

K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

1-6 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA EV KAZASI GÖRÜLME SIKLIĞI
VE ANNELERİN EV KAZALARI İLE İLGİLİ
UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ

Emine ALASYA

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2012

K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

1-6 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA EV KAZASI GÖRÜLME SIKLIĞI
VE ANNELERİN EV KAZALARI İLE İLGİLİ
UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ

Emine ALASYA

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ

LEFKOŞA
2012

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç. Dr. Filiz HİSAR
Gazi Üniversitesi

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ
Yakın Doğu Üniversitesi

Üye: Yrd. Doç. Dr. Ümran DAL
Yakın Doğu Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav
Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görölmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İhsan ÇALIŞ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Tezimin oluşmasında geçen süreçte değerli zamanını ayıran, fikirleri ile bana yol gösteren, aynı zamanda manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ'a,

Zamanlarını ayırarak tezimin jürisine katılan ve tezi geliştirici fikir ve öneriler getiren Sayın Doç. Dr. Filiz HİSAR ve Yrd. Doç. Dr. Ümran DAL'a,

İstatistiksel değerlendirmemde danışmanlığını aldığım Sayın Yrd. Doç. Dr. Özgür TOSUN'a,

Değerli zamanlarını ayırarak soruları sabır ve içtenlikle cevaplayan tüm annelere,

Tez çalışmam süresince daima yanımda olduklarını hissettiren, maddi, manevi desteklerini veren kıymetli anneme ve aileme teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ALASYA, E. 1-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazası Görülme Sıklığı ve Annelerin Ev Kazaları İle İlgili Uygulamalarının Belirlenmesi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2012.

Ev kazaları, salon, mutfak, yatak odası, balkon, bahçe, garaj gibi eve ait bölümlerde meydana gelen kazalardır. Ev kazaları özellikle 1-6 yaş arası çocuklarda gelişimsel özelliklerinden dolayı daha sık görülmekte, yaralanma ve ölümlere sebebiyet vermesinden dolayı halk sağlığının öncelikli konuları arasında yer almaktadır. Literatüre göre anneler ev kazaları sırasında genelde çocuğun yakınında bulunan bireylerdir. Annenin ev kazası sırasında yapacağı ilk yardım uygulamaları, doğru yapıldığında çocuğun hayatını kurtarabileceği gibi yapılan yanlış uygulamalar çocukta kalıcı sakatlıklar ve ölümlere sebebiyet verebilmektedir. Araştırma Lefkoşa merkezde yaşayan 1-6 yaş grubu çocukların ev kazaları sıklığını ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Lefkoşa Merkezde bulunan 23 mahallede yaşayan, 1-6 yaş grubu 3507 çocuk, örneklemi ise 346 çocuk oluşturmuştur. Tabakalı örneklem yöntemi ile her mahalleden araştırmaya alınacak kişi sayısı belirlenmiş ve belirlenen mahallerden gerekli sayıya ulaşıncaya kadar 1-6 yaş grubu çocuğu olan annelerle görüşülmüştür. Veriler, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak geliştirilen soru formu ile yüzyüze görüşülerek toplanmıştır. Soru formunda anne, baba ve çocuğun tanıtıcı özellikleri, çocuğun geçirmiş olduğu ev kazaları ve ilk yardım ile ilgili sorulara yer verilmiştir. Veri toplama formları 1 Nisan-31 Aralık 2011 tarihleri arasında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırma için Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu tarafından izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) İçişleri ve Yerel Yönetimler Bakanlığı Lefkoşa Kaymakamlığından gerekli yasal yazılı izin ve araştırmaya katılan bireylerin yazılı onamları alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 18,0 programı ile yüzdelik ve ki kare testleri kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilere göre; 1-6 yaş arasındaki çocukların %54,3'ü en az bir kez ev kazası geçirmiştir. Erkek çocukların (%62,0) kız çocuklardan (%47,9) daha fazla ev kazası geçirdiği belirlenmiş, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çocuğun ev kazası geçirme sıklığı ile anne-babanın yaşı, ailenin gelir durumu, çocuğun sağlık sorunu ve geniş ailede yaşaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızda çocukların geçirmiş olduğu en sık ev kazası tipi sırasıyla düşmeler (%42,8), darbeler (%18,0) ve yanıklar (%17,2) olarak belirlenmiştir. Çocukların geçirdiği tüm kaza tiplerinde çocuğun yanında olan (%62,6) ve ilk yardım uygulamasını yapan kişiler annelerdir (%62,6). Araştırmada ev kazası sırasında yapılan ilk yardım uygulamalarının çoğunun (%76,3) doğru uygulamalar olduğu belirlenmiş, annelerin ilk yardım eğitimi almaya istekli oldukları (%82,4) ve bu eğitimleri doktor (%51,2) ve hemşirelerden (%28,0) almak istedikleri saptanmıştır. Çocuklarda ev kazası sıklığının yüksek olması nedeniyle çocuklarda ev kazalarını azaltacak müdahale çalışmalarının yapılması ve özellikle annelere ilk yardım konusunda planlı eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: 0-6 yaş, ev kazası, kasıtsız yaralanma, ilk yardım uygulamaları.

ABSTRACT

ALASYA E, The Incidence of Home Accidents Among Children Aged 1-6 Years and the Practices of Mothers Related With Home Accidents. Near East University, Institute of Health Science Nursing Program, Master's Thesis, Lefkoşa, 2012.

The accidents, that are occurred such as in the living room, kitchen, bedroom, balcony, garden and garage sections of the house are called home accidents. The accidents in the home are more frequent between 1-6 years children due to their developmental characteristics. The home accidents are among the priority of public health issues because they cause serious injury or death. According to the literature the child's mother is usually next to the individuals during accidents in the home. When the practice of first aid of mother during the home accident is done correctly it could save the child's life, however wrong practices can give rise to permanent disability and death to the child. The study is made as a descriptive to determine the frequency of accidents among children aged 1-6 living in the center of Lefkoşa and to determine mother's practices related to the accidents in the home. The entire study is consisted of 3507 children who are aged 1-6 living in the 23 neighborhoods in the center of Lefkoşa and the sample of the study is consisted of 346 children. The method of stratified sampling has been used to identified the number of people who will be to research in each district and the simple random sampling has been used to determine people who will be to study. The reseacher developed questionnaire by searching literature and the data were collected by using face to face interviews. The questions in the form are related to identify the characteristics of the child, mother and the father, to the home accidents that child had and to the first aid. The data gathering was undertaken by the researcher between the dates of 1 April-31 December 2011. The research topic along with the questionnaire were evaluated and found ethically appropriate by the Scientific Ethics Research Committee of the Near East University. In order to carry out the current study, the written legal permission was obtained from the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC) Ministry of Interior and Local Administration. The data were analysed by Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows 18,0). In the analysis, percentage calculation and chi-square tests were used. According to the data gathered in this study, at least once 54,3% of children had a home accident. It is identified that the rate of home accidents that boys (62,0%) usually face with, is more than girl (47,0%) and that proportion has also been found statistically significant ($p < 0,05$). The incidence of home accidents were more frequent in children who have health problems, live in a large and low-income family and age of parents ($p < 0,05$). Most common type of the home accidents was determined as falls (42,8%), coups (18,0%) and burns (17,2%) when the children had accident, mostly their mothers (62,6%) were with them and it is determined that the fist aid practice was done firstly by their mothers (62,6%). Our study showed that the majority of made applications of the first aid during home accidents were right practices (76,3%). Moreover, the mothers were willing to take first aid training (82,4%) and it was determined that they mostly wish to take

doctor (51,2%) and nurse (28,0%) advised training program. Due to high incidence of home accidents in children,an intervention program for mothers and regular first aid courses have been recommended by researcher in order to reduce the amount of home accidents in children.

Keywords: 0-6 years, home accidents, unintentional injuries, first aid practices.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1 Kaza Tanımı	8
2.2 Ev Kazası Tanımı	8
2.3 Ev Kazalarının Epidemiyolojik Özellikleri	8
2.4 Evde Karşılaşılan Kaza Çeşitleri	11
2.5 İlk Yardım	21
2.6 Hemşirelerin Ev kazalarının Önlenmesindeki Rolü	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	26
3.1 Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları	29
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.6. Verilerin Toplanması	29

İÇİNDEKİLER (DEVAM)

	Sayfa
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
6.1. Sonuçlar	55
6.2 Öneriler	57
KAYNAKLAR	
EKLER	
EK 1: SORU FORMU	
EK 2: ONAM FORMU	
EK 3: İZİN FORMU	
EK 4: ETİK KURUL FORMU	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHA	American Heart Association
CAB	Compressions (Dolaşım) - Airway (Hava) - Breathing (Solunum)
CPR	Cardio Pulmoner Resutation
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü - (World Health Organization)
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 3.3.1. Mahallelere Göre Örneklem Kapsamına Alınacak Çocuk Sayısı	28
Tablo 4.1. Çocukların Yaş ve Cinsiyet Durumlarına Göre Dağılımı	32
Tablo 4.2. Çocukların Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı	32
Tablo 4.3. Anne-Babaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Tablo 4.4. Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı	35
Tablo 4.5. Anne-Babaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı	37
Tablo 4.6. Çocukların Geçirdiği Ev Kazası Tiplerine Göre Dağılımı	39
Tablo 4.7. Çocukların Geçirdiği Ev Kazası Tiplerinin Zaman, Mevsim ve Mekan Özelliklerine Göre Dağılımı	40
Tablo 4.8. Çocukların Ev Kazası Geçirdikleri Sırada Yanında Olan ve İlk Yardım Uygulamasını Yapan Bireylerin Dağılımı	41
Tablo 4.9. Çocukların Ev Kazası Geçirdikleri Sırada İlk Yardım Uygulamasını Yapan Annelerin Uygulamayı Kimden Öğrendiği ve İlk Yardım Uygulamasının Uygunluğunun Dağılımı	42
Tablo 4.10. Annelerin İlk Yardım Eğitimi İsteme Durumları ve Eğitim Almak İstedikleri Kaynakların Dağılımı	43
Tablo 4.11. Annelerin İlk Yardım İle İlgili Durumlarının Dağılımı	45

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kaza, önceden planlanmamış, beklenmeyen, ani olarak ortaya çıkan yaralanma, hasar, insan/mal kaybı ile sonuçlanabilen ve önlenebilen bir olaydır (Özcebe, 2006; Tanır, 2011). Kaza yanlış davranış ve ihmaller sonucunda oluşan, korunulabilir bir olay olarak da tanımlanabilir (Kıran ve ark., 2001). Kazalar genel olarak; trafik kazaları, iş kazaları (İş yerinde ya da işin yürütüm koşulları nedeniyle oluşan bütün kazalar), ev kazaları (zehirlenmeler, yangınlar, düşme, kesiler, elektrik kazaları), endüstriyel kazalar (patlamalar, yangınlar, zehirlenmeler, radyasyon vb), spor kazaları ve okul kazaları (suda boğulma, düşme, vb) olarak çeşitlendirilebilir (Bertan ve Çakır,1997; Yalçın ve Yurdakök, 1999; Kıran ve ark., 2001; Tanır, 2011).

Tanır (2011)'ın belirttiğine göre günümüzde ve 2030 yılına kadar kazalar insanların yakalanacağı hastalık grubundaki ilk 10 hastalık grubu içinde üçüncü sırada yer alacağı öngörülmektedir. Dünya'da hergün kazalara bağlı yaralanmalar nedeniyle 2000 çocuk hayatını kaybederken, her yıl 830 000 çocuğun yaşamı sona ermektedir. Her yıl milyonlarca çocuk ömür boyu sakatlıkların neden olduğu kazalara bağlı yaralanmalar nedeniyle hastaneye gitmektedir (DSÖ, 2008). Kazalar nedeni ile ölümler Dünya'da (Çavuşoğlu, 2008; Erci, 2009; Tanır, 2011) ve Avrupa'da ölüm nedenleri arasında 4. sırada gelmektedir (HEIDI, 2012).

Kaza çeşitleri içinde ev kazalarının, trafik ve iş kazalarına göre sayısal olarak daha fazla olduğu düşünülmekle birlikte, kayıtların yetersizliği, sadece yataklı tedavi kurumlarının verilerinin tüm kazaları yansıtmaması gibi nedenlerle gerçek kaza sayıları ile zararlarının oranları tam olarak saptanamamaktadır (Tanır, 2011). Ev kazaları, evde veya eve ait bahçe, ahır, samanlık, çatı, garaj gibi evin bölümlerinde meydana gelen kazalardır (Bertan ve Çakır, 1997). Ev kazaları, insan sağlığı, sağlık hizmetleri, iş gücü ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri, maddi külfeti ve önlenebilir olma özellikleri nedeniyle günümüzde halk sağlığının öncelikli konuları arasındadır (Bertan ve Çakır, 1997). Ev kazaları ölümlerin ve yaralanmaların başlıca nedenleri arasındadır (www.injuryobservatory.net) ve motorlu taşıt kazalarından

sonra daha fazla ölümcül yaralanmalara neden olmaktadır. Dünya’da her yıl 27 milyon kişi ev kazaları nedeniyle hayatını kaybetmektedir (<http://www.Cevresagligi.org>). Avrupa’da yaralanmaların 3’te 2si evlerde gerçekleşirken, ev kazalarına bağlı ölümler trafik kazalarından 2 kat daha fazla meydana gelmektedir. 100 000’den fazla Avrupalı her yıl evde olan kazalardan dolayı hayatını kaybetmektedir (HEIDI, 2012).

Amerika’da acil servise başvurma nedenleri arasında ev kazaları 3. sırada yer almaktadır (CDC, 2011). İngiltere’de kazaların %40,0’ı evlerde meydana gelmekte, yılda yaklaşık olarak evde olan kazalar sonucunda 7000 kişi hayatını kaybetmekte (Kazaları Araştırma ve Önleme Enstitüsü, 2012) ve 2,7 milyon kişi ise ev kazaları nedeni ile tedavi görmektedir (ROSPA, 2012). Yine İngiltere’de yetişkin yaralanmalarının 3’te biri evlerde meydana gelmekte (DSÖ, 2005) ve yılda 2,6 milyon ev kazası olmaktadır (Department of Trade Industry, 1999; Sarıkaya, 2012). Kuzey İrlanda’da, ev kazalarının %66,0’sı ev içinde gerçekleşmektedir (www.injuryobservatory.net). Türkiye’de ev kazaları %25,0 görülme oranı ile kazalar arasında trafik kazalarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Koçer, 2006).

Ev kazalarında başta çocuklar olmak üzere yaşlılar, özürllüler (Bertan ve Çakır, 1997) ve kadınlar en önemli risk gruplarını oluşturmaktadır (Bilir ve Yıldız, 2007). Çocukluk çağında görülen kazaların büyük bir kısmı evlerde meydana gelmektedir (Kazaları Araştırma ve Önleme Enstitüsü, 2012). Dünya’da ve Türkiye’de ev kazaları, özellikle 0-6 yaş döneminde çeşitli yaralanmalara, sakatlanmalara ve ölümlere neden olması açısından önemle üzerinde durulması gereken bir konudur (<http://iys.inonu.edu.tr>).

Her yıl ev kazalarına bağlı hayatını kaybeden çocuk sayısı lösemi ve menajit gibi hastalıklara bağlı olarak yaşamını yitiren çocuk sayısından fazladır (Sarıkaya, 2012). Dünya’da ölümlerle sonuçlanan ev ve trafik kazalarının insidansı 1-4 yaş grubunda 100 000’de 23,5 iken, 5-14 yaş grubunda %15,0’tir. 5 yaş altı çocuklarda ciddi yaralanmaların çoğu evde olmaktadır (Yalçın, 1999). Pearson ve ark. (2011)

beş yaştan altındaki çocukların ev kazaları sonucunda daha yüksek oranda yaralanmalara maruz kalan kişiler olduğunu belirtmektedir.

Koçer (2006)'in belirttiğine göre, ülkelere göre değişiklik göstermesine rağmen 0-6 yaş grubu çocukların karşılaştığı travmalar içerisinde ev kazaları %25,0 oranında görülmektedir. Değişik ülkelerde yapılan araştırmalara göre çocuklar arasında görülen ev kazaları sıklığı %21,0 ve %68,0 arasında değişmektedir (Duff ve ark., 2002; Brook and Boaz, 2003; Dal Santo ve ark., 2004; Miller ve ark., 2004; Nagaraja ve ark., 2005; Valent ve ark., 2007; Keall ve ark., 2008; Chong ve Mitchell, 2009; Tsoumakas ve ark., 2009; Mahalakshmy ve ark., 2011). Amerika'da 1-14 yaş grubu kazalarının %60,0'ını ev kazaları oluşturmaktadır (Tanır, 2011). ABD'de her dört çocuktan bir tanesi yılda bir ev kazasına uğrayarak tedavi görmektedir (Kazaları Araştırma ve Önleme Enstitüsü, 2012). İngiltere'de her yıl 15 yaşından küçük bir milyon çocuk acil servislere ev kazaları nedeni ile gelmektedir (NHS, 2011). Avrupa'da, kazaların neden olduğu yaralanmalara bağlı çocuk ölümlerinin büyük bir bölümü Letonya, Estonya ve Litvanya'da meydana gelmektedir. Litvanya'da kazalara bağlı yaralanmaların neden olduğu ölümler 3. sırada gerçekleşmiş, 2003 yılında yaklaşık olarak 75,000 (119,6/1000) çocuk yaralanmıştır. Almanya'da ev kazaları, 5 yaşın altında meydana gelen kazaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (DSÖ, 2005).

Türkiye'de son 5 yılda 120 000 çocuk ev kazası sonucu hastaneye müracat etmiş ve 2000'i hayatını kaybetmiştir. Türkiye'de ev kazalarının %45,4'ü 0-6 yaş arasındaki çocuklarda görülmektedir (Törüner ve Büyükgönenç, 2011). Yine Türkiye'de değişik bölge ve zamanlarda yapılmış bazı çalışma sonuçlarına göre çocuklarda ev kazası görülme sıklığı %13,8 ve %78,0 arasında değişmektedir (Erkal ve Şafak, 2006; Kılıç ve ark., 2006; Boztaş, 2008; Bombacı ve ark., 2008; Şahiner, 2009; Erkal, 2010; Aktaş, 2010; Yıldırım, 2010; Yalaki ve ark., 2010; Balibey ve ark., 2011; Karatepe ve Akış, 2012; Yıldırım ve Kubilay, 2012; Aksakal, 2012).

Ev kazalarının çocuklarda daha fazla görülmesinin nedenleri arasında, davranışsal ve fiziksel özelliklerinin yetişkinlerden farklı olması, tehlikelerin

bilincinde olmamaları, meraklı olmaları, hareketli olmaları ve yaşam alanlarının çocukların özelliklerine göre düzenlenmemiş olması sayılabilir. Ayrıca, çocukların buldukları cisimleri kendilerine zarar vereceğini düşünmedikleri için ağız, kulak ve burunlarına sokmaları, tamir aletleri, kablo, priz ve musluklara ilgi duymaları, yürümeye başlayınca kolayca tehlikeli yerlere ulaşmaları kaza nedenleri arasındadır (Bertan ve Çakır, 1997; Koçer, 2006).

Çocuklarda en sık görülen ev kazası çeşitleri, düşme, darbe, yanık ve haşlanma, zehirlenme, boğulma, elektrik çarpması, hayvan ısırıkları, kesici-delici alet yaralanmaları, göze, kulağa ve buruna kaçan nesnelerin neden olduğu kazalar olarak belirtilmektedir (Kazaları Araştırma ve Önleme Enstitüsü, 2012). Ev kazaları arasında yanma, düşme ve boğulmalar okul öncesi çocukluk döneminde yüksek mortaliteye sahiptir (King ve Klassen, 2001; Ramsay ve ark., 2003; Köse ve Bakırcı, 2007).

Ev kazaları ile ilgili Dünya’da ve Türkiye’de yapılan bir çok çalışma olmasına karşın Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde bu konu ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. KKTC’de ev kazaları ile ilgili fikir vermesi açısından, KKTC Sağlık Bakanlığı’nın 2008 yılı verilerine göre, KKTC genelindeki hastanelerin acil servislerine ilaç zehirlenmesi nedeniyle gelenlerin sayısı 65 kişi, travma nedeniyle gelenlerin sayısı 4633 kişidir (Sağlık Bakanlığı, 2008). Temel Sağlık Dairesi 2008 yılı istatistiklerine göre ise KKTC’de bulunan merkezlere bir yıl içinde ilk yardım nedeniyle başvuranların sayısı 40 558 kişidir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Ev kazaları ile karşılaşıldığı zaman nasıl bir uygulama yapıldığı oldukça önem taşımaktadır. Bilinçli ilk yardım uygulamaları gereksiz ölüm ve sakatlıkları önlemektedir (Koçer, 2006). 1-6 yaş grubu çocuklar gelişim özelliklerinden dolayı kendilerini kazalardan koruyamadıkları için sürekli birilerinin kontrolü altında bulunmaları gerekmektedir. Anne, babalar çocuğun yanında sürekli bulunan kişilerdir ve çevreyi kazalar açısından en az riskli olacak şekilde düzenlemek zorundadırlar (Koçer, 2006).

İlk yardım, herhangi bir kaza anında ya da yaşamı tehlikeye girmiş bir kişiye durumunun kötüleşmesini önlemek amacı ile yapılan ilaçsız uygulamalardır (Bilir ve Yıldız, 2007). Amerikan Kalp Derneği (2010)'nin tanımına göre ilk yardım, sıradan bir kişinin, yaşamı tehlikeye düşüren herhangi bir olay karşısında tıbbi donanım olmadan yaptığı müdahaleler olarak belirtilmektedir. Yapılan yanlış uygulamalar bireyin iyileşmesi bakımından olumsuz etki yapmaktadır. Örneğin yanık üzerine diş macunu, salça, yoğurt, yağ gibi maddelerin sürülmesi iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Bilir ve Yıldız, 2007).

Erzurum'da yapılan bir araştırmaya göre, kırık, çıkık ve burkulma durumlarında çocuklara ilk yardım uygulaması yapan kişilerin %67,1'ini anneler oluşturmakta iken yapılan uygulamalar arasında, hiç uygulama yapmama, etkilenen bölgeyi ovma, üzüm bağlama, sınıkçıya gitme gibi zararlı uygulamaların (%72,6) olduğu belirtilmiştir (Küçükoğlu ve ark., 2009).

Yanık ile ilgili başka bir araştırma sonucuna göre annelerin %67,6'sı hemen soğuk suya tutma, %11,0'i buz koyma gibi doğru uygulamalar yaparken, %5,5'i salça sürme, %12,2'si diş macunu sürme, %3,7'si tereyağı sürme gibi yanlış uygulamalar yapmıştır (Çarman ve ark., 2008).

Düşmelerle ilgili yapılan bir araştırmada ise, düşme sonrası doğru ilkyardım uygulaması yapan annelerin sayısının az olduğu saptanmıştır (Çalışkan ve ark., 2010).

Ev kazalarına bağlı ölümler ve sakatlanmaları önlemek için sağlık personellerine önemli görevler düşmektedir. Halk sağlığı hemşireleri halka daha yakındır. Dolayısıyla ev kazaları ve ilk yardım ile ilgili daha aktif rol almaları gerekmektedir. Ev kazaları ve ilk yardım konusunda halk sağlığı hemşiresinin bazı sorumlulukları bulunmaktadır. Halk sağlığı hemşiresi ilk yardım gerektiren durumlarda uygun ve yeterli girişim yapmalı, ilk yardım ile ilgili halka sağlık eğitimi vermeli ve ev kazalarını en aza indirmek için gerekli gözlemleri yapmalıdır. Halkı bu konuda uyararak, destekleyici, eğitici ve danışmanlık rollerini kullanmalıdır (Erefe, 1998). Ayrıca ev kazalarını önleme programları düzenlenerek, ilk yardım

uygulamalarının önemi kavratılmalı ve ilk yardım becerileri kazandırılmalıdır (Karaman ve ark., 2005; Turan ve Ceylan, 2007; Çalışkan ve ark., 2010).

Ancak bu beceriler kazandırılmadan önce çocukların geçirdiği ev kazaları sıklığını ve annelerin uyguladığı ilk yardım uygulamalarını belirlemek gerekmektedir. Böylece ev kazaları sıklığının belirlenmesi hemşirelerin ev kazaları konusunda riskli grupları belirleyebilmelerine ve ev kazalarını önleme çalışmalarının planlanmasında bu gruplara öncelik verilmesini sağlayacaktır. Ayrıca annelerin ilk yardım uygulamalarının belirlenmesi ve bu konuda yapılacak eğitimlere rehber oluşturacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma Lefkoşa merkezde yaşayan 1-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kaza Tanımı

Kaza, “önceden planlanmamış, beklenmeyen, ani olarak ortaya çıkan; yaralanma, hasar, insan/mal kaybı ile sonuçlanabilen, organizmada mekanik ve biyokimyasal zarara yol açan, önlenebilen bir olaydır (Kıran ve ark., 2001; Özcebe, 2006). DSÖ tarafından yapılan tanıma göre kaza; insan iradesi dışında, ani ve çabuk beliren bir dış güç etkisiyle ortaya çıkarak fiziksel ve/veya mental hasarla sonuçlanabilen olaylardır (DSÖ, 2001). Türk Dil Kurumuna göre kaza, can veya mal kaybına, zararına neden olan kötü olaylar olarak tanımlanmaktadır (<http://tdkterim.gov.tr/bts/>). Diğer bir tanıma göre önceden planlanmamış, ne zaman, nerede, nasıl oluşacağı bilinmeyen, beklenmedik bir anda oluşan yaralanmalar, can ve mal kayıplarına neden olan olaylara ”Kaza” denmektedir (Tanır, 2011).

2.2 Ev Kazası Tanımı

Ev kazaları, ev içerisinde veya bahçede meydana gelen herhangi bir kaza veya yaralanma olarak belirtmiştir (Bertan ve Çakır, 1997).

2.3 Ev Kazalarının Epidemiyolojik Özellikleri

Ev kazaları epidemiyolojik olarak incelendiğinde kişi, yer, zaman özellikleri ve ev kazaları sıklığı olarak belirtilmektedir.

2.3.1 Kişi Özellikleri

2.3.1.1 Yaş

Ev kazalarında çocuklar ve yaşlılar önemli risk gruplarını oluşturmaktadır (Bertan ve Çakır, 1997; Mcdonald ve ark., 2006). Birçok çalışmada çocukların ev kazaları açısından en riskli grup olduğu belirtilmektedir (Hamzaoglu ve ark., 2002; Mahmut ve ark., 2007; Boztaş, 2008; Yıldırım, 2010). Gelişmiş ülkelerde çocuklar ve ev kazaları halk sağlığı açısından ciddi bir problemdir (DSÖ, 2008). Çocukluk dönemi yaralanma riski yaş büyüdükçe artmaktadır (Gilbride ve ark., 2007; DSÖ,

2006). Bebeklerde düşme, aspirasyon, suda boğulma ve yanık riski fazladır. Oyun çocuklarında ve okul öncesi çocuklarda ise düşme, yanık, suda boğulma, zehirlenme riski fazla olurken ev kazalarına bağlı yaralanmalar en çok 2-2,5 yaşlarında olmaktadır (Baysal ve ark., 2005)

2.3.1.2 Cinsiyet

Ev kazalarında kadınlar en önemli risk gruplarını oluştururken (Bilir ve Yıldız, 2007; <http://www.auhw.gov.au>), ev kazaları erkek çocuklarda kız çocuklarına göre daha sık görülmektedir (www.cevresagligi.org; Baysal ve ark., 2005).

2.3.1.3 Eğitim Durumu

Eğitim durumu ile kaza geçirme riski arasında bağlantı bulunmaktadır. Eğitim durumu düşük ailelerde ev kazası geçirme riski fazladır (Baysal ve ark., 2005). Eğitim düzeyi yüksek olan aileler çocuklarının gelişim düzeyleri hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları için ev kazası sıklığı daha az görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan aileler, çocukların büyüme gelişme aşamalarını daha iyi bildiklerinden ev kazalarını önlemek için gerekli önlemleri alabilmektedir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan ailelerin ev ortamı da ev kazalarından korunulacak şekilde güvenli ortamlardır (Mohammed, 2004).

2.3.1.4 Sosyo-Ekonomik Durum

Düşük sosyoekonomik durum (işsizlik, fakirlik, kalabalık aile) ile kaza sıklığının ve ölüm oranını arttığı görülmektedir (www.cevresagligi.org). Çalışmayan ailelerin genelde sosyo-ekonomik durumları düşük olduğundan ev ortamları çocukların ev kazası geçirmeleri için daha elverişlidir (Mohammed, 2004).

Yoksul çocukların anne-babaları yeterli bakımı ve desteği sağlayamadıkları için bu çocuklar kazalara açık hale gelmektedirler (Unicef, 2008). Ayrıca yoksul çocuklar ev kazalarını önleme programlarından ve kaliteli sağlık hizmetlerinden faydalanamadıkları için ev kazaları açısından daha fazla risk altındadır (DSÖ, 2008).

Düşük gelirli ailelerde olumsuz yaşam koşullarından dolayı boğulmalar, düşmeler, yanıklar ve böcek ilaçlarının neden olduğu zehirlenmeler oldukça fazla risk oluşturmaktadır. Yüksek gelirli ailelerde ise spor yaparken meydana gelen kazalar daha fazladır (DSÖ, 2009). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kaza nedenleri ve oluş mekanizmaları da değişmektedir. Yanıklar, gelişmiş ülkelerde daha çok elektrikli alet, radyatörler, fırın, soba, sigara, kibrit, fişekler nedeni ile, gelişmekte olan ülkelere ise soba, fırın, ocak, ısınmak veya yemek pişirmek için yakılan odun, kömür ateşleri, kimyasal maddeler sonucu oluşmaktadır. Kesizelenme yaralanmaları ise, gelişmiş ülkelere daha çok oyuncaklar, spor, oyun alanları, mobilya, ev aletleri ile oluşurken, gelişmekte olan ülkelere ise ek olarak bıçak, çevresel faktörler (inşaat malzemeleri, zirai malzemeler, madenler) de katkıda bulunmaktadır (www.cevresagligi.org). Yüksek ve orta gelirli ülkelere yangınlara yatakta sigara içme ve kızratma yapma neden olurken, gelişmekte olan ülkelere yangınlar daha çok yemek pişirirken meydana gelmektedir (DSÖ, 2009). Yangınlar sonucu yaklaşık 96000 çocuk her yıl hayatını kaybetmektedir ve ölüm oranı yüksek gelirli ülkelere göre düşük ve orta gelirli ülkelere 11 kat daha fazladır (DSÖ, 2008).

2.3.1.5 Evde Yaşayan Kişi Sayısı

Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça ev kazası görülme sıklığı da artmaktadır (Baysal ve ark., 2005; Aktürk ve Erci, 2012; www.Cevresagligi.org).

2.3.2 Yer Özellikleri

Ev kazalarının büyük bir çoğunluğu kaygan ve düz olmayan zeminler, yetersiz aydınlatma, evdeki fiziksel koşulların yetersizliği, sabit olmayan eşyalar ve yerdeki cisimler nedeniyle meydana gelmektedir (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri, 2008). Ciddi yaralanmalarla sonuçlanan ev kazaları genelde mutfakta ve merdivenlerde gerçekleşmektedir (NHS, 2011).

Ev kazası geçirme riski kırsal ve yarı-kentsel yerleşim bölgelerinde daha fazladır (DSÖ, 2012). Avrupa’da yüzme havuzlarının, göletlerin ve su birikintilerinin fazla olmasından dolayı bir çok boğulma gerçekleşmektedir (DSÖ, 2009).

2.3.3 Zaman Özellikleri

Ev kazaları mevsimlere göre değişiklik göstermektedir. Ev kazalarının neden olduğu yaralaranmalar daha çok ilkbahar ve yaz aylarında (Baysal ve ark., 2005) Mayıs ve Ağustos ayları arasında gerçekleşmektedir (<http://www.lpch.org>). Kış döneminde yanıklar fazla iken, ilkbahar ve yaz mevsimlerinde düşmeler, zehirlenmeler, boğulmalar artmaktadır (Ergin, 2012). Ayrıca kazalar genelde konsantrasyonun düşük olduğu sabah saatleri ile yorgunluğun arttığı akşam saatlerinde olmaktadır (<http://www.cevresagligi.org>).

2.3.4 Ev Kazaları Sıklığı

Dünya’da ev kazaları için bir kayıt sistemi olmadığından, kaza sıklığının boyutu tam olarak bilinmemektedir. Kaza sıklığı hakkında bilgi edinmek için kaza nedeni ile hastaneye başvuruları, sakatlık durum tespit çalışmaları, anketler, ölüm nedenlerinin analizi, otopsi sonuçları ve yetişkinler için sigorta istatistiklerinden faydalanılmaktadır. Bu nedenle sadece buzdağının üstü değerlendirilebilmektedir. (<http://www.cevresagligi.org>). Dünya’da her yıl 27 milyon kişi ev kazaları nedeniyle hayatını kaybetmekte, 13 milyon kişi ise yaralanmaktadır (<http://www.cevresagligi.org>).

Değişik ülkelerde ve zamanlarda yapılan araştırmalara göre çocuklar arasında görülen ev kazaları sıklığı %21,0 ve %68,0 arasında değişmektedir (Dal Santo ve ark., 2004; Duff ve ark., 2002; Miller ve ark., 2004; Brook and Boaz, 2003; Nagaraja ve ark., 2005; Chong ve Mitchell, 2009; Valent ve ark., 2007; Mahalakshmy ve ark., 2011; Keall ve ark., 2008; Tsoumakas ve ark., 2009). Türkiye’de değişik bölge ve zamanlarda yapılan bazı çalışma sonuçlarına göre çocuklarda ev kazası görülme sıklığı %13,0 ve %78,0 arasında değişmektedir (Bucak ve Tepe, 2003; Erkal ve Safak, 2006; Kılıç ve ark., 2006; Boztaş, 2008; Bombacı ve ark., 2008; Şahiner, 2009; Yalaki ve ark., 2010; Aktaş, 2010; Erkal, 2010; Yıldırım, 2010; Yalaki ve ark.,

2010; Balibey ve ark., 2011; Karatepe ve Akış, 2012; Yıldırım ve Kubilay, 2012; Aksakal, 2012; Aktürk ve Erci, 2012).

2.4 Evde Karşılaşılan Kaza Çeşitleri

Başlıca ev kazaları zehirlenme, düşme, yanma, boğulma, kesikler-ezikler veya delici yaralanmalar, elektrik çarpmaları ve ateşli silahlarla yaralanmalar olarak belirtilebilir (Güler ve Çobanoğlu, 2001; Bilir ve Yıldız, 2007; Tanır, 2011; NHS, 2011).

2.4.1 Düşme

Bebekler için en büyük tehlikelerden birini yatak, kanepa veya masa gibi yüksek yerlerden düşmeler oluşturmaktadır. Yeni yürümeye başlayan çocuklar için ise mobilyalardan, merdivenlerden, pencereden veya balkondan düşmek oldukça kolaydır (NHS, 2011).

Dünya’da her yıl düşmeler nedeni ile 47 000 çocuk hayatını kaybetmektedir (DSÖ, 2008). Bazı araştırma sonuçlarına göre Dünya’da ve Türkiye’de düşmeler birinci sırada yer almaktadır (Chan ve ark., 2003; Dal santo ve ark., 2004; Runyan ve ark., 2005; Karataş, 2006; Gencer ve ark., 2006; Çınar ve Görak, 2007; Chong ve Mitchell, 2008; Tsoumakas ve ark., 2009; Boztaş, 2008; Erkal, 2010; Yıldırım, 2010; İnanç, 2010; Aktaş, 2010; Mahalakshmy ve ark., 2011; Yıldırım ve Kubilay, 2012; Karatepe ve Akış, 2012; Aktürk ve Erci, 2012; Aksakal ve ark., 2012; Kim ve ark., 2012).

Evde gerçekleşen düşme olgularında uygulanması gereken ilk yardım uygulamaları aşağıdaki gibidir:

Düşerek çarpma gerçekleşmiş ise o bölgeye soğuk uygulama yapılmalıdır. Çarpılan yerde şişme olursa o bölgeye 10-15 dakika buz konmalı, kanama olmuşsa uygun yara temizliğinden sonra kanama kontrolü yapılmalıdır. Düşme sonucu kırık oluşmuşsa, yaralı hareket ettirilmemeli, sıcak tutulmalı, kırık bölge ani hareketten kaçınılması için sopa, tahta, karton gibi sert malzemeler kullanılarak tespit edilmelidir.

Burkulma gerçekleşmişse, bandajla eklem tespit edilmeli, bölge yukarı kaldırılmalı, hareket ettirilmemeli ve tıbbi yardım çağrılmalıdır. Çıkıklarda ise, eklem aynen bulunduğu şekilde tespit edilmeli, çıkık yerine oturtulmaya çalışılmamalı, ağızdan herhangi bir madde verilmemelidir. Bölge nabız ve deri rengi açısından kontrol edilip, tıbbi yardım istenmelidir (Bilir ve Yıldız, 2007; Seiler, 2007; Albayrak, 2009).

Düşmeler sonucu gerçekleşen yaralanmaları önlemek için aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir:

- Tırabzan ve balkon parmaklıkları, çocukların aralardan geçemeyeceğı ya da üstüne tırmanamayacağı biçimde olmalıdır.
- Pencerelere parmaklık konmalıdır.
- Mobilyalar pencerelerden ve balkonlardan uzak tutulmalıdır.
- Bebekler, mobilya ya da hareketli masalar üzerinde asla tek başlarına bırakılmamalıdır (Kurt, 2010; NHS, 2011).
- Yere dökülen sıvılar hemen silinmelidir.
- Oyuncaklar oyun sonrası kaldırmalıdır.
- Kaygan halı ve hasırları sabitlenmelidir (Kurt, 2010).
- Yürüte kullanılmamalıdır (<http://www.kidshealth.org>).
- Merdivenlere güvenlik kapıları konmalıdır.
- Merdivenlerde düşmeye neden olabilecek nesneler olmamalı ve yeterince ışıık olmalıdır (NHS, 2011).

2.4.2 Yanıklar

Isıya bağılı doku bütünlüğünün bozulmasına veya dokularda meydana gelen değışikliklere yanık denir. Yanıklar genellikle sıcak su veya buhar teması sonucu meydana geldiğı gibi, sıcak katı maddelerle temas, asit/alkali gibi kimyasal maddelerle temas, elektrik akımı etkisi ya da radyasyon nedeniyle de oluşabilir (Bilir ve Yıldız, 2007; Albayrak, 2009). Yanığın ciddiyetini belirleyen faktörler, yaranın

derinliği, yaygınlığı, bölgesi, enfeksiyon riski ve yaşıdır. Yanığa maruz kalan kişinin organ ve sistemlerinde fonksiyon kaybı, şok, enfeksiyon gelişebilir.

Elektrik çarpması kazaları çoğunlukla çocukların evdeki voltajla temas etmeleri sonucu olur ve kalp ritm bozuklukluklarına yol açtıkları için hayati tehlike oluşturabilirler. Elektrik çarpmasına maruz kalan çocukta akımın girip çıktığı yerlerde yanıklar bulunur ve akımın şiddetine göre bilinç bulanıklığı/bilinç kaybı, solunumun durması, nabzın alınamaması gibi değışiklikler olabilmektedir. Böyle bir durumla karşılaşıldığı zaman kişi önce kendini korumalı, sigortalar kapatılmalıdır. Çocuğun nabızı ve solunumu kontrol edilerek, solunum varsa sabit yan yatış konumu sağlanmalıdır. Eğer solunum ve nabız yoksa derhal ilk yardım temel yaşam desteğine başlanmalıdır (Seiler, 2007).

Ateşli silahlarla gerçekleşen yaralanmalar da ev kazaları arasında yer almaktadır (Baysal ve ark., 2005). Silahlar evlerde daima içi boş olarak, kurşunları ve saçmaları ayrı dolapta ve her ikisi de ayrı ayrı yerlerde kilitli olarak tutulmalıdır. Kaza sonucu ateşli silah yaralanmalarının önlenbilmesi nedeniyle kullananların silah taşıma ve kullanma ile ilgili güvenlik kurallarına uymaları gerekmektedir (Güler ve Çobanoğlu, 2001).

Yanık Dereceleri;

- 1. Derece Yanık:** Deride kızarıklık, ağrı, yanık bölgede ödem vardır. Yaklaşık 48 saatte iyileşme gerçekleşir. Güneş yanıkları bu gruptadır.
- 2. Derece Yanık:** Deride bül vardır. Ağrılıdır. Buharla olan yanıklar örnek verilebilir.
- 3. Derece Yanık:** Derinin tüm tabakaları etkilenmiştir. Yanık, yağ dokusu, kas dokusu veya kemiğe kadar iner. Sinirler zarar gördüğü için ağrı yoktur (Bilir ve Yıldız, 2007; Seiler, 2007; Albayrak, 2009).

Evde gerçekleşen yanık olgularında uygulanması gereken ilk yardım uygulamaları aşağıdaki gibidir:

- Kişi yanıyorsa paniğe engel olunmalı, koşması engellenmeli, üzeri bir örtü ile kapatılıp yuvarlanması sağlanmalıdır.
- Yanan kişi çok heyecanlı olacağından sakinleştirip, yatırılmalı, rahat etmesi sağlanmalıdır.
- Solunum yolu kontrol edilmelidir.
- Yanık bölgesine bir şey sürülmemeli, dokunulmamalı, deri soyulmamalıdır. Bül patlatılmamalıdır.
- Yanan bölge 10-20 dakika soğuk suyun altında tutulmalıdır.
- Yanığın üzeri varsa steril bir sargı beziyle, yoksa temiz bir bezle kapatılmalıdır.
- Yanan kişinin elbiselerinin çıkartılması gerekiyorsa, bülü patlatmadan, elbiselerle beraber varsa metal eşyalar ve takılar da çıkartılmalıdır. Çünkü ödem gelişebilir ve metaller ısının artmasına neden olabilir.
- Yanan bölge üzerine merhem, un, salça, diş macunu, yoğurt, yağ gibi maddeler sürülmemelidir.
- Sağlık kuruluşuna götürülmelidir (Bilir ve Yıldız, 2007; Seiler, 2007; Albayrak, 2009).

Ev kazası yoluyla gerçekleşen yanıkları önlemek için aşağıdaki öneriler dikkate alınmalıdır:

- Çocuklar ocak ve fırınlardan uzak tutulmalıdır. Tava sapları ocağın arka yüzüne çevrili konuma getirilmelidir.
- Kibrit ve çakmaklar çocukların ulaşamayacakları yerlerde saklanmalıdır.
- Sıcak su çocuğun erişemeyeceği yerde bulunmalı, içi sıcak su, yağ, yemek dolu mutfak eşyaları ocağın arka tarafında ve dengeli tutulmalıdır.
- Anne-baba elinde sıcak içecek tuttuğunda kucağına çocuk veya bebek almamalıdır.

- Çocuğa sıcak ve ateş kavramları öğreilmeli, ateşin sebep olabileceği tehlikeler anlatılmadır.
- Prizler kapaklı veya kilitli olmalıdır.
- Prizler çocukların kolayca ulaşamayacakları mesafede olmalıdır.
- Elektrikli el aletler ve takımları çocukların erişemeyeceği alanlarda olmalıdır (Kurt, 2010).
- Isıtıcılar perde ve mobilyalardan uzak tutulmalıdır (NHS, 2011).

2.4.3 Boğulmalar

Akciğerlerde alveollerde kan ile hava arasında yapılan gaz değişimine solunum denir. Boğulma durumunda kana yeteri kadar oksijen geçemez ve dokulara yeterli oksijen taşınmaz. Yeterli oksijen alamayan dokular ve hücreler ölür. Sonuçta kalp durur ve ölüm gerçekleşir (Bilir ve Yıldız, 2007). Dünya’da boğulmalar nedeni ile her yıl 175000 çocuk hayatını kaybetmektedir (DSÖ, 2008).

Başlıca boğulma nedenleri, solunum yolu tıkanıklıkları (dil kökünün solunum yolunu tıkaması, yabancı cisimler, arı vb. sokması gibi durumlarda soluk yollarının şişmesi), solunumun yavaşlamasına ve durmasına yol açan durumlar (zehirli gazlar, böcek ilaçları, kafa yaralanması), kan ve dolaşım sistemi ile ilgili durumlar (kalbin durması, elektrik çarpması, ağır kanamalar, derin şok durumu, karbonmonoksit zehirlenmeleri), akciğer ve göğüs duvarının delici yaralanmalarıdır.

Bebekler ve küçük çocuklar fıstık, düğme, oyuncak gibi küçük cisimleri kolayca aspire edebilirler (NHS, 2011). Boğulmanın başlıca belirtileri, nefes almada güçlük, hızlı solunum, nabızda hızlanma, dudaklarda, tırnaklarda ve deride morarma, tükürük salgısında artma, bilinç bulanıklığı ve ileri dönemde bilinç kaybıdır. Boğulma nedeni ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır. Eğer nedeni boğucu gazlar ise temiz havaya çıkarılmalıdır. Bilinç kontrolü ve C-A-B değerlendirmesi yapılır. Gerekliyse temel yaşam desteği sağlanarak tıbbi yardım istenir (AHA, 2010).

Evde gerçekleşen boğulma olgularında uygulanması gereken ilk yardım uygulamaları aşağıdaki gibidir:

Çocukta solunum güçlüğü gözlemlendiğinde hemen ağız kontrol edilmelidir. Küçük bir besin parçası, oyuncak bez ya da lastik parçası ağızını tıkamış olabilir. Hemen alınabilecek bir parça ise almaya çalışılır. Büyük çocuklarda, yan yatırıp arkasına hafif darbelerle vurulur, bebeklerde ise yüzükoyun, başı göğüsünden daha aşağıda olacak şekilde ön kol üzerine yatırılır, kürek kemikleri arasına elin topukları ile 5 kez vurulur. Daha sonra bebek ön kol üzerinde sırt üstü yatacak şekilde baş desteklenerek göğüsten aşağıda olacak şekilde çevrilir ve sternum üzerine 5 kez (saniyede bir kez), bası uygulanır. Cisim çıkana kadar bu işleme devam edilir. Eğer çocuk nefes almazsa ağızına baktıktan ve yabancı cisim olmadığından emin olduktan sonra boyun altına hafif bir yükselti konur. Baş arkaya doğru yatırılır, burnunu kapatıp ağızdan ağza solunum yapılır. 1 kez soluk verilir, 5 kez göğüsün tam ortasına, hafif sola gelecek şekilde bastırarak kalp masajı yapılır ve bu işleme sağlık personeli gelinceye kadar devam edilir (Bilir ve Yıldız, 2007).

Ev kazası yoluyla gerçekleşen boğulmaları önlemek için aşağıdaki öneriler dikkate alınmalıdır:

- Çocuklar sürekli gözetim altında tutulmalıdır (Kurt, 2010).
- Çocuklar tek başına banyoda bırakılmamalı, küvet işi bittikten sonra boşaltılmalıdır (Kurt, 2010; <http://.kidshealth.org>).
- Bahçe havuzları boşaltılmalı ya da güvenli bir biçimde kapatılmalıdır.
- Bahçede yağmur suyunu tutabilecek kova vb. cisimler bırakılmamalıdır.
- Bir yaştan altındaki bebeklerde yastık ve yorgan kullanılmamalıdır (Kurt, 2010).
- Bebek yatağı yumuşak olmamalı, yatak içinde oyuncak bulundurulmamalıdır ([www.http//.kidshealth.org](http://.kidshealth.org)).
- Çocukların üzerinde kurdele, ip, bağcık bulundurulmamalıdır (Kurt, 2010; NHS, 2011).
- Oyuncak, oyun kafesi ve beşiklerdeki şerit ve bağcıkların 20 cm. den kısa olması gereklidir.

- Küçük çocuklar yemek yerken veya bir şeyler içerken mutlaka yanlarında gözetim altında tutulmalıdır. Küçük çocukların kabuklu, çerez yemelerine izin verilmemelidir (Kurt, 2010).
- Jeton, bozuk para gibi küçük nesneler ve oyuncak parçaları çocuklardan uzak tutulmalıdır (Kurt, 2010; NHS, 2011).
- Oyuncaklar çocuğun gelişimine uygun olmalıdır (NHS, 2011).
- Plastik torba ve örtüler çocuklardan uzak tutulmalıdır (Kurt, 2010; NHS, 2011).
- Anne-babalar oyuncaklar üzerinde yazan uyarı notlarını mutlaka okumalıdır.
- Bebekler asla anne-baba ile birlikte uyumamalıdır (Kurt, 2010).

2.4.4 Kesikler-Ezikler veya Delici Yaralanmalar

Yara; bir travma sonucu deri ya da mukozanın bütünlüğünün bozulması olarak tanımlanır. Aynı zamanda kan damarları, adale ve sinir gibi yapılar etkilenebilir. Derinin koruma özelliği bozulacağından enfeksiyon riski artar. Yaraların ortak özellikleri ağrı, kanama, yara kenarlarının ayrılmasıdır.

Yara Çeşitleri:

Kesik Yaralar: Bıçak, çakı, cam gibi kesici aletlerle oluşur. Genellikle basit yaralardır. Derinlikleri kolay belirlenir.

Ezikli Yaralar: Taş, yumruk ya da sopa gibi etkenlerin şiddetli olarak çarpması ile oluşan yaralardır. Yara kenarları eziktir. Çok fazla kanama olmaz, ancak doku zedelenmesi ve hasasiyet vardır.

Delici Yaralar: Uzun ve sivri aletlerle oluşan yaralardır. Yüzey üzerinde derinlik hakimdir. Tetanos tehlikesi vardır.

Parçalı Yaralar: Dokular üzerinde bir çekme etkisi ile meydana gelir. Doku ile ilgili tüm organ, saçlı deri de zarar görebilir.

Enfekte Yaralar: Mikrop kapma ihtimali olan yaralardır. Enfeksiyon riski yüksek yaralar; üzerinden geçmiş yaralar, dikişleri ayrılmış yaralar, kenarları muntazam olmayan yaralar, çok kirli ve derin yaralar, ateşli silah yaraları, ısırma ve sokma ile oluşan yaralardır (Albayrak, 2009).

Evde gerçekleşen Kesikler-Ezikler veya Delici Yaralanma olgularında uygulanması gereken ilk yardım uygulamaları aşağıdaki gibidir:

Yaşam bulguları değerlendirilmelidir. Yara yeri, oluş şekli, süresi, yabancı cisim varlığı ve kanama yönünden değerlendirilerek, yaranın üzerine temiz bir bez örtülüp, basınç uygulanmalıdır. Pıhtılar temizlenmemeli, saplanan cisimler çıkartılmamalıdır. Antiseptik solüsyonlar kullanılmamalı, açık yara üzerine pamuk konmamalıdır. Yaralının sağlık kuruluşuna gitmesi sağlanmalıdır (Bilir ve Yıldız, 2007; Seiler, 2007; Albayrak, 2009).

Ev kazası yoluyla gerçekleşen kesik-ezik ve delici yaralanmaları önlemek için aşağıdaki öneriler dikkate alınmalıdır:

- Mobilyaların sivri kenarlarına köşe koruyucuları geçirilmelidir.
- Mümkünse kapı ve pencerelerde kırılmaz cam kullanılmalıdır.
- Geniş cam alanları etiketlerle belirgin hale getirilmelidir.
- Sivri metal ve bıçak içeren çekmeceleri kilitli tutulmalıdır.
- Mutfak robotu ve dikiş malzemeleri çocukların erişemeyeceği yerlerde bulundurulmalıdır (Güloğlu, 2010).
- Bıçak, makas, iğne vb. sivri metaller; çocukların ulaşamayacakları yerlerde veya kilitli çekmecelerde muhafaza edilmelidir.
- Televizyon veya diğer ağır eşyalar devrilmeyecek şekilde yerleştirilmelidir (ROSPA, 2012; NHS, 2011).
- Sivri kenarlı eşyalar kullanılmamalı veya sivri kenarlara köşe koruyucuları geçirilmelidir (Kurt, 2010).
- Evde kullanılan cam ve aynalar kırılmaya dayanıklı olmalıdır (ROSPA, 2012).

2.4.5 Zehirlenme

Zehirlenme; vücuda zehirli (toksik) bir maddenin girmesi sonucu normal fonksiyonların bozulmasıdır. Zehirlenmelerin belirtileri; bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal, bilinç kaybı, havale, rahatsızlık hissi, hareketlerde uyumsuzluk, nefes darlığı, morarma, solunum durması, aritmi, kardiyak arrest olarak belirtilmektedir. Zehirlenmeler sindirim yoluyla, solunum yoluyla, cilt yoluyla gerçekleşmektedir. (Albayrak, 2009). En sık karşılaşılan zehirlenmeler sindirim yoluyla meydana gelmektedir (Albayrak, 2009; Seiler, 2007; Bilir ve Yıldız, 2007). Dünya’da her yıl 45000 çocuk zehirlenmeler nedeniyle hayatını kaybetmektedir (DSÖ, 2008).

Evde bulunan kimyasal maddelerin ve ilaçların çocukların kolayca ulaşabileceği yerlerde bulunması, bazı ilaçların cazip renk ve biçimde piyasaya sürülmesi, annenin çalışması ve çocuğunu eğitimsiz kişilerle bırakması, evdeki birey sayısının fazla olması, tarımda kullanılan ilaçların gelir düzeyi düşük insanlarca satın alınıp bilmeden kullanmaları, çocuklardaki kazayla zehirlenme oranının artmasına sebep olmaktadır (TC Sağlık Bakanlığı, 2006; Güzel, 2007).

Evde gerçekleşen zehirlenme olgularında uygulanması gereken ilk yardım uygulamaları aşağıdaki gibidir:

Sindirim yoluyla zehirlenmede ilk yardım: Bilinç ve C-A-B (Dolaşım, Nefes yolunun Açık Olması, Solunum Desteği) kontrol edilmelidir. Eller yıkanıp, ağız çalkalanmalı, kusturulmaya çalışılmamalıdır. Bilinç kaybı varsa koma pozisyonu verilip, battaniye ile örtülmelidir. Sağlık ekiplerine haber verilmeli, içilen maddenin, ne olduğu, maddenin alındığı zaman, kusup kusmadığı, başka ilaç kullanma durumu, hastalık durumu biliniyorsa söylenmelidir.

Solunum yoluyla zehirlenmede ilk yardım: Hasta ortamdaki uzaklaştırılıp temiz havaya çıkarılmalıdır. Bilinç düzeyi ve CAB değerlendirilir. Yardım çağırılıp, ortam güvenliği sağlanmalıdır. Islak bez ile solunum güvenliği sağlanmalıdır.

Cilt yoluyla zehirlenmede ilk yardım: Bilinç düzeyi ve CAB değerlendirilmeli, zehirin temas ettiği yer bol su ile yıkanmalıdır (Bilir ve Yıldız, 2007).

Ev kazası yoluyla gerçekleşen zehirlenmeleri önlemek için aşağıdaki öneriler dikkate alınmalıdır:

- İlaçlar kilitli dolablarda saklanmalıdır (Kurt, 2010).
- Temizlik maddeleri, deterjanlar ve ağartıcı maddeler gibi ev kimyasallarının yanı sıra boya, tiner, vernik ve tutkal gibi tehlikeli maddeler çocukların erişebileceği yerlerden uzak tutulmalıdır (Kurt, 2010; ROSPA, 2012).
- Parfüm, krem, alkol ve esans yağları da çocuklardan uzak tutulmalıdır (Kurt, 2010).
- Tehlikeli maddeler kendi kaplarında saklanmalıdır (Kurt, 2010; ROSPA, 2012).

2.5 İlk Yardım

İlk yardım, herhangi bir kaza ya da yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, sağlık görevlilerinin tıbbi yardımı sağlanıncaya kadar, hayatın kurtarılması ya da durumun daha kötüye gitmesini önlemek amacıyla olay yerinde, tıbbi araç gereç aranmaksızın mevcut araç ve gereçlerle yapılan ilaçsız uygulamalardır (Güler ve Bilir, 2001; <http://www.ilkyardim.org>). İlk yardım uygulamaları ölümü ya da daha fazla oranda zarar görmeyi, zedelenmeyi önler, şoku engeller. Ağrının azalmasına ya da ortadan kalkmasına yardımcı olur. Herhangi bir acil durumda yapılacak basit uygulamalar kadar bazı tehlikeli davranışlardan kaçınılması da kişinin hayatının kurtulmasında önemlidir (Güler ve Bilir, 2001). Amerikan Kalp Derneği (2010)'nin tanımına göre ilk yardım, sıradan bir kişinin, yaşamı tehlikeye düşüren herhangi bir olay karşısında tıbbi donanım olmadan yaptığı müdahaleler olarak belirtilmektedir.

İlk Yardımcının Özellikleri;

- Düzenli olarak acil durum müdahalesi ve ilk yardım ile ilgili eğitim alan her birey ilk yardımcı olabilir.
- İlk yardımcının yaptığı uygulamalar evrensel olmalıdır (AHA, 2010).
- İlk yardımcı sakin olmalı, telaşa kapılmamalıdır.
- Hasta ile onu sakinleştirecek şekilde yumuşak bir tonda konuşmalıdır.
- Eğer hastaya müdahale edebilecek sağlık personeli varsa ilk yardımcı hemen onun yardımcısı durumuna geçmelidir. Onun uygulamalarına karışmamalı, onun isteği doğrultusunda yardım etmelidir.
- İlk yardımcı hiçbir zaman kendi can güvenliğini tehlikeye atmamalıdır. Kendi güvenliğini sağlayacak önlemleri öncelikle almalıdır. İlk yardımcının bilinçsizce kendi hayatını tehlikeye atacak biçimde davranması yarar yerine zarar verecektir.
- İlk yardımcı çevrede bulunan kişileri sağlık kuruluşlarına, itfaiyeye, polise haber vermelerini sağlayacak biçimde organize etmelidir.
- İlk yardımcı ilk yardım uygulamalarında öncelikleri çok iyi bilmelidir. Kalbi ve solunumu durmuş bir hastada hayati tehlikeye düşürecek bu durumların önlemini alması gerekirken yararsız başka uygulamalarla zaman kaybetmemelidir.
- İlk yardımcı bölgesindeki sağlık olanaklarını ve kuruluşlarını iyi tanımalıdır. Ülkesinin sağlık sistemi hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır.
- İlk yardımcı insan sağlığı ile ilgili bilgilerin en kolay değişebilir bilgiler olduğunu kavramalıdır ve yeni bilgilerin ışığında bilgi ve davranışlarını değiştirmeye, kendini yenilemeye hazır olmalıdır (Güler ve Bilir, 2001; Albayrak, 2009).

İlk Yardımın Öncelikli Amaçları;

- Yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesini sağlamak,
- Hasta ya da yaralının durumunun kötüleşmesini engellemek,
- İyileştirmeyi kolaylaştırmak (Güler ve Bilir, 2001; Bilir ve Yıldız, 2007).

İlk Yardımda Yapılan Temel Uygulamalar;

İlk yardımın temel uygulamaları AHA (2010)'ya göre CAB (Compression-Airway-Breathing) olarak belirtilmiştir. Çocuk veya bebekte ilk yardım gereken durumlarda kalp, akciğer canlandırma işlemi (CPR- Cardiopulmonary Resuscitation) yaparken öncelikle kalp masajı yapılmalı, hava yolu açılmalı ve solunum sağlanmalıdır. Çocuk veya bebek nefes alamadığında, nabız kontrol edilmelidir (on saniyeden kısa sürmeli). Nabız yoksa dakikada yüz uygulama olacak şekilde, otuz göğüs masajından sonra iki nefes verilmelidir. Eğer iki ilk yardımcı varsa on beş kalp masajından sonra iki nefes verilir. Çocuklarda kalp masajı yaparken yaklaşık 5 cm, bebeklerde ise yaklaşık 4 cm bası uygulanmalıdır (AHA, 2010). Çocuklarda masaj yaparken bası noktası sternumun alt yarısıdır. Masaj yumruğun alt yarısı ile yapılmalıdır. Bebeklerde ise masaj yapılacak nokta meme uçlarını birleştiren yatay çizgi ile sternumun kesişme noktasının bir parmak altındadır. Masaj iki parmak ile uygulanmalıdır (Seiler, 2007).

İlk Yardım Sırasında Dikkat Edilmesi Gerekenler;

Koruma: Olay yerinde olası tehlikeleri belirleyerek güvenli bir çevre oluşturmak gerekmektedir. Öncelikle olay yeri güvenliği sağlanmalıdır. Olay yeri güvenliği sağlanabiliyorsa, yaralı kesinlikle yerinden kımıldatılmamalıdır. Yaralı yaşam bulguları yönünden değerlendirilmelidir.

Bildirme: Herhangi bir kaza durumunda, tıbbi yardım için en hızlı şekilde 112 aranarak haber verilmelidir. Duruma göre itfaiye (177), polis (155) aranabilir. Tıbbi yardım için 112 arandığında; kesin yer ve adres, olayın tanımı, hasta ya da yaralı sayısı, durumları, arayan kişi, hangi numaradan aradığı, nasıl bir yardım alındığı ya da olay yerindeki olanaklar açıklanmalıdır.

Kurtarma: Olay yerinde yaralıya müdahale; hızlı ancak sakın ve bilinçli bir şekilde yapılmalıdır. Yaralının durumunun değerlendirilmesine bağlı olarak ilk

yardıma yapılmalıdır. Eğer ilk yardım bilinmiyorsa asla hasta ya da yaralıya dokunulmamalı ve yaralı kımıldatılmamalıdır (www.ilkyardim.org).

Yapılan çalışmalarda ev kazalarında ilk müdahaleyi yapan kişinin çoğunlukla anneler olduğu belirtilmektedir (Alex ve ark., 2007; Maimon ve ark., 2007; Atak ve ark., 2010). Anneler ve çocuklar ilk yardım gerektiren bir durumla daha fazla karşılaşmaktadırlar (Coşkun ve ark., 2008). İlk müdahale önemi bilinen ve üzerinde çok durulan bir konudur, özellikle ebeveynlerin ilkyardım konusunda bilgi alma, bilgiyi kullanma durumunun en iyi seviyede olması istendik bir sonuçtur. Etkili sonuç için, ilkyardım konusunda bireylere ulaşmada en etkin yöntem olan yazılı, görsel basın kullanımının, özellikle sağlık merkezlerinde bireylerin gereksinimlerine yönelik verilen eğitimlerin artırılmasının, halk eğitimlerinde ve ev ziyaretlerinde verilen anne-baba eğitiminde ilkyardım konusunun kapsamının genişletilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

2.6 Hemşirelerin Ev Kazalarının Önlenmesindeki Rolü

Hemşireler yaptıkları ev ziyaretleriyle kazaları değerlendirme, riskleri belirleme ve bu risk faktörlerinin azalmasına yönelik uygulamalar yapabilme fırsatına sahiptirler (Smith, 2009; Yıldırım, 2010). Hemşire özellikle ev kazası geçirme riski yüksek olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumunu, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken ne ölçüde yardıma ihtiyacı olduğunu, ev kazası açısından risk durumunu belirlemeli ve elde ettiği veriler doğrultusunda bireyin ev kazasından korunmasına katkı verecek önlemler almalıdır (Şahbaz ve Tel, 2006).

Ev kazalarını önleme programları; insan, çevre, madde ve araçlara yönelik olarak hazırlanmaktadır (Yıldırım, 2010). Ev kazası kontrolü, birincil, ikincil ve üçüncül koruma ile hasarın en aza indirilmesi için erken dönemde ileri bakımı ve esenlendirmeyi içerir. Birincil dönemde hemşireler ev kazalarını önlemek için aileleri ev güvenliğinin nasıl sağlanacağı hakkında bilgilendirirler. İkincil koruma sürecinde ise erken tanı ve acil müdahale ile kazada gerçekleşen yaralanmanın sakatlığa dönüşmemesi ve şiddetin azaltılması için çalışılır. Üçüncül koruma ise

ölüm ve sakatlık derecesini sınırlama ile kaza sonrası yaralanma ya da sakatlıkların sıklığının ve ciddiyetinin azaltılmasıdır (Baysal ve ark., 2005).

Yapılan araştırmalarda, hemşirelerin ev ziyaretleri yapması ile ev kazaları sıklığının azaldığı ortaya çıkmıştır:

Pearson ve ark., (2011) beş yaşın altındaki çocukların ev kazaları sonucunda daha yüksek oranda yaralanmalara maruz kalan kişiler olduğunu, ayrıca ev kazalarını azaltmaya yönelik geliştirdikleri programın uygulanması sonucunda ev kazalarını azaltmada başarılı olduğunu belirtmişlerdir.

Hendrickson (2005)'un 1-4 yaş çocuğu olan 82 anne ile gerçekleştirdiği çalışmada sağlık görevlilerinin bilgidendirme amaçlı ev ziyaretleri sonrasında ev ortamının düzenlenmesi ile annenin güvenli davranışlara yönelik özyeterliliğinin artırıldığı ve kaza sıklığının düşürüldüğü ortaya çıkmıştır.

Johnston ve ark. (2000) Washington'da okul öncesi programlara devam eden 149 düşük gelirli çocuğun ailelerine ev kazalarını ve yaralanmaları önleme amaçlı geliştirdikleri ev ziyaretleri programının 3 ay içerisinde ailelerin gerekli güvenlik malzemelerinin kullanımı ve yaralanma ile ilgili bilgi ve davranışlarını geliştirdiğini belirtmişlerdir.

Turan ve ark. (2010) 0-6 yaş grubu çocukları olan ailelere verilen eğitim sonrasında ailelerin ev kazalarını önleme için gerekli güvenlik önlemleriyle ilgili bilgilerinin anlamlı bir şekilde artış gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır.

Çınar ve Görak (2007)'in çalışmasında 0-6 yaş grubu çocuğa sahip olan annelere hemşirelerin verdikleri eğitim sonrasında çocuklarda görülen ev kazası sıklığının %63,3'den %28,0'e düştüğü belirlenmiştir.

Yıldırım (2010)'ın 1-4 yaş dönemi çocuklar için ev kazası risklerinin belirlenmesi ve bu risk faktörlerinin azaltılmasında sosyal öğrenme teorisine dayalı hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı ve yarı deneysel olarak yaptığı çalışmayı Keçiörendeki 1-4 yaş dönemi çocuğu olan 33

anneninin evinde 10 ay süre içerisinde gerçekleştirmiş ve hemşirelik girişimleri öncesindeki 6 ay içinde çocukların %75,8'inin ev kazası geçirdiği, hemşirelik girişimlerinin uygulandığı 6 ay içinde ise bu oranın %36,4'e düştüğu belirlenmiştir.

Yukardaki araştıma sonuçları göstermektedir ki ev kazalarının önlenmesinde hemşirenin önemli bir rolü bulunmaktadır. Hemşire her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler (Türk Hemşireler Derneği, 2010). Yapılan ev ziyaretleri sırasında hemşire bu görevlerini yerine getirerek meydana gelebilecek ev kazalarını tespit edip gerekli planlamaları yaparak, ev kazalarının önlenmesi konusunda gerekli girişimlerini yapmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma KKTC'nin başkenti olan Lefkoşa merkezde bulunan 23 mahallede yapılmıştır. Lefkoşa, Kıbrıs'ın en kalabalık ve en büyük kültür, sanayi, ticaret ve ulaşım merkezidir. Kuzeyinde Türkler, Güneyinde Rumlar yaşamaktadır. Dünya'nın iki taraflı tek başkenti olması, en önemli özelliğidir (<http://www.lefkosa.belediyesi.org>).

Lefkoşa Türk tarafı 84776 nüfusa sahiptir. Merkezde 23 mahalle bulunmaktadır ve bu mahallelerde 1-6 yaş grubu 3507 çocuk yaşamaktadır. (<http://nufussayimi.devplan.org>).

KKTC genelinde istihdam oranı %53,0 ile Lefkoşa'da en fazladır. (<http://www.deplan.org/isgucu/2004.pdf>). KKTC'nin en büyük yatak kapasitesine sahip hastanesi Lefkoşada'dır (www.saglikbakanligi.com). Lefkoşa'da eğitim seviyesi de oldukça yüksektir. Bir eğitim kurumundan mezun olma durumu diğer ilçeler arasında en yüksektir (<http://nufussayimi.devplan.org>). Okur yazarlık oranı, %93,5 tir. Okur yazar nüfusun %9,1'i üniversite veya yüksek okul, %29,5'i lise ve dengi bir kuruluştan mezun olmakla birlikte, ilk ve orta öğretimde okullaşma oranı %97,9'dur (<http://www.mebnet.net/>).

Lefkoşa'da bulunan sağlık kuruluşları Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, Cyprus Life Hastanesi, Özel Başkent Hastanesi, Etik Hastanesi ve Kentsel Sağlık Merkezi'dir. Lefkoşa'daki bu sağlık kuruluşlarında çeşitli uzmanlık dallarında hizmet verilmekte ancak ev kazaları ve ilk yardım konusunda herhangi bir hizmet verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Devlet Planlama Teşkilatı, 2006 yılı nüfus sayımlarına göre Lefkoşa merkezde bulunan 1-6 yaş grubu 3507 çocuk oluşturmaktadır. Örneklemi ise tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenen 346 çocuk oluşturmaktadır.

Örneklem sayısı, evreni bilinen gruplarda örneklem sayısını belirlemek için kullanılan formül ile belirlenmiştir.

$$\text{Formül; } n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q} \quad (\text{Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2009}).$$

Formulde;

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer: 1.96

p: incelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı): 0.50

q: İncelenen olayın görülmemesi sıklığı: 0.50

d: 0.05 (%95,0 güvenirlikle)

N: Evren (3507)

Formülde sayılar yerine yerleştirildiğinde örneklem sayısı;

$$n = \frac{3507 \times 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5}{0.05 \times 0.05 \times (3507-1) + 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5} = 346 \text{ olarak hesaplanmıştır.}$$

Her bir mahalleden alınacak çocuk sayısı mahallelere göre tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş ve tablo 3.3.1’de gösterilmiştir. Her mahalledeki çocuk sayısını belirlerken öncelikle $N_i/N = a_i$ formülü ile her tabakadaki birim sayısı evrendeki birim sayısına bölünerek her tabakanın ağırlığı bulunmuştur. Bu formüle göre;

i: Tabaka numarası

N_i : i nolu tabakadaki birim sayısı

N: Evrendeki birim sayısı

a_i : i nolu tabakanın ağırlığı

Tabaka ağırlığı hesaplandıktan sonra, $a_i \times n = n_i$ formülü kullanılarak her tabakadan kaç birim alınacağı, tabaka ağırlığı ile örnekleme alınan birim sayısı ile çarpılarak hesaplanmıştır. Formüle göre;

n : örnekleme alınan birim sayısı

n_i : i nolu tabakadan alınan birim sayısı (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2009).

Yukarıda belirtilen formül ile her mahalleden alınacak sayılar tespit edilmiştir, ortaya çıkan örneklem sayıları tablo 3.3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.3.1 Mahallelere Göre Örneklem Kapsamına Alınacak Çocuk Sayısı.

Tabaka No	Mahalleler	Çocuk Sayısı (N_i)	Tabaka Ağırlığı ($a_i = N_i/N$)	Örnekleme Alınacak Çocuk Sayısı (n_i)
1	Abdiçavuş	93	0.0265183	9
2	Akkavuk	101	0.0287945	10
3	Arabahmet	80	0.0228115	8
4	Aydemet	125	0.0356429	12
5	Ayyıldız	68	0.0193897	7
6	Göçmenköy	173	0.0493299	17
7	Haydarpaşa	31	0.0088394	3
8	Kafesli	36	0.0102651	4
9	Karamanzade	42	0.011976	4
10	Kızılay	170	0.0484744	17
11	Kumsal	111	0.0316509	11
12	Köşklüçüftlik	173	0.0493299	17
13	K.Kaymaklı	582	0.1659538	58
14	Mahmutpaşa	60	0.0171086	6
15	Marmara	207	0.0590248	20
16	Ortaköy	455	0.1297405	45
17	Selimiye	133	0.0379241	13
18	Taşkinköy	186	0.0530367	18
19	Yenicami	200	0.0570287	20
20	Yenişehir	297	0.0846877	29
21	Çağlayan	114	0.0325064	11
22	İbrahimpaşa	55	0.0156829	5
23	İplikpazarı	15	0.0042771	1
Toplam		3507		346

3.4. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Araştırma, Lefkoşa Merkezde bulunan, 23 mahallede yaşayan, 1-6 yaş grubu çocuklar ile sınırlıdır. Soru formu (EK-1), veriler toplanırken birden fazla 1-6 yaş grubu çocuk varsa sadece büyük olan çocuk için doldurtulmuştur.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu tarafından etik olarak uygun bulunmuştur (EK-4). Ayrıca KKTC İç İşleri ve Yerel Yönetimler Bakanlığı Lefkoşa Kaymakamlığı tarafından verilerin toplanması için gerekli yazılı izin alınmıştır (EK-3). Daha sonra araştırmacı tarafından araştırmaya katılan çocukların annelerine soru formunun doldurmasına yönelik bilgi verilmiş ve yazılı onamları (EK-2) alınmıştır. Soru formunun doldurulması sırasında konu ile ilgili sorusu olan annelerin soruları cevaplanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür taraması (Postacı, 1992; Bucaktepe, 2003; Erkal ve Şafak, 2006; Boztaş, 2008) yapılarak geliştirilen soru formu EK-1’de verilmiştir. Soru formunun 3 bölümü vardır. Birinci bölümde anneye ve eşe ait sosyo-demografik özellikler, ikinci bölümde ev kazası geçiren çocuğa yönelik özellikler, üçüncü bölümde ise ilk yardım ile ilgili bilgiler sorgulanmıştır.

1. Bölüm: Annenin ve babanın yaşı, eğitim durumu, uyruğu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, aile tipi, çocuk sayısı, çocukların yaşları, sağlık sorunlarının olup olmadığı sorgulanmıştır.
2. Bölüm: Çocuğun yaşı, cinsiyeti, kaçınıcı çocuk olduğu, sağlık sorununun olup olmadığı, çocuğun bakımından sorumlu olan kişinin kim olduğu, çocuğun ev kazası geçirip geçirmediği, geçirdiyse ne tür bir kaza geçirdiği, kazanın hangi mevsimde olduğu, evin hangi bölümünde olduğu, yapılan ilk uygulamasının ne olduğu ve kimin yaptığı, bu uygulamanın nereden öğrenildiği, sağlık kuruluşuna

gidilip gidilmediği, kaza sonucunda ne olduğu, uygulamanın uygun olup olmadığı sorgulanmıştır.

3. Bölüm: Çocuğun ev kazası geçirdiği sırada yanında bulunan kişinin ilk yardım ile ilgili bilgi alıp almama durumu, bilgi almışsa kim tarafından, nerede ve hangi konularda bilgi aldığı, bilgi alma isteği, kimden, nerede ve hangi konularda bilgi almak istediği sorgulanmıştır.

3.6.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formunun kapsam geçerliliği için alanında uzman üç öğretim üyesi* tarafından değerlendirilmiş ve öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır.

Veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla örneklem grubunun %10,0'una denk gelen 35 çocuğun anneleri ile görüşme yapılmıştır. Ön uygulama araştırmanın yapıldığı yere benzer özelliklere sahip farklı bir bölgede yapılmıştır. Daha sonra veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılarak uygulama aşamasına geçilmiştir. Katılımcılar ile yüz yüze görüşme yapılarak veri toplama formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.6.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır. Belirlenen mahallelerden gerekli sayıya ulaşıncaya kadar 1-6 yaş grubu çocuğu olan annelerle görüşülmüştür. Araştırmacı annelere soruları sözlü olarak sorup veri toplama formu üzerine işaretlemiştir. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık olarak 20 dakika sürmüştür.

3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) for Windows 18.0 paket programına girilerek, verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzdelik ve ki-kare testi kullanılmıştır.

* Yrd. Doç. Dr. Ümran DAL, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri, ev kazalarının özellikleri, ev kazası sırasında annelerin yaptığı uygulamalar ve ilk yardım ile ilgili bulgular ele alınmıştır.

Tablo 4.1. Çocukların Yaş ve Cinsiyet Durumlarına Göre Dağılımı (n:346).

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	Sayı	%
Çocukların Yaş Grupları		
1-3 yaş	132	38,2
4-6 yaş	214	61,8
Cinsiyet		
Kız	187	54,0
Erkek	159	46,0

Tablo 4.1.'de çocuklara ait bulgulara yer verilmiştir. Araştırmaya katılan çocukların yarısından fazlası (%61,8) 4-6 yaş grubunda olup, %54,0'ü (187) kız çocuklarından oluşmaktadır.

Tablo 4.2.Çocukların Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı (n:346).

Çocukların Ev Kazası Geçirme Durumları	Sayı	%
Geçiren	188	54,3
Geçirmeyen	158	45,7

Tablo 4.2.'de çocukların ev kazası geçirip, geçirmeme durumlarına bakılmıştır. Tabloya göre çocukların %54,3'ünün en az bir kez ev kazası geçirdiği saptanmıştır.

Tablo 4.3. Anne-Babaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:346).

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	Sayı	%
Annelerin Yaş Grupları		
20-24	18	5,2
25-29	92	26,6
30-34	127	36,7
35-39	67	19,4
40 ve üzeri	42	12,1
Babaların Yaş Grupları		
25-29	40	11,6
30-34	116	33,5
35-39	108	31,2
40 ve üzeri	82	23,7
Annelerin Eğitim Durumu		
Okula gitmeyen	14	4,0
İlkokul	112	32,4
Ortaokul	42	12,1
Lise	85	24,6
Üniversite ve üzeri	93	26,9
Babaların Eğitim Durumu		
Okula gitmeyen	10	2,8
İlkokul	104	30,2
Ortaokul	41	11,8
Lise	103	29,8
Üniversite ve Üzeri	88	25,4
Annelerin Çalışma Durumları		
Çalışıyor	188	54,3
Çalışmıyor	158	45,7
Babaların Çalışma Durumları		
Çalışıyor	326	94,2
Çalışmıyor	20	5,8
Annelerin Uyrukları		
KKTC	186	53,8
TC	160	46,2
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	101	29,2
Gelir Gidere Denk	226	65,3
Gelir Giderden Fazla	19	5,5

Tablo 4.3. (Devam) Anne-Babaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n:346).

Çocuk Sayısı		
1 çocuk	97	28,0
2 çocuk	150	43,3
3 çocuk	68	19,7
4 çocuk ve üzeri çocuk	31	9,0
Aile Tipi		
Çekirdek	289	83,5
Geniş	57	16,5
Evin Tipi		
Müstakil	152	43,9
Apartman	194	56,1

Tablo 4.3.'de çalışmaya katılan bireylerin özellikleri verilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin %36,7'si ve babaların %33,5'i 30-34 yaş aralığındadır. Eğitim durumlarına bakıldığında anne (%32,4) ve babaların (%30,2) en fazla ilkokul mezunu oldukları görülmektedir. Çalışma durumlarına baktığımızda ise annelerin %54,3'ünün, babaların ise %94,2'sinin çalıştığı saptanmıştır. Annelerin %53,8'inin (186) KKTC uyruklu olduğu görülmektedir. Ailelerin %65,3'ünün gelirleri giderlerini karşılamakta ve yarıya yakınının (%43,3) iki çocuğu bulunmaktadır. Ailelerin %16,5'inin geniş aile olduğu ve ailelerin %56,1'inin apartman dairesinde oturdukları belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı (n:346).

Tanımlayıcı Özellikler	Ev Kazası Geçiren		Ev Kazası Geçirmeyen		Toplam		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Çocuk Sayısı							
1 çocuk	57	58,8	40	41,2	97	100	$X^2=7,764$ P=,051
2 çocuk	82	54,7	68	45,3	150	100	
3 çocuk	28	41,2	40	58,8	68	100	
4 ve Üzeri	21	67,7	10	32,3	31	100	
Çocukların Kaza Geçirdikleri Yaşı							
1 yaş	15	41,7	21	58,3	36	100	$X^2=8,178$ P= ,147
2 yaş	26	56,5	20	43,5	46	100	
3 yaş	34	68,0	16	32,0	50	100	
4 yaş	30	48,4	32	51,6	62	100	
5 yaş	35	50,0	35	50,0	70	100	
6 yaş	48	58,5	34	41,5	82	100	
Kaçıncı Çocuk Olduğu							
İlk Çocuk	81	57,9	59	42,1	140	100	$X^2=3,274$ P=,351
2. Çocuk	69	54,8	57	45,2	126	100	
3. Çocuk	25	43,9	32	56,1	57	100	
4. Çocuk ve Üzeri	13	56,5	10	43,5	23	100	
Cinsiyet							
Kız	90	47,9	98	52,1	188	100	$X^2=6,931$ P=,006
Erkek	98	62,0	60	38,0	158	100	
Çocuğun Sağlık Durumu							
Sağlık Sorunu Var	36	76,6	11	23,4	47	100	$X^2=10,862$ P=,001
Sağlık Sorunu Yok	152	50,8	147	49,2	299	100	

*Ki-kare testi

Tablo 4.4.'de çocukları en fazla ev kazası geçiren ailelerin dört ve daha fazla sayıda çocuğu olan aileler olduğu (%67,7) ve en fazla çocukları 3 yaşındayken kaza geçirdiği (%68,0) ve ilk çocukların daha fazla ev kazası geçirdiği (%57,9) saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çocukların cinsiyete göre ev kazası geçirme durumlarına baktığımızda erkek çocukların (%62,0) kız çocuklarından (%47,9) daha fazla ev kazası geçirdiği ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Aynı zamanda herhangi bir sağlık sorunu olan çocukların (%76,6) sağlık sorunu olmayan çocuklardan daha fazla ev kazası (%50,8) geçirdiği istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.5. Anne-Babaların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ev Kazası Geçirme Durumlarının Dağılımı (n:346).

Tanımlayıcı Özellikler	Ev Kazası Geçiren Çocuklar		Ev Kazası Geçirmeyen Çocuklar		Toplam		İstatistiksel Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Annelerin Yaş Grupları							
20-24	10	55,6	8	44,4	18	100	$X^2=13,994^*$ P=,007
25-29	61	66,3	31	33,7	92	100	
30-34	72	56,7	55	43,3	127	100	
35-39	30	44,8	37	55,2	67	100	
40 ve üzeri	15	35,7	27	64,3	42	100	
Babaların Yaş Grupları							
25-29	27	67,5	13	32,5	40	100	$X^2=13,656$ P=,003
30-34	74	63,8	41	36,2	115	100	
35-39	53	49,1	55	50,9	108	100	
40 ve Üzeri	34	41,5	48	58,5	82	100	
Annelerin Eğitim Durumları							
Okula Gitmeyen	6	42,9	8	57,1	14	100	$X^2=8,979$ P=,062
İlkokul	69	61,6	43	38,4	112	100	
Ortaokul	22	52,4	20	47,6	42	100	
Lise	36	42,4	49	57,6	85	100	
Üniversite ve Üzeri	55	59,1	38	40,9	93	100	
Babaların Eğitim Durumları							
Okula Gitmeyen	3	30,0	7	70,0	10	100	$X^2=8,753$ P=,068
İlkokul	67	64,4	37	35,6	104	100	
Ortaokul	18	43,9	23	56,1	41	100	
Lise	54	52,4	49	47,6	103	100	
Üniversite ve Üzeri	46	52,3	42	47,7	88	100	
Annelerin Çalışma Durumları							
Çalışıyor	102	54,3	86	45,7	188	100	$X^2=0,010$ P=,530
Çalışmıyor	86	54,4	72	45,6	158	100	
Babaların Çalışma Durumları							
Çalışıyor	177	54,3	149	45,7	326	100	$X^2=,004$ P=,569
Çalışmıyor	11	55,0	9	45,0	20	100	
Gelir Durumu							
Gelir Giderden Az	66	65,3	35	34,7	101	100	$X^2=7,019$ P=,030
Gelir Gidere Denk	113	50,0	113	50,0	226	100	
Gelir Giderden Fazla	9	47,4	10	52,7	19	100	
Annelerin İlk Yardım Konusunda Bilgi Alma Durumları							
Alan	72	58,5	51	41,5	123	100	$X^2=1,358$ P=146
Almayan	116	52,0	107	48,0	223	100	
Aile Tipi							
Çekirdek	149	51,6	140	48,4	289	100	$X^2=5,457$ P=,014
Geniş	39	68,4	18	31,6	57	100	
Evin Tipi							
Apartman	104	53,6	90	46,4	194	100	$X^2=,094$ P=0,422
Müstakil	84	55,3	68	44,7	152	100	

*Ki-kare testi

Tablo 4.5.'de bazı tanımlayıcı özelliklere göre çocukların kaza geçirme durumları verilmiştir. Tabloya göre en fazla 25-29 yaş grubundaki annelerin (%66,3), daha sonra sırasıyla 30-34 yaş grubu (%56,7) ve 20-24 yaş grubu (%55,6) annelerin çocukları ev kazası geçirmiştir. Babaların yaş gruplarına göre baktığımızda ise, en fazla 25-29 yaş grubu (%67,5) ve 30-34 yaş grubu (%63,8) babaların çocukları ev kazası geçirmiştir. Yapılan analizlere göre annelerin ve babaların yaş grupları ile çocukların ev kazası geçirme durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tabloya göre en fazla ilkokul mezunu olan annelerin (%61,6), üniversite ve üzeri eğitim gören annelerin (%59,1) çocukları ev kazası geçirmiştir. İlkokul mezunu olan babaların çocuklarının %64,4'ünün ev kazası geçirdiği, lise mezunu babaların çocuklarının ise %52,4'ünün ev kazası geçirdiği belirlenmiştir. Çalışmayan annelerin %54,4'ünün çocuğu ev kazası geçirirken, çalışmayan babaların çocuklarının %55,0'i ev kazası geçirmiştir. İlk yardım ile ilgili bilgi alan annelerin çocuklarının %58,5'inin ev kazası geçirdiği belirlenmiştir. Çocukların yaşadıkları evin tipine göre baktığımızda ev kazası geçiren çocukların daha çok müstakil evlerde (%55,3) yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulguların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0,05$). Gelir durumu en az olan grubun çocuklarının %65,3'ünün, gelir ve giderin denk olduğu ailelerinin çocuklarının ise %50,0'sinin ev kazası geçirdiği belirlenmiş, geniş ailede yaşayan çocukların daha fazla ev kazası (%68,4) geçirdiği saptanmıştır. Yapılan ki-kare analizi sonucunda elde edilen bulguların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.6. Çocukların Geçirdiği Ev Kazası Tiplerine Göre Dağılımı (n:188*).

Ev Kazası Tipi	Sayı	%
Düşme	117	42,8
Darbe	49	18,0
Yanık	47	17,2
Boğulma	30	11,0
Kesici-Delici Alet Yaralanması	25	9,2
Zehirlenme	5	1,8
Toplam	273 **	100

*Birden fazla kaza bulunduğundan **n** katlanmıştır.

**%’ler kaza sayısı üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.6.’da çocukların geçirmiş olduğu ev kazalarına bakılmıştır. Tabloya göre çocukların en sık geçirdiği ev kazası %42,8 ile düşmeler iken en az geçirdiği ev kazası ise %1,8 ile zehirlenmeler olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Çocukların Geçirdiği Ev Kazası Tiplerinin Zaman, Mevsim ve Mekan Özelliklerine Göre Dağılımı (n:273).

Geçirilen Ev Kazasının Özellikleri	Düşme		Darbe		Yanık		Boğulma (YCA)*		Kesici-Delici Alet Yaralanması		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kaza Geçirilen Zaman												
Sabah-Öğlen Arası	52	44,5	21	18,4	19	40,4	13	43,3	19	56,0	124	45,4
Öğlen-Akşam Arası	36	30,9	12	49,0	7	14,8	10	33,3	7	28,0	72	26,4
Akşam	29	24,8	16	32,7	21	44,6	7	23,3	4	16,0	77	28,2
Kaza Geçirilen Mevsim												
İlkbahar	16	13,7	7	14,3	2	4,3	11	20,0	0	0,0	36	13,2
Yaz	42	35,9	20	40,8	7	14,9	9	30,0	11	44,0	89	32,6
Sonbahar	19	16,2	7	14,3	4	8,5	6	20,0	4	16,0	40	14,7
Kış	40	34,2	15	30,6	34	72,3	9	30,0	10	40,0	108	39,5
Kaza Geçirilen Mekan												
Mutfak	13	11,1	10	20,4	17	37,8	15	26,7	12	48,0	67	24,5
Salon	39	33,3	10	20,4	24	53,3	14	46,6	9	36,0	96	35,2
Yatak Odası	16	13,7	4	8,2	0	0,0	3	10,0	0	0,0	23	8,4
Banyo	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	1	0,4
Bahçe	34	29,1	15	30,6	3	6,7	4	13,4	1	4,0	57	20,9
Diğer**	15	12,8	10	20,4	0	0,0	1	3,3	3	12,0	29	10,6

*Yabancı Cisim Aspirasyonu.

**Bu seçenek içinde koridor, balkon ve garaj da yer almaktadır.

Tablo 4.7.'de geçirilen ev kazasının özelliklerine düşmelerin (%44,5), boğulmaların (%43,3) ve kesici-delici aletlerle yaralanmaların (%56,0) en çok sabah-öğlen arası gerçekleştiği belirlenmiştir. Ev kazalarının mevsimlere göre durumlarına baktığımızda, düşmelerin (%35,9), darbelerin (%40,8), kesici-delici aletlerle yaralanmaların (%44,0) en çok yaz aylarında, yanıkların (%72,3) en çok kış aylarında, boğulmaların (%30,0) ise en çok kış ve yaz aylarında gerçekleştiği belirlenmiştir. Çocukların en sık olarak düşmelere (%33,3), yanıklara (53,3) ve boğulmalara salonda (%46,6), darbelere (%30,6) bahçede, kesici-delici aletle

yaralanmalara (%48,0) ise mutfakta maruz kaldığı belirlenmiştir. Çocukların geçirdiği tüm ev kazalarına bakıldığında ise kazaların sırasıyla en çok (%45,4) sabah ve öğlen arası, kış mevsiminde ve evin salonunda gerçekleştiği görülmüştür.

Tablo 4.8. Çocukların Ev Kazası Geçirdikleri Sırada Yanında Olan ve İlk Yardım Uygulamasını Yapan Bireylerin Dağılımı (n:273).

Geçirilen Ev Kazasının Özellikler	Düşme		Darbe		Yanık		Boğulma (YCA)*		Kesici-Delici Alet Yaralanması		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çocuğun Yanında Olan Birey												
Anne-Baba	70	59,8	36	73,4	34	72,3	17	56,6	14	56,0	171	62,6
Kardeş-Nene-Dede	23	19,6	8	16,3	6	12,7	4	13,3	3	12,0	44	16,1
Komşu-Akraba	16	13,7	3	6,1	5	10,6	3	10,0	7	28,0	34	12,5
Yalnız	8	6,8	2	4,1	2	4,2	11	20,0	1	4,0	24	8,8
İlk Yardım Uygulamasını Yapan Birey												
Anne-Baba	73	62,4	42	85,7	17	36,1	20	66,6	19	76,0	171	62,6
Nene-Dede	7	6,0	0	0,0	12	25,5	5	16,6	2	8,0	26	9,5
Akraba-Kardeş	8	6,9	0	0,0	11	23,4	10	16,6	0	0,0	29	10,6
Hastaneye	29	24,8	7	14,3	7	14,8	0	0,0	4	16,0	47	17,3
Götürme												

*Yabancı Cisim Aspirasyonu.

Tablo 4.8.'de çocukların ev kazası geçirdikleri sırada yanında olan ve ilk yardım uygulamasını yapan bireylerin dağılımı belirtilmiştir. Çocukların geçirdiği düşmelerde (%59,8), darbelerde (%73,4), yanıklarda (%72,3), boğulmalarda (%56,6), kesici-delici alet yaralanmalarında (%56,0) yanlarında en çok anne-babalarının bulunduğu belirlenmiştir. Çocuklara ilk yardım müdahalesi yapanların düşmelerde (%62,4), darbelerde (%85,7), yanıklarda (%31,6), boğulmalarda (%66,6), kesici-delici alet yaralanmalarında (%76,0) en çok anne-babalarının olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Çocukların Ev Kazası Geçirdikleri Sırada İlk Yardım**Uygulamasını Yapan Annelerin Uygulamayı Kimden Öğrendiği ve****İlk Yardım Uygulamasının Uygunluğunun Dağılımı (n:273*).**

Geçirilen Ev Kazasının Özellikleri	Düşme		Darbe		Yanık		Boğulma (YCA)**		Kesici-Delici Alet Yaralanması		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İlk Yardım Uygulamasını Kimden Öğrendiği												
Aile	68	58,1	29	59,2	22	46,8	13	43,3	13	52,0	145	52,4
Sivil Savunma	28	23,1	2	4,1	9	19,1	10	33,3	9	36,0	58	22,3
Doktor	2	1,7	15	30,6	4	8,5	1	3,3	0	0,0	25	9,2
Hemşire	4	3,4	3	6,1	6	12,8	0	0,0	3	12,0	16	6,0
TV	9	7,7	0	0,0	5	10,5	6	20	0	0,0	20	7,4
Kitap/Broşür	6	5,2	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	7	2,7
İlk Yardım Uygulamasının Uygunluğu***												
Uygun	99	84,6	36	73,5	30	63,8	25	83,3	13	52,0	203	76,3
Uygun Değil	18	15,4	13	26,5	17	36,1	5	16,6	12	48,0	65	23,7

*n katlanmıştır. %'ler kaza sayısı üzerinden alınmıştır.

**Yabancı Cisim Aspirasyonu.

*** İlk yardım uygulamasının uygunluğu literatür eşliğinde araştırmacı tarafından belirlenmiştir.

Tablo 4.1.9.'da ilk yardım uygulaması yapan annelerin uygulamayı en çok ailelerinden (%52,4) öğrendiği, annelerin uygun (%76,3) ilk yardım uygulaması yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Annelerin Ev Kazası Sırasında Yaptıkları İlk Yardım Uygulamalarının Dağılımı (n:273).

Annelerin Ev Kazası Sırasında Yaptığı İlk Yardım Uygulamaları	Sayı	%
Düşme (n:117)		
Gazlı Bez, Peçete İle Tamponize Etme	32	27,4
Buz Uygulaması	29	24,8
Hastaneye Götürme	20	17,1
Krem veya Merhem Sürme	15	12,8
Uygulama Yapmadı	12	10,2
Islak Mendil İle Silme	9	7,7
Darbe (n:49)		
Buz Uygulaması	24	49,0
Hastaneye Gitme	11	22,4
Soğuk Su Uygulama	6	12,5
Pamuk veya Gazlı Bez İle Silme	3	6,1
Soğuk Et Koyma	3	6,1
Kolonya İle Silme	1	2,0
Krem Sürme	1	2,0
Yanık (n:47)		
Buz Uygulaması	24	51,1
Krem-Merhem Sürme	15	31,9
Hastaneye Gitme	6	12,8
Soğuk Et Koyma	1	2,1
Viks Sürme	1	2,1
Boğulma (n:30)		
Sırt Vurma	12	40,0
Boğazındaki Cismi Çıkarma	9	30,0
Hastaneye Götürme	6	20,0
Yüzünü Yıkama	2	6,7
Göğüse Vurma	1	3,3
Kesici-Delici Alet Yaralanması (n:25)		
Tamponize Etme	12	48,0
Yara Bandı Yapıştırma	8	32,0
Su İle Yıkama	4	16,0
Hastaneye Götürme	1	4,0
Zehirlenme (n:5)		
Hastaneye Götürme	4	80,0
Süt İçirme	1	20,0

Çalışmamıza katılan annelerin çocukları düştüğü zaman yapılan uygulamalar sırasıyla gazlı bez, peçete vs. ile tampon uygulaması (%27,4), buz uygulaması (%24,8), hastaneye götürme (%17,1) ve krem-merhem sürme (%12,8) olmuştur.

Annelerin %10,2'i ise uygulama yapmamıştır (Tablo 4.10.). Düşme sonucunda çocukların %25,6'sının kanaması ve yaralanması olduğu, %23,9 'ine dikiş atıldığı, %12,8'inde morarmaların olduğu, diğerlerinde ise bayılma, çıkık, kafa travması ve burun kanaması gibi sonuçlar olduğu belirlenmiştir. Düşmelerin nedenlerine bakıldığında %56,4 takılarak düşerken, %43,6'sı ise yüksekten düşmüştür.

Annelerin darbelerde yapılan ilk yardım uygulamaları incelendiği zaman yara yerine %49,0'u buz uygularken, %22,4'ü hastaneye gitmiş, %12,5'i soğuk su, %6,1'i soğuk et, %6,1'i pamuk veya gazlı bez ile silmiştir. Geriye kalanlar ise yarayı kolonya ile temizlemiş (%2,0) ve krem sürmüştür (%2,0) (Tablo 4.10.). Darbe sonucu yapılan ilk uygulamalar sonucunda %22,4'ünün tırnağı morarmış, %18,4'ünün yara yerinde kızarıklık olmuş, %16,3'ünün parmağı zedelenmiş, %14,3'ünün yara yeri şişmiş, %4,1'inde ise kırık gerçekleşirken, %14,3'ünün kontrol altına alındığı, %10,2'sinin ise dikiş atıldığı belirlenmiştir.

Yanıklardaki uygulamalara bakıldığında, annelerin %51,1'i buz uygulaması, %31,9'u merhem-krem uygulaması yapmış, %12,8'i ilk yardım uygulaması için hastaneye gitmiş, %2,1'si ise yanan yere soğuk et koymuş, %2,1'si ise viks sürmüştür (Tablo 4.10.). Kaza sonucunda çocukların %44,4'ünde kızarıklık, %33,3'ünde yanık izi, %8,9'unda bül meydana gelmiş, %13,3'ünün ise kontrol altına alındığı belirlenmiştir. Yanan çocukların %32,0'si sıcak sıvılardan, %63,8'i sıcak cisim tutmasından ve %4,2'si ise elektrik kablосundan yanmıştır.

Boğulma sonucunda annelerin yaptıkları ilk yardım uygulamaları arasında, %30,0 çocuğun boğazındaki cismi çıkarma, %40,0 sırtı vurma, %20,0 hastaneye gitme, %6,7 yüz yıkama ve %3,3 göğüse vurma belirlenmiştir (Tablo 4.10.). Yapılan uygulamaların sonucunda çocukların %50,0'sinin kontrol altına alındığı, %26,9'unun boğazına kaçan cismin çıkarıldığı, %7,7'sinin boğazında tahriş olduğu, diğerlerinde ise boğazda şişme ve dışkısında yabancı cisim çıkarıldığı belirlenmiştir. Boğulmaların nedenine bakıldığında çocukların %87,0'sinin boğazına yabancı cisim kaçmış ve %13,0' ü ise sudan boğulmuştur.

Kesici-delici alet yaralanmaları sonucunda annelerin yaptığı ilk yardım uygulamaları incelendiği zaman %48,0'inde yara tamponize edilmiş, %32,0'sinde yara bandı kullanılmış, %16,0'sında yara su ile yıkanmış ve bir kişi hastanede ilk

yardım uygulaması görmüştür (%4,0) (Tablo 4.10.). Çocuklara yapılan ilk yardım uygulamaları sonucunda %60,0'ının ufak kesikleri olduğu, %28,0'inin kontrol altına alındığı, %12,0'sine ise dikiş atıldığı belirlenmiştir. Kesici-delici aletlerle yaralanmaların nasıl gerçekleştiğine baktığımız zaman % 92,0'si keskin bir cisim tarafından yaralanırken, %8,0'i ise pencerenin sebep olduğu kesiklere maruz kalmıştır.

Tablo 4.11. Annelerin İlk Yardım Eğitimi İsteme Durumları ve Eğitim Almak İstedikleri Kaynakların Dağılımı (n:346).

Annelerin İlk Yardım İle İlgili Durumlarının Dağılımı	Daha Önce Bilgi Alan		Daha Önce Bilgi Almayan		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Eğitim Almayı İsteme Durumu						
İstiyor	98	79,7	187	83,9	285	82,4
İstemiyor	25	20,3	36	16,1	61	17,6
Eğitim Almak istediği Kaynak						
Doktor	58	47,6	119	54,1	177	51,2
Hemşire	38	31,8	59	26,8	97	28,0
TV	8	5,5	20	9,1	28	8,1
Broşür/Kitap	15	10,6	19	8,6	34	9,8
Fikri Yok	7	4,5	3	1,4	10	2,9

Çalışmamıza katılan annelerin sadece %35,5'i daha önce ilk yardım ile ilgili bilgi almış ve annelerin bilgiyi sırasıyla okullarda düzenlenen sivil savunma teşkilatının programlarından (%66,7), doktor veya hemşireden (%17,1), yazılı ve görsel basından (%16,2) aldığı saptanmıştır. Tablo 4.11.'e göre daha önce ilk yardım ile ilgili bilgi alan (%79,7) ve almayan (%83,9) annelerin çoğunun ilk yardım ile ilgili bilgi almak istedikleri (%82,4) görülürken, bu eğitimleri daha çok doktor (%51,2) ve hemşireden (%28,0) almak istedikleri belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde; Lefkoşa merkezde yaşayan 1-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Ev kazaları sıklığının saptanması, risk gruplarının belirlenmesine ve önleme çalışmalarının programlanmasına yardımcı olmaktadır (Kıran ve ark., 2001). Çalışmamızda, 1-6 yaş grubu çocukların %54,3'ünün şimdiye kadar en az bir kez ev kazası geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4.2.). Bazı araştırmalarda çocuklarda ev kazaları sıklığı çalışmamızla paralellik göstermiştir (Duff ve ark., 2002; Dal Santo ve ark., 2004; Miller ve ark., 2004; Aktaş, 2010; Aksakal ve ark., 2012). Çalışmamızdan farklı olarak bazı araştırmalarda çocuklarda ev kazaları sıklığı daha az (%13,3-%49,6) saptanırken (Valent ve ark., 2007; Köse ve Bakırcı, 2007; Keall ve ark., 2008; Bombacı ve ark., 2008; Tsoumakas ve ark., 2009; Chong ve Mitchell, 2009; Erkal, 2010; Yalaki ve ark., 2010; Karatepe ve Akış, 2012), bazılarında ise daha fazla (%65,5-%78,0) saptanmıştır (Balibey ve ark., 2011; Yıldırım, 2010; Mahalaksyhmmy ve ark., 2011; Yıldırım ve Kubilay, 2012).

Çalışmamızda en sık 25-29 yaş grubu anne (%66,3) ve babaların (%67,5) çocuklarının ev kazası geçirdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Anne-babaların 40 yaşından sonra çocuklarının ev kazası geçirme sıklığı azalmıştır (Tablo 4.5.). Yıldırım (2010)'ın 1-4 yaş arası çocuklarda yaptığı çalışmaya katılan annelerin yarısından fazlasının 21-30 yaş arasında olması ve bu çalışmada ev kazası sıklığının yüksek bulunması (%75,8) dikkat çekicidir. Aktürk ve Erci (2012)'nin çalışmasında da anne yaşı ile ev kazası geçirme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak anne-baba yaşının ev kazaları üzerinde etkisinin olmadığını saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (Erkal, 2010; Karatepe ve Akış, 2012). Balibey ve ark. (2011)'in çalışmasında ise anne-baba yaşı arttıkça ev kazası riskinin arttığı belirtilmiştir. Bu sonuçlar bize genç anne-babaların çocuklarının kaza geçirme riskinin tecrübesizlik ve bilgisizlikten dolayı daha fazla olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle ev kazalarını önlemede ele alınması gereken öncelikli grubun genç anne ve babaların olması gerektiğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda anne ve babaların eğitim durumlarına göre çocuklarının ev kazası geçirme sıklığı değerlendirildiğinde eğitim düzeyi ilköğretim olan annelerin (%61,6) ve babaların (%64,4) çocukları en fazla ev kazası geçiren grup olduğu ancak istatistiksel değerlendirmede anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.). Çalışmamıza paralel olarak annenin eğitim durumunun ev kazaları üzerinde etkisi olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Currie ve Hotz, 2004; Köse ve Bakırcı, 2007; Boztaş, 2008; Bombacı ve ark., 2008; Karatepe ve Akış, 2012). Köse ve Bakırcı'nın (2007) yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuca ulaşılmış, babaların eğitim durumları ve çocukların ev kazaları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Tsoumakas ve ark., (2009) ise yüksek eğitimli annelerin ve düşük eğitimli babaların çocuklarında ev kazaları sıklığının fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bunun nedeni yüksek eğitimli annelerin çalışma hayatında daha aktif olmaları, vakitlerinin çoğunu işte geçirmeleri ve genelde çocuklarına bakıcıların bakması olabilir. Diğer çalışmalarda ise, annenin eğitim düzeyinin artmasıyla ev kazaları sıklığının azaldığı belirtilmiştir (Erkal ve Şafak, 2006; Turan ve ark., 2007; İnanc ve ark., 2008; Erkal, 2010; Aktürk ve Erci, 2012; Aksakal ve ark., 2012). Annelerin ve babaların eğitim durumu arttıkça çocuklarda ev kazası görülme sıklığının azalması beklenen bir sonuçtur. Eğitim düzeyi arttıkça, anne-babaların ev kazalarını önlemek için gerekli koşulları sağladıkları ve çocuğun gelişim özelliklerini daha iyi bildikleri düşünülebilir.

Araştırmamızda annelerin yarısından fazlasının (%54,3), babaların ise tamamına yakınının (%94,2) çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.), çalışmayan annelerin (%54,4) ve babaların (%55,0) çocuklarında daha fazla ev kazası olduğu saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.). Araştırmamıza benzer olarak Karatepe ve Akış (2012)'in çalışmasında da ebeveynlerin çalışma durumu ve çocukların ev kazaları sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Boztaş (2008) çalışan babaların çocuklarının daha az ev kazası geçirdiğini belirtmiştir. Aksakal ve ark., (2012) çalışmasında çalışan annelerin çocuklarında ev kazalarının daha az görüldüğünü, aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğunu saptamıştır ($p<0,05$). Çalışmayan anne babaların sosyoekonomik düzeyi

daha düşük olacağından ev ortamlarının ev kazalarına daha yatkın olması nedeniyle daha fazla ev kazası görülebileceği söylenebilir.

Yoksul çocukların anne-babaları yeterli desteği sağlayamadığı için (Unicef, 2011) sosyoekonomik durumu düşük olan ailelerde çocukların ev kazası geçirme sıklığı fazladır (www.cevresagligi.org). Çalışmamızda da düşük gelirli ailelerin çocuklarının yarıdan fazlasının (%65,3) ev kazası geçirdiği belirlenmiş istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Çalışma sonuçlarımız Turan ve Ceylan (2007)'in çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Yıldırım (2010) ve Boztaş (2008)'in çalışmasında ise ev kazaları ile ailenin gelir durumu arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Düşük sosyo-ekonomik düzeyli ailelerin ev ortamlarında ev kazası geçirme riskini artırabileceği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan çocukların kardeş sayısının ev kazaları sıklığını anlamlı bir şekilde etkilemediği ($p>0,05$) ancak dört ve daha fazla çocuğa sahip olan ailelerin çocuklarının en çok (%67,7) ev kazası geçiren grup olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.). Çalışmamıza benzer olarak Bombacı ve ark., (2008)'nin çalışmasında da kardeş sayısının ev kazalarında etkili olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Çalışmamızdan farklı olarak kardeş sayısı arttıkça ev kazaları sıklığının arttığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır ($p<0,05$) (Erkal 2010; Aksakal ve ark., 2012). Çocuk sayısı arttıkça annenin çocuğa ayıracağı zaman azalacağı için çocuğu daha az koruyup kollayabileceğinden ev kazası geçirme sıklığının fazla olabileceği düşünülmektedir.

Ev kazalarında çocukların önemli risk gruplarını oluşturduğu bilinmektedir. (Bertan ve Güler, 1997; McDonald ve ark., 2006). Çocukların gelişim özelliklerinden dolayı daha hareketli ve meraklı olmaları ev kazası riskini artırmaktadır (Bertan ve Güler, 1997; Koçer, 2006). Bebeklerde düşme, aspirasyon, suda boğulma ve yanık daha fazla görülmekte, oyun çocuklarında ve okul öncesi çocuklarda düşme, yanık, suda boğulma, zehirlenme daha fazla meydana gelmekte ve ev kazalarına bağlı yaralanmalar en çok 2-2,5 yaşlarında olmaktadır (Baysal ve ark., 2005). Çalışmamızda üç yaşındaki çocukların %68,0'inin ve altı yaşındaki çocukların %58,0'inin ev kazası geçirdiği belirlenmiş ancak ev kazası sıklığı ile çocukların yaş

grupları arasında anlamlı bir ilişki belirlenememiştir (Tablo 4.4). Çalışmamıza benzer olarak Köse ve Bakırcı (2007)'da yaptıkları çalışmada çocukların yaşının ev kazaları sıklığını etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır. Diğer çalışmalara baktığımızda ise 0-5 yaş arasında çocukların ev kazası geçirme sıklığının fazla oluşu dikkat çekmektedir (Aşırdizer ve ark., 2005; Kılıç ve ark., 2006; Valent ve ark., 2007; Chong ve Mitchell, 2008; İnanç ve ark., 2008; Boztaş, 2010; Yıldırım, 2010).

Çocukların ev kazası sonucu yaralanmasında etkili olan faktörlerden biri de cinsiyettir. Erkek çocukların kız çocuklarına göre ev kazası sonucu yaralanma riski daha fazladır (WHO, 2006). Çalışmamızda da benzer sonuca ulaşılmış, ev kazası geçiren çocukların yarısından fazlasını (%62,0) erkek çocuklar oluşturmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.4.). Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; erkek çocukların kız çocuklarından daha fazla ev kazası geçirdikleri saptanmıştır (Bobak ve ark., 2000; Chan ve ark., 2003; Shenassa ve ark., 2004; Currie ve Hotz, 2004; Aşırdizer ve ark., 2005; Chini ve ark., 2006; Kendrick ve ark., 2007; Valent ve ark., 2007; Tsoumakas ve ark., 2009; Erkal, 2010; Yıldırım 2010; Özmen ve ark., 2007; Balibey, 2010; Karatepe ve Akış, 2012; Yıldırım ve Kubilay, 2012). Erkek çocukların daha fazla ev kazası geçirmesinin nedenleri arasında, kızlara göre daha fazla risk almaları, daha sert ve hareketli oyunlar oynamaları fiziksel ve ruhsal gelişimlerinin kızlardan daha farklı olmaları sayılabilir.

Sağlık problemi olan ve olmayan çocukların ev kazası geçirme durumları değerlendirildiğinde; önemli bir sıklıkla (%76,6) sağlık problemi olan çocukların ev kazası geçirdiği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.4.). Çalışmamıza paralel olarak Tsoumakas ve ark., (2009) kronik hastalığı olan çocukların ev kazası geçirme sıklığının yüksek olduğu belirtmiştir. Boztaş'da (2008) yaptığı çalışmasında sağlık sorunu olan çocukların yaşam boyunca en az bir kez ev kazası sonucu yaralanma durumunun dört kat fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Çocuğun sağlık sorunları büyüme ve gelişmeyi etkileyebileceğinden çocuğun kazalara daha yatkın olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca sağlık problemi olan çocukların ev kazalarından koruma durumlarını geliştirmede zorluklar yaşanabilir.

Çalışmamızda geniş aile yapısına sahip çocukların %68,4'ünün ev kazası geçirdiği saptanmış, aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.5.). Meksika'da yapılan çalışmada evde yaşayan birey sayısı arttıkça ev kazası sayısının arttığı belirtilmiştir (Mull ve ark., 2001). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da geniş ailede yaşamının çocuklar arasında ev kazası sıklığını arttırdığı görülmüştür (Erkal ve Şafak, 2003; Köse ve Bakırcı, 2007; İnanc ve ark., 2008; Yıldırım, 2010; Aksakal ve ark., 2012; Aktürk ve Erci, 2012). Çalışmamızdan farklı olarak Boztaş (2008)'ın yaptığı çalışmada ise geniş ailede yaşamının ev kazası üzerinde bir etkisi saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızdan çıkan sonuca göre geniş aile yapısı ile kaza geçirme sıklığı artmaktadır. Geniş ailede yaşayan çocuklara ayrılan zamanın azaldığı, çocuğun bakımından sorumlu kişinin dikkatini birden fazla kişiye yoğunlaştırdığı ve çocuğu yeterince gözetleyemediği için ev kazası sıklığının arttığı düşünülmektedir. Ayrıca geniş ailelerde annenin iş yükü fazla olacağından, çocuğa bakan kişinin genelde daha büyük çocuklar olduğu düşünülürse, bu çocukların kardeşlerini ev kazalarına karşı yeterli düzeyde koruyamadıklarını söyleyebiliriz.

Oturulan evin tipine göre ev kazası geçirme sıklığına bakıldığında çalışmamızda apartmanda yaşayan çocukların %53,6'sının ev kazası geçirdiği belirlenirken müstakil evde yaşayan çocukların yarısından biraz fazlasının (%55,3) ev kazası geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4.4.). Yapılan istatistiksel analiz sonucunda bu fark anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmamızla paralel olarak Karatepe ve Akış (2012)'da ev tipi ve ev kazası arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Diğer çalışmalara bakıldığında apartmanda yaşayan çocukların daha fazla ev kazasına maruz kaldıkları belirtilmiştir (Istre ve ark., 2003; Lyons ve ark., 2006; Tsoumakas ve ark., 2009). Müstakil evde oturan çocukların bahçe ve yola yakın olmaları, apartmanda ise merdiven ve balkonların bulunması ev kazası riskini artırabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada çocukların geçirdiği ev kazaları değerlendirildiğinde sırasıyla düşmeler (%42,8), darbeler (%18,0), yanıklar (%17,2), boğulmalar (%11,0), kesici veya delici aletle yaralanmalar (%9,2) ve zehirlenmeler (%1,8) belirlenmiştir (Tablo

4.6.). Çalışmalarda da çalışmamıza paralel olarak düşmeler en sık karşılaşılan ev kazaları arasında belirtilmiştir (Chan ve ark., 2003; Dal Santo ve ark., 2004; Runyan ve ark., 2005; Gencer ve ark., 2006; Karataş ve ark., 2006; Çınar ve Görak, 2007; Chong ve Mitchell, 2008; Boztaş, 2008; Tsoumakas ve ark., 2009; Erkal, 2010; Yıldırım, 2010; İnanç, 2010; Aktaş, 2010; Mahalakshmy ve ark., 2011; Kim ve ark., 2012; Yıldırım ve Kubilay, 2012; Karatepe ve Akış, 2012; Aktürk ve Erci, 2012; Aksakal ve ark., 2012). Diğer çalışmalarda düşmelerin yanında yanmaların da en sık karşılaşılan ikinci sırada ev kazası olduğu saptanmıştır (Chan ve ark., 2003; Broides ve Assraf, 2003; Karataş ve ark., 2006; Çınar ve Görak, 2007; Guisan ve ark., 2007; Turan ve Ceylan, 2007; Öztürk ve ark., 2010; Erkal, 2010; İnanç, 2010; Aksakal ve ark., 2012; Aktürk ve Erci, 2012). Düşmelerin en sık karşılaşılan ev kazası olması çocukların yürümeye başlarken denge kurmada zorlanmalarından dolayı olabileceği gibi oyun çocuklarının dikkatsiz hareket etmelerine de bağlı olabilir. Çalışma sonuçları ev kazalarını önleme programları yapılırken düşmeler ve yanıklar üzerinde durulması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda ev kazalarının en çok gerçekleştiği saatler sabah-öğle saatleri arasında (%45,4) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.). Bhanderi ve ark., (2008)'nın yaptığı çalışmada ev kazalarının sıklıkla sabah ve akşam saatlerinde meydana geldiği belirtilmiştir. Morrongiello ve ark., (2001)'in çalışmasında ev kazalarının en çok sabah olduğu saptanmıştır. Sütölük ve ark., (2007)'da çalışmamıza paralel olarak en çok ev kazasının (%55,2) sabah-öğle saatleri arasında gerçekleştiğini belirtmiştir. Bundan farklı olarak Boztaş (2008)'in ve Yıldırım (2010)'ın yaptığı çalışmada ise ev kazalarının en çok öğleden sonra gerçekleştiği belirlenmiştir. Sabahları annelerin yetiştirmesi gereken ev işlerinden dolayı çocuklarına yeterli zaman ayıramadığı ve çocukların kaza geçirme sıklığını artırdığı söylenebilir.

Ev kazaları mevsimlere göre değişiklik göstermektedir. Literatüre göre ev kazalarının neden olduğu yaralanmalar daha çok ilkbahar ve yaz aylarında (Baysal ve ark., 2005) gerçekleşmektedir. Çalışmamıza göre çocuklar en çok kış (%39,5) ve yaz (%32,6) aylarında ev kazası geçirmektedir (Tablo 4.7.). Diğer çalışmalarda da yazları ev kazaları sıklığı artmaktadır (Currie ve Hotz, 2004; Sütölük ve ark., 2007;

Akbaba, 2007; Mahmut ve ark., 2007; Nazlıcan, 2008). Çalışmamızdan farklı olarak bir çalışmada ev kazaları yazları en sık görülürken, kışları en az görülmektedir (Mahmut ve ark., 2007). Bizim çalışmamızda düşmeler (%35,9), darbeler (%40,8), kesici delici alet yaralanmaları (%44,0) en çok yaz mevsiminde olurken, yanıklar (%72,3) en çok kış mevsiminde, boğulmalar ise yaz (%30,0) ve kış (%30,0) mevsiminde daha fazla görülmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Veren (2006) yaptığı çalışmada yanmaların, düşmelerin, zehirlenmelerin en çok kış mevsiminde, yabancı cisim aspirasyonları ile boğulmaların ve kesici delici aletlerle yaralanmaların en çok ilkbahar mevsiminde ve elektrik çarpmalarının tüm mevsimlerde görüldüğünü belirtmiştir. Literatürden farklı olarak çalışmamızda kış mevsiminde ev kazalarının özellikle yanıkların yüksek olması KKTC’de evlerde merkezi ısıtma sisteminin olmaması ve ısınmanın sobalarla yapılmasının yanık riskini artırdığını düşündürmektedir. Ayrıca adada mevsim geçişlerinin olmaması çocuklarda ev kazaları sıklığının en çok kış ve yaz aylarında olmasına neden olabilir.

Çalışmamıza göre çocuklar ev kazalarını sırasıyla salonda (%35,2), mutfakta (%24,5) ve bahçede (%20,9) geçirmektedir (Tablo 4.7.). Morrongiello ve ark., (2004) erkek çocukların yatak odası, oyun odası gibi alanlarda, kız çocukların ise mutfak, oturma odası gibi oyun alanı dışında daha çok kazaya maruz kaldıklarını belirtmiştir. Kim ve ark., (2012) çocuklarda en sık ev kazasının banyoda olduğunu belirtirken, çocuklarda ev kazalarının en sık mutfakta (Phelan ve ark., 2009; Theologos ve ark., 2007) ve yatak odasında olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Aşırdizer ve ark., 2005). Çalışmamıza paralel olarak Boztaş’ın (2008) yaptığı çalışmada çocukların en sık salonda ve bahçede ev kazası geçirdiği belirtilmiştir. Diğer çalışmalarda da ev kazaları en çok salonda gerçekleşmiştir (Chan ve ark., 2003; Turan ve Ceylan, 2007; Sengoelge ve ark., 2008; Yıldırım, 2010; Yıldırım ve Kubilay, 2012). Belirlenen sonuçlara göre çocuklarda ev kazalarının en sık salonda gerçekleşmesinin nedeni ailelerin vakitlerini en çok salonda geçirmeleri olabilir. Konuyla ilgili verilecek eğitimlerde anne babaların ilgisi bu yöne çekilmeli ve salonda ev kazaları için önlemlerin alınmasının gerekliliği vurgulanmalıdır.

Araştırma kapsamındaki çocukların ev kazaları esnasında yarısından fazlasının (%62,6) yanında anne veya babaların olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8.). Araştırmalarda da çocukların çoğunluğunun ev kazası geçirdiği sırada anne-baba gözetimi altında olduğu saptanmıştır (Erkal, 2010; Atak ve ark., 2010). Çocukların gözetiminden sorumlu olan anne ve babaların ev kazalarının önlenmesi konusunda gerekli düzenlemeleri yapmaları ve ev kazalarının sıklığını azaltmaları gerekmektedir. Halk sağlığı hemşirelerinin ev ziyaretlerinde bu konularda eğitim verebilecekleri düşünülmektedir.

Araştırmada ilk yardım konusunda bilgi alan annelerin (%35,5) çocuklarının %58,5'inin ev kazası geçirdiği saptanmış, aradaki fark anlamsız çıkmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.). Çalışmamızdan farklı olarak Yıldırım (2010)'ın çalışmasında ilk yardım eğitimi almayan ailelerin çocuklarında ev kazası sıklığı daha fazla belirlenmiştir (%48,5). Çalışmamızda annelerin ilk yardım ile ilgili bilgileri uzun süre önce almış olabilecekleri, bazı konuları hatırlayamamaları veya içeriğinin ev kazalarını önlemeye yönelik olmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda ev kazası sırasında çocuğa ilk yardım uygulamasını yapanların çoğunlukla anne-babalar (%62,6) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8.). Küçükoğlu ve ark. (2009) çocuklara ilk yardım uygulaması yapan kişilerin yarısından fazlasının anneleri olduğunu belirtmiştir. Çocuğa en yakın olan ve onların gözetiminden sorumlu olan anne-babaların doğru ilk yardım uygulamalarını bilmeleri ve yapmaları çocuğun hayatını kurtarabileceği gibi, yanlış uygulamalar da sakatlıklara ve ölümlere neden olabilir. Ev kazalarını önleme programlarında ailelere verilecek ilk yardım eğitimlerinin oldukça önemli olduğu, eğitimler sonrasında yapılacak olan doğru ilk yardım uygulamalarının hayat kurtarabileceği, kalıcı sakatlıkları ve ölümleri önleyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin (%51,3) yarısından biraz fazlası ilk yardım uygulamalarını ailelerinden öğrenmiştir (Tablo 4.9.). Diğer çalışmalarla çalışmamız paralellik göstermektedir (Thein ve ark., 2005; Küçükoğlu ve ark., 2009). Ailelerin ilk yardım uygulamalarını ailelerin ($p>0,05$). Ev kazası geçiren çocukların anne-

babalarına kendi ailelerinin rol model olduğu ve ilk yardım uygulamalarını ailelerinden görerek öğrendikleri düşünülmektedir.

Çocukların annelerinin yaptıkları ilk yardım uygulamalarının uygunluğu incelendiği zaman tüm ev kazaları tiplerinde dörtte üçünün (%76,3) doğru uygulama yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.8.). Benzer olarak bir çalışmada da annelerin yanık, göze yabancı cisim batması gibi durumlarda ev kazası sırasında ne yapacaklarını doğru bildikleri saptanmıştır (Coşkun ve ark., 2008). Özdemir ve ark. (2005)'ın çalışmasında ev kazası geçiren çocuklara doğru ilk yardım uygulamasının yapılmadığı ve Karaöz (2010)'ün çalışmasında ise yapılan uygulamaların yarısından fazlasının uygun olmadığı belirlenmiştir.

Doğru ilk yardım uygulamalarının belirlenip pekiştirilmesi, yanlış olanların ise değiştirilmesi konusunda halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Çalışmamızın sonucuna göre annelerin, çocukları ev kazası geçirdikten sonra yaptığı ilk yardım uygulamaları aşağıdaki gibi olmuştur:

Çalışmamızda düşme kazalarında en çok yapılan uygulamalar yara üzerine tampon uygulaması (%27,4), buz uygulaması (%24,8), hastaneye götürme (%17,1) ve krem-merhem (%12,8) sürme olmuştur (Tablo 4.10.). Bu uygulamalar krem-merhem uygulaması dışında doğru uygulamalardır (Bilir ve Yıldız, 2007). Çalışkan ve ark. (2010)'nın çalışmasında annelerin çocuk düştükten sonra buz uygulaması, bol su ile yıkama, hastaneye götürme, pomat sürme, yara bölgesini gereksiz hareket ettirmeme, yara üzerine temiz bez koyma, yara üzerine ekmek içi koyma ve yara üzerine sıcak uygulama yaptığı saptanmıştır. Düşmelerde yara üzerine ekmek içi koyma, sıcak uygulama yapma, açık yaraya pomat sürme doğru uygulamalardan değildir (Bilir ve Yıldız, 2007). Başka bir çalışmada ise yapılan müdahaleler içinde geçici tespit ve buz uygulaması gibi yararlı ilk yardım uygulamaları yapılmıştır (Bombacı ve ark., 2008) .

Darbe oluşan kazalarda yapılan ilk yardım uygulamaları incelendiği zaman yara yerine sırasıyla, buz (%49,0), soğuk su (%12,5), soğuk et uygulaması (%6,1) yapılmış, pamuk veya gazlı bez ile silinmiş (%6,1) ve hastaneye gidilmiştir (%22,4).

Geriye kalanlar ise yarayı kolonya ile temizlemiş (%2,0) ve krem sürmüştür (%2,0) (Tablo 4.10.). Yapılan bu uygulamalardan yaraya soğuk et uygulaması ve kolonya ile temizleme yanlış uygulamalardır (Bilir ve Yıldız, 2007).

Yanıklardaki uygulamalara bakıldığında annelerin %51,1'i buz uygulaması, %31,9'u merhem-krem uygulaması yapmış, %12,8'i ilk yardım uygulaması için hastaneye gitmiş, %2,1'i ise yanan yere soğuk et koymuş, %2,1'i ise viks sürmüştür (Tablo 4.10.). Yanıklarda yaraya et uygulaması ve viks sürülmesi yanlış uygulamalardır (Seiler, 2007). İnanc ve ark., (2012)'in yaptığı çalışmada çocuklarında yanık ile karşılaşmış olan annelerin, %44,5'inin ilk olarak soğuk uygulama yaptıkları, böyle deneyimi olmayan annelerin, yanıkla karşılaştıklarında %56,6'sının, ilk olarak soğuk uygulama yapacakları saptanmıştır.

Boğulma sonucunda yapılan ilk yardım uygulamalarında, annelerin %40,0'ı çocuğun sırtına vurmuş, %30,0'u çocuğun boğazındaki cismi çıkartmış, %20,0'si çocuğu hastaneye götürmüş, %6,7'si çocuğun yüzünü yıkamış, %3,3'ü ise çocuğun göğsüne vurmuştur (Tablo 4.10.). Boğulma sonucu yapılan uygulamalardan yüz yıkama etkisiz bir yöntemdir (Albayrak, 2009). Kesici-delici alet yaralanmaları sonucunda yapılan ilk uygulamalar incelendiği zaman yapılan uygulamaların doğru olduğu (Bilir ve Yıldız, 2007), yapılan uygulamaların %48,0'inde yara tamponize edilmiş, %32,0'sinde yara bandı kullanılmış, %16,0'sında yara su ile yıkanmış, bir kişi hastaneye götürülmüştür (Tablo 4.10.).

Çalışmamızda annelerin sadece %35,5'i ilk yardım ile ilgili çeşitli kaynaklardan bilgi almıştır. Başka bir çalışmada bizim çalışmamızın hemen hemen yarısı kadar sıklıkla annelerin ilkyardım ile ilgili bilgi aldığı saptanmıştır (Çalışkan ve ark., 2010).

Annelerin ilk yardım ile ilgili bilgiyi sırasıyla okullarda sivil savunma teşkilatının düzenlediği programlardan (%66,7), doktor veya hemşireden (%17,1), yazılı ve görsel basından (%16,2) aldığı saptanmıştır. Dereli ve ark., (2010)'nin çalışmasında ilk yardım ile ilgili bilgiyi annelerin %33,7'sinin ehliyet kurslarından, sağlık bilgisi dersinden, halk eğitim kurslarından, %32,1'inin sağlık personelinin

(hekim, hemşire, ebe) aldığı belirtilmiştir. Karaman ve ark., (2005) annelerin yalnızca %5,6'sının hastane ve doktordan ilk yardım konusunda bilgi aldıklarını saptamıştır. Başka bir çalışmada kadınların ev kazaları ile ilgili ilk yardım bilgilerinin %81,7 sıklıkla televizyondan aldıkları belirlenmiştir (Serinken ve ark., 2011).

Daha önce ilk yardım ile ilgili bilgi alan (%79,7) ve almayan (%83,9) annelerin çoğunun (%82,4) ilk yardım ile ilgili bilgi almak istedikleri görülürken, bu eğitimleri daha çok doktor (%51,2) ve hemşireden (%28,0) almak istedikleri belirlenmiştir (Tablo 4.11.). Annelerin sağlık personelinden ilk yardım eğitimi almaya istekli oldukları görülmektedir. İlk yardım eğitimleri ile annelerin, çocukları ev kazası geçirdiğinde, yaptıkları yanlış uygulamaları belirlenerek, değiştirilebilir ve doğru uygulamaları da pekiştirilebilir. Annelerin bilgi almak istedikleri kaynaklardan eğitim verilirse ilkyardım ile ilgili bilgiyi öğrenmeleri konusunda daha istekli olacakları düşünülmekte ve hemşirelerin bu konuda daha aktif olmaları gerekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Lefkoşa merkezde yaşayan 1-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığını ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarını belirlenmeye yönelik yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Çalışmaya katılan annelerin (%36,7) ve babaların (%33,5) 30-34 yaş aralığında olduğu, anne (%32,4) ve babaların (%30,2) en fazla ilkokul mezunu oldukları görülmüştür. Çalışma durumlarına baktığımızda ise annelerin yarısından fazlasının (%54,3), babaların ise büyük bir çoğunluğunun (%94,2) çalıştığı ve ailelerin %65,3'ünün gelirleri giderlerini karşıladığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan annelerin yarıya yakınının (%43,3) 2 çocuğu bulunmaktadır. Ailelerin önemli bir bölümü (%83,5) çekirdek aile özelliğinde olup, yarısından biraz fazlası (%56,1) apartman dairesinde ikamet etmektedir (Tablo 4.3.).

Araştırmaya katılan çocukların %54,3'ünün en az bir kez ev kazası geçirdiği saptanmıştır (4.2.). Ev Kazası geçiren çocukların yarısından biraz fazlası (%61,8) 4-6 yaş grubunda olup, çocukların %54,0'ünü (187) kız çocukları oluşturmaktadır (Tablo 4.1.).

Çoğunlukla 25-29 yaş grubu annelerin (%66,3) ve 30-34 yaş grubu babaların (%63,8) çocukları ev kazası geçirmiştir. Geliri giderinden az olan ailelerin (%65,3) çocuklarının daha sık ev kazası geçirdiği belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulguların istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.5.).

En fazla ilkokul mezunu (%61,6) ve üniversite ve üzeri eğitim gören annelerin (%59,1) ilkokul mezunu olan babaların (%64,4) çocuklarının ev kazası geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4.5.). Elde edilen bulguların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çalışmayan anne (%54,4) ve babaların (%55,0) çocuklarının yarısından fazlası ev kazası geçirmiştir. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulguların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.5.).

Dört ve daha fazla çocuğa sahip olan ailelerin çocuklarının en fazla (%67,7) ev kazası geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4.4.) ($p>0,05$). En fazla ev kazası geçiren çocukların ailenin ilk çocukları olduğu (%57,9) ($p>0,05$), erkek çocukların daha fazla (%62,0) ev kazası geçirdikleri belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.4.). Geniş ailede yaşayan (%68,4) ($p<0,05$) (Tablo 4.5.), herhangi bir sağlık sorunu olan (%76,6) (Tablo 4.4.) ($p<0,05$) ve müstakil evde oturan (%55,3) ($p>0,05$) (Tablo 4.5.) çocukların daha fazla ev kazası geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4.4.). Çalışmamızda çocukların geçirmiş olduğu en sık ev kazası tipi sırasıyla düşmeler (%42,8), darbeler (%18,0) ve yangınlar (%17,2) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.6.).

Çocukların en fazla sabah-öğlen arası (%45,4), en çok kış (%39,5) ve yaz (%32,6) mevsimlerinde ev kazası geçirdiği belirlenmiştir (Tablo 4.7.). Bu kazaların sıklıkla salon (%35,2), mutfak (%24,5) ve bahçede (%20,9) gerçekleştiği saptanmıştır (Tablo 4.7.).

Çocukların geçirdiği tüm kaza tiplerinde çocuğun yanında olan ve ilk yardım uygulamasını yapan kişiler anne ya da babalardır (%62,6) (Tablo 4.8.). İlk yardım uygulamasını yapan annelerin yaptıkları uygulamaları en çok kendi ailelerinden (%52,4) öğrendikleri saptanmıştır. Araştırmada ev kazası sonrasında annelerin yaptığı ilk yardım uygulamalarının çoğunun doğru uygulamalar (%76,3) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9.).

Çalışmaya katılan annelerin %35,5'i daha önce ilk yardım ile ilgili bir bilgi almamış, bilgi alan annelerin ise önemli bir çoğunluğu (%66,7) eğitimi okullarda veya iş yerlerinde düzenlenen sivil savunma teşkilatının düzenlemiş olduğu programlardan almıştır. Çalışma sonucunda annelerin ilk yardım eğitimi almaya istekli oldukları (%82,4) ve bu eğitimleri çoğunlukla doktor (%51,2) ve hemşireler (%28,0) tarafından almak istedikleri saptanmıştır (Tablo 4.11.).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Bu çalışmada 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığının fazla olması nedeniyle, ev kazalarını önlemeye yönelik müdahale çalışmalarının yapılması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin, ebeveynlere ev ziyaretleri yaparak ev kazalarını önlemeye yönelik eğitimler düzenlemesi,
- İlkokul mezunu, çalışmayan, düşük gelirli, dört veya daha fazla çocuğa sahip anne-babaların çocuklarında, geniş ailede yaşayan, sağlık problemi olan, müstakil evde yaşayan çocuklarda ve erkek çocuklarında ev kazası geçirme sıklığı fazla bulunduğundan, hemşireler tarafından yapılacak eğitimlerde bu özelliklere dikkat edilmesi,
- Ev kazaları ile ilgili eğitimler verilirken çocuğun büyüme ve gelişmesiyle ilgili özelliklerin dikkate alınması,
- Ebeveynlerin, ev ortamında ev kazası riskini azaltacak düzenlemelerde bulunmaları, özellikle düşmelere karşı önlemlerin alınması, bu konularda ebeveynlerin hemşireler tarafından bilgilendirilmesi,
- 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelere ev kazalarında yapılacak ilk yardım uygulamaları konusunda eğitimlerin düzenlenmesi, bu eğitimlerin annelerin eğitim düzeylerine göre yapılması,
- Çocuklarda ev kazalarını önleme programlarının oluşturulması ve hemşirelerin aktif rol alması,
- Bu çalışmanın daha geniş bir örneklem üzerinde diğer yaş gruplarını da kapsayacak şekilde yapılması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

Albayrak, P. (2009). *Bebekler ve Çocuklar İçin Temel İlk Yardım*. Ankara: Boyut Yayıncılık, s.29-41.

Alex, L.; Rogovik, M. D.; Ran D., ve ark. (2007). Prehospital use of analgesics at home or en route to the hospital in children with extremity injuries. *The American Journal of Emergency Medicine*, 25 (4), 400- 405.

Aksakal, F. N. B.; Çetin, F. E.; Özdemirkan, T.; Tunca, M.Z. ve Aygün, R. (2012). 0-6 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ev Kazaları Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Saptanması. [Bildiri]. 15. Halk Sağlığı Kongresi, Bursa.

Aktaş, B. (2010). 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Durumu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 19, 146-149.

Aktürk, Ü. ve Erci, B. (2012). 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.

American Heart Association. [AHA]. (2010). First Aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. Erişim: 23 Kasım 2012, http://www.heart.org/HEARTORG/search/search_Results.jsp?dyncnharset=ISO-8859-1&q=first+aid

American Heart Association. [AHA]. (2010). American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Erişim: 23 Kasım 2012, http://www.heart.Org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_318152.pdf

Aşırdizer, M.; Yavuz, S. M.; Albek, E. ve Cantürk, G. (2005). Infant And Adolescent Deaths In Istanbul Due To Home Accidents. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 47, 141-149.

Atak N.; Karaoğlu L.; Korkmaz Y. ve Usubütün, S. (2010). A Household Survey: Unintentional Injury Frequency And Related Factors Among Children Under Five Years In Malatya. *Turk J Pediatr*, 52, 285-93.

Australian Institute of Health and Welfare. (2008). Australia's Health 2008. Erişim: 10 Ekim 2012, <http://www.auhw.gov.au>

Balibey, M.; Polat S.; Ertem, İ. Beyazova U. ve Şahin, F. (2011). Çocukluk Çağında Ev Kazalarına Yol Açan Etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 20, 3-89.

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

Bertan, M. ve Çakır, B. (1997). Halk Sağlığı Yönünden Kazalar. *Halk Sağlığı Temel Kitabı*. Ed: Bertan M., Güler Ç. Ankara.

Bhandari D. J. ve Choudhary S. (2008). A Study Of Occurrence Of Domestic Accidents In Semi-Urban Community. *Indian J Community Med*, 33, 104-6.

Bilir N. ve Yıldız, A.N. (2007). *Temel İlk Yardım*. Türk Eczacılar Birliği. Ankara: Eczacılık Akademisi Yayını.

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu [Unicef]. (2011). Türkiye'de Çocukların Durumu Raporu. Erişim: 15 Eylül 2012, <http://panel.unicef.org.tr/vera/app/var/files/s/i/sitan-tur.pdf>

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu [Unicef]. (2008). Unicef World Report On Child Injury Prevention. Erişim: 10 Mayıs 2011, http://www.unicef.org/eapro/World_report.pdf

Bobak, M.; Pikhart, H. ve Koupilová, I. (2000). Maternal Socioeconomic Characteristics And Infant Mortality From Injuries In The Czech Republic 1989–92. *Injury Prevention*, 6, 195–198.

Bombacı, H.; Ülkü, K.; Adıyeke, L.; Kara, S. ve Görgeç, M. (2008). Çocuk Yaralanmaları, Nedenleri ve Önlemler. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 42 (3), 166-173.

Boztaş, G. (2008). **0-48 Aylık Çocukların Ev Kazaları Sonucu Oluşan Yaralanmalarına İlişkin Annelerin Davranış ve Görüşlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Broides, A. ve Assaf, M. (2003). Home Accidents In Arab Bedouin Children In Southern Israel. *Journal of Child Health Care*, 7(3), 207-214.

Brook, U. ve Boaz, M. (2003). Children Hospitalized For Accidental Injuries: Israeli Experiences. *Patient Education and Counseling*, 51, 177-182.

Bucaktepe, E. G. P. (2003). **Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servislerine Başvuran Ev Kazası Olgularının Değerlendirilmesi**. Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır.

Çalışkan, K.; Avcı, Ö.; Acar, V. ve Dönmez, Y. (2010). 0–6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Düşmelere İlişkin İlk Yardım Uygulamalarının İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 2-9.

Çarman, B. K.; Palancı, Y. ve Kılıç, K. (2008). Anneler Yanan Çocuklarını Tedavi Etmek İçin Neler Yapıyor? *Türkiye Klinikleri J Pediatr*, 17 (3), 169-174.

Çavuşoğlu, H. (2008). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği*, Ankara: Göktuğ Yayıncılık, 1, 9.

Centers For Disease Control and Prevention. [CDC]. (2011). Erişim: 10 Eylül 2012, <http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/>

Chan, C. C.; Luis, B. P. K; Chow, C. B; Cheng, J. C. Y; Wong, T. W. ve Chann, K. (2003). Unintentional residential child injury surveillance in Hong Kong. *J. Paediatr. Child Health*, 39 , 420-426.

Chini, F.; Farchi, S.; Giorgi, R.P.; Camilloni, L.; Borgia, P. ve Guasticchi, G. (2006). Road and Home Accident Injuries Of Infants And Adolescents In The Lazio Region. Results Of An Integrated Surveillance System. *Epidemiol Prev*, 30 (4-5), 255-62.

Chong, S. ve Mitchell, R. (2009). The Use Of Mapping To Identify Priority Areas For The Prevention Of Home Injuries. *International Journal Of Injury Control And Safety Promotion*, 16, 1, 35–40.

Coşkun, C.; Seçil, Ö. ve Maral, I. (2008). Çankırı-Eldivan İlçe Merkezinde 0-14 Yaşlar Arasında Çocuğu Olan Annelerin İlk Yardım Bilgi Düzeyleri ve İlk Yardım Gerektiren Durumların Sıklığı. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2,3.

Currie, J. ve Hotz, V. J. (2004). Accidents Will Happen? Unintentional Childhood Injuries And The Effects Of Child Care Regulations. *Journal of Health Economics*, 23, 25-59.

Çalışkan, K.; Avcı, Ö.; Acar, V. ve Dönmez, Y. C. (2010). 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Düşmelere İlişkin İlk Yardım Uygulamalarının İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3).

Çınar, N. D. ve Görak, G. (2007). Mother's Role in Preventing Childhood Home Accidents. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde Universidade de Fortaleza*, 20 (4), 238-242.

Dal Santo, J. A.; Goodman, R. M.; Glik, D.; ve Jackson, K. (2004). Childhood Unintentional Injuries: Factors Predicting Injury Risk Among Preschoolers. *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (4), 273-283.

Department of Health, Social Services And Public Safety. (2004). Home accident strategy and action plan 2004-2009. Erişim: 17 Ocak 2011, [http:// www.injuryobservatory.net/ documents / Northern Ireland Home Accident Prevention Strategy and Action Plan 2004 2009 .pdf](http://www.injuryobservatory.net/documents/Northern_Ireland_Home_Accident_Prevention_Strategy_and_Action_Plan_2004_2009.pdf)

Department of Trade Industry. (1999). Research On The Patterns And Trends In Home Accidents. London: DTI.

Dereli, F.; Turasay, N. ve Özçelik H. (2010). Muğla İki No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 9 (3), 217-224.

Duff, S.; Ryan, M.; Mullan, C.; O'Keefe, B.; Nicholson, A.J. (2002) The use of local accident and emergency injury surveillance to monitor the impact of a lay safety community programme. *Ir Med J*, 95(5), 143-5.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. (2008). Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri, Ankara.

Erci. B., ve ark. (2009). *Halk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Göktuğ Yayıncılık.

Ergin, A. (2012). Ev Kazaları. Erişim: 5 Ağustos 2012, [http:// www .aile hekimince.com/gevkazalari.htm](http://www.ailehekimince.com/gevkazalari.htm)

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

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

Erefe, İ. (1998). *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, no:14.

Gaillard, M. ve Herve, C. (1991). Emergency medical care and severe home accidents in children. Study of 630 cases over 5 years. Their significance in tramatic accidents. *Ann Pediatr*, 38, 311-317.

Gazi Üniversitesi, Kazaları Araştırma ve Önleme Enstitüsü. (2012). Erişim: 16 Mayıs 2012, <http://kaza.gazi.edu.tr/posts/view/title/ev-kazalari-722>

Gencer, O.; Özbek, A.; Bozabali, R.; Cangar, S. ve Miral, S. (2006). Suspected Child Abuse Among Victims of Home Accidents Being Admitted to the Emergency Department, A Prospective Survey From Turkey. *Pediatric Emergency Care*, 22(12), 794-802.

Gilbride, S. J.; Wild, C.; Wilson, D. R.; Svenson, L. W. ve Spady, D. W. (2006). Socio-Economic Status And Types Of Childhood Injury In Alberta: A Population Based Study. *Biyomed Central Pediatrics*, 6:30.

Guisan, A. C.; Cubells, C. L.; Diego, J. M. Q. M. L. D. ve Fernandez, J. P. (2007). Accidental Injury In Children: Hospital Trauma Records In A Spanish Population. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 14 (2), 125-127.

Güler, Ç. ve Bilir, N. (2001). ***Herkes için İlk Yardım***. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, No:18.

Güler, Ç. ve Çobanoğlu, Z. (2001). Kazalar ve Önlenmesi. *Çevre Sayısı Temel Kaynak Dizisi*,13.

Güloğlu, R. (2010). Ev kazaları ve Önleme Yolları. *Alleben*, 28, 38.

Güzel, I.Ş. (2007). ***Ankarada Dış Kapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisine Ekim 2006 Ekim 2007 Tarihleri Arasında Başvuran Zehirlenme Vakalarının Demografik Özelliklerinin İncelenmesi***. Uzmanlık Tezi, Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara.

Güzel, A.; Soyoral, L.; Öncü, M. R. ve Çakır, C. (2012). Yanık Ünitemize Başvuran ve Cerrahi Müdahale Yapılan Olguların İncelenmesi. *Van Tıp Dergisi*, 19 (1), 1-7.

Hamzaoglu, O.; Ozkan, O. ve Janson, S. (2002). Incidence and Causes Of Home Accidents At Ankara Cigiltepe Apartments In Turkey. *ACC Anal Prev*, 34, 23-28.

Health, Social Services and Public Safety. (2004). Home Accident Prevention, Strategy & Action Plan 2004-2009. Erişim: 6 Mayıs 2011, http://www.injuryobservatory.net/documents/Northern_Ireland_Home_Accident_Prevention_Strategy_and_Action_Plan_2004_2009.pdf

Health in Europe: Information and Data Interface. [HEIDI]. (2012). Development and cooperations-Europeaid. Erişim: 15 Eylöl 2012, https://webgate.ec.europa.eu/sanco/heidi/index.php/Heidi/Lifestyle/Injuries/European_Injury_Database

Hendrickson, S. G. (2005). Reaching an Underserved Population With a Randomly Assigned Home Safety Intervention . *Injury Prevention*, 11, 313-317.

Istre, G. R.; Mccoy, M. A.; Stowe, M.; Davies, K.; Zane, D.; Anderson, R. J. ve ark. (2003). Childhood Injuries Due to Falls from Apartment Balconies and Windows. *Injury Prevention*, 9 (3), 349-352.

İnanç, D. Ç.; Baysal, S. U.; Coşgun, L.; Taviloğlu, K. ve Ünüvar, E. (2008). Çocukluk Çağı Yaralanmalarında Hazırlayıcı Nedenler. *Türk Ped Arş*, 43, 84-88.

İnanç, B.; şahin, D. ve Demir, C. (2012). 1-6 Years Aged Childrens' Mothers' First Aid for Burns Observation in Mardin City Center. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 4 (3), 175-8.

İnönü Üniversitesi. (2009). Evimizdeki Çocuklar ve Ev Kazaları. Erişim: 10 Aralık 2011, <http://iys.inonu.edu.tr/index.php?web=sivilsavunma&mw=236&dil=tr>

Johnston, B. D.; Britt, J.; D'Ambrosio, L.; Mueller, B. A. ve Rivara, F. P. (2000). A Preschool Program for Safety and Injury Prevention Delivered by Home Visitors. *Injury Prevention*, 6, 305 - 309.

Karaman, C.; şen, S.; Erkmen, C.; Buğa, Ö. ve Gümüş, H. (2005). 1-4 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Temizlik Maddelerini Saklama Koşulları ve Riskleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14 (11), 237-240.

Karataş, B.; Kettaş, E. ve Yurtsever, S. (2006). Interventions By Mothers Of 1-6 Year Old Children After Home Accidents. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1-14.

Karatepe, T.,U. ve Akış, N. (2012). Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 0-6 Yaş Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. [Bildiri]. 15. Halk Sağlığı Kongresi, Bursa.

Keall, M.D.; Baker, M.; Howden-Chapmana, P. ve Cunninghamb, M. (2008). Association Between The Number Of Home Injury Hazards And Home Injury Accident. *Analysis and Prevention*, 40, 887–893.

Kendrick, D.; Coupland, C.; Mulvaney, C.; Simpson, J.; Smith, S. J.; Sutton, A.; Watson, M. ve Woods, A. (2007). Home Safety Education And Provision Of Safety Equipment For Injury Prevention. *Cochrane Collaboration*,4.

Kılıç, B., Demiral; Y., Özdemir; Ç., Özdemir, S.; Djemalaj, F.; İlim, O. ve ark. (2006). İzmir’de Bir Gecekondu Bölgesinde Evde Yaralanma İnsidansı. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25 (3), 27 -32.

Kılıç, B.; Meseri, R.; Sönmez, Y.; Kaynak, C.; Demiral,Y. ve Ergör, A. (2006). Ev Kazaları ve Etkileyen Etmenler. *Sendrom*, 18 (2), 68-74.

Kıran, S.; Şemin, S.; ve Ergör, A. (2001). Kazalar ve Toplum Sağlığı Yönünden Önemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Dergisi*.

Kids Health. (2012). Erişim: 1 Mayıs 2011, [http:// kidshealth .org/parent /firstaid_safe/home/childproof.html](http://kidshealth.org/parent/firstaid_safe/home/childproof.html)

Kim, H. B.; Kim, D. K.; Kwak,Y. H.; Shin, S. D.; Song, K. J.; Lee, S. C. ve ark. (2012). Epidemiology of Traumatic Head Injury in Korean Children. *J Korean Med Sci*, 27, 437-442.

King, W. J. ve Klassen, T. P. (2001). The Effectiveness Of A Home Visit To Prevent Childhood Injury. *Pediatrics*, 108 (2), 382-388.

KKTC Başbakanlık Devlet Planlama Örgütü (DPÖ). Nüfus ve Konut Sayımı. Erişim: 1 Aralık 2010, <http://nufussayimi.devplan.org>

KKTC Başbakanlık Devlet Planlama Örgütü, Hane Halkı İşgücü Anketi. (2004). Erişim: 1 Aralık 2010, www.deplan.org/isgucu/2004.pdf

KKTC Milli Eğitim Gençlik Ve Spor Bakanlığı. Erişim: 11 Mart 2010, <http://www.mebnet.net/>

KKTC Sağlık Bakanlığı. Erişim: 1 Aralık 2010, [http:// www. Saglik bakanligi .com](http://www.Saglikbakanligi.com).

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

Köse, O. Ö. ve Bakırcı, N. (2007). Çocuklarda Ev Kazaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 16 (3), 31-35.

Küçüköğlu,S.; Arıkan,D. ve Cürcani, M. (2009). Kırık, Çıkık ve Burkulma Durumlarında Çocuklara Yapılan İlkyardım Uygulamalarının Özelliklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12, 4.

Lefkoşa Türk Belediyesi. Erişim: 27 Ocak 2011, <http://www.lefkosaturkbelediyesi.org>

Lucile Packard Children's Hospital. (2012). Safety and Injury Prevention. Erişim: 7 Temmuz 2012, <http://www.lpch.org/DiseaseHealthInfo/HealthLibrary / safety /index.html>

Lyons, R.A.; Newcombe, R.G.; Jones, S.J.; Patterson, J.; Palmer, S.R. ve Jones, P. (2006). Injuries In Homes With Certain Built Forms. *American Journal Of Preventive Medicine*, 30 (6), 513-520.

Maimon, M. S., Marques, L. ve Goldman, R. D. (2007). Parental Administration Of Analgesic Medication In Children After A Limb Injury. *Pediatric Emergency Care*, 23, 223-226.

Mahalakshmy, T.; Dongre, A.R. ve Kalaiselvan, G. (2011). Epidemiology Of Childhood Injuries In Rural Puducherry, South India. *Indian J Pediatr*, 78 (7), 821-5.

Mahmut, A.; Sunay, Y.; Sibel, G.; Yıldırım, Z.; Koray, E. ve Tarık, U. (2007). The Cases Applied To Emergency Service Of Celal Bayar University Hospital

Due To Home Accidents. Erişim 20 Temmuz 2012, http://cbuadlitip4.tripod.com/site_builder_content/sitebuilderfiles/1144-turkish.pdf

McDonald E.; Girasek D. ve Gielen A.C. (2006). *Injury Prevention For Children and Adolescent*. Amerika: Amercian Public Health Association.

Miller, R.L.; Webster, J.K. ve Mariger, S.C. (2004). Nonfatal Injury Rates Of Utah Agricultural Producers. *J Agric Saf Health*; 10 (4), 287-95.

Mohammed S. (2004). ***Unintentional Childhood Injuries In The Home: The Perceptions Of First Time Mothers On The Risk Factors In Delft, Cape Town.*** Yüksek Lisans Tezi, Western Cape Üniversitesi, Halk Sağlığı Bölümü, Cape Town.

Morrongiello, B. A; Midgett, C. ve Shields, R. (2001). Don't Run With Scissors: Young Children's Knowledge Of Home Safety Rules. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 105-115.

Morrongiello, B. A., Ondejko, L. ve Littlejohn, A. (2004). Understanding Toddlers' in-Home Injuries: I.Context, Correlates and Determinants. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 415-431.

Mull, D. S.; Agran, P. F.; Winn, D. G. ve Anderson, C. L. (2001). Injury In Children Of Low-Income Mexican, Mexican American And Non-Hispanic White Mothers In The Usa: A Focused Ethnography. *Soc Sci Med*; 52 (7), 1081-91.

Nagaraja J.; Menkedick J.; Phelan J.K.; Ashley P.; Zhang X. Ve Lanphear B.P. (2005). Death From Residential Injuries In US Children And Adolescents, 1985-1987. *Pediatrics*, 116 (2), 454-461.

Nazlıcan, E.; Demirhindi, H.; Karaömeroğlu, Ö.; Akbaba, M. ve Gökel, Y. (2008). Evaluation of Home Accidents Among People Applying to the Adult Emergency Department of The Faculty of Medicine, Çukurova University, *TAF Prev Med Bull*, 7 (2), 137-140.

National Health Service [NHS]. (2011). Accidents To Children In The Home. Erişim: 17 Mayıs 2012, <http://www.nhs.uk/conditions/accidents-to-children-in-the-home/pages/introduction.aspx>

Özcebe, H. (2006). Kazalar ve İlk Yardım. Güler, Ç. ve Akın, L.(Ed). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (s.686). Hacettepe Üniversitesi Yayınları: Ankara.

Özmen, D.; Ergin, D.; Şen, N. ve ark. (2007). 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanılanması. *Aile ve Toplum*, 12, 13-20.

Öztürk, C.; Sarı, H.; Bektaş, M. ve Elçigil, A. (2010). Home Accidents and Mothers Measurements İn Preschool Children. *Anatol J Clin Investig*, 4(1) 15-21.

Pearson, M.; Garside, R.; Moxham, T.; ve Anderson, R. (2011). Preventing Unintentional Injuries To Children In The Home: A Systematic Review Of The Effectiveness Of Programmes Supplying And/Or Installing Home Safety Equipment. *Health Promotion International*, 26 (3), 376-392.

Phelan, K. J.; Khoury, J.; Xu, Y. ve Lanphear, B. (2009). Validation Of A Home Injury Survey. *Injury Prevention*. 15 (5), 300-306.

Postacı, F. (1992). **Çocukluk Çağı Kazaları**. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü. İstanbul.

Ramsay, L. J.; Moreton, G.; Gorman, D. R.; Blake, E., Goh, D.; Elton, R. A. ve Beattie, T. F. (2003). Unintentional Home Injury İn Preschool-Aged Children: Looking For The Key--An Exploration Of The İnter-Relationship And Relative Importance of Potential Risk Factors . *Public Health*, 117 (6), 404-411.

Runyan, C, W.; Perkis, D.; Marshall, S. W.; Johnson, R. M.; Coyne-Beasley, T.; Waller, A. E.; Black, C. ve Baccaglini, L. (2005). Unintentional Injuries İn The Home İn The United States Part II: Morbidity. *American Journal of Preventive Medicine*, 8 (1), 80-87.

The Royal Society For the Prevention Of Accidents. [ROSPA]. (2012). Public Health and Safety Services. Erişim: 4 Ekim 2012, [http:// www.rosipa.com /resources/catalogues/info/public-catalogue-2012.pdf](http://www.rosipa.com/resources/catalogues/info/public-catalogue-2012.pdf)

Sarıkaya, F. (2012). Ev Kazaları Can Alıyor. Erişim: 10 Eylül 2012, <http://haber.yasar.edu.tr/2012/09/17/ev-kazalari-can-aliyor>

Seiler, T. (2007). **Bebeklere ve Çocuklara ilk Yardım**. İstanbul: Optimist,s.

Sengoelgea, M.; Bauerb, R. ve Laflamme, L. (2008). Unintentional Child Home Injury Incidence And Patterns In Six Countries In Europe. *International Journal of Injury Control and Safety Promotin*, 15, (3), 129-139.

Serinken, M.; Türkçüer, İ.; Karcioğlu, Ö.; Semih Akkaya, S. ve Emrah Uyanık, E. (2011). Kadınların Başına Gelen Ev Kazaları ve İlk Yardım Bilgi Düzeyleri. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 17 (5), 445-449.

Shenassa, E. D.; Stubbendick, A. ve Brown, M. J. (2004). Social Disparities in Housing and Related Pediatric Injury: A Multilevel Study. *American Journal of Public Health*, 94, 633-9.

Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu V. (2009). **Biyoistatistik**. 12.Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.

Smith, C. M. (2009). **Home Visit: Opening the Doors for Family Health**. F. A. Maurer ve C. M. Smith (Ed.). Community / Public Health Nursing Practice : Health for Families and Populations (4th bs., s. 302-321). United States: Saunders Elsevier.

Sütoluk, Z.; Savaş, N.; Demirhindi, H.; Özden, N. ve Akbaba, M. (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Büyük Acil Servisi'ne Ev Kazaları Nedeniyle Başvuranların Etiyolojik ve Demografik Özellikleri. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26 (2), 29-34.

Şahbaz, M. ve Tel, H. (2006). Evde yaşayan 65 yaş üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9 (2), 85-93.

Şahiner, P. (2009). **Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Hanelerde Ev Kazası İnsidansı ve Nedenleri**. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

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

Thein M. M.; Lee B. W. ve Bun P. Y. (2005). Knowledge, Attitude And Practices Of Childhood Injuries And Their Prevention By Primary Caregivers In Singapore. *Singapore Medical Journal*, 46 (3), 122-126.

Törüner, E.,K., Büyükgönenç, L. (2011). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları* .Ankara, sy:243.

Theologos, F.; Nick, D.; Delia-Marina, A.; Constantine, F.; George, P.; Melpomeni, M. ve Eleni, T. P. (2007). Magnitude And Object-Specific Hazards Of Aspiration And Ingestion Injuries Among Children In Greece. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71, 317-324.

Tsoumakas, K.; Dousis, E.; Mavridi, F.; Gremou, A. Ve Matziou, V. (2009) Parent's Adherence To Children's Home-Accident Preventive Measures. *International Council of Nurses*, 56 (3), 369-374.

Turan, T. ve Ceylan, S.S. (2007). 0-6 Yaş Grubu Çocukları Olan Annelerin Ev Kazalarını Önlemek İçin Aldıkları Güvenlik Önlemlerinin Aile Özelliklerine ve Son Bir Aydaki Ev Kazaları Sıklığına Göre Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 17 (4), 52-58.

Turan, T.; Dunder, A. S.; Yorgancı, M. ve Yıldırım, Z. (2010). 0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazalarının Önlenmesi. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 16 (6), 552-557.

Türk Hemşireler Derneği. (2010.) Hemşirelik Yönetmeliği. Erişim: 14 Eylül 2012, <http://www.turkhemsirelerderneqi.org.tr/hemsirelik-yonetmeliqi.aspx>

Türk Kızılayı İlk Yardım. (2008). Erişim: 8 Eylül 2012, <http://www.ilkyardim.org.tr/indexCntnt.php?sf=cntnt&id=37>

Kurt, Y. (2010). Ev Kazaları ve Önleme Yolları. Erişim: 8 Eylül 2012, <http://www.samsunkizilay.org.tr/haberdetay/556-ev-kazalari-ve-onleme-yollarihtml>

Türk Dil Kurumu. (2012). Erişim: 10 Aralık 2011, <http://tdkterim.gov.tr/bts/>

Valent, F.; Messi, G.; Deroma, L.; Marchi, C.D.; Norbedo, S. ve Marchi, A.G. (2007). A Descriptive Study Of Injuries In A Pediatric Population Of North-Eastern Italy. *Eur J Pediatr*, 166: 949–955.

Veren, F. (2006). ***Zonguldak İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Ev Kadınlarının Ev Kazası Geçirme Sıklığının Değerlendirilmesi***. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak.

Yalaki, Z.; Taşar, M. A.; Kara, N. ve Dallar, Y. (2010). Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Olan Ailelerin Ev Kazaları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 9 (3), 129-133.

Yalçın, S.S. ve Yurdakök, K. (1999). Çocuklar ve Ev Kazaları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 30:117-124.

Yalçın, S.S. (2012). Çocuk ve Ev Kazaları. Erişim: 29 Ağustos 2012, <http://cevresagligi.org/cevre-sagligi/kutuphane/ii.-ulusal-cevre-hekimligi-kongresi/ocuk-ve-ev-kazalar.html>

Yıldırım, N. (2010). ***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.

Yıldırım, N. ve Kubilay, G. (2012). 1- 4 Yaş Dönemi Çocukların Ev Kazası Sıklığı ve Risk Faktörleri. [Bildiri]. 15. Halk Sağlığı Kongresi, Bursa.

World Health Organization [WHO]. (2001). Injury Surveillance Guidelines. Erişim: 10 Eylül 2010, http://www.who.int/violence_injury_prevention/index.htm

World Health Organization [WHO]. (2005). Preventing Children Accidents and Improving Home Safety In The European Region. Identifying Means To Make Dwellings Safer. Report of a WHO expert meeting, Bonn May 30-31 2005. Erişim:

10 Mayıs 2011, [http://www. euro.who.int/data/assets/pdf file/0008/98666/ Bonn accident rep. pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/98666/Bonn_accident_rep.pdf)

World Health Organization [WHO]. (2006). Child and Adolescent Injury Prevention: A WHO Plan of Action 2006- 2015. Geneva, 2006. Erişim: 11 Mayıs 2012, http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/intervention_pdf/en/528.pdf

World Health Organization [WHO]. (2008). Preventable injuries kill 2000 children every day. Erişim: 11 Eylül 2012. [http://www.who.int/mediacentre/news/releases 2008/pr46/en/ index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/en/index.html)

World Health Organization [WHO]. (2009). Childhood Injuries and Violence. Erişim, 11 Ekim 2012, <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/5/09-050509.pdf>

World Health Organization [WHO]. (2012). Erişim: 1 Ekim 2012, [http:// www. who.int /ceh/risks/cehinjuries2/en/index.html](http://www.who.int/ceh/risks/cehinjuries2/en/index.html)

EK-1**1-6 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA EV KAZASI GÖRÜLME SIKLIĞI VE ANNELERİN EV KAZALARI İLE İLGİLİ UYGULAMALARINA YÖNELİK SORU FORMU**

(Soru formu anneye yöneliktir.)

I.BÖLÜM: ANNE VE BABAYA AİT SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.

1- Kaç yaşındasınız?

2- Eşiniz kaç yaşında?

3- Eğitim durumunuz nedir?

- a- Okur Yazar Değil
- b- Okur Yazar
- c- İlkokul mezunu
- d- Ortaokul mezunu
- e- Lise mezunu
- f- Yüksekokul / Üniversite mezunu
- g- Yüksek Lisans ve Üzeri

4- Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

- a- Okur-yazar Değil
- b- Okur-yazar
- c- İlkokul mezunu
- d- Ortaokul mezunu
- e- Lise mezunu
- f- Yüksekokul / Üniversite Mezunu
- g- Yüksek Lisans ve Üzeri

5- Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- a- Evet
- b- Hayır

6- Eşiniz herhangi bir işte çalışıyor mu?

- a- Evet
- b- Hayır

7- Uyuşgunuz nedir?

- a- KKTC

- b- TC
- c- Diğer, belirtiniz...

8- Herhangi bir sağlık sorunuz var mı? Varsa belirtiniz.

- a- Evet...
- b- Hayır

9- Eşinizin herhangi bir sağlık sorunu var mı? Varsa belirtiniz.

- a- Evet...
- b- Hayır

10- Gelir-gider durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a- Gelir giderden az
- b- Gelir gidere denk
- c- Gelir giderden fazla

11- Sosyal güvenceniz var mı?

- a- Evet
- b- Hayır

12- Kaç çocuğunuz var? Lütfen belirtiniz.

13- Ailenizde eşiniz ve çocuklarınız dışında sizinle yaşayan kişiler var mı?

- a- Evet
- b- Hayır

14- Aile tipiniz nedir?

- a- Çekirdek
- b- Geniş

15- Oturduğunuz evin tipi nedir?

- a- Apartman
- b- Müstakil- bahçeli ev

II. BÖLÜM: 1-6 YAŞ GRUBU ÇOCUK İLE İLGİLİ BİLGİLER

16- Çocuğunuz kaç yaşında?

17- Çocuğunuzun cinsiyeti nedir?

- a- Kız
- b- Erkek

18- Bu çocuğun kaçınıcı çocuk olduğunu lütfen belirtiniz?

- a- İlk Çocuk
- b- İkinci Çocuk
- c- Üçüncü Çocuk
- d- Dört ve Sonrası

19- Çocuğun herhangi bir sağlık sorunu var mı?

- a- Evet (Açıklayınız)

b- Hayır

20- Çocuğun evde bakımından sorumlu olan kişi kimdir?

21- Çocuğunuz şimdiye kadar hiç ev kazası geçirdi mi? (cevabınız hayır ise 22.soruya geçiniz)

a- Evet (Lütfen aşağıdaki tabloyu doldurunuz) b- Hayır

Geçirilen Kaza Türü	Evet/ Hayır	Ne Kadar Süre Önce Oldu?	Kaza Nedeni (nasıl oldu?)	Evin Hangi Bölü münde Oldu?	Günün Hangi Vaktin de Oldu?	Yanında Kim Vardı?	Hangi Mevsi mde Oldu?
Yanık							
Elektrik Çarpması							
Düşme (Yaralanma veya Kırık-Çıkık İle Sonuçlanan)							
Zehirlenme							
Göze, Kulağa, Buruna Boğaza Yabancı Cisim Kaçması							
Yaralanma (Kesici-Delici Alet Yaralanmaları)							
Darbe (Sert Bir Cisim Tarafından Gelen Darbeler, Kapıya Sıkışmalar)							
Boğulma							
Diğer							
Geçirilen Kaza Türü	Yapılan İlk Uyg. Nedir?	İlk Uyg. Kim Yaptı ?	Bu Uyg. Nereden Öğrendi (niz?)	Sağlık Kurulu şuna Götürül dü mü?	Kaza Sonucu Ne oldu?	Uyg. Uygun Olup Olmadığı ?	
Yanık							
Elektrik Çarpması							
Düşme (Yaralanma veya Kırık-Çıkık İle Sonuçlanan)							
Zehirlenme							
Göze, Kulağa, Buruna Boğaza Yabancı Cisim Kaçması							
Yaralanma (Kesici-Delici Alet Yaralanmaları)							
Darbe (Sert Bir Cisim Tarafından Gelen Darbeler, Kapıya Sıkışmalar)							
Boğulma							
Diğer							

III. BÖLÜM: İLK YARDIM İLE İLGİLİ BİLGİLER

22- İlk yardım konusunda daha önce herhangi bir bilgi aldınız mı?

- a- Evet
- b- Hayır

23- İlk yardım konusunda bilgi aldıysanız nerde bilgi aldınız? Belirtiniz.

24- İlk yardım ile ilgili bilgi almak ister misiniz?

- a- Evet
- b- Hayır

25- İlk yardım ile ilgili bilgiyi kim veya ne tarafından almak istersiniz?

- a- Ziyaretçi hemşireden
- b- Doktordan
- c- Televizyondan
- d- Broşür/kitaptan
- e- Diğer, belirtiniz...

26- İlk yardım ile ilgili bilgiyi nerede almayı isterdiniz?

- a- Evde
- b- Sağlık kuruluşunda
- c- Diğer, belirtiniz...

27- İlk yardım ile ilgili bilgi almak isterseniz hangi konularda olmasını tercih edersiniz? Lütfen belirtiniz.

EK-2**AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU**

Lefkoşa il merkezinde yaşıyan 1-6 grubu çocukların ev kazası sıklığını ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi amacı ile anneleri bilgilendirme ve onay alma formu.

Araştırmanın açıklaması:

Bu araştırma, Lefkoşa merkezde bulunan 1-6 yaş grubu çocukların ev kazaları sıklığını ve annelerin ev kazası yaşandıktan sonra yaptıkları ilk yardım uygulamalarının uygunluğunu belirlemek amacı ile yapılmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışma sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir.

Bu araştırma, 1-6 yaş grubu çocukların ev kazaları sıklığını ve annelerin ev kazası yaşandıktan sonra yaptıkları ilk yardım uygulamalarının uygunluğunu belirlemek doğrultusunda sağlık eğitimlerinin ve ev ziyaretlerinin planlanması, yürütülmesi ve gözden geçirilmesi bakımından son derece önemlidir.

Sizinde bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Karar vermeden önce, araştırmanın neden yapıldığı ve neyi içereceğini anlamanız sizin için önemlidir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz.

Araştırmadan elde edilen veriler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası size verilecektir. Araştırmaya katılmaya karar verdiğinizde sizin hakkınızda kısa tanıtıcı bilgiler ve konu ile ilgili sorular araştırmacı tarafından sorulacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkilemeyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Belkıs KARATAŞ tarafından koordine edilmektedir.

Okuduğunuz için teşekkür ederim.

Adres: Emine ALASYA

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Lefkoşa/KKTC

Katılımcının Beyanı:

Sayın Emine ALASYA tarafından, YDÜ SBF Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Alanında bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin itimatla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Emine ALASYA'yı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

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

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı :

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

**EK-3 KKTC İç İşleri ve Yerel Yönetimler Bakanlığı Lefkoşa Kaymakamlığı
Tarafından Verilerin Toplanması için Gerekli Yazılı İzin.**



**KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
İÇİŞLERİ VE YEREL YÖNETİMLER BAKANLIĞI
LEFKOŞA KAYMAKAMLIĞI**

Sayı: MYB.1.00-24/66 -11/...705
Konu: Emine Alasya Hk.

16 Mart 2011

Sayın: Emine ALASYA,

Yakın Doğu Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Lefkoşa.

İlgi.8.3.2011 tarihli ve RY-0369/2011 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza atfen, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Emine Alasya'nın tez çalışması kapsamında "1-6 Yaş Gurubu Çocuklarda Ev Kazası Görülme Sıklığı ve Annelerin Ev Kazaları ile ilgili Uygulama" konulu çalışması ile ilgili 1 Nisan 2011-31 Aralık 2011 tarihleri arasında Lefkoşa sınırları içerisinde yapılması düşünülen anket çalışması Kaymakamlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Müslüm AYKILIÇ
Lefkoşa Kaymakamı

KD/GG.

EK-4 Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu Raporu.

Ek: 036-2011

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
DEĞERLENDİRME ETİK KURULU (YDÜBADEK)
ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

Toplantı Tarihi : 16 Mayıs 2011
Toplantı No : 5
Proje No : 22
Karar No : 22

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı öğretim üyelerinden **Yrd.Doç.Dr. Belkis Karataş**'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDÜ/2011/5-22 proje numaralı ve **"1-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazası Görülme Sıklığı ve Annelerin Ev Kızaları İle İlgili Uygulamaları"** başlıklı proje önerisi Kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. 16.05.2011

1. Prof. Dr. Rüştü Onur

(BAŞKAN)

2. Prof. Dr. Tümay Sözen

(ÜYE)

İCATILMADI

3. Prof. Dr. Bülent Gümüşel

(ÜYE)

4. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder

(ÜYE)

5. Prof. Dr. Nuran Ulusoy

(ÜYE)

6. Prof. Dr. Hasan Besim

(ÜYE)

7. Yrd. Doç. Dr. Ümran Dal

(ÜYE)

8. Yrd. Doç. Dr. Amber Eker

(ÜYE)

ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin Lefkoşa İlçesinde doğdum. Lise eğitimimi 20 Temmuz Fen Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2004 yılında Doğu Akdeniz Üniversitesi, İletişim Fakültesi Halka İlişkiler ve Reklamcılık bölümünden mezun oldum. Daha sonra Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümüne devam ederek 2009 yılında buradan mezun oldum. 2009-2010 yılları arasında Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak göreve başladım. Aynı zamanda YDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik programı Halk Sağlığı Hemşirelik alanında yüksek lisans eğitimime devam ettim. 2010 yılından itibaren Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım Servisinde yüksek hemşire olarak görevimi sürdürmekteyim.

Yabancı dilim İngilizcedir. Evli ve bir çocuk annesiyim.