) kapak verilmeyen katılımcılarda çalışma sonrası deterjana ulaşabilme yüzdelerinin çalışma öncesine göre daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,024$). Kapak verilen ve verilmeyen katılımcılarda çalışma sonrası dolap ve çekmecelere kilit takma yüzdesinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu tespit edildi ($p<0,05$). (Tablo 4,8’de uygulanan istatistiksel yöntemde, gruplar kendi içinde değerlendirilirken önce ya da sonraya ait herhangi bir veri eksik olduğunda o katılımcı değerlendirme dışı kalmaktadır. Müdahale grubundan iki hastanın çalışma öncesi cevaplamadığı soru olması nedeniyle bu iki katılımcının verileri Tablo 4,8 de değerlendirilemedi. Bunun sonucu olarak tablo 4,8 ile tablo 4,7 arasında bazı parametrelerde minör sayısal farklılıklar bulunmaktadır.)

Tablo 4.8. Müdahale (eğitim ve priz kapağı verilen) ve kontrol (yalnızca eğitim verilen) gruplarının çalışma öncesi ve sonrasında kaza önlemi alma sıklıkları

	Müdahale grubu			Kontrol grubu		
	Önce	Sonra	p	Önce	Sonra	p
Priz kapağı takılı mı?						
Evet	34 (35,4)	91 (94,8)	<0,001	17 (17,7)	66 (68,8)	<0,001
Hayır	62 (64,6)	5 (5,2)		79 (82,3)	30 (31,3)	
Deterjan nerede saklanıyor?						
Ulaşamaz	79 (83,2)	86 (90,5)	0,189	81 (84,4)	68 (70,8)	0,024
Ulaşabilir	16 (16,8)	9(9,5)		15 (15,6)	28 (29,2)	
Dolap ve çekmecelerde kilit var mı?						
Var	37 (38,9)	56 (58,9)	0,001	43 (44,8)	59 (61,5)	0,011
Yok	58 (61,1)	39 (41,1)		53 (55,2)	37 (38,5)	

McNemar test.

Müdahale grubunun çalışma başlangıcındaki farkındalık skoru $29,24\pm4,47$ iken ve kontrol grubununki $28,87\pm3,42$ bulundu. İki grup arasında çalışma başlangıcında kaza farkındalığı skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p:0,517$). Çalışma sonunda deterjanı uygun şekilde saklayanlarla saklamayanlar ($p:0,438$) ve priz kapağı kullananlarla kullanmayanlar ($p:0,918$)

karşılaştırıldığında çalışma başlangıcında toplam farkındalık skorları arasında fark olmadığı gözlemlendi. Çalışma sonunda dolap ve çekmecelere kilit takanların ortalama çalışma öncesi farkındalık skorlarının ($29,77 \pm 4,02$) takmayanlara göre ($27,96 \pm 3,68$) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p:0,002$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Çalışma sonunda kaza önlemlerini kullanan ve kullanmayan grupların çalışma başlangıcındaki farkındalık skorları

Çalışma sonunda ilgili kaza önlemini kullanma durumu	Çalışma başlangıcındaki farkındalık skorları		
	Ort±SS	Medyan (min-maks)	p
Deterjan nerede saklanıyor?			
Ulaşamaz	29,16±4,11	29 (18-38)	0,438
Ulaşabilir	28,59±3,34	29 (21-37)	
Kapak takılı mı?			
Evet	29,04±4,12	29 (18-38)	0,918
Hayır	29,11±3,27	29 (24-37)	
Dolap ve çekmecelerde kilit var mı?			
Var	29,77±4,02	30 (19-38)	0,002
Yok	27,96±3,68	28 (18-37)	

Student's t test.

Çalışmaya dahil edilen katılımcılarda priz kapağı kullanımını etkileyen faktörler Univariate Binary Lojistik Regresyon analizi ile incelendi (Tablo 4.10). Buna göre, çocuk yaşı, anne eğitim düzeyi, anne çalışma durumu, baba eğitim düzeyi, gelir-gider durumu, aile yapısı ve çocuk sayısının priz kapağı kullanımını etkilemediği gözlemlendi ($p>0,05$). Kapak kullanan kişilerde anne yaşı <30 olan katılımcı oranı daha yüksek olsa da fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p=0,059$). Univariate analizde priz kapağı kullanım sıklığını en çok artıran etmenin aileye priz kapağı verilmesi olduğu saptandı (OR: 8,364; %95 CI: 3,083-22,693; $p<0,001$). Çocuğa bakan kişinin anne olması (OR: 2,327; %95 CI: 1,016-5,327; $p=0,046$), çalışma sonrası deterjanın ulaşılamayacak yerde saklanması (OR: 2,776; %95 CI: 1,225-6,292; $p=0,014$) ve çalışma sonrası dolap/çekmecelere kilit takılmasının (OR: 4,322; %95 CI: 1,969-9,489; $p<0,001$) kapak kullanımını olumlu yönde etkilediği görüldü.

Tablo 4.10. Kapak kullanımını etkileyebilecek demografik etmenlerin univariate analizi

	Kapak takılı (n:158)	Kapak takılı değil (n:35)	OR (%95 GA)	p
Kapak verildi mi?				
Kapak verildi	92 (58,2)	5 (14,3)	8,364 (3,083-22,693)	<0,001
Kapak verilmedi	66 (41,8)	30 (85,7)	Referans	-
Çocuk yaşı				
≤24 ay	117 (74,5)	25 (71,4)	Referans	-
> 24 ay	40 (25,5)	10 (28,6)	0,855 (0,378-1,934)	0,706
Anne yaşı				
<30	57 (38)	7 (20,6)	2,364 (0,967-5,782)	0,059
≥30	93 (62)	27 (79,4)	Referans	-
Anne eğitimi				
< Lise	54 (34,2)	10 (28,6)	Referans	-
≥Lise	104 (65,8)	25 (71,4)	0,77 (0,345-1,721)	0,525
Anne çalışma durumu				
Çalışmıyor	119 (76,8)	22 (71)	1,352 (0,572-3,197)	0,492
Çalışıyor	36 (23,2)	9 (29)	Referans	-
Baba eğitimi				
< Lise	58 (36,9)	10 (28,6)	Referans	-
≥Lise	99 (63,1)	25 (71,4)	0,683 (0,306-1,522)	0,351
Gelir durumu				
Gelir < Gider	39 (29,8)	6 (26,1)	Referans	-
Gelir ≥ Gider	92 (70,2)	17 (73,9)	0,833 (0,305-2,271)	0,720
Aile yapısı				
Çekirdek aile	143 (90,5)	32 (91,4)	1,119 (0,306-4,095)	0,865
Geniş ya da boşanmış aile	15 (9,5)	3 (8,6)	Referans	-
Çocuk sayısı				
1	64 (40,5)	11 (31,4)	1,485 (0,680-3,244)	0,321
>1	94 (59,5)	24 (68,6)	Referans	-
Çocuğa bakan kişi				
Çocuğa bakan anne	132 (83,5)	24 (68,6)	2,327 (1,016-5,327)	0,046
Çocuğa bakan anne dışı	26 (16,5)	11 (31,4)	Referans	-
Deterjana ulaşabilir mi?				
Ulaşamaz	133 (84,2)	23 (65,7)	2,776 (1,225-6,292)	0,014
Ulaşabilir	25 (15,8)	12 (34,3)	Referans	-
Dolap ve çekmecelerde kilit var mı?				
Var	105 (66,5)	11 (31,4)	4,322 (1,969-9,489)	<0,001
Yok	53 (33,5)	24 (68,6)	Referans	-

Çalışmaya dahil edilen katılımcılarda kapak kullanımını bağımsız olarak etkileyen risk faktörleri Multivariate Binary Lojistik Regresyon analizi ile incelendi (Tablo 4.11). Yapılan analiz sonucunda, univariate değerlendirmenin aksine çocuğa bakanın anne olması ve çocuğun deterjana ulaşabilirlik durumu priz kapağı kullanımını etkileyebilecek değişkenler olarak bulunmadı. Kapak verilen katılımcılarda kapak kullanımının verilmeyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlendi (OR: 11,861; %95 CI: 3,912-35,956; $p<0,001$). Anne yaşı <30 olan katılımcılarda kapak kullanımının ≥ 30 olanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlendi (OR: 3,112; %95 CI: 1,112-8,711; $p=0,031$). Çalışma sonrası dolap ve çekmecelere kilit takan katılımcıların kapak kullanımlarının takmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edildi (OR: 5,702; %95 CI: 2,267-14,34; $p<0,001$).

Tablo 4.11. Kapak kullanımını etkileyebilecek demografik etmenlerin multivariate analizi

	OR (%95 GA)	p
Kapak verildi mi?		
Kapak verildi	11,861 (3,912-35,956)	<0,001
Kapak verilmedi	Referans	-
Anne yaşı		
<30	3,112 (1,112-8,711)	0,031
≥ 30	Referans	-
Çocuğa bakan kişi		
Çocuğa bakan anne	2,232 (0,802-6,212)	0,124
Çocuğa bakan anne dışı	Referans	-
Deterjana ulaşabilir mi?		
Ulaşamaz	1,44 (0,56-3,706)	0,449
Ulaşabilir	Referans	-
Dolap ve çekmecelerde kilit var mı?		
Var	5,702 (2,267-14,34)	<0,001
Yok	Referans	-

Univariate analizde $p<0,1$ olan faktörler multivariate analize dahil edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniği ve Genel Çocuk Polikliniğine başvuran yaşı 9-36 ay aralığında olup kronik bir hastalığı olmayan çocukların ebeveynlerinin dâhil edildiği bu çalışmada ailelerin en korktuğu ev kazasının %24,4 ile yanık olduğu, %0,5 ve %1 ile en az korktukları ev kazaları parmağının kapıya sıkışması ve madde içimi olduğu görüldü.

Çalışmamızda 36 çocuğun (%18,8) çalışma öncesi ev kazası geçirdiği görüldü. Literatürde 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerle yapılan bazı çalışmalarda çocuklarda ev kazası sıklığı %53,8-%66,7 aralığında saptanmıştır (37, 68, 69). Çalışmamıza daha yakın sonuç veren bazı araştırmalarda ise 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazaları sıklığı 18,2 ile 28,8 arasında değişen değerlerde bulunmuştur (12, 22, 70, 71).

Çalışmamızda çocukların en sık geçirdiği ev kazaları %47,3 ile ev içi düşmeler, %33,3 çarpma sonucu ezik-kesi ve %19,4 yanık olarak saptandı. Yapılan birçok çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde ev içi düşmelerin %40,8-%75,4 oranlarında en sık geçirilen ev kazası olduğu tespit edilmiştir (31, 70, 72, 73). Bazı çalışmalarda bizim bulgularımızdan farklı olarak düşmelerden sonra yanıkların en sık karşılaşılan ikinci sırada ev kazası olduğu saptanmıştır (72, 74). Düşmelerin en sık karşılaşılan ev kazası olmasında belirlenen riskler arasında aşırı kalabalığa fazla maruz kalma, tehlikeli ortamlar, tek ebeveynlik, işsizlik, genç anne yaşı, düşük anne eğitimi, bakıcı stresi, akıl sağlığı sorunları ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler gibi sosyodemografik etmenler sıralanmaktadır (75). Aynı zamanda standartlara uymayan puset, bebek yürüteçleri, mama sandalyeleri, alt değiştirme masaları ve bebek karyolaları gibi tüketici ürünleri, yüksek gelirli ülkelerde risk oluşturmaktadır ve bulunabilirlikleri arttıkça, düşük ve orta gelirli çocuklar için giderek artan bir sorun olarak kabul edilmektedir (75). Düşmeye yönelik diğer risk faktörleri ise hayvanlara binme, oyun alanlarında uygun olmayan yüksekliklere çıkma ve küçük çocukların yetersiz denetimi olarak değerlendirilmiştir (75). Çalışmamızda daha önceki düşmelerin hangi mesafeden

ve hangi koşullarda geliştiği sorulmadığı için bu alt gruplarla karşılaştırma olanağı bulunamamıştır.

Ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalar daha çok çocuklarda ve yaşlılarda gözlenmektedir (36). Çocukların gelişim özelliklerinden dolayı daha meraklı ve hareketli olmaları ev kazası riskini artırmaktadır (10). Bizim çalışmamızda çalışmaya katılım öncesi ev kazası geçiren çocukların medyan yaşı 23 ay olarak saptanmıştır ve çocuk yaşı ile kaza geçirme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, yaş arttıkça kaza geçirme olasılığının arttığı tespit edilmiştir. Çalışmalar yaşla birlikte ev kazalarına bağlı yaralanma oranlarına ait birbiriyle çelişen veriler sunmaktadır. Bunun nedeni büyük olasılıkla çalışmalarda kullanılan “yaralanma” tanımının ve yaş grubu aralıklarının farklılığıdır. Örneğin Santo ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde yaşla birlikte ev kazası sonucu yaralanmaların arttığını; 2,5 yaşından büyük olan çocukların daha küçük olan çocuklara göre 2,6 kat daha fazla ev kazası sonucu yaralandıklarını saptamışlardır (31). Ancak onların çalışmasında kullanılan yaş grupları bizimkinden farklıdır. Yine bir çalışmada benzer şekilde ev kazası sıklığının ≥ 24 ay olan çocuklarda anlamlı şekilde arttığı tespit edilmiştir (11). Bunların aksine; yapılan başka çalışmalarda ise kaza sıklığına yaşın etkisi gösterilememiştir (36, 58, 71).

Çocukların ev kazaları sonucunda yaralanmalarında etkili olan çok faktör vardır, cinsiyet de bunlardan bir tanesidir. DSÖ’nün verilerine göre erkek çocukların ev kazası nedeniyle yaralanma riski kız çocuklarına göre daha yüksektir (76). Amerika’da yapılan iki çalışmadan birinde ev kazaları nedeniyle meydana gelen yaralanmalar incelendiğinde, erkek çocukların yaralanma hızının kız çocuklarına göre 2 kat daha fazla olduğu tespit edilmiş olup diğer çalışmada da benzer şekilde erkek çocukların evde daha fazla düştükleri ve evde alınan kaza tedbirlerinin erkek çocuklarda daha başarısız olduğu saptanmıştır (36, 77). Brezilya’da yapılan bir başka çalışmada da düşmelerin erkeklerde daha sık olduğu (%65) tespit edilmiş, bu fark erkek çocukların daha hareketli ve riskli davranışlara daha yatkın olmalarıyla açıklanmıştır (78). Bizim çalışmamızda ise cinsiyetin ev kazası geçirme olasılığı üzerine etkisi gösterilememiştir. Çalışmamıza benzer

şekilde İran’da yapılan çok merkezli bir çalışmada da ev kazası öyküsü olan hastaların cinsiyet farkının olmadığı gösterilmiştir (11).

Çalışmamızda çocukların ev kazası geçirme durumlarının anne yaşı, baba yaşı, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, aile tipi ve evdeki çocuk sayısı ile arasında anlamlı istatistiksel bir fark saptanmamıştır. Literatürdeki bazı çalışmalar genç annelerin çocuklarının daha az sıklıkta kaza geçirdiğini göstermiş ve bu durum genç annelerin korku ve deneyimsizlikleri nedeniyle daha dikkatli davranmalarıyla ilişkilendirilmiştir (21,70). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda bizim çalışmamızdaki gibi ev kazası sıklığının anne yaşı ile ilişkisi olmadığı bulunmuştur (12, 73).

Ebeveynlerden bir ya da ikisinin eğitim düzeyleri azaldıkça çocukların kaza geçirme riskinin arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (11, 21, 79). Bunlardan farklı olarak Tsoumakas ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim seviyesi yüksek annelerin çocuklarında ev kazaları sıklığının fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada bunun nedeninin annelerin mesleki yükümlülükleri nedeniyle çocuklarıyla geçirdikleri zamanın daha az olması ve çocuklara başka kişilerin bakması olabileceği belirtilmiştir (70).

Çalışmalar çocuk sayısı ve aynı evde birlikte yaşayan kişi sayısı arttıkça (geniş aile) ev kazası geçirme riskinin arttığını göstermiştir (19, 26, 80). Bu durumu evdeki kişi sayısının fazlalığının stresi artırmasına ve çocuklara bakan kişinin dikkatini dağıtmasına bağlamışlardır. Bizim çalışmamızda katılımcıların yaklaşık %90’ı çekirdek ailede yaşamakta olduğundan böyle bir fark gözlenmemiş olabilir. Yapılan bir çalışmada annesi dışındaki kişiler tarafından bakılan çocukların son iki hafta içinde ev kazası sonucu yaralanma durumu %31,4, annesi tarafından bakılan çocuklarda ise son iki hafta içindeki kaza sıklığı ise %17,3 olarak bulunmuştur (71). Çalışmamızda univariate analizde çocuğa bakan kişinin anne olmasının (OR: 2,327; %95GA 1,016-5,327; p:0,046) kapak kullanımını olumlu yönde etkilediği görülmüşken, multivariate analizde bu anlamlılık kaybolmuştur (p:0,124). Bu da çocuğa bakan kişinin anne olmasının kapak kullanımı konusundaki olumluluğunun başka faktörler eklendiğinde kısıtlandığını göstermektedir.

Kaza önlemlerine dair ebeveyn farkındalıkları ile ilgili literatüre bakıldığı zaman yapılan bazı çalışmalarda eğitim seviyesi yüksek olan annelerin ev kazaları ve korunma yolları konusunda bilgi ve tutumlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (73, 81). Bu çalışmaların aksine yapılan bir çalışmada ilköğretim mezunu annelerin ortaöğretim ve lisans mezunu annelere kıyasla ev kazalarına yönelik daha fazla güvenlik önlemleri aldığı saptanmıştır (82). Çalışmamızda, çalışmaya dahil olmadan önce çocukların kaza geçirmiş olmaları ile ebeveyn eğitimi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamışken, kaza farkındalık skorlarında fark saptanmış, ilkokul mezunu babaların farkındalık skorlarının üniversite mezunlarına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Anne eğitim durumuna göre çalışma başlangıcındaki farkındalık skorları açısından anlamlı fark gözlenmemiştir ($p=0,184$). Bunun nedeni çalışmamızda lise ve üzeri eğitime sahip annelerin sıklığının fazlalığı olabilir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip kadınlar %41'lik bir dilimi oluşturmaktadır. Çalışmamızda ise lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip anneler %66,8 oranındadır. Çalışmamızın bir üniversite hastanesinde yapılmış olması nedeniyle başvuru yapan kesimin genel popülasyonu yansıtmıyor olma olasılığı bulunmaktadır.

Çalışmamızda çalışma öncesi ev kazası geçirme durumu ile farkındalık skorları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun nedeni ev kazası sonrası ailelerin farkındalıkları ve güvenlik tedbirleri konusundaki duyarlılıklarında artış olması olabilir. Yapılan bir çalışmada çocukların ev kazası sonucuyla yaralanmaları ile annelerin ölçekten aldıkları puanlar arasında istatistiksel bir fark tespit edilmemiştir (71). Bunların aksine literatürdeki çoğu çalışmada çocukları ev kazası geçiren ve yaralanan annelerin ölçek puanı ortanca değerlerinin, ev kazası öyküsü olmayan çocukların annelerine göre daha az olduğu görülmüştür (19, 69, 73).

Bu çalışmanın en önemli bulgusu ailelere kaza önlemleri ile ilgili bilgi verilmesinin de kaza önlemeye dönük gereç verilmesinin de ebeveynlerin kaza önlemi alma sıklıklarını değiştirmesidir. Hem univariate (OR: 8,364; %95 GA: 3,083-22.693; $p<0,001$) hem de multivariate analizde (OR 11,861; %95 GA: 3,912-35,956; $p<0,001$) priz kapağı kullanım sıklığını en çok artıran etmenin aileye priz

kapağı verilmesi olduğu saptandı. Ailelere verilen ücretsiz bir gerecin kullanım oranının artması beklediğimiz ve hedeflediğimiz bir durumdur. Çalışmamızda hem kontrol hem de müdahale grubunda priz kapağı kullanma sıklıklarında çalışma sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu gözlemlendi ($p<0,001$). Kapak verilen ve verilmeyen katılımcılarda çalışma sonrası dolap ve çekmecelere kilit takma yüzdesinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Bu durum sadece eğitim vermenin bile ailelerin farkındalığının artmasında ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda başlangıçta iki grup (kontrol ve müdahale grubu) arasında ev kazası geçirme yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmezken ($p=0,460$) çalışma sonrasında kapak verilmeyen grupta ev kazası geçirme yüzdesinin daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,018$). Bu durum ev kazalarını önlemeye yönelik verilen eğitimlerin de ebeveynlerde tutum ve davranış değişikliğine neden olduğunu, eğitime ek olarak verilen güvenlik kitinin önlemlerin tümüne uyumu artırdığını göstermektedir. Kapak verilen katılımcılarda çalışma öncesi ve sonrası deterjana ulaşma yüzdeleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmezken ($p=0,189$) kapak verilmeyen katılımcılarda çalışma sonrası deterjana ulaşabilme yüzdesinin çalışma öncesine göre daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,024$). Ailelerin çalışma sırasında bazı kaza önlemlerini artırırken bazılarını azaltmalarını beklenmedik bir sonuçtur. Üstelik bu önlem priz kapağı kullanımı, dolaplarda güvenlik kilidi kullanımı gibi olmayan, ailelerin ek bir gereç kullanmasını gerektirmeyen bir önlemdir. Belki de ailelere kaza önlemlerini aktarırken gereç kullanımı gerektirenler daha fazla vurgulanmış ya da aileler tarafından daha çok önemsenmiş olabilir.

Literatürde ebeveynlere kazaların önlenmesine yönelik olarak yapılan farklı uygulamaların sonuçları gösterilmiştir. Bu yöntemler arasında yüz yüze eğitim verilmesi, evde alınması gereken tedbirler için kontrol listesi oluşturulması, ev ziyareti yapılması, bilgilendirme broşürü kullanılması ve güvenlik kitlerinin dağıtılarak konuya dikkat çekilmeye çalışılması bulunmaktadır (15, 78). Annelerin güvenlik davranışlarının yararına ilişkin düşüncelerinin geliştirilmesi ve ev ortamının iyileştirilmesinin çocukların tehlikeden uzaklaşmasına katkıda bulunduğunu gösteren veriler vardır (15). Farklı çalışmalarda ücretsiz dağıtılan ev

güvenlik paketlerinin etkisiyle çocuklarda yaralanma sıklığının beklenenden %59 daha az olduğu, düşük maliyetli ev tadilatlarının ve onarımlarının yaralanmaları azalttığı, eğitim ve güvenlik kitlerinin ev güvenliğini artırmaya katkı sağladığı saptanmıştır (84, 86). Kanada’da yapılan bir çalışmada ise ailelerin güvenlik önlemlerini kullanma kapsamını iyileştirmek için tek bir ev ziyaretinin, ev güvenliği önlemlerinin uzun vadeli benimsenmesi için yetersiz bulunmuş, ancak genel olarak yaralanma oluşumunu azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (87). Bunların aksine yapılan başka bir çalışmada ise, kazaların önlenmesine yönelik yapılan çalışmaların ailelerin ev güvenlik önlemleri konusuna adapte olmaları ve tutum değişikliği yapmalarını sağlamak için yeterli olmadığı saptanmıştır (88).

Bu çalışmada hem eğitimin hem de priz kapağı verilmesinin ailelerin aldığı önlemleri artırdığı gözlenmiştir. Ancak çalışmanın iki temel kısıtlılığı bulunmaktadır. Öncelikle çalışma, çocuğunda kronik bir hastalık olmasa da ayaktan başvuru için üçüncü basamak hastaneyi tercih eden, eğitim düzeyi genel popülasyona göre daha yüksek olan aileleri kapsamaktadır. Bu nedenle bulguların topluma genellenmesi zordur. Çalışmanın diğer bir kısıtlayıcı yönü ise ankete yani beyana dayalı olmasıdır. Bu nedenle katılımcıların “gerçek yanıtı verme” değil de “doğru yanıtı bulma” endişesiyle yanıtlamış olma olasılığı bulunmaktadır. Kapak verilen grupta izlemde saptanan belirgin olumlu çıktıların bir kısmı bu nedenle gözlenmiş, aileler priz kapağı kendilerine sunulduğu için kullanmadıklarını beyan etmeye çekinmiş olabilirler.

İleride yapılacak toplum temelli, randomize, ev ziyaretlerini de içeren çalışmalar bu kısıtlılıkların giderilmesini sağlayabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Ailelerin en korktuğu ev kazası %24,4 ile yanık olarak bulunurken ve en az korktukları ev kazaları parmağının kapıya sıkışması (%0,5) ve madde içme (%1) idi.
2. Çalışmaya dahil edilen 214 çocuktan 36'sının (%18,8) katılım öncesi ev kazası geçirdiği görüldü.
3. Çocukların geçirdikleri en sık ev kazaları %47,3 ile ev içi düşmeler, %33,3 ile çarpma sonucu ezik-kesi, %19,4 ile yanıktı.
4. Katılım öncesi kaza geçiren çocukların medyan yaşı 23 ay (10-36), geçirmeyenlerin 17 aydı (9-36) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,024$).
5. Katılımcıların çalışma öncesi ev kazası geçirme durumuna göre cinsiyet dağılımları ($p=0,692$), anne yaşı ($p=0,376$), baba yaşı ($p=0,310$), anne öğrenim durumu ($p=0,533$), baba öğrenim durumu ($p=0,431$), aile tipi ($p=0,283$) ve çocuk sayısı ($p=0,982$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi.
6. Anne öğrenim durumuna göre çalışma başlangıcındaki farkındalık skorları açısından anlamlı fark gözlenmezken ($p=0,184$), ilkokul mezunu babaların farkındalık skorlarının üniversite mezunlarına göre daha düşük olduğu gözlemlendi ($p=0,026$).
7. Katılım öncesi farkındalık skoru ile baba eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu belirlendi ($p=0,024$).
8. Ebeveynlerin en sık başvurduğu önlemler %97,9 ile “ilaçları ulaşılamayacak yerde saklama”, %93,2 ile “çocuğu tuvaletin yanında, küvetin içinde, su dolu bir kovanın yanında kısa süreliğine de olsa yalnız bırakmama” ve %91,1 ile “tencere, tava ve çaydanlıkların ocağın arka gözlerine koyulmuş, saplarının geriye doğru çevrilmiş olmasına dikkat etme” olarak belirlendi.

9. Çalışmaya ilk alındıklarında iki grup arasında ev kazası geçirme yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmezken ($p=0,460$) katılım sonrasında kapak verilmeyen grupta ev kazası geçirme yüzdesinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0,018$).
10. Eğitim öncesinde ($p=0,005$) ve sonrasında ($p<0,001$), kapak verilen katılımcılarda kapak kullanımı oranı anlamlı şekilde yüksekti.
11. Eğitim verildikten sonraki bir aylık süreçte kapak verilen grupta çocukların deterjana ulaşma olasılıklarının (%9,3) verilmeyen gruba göre (%29,2) belirgin şekilde az olduğu gözlemlendi ($p<0,001$).
12. Bir aylık süreç sonunda kapak verilen ($p<0,001$) ve verilmeyen ($p<0,001$) grupta dolaplara güvenlik kilidi koyma sıklığı önceye göre anlamlı şekilde artmıştı.
13. Kontrol grubu ile müdahale grubunun dolap ve çekmecelerde güvenlik kilidi bulundurma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,702$).
14. Hem kontrol hem de müdahale grubunun priz kapağı kullanma sıklıklarında katılım sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu gözlemlendi ($p<0,001$).
15. Kapak verilen ve verilmeyen katılımcılarda katılım sonrası dolap ve çekmecelere kilit takma yüzdesinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu tespit edildi ($p<0,05$).
16. Çocuk yaşı, anne eğitim düzeyi, anne çalışma durumu, baba eğitim düzeyi, gelir-gider durumu, aile yapısı ve çocuk sayısının priz kapağı kullanımını etkilemediği gözlemlendi ($p>0,05$).
17. Univariate analizde priz kapağı kullanım sıklığını en çok artıran etmenin aileye priz kapağı verilmesi olduğu saptandı (OR: 8,364; %95 CI: 3,083-22.693; $p<0,001$).
18. Multivariate analizde priz kapağı kullanımını en çok etkileyen etmen aileye priz kapağı verilmesi idi (OR: 11,861; %95 CI: 3,912-35,956; $p<0,001$).
19. Annenin 30 yaşından genç olması (OR: 3,112; %95 CI: 1,112-8,711; $p=0,031$) ve dolaplarda kilit bulunmasının (OR: 5,702; %95 CI: 2,267-

14,34; $p<0,001$) priz kapağı kullanımını etkileyen diğer etmenler olduğu gözlemlendi.

Sonuç olarak; kaza önlemleri konusunda ailelere bilgi verilmesinin ve dağıtılan güvenlik kitlerinin ebeveynlerde bir farkındalık yarattığı ve güvenlik önlemlerini uygulama konusunda uyarıcı olduğu gözlemlendi. Çocuk sağlığı izlemi yapan tüm sağlık çalışanlarının kaza önlemleri konusunda çocuğun yaşına ve gereksinimlerine uygun bilgiler sunması ve danışmanlık vermesi çocuk yaralanmalarını azaltmak konusunda önemli bir yaklaşım olabilir. Bunun yanı sıra sosyal medya, kitle iletişim araçları, kamu spotları ve benzeri yazılı ve görsel materyaller ile farkındalığın artırılması ile ev güvenlik kitlerinin dağıtılması gibi görece kolay ulaşılabilir yöntemlerle ev kazalarının bir kısmının önüne geçilmesi, çocuk ölümlerinin ve sakatlıklarının azaltılması sağlanabilir.

7. ÖZET

9-36 Ay Arası Çocuklarda Ev Kazalarına Yönelik Ebeveyn Farkındalığının Arttırılmasına Ücretsiz Olarak Dağıtılan Güvenlik Önleminin (Priz Kapağının) Etkisi

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çocuk ölümlerinin arasında kazalar önemli bir sorundur. Beş yaş altı çocuklarda bu kazaların büyük bir kısmını ev kazaları oluşturmaktadır. Alınacak basit önlemlerle bu kazalar ve kazalara bağlı çocuk ölümleri önlenabilir. Ebeveynleri yaşam alanları içerisinde alınabilecek güvenlik önlemleri konusunda bilgilendirme ve farkındalığın artırılması konusundasağlık çalışanlarının önemli rolü vardır. Bu çalışmada ev kazalarına yönelik bilgilendirmelere ek olarak ücretsiz olarak dağıtılan priz kapağının farkındalık üzerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırma 9-36 ay arası sağlıklı çocukların ebeveynlerine uygulanan ev kazalarıyla ilgili yarı randomize (quasi-randomized) kontrollü bir müdahale çalışmasıdır. Çalışmamız 28.11.2019 – 25.01.2020 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniği ve Genel Çocuk Polikliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlam Çocuk ve Genel Çocuk Polikliniğine başvuran 9-36 ay aralığındaki kronik ciddi bir hastalığı olmayan çocukların ebeveynleri oluşturmuştur. Çalışmanın yürütüldüğü 28.11.2019-25.01.2020 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlam çocuk ve genel çocuk polikliniğine başvuran 9-36 ay arası kronik hastalığı olmayan toplam 224 çocuğun ebeveynleri bu çalışmaya dâhil edilmiştir. 114 hasta bilgilendirme yapıp kapak verilen çalışma grubunu, 110 hasta kapak verilmeyen sadece bilgilendirilen kontrol grubunu oluşturmuştur. Bir ay sonra yapılacak olan telefon görüşmesinde çalışma grubundan 17 aile, kontrol grubundan 14 aileye ulaşılammış olup bu nedenle toplam 31 hasta çalışma dışı bırakılmıştır.

Eğitim öncesinde ($p=0,005$) ve sonrasında ($p<0,001$), kapak verilen katılımcılarda kapak kullanımı oranı anlamlı şekilde yüksek bulundu. Eğitim verildikten sonraki bir aylık süreçte kapak verilen grupta çocukların deterjana

ulaşma olasılıklarının (%9,3) verilmeyen gruba göre (%29,2) belirgin şekilde az olduğu gözlendi ($p<0,001$). Bir aylık süreç sonunda kapak verilen ve verilmeyen grupta dolaplara güvenlik kilidi koyma sıklığı artmış olsa da fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,702$). Hem kontrol hem de müdahale grubunun priz kapağı kullanma sıklıklarında katılım sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu gözlendi ($p<0,001$). Kapak verilen ve verilmeyen katılımcılarda katılım sonrası dolap ve çekmecelere kilit takma yüzdesinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Multivariate analizde priz kapağı kullanımını en çok etkileyen etmen aileye priz kapağı verilmesi (OR: 11,861; %95 CI: 3,912-35,956; $p<0,001$), annenin 30 yaşından genç olması (OR: 3,112; %95 CI: 1,112-8,711; $p=0,031$) ve dolaplarda kilit bulunması (OR: 5,702; %95 CI: 2,267-14,34; $p<0,001$) idi. Sonuç olarak; her türlü kaza önlemleri ile ilgili eğitimin ve dağıtılan güvenlik kitlerinin ebeveynlerde bir farkındalık yarattığı ve güvenlik önlemlerini uygulama konusunda uyarıcı olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Ev Kazaları, Ebeveyn Farkındalığı, Güvenlik Önlemi, Priz Kapağı

8. ABSTRACT

The Effect of the Security Measures (Socket Cover) Distributed Free of Charge on Increasing Parental Awareness of Home Accidents in Children Between 9-36 Months

Accidents constitute an important problem among child deaths in developed and developing countries. Most accidents are home-accidents in children under the age of five. With simple measures to be taken, such accidents and subsequent child deaths can be prevented. Therefore, raising the awareness of parents on this issue has great importance. At this stage, physicians have a crucial role in informing parents about security measures that can be taken in their living environments. This study aimed to evaluate the effect of the freely-distributed socket cover, in addition to the information, on the awareness about home accidents. The present study is a quasi-randomized controlled intervention study on home accidents including parents of healthy children aged between 9-36 months. Our study was conducted between 28.11.2019 - 25.01.2020 at Well-Child and General Pediatrics outpatient clinics of Akdeniz University Hospital. The study sample consisted of the parents of children between the ages of 9 to 36 months who applied to these clinics and do not have a chronic serious disease. In total, parents of 224 children were included in the present study. Of the subjects, 114 were given information and provided socket cover constituting the intervention group, and 110 were only given information as the control group. During the phone calls made one month later, 17 subjects from the study group and 14 from the control group could not be reached, and a total of 31 patients were excluded from the study.

Before ($p=0.005$) and after ($p<0.001$) the training, the rate of cover use was found to be significantly higher in the participants who were given covers. The probability of access to detergents was significantly lower in the intervention group (9.3%) compared to controls (29.2%) in the one month period after the training ($p <0.001$). Additionally, the frequency of putting security locks on the cupboards increased in both groups at the end of one month period, however, the

difference between the intervention and control groups was not statistically significant ($p > 0.702$). A statistically significant increase was observed in the frequency of using socket covers in both control and intervention groups after training ($p < 0.001$). A statistically significant increase was found in the use of lockers in cabinets and drawers after training in subjects with and without covers ($p < 0.05$). In multivariate analysis, being given socket covers (OR: 11,861; 95% CI: 3,912-35,956; $p < 0.001$), maternal age younger than 30 years (OR: 3,112; 95% CI: 1,112-8,711; $p = 0.031$) and putting security locks on the cupboards (OR: 5,702; 95% CI: 2,267-14,34; $p < 0.001$) were found to be the factors that increased the use of socket covers.

In conclusion, the training on all kinds of accident precautions and the distributing safety equipment were observed to create an awareness in parents and stimulate the use of safety measures.

Key Words: Child, Home Accidents, Parental Awareness, Security Measures, Socket Cover

9. KAYNAKLAR

1. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Fazlur Rahman AKM, et al. World Report on Child Injury Prevention - PubMed - NCBI. Geneva: World Health Organization 2008. PMID: 26269872
2. Gökçay G, Beyazova U. Fizik Çevrenin Düzenlenmesi: Kazalardan Korunma. In: İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi. Sosyal Pediatri Dern Yayınları, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2017; 183–9.
3. Tezcan S, Aslan D, Yardım N, Demiröz AS, Coşkun E, Cengiz G, et al. Ankara İli Altındağ Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Kaza Sıklığının Saptanması ve Kazaların Bazı Faktörlerle İlişkisinin Belirlenmesi. Ege Tıp Derg 2001; 40(3): 165–73.
4. Joffe AR, Lalani A. Injury admissions to pediatric intensive care are predictable and preventable: A call to action. J Intensive Care Med 2006; 21(4): 227–34. doi: 10.1177/0885066606288944
5. Rivana F, Grosman D. Injury control. In: Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B, editors. Nelson Textbook of Pediatrics (18th ed). Philadelphia: Saunders Elsevier 2008; 256–63.
6. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu. UNİCEF. 2005.
7. World Health Organization. Injury Surveillance Guidelines. 2001. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/surveillance_guidelines/en/
8. TDK Türkçe Sözlük, 11. Baskının tıpkıbasımı, Ankara 2019.
9. Karatepe TU, Çetin Ekerbiçer H. Çocuklarda Ev Kazaları. Sakarya Tıp Dergi 2017; 7(1): 1. <https://doi.org/10.31832/smj.306280>
10. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Yönünden Kazalar. In: Münevver B, Çağatay G, editors. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı. Güneş Tıp Kitabevi Ankara; 1997.
11. Nouhjah S, Niakan Kalhori SR, Saki A. Risk factors of Non-fatal Unintentional Home Injuries among Children under 5 Years Old; a Population-Based Study. Emerg (Tehran, Iran) 2017; 5(1): e6. PMID: 28286813
12. Karatepe TU, Akış N. 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2013; 39(3): 165–8.

13. Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva, World Health Organization, 2002.
14. Chen LH, Gielen AC, McDonald EM. Validity of self reported home safety practices. *Inj Prev* 2003; 9(1): 73–5. doi: 10.1136/ip.9.1.73
15. Hendrickson SG. Reaching an underserved population with a randomly assigned home safety intervention. *Inj Prev* 2005; 11(5): 313–7. doi: 10.1136/ip.2004.007229
16. Safety at home: direction and ideas for the prevention of domestic accidents and for first aid. Minist Soc Aff Heal Finnish Cent Organ Rescue Serv, Helsinki, Finland 2004.
17. Paek, Hwang, Kim, Cho. A Safe Community, Suwon 1999–2003. Suwon: Korea Community Council 2004; 26.
18. Turan T, Altundağ Dündar S, Yorganci M, Yildirim Z. The prevention of home accidents among children aged 0-6 years. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery (Original Article)* 2010; 16(6): 552-7.
19. Yalaki Z, Taşar MA, Kara N, Dallar Y. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Ailelerin Ev Kazaları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. *Akademik Acil Tıp Derg* 2010; 9(3): 129-33.
20. Kurt FY, Aytekin A. 0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015; 2(1): 22-32.
21. Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F. Çocukluk Çağında Ev Kazalarına Yol Açan Etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg* 2011; 20(3): 89–97.
22. Erkal S, Safak S. Determination of the risks of domestic accidents for the 0-6 age group in the Tuzluca Village Clinic neighborhood. *Turk J Pediatr* 2006; 48(1): 56–62. PMID: 16562787
23. Baysal S. Çocukluk Çağında Yaralanmaların Kontrolü. In: Temel Pediatri (Eds. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A, Boduroğlu K). Türkiye Milli Pediatri Derneği Yayınları, Güneş Tıp Kitabevi 2020; 206–10.
24. Gilbride SJ, Wild C, Wilson DR, Svenson LW, Spady DW. Socio-economic status and types of childhood injury in Alberta: a population based study. *BMC Pediatr* 2006; 6: 30. doi: 10.1186/1471-2431-6-30
25. Kiliç M. Çocukluk Çağı Güvenlik Eğitimine Gelişimsel Yaklaşım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 1995; 11: 85-95.

26. Basyas S, Birinci A. Çocukluk Çağında Yaralanmalar ve Yaralanma Kontrolü. Türkiye Klin Pediatr Sci 2006; 2(2): 64-78.
27. Altundağ S, Öztürk MC. The effects of home safety education on taking precautions and reducing the frequency of home accidents. Ulus Travma ve Acil Cerrahi Derg 2007; 13(3): 180-5.
28. Laffoy M. Childhood accidents at home. Ir Med J. 90(1):26-7. PMID: 9230559
29. Uğur Baysal S, Yıldırım F, Bulut A. Çocuk Güvenliği. Yaralanmalardan ve Zehirlenmelerden Korunma. Güvenlik Kontrol Listesi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi 2005.
30. Mohamed S. Unintentional Childhood Injuries In The Home: The Perceptions Of First Time Mothers On The Risk Factors In Delft, Cape Town. 2004. <http://hdl.handle.net/11394/1441>
31. Dal Santo JA, Goodman RM, Glik D, Jackson K. Childhood unintentional injuries: factors predicting injury risk among preschoolers. J Pediatr Psychol 2004; 29(4): 273-83. doi: 10.1093/jpepsy/jsh029
32. Altuntaş M, Kaya M, Demir Ş, Oyman G, Metecan A, Rastgel H, et al. 0-14 Yaş Arası Çocuklarda Önlenebilir Nitelikteki Kazaların Belirlenmesi ve İlişkili Tedbirlerin Alınması (Determination of Preventable Accidents in Children Between the Ages of 0-14 and Taking Measures Associated with Them). Smyrna Tıp Derg 2013; 1: 28-33.
33. Akış N. Kasıtsız Düşme, Çocuklarda ve Yaşlılarda. Türkiye Klin Public Heal - Spec Top 2016; 2(1): 11-6.
34. Pomerantz WJ, Dowd MD, Buncher CR. Relationship between socioeconomic factors and severe childhood injuries. J Urban Health 2001; 78(1): 141-51. doi: 10.1093/jurban/78.1.141
35. Uysalol M. Düşmelerin Önlenmesi. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2015; 11(4): 45-50. [cited 2019 Oct 22]; Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-dusmelerin-onlenmesi-72702.html>
36. Runyan CW, Casteel C, Perkis D, Black C, Marshall SW, Johnson RM, et al. Unintentional injuries in the home in the United States Part I: mortality. Am J Prev Med 2005; 28(1): 73-9. doi: 10.1016/j.amepre.2004.09.010

37. Karatas B, Kettas E, Yurtsever S. View of Interventions by Mothers of 1-6 Year Old Children after Home Accidents. J Human Sci 2006; 3(2): Uluslararası İnsan Bilim Derg 2006; 3(2). <https://j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/33/104>
38. Yüksel F, Türkan D, Ünal B, Dinç A. Okul Öncesi Çocukluk Dönemi Ölümlerinde Otopsi Bulguları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2010; 27: 148–51.
39. Aktürk Ü, Erci B. 15. Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Bursa; 2012.
40. Seiler T. Bebeklere ve Çocuklara İlk Yardım. (Çev: Özkan Ç) Acıbadem Optimist Yayın Dağıtım 2007.
41. Sevim E, Uğur Baysal S. Çocuklarda Yanık Yaralanmaları ve Önleme. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2015; 11(4): 38-44.
42. Drago DA. Kitchen scalds and thermal burns in children five years and younger. Pediatrics 2005; 115(1): 10–6. doi: 10.1542/peds.2004-0249
43. Özcebe H. Çocuk ve Kazalar. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri (Sosyal Pediatri Derg Özel Sayısı) İzmir 2005; 154–63.
44. Aldemir B, Güllü M, Okur H. Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Haşlanma ve Alev Yanıklarının Epidemiyolojik Özellikleri. Tıp Araştırmaları Derg 2005; 3(1): 14–21.
45. Arslan H, Kul B, Derebaşınlioğlu H, Çetinkale O. Epidemiology of pediatric burn injuries in Istanbul, Turkey. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2013; 19(2): 123–6. DOI: 10.5505/tjtes.2013.44442
46. Bilir N, Yıldız AN. Temel İlk Yardım. Türk Eczacılar Birliği, Eczacılık Akademisi Yayını; No:3, Ankara 2007.
47. European Commission. Injury database in the European Union. Amsterdam; 2016.
48. Arıca V, Dağ H, Kalçın S, Kök S, Bölük K, Doğan M. Çocuklarda Suda Boğulmalara Güncel Yaklaşımlar. Mustafa Kemal Üniv Tıp Fakültesi Derg 2013; 4(15): 33-8..
49. Ballesteros MF, Schieber RA, Gilchrist J, Holmgreen P, Annett JL. Differential ranking of causes of fatal versus non-fatal injuries among US children. Inj Prev 2003; 9(2): 173–6. doi: 10.1136/ip.9.2.173

50. Arslan MM, Çekin N, Hilal A, Kar A. Adana’da 1997-2006 Yılları Arasında Meydana Gelen Suda Boğulma Olgularının İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2008; 5(1): 13-8.
51. Markenson D, Ferguson JD, Chameides L, Cassan P, Chung KL, Epstein J, et al. Part 17: first aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. Circulation 2010; 122(18 Suppl 3): 934-46. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971150
52. Ozdemir C, Uzün I, Sam B. Childhood foreign body aspiration in Istanbul, Turkey. Forensic Sci Int 2005; 153(2-3): 136-41.
53. Albayrak P. Bebekler ve Çocuklar İçin Temel İlk Yardım. Boyut Yayıncılık, Ankara 2009; 29-41.
54. Kökoğlu B. Çocukluk Çağı Zehirlenmelerinin Retrospektif Analizi. Eskişehir Osmangazi Üni Tıp Fak Aile Hekimliği AD Tıpta Uzmanlık Tezi, Tez Danışmanı: Prof.Dr. İlhami Ünlüoğlu, Eskişehir 2016.
55. Litovitz TL, Holm KC, Bailey KM, Schmitz BF. 1991 Annual report of the American Association of Poison Control Centers National Data Collection System. Am J Emerg Med 1992; 10(5): 452-505. doi: 10.1016/0735-6757(92)90075-9
56. Şenel Güzel I, Esin Kibar A, Vidinlisan S. Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisine başvuran zehirlenme vakalarının demografik özelliklerinin incelenmesi. Genel Tıp Derg 2011; 21(3): 101-7.
57. Aksoy E, Çoltu A, Ege B, Günaydın G, İnanıcı MA, Karali H, et al. Adli Travmatoloji - Adli Tıp Ders Notu. Haziran 2008. Eslem Hukuk. <https://savcibey55.wordpress.com/2008/06/29/adli-travmatoloji-adli-tip-ders-notu/>
58. Köse ÖO, Bakırcı N. Çocuklarda Ev Kazaları. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2007; 16(3): 31-5.
59. Dur A. The Demographical Characteristic and Affecting Factors on Length of Stay in Hospital Due to Electrical Injuries.
60. Peak-Asa C, Heiden E. Last Public Health and Preventive Medicine (15th Edition). In: Maxcy-Rosenau, editor. The Public Health Approach-Chapter 80 Edt. 2007.
61. Soori H, Naghavi M. Childhood deaths from unintentional injuries in rural areas of Iran. Inj Prev 1998; 4(3): 222-4. doi: 10.1136/ip.4.3.222

62. Erkal S, Şafak Ş. Ev Kazalarının Nedenleri ve Korunma Yolları. Eğitim ve Bilim. 2001; 26(121): 58-61.
63. Güler Ç. Çobanoğlu Z. Kazalar Ve Önlenmesi. TC Sağlık Bakanlığı Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No: 13, Birinci Baskı Ankara 1994.
64. Altundağ S. Ev kazalarına yönelik eğitimin, güvenlik önlemleri alınması ve kaza görülme sıklığına etkisi. Dokuz Eylül Üni Sağlık Bil Enst Hemşirelik AD Çocuk Sağ ve Hast Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Tez Danışmanı: Yrd.doç.Dr. M. Candan Öztürk, İzmir 2005.
65. Özdemir F. Ev Kazaları ve Korunma. 9. Acil Tıp Güz Sempozyumu, Edirne 08-11 Ekim 2009.
66. Çocuklar ve Kazalar. İstanbul Büyükşehir Belediyesi İstanbul İtfaiyesi Eğitim Yayınları Serisi; 6, 2007.
67. Bazelmans C, Moreau M, Piette D, Bantuelle&Alain Leveque M. Role of physicians in preventing accidents in the home involving children under 15 years in the French-speaking community of Belgium. Inj Control Saf Promot 2004; 11(4): 253-7. <https://doi.org/10.1080/156609704/233/289742>
68. Alasya E. 1–6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazası Görülme Sıklığı ve Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Uygulamalarının Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Prog Yüksek Lisans Tezi, Tez Danışmanı; Yrd.Doç.Dr. Bellkıs Karataş, Lefkoşa 2012.
69. Tural Büyük E, Çavuşoğlu F, Teker E. Sıfır Altı Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanılanması. J Duzce Univ Heal Sci Inst / J DU Heal Sci Inst 2015; 5(3): 17–22.
70. Tsoumakas K, Dousis E, Mavridi F, Gremou A, Matziou V. Parent's adherence to children's home-accident preventive measures. Int Nurs Rev 2009; 56(3): 369–74. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00720.x
71. Boztaş G. 0-48 Aylık Çocukların Ev Kazaları Sonucu Oluşan Yaralanmalarına İlişkin Annelerin Davranış ve Görüşlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp F Halk Sağ AD Uzmanlık Tezi, Tez Danışmanı: Doç.Dr. Banu Çakır, Ankara 2008.
72. Dede Çınar N, Görak G. Mother's Role in Preventing Childhood Home Accidents. Vol. 20, Revista Brasileira em Promoção da Saúde Universidade de Fortaleza, Brasil 2007; 200(4): 238-42.

73. Erkal S. Identification of the number of home accidents per year involving children in the 0-6 age group and the measures taken by mothers to prevent home accidents. *Turk J Pediatr* 2100; 52(2): 150–7.
74. Çelik Inanç D, Uğur Baysal S, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağı yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler. *Türk Ped Arş* 2008; 43: 84-8.
75. Children and falls. UNICEF, World Health Organization. Erişim: https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_english.pdf
76. WHO. Child and Adolescent Injury Prevention: A WHO Plan of Action 2006-2015. Geneva; 2006.
77. Morrongiello BA, Kiriakou S. Mothers' Home-Safety Practices for Preventing Six Types of Childhood Injuries: What Do They Do, and Why? *J Pediatr Psychol* 2004; 29(4): 285-97. doi: 10.1093/jpepsy/jsh030
78. Cristina E, Silva S, Neyrian M, Fernandes F, Caroline M, Sá N, et al. The effect of educational knowledge regarding the knowledge of mothers on prevention of accidents on childhood. *Open Nurs J* 2012; 33(4).
79. Kamal NN. Home unintentional non-fatal injury among children under 5 years of age in a rural area, el minia governorate, Egypt. *J Community Health* 2013; 38(5): 873–9. doi: 10.1007/s10900-013-9692-y
80. Mull DS, Agran PF, Winn DG, Anderson CL. Injury in children of low-income Mexican, Mexican American, and non-Hispanic white mothers in the USA: A focused ethnography. *Soc Sci Med* 2001; 52(7): 1081–91. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00215-x
81. Çapık C, Parlak Gürol A. Eğitimin Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Tedbirlerini Tanılama Yetilerine Etkisi (Effect of Education on Mothers' Capability of Identification of Safety Precautions of Home Accidents). *Kafkas J Med Sci* 2014; 4(3): 87–94. doi: 10.5505/kjms.2014.65365
82. Yıldız Çiçekler C, Konuk Er R, Alakoç Pirpir D, Büyükbayraktar Ç. 0-6 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin İncelenmesi. *Çukurova Ü Sosyal Bil Enst Derg* 2012; 21(3): 157–74.
83. Özmen D, Ergin D, Şen N, Çakmakçı Çetinkaya A. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanılanması. *Aile ve Toplum* 2007; Cilt 3, Sayı 12.

84. Falcone RA, Edmunds P, Lee E, Gardner D, Price K, Gittelman M, et al. Volunteer driven home safety intervention results in significant reduction in pediatric injuries: A model for community based injury reduction. *J Pediatr Surg* 2016; 51(7): 1162–9. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2015.11.020
85. Keall MD, Pierse N, Howden-Chapman P, Cunningham C, Cunningham M, Guria J, et al. Home modifications to reduce injuries from falls in the Home Injury Prevention Intervention (HIPI) study: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2015; 385(9964): 231–8. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61006-0
86. Posner JC, Hawkins LA, Garcia-Espana F, Durbin DR. A randomized, clinical trial of a home safety intervention based in an emergency department setting. *Pediatrics* 2004; 113(6 I): 1603–8. doi: 10.1542/peds.113.6.1603
87. King WJ, Klassen TP, LeBlanc J, Bernard-Bonnin AC, Robitaille Y, Pham B, et al. The effectiveness of a home visit to prevent childhood injury. *Pediatrics* 2001; 108(2 II): 382–8. doi: 10.1542/peds.108.2.382
88. DiGuseppi C, Roberts IG. Individual-level injury prevention strategies in the clinical setting. *Future Child* (Spring-Summer) 2000; 10(1): 53-82. PMID: 10911688
89. Ramsay LJ, Moreton G, Gorman DR, Blake E, Goh D, Elton RA et al. Unintentional home injury in preschool-aged children: looking for the key--an exploration-of the inter-relationship and relative importance of potential risk factors. *Public Health* 2003 Nov;117(6):404-411.

10. EKLER

Ek 1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı:

9-36 ay arası çocuklarda ev kazalarına yönelik ebeveyn farkındalığının artırılmasına ücretsiz olarak dağıtılan güvenlik önleminin (priz kapağının) etkisi

b. Araştırmanın İçeriği:

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlam Çocuk ve Genel Çocuk polikliniğine başvurmuş 9-36 ay arası iki yüz çocuğun ailesi gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edilecektir. Ebeveynler çalışma hakkında bilgilendirilip gerekli onamlar alınacaktır. Çalışmanın başında bütün ebeveynler demografik özellikleri ve kaza önlemleri ile ilgili farkındalığı içeren preteste tabi tutulacaklardır. Takibinde yüz çocuğun ebeveynlerine bilgilendirmeye ek olarak güvenlik önlem gereci olan priz kapağı dağıtılacaktır. Yüz çocuğun ebeveynleri ise kaza önlemleri hakkında sadece bilgilendirilecektir. Poliklinik sıra numarası tek sayı olanlar priz kapağı dağıtılacak olan gruba, çift sayı olanlar ise sadece bilgilendirilecek gruba oluşturacaktır. Tüm ebeveynlere 1 ay sonra telefon görüşmesi yapılacağı bilgisi verilecektir. 1 ay sonra aileler aranarak kaza önlemleri açısından alınan tedbirlere yönelik sorular sorulacak ve farkındalık iki grup açısından karşılaştırılacaktır

c. Araştırmanın Amacı:

Ev kazalarına yönelik bilgiye ek olarak önleyici aparatların verilmesinin ailelerin kaza önlemlerine uyumu üzerindeki etkisini değerlendirmek

Ev kazalarına yönelik ebeveyn farkındalığını arttırmak

Ev kaza önlemleri ile çocuklarda kaza risklerini azaltmak

Ev kazaları ile ilgili çalışmaların ve konuya olan ilginin artmasına katkıda bulunmak

Ev kazalarıyla ilgili literatüre ve veri tabanına katkıda bulunmak amaçlanmıştır

d. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma

(+) Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 1 yıl

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: İki yüz ebeveyn

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Ailelere bilgi verilip anket uygulanacaktır



2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Çalışma başında doldurulacak olan pretest zaman açısından ailelere rahatsızlık verebilir

1 ay sonra yapılacak olan telefon görüşmesi ailelere rahatsızlık verebilir

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Kaza önlemlerine uyumlarının artacağı öngörüsünde bulunulmuştur

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Hatice Kılıç Uysal Telefon:

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katılım çocuğunuzun sağlığı üzerinde herhangi bir risk taşımadığı için herhangi bir zarar görmeniz ve bunun karşılanması söz konusu değildir.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.



10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı: Hatice Kılıç Uysal

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı :

İmzası :

Görevi :

Tarih :

Ek 2. Anket Formu

PRETEST EK-1

- 1) Görüşme yapılan ebeveyn: Anne(...) Baba(...)
- 2) Anne yaşı: Baba yaşı:
- 3) Anne ve baba öğrenim durumu nedir:
Anne:
☐ Okuryazar değil
☐ Okuryazar
☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu
☐ Üniversite mezunu/yüksek lisans

Baba:
☐ Okuryazar değil
☐ Okuryazar
☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu
☐ Üniversite mezunu/yüksek lisans
- 4) Annenin çalışma durumu:
Çalışıyor: (Mesleği:.....) Çalışmıyor
- 5) Babanın çalışma durumu:
Çalışıyor: (Mesleği:.....) Çalışmıyor
- 6) Aylık gelir durumu:
Gelir = Gider Gelir>Gider Gelir< Gider
- 7) Aile tipiniz nedir?
 - ☐ Çekirdek aile: (anne , baba ve çocuklar)
 - ☐ Geniş aile: (anne ,baba ve çocuklara ek olarak başka akrabalar)
 - ☐ Parçalanmış aile: (boşanmış veya ayrı yaşayan ebeveyn)
- 8) Evde kaç kişi yaşıyor?
- 9) Evde yaşayan çocuk sayısı nedir?
- 10) Çocuğa kim bakıyor? Anne / Büyükanne / Bakıcı / Diğer:
- 11) Sizin için en önemli ev kazası nedir?
- 12) Sizce çocuğunuzun önemli bir şekilde yaralanmasına neden olacak bir kazayı ev içinde geçirme ihtimali nedir?
 - ☐ Yok
 - ☐ Düşük
 - ☐ Yüksek

PRETEST EK-1

13) Sizce ev içinde çocukların önemli ölçüde yaralanmasına neden olabilecek kazalar ne ölçüde önlenabilir?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Çoğu zaman
- Her zaman

14) Bu çocuk daha önce sağlık kuruluşuna gitmenizi gerektiren kaza geçirdi mi? Evet Hayır

15) Geçirdi ise kaç aylıkken geçirdi?

16) Diğer çocuklarınız hastaneye gitmenizi gerektiren herhangi bir kaza geçirdi mi?

17) İlk 4 ayda çocuğunuz nerede ve nasıl uyudu?

18) Ev kendinizin mi? Evet Hayır

Düşme			
19)Banyoda kayganlık için önleyici kullanıyor musunuz?	Her zaman	Bazen	Asla
20)Balkonda kullandığınız mobilya varsa kolay hareket eder mi?	Hepsi	Bazıları	Hiçbiri
21)Pencerelerinizde çocuk kilidi var mı?	Evet	Hayır	
22)Evinizde merdiven var mı?	Evet	Hayır	
23)Merdiven giriş ve çıkışlarında güvenlik için kapı var mı?	Evet	Hayır	

Boğulma			
24)Çocuğunuzu tuvaletin yanında, küvetin içinde, su dolu bir kovanın yanında kısa süreliğine de olsa yalnız bırakır mısınız?	Sıklıkla	Nadiren	Asla
Aspirasyon			
25) Çocuğunuz küçük objelerle oynar mı?(fıstık, fındık, fasülye, nohut, düğme, boncuk vs)	Sıklıkla	Nadiren	Asla
Yanık			
26)Evinizde prizler üzerinde güvenlik kapağı var mı?	Evet	Hayır	

PRETEST EK-1

27) Evinizde etrafında korkuluk olmayan soba(odun, gaz, elektrik) var mı?	Evet	Hayır	
28)Tencere, tava ve çaydanlıkların ocağın arka gözlerine koyulmuş , saplarının geriye doğru çevrilmiş olmasına dikkat eder misiniz?	Her zaman	Bazen	Asla
Zehirlenme			
29)Dolaplarda ve çekmecelerde kapak güvenlik kilidi var mı?	Evet	Hayır	
30) Evinizin genel temizliği ile ilgili deterjanlar çocuğunuzun ulaşamayacağı yerde mi durur?	Evet	Hayır	
31)Evinizde ilaçlar nerede durur?			
Ev dışı önlemler			
32)Arabanız var mı?	Evet	Hayır	
33)Arabanız varsa çocuğunuz arabanın neresinde nasıl yolculuk eder?			

Hasta adı-soyadı :

Dosya numarası :

Hasta yaşı :

Tarih :

Ek 3. Post-test

1. Priz kapakları takılı mı?

2. Dolap ve çekmecelerde kilit var mı?

3. Evin genel temizlik malzemeleri nerede duruyor?

4. Bir aylık süreçte ev kazası geçirdi mi?

Ek 4. Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üyesi Sevtap VELİPAŞAOĞLU
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		9-36 Ay Arası Çocuklarda Ev Kazalarına Yönelik Ebeveyn Farkındalığının Arttırılmasına Ücretsiz Olarak Dağıtılan Güvenlik Önleminin (priz kapağının) Etkisi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1110	Tarih: 27.11.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmasına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr.Veli YAZISIZ
Üye

Prof.Dr.Bülge KARSLI
Üye

Prof.Dr.Oğuz DURSUN
Üye

Doç.Dr.Gülşah Özge BAYSAL
Üye

Doç.Dr.Dijle KIPMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr.Banu NUR
Üye (İzinli)

Doç.Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (İzinli)

Turgut ALTUN
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye