

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE EV
KAZALARINA YÖNELİK ALDIKLARI GÜVENLİK
ÖNLEMLERİNİN İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ
DR. HACER DEMİRKÖSE

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. SEÇİL ÖZKAN

ANKARA
2020

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE EV
KAZALARINA YÖNELİK ALDIKLARI GÜVENLİK
ÖNLEMLERİNİN İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ
DR. HACER DEMİRKÖSE

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. SEÇİL ÖZKAN

ANKARA
2020

KABUL VE ONAY



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Hacer Demirköse
Baba Adı	Şih Mustam
Doğum Yeri/Tarihi	Nizip / 10/04/1990
Diploma Tarihi / Diploma No	21/07/2015 / 0273
Mezun Olduğu Fakülte	Hacı Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yapıldığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay:
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: 0-6 Yaş Grubu Çocukları Olan Annelerin
Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Ew Kararlarına Genelikle Akademi
Güvenlik Önlemlerinin İlişkisi

JÜRİ KARARI:

Tez sınavında başarılı olmuştur. Uzmanlık sınavına girmeye
hak kazanmıştır.

JÜRİ ÜYELERİ

BASKAN

Hacı Mustafa Kemal Üniversitesi

ÜYE

Prof. Dr. Serif ÖZKAN
Sağlık

ÜYE

Prof. Dr. Hacı Mustafa Kemal Üniversitesi

TEŞEKKÜR

Bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bana yol gösteren, mesleki gelişimimde büyük katkıları olan başta tez danışmanım, kıymetli hocam Prof. Dr. Seçil ÖZKAN olmak üzere, her zaman desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım; Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN, Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL, Doç Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN ve Dr. Öğr. Üyesi Hakan TÜZÜN'e saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Asistanlığım süresince beraber çalıştığım değerli asistan arkadaşlarıma,
Tüm eğitim hayatım boyunca bana maddi ve manevi destek olan aileme,
Bu süreçte tüm zorlukları benimle birlikte göğüsleyen, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu bildiğim değerli eşim Mesut DEMİRKÖSE'ye ve doğumuyla hayatıma yeni bir anlam kazandıran ve hayata bakışımı değiştiren canım oğlum Mehmet Efe DEMİRKÖSE'ye teşekkür ederim.

Dr. Hacer DEMİRKÖSE

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR	viii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Kaza	6
2.2 Yaralanma.....	6
2.3. Çocuklarda Ev Kazaları	8
2.4. Evde Karşılaşılan Kazalar ve Çeşitleri	9
2.4.1. Düşmeler	9
2.4.2. Yanıklar.....	11
2.4.3. Zehirlenmeler	13
2.4.4. Boğulmalar.....	16
2.5. Çocuklarda Ev Kazaları ile İlişkili Faktörler.....	18
2.5.1 Cinsiyet	18
2.5.2. Yaş	19
2.5.3. Sosyoekonomik Durum.....	21
2.5.4. Ailenin Eğitim Durumu	23
2.5.5. Mevsimsel Değişiklikler	23
2.5.6 Zaman Varyasyonları	24
2.5.7. Eve Ait Faktörler.....	24
2.6. Çocuk Yaralanmalarının Önlenmesi.....	25
2.7. Okuryazarlık ve Sağlık	29
2.8. Sağlık Okuryazarlığı (SOY)	31
2.8.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı.....	31
2.8.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	31
2.8.3. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi.....	33

2.8.4. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları.....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Kapsamı	38
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	38
3.3. Araştırmanın Tipi.....	39
3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı.....	39
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	39
3.5.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	39
3.5.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	40
3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı ve Ölçme Araçları	40
3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli.....	43
3.8. Araştırmanın Uygulama Süresi.....	43
3.9.Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi	43
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	45
4. BULGULAR	47
5. TARTIŞMA.....	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	86
7. KAYNAKLAR.....	89
8.ÖZET	99
9.ABSTRACT	100
10.EKLER	101
10.1. Anket Formu	101
10.2. Etik Komisyon Onayı	108
11.ÖZGEÇMİŞ.....	110

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmada karşılaştırma analizleri için kategorize edilen bağımsız değişkenlerin dağılımı, Ankara, 2020	45
Tablo 2. Araştırmaya Katılanlara Ait Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı-I, Ankara, 2020	47
Tablo 3. Araştırmaya Katılanlara Ait Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı- II, Ankara, 2020	48
Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Aile ve Ev Yapıları ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2020	49
Tablo 5. Çalışmaya Dahil Edilen Annelerin 0-6 Yaş Grubundaki 1. ve 2. Çocuklarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2020	51
Tablo 6. Çalışmaya Dahil Edilen Annelerin 0-6 Yaş Grubunda 3. Çocuklarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2020	53
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Annelerin 0-6 Yaş Grubu Çocuklarının Ev Kazası Geçirme Durumu ve Geçirdikleri Ev Kazası ile İlgili Bazı Özellikler, Ankara, 2020	54
Tablo 8. 0-6 Yaş Grubundaki Çocukların Geçirdikleri Ev Kazası ile İlgili Bazı Özellikler, Ankara, 2020	55
Tablo 9. 0-6 Yaş Grubundaki Çocukların Geçirdikleri Ev Kazası ile İlgili Bazı Özellikler-II, Ankara, 2020	56
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Daha Önceden Eğitim Almış Olma ve Eğitim Almak İsteme Durumu, Ankara, 2020	57
Tablo 11. Çalışmaya Dahil Edilen Annelerin SOY Durumları ve Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanları, Ankara, 2020	58
Tablo 12. Çalışmaya Katılanların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre 0-6 Yaş Grubu Çocuklarının Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2020 .	59
Tablo 13. Çalışmaya Katılanların Gelir Durumu ve Aile İçi Yaşamlarına Göre 0-6 Yaş Grubu Çocuklarının Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2020	61
Tablo 14. Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Eğitim Almış Olma/Eğitim Almak İsteme, SOY Durumu ve Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama	

Ölçek Puanına Göre 0-6 Yaş Grubu Çocukların Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2020	62
Tablo 15. 0-6 Yaş Grubu Çocukların Bazı Özelliklerine Göre Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2020	64
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Annelerin Bazı Sosyoekonomik ve Eğitim Durumlarına Göre Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2020.....	65
Tablo 17. Araştırmaya Katılanların Oturduğu Ev Özellikleri ve Evde Yaşayan Kişilere Göre Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanlarının Karşılaştırması.....	66
Tablo 18. Çalışmaya Dahil Edilen Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Tutum ve Davranışları ve SOY Durumlarına Göre Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması, Ankara, 2020	68
Tablo 19. 0-6 Yaş Grubu Çocukların Bazı Özelliklerine Göre Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması, Ankara, 2020	70
Tablo 20. 0-6 Yaş Grubu Çocukların Ev Kazası Geçirmeleri Üzerine Etkili Faktörlerin Multivariate Lojistik Regresyon Modelleri ile Değerlendirilmesi	71

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yaşa Göre Küresel Ölüm Oranları, 2019	5
Şekil 2. SOY Puanı İle Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	69

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
YCA	: Yabancı Cisim Aspirasyonu
DALY	: Engelliliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Yılı
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
HLS-EU	: Health Literacy Study- European Union
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
REALM	: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
TOFHLA	: Test of Functional Literacy in Adults
MMSE	: The Mini-Mental State Examination
MART	: The Medical Terminology Achievement Test
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kaza; “İnsan iradesi dışında aniden ortaya çıkan, bedensel ve ruhsal hasara yol açan beklenmeyen bir olay” olarak tanımlanmaktadır (1). Bir başka tanım da “ne zaman ne şiddette, nasıl meydana geleceği ve ne şekilde sonuçlanacağı, ne kadar hasar vereceği önceden bilinmeyen ve beklenmeyen bir olay” olarak kabul edilmektedir (2). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, kazalar her yaş grubunda, özellikle yaşamın ilk yıllarında, önlenebilir sağlık sorunlarının başında gelmekte, ölüm ve engelli yaşam nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (3). Kazaların çocuklar üzerinde sağlık durumlarını bozan fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri vardır. Hastalıklara, sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilir.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nden (CDC) alınan veriler, her yıl 9 binden fazla çocuğun kazalardan öldüğünü, 225 bin çocuğun hastaneye kaldırıldığını ve 9 milyon çocuğun yaralanmalar nedeniyle acil servislerde tedavi edildiğini göstermiştir (4). Özellikle 0-6 yaş arası çocuklardaki yaralanmalar evde meydana gelmektedir (5). Dünya genelinde ülkeler ve yaş grupları arasında farklılık olmakla birlikte tüm travmalarda ev kazalarının oranı %25'tir.

Türkiye'deki ev kazaları için kesin bir rakam yoktur, ancak tüm kazaların %18-25'inin ev kazası olduğu varsayılmaktadır (6). Yine ülkemizde yapılan bir araştırmada 0-6 yaş grubu çocukların ev kazası geçirme durumlarının %38,4 ile ailedeki diğer bireyler arasında ilk sırada yer aldığı saptanmıştır (7). Türkiye'de 1-4 yaş arası çocuk ölümlerinde ilk sırayı gastroenterit, beslenme bozukluğu,

solunum yolu hastalıkları, kızamık gibi enfeksiyon hastalıkları alırken kazalar 3.sırada yer almakta ve total çocuk ölümlerinin üçte birini meydana getirmektedir (8).

Evin içerisinde veya evle bağlantılı bahçe, avlu, garaj gibi alanlarda meydana gelen kazalar, ev kazaları olarak tanımlanmaktadır (9). Ev içinde meydana gelen kasıtsız kazalar; düşmeler, yanıklar, yabancı cisim aspirasyonları (YCA), suda boğulma, zehirlenmeler şeklinde sınıflandırılabilir (10). Evde oluşan kazalar, sık rastlanmaları, önlenebilir olmaları, ölüm veya sakatlığa yol açabilmeleri nedeniyle önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir (11). En önemli risk grubunu ise çocuklar, yaşlılar ve fiziksel, mental veya sosyal engelliler oluşturmaktadır.

Çocuklar nörolojik ve fiziksel gelişimlerini henüz tamamlayamamış olmaları, kaza tehlikesi oluşturabilecek durumları öngörememeleri, yeni bir şeyler öğrenme konusunda meraklı olmaları nedeniyle ev kazaları açısından yüksek riske sahiptirler. Okul öncesi çocuklar büyük çocuklara göre evde çok daha fazla vakit geçirdikleri için ev kazaları geçirme riskleri daha fazla olabilmektedir. Araştırmalar, birçok farklı faktörün çocuklarda ev kazası görülme sıklığını etkilediğini göstermektedir. Yaş, cinsiyet gibi çocuğa ait birtakım özellikler, ailenin eğitim durumu, sosyoekonomik özellikler, yaşanan yer özellikleri, kalabalık bir ailede yaşamak gibi pek çok durumun kaza oranlarını etkilediği gösterilmiştir.

Çocukların bakımıyla büyük oranda annelerin ilgilendiği düşünüldüğünde, annenin yaralanmaya dair algısının çocuğun yaralanma riskini belirlediği

saptanmıştır (12-14). Annelerin kaza algısını etkileyen yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, bilgi, tutum ve davranışları gibi pek çok faktör bulunmaktadır. Küçük çocukları olan anneler, yalnızca kendi yaşamlarından ve sağlıklarından sorumlu değildir. Aynı zamanda çocuklarının sağlığı ve iyiliğinden de sorumlu oldukları için genel yetişkin nüfus içinde kritik bir öneme sahiptirler. Çocuklar, sağlık sorunlarını önlemek ve ele almak için ebeveynlerine bağımlıdır.

Sağlık okuryazarlığı; sağlık algısı ve sağlık davranışlarını etkileyen ana faktörlerdendir. Çocukların ev kazası geçirme durumunu, annelerin genel SOY düzeylerinin de etkilediği düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan anneler ev kazalarının meydana gelmesi, meydana geldiğinde ise etkilerinin azaltılması konusunda daha az bilgi ve beceriye sahip olabilir. Çoğu sağlık okuryazarlığı araştırması, daha az pediyatrik veriye sahip yetişkin hastalara odaklanmıştır. Çocuklarda ev kazası ile ilgili literatür incelendiğinde, bakım veren ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ev kazası geçirme durumu ve önlem alma davranışlarını doğrudan ilişkilendiren çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle, çocuğu ev kazalarına karşı korumak için, genişletilmiş anne farkındalığı ve yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin kazaları önleme konusundaki olumlu etkisini göstermek gerekmektedir.

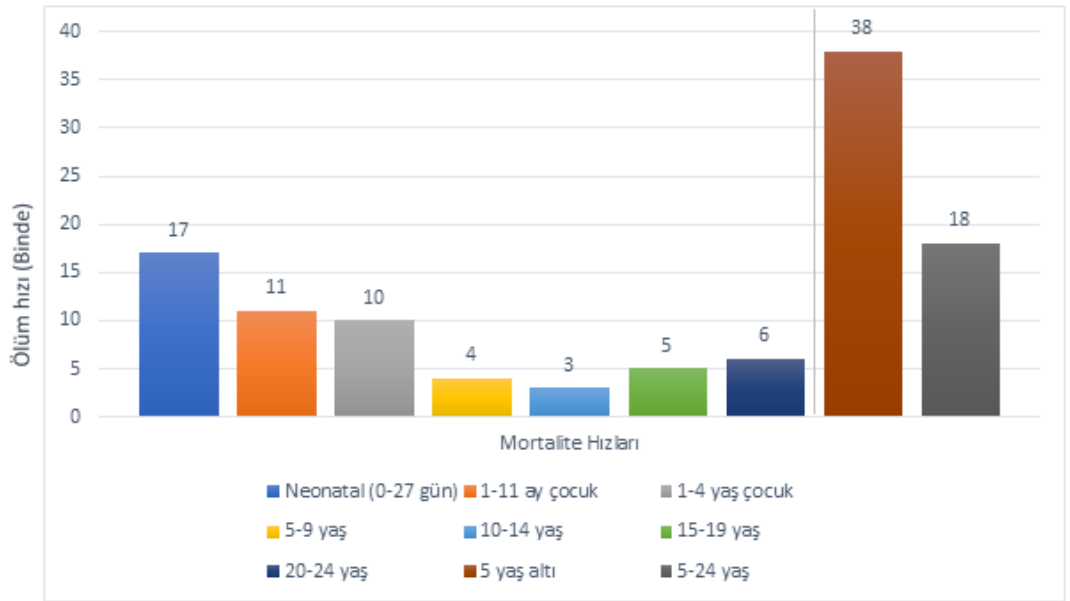
Bu çalışmada, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ev kazalarına yönelik aldıkları güvenlik önlemlerinin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Günümüzde, yüz binlerce çocuk kaza veya şiddete bağlı yaşamlarını kaybetmekte, milyonlarca kaza ölümcül olmayan yaralanmalara neden olmaktadır. 1990 yılında beş yaş altı ölüm oranı her 1000 canlı doğumda 93 iken, 2019'da bu oran 38'e inmiştir. 5-24 yaş arasında bu oran 18'dir Yaşa göre küresel ölüm oranları ve ölüm sayıları Şekil 1'de gösterilmiştir (15).1990'da beşinci yaş gününe ulaşmadan önce her 11 çocuktan biri ölürken; 2019'a kadar bu sayı 27'de 1'e düşürülmüştür (15). DSÖ, Avrupa Bölge Ofisi'nin 1960 tarihli bir raporunda; yüksek gelirli ülkelerde, yaralanmanın bir yaşından büyük çocuklarda başlıca ölüm nedeni haline geldiğini duyurmuştur (16). Bununla birlikte gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağı yaralanmalarının önemli bir sorun olduğu henüz kabul edilmeye başlanmıştır. Çocuk sağlığının diğer alanlarındaki gelişmeler ve daha iyi veri toplama yöntemleriyle birlikte, artık düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde yaralanmanın çocuk ölümlerinin ve kötü sağlığın önde gelen nedeni olduğu açıktır (17). Yine de birçok ülkede yaralanma sorununun tam boyutu hala net olarak anlaşılamamıştır.

Yalnızca 2019'da 7,4 milyon çocuk, ergen ve genç çoğunlukla önlenabilir veya tedavi edilebilir nedenlerden dolayı hayatını kaybetmiştir. 2019 yılında dünya genelinde 25 yaşın altındaki çocuklar ve gençler arasındaki ölümlerin %70'i 5 yaşın altındaki çocuklar arasında meydana gelmiş ve 5,2 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Beş yaş altı ölümler arasında 2,4 milyonu (%47) yaşamın ilk ayında, 1,5 milyonu (%28) 1-11 aylıkken ve 1,3 milyonu (%25) 1-4 yaşındaysken

meydana gelmiştir. 1990 yılında 34 bin ve 2000 yılında 27 bine karşılık, 2019 yılında her gün 14 bin çocuk 5 yaşından önce ölmüştür (15). Bu ölümlerin çoğu önlenabilir veya tedavi edilebilir nedenlerden kaynaklanmaktadır. Sahra Altı Afrika, dünyadaki en yüksek beş yaş altı ölüm oranına sahip bölge olmaya devam etmektedir. 2019 yılında bölgede ortalama beş yaş altı ölüm oranı 1000 canlı doğum başına 76'dır. 2019'da 122 ülke, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi olan beş yaş altı ölüm oranında 1.000 canlı doğumda 25 veya daha az ölüm hedefine ulaşmıştır.



Şekil 1. Yaşa Göre Küresel Ölüm Oranları, 2019

Çocuk yaralanmaları, büyüyen küresel bir halk sağlığı sorunudur. Bu, bir yaşından itibaren önemli bir endişe alanıdır ve çocukluktan yetişkinliğe ulaşana kadar genel ölüm oranlarına aşamalı olarak daha fazla katkıda bulunur. Her yıl yüz binlerce çocuk yaralanma veya şiddet nedeniyle ölmektedir ve milyonlarca çocuk ölümcül olmayan yaralanmaların sonuçlarına maruz kalmaktadır.

Tahminler, çocukların ölümleriyle sonuçlanan kasıtsız yaralanmaların %95'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiğini göstermektedir (18). Beş yaşından küçük çocuklarda yaralanmaların yarısından fazlası evde meydana gelmektedir.

2.1 Kaza

Kazalar, çocuklarda önemli bir morbidite (hastalık) ve mortalite (ölüm) nedenidir. Kazalar için yapılan pek çok tanım vardır. DSÖ'ye göre; 'İnsan iradesi dışında aniden ortaya çıkan, bedensel ve ruhsal hasara yol açan beklenmeyen bir olay' olarak tanımlanmaktadır (1). Bir başka tanım da 'ne zaman, ne şiddette, nasıl meydana geleceği ve ne şekilde sonuçlanacağı, ne kadar hasar vereceği önceden bilinmeyen ve beklenmeyen bir olay' olarak kabul edilmektedir (2). Kazaların nedenlerinin anlaşılması, müdahale yoluyla bunların azaltılmasına katkıda bulunmasının makul olarak beklenebileceğini belirtmiştir. Kazalar, çocukluk çağındaki morbiditenin önemli bir kısmından sorumludur. Literatür, tıbbi müdahale gerektiren yaralanmaların nispeten küçük oranının buzdağının sadece görünen kısmını temsil ettiğini ileri sürmektedir. Kazalar öngörülebilirse, kazaların nedenine katkıda bulunan faktörlerin tespit edilebileceğini ve kazaların önlenmesinin müdahale yoluyla mümkün olduğunu varsaymak mantıklıdır.

2.2 Yaralanma

Yaralanma; insan vücudunun aniden fizyolojik tolerans eşiğini aşan miktarda enerjiye maruz kaldığı bir durumda veya oksijen gibi bir veya daha fazla yaşamsal faktörün eksikliği sonucunda meydana gelen fiziksel hasar olarak

tanımlanmaktadır (19). Söz konusu bu enerji; mekanik, termal (ısı), kimyasal ve radyasyon kaynaklı olabilmektedir (20).

Yaralanmalar; meydana geliş biçimine göre, “kasıtlı” ve “kasıtsız” yaralanmalar olarak 2’ye ayrılmaktadır. Kasıtlı yaralanmalar “şiddet” olarak tanımlanırken, kasıtsız yaralanmalar “kaza” olarak ifade edilmektedir (21). Kasıtsız yaralanmalar, günümüzde çocuklarda en ciddi sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Beş yaşın altındaki çocuklarda yaygın kasıtsız yaralanmalar arasında düşme, zehirlenme, kesikler, yanıklar, duman soluma ve boğulma yer alır (22). Bu yaralanmalar genellikle evde meydana gelir ve bu yaş grubundaki tüm kasıtsız yaralanmaların en az üçte ikisini oluşturur. Son yıllarda, halk sağlığındaki yaralanma araştırması, çocukluk çağı yaralanmalarının hem sıklığını hem de çevresel risk faktörlerini belirlemeye odaklanmıştır. Çocukluk çağı yaralanmasının epidemiyolojisi iyi belgelenmiştir ve bununla ilgili birçok çocuk, ebeveyn ve çevresel risk faktörü tanımlanmıştır (23, 24). Örneğin, her yaştan erkek çocuğun yaralanma olasılığı kızlara göre iki kat daha fazladır; Afrikalı Amerikalılar tüm ırksal/etnik gruplar arasında en yüksek yaralanma riskine sahiptir. Tek ebeveynli çocukların yanı sıra kalabalık ve daha az organize edilmiş ev ortamlarındaki çocuklar yaralanmalara daha yatkındır (22, 25). Yakın zamanda yapılan araştırmalar, çevresel engellerin kullanımı, denetim ve güvenlik kuralları gibi ebeveyn güvenliği davranışlarının, özellikle küçük çocuklar için yaralanmaların önlenmesinde kritik bir rol oynadığını göstermektedir.

2.3. Çocuklarda Ev Kazaları

Evin içerisinde veya evle bağlantılı bahçe, avlu, garaj gibi alanlarda meydana gelen kazalar, ev kazaları olarak tanımlanmaktadır (9). Ev içinde meydana gelen kasıtsız kazalar; düşmeler, yanıklar, aspirasyonlar, suda boğulma, zehirlenmeler şeklinde sınıflandırılabilir (10). Evde oluşan kazalar, sık rastlanmaları, önlenebilir olmaları, ölüm veya sakatlığa yol açabilmeleri nedeniyle önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir (11). En önemli risk grubunu ise çocuklar, yaşlılar ve fiziksel, mental veya sosyal engelliler oluşturmaktadır (20). Yaşı küçük olan çocuklar büyük çocuklara göre evde çok fazla vakit geçirdikleri için ev kazaları geçirme sıklıkları da daha fazladır. Küçük çocuklar aynı zamanda, yetişkinlere göre fiziksel ve gelişimsel olarak farklıdır ve bu farklılıklar, yaralanmalara karşı savunmasızlıkları ile ilgili olarak dikkate alınması gereken başlıca faktörlerdir. Erken çocukluk döneminde çocuklar fiziksel yönde gelişim gösterir, kaba ve ince motor becerileri gelişir ve daha fazla kendi kendini kontrol eden ve kendi kendine yeten bir birey haline gelirler (26). Ayrıca çocuğun dili kullanımı ve anlayışı da gelişir. Ancak çocuk düşünce süreçlerinde sınırlı kalır. Piaget'e göre, küçük çocuk, yetişkinlerden daha az düşünceye sahip değildir, fakat çocuğun düşüncesi niteliksel olarak yetişkinlerden farklıdır. Bu nedenle, erken çocukluk döneminde, çocukların yaralanmanın önlenmesi hakkında bilgi edinme yetenekleri sınırlıdır. Ebeveyn rol modelleme ile takviye ve yaralanma riskini azaltmak ve davranışlarına rehberlik etmek için güvenlik kurallarının kullanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (27).

Çocukların nörolojik ve fiziksel gelişimlerini henüz tamamlayamamış olmaları, kaza tehlikesi oluşturabilecek durumları öngörememeleri, yeni bir şeyler öğrenme konusunda meraklı olmaları nedeniyle ev kazaları açısından yüksek riske sahiptirler. Gelişimlerinin yanı sıra, yüksek enerjileri, risk almaları, dürtüsellik ve kurallara uymama gibi davranışsal özellikleri, çocuklarda artmış yaralanma riski ile ilişkili olarak gösterilmektedir (28).

Araştırmalar, birçok farklı faktörün yaralanma olaylarının görülme sıklığını etkilediğini göstermektedir. Çocukların yaş, cinsiyet ve gelişim gibi sosyal sınıf, aile yapısı ve çevre gibi özelliklerinin hepsinin kaza oranlarını etkilediği gösterilmiştir.

2.4. Evde Karşılaşılan Kazalar ve Çeşitleri

2.4.1. Düşmeler

Çocuklar çevrelerini keşfederek öğrenirler ve yürürken, koşarken, tırmanırken ve bir yerden bir yere atlarken genellikle düşerler. Düşüşlerin çoğu ciddi bir olayla sonuçlanmaz ve çocuklar neyi yapıp neyi yapamayacaklarını daha iyi anlayarak yollarına devam ederler. Ancak yüksekten veya sert yüzeylere düşmeler ciddi yaralanma, sakatlık veya ölümle sonuçlanabilir. Özellikle 6 ay-6 yaş dönemindeki çocuklar, riskleri fark edemeyebilecekleri veya bir faaliyeti güvenli bir şekilde yürütmek için fiziksel ve zihinsel yeteneklerini doğru bir şekilde kullanamayacakları için özellikle savunmasızdır. DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki bazı ülkeler çocuklardaki düşmeler için bazı çalışmalar yapmıştır. Çocuklar için ürünlerin yeniden tasarlanması, merdiven tasarımının iyileştirilmesi ve güvenli pencere tasarımının tanıtılması ve uygulanması gibi iyi uygulamalar,

çocukların düşmelerden kaynaklanan yaralanma ve ölümlerinin azaltılmasına katkıda bulunmuştur. Düşmelerden kaynaklanan yaralanmalar, mekanik enerjinin aniden dağılmasının sonucudur.

Düşmeye bağlı yaralanma türleri farklı yaş grupları için farklılık gösterir. Bebeklerin mobilyalardan düşmesi veya yere düşme olasılığı yüksektir; 1-3 yaş arası çocukların merdivenlerden ve basamaklardan, pencerelerden, balkonlardan, mobilyalardan veya oyun gereçlerinden düşme olasılığı daha yüksektir. Daha büyük çocuklar, oyun alanı ekipmanlarından ve yangın merdivenleri, çatılar ve balkonlar gibi yüksekliklerden düşebilmektedirler (29, 30). Düşmede şu faktörler önemlidir;

* Düşme tarafından üretilen veya salınan enerji miktarı ile maruz kalınan yaralanmanın ciddiyeti, büyük ölçüde bir çocuğun düştüğü yükseklik tarafından yönetilir (31).

*Çocuğun düştüğü nesneye veya yüzeye bağlı olarak, ne kadar enerji aktarıldığı önemlidir. Örneğin, çimenli bir yüzey betondan daha fazla darbe emmektedir.

*Enerji aktarım noktaları göz önüne alındığında düşme kuvvetleri vücudun büyük bir kısmına yayılırsa, yaralanma olasılığı azalmaktadır (32).

DSÖ 2008 yılı raporuna göre dünyada her yıl 47 000 çocuk düşmeler nedeni ile hayatını kaybetmektedir (33). Düşmeler; acil servislere başvurular dikkate alındığında, yatış ve tıbbi bakım gerektiren ancak, sıklıkla ölümcül olmayan yaygın yaralanma nedenlerindendir (%25-52). Yapılan bazı

araştırmaların sonuçlarına göre; dünyada ev kazaları içinde düşmeler birinci sırada yer almaktadır (34-36)

2.4.2. Yanıklar

Çocuklar doğası gereği meraklı yapıya sahiptirler. Özellikle yürümeye başladıktan sonra çevrelerini keşfetmeye ve yeni nesnelerle oynamaya başlarlar. Ancak aynı zamanda ciddi yaralanmalara neden olabilecek nesnelerle de temas edebilirler. Ateşle oynamak veya sıcak nesnelere dokunmak yanıklara neden olabilir. Yanık, termal travmanın neden olduğu cilt veya diğer organik dokularda bir yaralanma olarak tanımlanmaktadır. Deri veya diğer dokulardaki hücreler sıcak sıvılar (haşlanmalar), sıcak katılar (temas yanıkları) veya alevler (alev yanıkları) tarafından tahrip edildiğinde oluşur. Radyasyon, radyoaktivite, elektrik, sürtünme veya kimyasallarla temas sonucu ciltte veya diğer organik dokularda meydana gelen yaralanmalar da yanık olarak kabul edilmektedir (37).

Çok küçük çocuklarda yanıklar, genellikle merak ve keşfetme özelliklerinden kaynaklanır. Dört yaşın altındaki çocuklarda motor gelişim seviyesi çocuğun bilişsel ve entelektüel gelişimiyle eşleşmez ve bu nedenle yaralanmalar daha kolay meydana gelebilir (38). Bir yaşın altındaki bebekler hareket kabiliyetlerinin gelişmeye başlaması ve nesnelere dokunmaya başlamaları nedeniyle belirli bir kategoride yer almaktadır (39). Çocukluk  ağı ev kazaları içinde sık görülmesi, tedavisinin uzun sürmesi, bazen hastaneye yatmayı gerektirmesi ve çoğunlukla kalıcı iz bırakması nedeniyle yanıklar çok önemlidir. Yanıklar, mekanizmaları, nedenleri, yanığın derecesi veya derinliği, yanan vücut yüzey alanı, etkilenen bölge veya kapsamına göre sınıflandırılabilir. Neyse ki,

yanıkların önlenmesi, akut bakımı ve rehabilitasyonu son yıllarda büyük ölçüde gelişmiştir. Şu anda yanıkların önlenmesinde bir dizi önlemin etkili olduğuna dair çok sayıda kanıt bulunmaktadır.

Bununla birlikte, yanıkların önlenmesi, bakımı ve rehabilitasyonu açısından ülkeler arasında önemli eşitsizlikler mevcuttur. ABD’de yapılan bir araştırmada çocuk ölümlerinde, yanığa bağlı ölümler 3. sırada yer almaktadır (40). Mortaliteye etki eden en önemli faktörler ise hastanın yaşı, yanık yüzey alanı ve yanığın derinliğidir (41).

Dünyadaki tüm insanlar arasında bebekler, yanıklardan kaynaklanan en yüksek ölüm oranlarına sahiptir. Daha sonra oran yaşla birlikte yavaş yavaş azalır, ancak yaşlı yetişkinlerde tekrar artar. Uzun vadeli sonuçlar ve yanıkların neden olabileceği sakatlıklar, bireyler ve aileleri ile sağlık bakım tesisleri üzerinde önemli yük oluşturmaktadır. DSÖ verilerine göre, tüm kasıtsız yaralanma ölümlerinin yaklaşık %10'u yangına bağlı yanıklardan kaynaklanmaktadır. Buna ek olarak, yangına bağlı yanıklar, düşük ve orta gelirli ülkelerde engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarının (DALY) önde gelen nedenleri arasındadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, yüksek gelirli ülkelere göre çocuklarda yanıklara bağlı ölüm oranı 11 kat daha yüksektir (33).

Bazı koruyucu faktörlerin çocuklarda yanma riskini azalttığı veya sonuçlarını en aza indirdiği gösterilmiştir (42-45):

- Özellikle anneler arasında okuryazarlık düzeyinin artırılması
- Ebeveynlerin çocuklardaki yanık riski ve bununla ilgili sunulan sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilmesi

- Mutfaktan ayrı bir oturma odasının bulunması
- Kıyafetlerin ve evdeki perdelerin yanmaya karşı dayanıklı kumaşlardan tercih edilmesi
- Küçük çocuklar banyo yaptırılacağı suyun sıcaklığının kontrol edilmesi
- Evdeki ısıtıcıların çocuğun direk ulaşamayacağı yerde bulunması ya da önünde engel bulunması
- Ev içindeki tüm elektrik prizlerinde güvenlik kapaklarının kullanılması
- Duman dedektörlerinin ve su fışkıyelerinin bulunması
- Uygun ilk yardım ve acil durum müdahale ekipmanlarının bulunması

2.4.3. Zehirlenmeler

Ev ve çevresi, özellikle kasıtsız zehirlenme riskleri açısından çocuklar için tehlikeli yerler olabilir. Çocuklar meraklı oldukları için evin içini ve çevresini keşfederler. Yanlışlıkla bir tür ev ürünü, ilaç veya böcek ilacı tüketip acil servislere başvurabilmektedirler. Bu zehirlenmelerin çoğu önlenabilir nedenlerdir. Zehirlenme, hücresel yaralanmaya veya ölüme neden olan eksojen bir maddeye maruz kalmaktan kaynaklanan bir yaralanmayı ifade eder. Çocukların vücut ağırlıkları yetişkinlere göre daha düşük olduğundan zehirlenmeye sebep olan toksik maddeden daha fazla etkilenebilmektedir. Bunun sonucu olarak da çocuklarda zehirlenmeye bağlı ölüm ve yaralanmalar daha sık olabilmektedir (46). Zehirler solunabilir, yutulabilir, enjekte edilebilir veya absorbe edilebilir. Zehre maruz kalma akut veya kronik olabilir ve klinik durum da buna bağlı olarak

değişiklik gösterir. Zehirlenmenin ciddiyetini ve bir çocuktaki sonucunu belirleyen faktörler birbiriyle ilişkilidir ve şunları içermektedir:

- Zehir türü
- Dozu
- Formülasyonu
- Maruz kalma yolu
- Çocuğun yaşı
- Diğer zehirlerin varlığı
- Çocuğun beslenme durumu
- Diğer hastalıkların veya yaralanmaların varlığı (47).

1988'de Craft, İngiltere ve Galler'de çocuklarda kaza sonucu zehirlenmeleri incelemiştir. Seçilmiş Pediatri Bölümlerinde 1982-84 yılları arasında 5 yaşın altındaki çocuklarda 2043 zehirlenme vakası görüldüğünü kaydetmiştir. Hem Craft hem de Gill, zehirlenmenin nedenlerinin çoğunun ilaçlardan kaynaklandığını bulmuştur (Craft çalışmasında %59). Craft'a göre bu ilaçlar analjezikler, anksiyolitikler, öksürük ilaçları ve oral kontraseptifleri içeriyordu. Craft ayrıca zehirlenmenin %37'sinin ev ürünlerinden, %3'ünün bitkilerden kaynaklandığını da belirtmiştir (48, 49). Zehirlenme çocuklarda kaza sonucu meydana gelen nadir bir ölüm nedenidir. Craft, zehirlenmeden etkilenen çocukların %75'inin iki ila üç yaşları arasında olduğunu ve etkilenenlerin %56'sının erkek olduğunu bulmuştur (48). Lindbald çalışmasında, ev kazalarına karışan 0-4 yaş arası 701 çocukta 63 çocuğun (%8,9) zehirlendiğini tespit etmiştir (50). Towner ise beş yaşın altındaki çocukların zamanlarının çoğunu evde

geçirdiklerini ve bu nedenle zehirlenme için yüksek risk grubu olduklarını belirtmiştir (51).

Ülkemizde çocuklarda zehirlenmeler, diğer kaza türleri arasında dördüncü sırada görülmektedir (52). Zehirlenmelerin %13'ü 20 yaş altındaki bireylerde olmaktadır ve 2004 yılında yaklaşık olarak 45 bin çocuk zehirlenmeye bağlı ölmüştür. Zehirlenmeye bağlı çocuklarda ölüm oranı yüksek gelirli ülkelerde (Amerika ve Avrupa'da) 100 binde 0,5'tir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde 100 binde 2,0'dır (33).

Küçük çocukların zehirlenmelerden korunması için alınabilecek önlemler şu şekilde sıralanabilir:

- Temizlik maddelerinin ve böcek ilaçlarının kapakları, kullanımdan sonra mutlaka çocukların açamayacağı şekilde kapatılmalıdır ve çocukların ulaşamayacağı şekilde yüksek yerlerde saklanmalıdır.
- Zehirlenmeye yol açabilecek ürünler, kendi kapları ve kutuları dışında (bardak, plastik şişe vs.) bulundurulmamalıdır.
- Çocuklara boşalan ilaç kutuları oyuncak olarak verilememeli ve ilaçların şeker olduğu söylenerek ilaç içirilmeye çalışılmamalıdır.
- Buzdolabının çocuk tarafından açılmaması için özel çocuk dolap kilitleri kullanılmalıdır.
- Evde zehirli bitki yetiştirilmemelidir.
- Banyoda şofben bulundurulmamalı, baca sistemi dışarıya açılır şekilde tasarlanmalıdır.

- Ulusal Zehir Danışma Merkezi'nin telefonu evin kolay ulaşılabilir bir yerinde bulundurulmalıdır (6, 53, 54).

Araştırmalar zehirlenme olayı sırasında ebeveynlerin ve bakıcıların aynı yerde olmasına rağmen genellikle ev işleriyle meşgul olduklarını veya kişisel ihtiyaçlarını karşıladıklarını göstermektedir. Vakaların önemli bir kısmı, zehirlenme olayının bir çocuk başka bir çocuğun ya da büyük bir ebeveynin yanında meydana geldiğini göstermiştir (55-58).

2.4.4. Boğulmalar

Boğulmalar çoğunlukla çocuğun solunum yoluna yabancı cisim kaçması ile solunum yolunun tıkanması veya suda boğulma şeklinde meydana gelmektedir (59). Boğulma, trafik olaylarından sonra dünya çapında çocuklarda önlenabilir ölümlerin ikinci en sık nedeni olarak kabul edilir. Çocuklarda ve ergenlerde en sık kardiyovasküler arrest nedenidir (60-63). Sürekli, yakın ve bir yetişkin tarafından üstlenilen denetim, çocuklar için en etkili boğulmayı önleme stratejisi olarak kabul edilir (64). Yabancı cisimle boğulmalara daha çok sert yuvarlak boğazdan geçemeyecek karakterde olan oyuncaklar, metaller ve yiyecekler neden olabilmektedir (12). Özellikle küçük çocuklarda bu sorun daha sık karşımıza çıkmaktadır.

Yabancı cisim aspirasyonu (YCA), 1 yaşın altındaki çocuklarda kaza sonucu ölümlerin en olası nedenidir (65). 3 yaşına kadar olan çocuk grubunda solunum yollarında yabancı cisim varlığı ani ölümlerin %7'sini oluşturmaktadır (66). Küçük çocuklardaki bu durum, azı dişlerinin olmaması, ağza nesne koyma eğilimleri, yemek yerken konuşmak, ağlamak veya hareket etmek, zayıf koruyucu

laringeal reflekslere sahip olmak ve dünyayı keşfetme arzusuna sahip olmak gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir (67). YCA'ya bağlı boğulma, evde kaza sonucu ölümlerin en yaygın nedenlerinden biridir (68). İstatistikler, Amerika Birleşik Devletleri'nde 4 yaşın altındaki çocuklarda kaza sonucu meydana gelen tüm ölümlerin %5'inin YCA' dan kaynaklandığını göstermektedir; bu, aynı zamanda altı yaşın altındaki çocuklar arasında evde kaza sonucu ölümlerin de önde gelen nedenidir (69). Çocuklarda kaza sonucu olarak meydana gelen boğulmalar suda boğulma şeklinde de olabilmektedir.

Su, çoğu çocuk için eğlence, oyun ve macera anlamına gelse de bazen tehlikeli olabilir. Küçük bir çocuk, bir kovanın dibindeki birkaç santimetre suda veya banyoda boğulabilir. Boğulma, yaş grubuna, su kütlesine ve aktiviteye göre değişen epidemiyolojik paternler sergileyen bir yaralanmadır. Dünyanın birçok ülkesinde boğulma, beş yaşın altındaki çocuklar arasında en yüksek oranlarla, kasıtsız yaralanmalardan kaynaklanan ölümlerin ilk üç nedeni arasındadır (33).

Çocukların evde veya başka bir ortamda meydana gelebilecek yabancı cisim aspirasyonuna veya suda boğulmaya karşı birtakım önlemler alınmalıdır:

- Anneler bebeklerini emzirdikten sonra çocukların yatış pozisyonuna dikkat etmelidir.
- Çocukların ulaşabileceği yerlerde madeni para, düğme gibi küçük eşyalar bırakılmamalıdır.
- Çocukların oyuncak seçiminde küçük parçalı oyuncaklar konusunda dikkatli olunmalıdır.

- Küçük çocuklara diş gelişimlerini tamamlamadan fındık, fıstık gibi yiyecekler verilmemeli ya da gözetim altında yedirilmelidir.
- Çekirdekli meyveler yedirirken dikkatli davranılmalıdır.
- Banyoda çocuklar yıkanırken asla yalnız bırakılmamalı, yıkanma sırasında da dikkat edilmelidir.
- Çocuklar miktarı ne olursa olsun su kenarlarında yalnız bırakılmamalı, evin bahçesinde havuz vs. varsa önlem alınmalıdır.
- Emzik kullanan bebeklerin emzikleri yakasına asılmamalıdır.
- Çocukların poşetlerle ya da ip kemer gibi boğulmasına sebep olabilecek şeylerle oynamasına izin verilmemelidir (6, 53, 54).

2.5. Çocuklarda Ev Kazaları ile İlişkili Faktörler

2.5.1 Cinsiyet

Erkek çocuklar, kızlara göre hem daha sık hem de daha ağır yaralanmalara sahip olma eğilimindedir (19, 70). Yaralanma oranlarındaki cinsiyet farklılıkları, çoğu yaralanma türü için yaşamın ilk yılı içinde ortaya çıkar (71). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 15 yaşın altındaki çocuklarda, erkeklerde kızlara göre ortalama %24 daha fazla yaralanma ve ölüm vardır. Gelişmiş ülkelerden elde edilen veriler, doğumdan itibaren erkeklerin tüm yaralanma türleri için kadınlardan daha yüksek yaralanma oranlarına sahip olduğunu göstermektedir (72). Düşük ve orta gelirli ülkelerde kız ve erkek çocuklar arasındaki fark daha azdır ancak yine de genel cinsiyet farklılığı açıktır; yaralanma ve ölüm oranları, 20 yaşın altındaki erkeklerde kızlara göre yaklaşık üçte bir oranında daha yüksektir. Yaralanmalardaki bu farklılıkların bir dizi nedeni ileri sürülmüş ve

araştırılmıştır. Bir çalışma, cinsiyet farklılıklarının riske maruz kalmadaki farklılıklarla tamamen açıklanmadığını ve yaralanma oranlarındaki farklılıkların davranış farklılıkları ile aynı yaşta ortaya çıkmaya başladığını bulmuştur (71). Kız ve erkek çocuklar arasındaki yaralanma oranlarındaki farklılık için çeşitli teoriler öne sürülmüştür (73). Bunlar, erkeklerin kızlardan daha fazla risk alma, daha yüksek aktivite düzeylerine sahip olma ve daha dürtüsel davranma gibi nedenleri içerir (74, 75). Ayrıca, ebeveynler tarafından erkeklerin kızlardan farklı bir şekilde sosyalleştirilmesi, keşfetme isteklerinin daha az kısıtlanması, gezmelerine ve oynamalarına daha fazla izin verilmesi ve tek başına oynamasına izin verilmesi daha olasıdır (76-78). Erkeklerin kızlardan daha fazla kaza geçirdiği genel kabul gören bir gerçektir. Literatüre baktığımızda çok eskiden beri yapılan çalışmalarda, incelenen kazaların %55'inin erkek çocukları etkilediği saptanmıştır (79). 1976 yılında ABD'de yapılan araştırmaya göre; 0-4 yaş grubundaki erkek çocukların kızlara göre %50 daha fazla yaralanma oranına sahip olduğunu belirtilmiştir ve ABD'deki çocukluk çağı kazalarının epidemiyolojisini biraz ayrıntılı olarak incelemiştir (71). Ayrıca, her yaş için erkeklerin kızlardan daha yüksek yaralanma oranına sahip olduğu ve erkeklerde yaralanma görülme sıklığının yaşla birlikte arttığı sonucuna varılmıştır (71).

2.5.2. Yaş

Çocuklar geliştikçe, merak ve deney yapma istekleri her zaman onların tehlikeyi anlama veya ona tepki verme kapasiteleriyle eşleşmez (76). Yaklaşık 3 aylıkken çocuklar kıpırdamaya ve yuvarlanmaya başlarlar, yaklaşık 6 aylıkken otururlar ve yaklaşık 9 aylıkken emeklemeye başlarlar. 18. ayda hareket halinde

ve çevrelerini keşfederler. Çocuk gelişimi ve davranışı bu nedenle belirli yaralanmalarla yüksek oranda ilişkilidir. Örneğin zehirlenme, 1-3 yaş arası çocukların kavrama ve içme davranışlarıyla bağlantılıyken, düşmeler yürümeyi öğrenme aşamasıyla ilgilidir. Bir çalışmada mobilya, merdiven, oyun alanı gibi ekipmanların 3 yaşın altındaki çocuklarda düşme için başlıca yaralanma nedeni olduğunu, zehirlenme durumunun ise çocuklarda 9 aylıktan artmaya başladığını, 21-23 aya kadar devam ettiğini ve ardından azaldığını göstermiştir. Sıcak sıvılardan kaynaklanan yanıklar, 12-18 aylık bebeklerde önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur (80). Bebeklerin cildi, yetişkinlerden daha derin, daha hızlı ve daha düşük sıcaklıklarda yanar (81). Daha küçük hava yolu boyutu, aspirasyon tehlikesini artırır (82). Benzer şekilde, belirli bir miktardaki zehirli madde, çocuğun kütlesi daha küçük olduğu için bir yetişkine göre daha toksik olacaktır. Çoğu araştırmacı, çocuklardaki kazaların nedenleri ve türlerinin yaşa göre değiştiği konusunda hemfikirdir, ancak bunun nedenleri karmaşıktır. Çocuğun gelişim aşaması, potansiyel olarak tehlikeli durumlara erişimini etkiler ve sonuç olarak farklı yaşlarda farklı yaralanma türleri daha sık meydana gelir. Bu, çocuklar ve yetişkinler arasında temel bir fark gibi görünmektedir. Bu nedenle okul öncesi çocuk, fiziksel, psikolojik ve gelişimsel sınırlılıkları nedeniyle daha fazla kaza riski altındadır. Thomson, okul öncesi dönemdeki çocukların yaralanma riski altında olmasının üç ana nedenini belirtmiştir. İlk olarak ev ve mobilyaların yetişkinler için tasarlandığını belirtmiştir. İkincisi, çocuk gelişimi ve becerisinin onlara özgü olmasıdır. Üçüncüsü ise ebeveynlerin çocuklarının yeteneklerini abartması şeklindedir (83). McCormick ve arkadaşları bir yaşındaki çocuklarda yaralanma ve bunun ilişkilerini incelemiştir. Ortalama 12-18 ayda

yürüme başlangıcının yaralanma için önemli bir risk faktörü oluşturduğunu bulmuştur (84). Bayram ve arkadaşları yanıklar ve haşlanmalar üzerine yaptıkları çalışmada, 1-4 yaş arası çocukların en fazla risk altında olduklarını çünkü daha aktif ve meraklı olduklarını ve ebeveynlerin çocuklarının fiziksel potansiyelinden ve zihinsel yeteneklerinden habersiz olduklarını belirtmiştir (85). 4-5 yaşlarındaki fiziksel olarak daha aktif çocuklarda ise yüksekten düşme, tırmanma gibi durumlar daha ön plandadır.

2.5.3. Sosyoekonomik Durum

Ev kazası geçiren çocukların sosyoekonomik sınıfını doğru bir şekilde belirlemek zordur. Bununla birlikte, genel olarak, sosyoekonomik olarak daha zayıf olan çocuklarda kaza oranlarının arttığı kabul edilmektedir. 1980'de yayınlanan 'Sağlıkta Eşitsizlikler' raporunda, çocuklarda meydana gelen kazaların, diğer ölümcül durumlardan daha sert bir sosyal eğime sahip olduğu iddia edildi ve çocukluktaki yaralanma ve ölümdaki sosyal gradyanı keskin bir şekilde odak noktasına getirdi. Black, dördüncü ve beşinci sosyal sınıftaki çocukların birinci ve ikinci sınıftakilerden iki kat daha fazla kaza geçirdiğini göstermiştir (86). Bir çalışmada ev güvenliği ile ilgili olarak, dezavantajlı ailelerin karşılaştığı sorunların tehlikeler hakkında cehalet ve ilgisizlikten ziyade endişelerini eyleme dönüştürmedeki pratik zorluklar olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun anlamı, bu evlerde uygun güvenlik ekipmanı veya önlemleri sağlamak için yeterli fon sağlanabilirse kaza oranının düşeceği şeklindedir. Böylelikle sosyoekonomik gücü düşük kişilerin daha fazla kaza geçirdiği öne sürülmüştür

(87). En savunmasız gruplardan bazıları kronik yoksulluk içinde yaşayanlardır (88).

Yaralanma riski ile ilişkili çok çeşitli sosyoekonomik faktörler tanımlanmıştır. Bu faktörler şunları içerir;

-ekonomik faktörler (örneğin aile geliri),

-sosyal faktörler (örneğin anne eğitimi),

-aile yapısıyla ilgili faktörler (örneğin tek ebeveynlik, anne yaşı, evde yaşayanların sayısı ve çocuk sayısı gibi),

-konutla ilgili faktörler (örneğin konut türü, hanede kalabalık yaşam ve yaşanılan semt).

Sosyoekonomik faktörler, yaralanma riskini çeşitli şekillerde etkilemektedir (89). DSÖ raporuna göre; geliri yüksek ailelerde, çocuklar spor aktiviteleri sırasında ev kazası riski taşırken, yoksul ailelerin çocukları zehirlenmeler, düşmeler, yanıklar ve boğulmalar açısından risk altındadır.

Yoksul hanelerdeki çocuklar kendilerine ait güvenli bir odaları olmaması, düzensiz bir mutfak ve sıkışık yaşam koşulları, korumasız pencereler ve ev çatısı, tırabzansız merdivenler gibi nedenlerle daha çok risk altındadır. Ayrıca yoksul ailelerde ebeveynler çocukları kendi başlarına bırakabilmekte ya da çok çocuklu ailelerde çocuklar birbirine emanet edilebilmektedir. Şahiner'in yaptığı çalışmada da düşük sosyoekonomik düzeyin kaza geçirme riskini arttırdığı ve eve ait faktörlerle bazı sosyodemografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (90).

2.5.4. Ailenin Eğitim Durumu

Eğitim düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarında, eğitim düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarına kıyasla daha az ev kazası görülmektedir. Çünkü bu aileler çocuklarının gelişimleri konusunda daha fazla bilgi sahibidirler. Onların büyüme ve gelişme aşamalarını daha iyi bildikleri için ev kazalarını önlemede gerekli önlemleri alırlar ve ev ortamlarını ev kazalarından korunacak şekilde güvenli bir şekilde düzenleyebilirler (91).

2.5.5. Mevsimsel Değişiklikler

Bununla ilgili çok az çalışma bulunmaktadır. Murdock ve ark. incelediği 910 ev kazasında kazaların meydana geldiği en yoğun ay ve en yoğun gün bulunamamıştır (92). Buna karşılık Spiegel, çoğu yaralanma türü için mevsimsel farklılıklar bulmuştur. Özellikle yaz aylarında pencerelerden daha fazla düşme ve zehirlenmenin meydana geldiğini belirtmiştir (93). Bergner ve arkadaşları, ABD, New York'ta yüksekten düşmeleri incelemiş ve vakaların neredeyse sadece yaz aylarında meydana geldiğini bulmuştur (94). Bayram ve arkadaşları ise daha soğuk havalarda yanıklar ve haşlanmalarla ilgili çalışmalarında daha yüksek bir insidans bulmuş ancak mevsimsel eğilimlerin çok belirgin olmadığı sonucuna varmışlardır (85). 1989'da Çocuk Kazalarını Koruma Vakfı'nın İngiliz Standartları Enstitüsü ile birlikte hazırladığı bilgi kartlarında; ilkbahar ve sonbaharda çocuk yaya kazalarının daha yaygın olduğu, düşmelerden kaynaklı hastaneye yatışın yaz aylarında arttığı belirtilmiştir. Ayrıca yaz aylarında kış aylarına göre iki kat daha fazla zehirlenme vakalarının meydana geldiği saptanmıştır.

2.5.6 Zaman Varyasyonları

Fairley ve ark. Londra'da yaptığı çalışmada hem yetişkinlerin hem de çocukların haftanın diğer günlerine nazaran pazartesi günü daha yüksek oranda kazaların meydana geldiğini belirtmiştir. En sık görülen zaman dilimini ise 9-12 saatleri arası olarak belirlemişlerdir (95). Towner ve arkadaşları, kazaların çoğunun hafta içi meydana geldiğini ve ölümcül, ciddi çocuk yaralanmalarının %59'unun sabah 8-9 ile akşam 3-7 saatleri arasında gerçekleştiğini bulmuştur (51). Aksine, Denyer, kazaların nedeni olarak yabancı cisimler üzerine yaptığı bir çalışmada, çoğu çocuğun hafta sonları gün ortası ile akşam 6 arasında ve bu tür kazaların % 80'inin ev içinde meydana geldiğini saptamıştır (96).

2.5.7. Eve Ait Faktörler

Ev, sağlıklı ve güvenli olduğunda, evde yaşayan hane halkının sağlığı olumlu şekilde etkilenmektedir. Evin fiziki koşulları ve alınan güvenlik önlemleri iyi olmadığında ise bazı olumsuz durumlar meydana gelebilir. Ev ve sağlık arasındaki bu ilişkinin varlığı ve boyutu yüzyıllardan bu yana bilinmekle birlikte, yürütülen bilimsel çalışmalarla da bu ilişki ortaya konmuştur. Çocukların kendilerini kazalardan koruyamamaları nedeniyle kazalar açısından emniyetli ortamlarda yaşamaları, koruyucu önlemlerin alınması ve yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi çok önemli ve de ebeveynlerin sorumluluğundadır (97). Çocukların ulaşabileceği şekilde konumlanan elektrik düğmeleri ya da prizler, kaygan zeminler, temizlik malzemelerinin çocukların ulaşabileceği yerde muhafaza edilmesi, keskin kenarlı mobilyalar gibi pek çok durum buna örnek olabilir.

2.6. Çocuk Yaralanmalarının Önlenmesi

Bu görev; hükümetler, sivil toplum kuruluşları, akademik kurumlar, uluslararası kuruluşlar ve iş sektörü arasında paylaşılan bir sorumluluk olmalıdır. Sağlık sektörü, özellikle aşağıdakilerle ilgili olarak önemli bir role sahiptir (98):

- Veri toplamak ve analiz etmek,
- risk faktörleri üzerine araştırma yapmak,
- müdahalelerin uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesini sağlamak,
- uygun birinci, ikinci ve üçüncü basamak bakımı sağlamak,
- çocuk yaralanmaları konusuna daha fazla dikkat çekmek için kampanya yürütmek

Çocuk yaralanmalarının önlenmesi için çok sektörlü bir yaklaşım gereklidir. Ulaşım, polis, eğitim, hukuk ve çevre sektörlerinin tümü çocukluk çağı yaralanmalarının önlenmesi ve kontrolünde önemli bir rol oynamaktadır. Kamu sektörü, özel kuruluşlar ve kar amacı gütmeyen bazı gruplar sektörler arası işbirliği halinde olmalıdır. Kaynakların bu alanda halk sağlığı yararına verimli kullanılabileceğini göstermek büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, çocuk yaralanmalarının halk sağlığı, sosyal ve ekonomik etkileri ve bu yaralanmaların nasıl önlenebileceği konusunda farkındalık yaratmak için sürekli kampanyalara ihtiyaç duyulmaktadır.

DSÖ ‘Çocuk Yaralanmalarını Önleme’ raporunda aşağıdaki yedi tavsiyeye dikkat çekmektedir:

Öneri 1: Çocuk yaralanmalarını çocuk sağlığı ve gelişimine kapsamlı bir yaklaşımla entegre edin. Çocuk sağlığı ve gelişimi için kapsamlı bir strateji, çocuklar arasında hastalık ve engelliliğin önde gelen tüm nedenlerini içermeli ve

dolayısıyla yaralanmaları da içermelidir. Mevcut çocuk sağ kalım programları, çocuk sağlığı hizmetlerinin temel paketinin bir parçası olarak çocuk yaralanmasını önleme stratejileri sunmalıdır. Çocuk sağlığı programlarının başarısı, yalnızca geleneksel bulaşıcı hastalık ölümleri ölçüleriyle değil, aynı zamanda ölümcül ve ölümcül olmayan diğer yaralanma göstergeleri ile de ölçülmelidir.

Öneri 2: Bir çocuk yaralanmasını önleme politikası ve bir eylem planı geliştirin ve uygulayın. Her ülke, çok çeşitli sektörleri içeren çocuk yaralanmasını önleme ve kontrol politikası hazırlamalıdır. İlgili ajanslar, ulaşım, sağlık, planlama, tüketici ürünü güvenliği, tarım, eğitim ve hukukla ilgilenenleri içermelidir. Ayrıca çocuk gelişimi uzmanları, epidemiyologlar, mühendisler, şehir planlamacıları, klinisyenler, sosyal bilimciler ve diğerlerinin katılımı sağlanmalıdır. İlgili gruplar hükümetten, özel sektörden, sivil toplum kuruluşlarından, medyadan ve genel kamuoyundan oluşmalıdır. Bir ülkenin çocuk yaralanması politikası, ürünler ve aletler, oyun parkı ve okul güvenliği gibi çocuk yaralanmasıyla doğrudan ilgisi olan konularda desteklenmelidir.

Öneri 3: Çocuk yaralanmalarını önlemek ve kontrol etmek için belirli eylemler uygulayın. Çocuk yaralanmalarını önlemek ve kontrol etmek ve sonuçlarını en aza indirmek için özel eylemlere ihtiyaç vardır. Ulusal çocuk sağlığı stratejisinin bir parçasını oluşturan bu eylemler, sağlam kanıtlara dayanmalı, kültür ve diğer yerel bağlamlar açısından uygun olmalı ve yerel olarak test edilmiş olmalıdır. Müdahalelerin değerlendirilmesi programın ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

Öneri 4: Çocuk yaralanmalarını ele almak için sağlık sistemlerini güçlendirin. Yaralı çocuklara yüksek kaliteli bakımın yanı sıra rehabilitasyon ve

destek hizmetleri sağlamak için sağlık sistemi bir bütün olarak güçlendirilmelidir.

Bu iyileştirmeler şunları içermelidir:

- Hastane öncesi bakım için verimli bir sistemin geliştirilmesi ve sürdürülmesi;
- Hastanelerdeki ve kliniklerdeki yaralı çocukların, çocuğa özel uygun ekipman ve ilaçlarla iyi yönetimi;
- Yaralanmaların hem fiziksel hem de psikolojik uzun vadeli sonuçlarını ele alan uygun rehabilitasyon programları;
- Yaralı çocuğun bütüncül bakımını ve yönetimini sağlamak için müttefik sektörlerle koordinasyon sağlanmalıdır.

Öneri 5: Çocuk yaralanmalarının önlenmesine yönelik verilerin kalitesini ve miktarını artırın. Yalnızca çocuk yaralanmalarının, ölümcül olmayan yaralanmaların ve sakatlıkların boyutunun değil, aynı zamanda aşağıdakilerin de tam olarak anlaşılması gereklidir:

- en çok etkilenen çocuklar,
- en yaygın yaralanma türleri,
- en büyük sorunların bulunduğu coğrafi alanlar,
- risk faktörleri,
- yürürlükte olan çocuk sağlığı politikaları, programları ve belirli yaralanma müdahaleleri.

Öneri 6: Araştırma için öncelikleri tanımlayın ve çocuk yaralanmalarının nedenleri, sonuçları, maliyetleri ve önlenmesine ilişkin araştırmaları destekleyin.

Bölgesel ve ulusal düzeyde çocuk yaralanmaları için bir araştırma gündemi geliştirilmelidir. Gündem, çok çeşitli sektörlerden elde edilen kanıtlara

dayanmalıdır. Çocuk yaralanmasıyla ilgili ana alanlardaki tüm araştırmalar, aşağıdakiler de dahil olmak üzere güçlendirilmelidir:

- ekonomik analiz,
- çocuk yaralanmalarının maliyeti ve müdahalelerin maliyeti,
- özellikle daha yoksul ülkelerde geniş çaplı müdahale denemeleri,
- yaralanma ve sakatlığın ölümcül olmayan sonuçları,
- yaralanma müdahalelerinin çocuk sağlığı programlarına en iyi nasıl entegre edileceği.

Yaralanmalar ve bunların önlenmesi konusunda eğitimli araştırmacı kitlesi oluşturulmalıdır. Araştırma becerileri, aşağıdakiler dahil olmak üzere bir dizi disiplinde güçlendirilmelidir:

- epidemiyoloji,
- klinik denemeler,
- ekonomi,
- mühendislik,
- sosyoloji,
- davranışsal ve gelişimsel psikoloji,
- ürün değerlendirmesi,
- politika analizi.

Öneri 7: Çocuk yaralanmalarını önlemeye yönelik farkındalık yaratın ve yatırımları hedefleyin. Yaralanmaların genel olarak önlenebileceği konusunda farkındalığın yaratılması hayati önem taşımaktadır. Tanınmış şahsiyetlerin veya siyasi liderlerin çocuk yaralanmasının önlenmesinin nedenini aktif olarak savunabilmesi büyük bir önem taşımaktadır. Buna ek olarak, çocuk

yaralanmasının önlenmesi için aktif bir sivil toplum hareketi, çocuk güvenliği için tabandan yerel kuruluşlar, hassas ve sorumlu medya raporları ve toplumda gerekli kültürel değişiklikleri sağlayabilir.

Ev kazalarında da tıpkı diğer yaralanmalarda olduğu gibi kişi, çevre ve yaralanmaya sebep olan üç faktörün varlığı gerekmektedir. Yaralanmanın oluş mekanizmasına bakıldığında korunulabilir ve önlenabilir olduğu görülmektedir. Örneğin bir ev kazasının oluş mekanizması incelendiğinde yaralanma nedenleri şu faktörler olabilir: Çocuğa ait faktörler (uykusuz olması, dikkatsizce koşması vb), çevreye ait faktörler (halıların kayması, ışığın yetersiz olması, zeminin ıslak olması vb) ve vektöre ait faktörler (uymayan ayakkabı/terlik giyme, yürüteç vb). Bu faktörlerin hepsi önlenabilir nedenlerdir (1). Aslında tüm bu faktörlerin hemen hepsinin temelinde ev kazası geçiren çocukların ailelerinin Sağlık Okuryazarlığı düzeyi yatmaktadır. Bakım veren anneler ya da babalar hem çocuğa ait faktörlerde hem de çevreye ve vektöre ait faktörlerde en önemli rolü oynamaktadır.

2.7. Okuryazarlık ve Sağlık

Yetişkinler arasında zayıf okuryazarlık becerileri, gelişmiş ülkelerde şaşırtıcı derecede yaygındır. Gelişmekte olan ülkelerde bu rakamlar çok daha yüksektir. Okuryazarlık karmaşık ve tartışmalı bir kavramdır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) okuryazarlığı "topluma katılmak, kişinin hedeflerine ulaşmak ve kişinin bilgi ve potansiyelini geliştirmek için yazılı metinleri anlama, değerlendirme, kullanma ve bunlarla ilişki kurma yeteneği" olarak tanımlar (99). Göreve dayalı ve beceriye dayalı olmak üzere iki alanı vardır. Görev temelli okuryazarlık, bir kişinin temel bir metni okumak ve basit bir

ifade yazmak gibi temel okuryazarlık görevlerini ne ölçüde yerine getirebileceğine odaklanır. Beceri temelli okuryazarlık, bir yetişkinin bu görevleri yerine getirmek için sahip olması gereken bilgi ve becerilere odaklanır. Bu beceriler, temel, kelime düzeyinde becerilerden (sözcükleri tanıma gibi) daha üst düzey becerilere (sürekli metinden uygun çıkarımlar yapma gibi) kadar çeşitlilik gösterir (100). Dünyanın dört bir yanındaki toplumlar, nüfuslarında yüksek düzeyde “okuryazarlık” elde etmeye büyük önem vermektedir. Bu okuma ve yazma becerileri sayesinde, okuryazar olanlar hem ekonomik hem de sosyal olarak topluma daha tam olarak katılabilirler ve günlük olayları anlayıp daha yüksek derecede kontrol uygulayabilirler. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, bir popülasyondaki düşük okuryazarlık hem doğrudan hem de dolaylı olarak bir dizi kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir (101). Birçok gelişmiş ülkeden gelen veriler, düşük okuryazarlık seviyeleri ile mevcut sağlık bilgileri ve hizmetlerinin azalan kullanımı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Dolaylı olarak, düşük okuryazarlık genellikle zayıf sosyoekonomik koşullarla bağlantılıdır ve bu da diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak sağlık üzerindeki olumsuz etkilerle ilişkilidir. DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri üzerine yakın zamanda yayınlanan bir bildiride, okuryazarlığın hem zengin hem de fakir ülkelerde sağlıktaki eşitsizlikleri belirlemede “merkezi bir role” sahip olduğunu belirledi (102).

2.8. Sağlık Okuryazarlığı (SOY)

2.8.1. Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Sağlık okuryazarlığına ilişkin çok sayıda tanım mevcuttur (103, 104). Vurgulamada önemli farklılıklar olsa da hemen hemen tüm tanımlar, bireylerin sağlık üzerinde etkisi olacak kararlar almak ve eylemler yapmak için bilgiyi edinmesini, anlamasını, değerlendirmesini ve kullanmasını sağlayan okuryazarlık ve matematik becerilerini tanımlayan aynı temel unsurlara sahiptir. Genel okuryazarlıkta olduğu gibi, sağlık okuryazarlığı, bireyden bireye değişecek gözlemlenebilir bir dizi beceriden oluşmaktadır. DSÖ'nün tanımına göre sağlık okuryazarlığı ise “iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiyi kullanma ve anlama için bireysel olarak bilişsel ve sosyal beceri ve yeteneklerini elde etme ulaşılabilirliği” olarak tanımlanmıştır (105). Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla bağlantılıdır ve insanların, sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki ile kalitesini korumak veya iyileştirmek için günlük yaşamda yargılarda bulunmak, kararlar almak için sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama konusundaki bilgi, motivasyon ve yeterliliklerini gerektirir.

2.8.2. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Fonksiyonel, İnteraktif ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı

Genel okuryazarlık ve matematikte olduğu gibi, kişisel becerilerdeki farklılıklar fonksiyonel, interaktif ve kritik sağlık okuryazarlığı olarak kategorize edilmiştir (43). Böyle bir sınıflandırma, beceri düzeyindeki farklılıkların sağlıkla

ilgili kararlar ve eylemler üzerindeki etkisine işaret etme avantajına sahiptir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireylerin ilgili sağlık bilgilerini (örneğin, sağlık riskleri ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağına ilişkin) edinmesi ve bu bilgiyi bir dizi öngörülen faaliyetlere uygulaması için yeterli olan temel düzey becerileri tanımlar. Bu temel sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip bireyler, ilaç uyumu, önleme faaliyetlerine katılım ve bazı davranış değişiklikleri gibi açıkça tanımlanmış hedeflere ve belirli bağlamlara yönelik eğitim ve iletişime genellikle iyi yanıt verebilirler (106).

İnteraktif sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerini çıkarmasına ve farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmasına olanak tanıyan daha gelişmiş okuryazarlık becerilerini tanımlar; yeni bilgileri değişen koşullara uygulamak ve mevcut bilgileri genişletmek ve kararlar almak için başkalarıyla etkileşime girmeyi içerir. Bu üst düzey becerilere sahip bireyler, yapılandırılmış iletişim kanalları (örneğin, okul sağlığı eğitimi, mobil uygulamalar, etkileşimli web siteleri) aracılığıyla daha etkileşimli ve erişilebilir sağlık iletişimi ve eğitimine yanıt vermek için farklı bilgi kaynakları arasında daha iyi ayırım yapabilirler (106).

Kritik sağlık okuryazarlığı, çok çeşitli kaynaklardan gelen bilgileri eleştirel bir şekilde analiz etmek için uygulanabilecek en gelişmiş okuryazarlık becerilerini ve daha geniş bir yelpazedeki sağlık belirleyicileriyle ilgili bilgileri tanımlar. Bu en gelişmiş becerilere sahip bireyler, sağlık üzerinde etkisi olan yaşam olayları ve durumlar üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için bilgiyi elde edebilir ve kullanabilir. Bu becerilerin uygulanması, kişisel sağlık riskleri hakkındaki bilgilerin değerlendirilmesini içerebilir (107). Bu tür sağlık okuryazarlığı, bireysel

düzeydeki faydaların yanı sıra daha açık bir şekilde nüfus yararına bağlanabilir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı kavramı, klinik bakımın acil ve gerekli hedeflerine ve bazı halk sağlığı önceliklerine daha yakın bir şekilde uyum sağlar. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığı, sağlıkta ve klinik karar vermede aracı bir faktör olarak hareket eden bir dizi bireysel okuryazarlık kapasitesini tanımlamak için yaygın olarak kullanılan bir terimdir (108).

2.8.3. Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi

Hastaların sağlık okuryazarlığı becerilerini resmi olarak ölçmek pratik olmasa da bunu yapmanın yolları vardır. Aşağıdaki iki ölçü, sağlık okuryazarlığı araştırmalarında sıklıkla kullanılmaktadır.

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

Bir hastanın okuryazarlık seviyesi, Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM) adı verilen bir araçla yaklaşık iki dakika içinde kolayca ölçülebilir (109). REALM, hastaların düzenlenmiş 66 tıbbi kelimeyi hece sayısına ve telaffuz zorluğuna göre karmaşık sırayla oluşan bir listeden okudukları bir kelime tanıma testidir. Hastalardan, ilk kelimedenden başlayarak ve doğru telaffuz edemedikleri kelimelere ulaşana kadar mümkün olduğunca listeyi devam ettirerek ve yüksek sesle okumaları istenir. REALM tıbbi kelimeleri kullandığı için, test sadece genel okuma becerilerinin bir değerlendirmesini değil, aynı zamanda bireyin sağlık okuryazarlığının bir göstergesini de sağlar.

TOFHLA: Test of Functional Literacy in Adults (Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

Hem İngilizce hem de İspanyolca olarak mevcut olan TOFHLA, sağlık okuryazarlığı araştırmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Hastalara tıbbi bilgi veya talimatlar söylenir (örneğin, bir reçete etiketi üzerindeki talimatlar veya bir teşhis prosedürü için hazırlık talimatları). Hastalar daha sonra aldıkları bilgi veya talimatları anlamalarını test eden soruları yanıtlayarak yanıt verirler. Alınan puanlar hastaları yetersiz, marjinal veya yeterli sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olanlar olarak sınıflandırır. TOFHLA' nın yönetimi REALM' den daha uzun sürer. 50 maddelik okuduğunu anlama ve 17 maddelik sayısal anlama testinden oluşmaktadır. Sorular “boşluk doldurma” tipi çoktan seçmeli sorular olarak hazırlanmıştır. Test toplam 22 dakika sürmektedir. Testin uzun zaman alması nedeniyle kısaltılmış versiyonu olarak S-TOFHLA (Yetişkinlerdeki İşlevsel Sağlık Okuryazarlık Kısa Testi/The Short Test of Functional Health Literacy in Adults) 1998 yılında geliştirilmiştir. S-TOFHLA da aynı becerileri ölçer, ancak toplam 7 dakika sürmektedir (110).

MMSE (Mini-Mental Durum Muayenesi/The Mini-Mental State Examination):

Hastaların bilişsel işleyişini değerlendiren kantitatif bir testtir. Testi uygulayanlar problemin hastanın sağlık okuryazarlık seviyesi ya da bilişsel işleyişiyle ilgili olup olmadığını değerlendirmeye çalışır. Çok sayıda sorudan oluşan test ortalama 5-10 dakika sürer ve birkaç dilde uygulanabilir. Bu test sonucunda, testi uygulayan personel, hastanın sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgili değerlendirmesini muayene öncesi ilgili doktora bildirmektedir. Bazı hastalıklara eşlik eden demans (bunama) gibi durumlarda, MMSE testi destek olarak kullanıldığında durumu daha net bir biçimde ortaya koymaktadır (111).

MART (Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi/The Medical Terminology Achievement Test)

Diğer testlere benzer şekilde, hastalardan kelimeleri sesli okumaları istenir. Diğer testlerden farklı olarak, MART testi kişilerin kelimeleri neden okuyamadıkları konusunda açıklama yapmalarını sağlar (örneğin, görüş uzaklığındaki yetersizlik, küçük yazılar yüzünden okuma güçlüğü gibi). MART kişilere bahane bulma ve açıklamalar yapma konusunda olanak sağladığı için, okuryazarlık seviyesi düşük hastalara daha az endişe verici olarak görülür. Kelimelerin ve yazılı metinlerin kavranmasını ölçmeye çalışan sağlık okuryazarlık testleri, bireylerin yazılı bir metin içerisindeki boş bırakılan kelimeleri doldurduğu, cümle tamamlamalı yöntemi içerir (112).

Bir-İki Soruluk Test

Tek ya da iki soru (One-or Two Question Tests) ile hastanın sağlık okuryazarlığı ile ilgili genel bir değerlendirme yapılmaktadır. Bu sorulara verilen cevapların değerlendirme yapmakta etkili olduğu belirlenmiştir (110). Bir-iki soruluk testlerde sağlıkla ilgili metinleri okurken, formları doldururken anlama ve yardım alma sıklıkları öğrenilmeye çalışılmaktadır:

“Tıbbi durumla ilgili yazılı enformasyonların olduğu metinleri anlamakta ne sıklıkta güçlük yaşıyorsunuz? (Her zaman, genellikle, bazen, nadiren, hiç)”. “Hastane materyallerini okumak için ne sıklıkta biri size yardımcı oluyor? (Her zaman, genellikle, bazen, nadiren, hiç)”. “Tıbbi formları doldururken kendinize ne kadar güveniyorsunuz? (Son derece, sıklıkla, bir dereceye kadar, biraz, hiç)”

TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32):

Bu araştırmada sağlık okuryazarlığı ölçme aracı olarak Avrupa Sağlığı Okuryazarlığı Araştırmasında kullanılan kavramsal çerçeveye dayanan TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır (113). Sağlık okuryazarlığı ölçümünde referans alınacak kavramsal çerçevenin sağlık okuryazarlığın tanımı gereği toplumsal özellikler ve sağlık hizmet sunumunun yapısıyla uyumlu olması önemlidir. Bu nedenle TSOY-32 ölçeği geliştirilirken, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması için geliştirilen kavramsal çerçeve referans alınmış; Türkiye'nin toplumsal özellikleri, toplumun sağlık düzeyi ve sağlık sisteminin yapısına uyarlılığı gözetilerek revize edilmiştir. Böylelikle “tedavi ve hizmet” ile “hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi” olmak üzere iki boyut; “sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma”, “sağlıkla ilgili bilgiyi anlama”, “sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” ve “sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama” olmak üzere dört süreçten oluşan bir matris geliştirilen ölçeğin temelini oluşturmuştur. Ölçek matristeki sekiz farklı gözle ilişkilendirilmiş, her bir göze karşılık dört soru olmak üzere toplam 32 sorudan oluşmaktadır (113).

2.8.4. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Sonuçları

Sağlık okuryazarlığı, hastaların ve ebeveynlerin uygun kararlar almak için gerekli temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama becerisidir. Düşük sağlık okuryazarlığı, ilaç kullanımında daha fazla hata, sağlık planlarına uymada daha fazla sorun ve kronik durumları yöneten sorunlar anlamına gelmektedir.

Sağlık okuryazarlığı, sağlık çıktılarındaki eşitsizliklerin ırk veya eğitimden daha güçlü bir öngörücüsüdür (114). Düşük sağlık okuryazarlığının maliyeti yıllık 106 ila 238 milyar dolar arasında değişmekte olup, sağlık hizmeti sunumunun hastaların sağlık okuryazarlığı ihtiyaçlarını karşılamaması durumunda gelecekteki tahminler 1,6 ila 3,6 trilyon dolara yükselecek olmasıdır (115). Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalar için artan maliyetler, sağlık hizmeti kullanım verileri ile açıklanabilir. Sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların, koruyucu birinci basamak sağlık hizmetlerine göre daha fazla acil servis ve yatan hasta hizmetlerini kullanarak daha yüksek tıbbi maliyetleri olduğu belirlenmiştir (116). Sağlık okuryazarlığı düşük olan ebeveynlerin kronik hastalığı olan çocukları, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip ebeveynlere göre iki kat daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğilimindedir (117). Çalışmalar, sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip ebeveynlerin ilaç etiketlerini anlamakta güçlük çektiklerini bulmuştur (118).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine başvurmakta geç kaldıkları, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamadıkları, dolayısı ile hastaneye yatış oranlarının arttığı da saptanmıştır. Benzer biçimde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması, sağlık bilgilerinin anlaşılmasını engellemektedir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olmayan hastaların sağlık profesyonelleri tarafından koruyucu ve hastalıkları tedavi etmek üzere verilen talimatları yerine getirmede zorlandıkları, sağlık hizmetlerine erişimde problemler yaşadıkları gösterilmiştir (119).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran 0-6 yaş çocuğu olan 18 yaş üstü bireylerin katılımı ile yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2 Ekim 1979 yılında Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi'ne bağlı olarak kurulmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi; 26 Mart 1979 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı arasında imzalanan bir protokol ile Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi'nde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak hizmete girmiştir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi 2019 yılı itibarı ile bünyesinde; 287 Profesör, 62 Doçent, 20 Dr. Öğr. Üyesi, 54 Öğr. Gör. Dr., 560 Araştırma Görevlisi olmak üzere 1022 Öğretim Elemanı görev yapmakta, Tıp fakültesi bünyesinde 2778 öğrenci eğitim almaktadır. 1000'in üzerinde yatak kapasitesine sahip olan hastanede, 2019 yılında; yaklaşık 1,5 milyon üzerinde hastaya tedavi hizmeti verilmiştir. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Yenimahalle ve Çankaya ilçelerinin sınırında konumlanmıştır. Türkiye'nin her yerinden hasta sevklerinin gerçekleştiği, 3. Basamak sağlık hizmeti sağlayan bir kuruluştur.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini; Ankara ilinde bulunan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine 20 Ağustos-30 Eylül 2020 tarihleri arasında başvuran 0-6 yaş çocuğu olan 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır.

Çalışmanın evreni ve örnekleme; Gazi Üniversitesi Hastanesi istatistik biriminden Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran (0-6) yaş hasta sayısının çalışmanın yapılacağı Ağustos-Eylül ayları içinde 6 haftada 3600 olduğu öğrenilmiştir. Bu sayı çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem sayısı openepi online bilgisayar programı ile hesaplanmıştır. %95 güven aralığından $\alpha = 0,05$, $d = 4\%$, tasarım etkisi 1.0 ve %30 ev kazası sıklığı ile hesaplanan örneklem sayısı 443'tür. Bu çalışmanın örneklem sayısı minimum 443 anne olarak hesaplanmıştır. Yanıtsızlık veri eksikliği de göz önüne alınarak 487 anneye ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem yöntemi olarak da sistematik örneklem yöntemi kullanılmıştır. 40 günlük veri toplama süresince başvuran her 7 kişiden biri görüşmeye alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Çocuğunun Ev Kazası Geçirme Durumu

- Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemleri Tanılama Ölçek Puanı

3.5.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Annenin Yaşı
- Babanın Yaşı
- Eğitim Durumu
- Çalışma Durumu
- Medeni durum
- Hanede Yaşayan Kişi Sayısı
- Aylık Gelir Durumu
- Kronik Hastalık Olma Durumu
- Oturduğu Ev Tipi
- Çocuk Sayısı
- Çocukların Kendisine Ait Odalarının Olma Durumu
- Evde Büyükanne/Dede Yaşama Durumu
- Ailede Ev Kazası Öyküsünün Olma Durumu
- Ev Kazalarına Yönelik Eğitim Alma Durumu
- Ev Kazalarıyla İlgili Eğitim Almak İsteme Durumu
- Sağlık Okuryazarlığı Durumu
- Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemleri Tanılama Ölçek Puanı
- Çocuk Yaş Grubu
- Çocuk Cinsiyet
- Çocuğa Gündüz Bakım Veren Kişi
- Çocuğun Bakıldığı Ortam

3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı ve Ölçme Araçları

Araştırmada veri kaynağı olarak “Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine Başvuran 0-6 Yaş Grubu

Çocuğu Olan Annelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerinin İlişkisi” anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmayı yürüten ekip tarafından hazırlanmıştır.

Anket toplam 89 sorudan ve üç bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde demografik özellikler, ikinci bölümünde 5’li likert tipi 32 önermeden oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulanmıştır. Üçüncü bölümde ise 5’li likert tipi 40 önermeden oluşan 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği uygulanmıştır (Ek-1).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32):

TSOY-32 ölçeği HLS-EU çalışması temel alınarak geliştirilmiş ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Okyay ve ark. tarafından yapılmıştır (113). Ölçeğin iç tutarlılık analizi sonucu Cronbach’s Alfa katsayısı 0,927 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması) HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$\text{İndeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/3)$$

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Soru numaraları 1-4, 2-3, 3-2, 4-1, 5-0 olacak şekilde tekrar kodlanarak toplam puan ve ortalama puan hesaplanmıştır. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı;

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) : Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) : Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır (120).

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

Çınar ve Görak tarafından 0-6 yaş çocuğu olan ailelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik güvenlik önlemlerine ilişkin tutumlarını tanılamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye geçerlilik-güvenirlilik çalışması Çınar tarafından yapılmıştır ve Cronbach Alfa katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur (121). Bu ölçekte 34 olumlu, 6 olumsuz ifade içeren toplam 40 maddeden oluşan 5’li likert tipi önerme bulunmaktadır:

1. Her zaman,
2. Çoğu zaman,
3. Bazen,
4. Nadiren,
5. Hiçbir zaman.

Ölçekte her bir maddeye 1-5 arasında puan verilmiştir. 6, 9, 23, 26, 30, 40’ıncı maddeler olumsuz ifade içeren maddeler olup, negatif ifade içeren maddelerin puanları tersine çevrilerek kullanılmaktadır. Ölçeğin en düşük puanı 40, en yüksek puanı 200 olup, en yüksek puan annelerin çocuğunu ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri en üst düzeyde aldığını göstermektedir.

3.7. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama şekli

Araştırma, danışman eşliğinde araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Bir anketin uygulama süresi ortalama 15-20 dakikadır. Anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Uygulama Süresi

Araştırma 18 Ağustos -18 Ekim 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. 20 Ağustos-30 Eylül tarihleri arasında veri toplama işlemi tamamlanmıştır. 1-8 Ekim 2020 tarihleri arasında veri girişi ve analizi tamamlanmıştır. Bir anketin uygulama süresi ortalama 15-20 dakikadır.

3.9.Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi SPSS 23,0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Normal dağılımın uygunluğu, görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilks Testleri) incelenmiştir. Parametrik verilerin tanımlayıcı analizi ortalama ve standart sapma kullanılarak, parametrik olmayan veriler ise ortanca ve minimum-maksimum değerler kullanılarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak kategorik değişkenler için Ki-kare, iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U, 2’den fazla bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. SOY puanı ile annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri tanılama ölçek puanı ilişkisini değerlendirmek için Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Korelasyon katsayısının 0-0,25 arasında olması zayıf, 0,26-0,50 arasında olması orta, 0,51-

0,75 arasında olması güçlü ve 0,76-1,00 arasında olması çok güçlü korelasyon olarak kabul edilmiştir. Çocukların ev kazası geçirmeleri üzerine etkili olabilecek faktörler multivariate lojistik regresyon analizi (enter metod) ile ayrıntılı incelenmiştir. Lojistik regresyon analizleri ile tahmini rölatif risk (OR) hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bu çalışmanın veri analizleri yapılırken, 0-6 yaş grubunda birden fazla çocuk sahibi olan annelerin ilk çocukları analize dahil edilmiştir. Aynı aile özellikleri, ev özellikleri ve sosyoekonomik özellikler olmasından dolayı duplike verileri önlemek için ve annelik tecrübesinin kaza geçirme durumu üzerine etkisini standardize edebilmek için ilk çocukların özellikleri karşılaştırma ve ileri analizlere dahil edilmiştir.

Ki kare tabloları oluşturulurken yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı grubu birleştirilerek “yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı”, “yeterli” ve “mükemmel sağlık okuryazarlığı” grubu birleştirilerek “yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı” grubu olarak gruplandırılmıştır.

Hanede yaşayan kişi sayısı analize alınırken 3 ve daha az, 4, 5 ve üzeri kişi olarak gruplandırılmıştır.

Çocuk sayısı analize alınırken 1 çocuk, 2 ve 3 çocuk, 4 ve üzeri çocuk olarak gruplandırılmıştır.

Çocuk yaşları analize alınırken 0-2 yaş, 3 ve 4 yaş, 5 ve 6 yaş olarak gruplandırılmıştır.

Eğitim durumu analize alınırken “okuryazar değil”, “okuryazar” ve “ilkokul mezunu” grubu birleştirilerek “ilkokul mezunu ve altı”, “ortaokul” ve

“lise mezunu” birleştirilerek “ortaokul-lise mezunu” ve “yüksekokul” olarak gruplandırılmıştır.

Tablo 1. Araştırmada karşılaştırma analizleri için kategorize edilen bağımsız değişkenlerin dağılımı, Ankara, 2020

Sağlık Okuryazarlığı	Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	Eğitim Durumu	Çocuk Sayısı	Çocuk Yaşları	Çocuğa Gündüz Bakım Veren Kişi	Çocuğun Bakıldığı Ortam
<u>Yetersiz-Sınırlı SOY</u> Yetersiz SOY (0-25) Sorunlu-Sınırlı SOY (>25-33)	<u>3 ve daha az kişi</u>	<u>İlkokul Mezunu ve Altı</u> Okuryazar Değil Okuryazar İlkokul Mezunu	<u>1 Çocuk</u>	<u>0-2 Yaş</u>	<u>Anne</u>	<u>Kendi Evinde</u>
<u>Yeterli-Mükemmel SOY</u> Yeterli SOY (>33-42) Mükemmel SOY (>42-50)	<u>4 Kişi</u>	<u>Ortaokul-Lise Mezunu</u> Ortaokul Mezunu Lise Mezunu	<u>2 ve 3 Çocuk</u>	<u>3-4 Yaş</u>	<u>Anne Dışı Bakıcı</u>	<u>Kendi Evi Dışında</u>
	<u>5 ve Üzeri Kişi</u>	<u>Yüksekokul-Üniversite Mezunu ve Üstü</u> Yüksekokul Mezunu Üniversite Mezunu ve Üstü	<u>4 ve üzeri Çocuk</u>	<u>5-6 Yaş</u>		

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Anket uygulaması mesai saatleri içerisinde olduğu için çalışan nüfusa ulaşmakta beklenenin altında kalmış olabilir.

- Anket uygulaması esnasında kısa işlemler yaptırmak için başvuran kişiler içerisinde anket katılmak istemeyen veya yarıda bırakan kişiler olduğu belirlenmiştir.
- 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanımlama ölçeğinin babalarda geçerlilik güvenirliği olmadığı için çalışmaya sadece anneler dahil edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 2. Araştırmaya Katılanlara Ait Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı-I, Ankara, 2020

	Sayı	%*
Anne Yaşı (n=491)		
Ortalama $\pm$ ss	31,31 $\pm$ 6,02	
Ortanca (min-max)	30,0 (19-50)	
Baba Yaşı		
Ortalama $\pm$ ss	34,26 $\pm$ 6,66	
Ortanca (min-max)	33,0 (21-63)	
Anne Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	6	1,2
Sadece Okuryazar	4	0,8
İlkokul Mezunu	58	11,8
Ortaokul Mezunu	31	6,3
Lise Mezunu	158	32,2
Yüksekokul Mezunu	234	47,7
Baba Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	0	0
Sadece Okuryazar	3	0,6
İlkokul Mezunu	32	6,5
Ortaokul Mezunu	26	5,3
Lise Mezunu	127	25,9
Yüksekokul Mezunu	303	61,7
Annenin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	215	43,8
Çalışmıyor	276	56,2
Babanın Çalışma Durumu		
Çalışıyor	456	92,9
Çalışmıyor	35	7,1

* Sütun Yüzdesi

Tablo 1’de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcı annelerin yaş ortalaması 31,31 $\pm$ 6,02 olarak saptanmıştır. Katılımcı annelerin %1,2’si okuryazar değil, %0,8’i sadece okuryazar, %11,8’i ilkokul mezunu, %6,3’ü ortaokul mezunu, %32,2’si lise mezunu, %47,7’si üniversite mezunu olarak saptanmıştır. Babaların eğitim

durumu ise şu şekildedir: %0,6'sı sadece okuryazar, %6,5'i ilkokul mezunu, %5,3'ü ortaokul mezunu, %25,9'u lise mezunu, %61,7'si üniversite mezunudur. Annelerin %43,8'i ve babaların %92,9'u çalışırken, annelerin %56,2'si ve babaların ise %7,1'i çalışmıyor olarak saptanmıştır.

Tablo 3. Araştırmaya Katılanlara Ait Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı- II, Ankara, 2020

	Sayı	%*
Medeni Durum (n=491)		
Evli	470	95,7
Bekar	3	0,6
Eşinden Ayrı	18	3,7
Aylık Gelir Durumu		
Geliri Giderinin Altında	90	18,3
Geliri Giderine Eşit	252	51,3
Geliri Giderinin Üzerinde	149	30,3
Annenin Sürekli İlaç Kullandığı Kronik Bir Hastalığının Olma Durumu		
Evet**	70	14,3
Hayır	421	85,7
Babanın Sürekli İlaç Kullandığı Kronik Bir Hastalığının Olma Durumu		
Evet**	55	11,2
Hayır	436	88,8
Annenin Sahip Olduğu Toplam Çocuk Sayısı		
Tek Çocuk	243	49,5
2 Çocuk	165	33,6
3 Çocuk	62	12,6
4 Çocuk	14	2,9
5 Çocuk	3	0,6
6 Çocuk	3	0,6
7 Çocuk	1	0,2

* Sütun Yüzdesi

** En sık kronik hastalıklar: Tiroid hastalıkları, hipertansiyon ve diabetes mellitustur.

Tablo 2'de katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %95,7'si evli, %0,6'sı bekar ve %3,7'si de eşinden ayrıdır. Geliri giderinin altında olan %18,3, geliri giderine eşit olan %51,3, geliri

giderinin üzerinde olan %30,3 katılımcı saptanmıştır. Annelerin %14,3'ünün kronik hastalığı mevcutken %85,7'sinin kronik hastalığı mevcut değildir. Babaların %11,2'sinin kronik hastalığı mevcutken %88,8'inin kronik hastalığı mevcut değildir. Annelerin %49,5'i tek çocuk, %33,6'sı 2 çocuk, %12,6'sı 3 çocuk, %2,9'u 4 çocuk, %0,6'sı 5 çocuk, %0,6'sı 6 çocuk ve %0,2' si 7 çocuk sahibidir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Aile ve Ev Yapıları ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2020

	Sayı	%*
Ailenin Oturduğu Ev Tipi (n=491)		
Apartman	434	88,4
Müstakil-Bahçeli Ev	57	11,6
Çocukların Kendi Odalarının Olma Durumu		
Var	391	79,6
Yok	100	20,4
Evde Büyükanne/Dede Yaşama Durumu		
Evet	81	16,5
Hayır	410	83,5
Hanede Yaşayan Toplam Kişi Sayısı		
2 Kişi	4	0,8
3 Kişi	211	43,0
4 Kişi	171	34,8
5 Kişi	71	14,5
6 Kişi	21	4,3
7 Kişi	7	1,4
8 Kişi	4	0,8
9 Kişi	2	0,4
Ailede Çocuk Dışında Ev Kazası Geçirme Öyküsü		
Var	128	26,1
Yok	363	73,9

* Sütun Yüzdesi

Tablo 3'te katılımcıların aile ve ev yapısı ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %88,4'ünün apartmanda, %11,6'sının müstakil-bahçeli evde yaşadığı saptanmıştır. Katılımcıların çocuklarının

%79,6'sının kendilerine ait odalarının olduğu, %20,4'ünün kendilerine ait odalarının olmadığı belirtilmiştir. Katılımcıların %16,5'inin evinde büyükanne-büyükbaba ile birlikte yaşadığı, %83,5'inin evinde büyükanne/dede ile birlikte yaşamadığı saptanmıştır. Katılımcıların %0,8'inin evde toplam 2 kişi, %43'ünün 3 kişi, %34,8'inin 4 kişi, %14,5'inin 5 kişi, %4,3'ünün 6 kişi, %1,4'ünün 7 kişi, %0,8'inin 8 kişi ve %0,4'ünün evde toplam 9 kişi yaşadığı belirtilmiştir. Ailede çocuk dışında ev kazası geçirme öyküsü sorgulandığında; %26,1'inin ev kazası öyküsünün olduğu, %73,9'unun ise ev kazası geçirme öyküsünün olmadığı saptanmıştır.

Tablo 5. Çalışmaya Dahil Edilen Annelerin 0-6 Yaş Grubundaki 1. ve 2. Çocuklarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2020

		Sayı	%*
1. Çocuk Yaş Dağılımları (n=491)			
	0 Yaş	23	4,7
	1 Yaş	64	13,0
	2 Yaş	73	14,9
	3 Yaş	82	16,7
	4 Yaş	72	14,7
	5 Yaş	94	19,1
	6 Yaş	83	16,9
1. Çocuk Cinsiyet			
	Kız	259	52,7
	Erkek	232	47,3
1. Çocuk Gündüz Bakımı ile İlgilenen Kişi			
	Anne	278	56,6
	Baba	27	5,5
	Büyükanne/Dede	85	17,3
	Kreş	71	14,5
	Bakıcı	30	6,1
1. Çocuk Bakıldığı Ortam			
	Kendi Evi	387	78,8
	Kreş	71	14,5
	Bakıcı Evi	12	2,4
	Diğer	21	4,3
2. Çocuk Yaş Dağılımları (n=100)			
	0 Yaş	9	9,0
	1 Yaş	29	29,0
	2 Yaş	32	32,0
	3 Yaş	19	19,0
	4 Yaş	10	10,0
	5 Yaş	1	1,0
2. Çocuk Cinsiyet			
	Kız	43	43,0
	Erkek	57	57,0
2. Çocuk Gündüz Bakımı ile İlgilenen Kişi			
	Anne	67	67,0
	Baba	11	11,0
	Büyükanne / Dede	12	12,0
	Bakıcı	7	7,0
	Kreş	3	3,0
2. Çocuk Bakıldığı Ortam			
	Kendi Evi	96	96,0
	Kreş	3	3,0
	Bakıcı Evi	1	1,0

* Sütun Yüzdesi

Tablo 4’te katılımcıların 0-6 yaş grubundaki 1. ve 2. çocuklarının bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. 1. çocuk yaş dağılımları incelendiğinde; %4,7’sinin 0 yaşında, %13’ünün 1 yaşında, %14,9’unun 2 yaşında, %16,7’sinin 3 yaşında, %14,7’sinin 4 yaşında, %19,1’inin 5 yaşında, %16,9’unun ise 6 yaşında olduğu ve çocukların %52,7’sinin cinsiyetinin kız olduğu belirtilmiştir. Çocukların %56,6’sının gündüz bakımı ile anne, %5,5’inin baba, %17,3’ünün büyükanne/dede, %14,5’inin kreş ve %6,1’inin bakıcının ilgilendiği saptanmıştır. Çocukların %78,8’ine kendi evinde, %14,5’ine kreşte, %2,4’üne ise bakıcının evinde bakıldığı belirtilmiştir. 2. çocuk yaş dağılımları incelendiğinde; %9’unun 0 yaşında, %29’unun 1 yaşında, %32’sinin 2 yaşında, %19’unun 3 yaşında, %10’unun 4 yaşında, %1’inin 5 yaşında olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çocukların %43’ünün cinsiyetinin kız olduğu belirtilmiştir. Çocukların %67’sinin gündüz bakımı ile anne, %11’inin baba, %12’sinin büyükanne/dede, %3’ünün kreş ve %7’sinin bakıcı ilgilenmektedir. Çocukların %96’sının kendi evinde, %3’ünün kreşte, %1’inin ise bakıcının evinde bakıldığı belirtilmiştir.

Tablo 6. Çalışmaya Dahil Edilen Annelerin 0-6 Yaş Grubunda 3. Çocuklarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2020

	Sayı	%*
3. Çocuk Yaş Dağılımları (n=7)		
0 Yaş	2	28,6
1 Yaş	4	57,1
2 Yaş	1	14,3
3. Çocuk Cinsiyet		
Kız	2	28,6
Erkek	5	71,4
3. Çocuk Gündüz Bakımı ile İlgilenen Kişi		
Anne	4	57,1
Baba	1	14,3
Büyükanne/Dede	2	28,6
3. Çocuk Bakıldığı Ortam		
Kendi Evi	7	100,0

* Sütun Yüzdesi

Tablo 5’te katılımcıların 0-6 yaş grubundaki 3. çocuklarının bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. 3. çocuk yaş dağılımları incelendiğinde; %28,6’sının 0 yaşında, %57,1’inin 1 yaşında, %14,3’ünün ise 2 yaşında olduğu saptanmıştır. Çocukların %28,6’sının cinsiyetinin kız olduğu belirtilmiştir. Çocukların %57,1’inin gündüz bakımı ile anne, %14,3’ünün baba, %28,6’sının büyükanne/dedenin ilgilendiği ve çocukların tamamının kendi evinde bakıldığı saptanmıştır.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Annelerin 0-6 Yaş Grubu Çocuklarının Ev Kazası Geçirme Durumu ve Geçirdikleri Ev Kazası ile İlgili Bazı Özellikler, Ankara, 2020

	Sayı	%*
Ev Kazası Geçirme Durumu (n=491)		
Evet	148	30,1
Hayır	343	69,9
Ev Kazası Geçiren Çocuğun Cinsiyeti (n=148)		
Kız	79	53,4
Erkek	69	46,6
Ev Kazası Geçiren Çocuğun Yaşı		
0	6	4,1
1	11	7,4
2	17	11,5
3	23	15,5
4	27	18,2
5	37	25,0
6	27	18,2
Ev Kazası Türü		
Düşme	86	58,1
Yanma	24	16,2
Darbe	13	8,8
Zehirlenme	7	4,7
Kesici-Delici Alet Yaralanması	5	3,4
Elektrik Çarpması	4	2,7
Boğulma	4	2,7
Diğer**	5	3,4

*: Sütun Yüzdesi

** : En sık diğer nedenler; çocuğun elinin sıkışması ve üzerine bir eşya/cisim düşmesidir.

Tablo 6’da 0-6 yaş grubunda çocuğu olan annelerin en az bir çocuğunun ev kazası geçirme durumu ve çocuklarının geçirdikleri ev kazası ile ilgili bazı özellikler tanımlanmıştır. Çocukların %30,1’inin ev kazası geçirdiği ve ev kazası geçirenlerin ise %52,7’sinin erkek olduğu saptanmıştır. Ev kazası geçiren çocukların yaş dağılımları incelendiğinde; %3,4’ünün 0 yaşında, %7,4’ünün 1 yaşında, %12,8’inin 2 yaşında, %16,9’unun 3 yaşında, %20,9’unun 4 yaşında, %19,6’sının 5 yaşında, %18,9’unun ise 6 yaşında olduğu belirtilmiştir. Çocukların geçirdikleri ev kazası türleri incelendiğinde; %58,1’inin düşme, %16,2’sinin yanma, %8,8’inin darbe alma, %4,7’sinin zehirlenme, %3,4’ünün kesici-delici

alet yaralanması, %2,7'sinin elektrik çarpması, %2,7'sinin ise boğulma olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. 0-6 Yaş Grubundaki Çocukların Geçirdikleri Ev Kazası ile İlgili Bazı Özellikler, Ankara, 2020

	Sayı	%*
Ev Kazasının Yeri (n=148)		
Oturma odası-Salon	53	35,8
Mutfak	31	20,9
Yatak Odaları	20	13,5
Banyo-WC	13	8,8
Balkon	8	5,4
Koridor	8	5,4
Merdiven	8	5,4
Evin Çevresi	7	4,7
Ev Kazasının Zamanı		
Öğle	57	38,5
Akşam	43	29,1
Sabah	41	27,7
Gece	7	4,7
Ev Kazası Geçiren Çocuğun Kaza Anında Yanında Bulunan Kişi		
Anne	89	60,5
Baba	11	7,5
Büyükanne/dede	18	12,2
Bakıcı	5	3,4
Kreş	3	2,0
Diğer	21	14,3
Ev Kazasının Sebebi		
Çocuğun Dikkatsizliği	56	37,8
Bakan Kişinin İhmali	50	33,8
Çevre Faktörü	30	20,3
Diğer	12	8,1
Ev Kazasından Sonra Evde Önlem Alınma Durumu		
Evet	77	52,0
Hayır	71	48,0

* Sütun Yüzdesi

Tablo 7’de 0-6 yaş grubundaki kaza geçiren çocukların geçirdikleri ev kazası ile ilgili bazı özellikler sunulmuştur. Kazaların %35,8 oranında oturma odası-salonda, %20,9 mutfakta, %13,5 yatak odalarında, %8,8 banyo-wc’de, %5,4

balkonda, %5,4 koridorda %5,4 merdivende, %4,7 de ev çevresinde meydana geldiği saptanmıştır. Geçirilen ev kazasının zamanlarına bakıldığında, %38,5 öğle vaktinde, %29,1 akşam, %27,7 sabah ve %4,7 de gece vaktinde olduğu belirtilmiştir. Çocuğun yanında kaza esnasında %60,5 annesi, %7,5 babası, %12,2 büyükanne/dedesesi, %3,4 bakıcısı bulunduğu ve %2 kreşte olduğu saptanmıştır. Ev kazasının sebebi olarak %37,8 çocuğun dikkatsizliği, %33,8 bakan kişinin ihmali, %20,3 çevre faktörü, %8,1 diğer nedenler olarak belirtilmiştir. Annelerin %52'si ev kazasından sonra evde önlem aldıklarını belirtmiştir.

Tablo 9. 0-6 Yaş Grubundaki Çocukların Geçirdikleri Ev Kazası ile İlgili Bazı Özellikler-II, Ankara, 2020

	Sayı	%*
Ev Kazasından Sonra Medikal Tedavi Alma Durumu (n=148)		
Evet	61	41,2
Hayır	87	58,8
Ev Kazasından Sonra Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu		
Evet	69	46,6
Hayır	79	53,4
Ev Kazasından Sonra Girişimsel Müdahale Gerekme Durumu		
Evet	26	17,6
Hayır	122	82,4
Kazadan Sonra Hastane Yatışı Olma Durumu		
Evet	13	8,2
Hayır	135	91,8
Ev Kazasından Sonra Yatış Yapılan Bölüm		
Acil	12	92,3
Servis	1	7,7
Ev Kazasından Sonra Kalıcı Hasar Gelişme Durumu		
Evet	40	27,0
Hayır	108	73,0
Tekrarlayan Ev Kazası Geçirme Öyküsü		
Evet	40	27,0
Hayır	108	73,0

* Sütun Yüzdesi

Tablo 8’de 0-6 yaş grubundaki çocukların geçirdikleri ev kazası ile ilgili bazı özellikler sunulmuştur. Katılımcıların %41,2’si çocuklarının ev kazasından sonra medikal tedavi aldığını, %46,6’sı sağlık kuruluşuna başvurduğunu, %17,6’sı kazadan sonra girişimsel müdahale gerektiğini belirtmiştir. %8,2’sinin ev kazasından sonra hastane yatışının olduğu, %27’sinin kalıcı hasar gelişme durumunun olduğu saptanmıştır. Ev kazası geçiren çocukların %27’sinin tekrarlayan ev kazası geçirme öyküsünün olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Daha Önceden Eğitim Almış Olma ve Eğitim Almak İsteme Durumu, Ankara, 2020

	Sayı	%*
Ev Kazalarına Yönelik Eğitim Almış Olma Durumu (491)		
Evet	26	5,3
Hayır	465	94,7
Ev Kazalarıyla İlgili Eğitim Almak İsteme Durumu		
Evet	216	44,0
Hayır	275	56,0

* Sütun Yüzdesi

Tablo 9’da araştırmaya katılan annelerin ev kazalarına yönelik daha önceden eğitim almış olma ve eğitim almak isteme durumu sunulmuştur. Buna göre annelerin %5,3’ünün ev kazalarına yönelik daha önceden eğitim aldığı ve %44’ünün ise ev kazalarına yönelik eğitim almak istedikleri saptanmıştır.

Tablo 11. Çalışmaya Dahil Edilen Annelerin SOY Durumları ve Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanları, Ankara, 2020

	Sayı	%*
Sağlık Okur Yazarlığı Durumu(n=491)		
0-33 Yetersiz-Sınırlı	309	62,9
34-50 Yeterli-Mükemmel	182	37,1
Sağlık Okur Yazarlığı Durumu		
0-25 Puan Yetersiz	116	23,6
26-33 Puan Sınırlı	193	39,3
34-42 Puan Yeterli	121	24,6
43-50 Puan Mükemmel	61	12,4
Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanı		
Ortalama $\pm$ ss	164,84 $\pm$ 19,71	
Ortalama (min-max)	167,0 (95-200)	

* Sütun Yüzdesi

Tablo 10’da çalışmaya dahil edilen annelerin soy durumları ve ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçek puanları gösterilmiştir. Buna göre annelerin %23,6’sı yetersiz, %39,3’ü sınırlı, %24,6’sı yeterli, %12,4’ü de mükemmel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği puan ortalaması 164,84 $\pm$ 19,71, ortancası 167(95-200)’dir.

Tablo 12. Çalışmaya Katılanların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre 0-6 Yaş Grubu Çocuklarının Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2020

		Ev Kazası Geçirme Durumu				p
		Evet		Hayır		
Sayı	%*	Sayı	%*			
Anne Yaşı						
	Ortalama ± ss	31,76 ± 6,16		31,11±5,96		0,179 ¹
	Ortanca (min-max)	31,0 (19-47)		30,0 (19-50)		
Baba Yaşı						
	Ortalama ± ss	34,76 ± 6,41		34,05±6,77		0,200 ¹
	Ortanca (min-max)	34,0 (23-54)		33,0 (21-63)		
Anne Eğitim Durumu						
	İlkokul Mezunu ve Altı	25	36,8	43	63,2	0,360 ²
	Ortaokul-Lise Mezunu	52	27,5	137	72,5	
	Yükseköğretim Mezunu	71	30,3	163	69,7	
Baba Eğitim Durumu						
	İlkokul Mezunu ve Altı	10	28,6	25	71,4	0,976 ²
	Ortaokul-Lise Mezunu	46	30,1	107	69,9	
	Yükseköğretim Mezunu	92	30,4	211	69,9	
Annenin Çalışma Durumu						
	Çalışıyor	66	30,7	149	69,3	0,813 ²
	Çalışmıyor	82	29,7	194	70,3	
Babanın Çalışma Durumu						
	Çalışıyor	212	31,3	465	68,7	0,985 ²
	Çalışmıyor	14	26,9	38	73,1	
Medeni Durum (n=732)						
	Evli	222	31,4	485	68,6	0,374 ²
	Bekar	6	24,0	19	76,0	
*: Satır Yüzdesi						
1*: Mann Whithney U testi						
2*: Ki Kare Testi						

Tablo 11’de çalışmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre 0-6 yaş çocukların ev kazası geçirme durumlarının dağılımı sunulmuştur. Buna göre anne yaşı ve baba yaşı ile çocukların ev kazası geçirme durumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,179; p=0,200).

Anne eğitim durumuna göre çocukların ev kazası geçirme durumu değerlendirildiğinde; ilkökul mezunu ve altı annelerin %36,8’inin, ortaokul-lise

mezunu annelerin %27,5'inin, yüksekokul-üniversite mezunu ve üstü annelerin ise %30,3'ünün çocukları ev kazası geçirmiştir ($p=0,360$). Baba eğitim durumuna göre çocukların ev kazası geçirme durumu değerlendirildiğinde; ilkokul mezunu ve altı babaların %28,6'sının, ortaokul-lise mezunu babaların %30,1'inin, yüksekokul-üniversite mezunu ve üstü babaların ise %30,4'ünün çocukları ev kazası geçirmiştir ($p=0,976$).

Çalışma durumuna göre çocukların ev kazası geçirme durumu değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan çalışan annelerin %30,7'sinin, çalışmayan annelerin %29,7'sinin çocukları ev kazası geçirmiştir ($p=0,813$). Çalışan babaların %31,3'ünün, çalışmayan babaların ise %26,9'unun çocukları ev kazası geçirmiştir ($p=0,985$).

Medeni durumuna göre çocukların ev kazası geçirme durumu değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan evli annelerin %31,4'ünün, bekar annelerin ise %24'ünün çocukları ev kazası geçirmiştir ($p=0,374$).

Tablo 13. Çalışmaya Katılanların Gelir Durumu ve Aile İçi Yaşamlarına Göre 0-6 Yaş Grubu Çocuklarının Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2020

		Ev Kazası Geçirme Durumu				p
		Evet		Hayır		
		Sayı	%*	Sayı	%*	
Aylık Gelir Durumu						
	Geliri Giderinin Altında	32	35,6	58	64,4	0,316 ¹
	Geliri Giderine Eşit	69	27,4	183	72,6	
	Geliri Giderinin Üzerinde	47	31,5	102	68,5	
Çocuk Sayısı						
	1 Çocuk	58	23,9	185	76,1	<0,001 ¹
	2-3 Çocuk	77	33,9	150	66,1	
	4 Çocuk ve Üzeri	13	61,9	8	38,1	
Oturduğu Ev Tipi						
	Apartman	123	28,3	311	71,7	0,016 ¹
	Müstakil-Bahçeli Ev	25	43,9	32	56,1	
Çocukların Kendilerine Ait Odalarının Olma Durumu						
	Var	106	27,1	285	72,9	0,004 ¹
	Yok	42	42,0	58	58,0	
Evde Büyükanne/Dedenin Yaşama Durumu						
	Evet	28	34,6	53	65,4	0,342 ¹
	Hayır	120	29,3	290	70,7	
Evde Yaşayan Toplam Kişi Sayısı						
	3 Kişi ve Daha Az	51	23,7	164	76,3	0,001 ¹
	4 Kişi	50	29,2	121	70,8	
	5 Kişi ve Üzeri	47	44,8	58	55,2	
Ailede Ev Kazası Öyküsü Olma Durumu						
	Var	26	42,6	35	57,4	0,023 ¹
	Yok	122	28,4	308	71,6	
*: Satır Yüzdesi						
1*: Ki Kare Testi						

Tablo 12’de çalışmaya katılanların aylık gelir durumu ve aile içi yaşamlarına göre 0-6 yaş çocukların ev kazası geçirme durumlarının dağılımı sunulmuştur. Geliri giderinin altında olanların %35,6’sının, geliri giderine eşit olanların %27,4’ünün, geliri giderinin üzerinde olanların %31,5’inin çocukları ev kazası geçirmiştir. Buna göre aylık gelir durumu ile çocukların ev kazası geçirme durumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,316).

Evde yaşayan toplam kişi sayısına göre çocukların ev kazası geçirme durumu incelendiğinde; evde 3 ve daha az kişi yaşayanların %23,7'si, 4 kişi yaşayanların %29,2'si, 5 ve daha fazla kişi yaşayanların ise %44,8'i ev kazası geçirmiştir (p=0,001).

Ailesinde daha önce ev kazası geçirme öyküsü bulunan çocukların %42,6'sı ev kazası geçirirken, ev kazası geçirme öyküsü bulunmayan çocukların %28,4'ü ev kazası geçirmiştir (p=0,023).

Tablo 14. Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Eğitim Almış Olma/Eğitim Almak İsteme, SOY Durumu ve Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanına Göre 0-6 Yaş Grubu Çocukların Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2020

		Ev Kazası Geçirme Durumu				p
		Evet		Hayır		
		Sayı	%*	Sayı	%*	
Ev Kazalarına Yönelik Eğitim Alma Durumu						
	Evet	3	11,5	23	88,5	0,057 ¹
	Hayır	145	31,2	320	68,8	
Ev Kazalarıyla İlgili Eğitim Almak İsteme Durumu						
	Evet	81	37,5	135	62,5	0,002 ¹
	Hayır	67	24,4	208	75,6	
Sağlık Okur Yazarlığı Durumu						
	0-33 Puan (Yetersiz, Sınırlı)	108	35,0	201	65,0	0,002 ¹
	34-50 Puan(Yeterli, Mükemmel)	40	22,0	142	78,0	
Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemleri Ölçek Puanı						
	Ortalama ± ss	159,63 ±20,40		167,09 ±19,0		<0,001 ²
	Ortanca (min-max)	157,0 (113-200)		169,0 (95-200)		
*: Satır Yüzdesi						
¹ : Ki Kare Testi						
² : Mann Whithney U testi						

Tablo 13'te annelerin ev kazaları ile ilgili eğitim almış olma/eğitim almak isteme, SOY durumu ve ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama

ölçek puanına göre 0-6 yaş çocukların ev kazası geçirme durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Ev kazalarına yönelik eğitim alma durumuna göre çocukların ev kazası geçirme durumu incelendiğinde; eğitim alanların %11,5'inin çocukları ev kazası geçirirken, eğitim almayanların %31,2'sinin çocukları ev kazası geçirmiştir ($p=0,057$). Ev kazalarıyla ilgili eğitim almak isteyenlerin %37,5'inin çocukları ev kazası geçirirken, eğitim almak istemeyenlerin %24,4'ünün çocukları ev kazası geçirmiştir ($p=0,002$).

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı durumuna göre ev kazası geçirme durumuna bakıldığında, sağlık okuryazarlığı yetersiz/sınırlı olanların %35'inin çocukları ev kazası geçirirken, yeterli/mükemmel olanların %22'sinin çocukları ev kazası geçirmiştir.

Çocukların ev kazası geçirme durumlarına göre annelerin güvenlik önlemleri ölçek puanları karşılaştırıldığında; ev kazası geçiren çocukların annelerinin ölçek puan ortancası 157 (113-200), ev kazası geçirmeyen çocukların annelerinin ise ölçek puan ortancası 169 (95-200)'dur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Tablo 15. 0-6 Yaş Grubu Çocukların Bazı Özelliklerine Göre Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2020

		Ev Kazası Geçirme Durumu				p
		Evet		Hayır		
		Sayı	%*	Sayı	%*	
Çocuk Yaş Grup						0,009 ¹
	0-2 Yaş	34	21,3	126	78,8	
	3-4 Yaş	50	32,5	104	67,5	
	5-6 Yaş	64	36,2	113	63,8	
Çocuğun Cinsiyeti						0,855 ¹
	Kız	79	30,5	180	69,5	
	Erkek	69	29,7	163	70,3	
Çocuğa Gündüz Bakım Veren Kişi						0,019 ¹
	Anne	72	25,9	206	74,1	
	Anne Dışı Bakıcı	76	35,7	137	64,3	
Çocuğun Bakıldığı Ortam						<0,001 ¹
	Kendi Evinde	98	25,3	289	74,7	
	Kendi Evi Dışında	50	48,1	54	51,9	
*: Satır Yüzdesi						
¹ : Ki Kare Testi						

Tablo 14’te 0-6 yaş grubu çocukların bazı özelliklerine göre ev kazası geçirme durumlarının dağılımı sunulmuştur. 0-2 yaş aralığında olan çocukların %21,3’ü, 3-4 yaş aralığında olan çocukların %32,5’i ve 5-6 yaş aralığında olan çocukların %36,2’si ev kazası geçirmiştir (p=0,009). Kız çocuklarının %30,5’i ev kazası geçirirken, erkek çocuklarının %29,7’si ev kazası geçirmiştir (p=0,855). Kendi evinde bakılan çocukların %25,3’ü, kendi evi dışında bir yerde bakılan çocukların ise %48,1’i ev kazası geçirmiştir (p<0,001). Gündüz bakımı ile annesi ilgilenen çocukların %25,9’u, annesi dışında bakıcısı olan çocukların %35,7’si ev kazası geçirmiştir (p=0,001).

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Annelerin Bazı Sosyoekonomik ve Eğitim Durumlarına Göre Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2020

		Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Ortanca (min-max)	p
Anne Eğitim Durumu			
	İlkokul Mezunu ve Altı	155,5 (95-197)	0,001 ¹
	Ortaokul-Lise Mezunu	166,0 (100-196)	
	Yükseköğretim Mezunu	170,0 (113-200)	
Anne Yaşı			
	30 Yaş ve Altı	167,0 (100-200)	0,826 ²
	30 Yaş Üzeri	167,0 (95,0-200)	
Annenin Çalışma Durumu			
	Çalışıyor	168,0 (113-200)	0,195 ²
	Çalışmıyor	165,0 (95-198)	
Medeni Durum			
	Evli	167,0 (95-200)	0,961 ²
	Bekar	160,0 (138-196)	
Aylık Gelir Durumu			
	Gelirim Giderinin Altında	164,5 (95-198)	0,075 ¹
	Gelirim Giderine Eşit	165,5 (102-200)	
	Gelirim Giderinin Üzerinde	169,0 (100-200)	
¹ : Kruskal Wallis Testi			
² : Mann Whithney U Testi			

Tablo 15’te araştırmaya katılan annelerin bazı sosyoekonomik ve eğitim durumlarına göre ev kazalarına yönelik aldıkları güvenlik önlemlerini tanılama ölçek puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Annelerin öğrenim durumu ile güvenlik önlemleri tanılama ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$). Yapılan Bonferoni düzeltmeli Mann Withney U testi sonucunda; ilkokul mezunu ve altı ile yükseköğretim mezunu anneler arasında ($p=0,001$) ve ortaokul-lise mezunu ve yükseköğretim mezunu anneler arasında ($p=0,014$) anlamlı fark vardır.

Annelerin çalışma durumu ve yaş grupları ile güvenlik önlemleri tanılama ölçek puanı arasında ($p=0,195$), ($p=0,826$), medeni durum ile güvenlik önlemleri

tanılama ölçek puanı arasında ($p=0,961$), aylık gelir durumu ile güvenlik önlemleri tanılama ölçek puanı arasında ($p=0,075$) istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 17. Araştırmaya Katılanların Oturduğu Ev Özellikleri ve Evde Yaşayan Kişilere Göre Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

		Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Ortanca (min-max)	p
Oturduğu Ev Tipi			
	Apartman	167,5 (95-200)	0,475 ¹
	Müstakil-Bahçeli Ev	162,0 (135-198)	
Çocukların Kendilerine Ait Odalarının Olma Durumu			
	Var	168,0 (95-200)	0,030 ¹
	Yok	161,5 (116-200)	
Evde Büyükanne/dede İle Birlikte Yaşama Durumu			
	Evet	162,0 (116-197)	0,058 ¹
	Hayır	168,0 (95-200)	
Çocuk Sayısı			
	1 Çocuk	168,0 (100-200)	0,004 ²
	2-3 Çocuk	168,0 (95-196)	
	4 Çocuk ve Üzeri	153,0 (116-192)	
Evde Yaşayan Toplam Kişi Sayısı			
	3 Kişi ve Daha Az	168,0 (100-200)	0,036 ²
	4 Kişi	168,0 (102-196)	
	5 Kişi ve Üzeri	159,0 (95-197)	
Ailede Ev kazası Öyküsü Olma Durumu			
	Var	165,0 (118-197)	0,220 ¹
	Yok	167,5 (95-200)	

¹: Mann Whithney U Testi
²:Kruskal Wallis Testi

¹: Mann Whithney U Testi

²:Kruskal Wallis Testi

Tablo 16’da araştırmaya katılanların oturduğu ev özellikleri ve evde yaşayan kişilere göre annelerin ev kazalarına yönelik aldıkları güvenlik önlemlerini tanılama ölçek puanlarının karşılaştırması sunulmuştur.

Oturdukları ev tipi ile ($p=0,475$), büyükanne/dede ile birlikte yaşama durumu ile ($p=0,058$) ve ailede ev kazası öyküsü olma durumu ile ($p=0,220$) güvenlik önlemleri tanılama ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Çocukların kendilerine ait odasının olma durumu ile güvenlik önlemleri tanılama ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,030$).

Ailenin sahip olduğu  ocuk sayısı ile güvenlik önlemleri tanılama ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,004$). Bonferoni düzeltmeli Mann Withney U testi sonucunda; 1  ocuk sahibi olan anneler ile 4 ve üzeri  ocuk sahibi annelerin güvenlik önlemlerini tanılama  l eği puanları açısından anlamlı fark vardır ($p=0,011$).

Evde yaşayan toplam kişi sayısı ile güvenlik önlemleri tanılama ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,036$). Bonferoni düzeltmeli Mann Withney U testi sonucunda; evde 3 ve daha az kişi yaşayan anneler ile 5 ve üzeri kişi yaşayan annelerin güvenlik önlemlerini tanılama  l eği puanları açısından anlamlı fark vardır ($p=0,016$). Ortanca ve min. max. değerler tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 18. Çalışmaya Dahil Edilen Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Tutum ve Davranışları ve SOY Durumlarına Göre Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması, Ankara, 2020

	Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Ortanca (min-max)		
Ev Kazalarına Yönelik Eğitim Alma Durumu			
	Evet	173,0 (152-195)	0,008 ¹
	Hayır	167,0 (95-200)	
Ev Kazalarıyla İlgili Eğitim Almak İsteme Durumu			
	Evet	167,0 (102-200)	0,542 ¹
	Hayır	168,0 (95-200)	
Sağlık Okur Yazarlığı Durumu			
	0-33 Puan (Yetersiz, Sınırlı)	158,0 (95-200)	<0,001 ¹
	34-50 Puan(Yeterli, Mükemmel)	176,0 (134-200)	

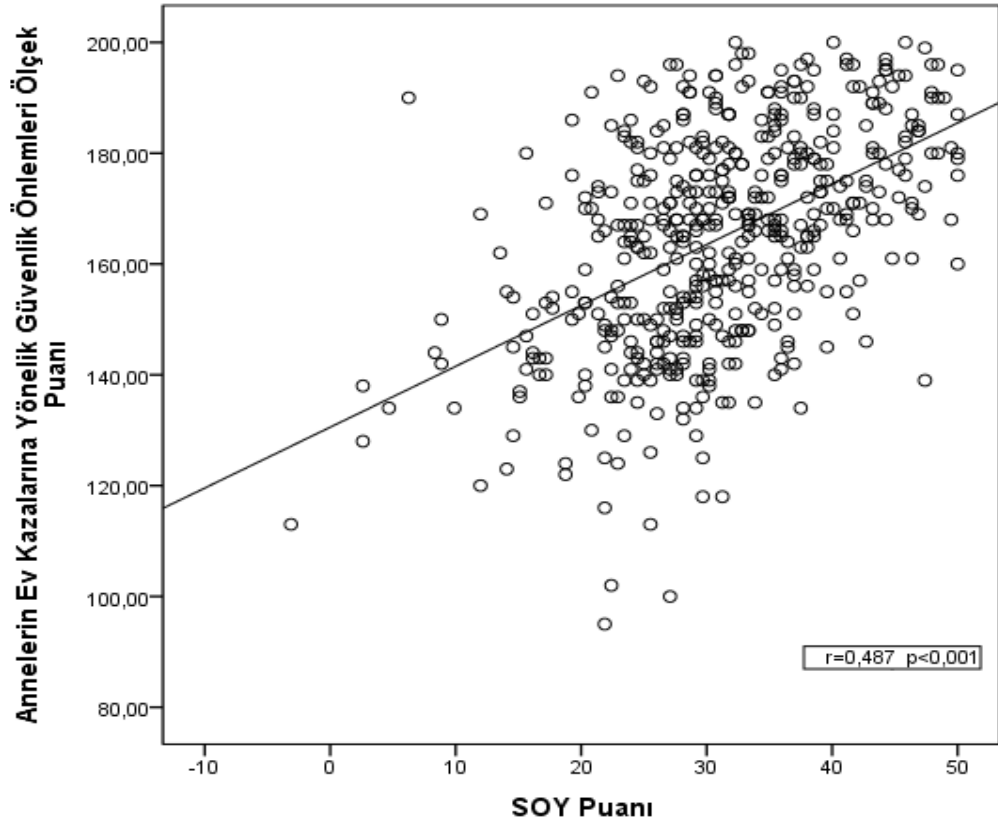
¹: Mann Whithney U testi

¹: Mann Whithney U testi

Tablo 17’de çalışmaya dahil edilen annelerin ev kazalarına yönelik tutum ve davranışları ve SOY durumlarına göre ev kazalarına yönelik aldıkları güvenlik önlemlerini tanılama ölçek puanlarının karşılaştırması sunulmuştur.

Annelerin ev kazalarına yönelik eğitim alma durumu ($p=0,008$) ve sağlık okuryazarlığı durumu ile ($p<0,001$) güvenlik önlemleri tanılama ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Ev kazalarıyla ilgili eğitim almak isteme durumu ile güvenlik önlemleri tanılama ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,542$). Ortanca ve min. max. değerler tablo 17’de sunulmuştur.



Şekil 2. SOY Puanı İle Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Annelerin SOY puanları ile ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçek puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r:0,487$; $p<0,001$).

Tablo 19. 0-6 Yaş Grubu Çocukların Bazı Özelliklerine Göre Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Aldıkları Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması, Ankara, 2020

		Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği Ortanca (min-max)	p
Çocuk Yaş Grup			
	0-2 Yaş	172,0 (122-200)	0,002 ¹
	3-4 Yaş	167,0 (95-200)	
	5-6 Yaş	163,0 (102-199)	
Çocuğun Cinsiyeti			
	Kız	167,0 (123-200)	0,264 ²
	Erkek	166,5 (95-197)	
¹ : Kruskal Wallis Testi			
² : Mann Whithney U testi			

Tablo 18’de 0-6 yaş grubu çocukların bazı özelliklerine göre annelerin ev kazalarına yönelik aldıkları güvenlik önlemlerini tanılama ölçek puanlarının karşılaştırması sunulmuştur.

Çocukların yaş grupları ile annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri tanılama ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,002$). Bonferoni düzeltmeli Mann Withney U testi sonucunda; (0-2) yaş aralığındaki çocuk sahibi olan anneler ile (5-6) yaş aralığındaki çocuk sahibi annelerin güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği puanları arasında anlamlı fark vardır ($p=0,001$).

Çocuğun cinsiyetiyle annelerin güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,264$).

Tablo 20. 0-6 Yaş Grubu Çocukların Ev Kazası Geçirmeleri Üzerine Etkili Faktörlerin Multivariate Lojistik Regresyon Modelleri ile Değerlendirilmesi

		Multivariate Logistik Regresyon Modeli-I		Multivariate Logistik Regresyon Modeli-II		Multivariate Logistik Regresyon Modeli-III	
		OR (%95 GA)	p-value	OR (%95 GA)	p-value	OR (%95 GA)	p-value
Oturduğu Ev Tipi							
	Apartman	ref	-	ref	-	ref	-
	Müstakil-Bahçeli	2,33 (1,27-4,27)	0,006	1,98 (1,09-3,62)	0,025	2,32 (1,26-4,28)	0,007
Çocukların Kendilerine Ait Odalarının Olma Durumu							
	Var	ref	-	ref	-	Ref	-
	Yok	1,81 (1,10-3,00)	0,022	1,88 (1,14-3,09)	0,014	1,81 (1,08-3,02)	0,023
Evde Yaşayan Toplam Kişi Sayısı							
	3 Kişi ve Daha Az	ref	-	ref	-	ref	-
	4 Kişi	1,31 (0,79-2,15)	0,301	1,17 (0,72-1,91)	0,525	1,31 (0,79-2,15)	0,302
	5 Kişi ve Üzeri	2,10 (1,21-3,66)	0,009	1,91 (1,11-3,28)	0,018	2,10 (1,21-3,66)	0,009
Ailede Ev kazası Öyküsü Olma Durumu							
	Var	1,70 (0,93-3,08)	0,083	1,52 (0,85-2,71)	0,161	1,70 (0,93-3,09)	0,084
	Yok	ref	-	ref	-	ref	-
Sağlık Okur Yazarlığı Durumu							
	Yetersiz- Sınırlı	1,83 (1,16-2,89)	0,009	1,81 (1,16-2,84)	0,009	1,83 (1,16-2,89)	0,009
	Yeterli- Mükemmel	ref	-	ref	-	ref	-
Çocuk Yaş Grup							
	0-2 Yaş	ref	-	ref	-	ref	-
	3-4 Yaş	1,33 (0,77-2,30)	0,310	1,58 (0,93-2,70)	0,092	1,33 (0,77-2,30)	0,310
	5-6 Yaş	1,46 (0,84-2,54)	0,173	1,86 (1,09-3,16)	0,022	1,47 (0,84-2,54)	0,174
Çocuğun Bakıldığı Ortam							
	Kendi Evi	ref	-	-	-	ref	-
	Kendi Evi Dışı	3,23 (1,97-5,29)	<0,001	-	-	3,21 (1,72-5,99)	<0,001
Çocuğun Gündüz Bakımı İle İlgilenen Kişi							
	Anne	-	-	ref	-	ref	-
	Anne Dışı Bakıcı	-	-	1,81 (1,19-2,76)	0,005	1,01 (0,58-1,73)	0,971

OR: Odds ratio ile gösterilen tahmini rölatif risk

Univariate analizler sonucunda çocukların kaza geçirme durumu ile ilişkili olabilecek değişkenler multivariate lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Buna göre kurulan 3 farklı modelde ortak olarak; müstakil-bahçeli evde oturmak (model-I OR:2,33, model-II OR:1,98, model-III OR:2,32), çocukların kendilerine ait bir odalarının olmaması (model-I OR:1,81, model-II OR:1,88, model-III OR:1,81), evde yaşayan kişi sayısının 5 ve daha fazla olması (model-I OR:2,10, model-II OR:1,91, model-III OR:2,10), annelerin yetersiz-sınırlı SOY düzeylerine sahip olma durumu (model-I OR:1,83, model-II OR:1,81, model-III OR:1,83) çocukların ev kazası geçirmesi üzerine etkili faktörler olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada 3 farklı model kurulmasının nedeni, çocuğun gündüz bakımı ile ilgilenen kişi ve çocuğun bakıldığı ortamın ev kazası geçirme durumu ile nedenselliğini daha detaylı göstermektir. Diğer değişkenlerin sabit kalarak sadece çocuğun gündüz bakımı ile ilgilenen kişiyi incelediğimiz model-II’de anne dışında bakım veren kişilerde çocuğun ev kazası geçirme durumunun 1,8 kat fazla olduğu gözlenmiştir. Diğer değişkenlerin sabit kalarak sadece çocuğun bakıldığı ortamı incelediğimiz model-I’de ise kendi evi dışında bakılan çocuklarda ev kazası geçirme durumunun 3,2 kat fazla olduğu gözlenmiştir. Her iki değişkeni de birlikte incelediğimiz model III’te ise gündüz bakımı ile ilgilenen kişi değişkeninin karıştırıcı (confounding) faktör olduğu gözlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ev kazalarına yönelik aldıkları güvenlik önlemlerinin ilişkisinin incelenmesi amacıyla 491 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması $31,31 \pm 6,02$, yaş ortancası 30(19-50)'dur. Ülkemizde yürütülen çocuklardaki ev kazaları ile ilgili bazı çalışmalarda da annelerin yaş ortalaması benzerdir (6). Çalışmaya dahil edilen annelerin neredeyse %80'inin lise ve üzerinde bir okul mezunu olduğu ve yaklaşık yarısının da çalıştığı dikkat çekmiştir. Bu da çalışmanın yapıldığı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Yenimahalle ve Çankaya ilçelerinin sınırında konumlanmasından ve bu ilçelerin de eğitim düzeyi ortalamasının yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin diğer tanımlayıcı bilgilerini özetlemek gerekirse katılımcıların %95,7'si evli, yaklaşık yarısının aylık geliri giderine eşit ve %14,3'ünün kronik bir hastalığı mevcuttur. Annelerin yaklaşık yarısı tek çocuk sahibi ve hanede 3 kişi yaşamaktadırlar.

Çalışmaya katılan çocukların %30,1'i herhangi bir ev kazası geçirmiştir. Başka bir çalışmada 0-6 yaş grubundaki çocuklarının %52,4'ünün son bir yılda en az bir kez ev kazası geçirdiği belirlenmiştir (6). 6 ay-6 yaş grubu arasında çocuklarda yapılan başka bir çalışmada ise çocukların %47,2'sinin şimdiye kadar en az bir kez ev kazası geçirdiği saptanmıştır (122). Bu farklılıklar çalışmaların

yapıldığı yerlerin farklı sosyal, kültürel ve ekonomik özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda kız ve erkek çocuklarının kaza geçirme sıklıkları benzer bulunmuştur. Cinsiyetin pek çok kaynaktan ev kazasını etkileyen bir faktör olduğu bilinmektedir. Bir çalışmada ev kazaları en fazla %52,4 oranıyla kız çocuklarında fazla bulunmuştur (123). Gündüz'ün çalışmasında erkek çocuklarının ev kazalarına kızlara göre daha sık maruz kaldıkları bulunmuştur (124). Köse ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kız çocuklarında (%52,5) kaza sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (125). Başka bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde cinsiyet grupları arasında çocukların kaza geçirme oranları farklı bulunmamıştır (126). Pek çok çalışmada erkek çocuklarının daha hareketli bir yapıya sahip olmaları ve yaralanmalara daha sık maruz kalabilecekleri oyun ve oyuncak seçimlerinden dolayı kız çocuklarına göre ev kazası geçirme oranları daha yüksek bulunsada, bu durumu yaşanan çevre, aile yapısı, kültür farklılığı gibi faktörlerin de etkilemesinden dolayı çalışmalar arasındaki bu fark beklenen bir durum olmuştur. Çalışmamızda ayrıca annelerin ev kazalarına yönelik aldıkları güvenlik önlemlerini tanımlama ölçek puanları kız ve erkek çocuklarında benzer saptanmıştır. Çocukların cinsiyeti, annelerin önlem alma durumlarını değiştirmemektedir.

Çocukların yaşı, ev kazası geçirme durumunda ve geçirilen ev kazasının türünde önemli bir etkidir. Karatepe'nin yaptığı çalışmada 2-3 yaş arası çocuklar diğer yaş gruplarına göre daha fazla ev kazası geçirmiştir (127). İnce ve arkadaşlarının çalışmasında bir yaş altında ciddi kaza öyküsü veren olgu kaydedilmemiş ve ciddi kaza geçirme riskinin yaş ile birlikte arttığı saptanmıştır

(128) Bizim çalışmamızda da yaşı daha büyük olan 5-6 yaş aralığındaki çocukların özellikle 0-2 yaş aralığındakilere göre daha fazla kaza geçirdikleri dikkat çekmiştir. Atak ve arkadaşlarının çalışmasında en sık kaza 4-5 yaş arasında bulunmuşken, bir yaş altında kaza sıklığı oldukça az olarak tespit edilmiştir (129). Daha küçük yaşlardaki çocukların yoğun ilgi altında bakım görmeleri, her an göz önünde bulundurulmaya çalışılmaları kaza geçirme durumunu azaltmış olabilir. Ayrıca 5-6 yaş grubundaki çocukların daha hareketli oyunlar oynamaları ve öğrenmeye, keşfetmeye daha meraklı olmaları da kazaya daha açık olmalarına sebep olmuş olabilir. Aynı zamanda 0-2 yaş aralığında çocuk sahibi olan anneler 5-6 yaş aralığında çocuk sahibi annelere göre ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır. Çocuk büyüdükçe anne babanın artan deneyimi ve çocuğun gelişimsel özellikleri annenin güvenlik önlemlerini zayıflatmasına neden olabilir. Ayrıca anneler 0-2 yaş aralığındaki çocukların yürümeyi öğrenme döneminde düşme ihtimallerine karşı, bebeklerin henüz çiğneme kaslarının tam gelişmediği ve yemek yemeyi henüz öğrenemediği dönemde de yine aspirasyon riskine karşı daha fazla önlem alıyor olabilirler. Benzer şekilde bir çalışmada çocuk büyüdükçe kazalara karşı daha az güvenlik önleminin alındığı bildirilmiştir (130). Çalışmada annelerin 0-2 yaş aralığındaki çocuklarında daha fazla önlem alması, bu yaş aralığındaki çocukların daha az ev kazası geçirmesini de açıklamaktadır.

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda çocuklardaki en sık ev kazası türü düşme olarak saptanmıştır. Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak çocukların en sık yaşadığı ev kazası türü düşme olmuştur (%58,1). Düşmeyi 2. sırada olan yanma olayı takip etmiştir. Bu bulgu da birçok literatürle uyumludur.

(127, 131, 132). Çocukların yürümeyi öğrenme döneminde dengelerini kolay kuramamaları, reflekslerinin tam gelişmemiş olması, devamlı oyun oynamak istemeleri, psikomotor gelişimlerini henüz tamamlamamış olmaları düşmelere yol açabilecek nedenler arasında sayılabilir. Ayrıca bazı ailelerin de bebeklerde yürümeye yardımcı araç olarak yürüteç, hoppala gibi aletleri kullanmaları da sebepler arasında gösterilebilir. Özmen ve arkadaşlarının 0-6 yaş grubu çocuklardaki çalışmasında da %48,3 oranıyla düşme ilk sırada olup, ikinci sırada yanma yer almaktadır (97). Usubütün ve ark.'nın 2005'te 0-5 yaş arası çocuklarla yaptığı çalışmada yine en sık ev kazası türü düşme olarak belirlenmiştir (133). Yanmalar özellikle bebeklik döneminde bebeklerin hareketli olması ve sıcak yiyecek ya da sıvılara uzanmaları sonucunda meydana gelebilir. Kurt ve Aytekin'in çalışmasında da 0-6 yaş çocuklardaki en sık meydana gelen ev kazası türü düşme, ikinci sıklıkta da yanma olarak saptanmış ve ev kazalarının en fazla sıklıkta oturma odası/salonda meydana geldiği tanımlanmıştır. Turan ve Ceylan'ın yaptıkları bir çalışmada, çocukların en fazla oturma odasında ve öğleden sonraları kaza geçirdikleri saptanmıştır (134). Kim ve ark. çocuklarda en sık ev kazasının banyoda meydana geldiğini vurgularken, Phelan ve ark. kazaların sıklıkla mutfakta gerçekleştiğini bildirmişlerdir (135, 136). Farklı çalışmalarda farklı örneklem gruplarına bağlı olarak kazanın meydana geldiği yer farklılık gösterse de çoğunlukla 0-6 yaş grubu çocukların kaza yeri oturma odası/salon olarak belirtilmiştir (132, 134). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak en sık kaza yeri oturma odası/salon ve mutfak olarak saptanmıştır. Bu durum, salon/oturma odasının tüm aile üyeleri için en fazla zaman geçirilen alan olması ve buradaki masa, sandalye, TV ünitesi, koltuk gibi eşyaların çocukların üzerine çıkıp

düşebileceği tehlikeli durumlar oluşturabilmesinden kaynaklanabilir. Annelerin zamanlarının büyük bir kısmında mutfakta bulunmaları ve bu sırada da çocukların da genelde anneleri ile aynı yerde bulunmak istemeleri, annelerin bir işle uğraşmalarından dolayı çocukları kontrol edememeleri mutfaktaki kazaların sebepleri arasında sayılabilir.

Çalışmamızda ev kazası geçiren çocukların kaza esnasında yanlarında %60,5'inin annelerinin, %7,5'inin ise babaların oldukları tespit edilmiştir. Bu durum kazanın çalışmamızda %66,2 oranında sabah ve öğle saatlerinde meydana gelmesi ve çocukların gündüz bakımı ile büyük oranda annelerinin ilgilenmesi ile açıklanabilir. Kurt ve Aytekin'in çalışmasında da annelerinin yaklaşık %90'ının kaza meydana geldiğinde evde oldukları belirlenmiştir (6). Çalışmada çocuğun ev kazası geçirme durumu, gündüz bakımı ile ilgilenen kişiye ve bakıldığı ortama göre anlamlı farklı bulunmuştur. Buna göre çocuklar kendi evleri dışında bakıldıklarında kaza sıklıkları artmaktadır. Bu durum çocuğun alıştığı düzenden farklı bir ortama hemen adapte olamaması ya da bakılan ortamın çocuğa göre dizayn edilmemesinden kaynaklanabilir. Çalışmada annelerin bakım verdiği çocukların daha az kaza geçirdiği saptanmıştır. Karatepe'nin çalışmasında, bakım veren ile ev kazası yaşama durumu arasında bir ilişki bulunmamıştır (137). Bir başka çalışmada bizim çalışmamızın sonucu ile uyumlu olarak, bakıcıları annesi olmayan çocuklarda ev kazası sonucu yaralanma riskinin, annelerinin bakımını üstlenen çocuklara göre 2,1 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (138). Bu durum bize annelerin çocuklarını sürekli takip ettiğini ve ev ortamında güvenlik önlemlerini diğer kişilere göre daha iyi aldıklarını gösterebilir.

Çalışmamızda kazanın sebebi olarak ilk sırada çocuğun dikkatsiz davranması ve ikinci sırada da bakım veren kişinin ihmali belirtilmiştir. Kurt ve Aytekin'in çalışmasında da annelerin yarısından fazlası kazanın nedenini ihmal ve dikkatsizlik olarak nitelendirmiş olsa da bizim çalışmamızda anneler kaza sebebi olarak çocuğun dikkatsizliğini vurgulamıştır. Benzer şekilde başka bir çalışma da ev kazasının sebebi olarak annelerin neredeyse yaklaşık yarısı çocuğun dikkatsizliğini öne sürmüştür (139). Her 3 anneden birinin ev kazalarıyla ilgili kendi dikkatsizliği ve ihmalinin sonucunu çocuğu suçlar bir şekilde çocuğun dikkatsizliği olarak belirtmesi endişe vericidir. Aslında çevre koşullarını çocuğun yaşam alanına uygun bir hale getirerek kazaların önlenmesi ebeveynlerin sorumluluğundadır.

Annelerin sadece yarısı çocukları ev kazası geçirdikten sonra önlem aldığını belirtmiştir. Kazaların yaklaşık yarısı sağlık kuruluşuna başvuru gerektirmiştir. Bu da yaşanan kazaların çok da basit kazalar olmadığını göstermektedir. Kurt ve Aytekin'in çalışmasında da bu bulguyu destekleyici olarak kazaların yaklaşık yarısında sağlık kuruluşu başvurusu gerekmiştir (6). Her beş kazadan biri girişimsel müdahale gerektirmiştir. Dört çocuktan birinin tekrarlayan kazaları mevcuttur. Bu da evin içinde alınabilecek basit önlemlerin yeteri kadar önemsenmediğini göstermektedir. Yaşamlarının büyük bir kısmını ev ortamında geçiren 0-6 yaş grubu çocuklarda kazalara yönelik güvenlik önlemlerinin alınması hayati önem taşımaktadır. Bu güvenlik önlemleri alınmadığı takdirde gelişimsel olarak kendilerini kazalara karşı koruyacak olgunluğa sahip olmayan bu yaş grubu çocukların birden fazla sayıda ev kazası yaşaması kaçınılmaz bir sonuçtur (140).

Anne yaşı ile çocuğun ev kazası geçirme durumu arasında bir ilişki olabileceği bildirilmektedir. Aktürk ve Erci yaptıkları çalışmada anne yaşı azaldıkça ev kazası geçirme sıklığının arttığını saptamışlardır (131). Balibey ve ark.'nın çalışmasında ise anne-baba yaşı arttıkça ev kazası geçirme riskinin arttığı gösterilmiştir (141) Karatepe'nin çalışmasında ise anne-baba yaşının ev kazaları üzerinde etkisi olmadığı ifade edilmiştir (127). Benzer şekilde bir tez çalışmasında da , anne yaşının ev kazasıyla ilişkisiz olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da Karatepe'nin çalışması ve tez çalışmasında olduğu gibi ev kazası sıklığının ve ev kazalarına karşı güvenlik önlemi kullanımının anne yaşı ile ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Bu durum da bize anne yaşının ev kazası sıklığını belirlemede tek başına bir faktör olmadığını düşündürmüştür. Üçüncü'nün çalışmasında da benzer şekilde anne yaşı, ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri ölçek puanı için belirleyici olarak bulunmamıştır. Tüm sosyoekonomik özellikleri değerlendiren daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda anne-baba eğitim durumu ile çocukların kaza geçirme durumları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Kılıç ve ark.'nın çalışmasında da benzer bulguya rastlanmıştır (11). Karatepe'nin çalışmasında da anne-baba eğitim durumu ile çocukların kaza geçirme durumu arasında bir ilişki bulunmamıştır (127). Bu durum; eğitim kurumlarının tek başına ev kazasıyla ilgili farkındalık yaratmak konusunda yetersiz olduğunu düşündürebilir. Annenin çalışma durumu da benzer şekilde Karatepe'nin çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi kaza geçirme durumunu etkilememektedir.

Çocukların yaralanmalarında ailenin sosyoekonomik durumu belirleyici bir faktördür. Araştırmalar, sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde çocukların

daha sık ev kazası yaşadığını göstermiştir (142). Kötü sosyoekonomik koşullara sahip ailelerin, barınma ve yaşam koşullarının da çoğunlukla kötü olması nedeniyle tehlikelere daha fazla maruz kalabileceği öne sürülebilir. Ancak bu çalışmada ekonomik durum ile çocukların ev kazası geçirme durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Üçüncü ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer bir sonuç bulunmuştur (143). Erdem ve arkadaşlarının Düzce’de yaptığı bir çalışmada da ailenin gelir gider oranı ile ev kazası geçirme durumu arasında bir ilişki bulunmamıştır (144). Aynı zamanda çalışmamızda gelir durumuna göre annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri tanılama ölçek puan dağılımları da benzer bulunmuştur. Sosyodemografik değişkenlerin çocukluk kazalarının dağılımı üzerindeki etkisini gösteren oldukça sağlam bir dizi araştırma bulgusu mevcuttur. Açık olan şey, genellikle yaralanma olaylarını etkileyen faktörlerin bir kombinasyonu olduğu ve farklı faktörlerin farklı yaralanma türlerinin oluşumuna katkıda bulunabileceğidir.

Erdem ve arkadaşlarının çalışmasında tek çocuğu olan anneler ile birden fazla çocuğa sahip annelerin kaza geçirme sıklıkları sırasıyla %32,5 ve %67,5 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise tek çocuğa sahip ailelerde çocuklardaki kaza sıklığı %23,9 iken 4 çocuk ve üzerinde %61,9 olarak saptanmıştır. Çalışmada evde yaşayan toplam kişi sayısı fazla olduğunda da kaza durumu artmıştır. Yalaki ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yine geniş ailelerde kaza geçirme oranında artış olduğu saptanmıştır (145). Bu durumu ailenin sahip olduğu çocuk sayısı ve aynı evde yaşayan kişi sayısı arttıkça çocuklara bakan kişinin dikkatinin dağılması ve stresinin artmasıyla açıklayabiliriz. Aynı zamanda ebeveynlerin her çocukla eşit zaman geçirememesi, kardeşleri ile oyun oynayan

çocuklar gibi faktörler, kardeşli çocuklarda ev kazalarının daha yüksek oranda görülmesine neden olabilir. Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde 0-2 yaş grubu bebeklerdeki ev kazası üzerine yapılan bir uzmanlık tezinde, evde yaşayan kişi sayısı fazla olan geniş ailelerde düşme oranı, çekirdek ailelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuş ve çekirdek ailede yaşayan annelerin ev kazalarını daha çok bildiği görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak çekirdek ailede yaşayan çocuklarda ev kazası sıklığı daha az görülmüştür (125). Çalışmada ayrıca tek çocuk sahibi annelerin ölçek puanlarının 4 ve üzeri çocuk sahibi olan annelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum tek çocuk sahibi annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik daha fazla güvenlik önlemi aldığını göstermektedir. Benzer durum evde yaşayan kişi sayısı ile de mevcuttur. Hanede yaşayan toplam kişi sayısı 5 ve üzeri olduğunda ölçek puanı anlamlı şekilde düşmektedir.

Hanede büyükanne/dedenin yaşaması da benzer şekilde yorumlanabilir. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı saptanmasa da evde büyükanne/dede ile yaşayan çocukların annelerinin ölçek puanları daha düşük bulunmuştur.

Ev kazalarını etkileyen önemli faktörlerden biri de evin fiziki şartlarıdır. Çalışmada kendilerine ait odası bulunan çocuklarda ev kazası sıklığı %27,1 iken, kendi odası olmayan çocuklarda %42 olarak tespit edilmiştir. Benzer bir çalışmada da daha önce ev kazası geçirmiş çocukların, evde ayrı çocuk odası olması oranı düşük bulunmuştur (126). Bursa ve İstanbul'da yapılan çalışmalarda evde ayrı çocuk odası bulunmasıyla çocuğun ev kazası geçirmesi arasında ilişki bulunmamıştır (127, 146). Bununla birlikte çocukların fiziksel ve zihinsel

gelişimine uygun bir yaşam alanı tasarlamak, kazaya sebebiyet verecek unsurları kontrol altına almak ev kazası sıklığını azaltabilir.

Çalışmamızda müstakil-bahçeli evde yaşayan çocuklar apartmanda yaşayan çocuklara göre daha fazla kaza geçirmiştir. Başka bir çalışmada ise kaza geçiren çocukların daha çok müstakil-bahçe tipi evlerde yaşadıkları belirlenmiştir. Ancak apartman ve müstakil evlerde yaşayan çocukların kaza geçirme sıklıkları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (122). Karatepe'nin yaptığı çalışmada yaşanan evin tipi ve ev kazası arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (127). Dünyada yapılan bazı çalışmalarda ise apartmanda yaşayan çocukların daha fazla ev kazasına maruz kaldıkları bildirilmiştir (147, 148). Apartman dairelerinde balkon, pencere, merdiven bulunması ve pencerelerin önünde de genelde sandalye, koltuk masa gibi eşyaların konulması ev kazası riskini arttırabilirken, diğer taraftan, müstakil-bahçeli evlerin yola yakın olması hatta bir kısmının da gecekondü özelliğinde olması, ev kazalarının meydana gelmesini kolaylaştırabilir (149).

Annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik tutum ve davranışlarını, konuyla ilgili eğitim almış olmaları etkilemektedir. Bu çalışmada eğitim alan annelerin sayısının az olması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmasa da eğitim almayan annelerin çocuklarında %20 daha fazla sıklıkla ev kazası yaşanmıştır. Başka bir çalışmada ise ev kazası geçiren çocukların annelerinin %87,1'inin ev kazalarına yönelik herhangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir (150). Kurt ve Aytekin'in çalışmasında da benzer şekilde ev kazalarıyla ilgili eğitim alanların çocuklarında kaza sıklığı daha azdır (6). Çalışmada ayrıca ev kazalarıyla ilgili eğitim almak isteyen annelerin çocuklarının kaza geçirme sıklığının daha fazla

olduğu dikkat çekmektedir. Daha önce bu olayı tecrübe eden annelerin eğitimin gerekliliğini fark etmeleri beklenen bir sonuçtur.

Ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri ölçek puanı düşük olan annelerin çocukları daha fazla ev kazası geçirmiştir. Bu da alınan güvenlik önlemlerinin önemini bize göstermektedir. Araştırmada ilkokul mezunu ve altı eğitime sahip annelerin en düşük ölçek puanına, yükseköğretim mezunu annelerin ise en yüksek ölçek puanına sahip olduğu, eğitim seviyesi yükseldikçe annelerin ölçek puan ortalamalarının yükseldiğı dikkat çekmiştir. Postacı, Mull ve ark. ile Boztaş tarafından yapılan çalışmalarda benzer şekilde annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe çocukların sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik olumlu davranışlarının da arttığı görülmüştür (138, 151, 152). Annelerin eğitim seviyesi arttıkça, çocuklarda ev kazaları, çocukların gelişim özellikleri, kazalar için hazırlayıcı faktörler, korunma yolları ve hatta kazaya doğru müdahale ile ilgili daha bilinçli olmalarıyla ilişkili olarak puan ortalamalarının daha yüksek olması beklenen bir durumdur.

Ailede daha önce başka bir bireyde ev kazası öyküsü olanlarda, olmayanlara göre daha fazla ev kazası geçirme durumu saptanmış ve geçirilmiş ev kazası öyküsü olanlarla olmayanların ölçek puanları benzer saptanmıştır. İnce'nin çalışmasında hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analizlerde daha önce evde kaza geçirmiş bir kardeşin olmasının çocuğun kaza geçirme riskini artırdığı saptanmıştır (128). Bu durum ailenin ilgisinin daha önce kaza geçiren çocuğa yönelmesinden kaynaklanmış olabilir.

Literatürde annelere verilen ev kazalarının önlenmesine yönelik eğitimin önemini vurgulayan çalışmalar mevcuttur. King ve ark. çalışmalarında, annelere, çocuklarda ev kazalarının önlenmesine yönelik ev ziyareti eğitimi verildikten sonra, gruplarının ölçek puanlarının pozitif yönde arttığını bildirmişlerdir (153). Benzer şekilde Altundağ ve Öztürk, yüz yüze eğitim sonrasında annelerin bilgi düzeyinin önemli ölçüde arttığını bulmuştur (8). Ev kazaları ve önleme yöntemleri konusunda eğitim almış anneler, ev kazalarının önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada da ev kazalarına yönelik eğitim alan anneler eğitim almayanlara göre ölçekten daha yüksek puanlar almıştır.

Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı yetersiz-sınırlı olan annelerin çocuklarının %35'i ev kazası geçirirken, yeterli-mükemmel olanların ise %22'si ev kazası geçirmiştir. Bilindiği üzere yetersiz sağlık okuryazarlığının bir sonucu olarak; sağlıkla ilgili bilgide yetersizlik, sağlıklı kalma ve koruyucu sağlık hizmetleri ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetleri kullanmada bazı sorunlar, koruyucu hizmetlerin daha az, tıbbi hizmetlerin daha fazla kullanılması, hastalanma riskinde artış gibi daha pek çok şey sıralanabilir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocuğun ev kazası geçirme durumunu da etkilemesi beklenen bir sonuç olmuştur. Bununla ilişkili olarak SOY'u yetersiz-sınırlı olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçek puanları SOY'u yeterli-mükemmel olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Ev kazaları önlenabilir fakat önleyebilmek için öncelikli olarak özellikle anneler olmak üzere ebeveynlerin, evdeki risk oluşturabilecek durumların farkında olup uygun önlemler alması gerekmektedir. Bu farkındalığı oluşturmak birçok sebebe bağlı olmakla beraber bu çalışma göstermiştir ki annelerin SOY düzeyi de doğrudan güvenlik önlemi

alma ve çocuğun kaza geçirmesi ile ilişkilidir. Toplumda sağlık okuryazarlığını yükseltmek kolay olmayacaktır. Fakat bunu başarınca, sakatlık hatta ölümlerle sonuçlanan önlenemez çocuk kazaları şüphesiz ki azalacaktır.

Bu çalışmada yapılan çok değişkenli analiz modellemeleri sonucu müstakil-bahçeli evde oturmak, çocukların kendilerine ait odalarının olmaması, evde yaşayan kişi sayısının 5 ve üzerinde olması, annelerin yetersiz-sınırlı SOY düzeyine sahip olması ve çocukların kendi evi dışında bakım alması çocuklarda ev kazası geçirme durumu üzerine etkili bağımsız risk faktörleri olarak gösterilmiştir.

Sivas'ta yapılan bir çalışmada anne eğitim düzeyi düştükçe çocuklar için ev kazası riskinin arttığı (OR: 1.59) ve anne tarafından bakılan çocukların hastaneye gitmeyi gerektiren bir ev kazası riskinin daha yüksek olduğu (OR: 1.76) bulunmuştur (154). Başka bir çalışma, üniversiteden mezun olanlara kıyasla, ilkökul düzeyinde eğitim almış annelerin çocuklarının yaralanmasına neden olan bir kaza riskinin 1.5 kat daha yüksek olduğunu bildirmiştir (155). Bizim çalışmamızda ise anne eğitim düzeyi ve çocuğa bakan kişinin anne olması bağımsız risk faktörü olarak bulunmamıştır. Çalışmamız anne dışı bir bakıcının çocuğa bakma durumunun karıştırıcı bir faktör olduğunu göstermiştir. Bunun yerine çocuğun kendi evi dışında bakılmasının 3,2 kat kaza riskini artırdığı saptanmıştır. Bu çalışmada benzer iki çalışmadan farklı olarak daha fazla değişkenle daha fazla model kurulmuştur. Çalışmamızdaki sonuçların farklı olmasının sebebi bundan kaynaklanmaktadır. Literatürde konu ile ilgili çalışmalar tarandığında olası risk faktörlerinin çok değişkenli regresyon analizleriyle değerlendirildiği çalışmalar sınırlı sayıdadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran (0-6) yaş grubu çocuğu olan 491 annenin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ev kazalarına yönelik aldıkları güvenlik önlemlerinin ilişkisini incelenmiştir.

Araştırma bulgularının incelenmesinden ortaya çıkan sonuçlar şunlardır:

- Araştırmaya katılan annelerin çocuklarındaki ev kazası sıklığı %30,1'dir. Yetersiz-sınırlı SOY düzeyi, müstakil-bahçeli evde oturmak, çocukların kendi odalarının olmaması, çocuğun kendi evi dışında bir ortamda bakılması ev kazası için risk faktörüdür.
- Karşılaşılan en sık ev kazası türü %58,1 sıklıkla düşme olmuştur. Yanma, darbe, zehirlenme, kesici-delici alet yaralanması diğer ev kazası türleridir. %35,8 sıklıkla ev kazaları en sık oturma odası-salonda meydana gelmiştir. Öğle-akşam saatleri ev kazasının meydana geldiği en sık zaman dilimi olmuştur.
- Araştırma dahil edilen annelerin %62,9'unun SOY düzeyi yetersiz-sınırlıdır. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçek puan ortalaması $164,84 \pm 19,7$, puan ortancası ise 167 (95-200)'dir. Annelerin SOY puanları ile ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçek puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ($r:0,487$; $p<0,001$).
- Yüksekokul mezunu annelerin, kendine ait odası olan çocukların annelerinin, tek çocuk sahibi annelerin, hanede yaşayan kişi sayısı 3 ve

daha az olan annelerin, ev kazalarına yönelik eğitim alan annelerin ölçek puanları yüksek saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

- Ev kazası çoğu zaman önlenabilir nedenlerden meydana gelmektedir. Sakatlıkla hatta ölümle sonuçlanabilecek olan ev kazalarını önlemek annelerin SOY düzeyini yükseltmekle sağlanabilir. Bunun için genel okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik çalışmaların desteklenmesi bireysel sorumluluklarını artırıcı faaliyetlerin planlanması gerekmektedir. Ailenin SOY düzeyi göz önünde bulundurularak, çocuğu bekleyen tehlikeler ailelere anlatılmalı ve çözüm yolları konusunda bilgilendirilmelidir.
- Ev kazası sıklığını azaltmak için, çocuğun en çok vakit geçirdiği yerlerde ve kendine ait bir odası varsa odasında, kazaya sebebiyet verecek tüm tehlikeli durumlar anne-babalarının kontrolü altında olmalıdır. TV, kitaplık gibi eşyalar mutlaka sabitlenmeli, mutfakta gerekli önlemler alınmalıdır. Özetle evin her yerinde alınabilecek tüm güvenlik önlemleri alınmalıdır.
- Annelere ev kazaları ve korunma yolları konusunda eğitim vermek kaza sıklığını azaltacaktır. Bunun yanında mevcut basit güvenlik önlemlerini kullanarak evde çocuklara daha güvenli bir alan oluşturmaları gerektiğinin eğitiminin de verilmesi önemlidir. Ev kazası konusunda ailedeki farkındalığı artırmak için evde uygulanabilecek basit güvenlik önlemlerinin anlatıldığı kısa hikayeleri konu alan kamu spotları faydalı olabilir.

- Özellikle de kalabalık ve çok çocuk sahibi ailelerde olmak üzere kesinlikle hiçbir çocuğun gözetimsiz bırakılmaması gerektiği konusunda aileler uyarılmalıdır. Konuyla ilgili daha geniş çaplı çalışmalar yapılmalı ve sonuçları paylaşılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Roberts I, DiGuseppi C, Ward H. Childhood injuries: extent of the problem, epidemiological trends, and costs. *Inj Prev*. 1998;4(4 Suppl):S10-6.
2. Erkal S. Ev Kazalarına Neden Olan Konut Faktörlerinin İncelenmesi (Uzmanlık Tezi). Ankara: accette e Üniversitesi; 1992.
3. Rivara FP, Grossman D. Injury Control. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson B, Stanton BF (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18. Baskı. Philadelphia: Saunders-Elsevier: 2007; 366-75.
4. National Action Plan for Child Injury Prevention; An agenda to prevent injuries and promote the safety of children and adolescents in the United States. Atlanta (GA), CDC 2012.
5. Karadeniz H. Effects of a Safety-Awareness–Promoting Program Targeting Mothers of Children Aged 0–6 Years to Prevent Pediatric Injuries in the Home Environment: Implications for Nurses. *Journal of trauma nursing*. 2018;25(5):327-35.
6. KURT FY, AYTEKİN A. 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015;2(1):22-32.
7. ERKAL S, ŞAFAK Ş. Tuzluca'yı Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan ailelerde ev kazası görülme durumu ve konutların ev kazası riski açısından incelenmesi. *Sağlık ve Toplum*. 2003;13(2):96-100.
8. Altundağ S, Oztürk MC. The effects of home safety education on taking precautions and reducing the frequency of home accidents. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi= Turkish journal of trauma & emergency surgery: TJTES*. 2007;13(3):180-5.
9. Akbaba M, Nazlıcan E, Demirhindi H. Characteristics of domestic accidents and related factors in Karataş district of Adana province, Turkey. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015;14(3):229-34.
10. Commission Of The Euro ean Communities. Communication From The Commission To The Euro ean Parliament And The Council On Actions For A Safer Europe. 23.6.2006 Com (2006) 328 Final Report.
11. Kılıç B, Demiral Y. İzmir’de Bir Gecekondu Bölgesinde Evde Yaralanma İnsidansı. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2006;25 (3):27-32.
12. Özcebe H. Çocuk ve kazalar. III. Ulusal ana çocuk sağlığı kongresi bildiri özetleri. *Sosyal Pediatri Dergisi Özel Sayısı*. 2005:154-63.
13. Vladutiu CJ, Nansel TR, Weaver NL, Jacobsen HA, Kreuter M. Differential strength of association of child injury prevention attitudes and beliefs on practices: a case for audience segmentation. *Injury prevention*. 2006;12(1):35-40.

14. Morrongiello BA, Major K. Influence of safety gear on parental perceptions of injury risk and tolerance for children's risk taking. *Injury Prevention*. 2002;8(1):27-31.
15. UNICEF, 2020. Child Mortality Report. <https://www.unicef.org/media/79371/file/UN-IGME-child-mortality-report-2020.pdf.pdf>. Erişim tarihi:04/12/2020.
16. The prevention of accidents in childhood. Report of a seminar, Spa, Belgium 16–25 July 1958. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1960.
17. Peden MM, Scott I, Krug E, eds. Injury: a leading cause of the global burden of disease, 2002. World Health Organization, Geneva, 2006 https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/injury/en/. Erişim tarihi:04/12/2020.
18. Organization WH. World health statistics 2010: World Health Organization; 2010.
19. Baker SP et al. eds. The injury fact book, 2nd ed. Lexington, MA, Lexington Books, 1992.
20. Branche C, Ozanne-Smith J, Oyebite K, Hyder AA. World report on child injury prevention: World Health Organization; 2008.
21. Karatepe TU, Ekerbiçer HÇ. Çocuklarda Ev Kazaları. *Sakarya Tıp Dergisi* 2017; 7(1):69-73.
22. Chamblee T, Yoos HL. Factors that Influence Mothers' Use of Safety Rules with Their Preschoolers: University of Rochester; 2010.
23. Glik DC, Greaves PE, Kronenfeld JJ, Jackson KL. Safety hazards in households with young children. *Journal of pediatric psychology*. 1993;18(1):115-31.
24. Morrongiello BA, Dayler L. A community-based study of parents' knowledge, attitudes and beliefs related to childhood injuries. *Canadian Journal of Public Health*. 1996;87(6):383-8.
25. Hussey JM. The effects of race, socioeconomic status, and household structure on injury mortality in children and young adults. *Maternal and child health journal*. 1997;1(4):217-27.
26. Berk, L. (2003). *Child development*, 6th ed. Boston: Allyn & Bacon.
27. Piaget J. *The Child's Conception of the World* (Totowa, NJ: Littlefield, Adams & Co., 1972). PiagetThe Child's Conception of the World1972.
28. Morrongiello, B., Ondejko, L., & Littlejohn, A. (2004a). Understanding toddlers' in-home injuries: I. Context, correlates, and determinants. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(6), 415-431.
29. Flavin MP, Dostaler SM, Simpson K, Brison RJ, Pickett W. Stages of development and injury patterns in the early years: a population-based analysis. *BMC public health*. 2006;6(1):187.

30. Schelp L, Ekman R, Fahl I. School accidents during a three school-years period in a Swedish municipality. *Public health*. 1991;105(2):113-20.
31. Pediatrics AAO. Falls from heights: windows, roofs, and balconies. *Pediatrics*. 2001;107(5):1188-91.
32. Dowswell T, Cryer C, Towner EM. *Accidental Falls: Fatalities and Injuries; an Examination of the Data Sources and Review of the Literature on Preventive Strategies*: University of Newcastle upon Tyne; 1999.
33. World Health Organization, 2008. World report on child injury prevention, https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/, Erişim tarihi:03.12.2020.
34. 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. *American journal of preventive medicine*. 2005;28(1):73-9.
35. Dal Santo JA, Goodman RM, Glik D, Jackson K. Childhood unintentional injuries: factors predicting injury risk among preschoolers. *Journal of pediatric psychology*. 2004;29(4):273-83.
36. Mahalakshmy T, Dongre AR, Kalaiselvan G. Epidemiology of childhood injuries in rural Puducherry, South India. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2011;78(7):821-5.
37. Organization WH. *Facts about injuries: burns*. WHO and International Society for Burns Injuries, Geneva, Switzerland. 2006.
38. Chung E. Burn injuries in China: a one year survey at the United Christian Hospital. *Hong Kong Practice*. 1996;18:631-6.
39. Nguyen DQ, Tobin S, Dickson WA, Potokar TS. Infants under 1 year of age have a significant risk of burn injury. *Burns*. 2008;34(6):863-7.
40. McLoughlin E, Crawford J. Types of burn injuries. *Pediatr Clin North Am*. 1985;32(1):61-75.
41. Deveci M, Şengezer M, Er E, Selmanpakoğlu N. Yanıkta mortalite analizi. *Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi (Turk J Plast Surg)*. 1998;6(2):108-13.
42. Poulos R, Hayen A, Finch C, Zwi A. Area socioeconomic status and childhood injury morbidity in New South Wales, Australia. *Injury prevention*. 2007;13(5):322-7.
43. Delgado J, Ramirez-Cardich M, Gilman RH, Lavarello R, Dahodwala N, Bazan A, et al. Risk factors for burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. *Injury Prevention*. 2002;8(1):38-41.
44. Forjuoh SN, Guyer B, Strobino DM, Keyl PM, Diener-West M, Smith GS. Risk factors for childhood burns: a case-control study of Ghanaian children. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1995;49(2):189-93.
45. Koupil J, Brychta P, Rihova H, Kincova S. Special features of burn injuries in elderly patients. *Acta chirurgiae plasticae*. 2001;43(2):57-60.

46. Denizbaşı A. Zehirlenmeler. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 2002.
47. WHO. Child and Adolescent Injury Prevention: A WHO Plan of Action 2006- 2015. Geneva, 2006. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43267> Erişim Tarihi:04/12/2020.
48. Craft A. Accidental poisoning. Archives of disease in childhood. 1988;63(6):584.
49. Lawson G, Craft A, Jackson R. Changing pattern of poisoning in children in Newcastle, 1974-81. Br Med J (Clin Res Ed). 1983;287(6384):15-7.
50. Lindblad BE, Terkelsen CJ, Lindblad LN. Brief Communication: Product-related childhood accidents A survey of 1590 cases. Scandinavian journal of social medicine. 1990;18(4):269-71.
51. Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Reducing childhood accidents. The effectiveness of health promotion interventions: a literature review London: Health Education Authority. 1993.
52. Tunçok Y, Kalyoncu K. TC Sağlık Bakanlığı birinci basamağa yönelik zehirlenmeler tanı ve tedavi rehberleri. SB, RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. 2007;14:35-8.
53. Wong DL, Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. Wong's essentials of pediatric nursing: Mosby; 2005.
54. İnanc DÇ, Baysal SU, Coşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağı yaralanmalarında hazırlayıcı nedenler. Türk Pediatri Arşivi, 2008, 43: 84-88.
55. Matteucci MJ, Hannum JE, Riffenburgh RH, Clark RF. Pediatric sex group differences in location of snakebite injuries requiring antivenom therapy. Journal of medical toxicology. 2007;3(3):103-6.
56. Wezorek C, Dean B, Krenzelok E. Accidental childhood poisoning: influence of the type of caretaker on etiology and risk. Veterinary and human toxicology. 1988;30(6):574-6.
57. Azizi B, Zulkifli H, Kasim M. Risk factors for accidental poisoning in urban Malaysian children. Annals of tropical paediatrics. 1993;13(2):183-8.
58. Reed RP, Conradie FM. The epidemiology and clinical features of paraffin (kerosene) poisoning in rural African children. Annals of tropical paediatrics. 1997;17(1):49-55.
59. Özcebe H . Çocuklar İçin Güvenli Kent. II. Türk Belediyecilik Sem Pozyumu Bildiri Özet Kitabı. Ankara: Haccettepe Yayınları.
60. Brüning C, Siekmeyer W, Siekmeyer M, Merckenschlager A, Kiess W. Retrospective analysis of 44 childhood drowning accidents. Wiener klinische Wochenschrift. 2010;122(13-14):405-12.
61. Bratton SL, Jardine DS, Morray JP. Serial neurologic examinations after near drowning and outcome. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 1994;148(2):167-70.

62. Idris AH, Bierens JJ, Perkins GD, Wenzel V, Nadkarni V, Morley P, et al. 2015 revised Utstein-style recommended guidelines for uniform reporting of data from drowning-related resuscitation: An ILCOR advisory statement. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2017;10(7):e000024.
63. Suominen PK, Vähätalo R. Neurologic long term outcome after drowning in children. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2012;20(1):55.
64. Bugeja L, Franklin RC. An analysis of stratagems to reduce drowning deaths of young children in private swimming pools and spas in Victoria, Australia. *International journal of injury control and safety promotion*. 2013;20(3):282-94.
65. Lifschultz B, Donoghue E. Deaths due to foreign body aspiration in children: the continuing hazard of toy balloons. *Journal of Forensic Science*. 1996;41(2):247-51.
66. Rizk H, Rassi S. Foreign body inhalation in the pediatric population: lessons learned from 106 cases. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases*. 2011;128(4):169-74.
67. Safari M, Manesh MRH. Demographic and clinical findings in children undergoing bronchoscopy for foreign body aspiration. *Ochsner Journal*. 2016;16(2):120-4.
68. Sinha V, Chhaya V, Barot DS, Mehta K, Patel P, Patil S, et al. Foreign body in tracheobronchial tree. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2010;62(2):168-70.
69. Fraga A, Dos Reis MC, Zambon MP, Toro IC, Ribeiro JD, Baracat ECE. Foreign Body Aspiration In Children: Clinical Aspects, Radiological Aspects And Bronchoscopic Treatment [aspiração De Corpo Estranho Em Crianças: Aspectos Clínicos, Radiológicos E Tratamento Broncoscópico]. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2008.
70. Bartlett SN. The problem of children's injuries in low-income countries: a review. *Health policy and planning*. 2002;17(1):1-13.
71. Rivara FP, Bergman AB, LoGerfo JP, Weiss NS. Epidemiology of childhood injuries: II. Sex differences in injury rates. *American Journal of Diseases of Children*. 1982;136(6):502-6.
72. Spady DW, Saunders DL, Schopflocher DP, Svenson LW. Patterns of injury in children: a population-based approach. *Pediatrics*. 2004;113(3):522-9.
73. Morrongiello BA, Rennie H. Why do boys engage in more risk taking than girls? The role of attributions, beliefs, and risk appraisals. *Journal of Pediatric Psychology*. 1998;23(1):33-43.
74. Rosen BN, Peterson L. Gender differences in children's outdoor play injuries: A review and an integration. *Clinical Psychology Review*. 1990;10(2):187-205.
75. Eaton WO, Yu AP. Are sex differences in child motor activity level a function of sex differences in maturational status? *Child development*. 1989:1005-11.
76. Block JH. Differential premises arising from differential socialization of the sexes: Some conjectures. *Child development*. 1983:1335-54.

77. Saegert S, Hart R. The development of sex differences in the environmental confidence of children. *Women in society* Maaroufa Press, Chicago. 1990:157-75.
78. Fagot BI. The influence of sex of child on parental reactions to toddler children. *Child development*. 1978:459-65.
79. McQueen, I.A.G. (1960) "Study of Home Accidents in Aberdeen", E&S Livingstone, Edinburgh.
80. Agran PF et al. Rates of pediatric injuries by 3-month intervals for children 0 to 3 years of age. *Pediatrics*, 2003, 111:683–692.
81. Wilson MH. *Saving children*: Oxford university press; 1991.
82. Mohan D. *Injury control: a global view*: Oxford University Press, USA; 1996.
83. Thomson R. Helping to prevent accidents in the home. *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987). 1990;4(16):28.
84. McCormick MC, Shapiro S, Starfield BH. Injury and its correlates among 1-year-old children: Study of children with both normal and low birth weights. *American Journal of Diseases of Children*. 1981;135(2):159-63.
85. Bayram, R., Shattock, S., Blencowe, J., Whiting, M., Pigott, S. (1987) "Bums and scalds in children", *Midwife, Health Visitor and Community Nurse*, 23, (H), 494-496.
86. Townsend, P., Davidson, D. (Eds)(1990) "The Black Report", Penguin Books, London.
87. Colver AF, Hutchinson PJ, Judson E. Promoting children's home safety. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1982;285(6349):1177-80.
88. Hulme D. Chronic poverty and development policy: an introduction. *World Development*. 2003;31(3):399-402.
89. Towner E, Therese D, Errington G, Burkes M, Towner J. *Injuries in children aged 0-14 years and inequalities*. Health Development Agency, London. 2005.
90. Şahiner P, Özkan Ö, Hamzaoglu O. Kocaeli ilindeki sosyoekonomik düzeyi düşük hanelerde ev kazası insidansı ve risk faktörleri. *TAF Prev Med Bull*. 2011;10(3):257-68.
91. Erkal S, Safak S. Determination of the risks of domestic accidents for the 0-6 age group in the Tuzluca Village Clinic neighborhood. *Turkish journal of pediatrics*. 2006;48(1):56.
92. Murdock R, Eva J. Home accidents to children under 15 years: survey of 910 cases. *Br Med J*. 1974;3(5923):103-6.
93. Spiegel CN, Lindaman FC. Children can't fly: a program to prevent childhood morbidity and mortality from window falls. *American Journal of Public Health*. 1977;67(12):1143-7.
94. Bergner L, Mayer S, Harris D. Falls from heights: a childhood epidemic in an urban area. *American journal of public health*. 1971;61(1):90-6.

95. Fairley J, Hewett W. Survey of casualty departments in Greater London. *British Medical Journal*. 1969;2(5653):375.
96. Denyer S. Accidents. Foreign bodies: where do children put them? *Health visitor*. 1990;63(5):163-4.
97. Özmen D, Ergin D, Şen N, Çetinkaya A. 0-6 Yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanılanması. *Aile ve Toplum Derg*. 9(3):12,2007.
98. Organization WH. Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health. 2007.
99. Publishing O, Co-operation OfE, Staff D. Literacy, Numeracy and Problem Solving in Technology-Rich Environments: Framework for the OECD Survey of Adult Skills: OECD Publishing Paris; 2012.
100. NCES (Natl. Cent. Educ. Stat.). 2003. Definition of literacy. National Assessment of Adult Literacy. https://nces.ed.gov/NAAL/fr_definition.asp. Erişim Tarihi:09/12/2020.
101. Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*. 2000;15(4):277-83.
102. Marmot M, Health CoSDo. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*. 2007;370(9593):1153-63.
103. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. Health literacy: a prescription to end confusion: National Academies Press; 2004.
104. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12(1):80.
105. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2011;199(1):941.
106. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*. 2020;42.
107. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social science & medicine*. 2011;73(1):60-7.
108. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(8):878-83.
109. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux E, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family medicine*. 1993;25(6):391.
110. Parvanta C, Nelson DE, Parvanta SA, Harner RN. Essentials of public health communication: Jones & Bartlett Publishers; 2010.
111. Deniz S. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*. 2013;73-92.

112. Bernhardt JM, Cameron KA. Accessing, understanding, and applying health communication messages: The challenge of health literacy. 2003.
113. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016
114. Sentell TL, Halpin HA. Importance of adult literacy in understanding health disparities. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(8):862-6.
115. Vernon JA, Trujillo A, Rosenbaum SJ, DeBuono B. Low health literacy: Implications for national health policy. 2007.
116. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American journal of medicine*. 2005;118(4):371-7.
117. Sanders LM, Thompson VT, Wilkinson JD. Caregiver health literacy and the use of child health services. *Pediatrics*. 2007;119(1):e86-e92.
118. Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, Dreyer BP. The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics*. 2009;124(Supplement 3):S289-S98.
119. Orr ST, Charney E, Straus J, Bloom B. Emergency room use by low income children with a regular source of health care. *Medical care*. 1991;29(3):283-6.
120. TANRIÖVER MD, YILDIRIM HH, READY FND, ÇAKIR B, AKALIN HE. Sağlık okuryazarlığı araştırması. 2014.
121. Çınar ND, Görak G. 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Çocuk Forumu* 2003;6: 22-7.
122. Öztürk Ö. Çocuk sağlığı izlemi yapılan 6 ay-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve nedenleri annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Ankara:Ankara Üniversitesi,2016.
123. İnce B. Çocuk acil servisine ev kazası nedeniyle başvuran 0-6 yaş grubu çocuk ebeveynlerinin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama durumlarının belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul:Medipol Üniversitesi,2018.
124. Gündüz G, Aytekin A. Annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2015;5(3):184-92.
125. KÖSE OÖ, BAKIRCI N. Çocuklarda ev kazaları. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2007;16(3):31-5.
126. Dönmez CY. 1-4 yaş arası çocuk sahibi annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik uygulamalarının belirlenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul: SBÜ,2018.
127. KARATEPE TU, Nalan A. 0-6 yaş çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013;39(3):165-8.
128. İnce T, Yalçın SS, Yurdakök K. Çocukluk çağında ciddi kaza sıklığı ve risk faktörleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2014;57(3):173-82.

129. Atak N, Karaoglu L, Korkmaz Y, Usubütün S. A household survey: unintentional injury frequency and related factors among children under five years in Malatya. *The Turkish journal of pediatrics*. 2010;52(3):285.
130. İnce T, Yalçın S, Yurdakök K. Parents' Attitudes and Adherence to Unintentional Injury Prevention Measures in Ankara, Turkey. *Balkan medical journal*. 2017;34(4):335.
131. Aktürk Ü, Erci B. 0 – 5 Yaş Grubu Çocuğa Sahip Annelerin Ev Kazalarına Neden Olan Faktörler ve Önlemeye Yönelik Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Saptanması [Bildiri]. 15. Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, (2012).
132. Yıldırım N. 1-4 Yaş Dönemi Çocuklar İçin Ev Kazası Risklerinin Belirlenmesi ve Bu Risklerin Azaltılmasında Sosyal Öğrenme Teorisine Dayalı Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Ankara, (2010).
133. Usubütün S, Karaoglu L, Korkmaz Y, Güneş G. Malatya il merkezinde yaşayan 0-5 yaş arası çocuklarda ev kazası sıklığı ve etkileyen faktörler. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, Ankara, Bildiri Özet Kitabı. 2005;65.
134. TURAN T, CEYLAN SS. 0-6 Yaş grubu çocukları olan annelerin ev kazalarını önlemek için aldıkları güvenlik önlemlerinin aile özelliklerine ve son bir aydaki ev kazaları sıklığına göre değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*. 2007;17(4):52-8.
135. Kim HB, Kim DK, Kwak YH, Shin SD, Song KJ, Lee SC, et al. Epidemiology of traumatic head injury in Korean children. *Journal of Korean medical science*. 2012;27(4):437-42.
136. Phelan KJ, Khoury J, Xu Y, Lanphear B. Validation of a home injury survey. *Injury prevention*. 2009;15(5):300-6.
137. Karatepe TU. Nilüfer Halk Sağlığı eğitim ve araştırma bölgesinde 0-6 yaş çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili faktörler, Uzmanlık Tezi. Uludağ üniversitesi; 2011.
138. Boztaş G. 0-48 Aylık Çocukların Ev Kazaları Sonucu Oluşan Yaralanmalarına İlişkin Annelerin Davranış ve Görüşlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2008.
139. Celep G. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanılanması. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir, 2019.
140. Alasya E. 1-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa, KKTC, 2012.
141. Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F. Çocukluk çağında ev kazalarına yol açan etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2011;20(3):89.
142. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. *Evidence-based child health: a Cochrane review journal*. 2013;8(3):761-939.

143. Üçüncü M, Üçüncü M, Toprak D. THE KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR OF MOTHERS WITH CHILDREN AGED 0-6 YEARS ON HOME ACCIDENTS AND PREVENTIVE MEASURES/0-6 YAS GRUBU COCUGU OLAN ANNELERIN EV KAZALARI VE KORUNMA YOLLARI KONUSUNDAKI BILGI, TUTUM VE DAVRANISLARI. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*. 2019;82(4):219-29.
144. Erdem SS, Bolu F, Mayda AS. Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanımlanması. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*. 2017;9(2).
145. Yalaki Z, Tasar MA, Kara N, Dallar Y. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Ailelerin Ev Kazaları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi/Measuring the Awareness of Home Injuries in Families with a Low Socioeconomic Status. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*. 2010;9(2):129.
146. Üçüncü MM, 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazaları ve Korunma Yolları Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları ile Sosyodemografik Özelliklerinin Buna Etkisi. *SBÜ Şişli Hamidiye Etfal EAH, Tıpta Uzmanlık Tezi*. 2017.
147. Tsoumakas K, Dousis E, Mavridi F, Gremou A, Matziou V. Parent's adherence to children's home-accident preventive measures. *International nursing review*. 2009;56(3):369-74.
148. Lyons RA, Newcombe RG, Jones SJ, Patterson J, Palmer SR, Jones P. Injuries in homes with certain built forms. *American journal of preventive medicine*. 2006;30(6):513-20.
149. Stone KE, Eastman EM, Gielen AC, Squires B, Hicks G, Kaplin D, et al. Home safety in inner cities: prevalence and feasibility of home safety-product use in inner-city housing. *Pediatrics*. 2007;120(2):e346-e53.
150. Çalışkan K, Avcı Ö, Acar V, Dönmez Y. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin düşmelere ilişkin ilkyardım uygulamalarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010;3(3):1-9.
151. Postacı F. Çocukluk Çağı Kazaları: Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul; 1992.
152. 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. *Social science & medicine*. 2001;52(7):1081-91.
153. King WJ, LeBlanc JC, Barrowman N, Klassen TP, Bernard-Bonnin A-C, Robitaille Y, et al. Long term effects of a home visit to prevent childhood injury: three year follow up of a randomized trial. *Injury Prevention*. 2005;11(2):106-9.
154. Korğalı EÜ. Determining the risk factors of home accidents in 0-6 year-old age group and the awareness levels of their mothers about home accidents in Sivas. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2019;41(2):306-17.
155. Laursen B, Nielsen JW. Influence of sociodemographic factors on the risk of unintentional childhood home injuries. *European Journal of public health*. 2008;18(4):366-70.

8.ÖZET

Bu araştırmada, (0-6) yaş grubu çocuğu olan annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ev kazalarına yönelik aldıkları güvenlik önlemlerinin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran (0-6) yaş grubu çocuğu olan 491 anne dahil edilmiştir. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde, ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca (en küçük, en büyük) şeklinde sunulmuştur. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $<0,05$ kabul edilmiştir.

Araştırma katılan annelerin yaş ortalaması $31,31 \pm 6,02$ olup %79,9'u lise ve üzeri bir okul mezunudur. 0-6 yaş grubu çocuklardaki ev kazası sıklığı %30,1 olarak bulunmuştur. Yetersiz-sınırlı SOY düzeyi, müstakil-bahçeli evde oturmak, çocukların kendi odalarının olmaması, çocuğun kendi evi dışında bir ortamda bakılması ev kazasını etkileyen faktörler olarak bulunmuştur. Annelerin SOY puanları ile ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçek puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

Annelerin ev kazalarını önlemeye yönelik tutum ve davranışlarını sağlık okuryazarlığı düzeylerinin etkilediği düşünerek yola çıkılan bu çalışmada genel okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik çalışmaların desteklenmesi bireysel sorumluluklarını arttırıcı faaliyetlerin planlanması gerekmektedir. Ailenin SOY düzeyi göz önünde bulundurularak, çocuğu bekleyen tehlikeler ailelere anlatılmalı ve çözüm yolları konusunda bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: 0-6 Yaş Çocuk, Ev Kazası, Sağlık Okuryazarlığı

9.ABSTRACT

In this study, it was aimed to examine the relationship between the health literacy level of mothers with children in the (0-6) age group and the security measures they took against home accidents. The study is a cross-sectional study. The study included 491 mothers with children (0-6) age group who applied to Gazi University Medical Faculty Hospital Pediatrics outpatient clinics. Descriptive findings were presented as number, percentage, mean $\pm$ standard deviation, median (minimum, maximum). A statistical significance level of <0.05 was considered in all analyzes.

The average age of the mothers participating in the study was 31.31 ± 6.02 and 79.9% of them are high school and above graduates. The frequency of home accidents in children aged 0-6 was found to be 30.1%. Inadequate-limited health literacy level, sitting in a private-garden house, children not having their own room, caring for the child in an environment other than their own home were found to be factors affecting the home accident. A moderately positive correlation was found between the health literacy scores of the mothers and the scores of the scale scores for identifying safety measures for home accidents.

In this study, which is based on the belief that the attitudes and behaviors of mothers towards preventing home accidents are affected by their health literacy levels, it is necessary to support studies to increase the general literacy level and to plan activities that increase individual responsibilities. Considering the family's level of health literacy, the dangers awaiting the child should be explained to the families and informed about the solutions.

Key Words: 0-6 Year Old Child, Health Literacy, Home Accident

10.EKLER

10.1. Anket Formu

0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE EV KAZALARINA YÖNELİK ALDIKLARI GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİN İLİŞKİSİ

Yaşınız ?.....

Eşinizin yaşı?.....

Eğitim durumunuz?

1.Okuma yazma bilmiyor

2.Okuma yazma biliyor

3.İlkokul

4.Ortaokul

5.Lise

6.Yükseköğretim

Eşinizin eğitim durumu?

1.Okuma yazma bilmiyor

2.Okuma yazma biliyor

3.İlkokul

4.Ortaokul

5.Lise

6.Yükseköğretim

Çalışma durumunuz?

Eşinizin çalışma durumu?

1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor

1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor

Sürekli ilaç kullandığınız bir kronik hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz.

1.Evet

2.Hayır

Eşinizin sürekli ilaç kullandığı bir kronik hastalığı var mı? Varsa belirtiniz.

1.Evet

2.Hayır

Medeni durumunuz nedir

1.Evli

2.Bekar

3.Eşinden ayrı

Aylık gelir durumunuz nasıl?

1.Gelirim giderimin altında
üzerinde

2.Gelirim giderime eşit

3.Gelirim giderimin

Oturduğunuz evin tipi nedir?

1.Apartman

2.Müstakil- bahçeli ev

Kaç çocuğunuz var?.....

(0-6) YAŞ ARALIĞINDAKİ ÇOCUKLARA AİT BAZI ÖZELLİKLER

	Yaş	Cinsiyet 1.Kız 2.Erkek	Gündüz Bakımı İle İlgilenen Kişi(1.anne 2.baba 3.büyükanne/dede 4.bakıcı 5.kreş 6.diğer.....)	Bakıldığı Ortam 1.kendi evimiz 2.bakıcının evi 3.kreş 4.diğer.....)
1. çocuk				
2. çocuk				
3. çocuk				
4. çocuk				

Çocuklarınızın kendilerine ait bir odası var mı? 1.Var 2.Yok

Evde sizinle birlikte anneanne, babaanne veya dede yaşamakta mı? 1.Evet.....
2 .Hayır

Evde yaşayan toplam kişi sayısı?

Ailede ev kazası öyküsü olan var mı, var ise açıklayınız. 1.Var 2.Yok

Kim..... Kaza türü(düşme / darbe / yanma / zehirlenme /kesici-delici alet
yaralanması/ elektrik çarpması /boğulma/ diğer.....)

Çocuğunuz şimdiye kadar hiç ev kazası geçirdi mi? (cevabınız hayır ise 17. soruya
geçiniz)

1.Evet (Lütfen aşağıdaki tabloyu doldurunuz) 2.Hayır

(0-6) YAŞ ARALIĞINDAKİ KAZA GEÇİREN ÇOCUK/ÇOCUKLARA VE AİT BAZI ÖZELLİKLER

	Şu an ki yaş ı	Ka za geç irdi ği za ma nki yaş ı	Cinsi yeti 1.Kız 2.Erk ek	Ka çın cı çoc uk	Kaza türü (1.düşme 2.darbe 3.yanma 4.zehirlenm e 5.kesici- delici alet yaralanmas ı 6.elektrik çarpması 7.boğulma 8.diğer.....)	Kaza evin hangi bölümünde 1.Mutfak 2.banyo-wc 3.Oturma odası-salon 4.balkon 5.koridor 6.merdiven 7.evin çevresi 8.yatak odaları	Kaza günün hangi saatin de oldu (1.saba h 2.öğle 3.Akşa m 4.gece)	Kaza sırasında çocuğun yanında kim vardı (1.anne 2.baba 3.büyükanne/ dede 4.bakıcı 5.kreş 6.diğer.....)
1.çocuk								
2.çocuk								
3.çocuk								
4.çocuk								

	Sizce kazanın sebebi neydi? (1.Bakan kişinin ihmali 2.Çocuğun dikkatsizliği 3. Çevre faktörü 4.Diğer	Kazadan sonra evde önlemler aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır Evetse ne tür önlemler	Kazada n hemen sonra medikal tedavi aldı mı? 1.Evet 2.Hayır	Herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu? 1.Evet 2.Hayır	Girişimsel bir müdahale gerekti mi? 1.Evet 2.Hayır	Kazadan dolayı hastanede yatış oldu mu? 1.Evet 2.Hayır Evetse ; 1.YB/ 2.ACİL 3.SERVİS	Kaza sonrası kalıcı bir hasar kaldı mı ? (yara izi, sekel gibi) 1.Evet... 2.hayır	Çocuğun uzun tekrarlayan kazaları oluyor mu? 1.Evet 2.hayır
1.çocuk								
2.çocuk								
3.çocuk								
4.çocuk								

Daha önce ev kazalarına yönelik bir eğitim aldınız mı?

1. Evet ise konusunu belirtiniz.....) 2. Hayır

Ev kazaları ile ilgili eğitim almak ister misiniz?

1. Evet ise konusunu belirtiniz..... 2. Hayır

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32 (TSOY-32)

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini “çok zor/zor/kolay/çok kolay” seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1.Çok kolay	2.Kolay	3.Zor	4.Çok zor	5.Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız					

	davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

0-6 YAŞ ÇOCUKLARDA ANNENİN EV KAZALARINA YÖNELİK GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİ TANILAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını gösteren sütuna ait olan kutucuğun içine “X” işareti koyunuz. Bu ifadeleri yanıtlamak zor gelirse size en yakın şıkkı işaretleyiniz.

		Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçb ir zaman
1	Banyo ve küvet zeminini kuru tutmaya özen gösteririm					
2	Mobilya seçerken keskin kenarlı ve sivri uçlu olmamasına özen gösteririm					

3	Kullanılmayan elektrik prizlerini plastik koruyucularla kapatırım veya önüne engel oluşturacak koltuk gibi eşyalar çekerim					
4	Tuvalet ve banyo kapılarını kapalı tutarım					
5	Çocuğu yaşına uygun büyüklükte sandalyeye oturturum					
6	Çamaşır makinemi fişi takılı ve kapağı açık bırakırım					
7	Evde acil kazalarda kullanılmak üzere oksijenli su, tentürdiyot gibi maddeler bulundururum					
8	Çocukların ağızlarında yemek varken konuşmalarını veya oyun oynamalarını tehlikeli bulurum					
9	Sıcak yiyecek ve içecekleri çocuğun rahatlıkla ulaşabileceği yerlere koyarım					
10	Çekirdekli meyveleri çocuklarıma çekirdeklerini ayıklayarak yedirmeye dikkat ederim					
11	Kibrit çakmak gibi maddeleri çocuğumun erişemeyeceği yerlere kaldırırım					
12	Misafirlikte veya misafir varken çocuğumun güvenliğini izlerim					
13	Soba, şömine, radyatör gibi ısıtıcı araçların çevresine koruyucu parmaklıklar koyarım					
14	Çocuğumu banyo küvetinde yalnız bırakmaktan kaçınırım					
15	Soyulan yıpranan elektrik kablolarının çocuklar için tehlike oluşturduğunu düşünürüm					
16	Çocuğumu odada yalnız bırakmak zorunda kalırsam çevresine parmaklıklı oyun parkı gibi ortamlar oluşturmaya özen gösteririm					
17	İlaç şişelerinin ağzını çocuğumun açamayacağı şekilde sıkıca kapatırım					
18	Çocuğumun yataktan düşmesini engellemek için gerekli önlemleri alırım					
19	Uzatma kablolarını kullandıktan sonra prizden çekerek ortadan kaldırırım					
20	Kesici aletleri (bıçak, traş bıçağı makas gibi) çocuğumun ulaşamayacağı yerlerde saklarım					
21	Çocuğumun ulaşabileceği yerlerde içi su dolu kova, leğen, tencere bırakmam					
22	Evde veya bahçedeki zehirli bitkilerin (sarmaşık, kauçuk) çocuklar için tehlike oluşturacağını düşünürüm					
23	Çocuğumun emzik veya nazar boncuğunu çengelli iğne ile üzerindeki giysilere takarım					
24	Çöpleri çocuğumun erişemeyeceği yerde saklarım					
25	Çocuğumun banyo suyunun sıcaklığını derece veya dirsekle kontrol ederim					

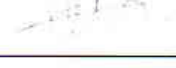
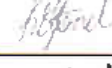
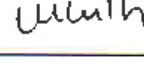
26	Yemek pişirirken çocuğumun mutfakta dolaşmasına izin veririm					
27	Çocuğumun oyuncaklarını çabuk yanmayan maddelerden seçmeye özen gösteririm					
28	Ütü, ekmek kızartma makinesi gibi elektrikli aletleri kullanırken çocuğumun ulaşamayacağı yerlere koyarım					
29	Tuvalette çocuğumun düşmemesi için boyuna uygun tuvalet adaptörü kullanırım					
30	Boş, kullanılmayan kutu ve plastik torbaları ortalıkta bırakırım					
31	Fırın ve ocak üzerindeki tava, tencere saplarını çocuğumun erişemeyeceği yönde yerleştirmeye çalışırım					
32	Yeni emeklemeye başlayan bebeklerin çevresinde ağzına götürebileceği cisimlerin olmamasına özen gösteririm					
33	İp, kemer ve naylon şeritlerin çocuğum için tehlike oluşturabileceğini düşünerek erişebileceği yerde bulunmamasına özen gösteririm					
34	Balkonlarda kenarlık ve kenarlıkların aralıklı olmamasına özen gösteririm					
35	Çocuğuma oyuncak seçerken batıcı, kesici, delici ve küçük parçalı olmamasına özen gösteririm					
36	Çocuğuma oyuncak alırken boyası çıkmayan maddeden yapılmış olmasına özen gösteririm					
37	Evde bulunduğum zamanlarda bile balkon veya bahçe kapılarını kilitli tutarım					
38	Pencerelere demir parmaklıklar veya benzeri engeller konulmasını sağlarım					
39	Zehirli maddeleri (fare zehri, deterjan, boya, çamaşır suyu, gaz, benzin gibi) çocuğumun kolayca ulaşabileceği yerde bırakmam					
40	Çocuğum kaza geçirdiğinde onu cezalandırırım					

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.07.2020-E.78151



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince nitelikli elektronik imza ile onaylanmıştır.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU
KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 14.07.2020		TOPLANTI SAYISI : 07	
ADI – SOYADI		İMZA	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA Başkan			
Prof.Dr.C.Haluk BODUR		KATILAMADI	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN		 (GÖRÜŞ BİLDİRMEDİ)	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER		KATILAMADI	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL			
Prof.Dr.Azmelek GÖNENÇ			
Prof.Dr.Gülray BAYRAMOĞLU			
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ			
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA			
Doç.Dr.Nihan KAFA			
Doç.Dr.İlyas OKUR		KATILAMADI	
Doç.Dr.Kemal ÖZTEMEL			
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN			

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı: HACER

Soyadı: DEMİRKÖSE

Doğum Yeri – Tarihi: Nizip – 10.09.1990

Eğitimi:

2016-2021: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

2008-2015: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi

Yabancı Dili: İngilizce