TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

COVİD-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE 0-6 YAŞ ARASINDAKİ SAĞLIKLI ÇOCUKLARDA EV KAZASI GEÇİRME SIKLIĞI VE EBEVEYNLERİN EV KAZALARINA YÖNELİK ÖNLEMLER KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Parvana AMRAHOVA MUSAYEVA

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Filiz ORHON

ANKARA
2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

COVİD-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE 0-6 YAŞ ARASINDAKİ SAĞLIKLI ÇOCUKLARDA EV KAZASI GEÇİRME SIKLIĞI VE EBEVEYNLERİN EV KAZALARINA YÖNELİK ÖNLEMLER KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Parvana AMRAHOVA MUSAYEVA

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Filiz ORHON

ANKARA
2021

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum ‘‘Covid-19 pandemisi döneminde 0-6 yaş grubu sağlıklı çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ebeveynlerin ev kazalarına yönelik önlemler konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi’’ başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından, 13.07.2020 tarihinde, İ7-421-20 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Dr. Parvana AMRAHOVA MUSAYEVA
Tarih:
İmza:

ÖZGÜLLÜK BEYANI

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme kondu: 06-Eyl-2021 04:06 +03
NUMARA: 1641919763
Kelime Sayısı: 34290
Gönderildi: 1

Covid-19 pandemisi döneminde 0-6 yaş grubu sağlıklı çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ebeveynlerin ev kazalarına yönelik önlemler konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi Parvana Amrahova Musayeva tarafından

Benzerlik Endeksi	Kaynağa göre Benzerlik	
%14	Internet Sources:	%12
	Yayınlar:	%7
	Öğrenci Ödevleri:	%5

KABUL VE ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN

Adı, Soyadı	: Parvana AMRAHOVA MUSAYEVA	**Sınav tarihi:** 13 / 09 / 2021
Anabilim/Bilim Dalı	: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Filiz ORHON	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Tezin Başlığı: Covid-19 Pandemisi Döneminde 0-6 Yaş Grubu Sağlıklı Çocuklarda Ev Kazası Geçirme Sıklığı ve Ebeveynlerin Ev Kazalarına Yönelik Önlemler Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Tezin Niteliği: ☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi

Kaçıncı tez sınavı olduğu: ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak

☒ Kabulüne

☐ Reddine

☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

Jüri Başkanı
Unvanı, Adı, Soyadı
Prof. Dr. Filiz ORHON
Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Jüri Üyesi
Unvanı, Adı, Soyadı
Doç. Dr. Seda TOPÇU
Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Jüri Üyesi
Unvanı, Adı, Soyadı
Doç. Dr. Demet ALTUN
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Sosyal Pediatri Bilim Dalı

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Saadet ARSAN olmak üzere bütün Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Öğretim Üyelerine,

Tezimin oluşmasında büyük emeği geçen, tez hazırlama sürecinde bilimsel desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tüm değerli bilgi ve tecrübelerini özveriyle benimle paylaşan, sabırlı ve hoşgörülü tavrı ile yardımını hiç esirgemeyen, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tez danışmanım, kıymetli hocam Prof. Dr. Filiz ORHON'a,

Asistanlığım süresince yanımda olan, iyi ve kötü birçok anı paylaştığım eşkıdemime, asistan arkadaşlarıma, birlikte çalışmaktan zevk duyduğum uzman abla ve abilerime, hemşirelere ve yardımcı sağlık personeline,

Her koşulda desteklerini hissettiğim, beni bugünlere getiren, en büyük eğitimi kendilerinden aldığım, bir insanın sahip olabileceği en iyi aile oldukları için annem İrade ve babam Elşan AMRAHOV'a ve kardeşlerime,

Bu süreçte tüm zorlukları benimle göğüsleyen, sabrını desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu bildiğim değerli eşim Fuad MUSAYEV'e,

Ve bu hayattaki en büyük şansım, en değerli varlığım canım kızım DENİZ'ime

Sonsuz teşekkürlerimle, saygılarımla...

Dr. Parvana AMRAHOVA MUSAYEVA

Eylül 2021

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Özgüllük Beyanı iii
Kabul ve Onay iv
Önsöz v
İçindekiler vi
Simgeler ve Kısaltmalar x
Şekiller Dizini xi
Tablolar Dizini xii

1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 3
3. GİRİŞ ve AMAÇ 5
4. GENEL BİLGİLER 8
4.1. Ev kazaları 8
4.1.1. Tanımlar 8
4.1.2. Kazaların Sınıflandırılması 8
4.1.3. Kazaların Epidemiyolojisi 9
4.1.4. Çocuklarda Kazalara Yatkınlığı Artıran Normal Fiziksel ve Gelişimsel Özellikler 11
4.1.5. Ev Kazaları İçin Risk Faktörleri 12
4.1.5.1. Çocuğa Ait Risk Faktörleri 12
4.1.5.1.1. Yaş 12
4.1.5.1.2. Cinsiyet 13
4.1.5.1.3. Çocuğa Ait Davranışsal ve Komorbid Risk Faktörleri 14
4.1.5.2. Aileye Ait Risk Faktörleri 15
4.1.5.3. Çevreye Ait Risk Faktörleri 15
4.1.6. Çocuklarda Sık Görülen Kaza Tipleri 16
4.1.6.1. Düşme 16
4.1.6.2. Zehirlenme 18
4.1.6.3. Yanık 20
4.1.6.4. Boğulma 22

4.1.6.5. Kesikler, Ezikler ve Delici Yaralanmalar **24**
4.1.7. Kazaların Önlenmesi **24**
4.2. Covid-19 Pandemisi 28
4.2.1. Etiyoloji **29**
4.2.2. Epidemioloji **32**
4.2.3. Klinik ve Laboratuvar Bulgular **35**
4.2.4. Tanı **39**
4.2.4.1. Nükleik Asit Amplifikasyon Testi (NAAT) **39**
4.2.4.2. Antijen Testi **39**
4.2.4.3. Antikor Testi **40**
4.2.4.4. Radyoloji **40**
4.2.5. Tedavi **40**
4.2.5.1. Antiviral Tedavi **41**
4.2.5.2. Antibiyotikler **42**
4.2.5.3. Kortikosteroidler **42**
4.2.5.4. Kan Ürünleri **43**
4.2.5.5. Adjuvan Tedavi **43**
4.2.6. Korunma Yöntemleri **44**
4.2.6.1. Aşılar **45**
4.2.6.1.1. Virüs Aşıları; Canlı Atenüe Aşılar ve İnaktif Aşılar 46
4.2.6.1.2. Nükleik Asit Bazlı Aşılar 46
4.2.6.1.3. Viral Vektör Aşıları 47
4.2.6.1.4. Protein Bazlı Aşılar 48
4.3. COVİD-19 Pandemisi, Kapanma Önlemleri ve Ev Kazaları 48
5. GEREÇ VE YÖNTEM **52**
5.1. Araştırmanın Deseni 52
5.2. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler 53
5.2.1. Sosyodemografik Durum ve Kaza Öyküsü Anket Formu **53**
5.2.2. 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği **54**
5.3. İstatistiksel Analiz 54
6. BULGULAR **55**
6.1. Çalışmaya Katılan Ailelere İlişkin Sosyodemografik Özellikler 55
6.2. Çalışmaya Katılan Çocuklara İlişkin Sosyodemografik Özellikler 56

6.3. Ailede Pandemi Dönemi ile İlgili Aile Özelliklerinin Değerlendirilmesi 57
6.4. Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Bilgi Alma Durumunun Değerlendirilmesi 58
6.5. Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Bilgi Alma Durumunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması 58
6.6. Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılamasına Ait Bulgular 61
6.7. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri Açısından Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılamasına Ait Puanlarının Karşılaştırılması 61
6.8. Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Bilgi Alma Durumu Açısından Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılamasına Ait Bulgularının Karşılaştırılması 64
6.9. COVİD-19 Pandemisi Öncesinde Ev Kazası Geçiren Çocukların ve Geçirdikleri Ev Kazalarının Özellikleri 65
6.10. COVİD-19 Pandemisi Öncesi Çocuğun Ev Kazası Geçirme Durumunun Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi 67
6.11. COVİD-19 Pandemisi Nedeniyle Kısıtlama Tedbirlerinin Alındığı Dönemde Ev Kazası Geçiren Çocukların ve Geçirdikleri Ev Kazalarının Özellikleri 70
6.12. COVİD-19 Pandemisi Döneminde Ev Kazası Geçirme Durumunun Ailenin Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi 73
6.13. Çocukların Pandemi Döneminde Kaza Geçirme Durumunun Pandemi Dönemi İle İlgili Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması 76
6.14. Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Bilgi Sahibi Olma Durumunun Çocuğun Pandemi Öncesi ve Pandemi Dönemi Sırasında Ev Kazası Geçirme Durumu Açısından Karşılaştırılması 77
6.15. Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılaması İle İlgili Puanlarının Çocuğun Pandemi Öncesinde ve Pandemi Dönemi Sırasında Ev Kazası Geçirme Durumu Açısından Karşılaştırılması 77
6.16. Ev Kazası Geçirme Durumuna Göre Oluşturulan Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması 78
6.17. Çalışma Gruplarının Pandemi Dönemi ile İlgili Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması 80

6.18. Ev Kazası Geçirme Durumuna Göre Oluşturulan Çalışma Gruplarının Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Bilgi Sahibi Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması 82
6.18. Ev Kazası Geçirme Durumuna Göre Oluşturulan Çalışma Gruplarının Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılaması ile İlgili Puanları Açısından Karşılaştırılması 82
7. TARTIŞMA **83**
7.1. Araştırmaya Katılan Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Bilgi Alma Durumunun Değerlendirilmesi 84
7.2. Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılamasına Ait Bulgularının Değerlendirilmesi 87
7.3. COVİD-19 Pandemisi Öncesinde Çocukların Ev Kazası Geçirme Durumu ve Etkileyen Faktörler 93
7.4. COVİD-19 Pandemisi Döneminde Çocukların Ev Kazası Geçirme Durumu ve Etkileyen Faktörler 97
7.5. Çocukların Pandemi Döneminde Kaza Geçirme Durumu ve Pandemi Dönemine Özgü Aile Özellikleri 103
7.6. Çocukların Pandemi Döneminde Kaza Geçirme Durumu, Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Bilgi Alma ve Güvenlik Önlemlerini Tanılama Durumu 103
8. SONUÇLAR **106**
9. KAYNAKLAR **111**
10. EKLER **130**
EK-1: ETİK KURUL KARARI 130
EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 131
EK-3: ANKET FORMU 133
EK 4: 0-6 YAŞ ÇOCUKLARDA ANNENİN EV KAZALARINA YÖNELİK GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİ TANILAMA ÖLÇEĞİ 136
EK 5: 0-6 YAŞ ÇOCUKLARDA ANNENİN EV KAZALARINA YÖNELİK GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİ TANILAMA ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ 138

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ACE2 : Anjiyotensin dönüştürücü enzim

ARDS : Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu

BT : Bilgisayar Tomografisi

CDC : Center for Disease Control

COVID-19 : Koronavirüs hastalığı

CRP : C-reaktif protein

DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

MERS : Orta Doğu solunum sendromu

NAAT : Nükleik asit amplifikasyon test

RNA : Ribonükleik asid

RT-PCR : Ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu

SARS : Şiddetli Akut Solunum Sendromu

SARS-CoV-2 : Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs-2

TCSB : Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı

TDK : Türk Dil Kurumuna

YCA : Yabancı Cisim Aspirasyonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Küresel çocuk yaralanması ölümlerinin nedene göre dağılımı, 0-17 yaş 9

Şekil 4.2. Beş yaş altındaki çocuklarda ölüm nedenleri 10

Şekil 4.3. Kaza tipi ve cinsiyete göre 100.000 çocuk başına kasıtsız yaralanma ölüm oranları 14

Şekil 4.4. Yaşa ve ülke gelir düzeyine göre 100.000 çocuk başına düşen ölüme bağlı yaralanma oranlar 17

Şekil 4.5. Yaşa ve cinsiyete göre 100.000 çocuk başına ölümcül zehirlenme oranları 19

Şekil 4.6. Yaşa ve ülke gelir düzeyine göre 100.000 çocuk başına ölümcül yangına bağlı yanma oranları 21

Şekil 4.7. Yaşa ve ülke gelir düzeyine göre 100.000 çocuk başına ölümcül boğulma oranları, 22

Şekil 4.8. Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) yapısı ve genomu 30

Şekil 4.9. SARS-CoV, MERS-CoV ve SARS-CoV-2'nin spike glikoproteinlerinin yapısal diyagramları 31

Şekil 4.10. COVİD-19 enfeksiyonunun neden olduğu sistemik ve solunum yolu bozuklukları 36

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Neden ve ülke gelir düzeyine göre 100.000 çocuk başına kasıtsız yaralanma ölüm oranları 16

Tablo 6.1. Çalışmaya katılan ailelerin sosyodemografik özellikleri 56

Tablo 6.2. Çocuğa ilişkin sosyodemografik özellikler 57

Tablo 6.3. Pandemi dönemi ile ilgili aile özellikleri 57

Tablo 6.4. Annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi kaynağı 58

Tablo 6.5. Annenin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunun ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması 59

Tablo 6.6. Ailelerin sosyodemografik özellikleri açısından annenin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunun karşılaştırılması 60

Tablo 6.7. Çocukların özellikleri açısından annenin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunun karşılaştırılması 61

Tablo 6.8. Annelerin "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" nden aldıkları puan özellikleri 61

Tablo 6.9. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması 62

Tablo 6.10. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının ailelerin sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması 63

Tablo 6.11. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının çocuklara ait özellikler açısından karşılaştırılması 64

Tablo 6.12. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumu açısından karşılaştırılması 64

Tablo 6.13. Pandemi öncesi geçirilen ev kazalarının özellikleri 65

Tablo 6.14. Pandemi öncesi ev kazası geçirmiş olan çocukların özellikleri 67

Tablo 6.15. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından çocuğun pandemi öncesi ev kazası geçirme durumunun değerlendirilmesi 68

Tablo 6.16. Ailelerin sosyodemografik özellikleri açısından pandemi öncesinde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi 69

Tablo 6.17. Çocukların özellikleri açısından pandemi öncesinde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi 70
Tablo 6.18. Çalışmaya alınan çocukların pandemi öncesinde ve pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde kaza geçirme durumu 70
Tablo 6.19. Pandemi döneminde geçirilen ev kazalarının özellikleri 71
Tablo 6.20. Pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde ev kazası geçiren çocukların özellikleri 73
Tablo 6.21. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından pandemi döneminde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi 74
Tablo 6.22. Ailelerin sosyodemografik özellikleri açısından pandemi döneminde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi 75
Tablo 6.23. Çocukların sosyodemografik özellikleri açısından pandemi döneminde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi 75
Tablo 6.24. Pandemi dönemi ile ilgili aile özellikleri açısından çocukların pandemi döneminde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi 76
Tablo 6.25. Annelerin ev kazalarına yönelik bilgi sahibi olma durumunun çocuğun pandemi öncesinde ve pandemi dönemi sırasında ev kazası geçirme durumu açısından karşılaştırılması 77
Tablo 6.26. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanları ve çocuğun pandemi öncesinde ve pandemi dönemi sırasında ev kazası geçirme durumu 78
Tablo 6.27. Çalışma gruplarının sayı ve yüzdelik değerleri 78
Tablo 6.28. Ebeveyn ve çocuk yaşları açısından grupların değerlendirilmesi 79
Tablo 6.29. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından grupların karşılaştırılması 79
Tablo 6.30. Ailenin sosyodemografik özellikleri açısından grupların karşılaştırılması 80
Tablo 6.31. Çocukların özellikleri açısından grupların karşılaştırılması 80
Tablo 6.32. Pandemi dönemi ile ilgili aile özellikleri açısından grupların değerlendirilmesi 81
Tablo 6.33. Annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi sahibi olma durumu açısından grupların karşılaştırılması 82
Tablo 6.34. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanları açısından grupların karşılaştırılması 82

1. ÖZET

Amaç: COVİD-19 pandemisinin yayılmasını önlemeye yönelik kapanma önlemleri nedeniyle uzun süreli ev izolasyonu pediatrik acil servislere başvuru sıklığını azaltsa da bu dönemde ev kazaları sıklığında artış olduğu gözlenmektedir. Çalışmanın amacı; COVİD-19 pandemisi döneminde çocuk sağlığı izlem polikliniğine başvuran 0-6 yaş arasındaki çocukların pandemi öncesi ve pandemi döneminde geçirdikleri ev kazası sayısını saptamak, annelerin çocuklarını ev kazalarından korumak için ev içerisinde alınacak önlemler ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmek ve bu tutumların ve sosyodemografik özelliklerin çocuğun ev kazası geçirme öyküsü ile ilişkisini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Ağustos–Kasım 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya 0-6 yaş arasında olan zamanında doğmuş, sağlıklı çocuklar ve anneleri dahil edilmiştir. Anneler ile yüz yüze görüşülerek sosyodemografik durumu gösteren anket formu, kaza öyküsü anket formu ve "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" doldurulmuştur. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS version 22.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 300 çocuğun %46,7'si kız olup yaş ortalaması 39,48±19,56 aydır. Annelerin yaş ortalaması 30,99±5,56, babaların yaş ortalaması ise 34.71±5,61 yıldır. Annelerin %25,7'sinin (n=77) ev kazaları ile ilgili bilgi almış olduğu saptanmış, ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri ölçeğinden aldıkları puan ortancasının 191 olduğu belirlenmiştir. Pandemi döneminde çocuğa bakan kişinin %83,7 oranında anne olduğu saptanmıştır. Çocukların pandemi öncesinde %20,3'ünün (n=61), pandemi döneminde ise %28'inin (n=84) en az bir kez ev kazası geçirdiği öğrenilmiştir (p=0,033). Her iki dönemde de en sık geçirilen ev kazası düşme olmakla birlikte pandemi döneminde kaygan zeminde düşme (20-31), kesici delici alet ile yaralanma (4-5), zehirlenme (1-9) ve yabancı cisim aspirasyonu (1-9) sayılarında artış saptanmıştır. Pandemi döneminde gözetimsiz kaza geçirme oranının önceki döneme göre yaklaşık iki kat arttığı tespit edilmiştir. Pandemi döneminde kaza geçiren çocukların cinsiyete göre eşit oranda (%50) kaza geçirmiş oldukları belirlenmiştir. Pandemi döneminde geniş ailede yaşayan çocukların daha az oranda kaza geçirdiği saptanmıştır (p=0,044). Pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirleri alınan dönemde pandemi öncesine göre geçirdikleri kaza sayısı artan çocukların daha küçük yaşta çocuklar olduğu belirlenmiştir (p=0,000). Ailesinde COVİD-19 tanılı birey olan ve COVİD-19 nedeniyle hastanede yatış öyküsü olan ailelerin çocuklarında kaza geçirme sıklığının daha az olduğu belirlenmiştir (sırayla, p=0,037 ve p=0,048).

Sonuç: Literatürde COVİD-19 pandemisinin çocukların ev kazası geçirme durumunu etkileyip etkilemediği ve bu durumu değiştiren faktörler ile ilgili çok az çalışma vardır. Çalışmamızda çocuk sağlığı izlemi yapılan 9 ay-6 yaş arasındaki bir popülasyonda pandemi döneminde ev kazalarında pandemi öncesine göre %8'lik bir artış olduğu görülmüştür. Çocuk sağlığı izlemi yapılan bir çocuk popülasyonunda pandemi öncesi ve sonrası ile ilgili alınan öyküde kazalarda artışın belirlenmesi ilişkiyi net olarak açıklayamasa da pandemi dönemi ile ev kazaları arasında zamansal olarak bir ilişkinin varlığını göstermektedir. Pandemi döneminde daha küçük yaşlardaki çocuklarda ev kazası sıklığının arttığı görülmüş ve çocukların bu dönemde her iki cinsiyette eşit oranda kaza geçirdikleri bulunmuştur. Ayrıca pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde gözetimsiz kaza geçirme oranının önceki döneme göre yaklaşık iki kat arttığı tespit edilmiştir. Bu dönemde gözetimsiz vakaların artması ev kazalarını önlemek için gerekli olan ebeveyn/bakıcı gözetim kuralında sorunlar olduğunu göstermektedir. Pandemi için enfeksiyon kontrol önlemlerinin yanı sıra ev ortamında ev güvenliği ve yaralanma önleme önlemlerinin aile, toplum ve acil servis düzeyinde güçlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, ev kazaları, yaralanmalar, COVİD-19, pandemi.

2. ABSTRACT

Aim: Although long-term home isolation reduces the frequency of admission to pediatric emergency services due to closure measures to prevent the spread of the COVID-19 pandemic, it is observed that there is an increase in the frequency of home accidents in this period. The aim of the study to determine the number of home accidents experienced by children aged 0-6 years who applied to the child health follow-up clinic during the COVID-19 pandemic period, to evaluate the knowledge and attitudes of mothers about the precautions to be taken at home to protect their children from home accidents, and to evaluate these attitudes and to determine relationship sociodemographic characteristics of the child with the history of having a home accident.

Materials and Methods: The study was carried out between August and November 2020. Full-term, healthy children aged 0-6 years and their mothers were included in the study. A questionnaire showing the sociodemographic status, an accident history questionnaire and the "Scale for Diagnosing the Safety Measures of the Mother for Home Accidents in Children aged 0-6" were filled in by face-to-face interviews with the mothers. SPSS version 22.0 program was used in the statistical analysis of the data.

Results: Of the 300 children included in the study, 46.7% were girls and the mean age was 39.48±19.56 months. The mean age of the mothers was 30.99±5.56 years, and the mean age of the fathers was 34.71±5.61 years. It was determined that 25.7% (n=77) of the mothers received information about home accidents, and the median score they got from the safety measures for home accidents was 191. It was determined that 83.7% of the caregivers were mothers during the pandemic period. It was learned that 20.3% (n=61) of the children before the pandemic and 28% (n=84) during the pandemic period had at least one home accident (p=0.033). Although falling was the most frequent home accident in both periods, the number of falls on slippery ground (20-31), injury with a sharp object (4-5), poisoning (1-9) and foreign body aspiration (1-9) during the pandemic period was observed. increase was detected. It has been determined that the rate of unattended accident during the pandemic period has increased approximately two times compared to the previous period. It was determined that children who had an accident during the pandemic period had an accident at an equal rate (50%) according to gender. It was determined that children living in extended families during the pandemic period had fewer accidents (p=0.044). It has been determined that the children with an increased number of accidents during the period when restraint measures were taken due to the pandemic, compared to the pre-pandemic period, were younger children (p=0.000). It was determined that

the frequency of having an accident was lower in the children of families with a family member with a diagnosis of COVID-19 and a history of hospitalization due to COVID-19 (respectively, p=0.037 and p=0.048).

Conclusion: There are very few studies in the literature on whether the COVID-19 pandemic affects children's home accidents and the factors that change this situation. In our study, it was observed that there was an 8% increase in home accidents during the pandemic period compared to the pre-pandemic period in a population aged 9 months to 6 years whose child health was followed up. Although the determination of the increase in accidents in the history taken before and after the pandemic in a child population with child health monitoring cannot clearly explain the relationship, it shows the existence of a temporal relationship between the pandemic period and home accidents. It was observed that the frequency of home accidents increased in younger children during the pandemic period, and it was found that children had an equal rate of accidents in both genders during this period. In addition, it has been determined that the rate of unattended accident has increased approximately two times compared to the previous period during the period when restriction measures were taken due to the pandemic. The increase in unattended cases in this period shows that there are problems in the parent/caregiver supervision rule necessary to prevent home accidents. In addition to infection control measures for the pandemic, home safety and injury prevention measures in the home environment should be strengthened at the family, community and emergency service levels.

Keywords: Child, home accidents, injuries, COVID-19, pandemic.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kazalar, insan kontrolü dışında meydana gelen, ani psikolojik ve fizyolojik hasarlarla sonuçlanabilen beklenmedik olaylardır (1). Kazalar ve yaralanmalar çocukluk çağında önlenebilir sağlık sorunlarındandır ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ölüm ve engelli yaşam nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (2, 3). DSÖ verilerine göre dünyada her yıl bir milyona yakın çocuk kaza ve şiddet nedeniyle yaşamını yitirmekte ve on milyonlarca çocuk ise yaralanmalar sonucu hastanelerde tedavi görmektedir (1). Bu sorun; yaş, cinsiyet, bölge, gelir grubu, sosyokültürel durum, davranışsal faktörler ve yaralanma türü gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmektedir (4).

Yaralanmalar, dünyada her yıl 750.000 çocuğun ölümüne ve 400 milyon çocuğun ağır yaralanmasına neden olmakta ve 0-6 yaş arasındaki çocuklarda mortalitenin en önemli nedeni olarak görülmektedir (5). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) verilerine göre; Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 9.000'den fazla çocuğun bu tür yaralanmalar sonucu öldüğü, sadece 2009 yılında 9.143 çocuğun kasıtsız yaralanmalar sonucu kaybedildiği ve kasıtsız yaralanmaların 1-19 yaş arası çocuklar arasında başlıca ölüm nedeni olduğu rapor edilmiştir. Kasıtsız yaralanmaların bebeklik döneminden sonra erken çocukluk ve çocukluk döneminde gerçekleşen ölümlerin yaklaşık %37'sini oluşturduğu bildirilmektedir (6).

Çocuklarda kaza sonrası yaralanma ve ölüm sıklığının yetişkinlere göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Bunun nedeni; çocukları yetişkinlerden ayıran fiziksel, anatomik ve fizyolojik farklılıklara sahip olmaları ile ilişkili olduğu gibi yaşları ve gelişim düzeylerine de bağlıdır. Çocukların hareket becerilerinin tam gelişmemiş olması ve bilişsel ve davranışsal gelişimlerinin henüz tamamlanmamış olması kaza sonucu yaralanma riskini artıran faktörlerdendir. Ayrıca çocukların aktif ve meraklı olmaları, keşfetme arzularının yüksek olması ve riskleri anlama konusunda bilişsel olarak yeterli olmamaları da kaza riskini artırmaktadır (1).

Ev kazaları bir evin içinde, bahçesinde, havuzunda ve/veya garajında meydana gelen olaylardır. Ev kazaları düşme, yanma, elektrik çarpması, zehirlenme, yabancı cisim aspirasyonu, kesici delici alet ile yaralanma, boğulma, koroziv madde içimi ve ateşli silah yaralanması olarak sınıflandırılabilir (7, 8).

Evde meydana gelen kazalar önlenebilir olmaları, sık rastlanmaları, ölüm veya sakatlığa yol açabilmeleri ve neden olduğu yüksek hastalık yükü sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gözlenmektedir (8, 9, 10). Ülkeden ülkeye ve yaş gruplarına göre oranları değişmekle birlikte ev kazaları tüm kazaların %25'ini oluşturmaktadır. Çocuklarda kazaların çoğunluğunun

0-6 yaş aralığında ve ev ortamında gerçekleştiği önceki çalışmalarda bildirilmiştir (11, 12). ABD Ulusal Güvenli Çocuklar Kampanyasına göre; ölümlerin %40'ı ve ölümcül olmayan kasıtsız yaralanmaların %50'si evde ve ev çevresinde meydana gelmektedir (13).

Genel olarak, yeni yürümeye başlayan çocukların ve okul öncesi dönemdeki çocukların büyük yaş gruplarına kıyasla daha yüksek bir ev kazası prevalansına sahip olduğu gösterilmiştir. Ev kazalarının yaygınlığı, hayatın ilk iki yılında artarak 3-4 yaşında zirveye ulaşmaktadır. Bu durumun altında yatan nedenlerin; bu yaş grubundaki çocukların zamanlarının çoğunu evde geçirmeleri, büyük çocuklara kıyasla fiziksel olarak daha kırılgan olmaları ve motor aktivitelerindeki hızlı artışa genellikle bilişsel yeteneklerde karşılık gelen bir artışın eşlik etmemesi olduğu bildirilmektedir (14).

Çocuklar kendilerini kazalardan koruyamadıklarından dolayı, kazalar açısından emniyetli ortamlarda yaşamaları, koruyucu önlemlerin alınması ve yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi erişkinlerin sorumluluğundadır. Bu sorumluluk da çocuğun vaktinin büyük bir kısmını birlikte geçirdiği ebeveynlerine veya bakıcılarına düşmektedir. Ebeveynlerin çocuğun yaşına uygun fiziksel ve zihinsel gelişim aşamalarını bilmesi ve çocuğun karşılaşabileceği potansiyel tehlikeleri ve güvenli olmayan durumları öngörüp önleyebilmesi ev kazalarının önlenmesinde rol oynamaktadır (8). Özellikle ev ortamı için ailelere verilen eğitim ve güvenlik önerileri kazaların önlenmesinde önemlidir. Çocukların en çok maruz kaldıkları kazaların farkında olarak gerekli önlemlerin alınması çocuklarda kaza riskinin azalmasına neden olmaktadır (15, 16).

Okul öncesi dönemde olan çocukların ev ortamında daha fazla vakit geçirdiği bilinmektedir. Son zamanlarda bu durumu etkileyen ve neredeyse bütün dünyada çocukların evde uzun süre kalmasına neden olan bir pandemi ortaya çıkmıştır. Çin'in Wuhan kentinde, 2019 yılının sonlarında ortaya çıkan ve bütün dünyaya yayılan koronavirus enfeksiyonu DSÖ tarafından resmi olarak COVİD-19 olarak tanımlanmış ve Uluslararası Komitenin Koronavirüs Çalışma Grubu bu patojenin adını Şiddetli Akut Solunum Sendromu Coronavirüs-2 (SARS-CoV-2) olarak önermiştir. SARS-CoV-2, zarflı ve Ribonükleik Asid (RNA)'lı bir β-coronavirüstür. Hastalık, insandan insana esas olarak damlacık yoluyla bulaşmaktadır. Ayrıca hasta bireylerin öksürme ve hapşırma yoluyla ortaya saçtıkları damlacıklara diğer kişilerin elleri ile temas etmesi sonrasında ellerini ağız, burun veya göz mukozasına götürmesi ve temas etmesi ile bulaşmaktadır. Enfeksiyonun yaygın belirtileri solunum semptomları, ateş, öksürük ve dispne olup, daha ciddi vakalarda, pnömoni, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu, böbrek yetmezliği ve hatta ölüm gelişebilmektedir (17, 18, 19).

Hastalığın bulaşıcılık özelliği ve ciddiyeti nedeniyle DSÖ 11 Mart 2020'de durumu pandemi olarak ilan etmiştir. Ülkemizde ilk COVİD-19 vakası 11 Mart 2020 tarihinde

saptanmıştır. Bu pandemik hastalık halen ülkemizde önemli bir sorun olarak görülmeye devam etmektedir (20). Koronavirüse karşı mücadelede virüsün çok bulaştırıcı olması nedeniyle fiziksel mesafenin oluşturulması, maske takılması, ellerin yıkanması ve toplumun aşılanması en önemli korunma yolları olarak gözlenmektedir (21).

Bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de de salgının yayılımının önlenmesi için; salgının başından itibaren toplumda sosyal mesafeyi azaltacak uygulamalar gündeme getirilmiştir. Bu tedbirler ve özellikle sokağa çıkma yasağı sonucu çocuklar ve yaşlıların evde kalma süreleri artmıştır. Bu durum zaten duyarlı olan bu yaş gruplarında ev kazası geçirme riskini ve yaralanmayı artırabilmektedir. Nitekim COVİD-19 pandemisi nedeniyle kısıtlama önlemlerinin uygulanmasından bu yana yapılan değerlendirmelerde; acil servis görevlileri, itfaiyeciler ve medya bu kazalarda artış olduğunu bildirmiştir (20). Çocukların evde daha fazla zaman geçirmesi, okul ve kreş gibi yerlerin kapalı olması nedeniyle evde aynı anda daha fazla sayıda çocuk olması ve çocukların bakım gereksinimlerinin önemli ölçüde artması bu durumun altında yatan nedenler olarak sayılmaktadır (22). Bu nedenle pandemi döneminde ebeveynlerin ve bakıcıların evlerinin ve çocuk alanlarının güvenliğini sağlaması ve onları gözetim altında tutması çok daha zorunlu hale gelmiştir.

Bu çalışmanın amacı; COVİD-19 pandemisi döneminde çocuk sağlığı izlem polikliniğine rutin izlem amacıyla başvuran 0-6 yaş arasındaki çocukların pandemi öncesi ve pandemi döneminde geçirdikleri ev kazası sayısını saptamak, annelerin çocuklarını ev kazalarından korumak için ev içerisinde alınacak önlemler ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmek ve bu tutumların, sosyodemografik özelliklerin ve pandemi döneminde aile ile ilgili etkenlerin çocuğun ev kazası geçirme öyküsü ile ilişkisini saptamaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Ev kazaları

4.1.1. Tanımlar

DSÖ tarafından kazanın tanımı; "İnsan iradesi dışında ani ortaya çıkan, bedensel ve ruhsal hasara yol açan beklenmeyen bir olay" şeklinde yapılmaktadır (1). Türk Dil Kurumuna (TDK) göre ise kaza; istem dışı veya umulmayan bir olay dolayısıyla bir kimsenin, bir nesnenin veya bir aracın zarara uğramasıdır (23). Kazalar sonucunda gelişen yaralanmalar ise; insan vücudunun termal, mekanik, elektriksel veya kimyasal enerjiyle doğrudan teması veya oksijen ve ısı gibi yaşamsal unsurlardan uzaklaştırılması nedeniyle ortaya çıkan durum olarak tanımlanmaktadır (1).

Yaralanmalar "kasıtlı" veya "kasıtsız" olarak ikiye ayrılmaktadır. "Kasıtlı" yaralanmalar şiddet olarak ifade edilirken, "kasıtsız" yaralanmalar ise genel literatürde kaza olarak nitelendirilmektedir (24). Uygun güvenlik önlemleri alındığında kazaya bağlı yaralanmalar öngörülebilir ve önlenebilir olduğundan dolayı DSÖ son yıllarda kaza terimi yerine kasıtsız yaralanma terimi kullanılmasını önermektedir (1, 6).

4.1.2. Kazaların Sınıflandırılması

Uluslararası Hastalık Kodlamasında (ICD-9) kaza iki ana başlıkta ele alınmakta ve sağlık kayıtlarına yaralanmanın çevresel etmeni olarak E kodu ile işlenmektedir:

1. Motorlu taşıt kazaları E810-E825;
2. Diğer istenmeyen yaralanmalar E800-E807 (zehirlenmeler, yangın, yanık), E8026-E849 (düşmeler, boğulmalar) olarak kodlanmıştır (25).

Kasıtsız yaralanmalar/kazalar DSÖ'nün "Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-10" (ICD-10) göz önüne alınarak değerlendirildiğinde gerçekleştiği yere göre; trafik kazaları, iş kazaları (işyerinde ya da işin koşulları nedeniyle oluşan bütün kazalar), endüstriyel kazalar (patlamalar, yangınlar, zehirlenmeler, radyasyon vb.), spor kazaları, okul kazaları ve ev kazaları şeklinde sınıflandırılmaktadır (26).

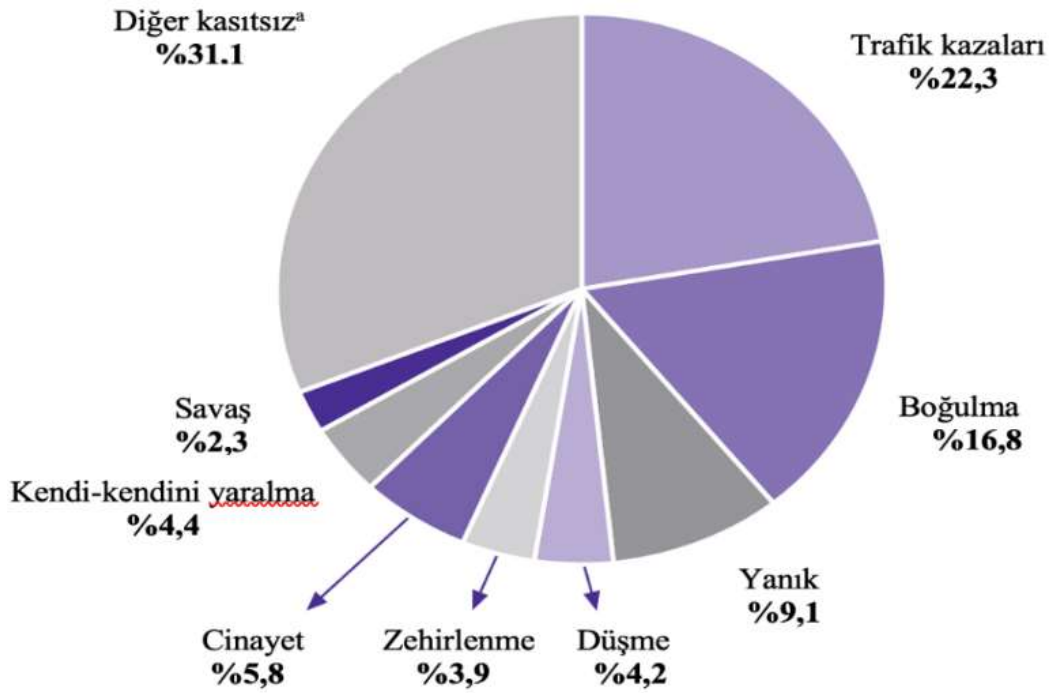
Ev kazaları; evin içerisinde, bahçesinde, garajında, havuzunda veya çevresinde meydana gelen kazalar olarak tanımlanmaktadır. Düşme, yanık, boğulma, elektrik çarpması, zehirlenme, kesici veya delici alet ile yaralanma ve ateşli silahla yaralanma çocukluk yaş grubunda ev

kazaları içinde sayılmaktadır (6). Ev kazaları; insan sağlığı, sağlık hizmetleri, iş gücü ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri ve önlenebilir olma özellikleri ile günümüzde halk sağlığının öncelikli konuları arasında yerini almıştır (27).

4.1.3. Kazaların Epidemiyolojisi

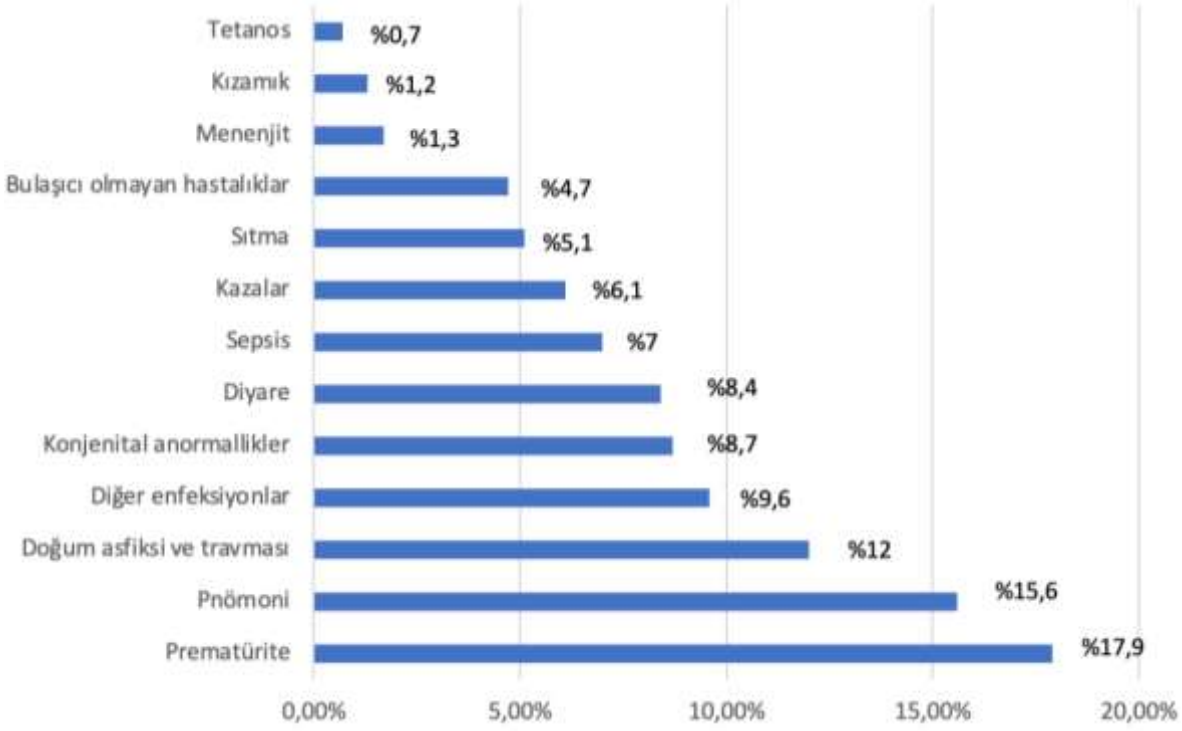
Yaralanma insidansı genel olarak acil servise ve birinci basamak sağlık kurumlarına kaza nedeniyle yapılan ziyaretler göz önüne alınarak tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, bu yöntemlerin tıbbi olarak müdahale edilmeyen ve hastaneye başvuruyu gerektirmeyen yaralanmaları değerlendiremediği ve bu nedenle gerçek toplum temelli sıklığı gösteremediği öne sürülmektedir (28).

DSÖ verilerine göre; 2004 yılında, 18 yaşın altındaki yaklaşık 950.000 çocuk yaralanma nedeniyle ölmüştür. Bu çocuk yaralanmalarının çoğu, trafik kazaları, boğulma, yanıklar (ateş veya haşlanma), düşme veya zehirlenmenin sonucudur (Şekil 4.1). Kasıtsız yaralanmalar olarak sınıflandırılan bu beş kategori, tüm çocuk yaralanmalı ölümlerin %60'ını oluşturmaktadır. (1). DSÖ'ün 2016 yılı verilerine göre beş yaş altındaki çocuklarda ölüm nedenleri arasında kazalar %6,1 orana sahiptir (Şekil 4.2) (29).



Şekil 4.1. Küresel çocuk yaralanması ölümlerinin nedene göre dağılımı, 0-17 yaş, Dünya, 2004 (1)

a. "Diğer kasıtsız", asfiksi, hayvan ve zehirli ısırıklar, hipotermi, hipertermi ve doğal afetler gibi kategorileri içerir.



Şekil 4.2. Beş yaş altındaki çocuklarda ölüm nedenleri, DSÖ, 2016 (29)

Küresel Hastalık Yükü 2016 Araştırmasına göre; dünyada yaklaşık 1.803.900 kişinin kasıtsız yaralanmalar sonucu öldüğü, aynı yılda beş yaş altında kasıtsız yaralanma nedeniyle 177.000 ölümün gerçekleştiği, bu ölümlerin %90'ından fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde ortaya çıktığı rapor edilmiştir. Bu raporda bütün dünyada çocukluk yaş grubunda düşme, boğulma, suda boğulma, yabancı cisim aspirasyonu, yanma, zehirlenme ve trafik kazalarının önemli kasıtsız yaralanma nedenleri arasında olduğu bildirilmiştir (30).

DSÖ Avrupa bölgesinde 2015 yılında 0-14 yaş arasında 18.328 çocuğun bir yaralanma sonucu öldüğü, bu ölümlerin %88,5'inin kasıtsız yaralanma sonucu gerçekleştiği ve düşmelerin kaza tipleri arasında en önemli neden olduğu rapor edilmiştir (31).

ABD'de yapılan değerlendirmelerde; her yıl yaklaşık 9000 çocuğun yaşamının kaza nedeniyle sonlandığı, 225.000 çocuğun kaza nedeniyle hastaneye yatırılarak tedavi edildiği ve 9 milyon çocuğun ise acil servislere başvurup tedavi edildiği bildirilmektedir. ABD'de ev kazaları nedeniyle yılda 7/100.000 ölüm ve 12 milyondan fazla yaralanma rapor edilmektedir (6). Yapılan çalışmalarda; ev kazaları sonucu sekel ile iyileşme oranının %7,8-18 arasında olduğu, ölüm oranlarının ise %0-2 arasında olduğu bildirilmektedir (32, 33).

Kaza tiplerinin sıklığı değerlendirildiğinde; beş yaşın altındaki çocukların dahil olduğu çoğu ev yaralanmasının yüksekten düşme, yanık, haşlanma ve zehirlenmelerden kaynaklandığı bildirilmektedir (34). DSÖ verilerine göre; dünyada özellikle 15 yaş altındaki çocuklarda

yanıklar, düşmeler ve zehirlenmelerin ev kazalarında morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri olduğu rapor edilmiştir (1). Al Ruhmi ve arkadaşlarının yaptığı ve 1333 ev kazasının değerlendirildiği bir çalışmada; ev kazalarının en yaygın nedenlerinin %53,7 sıklıkla düşme, %15,1 sıklıkla çarpma ve vurma, %8,8 sıklıkla ise zehirlenme olduğu belirlenmiş ve çocukların yaklaşık %36'sının ağır yaralandığı ve %5,4'ünün ise hastaneye yatırıldığı bildirilmiştir (14).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre; ölüm sıralamasında kaza ve zehirlenmeler sonucu ölümler 6. sırada yer almaktadır (35). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2017 verilerine göre ise; 1-17 yaş grubunda en fazla çocuk ölümlerinin dışsal yaralanma ve zehirlenmeler nedeniyle gerçekleştiği, söz konusu nedenle hayatını kaybeden 1-17 yaş grubundaki çocuk ölüm sayısının 1846 olduğu bildirilmiştir (36).

Türkiye'de ev yaralanmaları sıklığına ilişkin genel popülasyonu gösteren kesin bir sayı olmamakla birlikte, yapılan araştırmalara göre; çocuklarda kazaların önemli bir sorun olduğu ve düşmelerin kasıtsız yaralanma nedeniyle başvurularda en önemli neden olduğu bildirilmiştir. Çeşitli araştırmalarda; ülkemizde tüm yaralanmaların %18-25'ini ev yaralanmalarının oluşturduğu belirlenmiş ve ev kazalarının yarıya yakınının 0-6 yaş grubu çocuklarda gözlendiği bildirilmiştir (37, 38). Köse ve Bakırcının yaptığı bir çalışmada; 1–7 yaş arası çocukların %32'sinin son bir yılda en az bir kez ev kazası geçirdikleri saptanmıştır (39). Öztürk ve arkadaşlarının 510 çocuk üzerinde yaptıkları bir araştırmada; çocukların %36,5'inin hayatlarının bir döneminde ev kazası geçirmiş olduğu belirlenmiştir (40). Aydoğdu ve arkadaşlarının yaptığı ve 2019 yılında yayınlanan bir çalışmada ise; çocukları ev kazası geçiren annelerin oranının %42,6 olduğu, sıklıkla düşme ile karşılaşıldığı, eğitimli, yüksek gelire sahip ve çekirdek aileye mensup annelerin ev kazalarını önlemede daha çok güvenlik önlemi aldığı saptanmıştır (37).

4.1.4. Çocuklarda Kazalara Yatkınlığı Artıran Normal Fiziksel ve Gelişimsel Özellikler

Çocukların yetişkinlere göre daha çok kazaya maruz kalmalarının nedeni; onları yetişkinlerden ayıran fiziksel, anatomik ve fizyolojik farklılıklara sahip olmaları ile ilişkili olduğu gibi yaşları ve gelişim düzeyleri ile de bağlantılıdır. Boyutları, büyüme ve gelişme döneminde olmaları, deneyimsizlikleri ve doğal merakları nedeniyle çocukların yaralanmaya karşı savunmasız olduğu gözlenmektedir (1).

Çocukların büyüdükçe yaşadıkları çevreyi keşfetmeleri gelişimleri açısından önemli bir durum olmakla birlikte, bu keşifleri sırasında çeşitli tehlikelere maruz kalan çocuklarda yargı yetileri, görme alanları ve hareket becerileri tam gelişmemiş olduğundan ve çok sayıda uyarıyı

aynı zamanda doğru değerlendiremediklerinden dolayı tehlikelerin farkına varmalarının güç olduğu gözlenmektedir (41, 42).

Çocukların travmaya cevabının da erişkinlerden farklı olduğu bilinmektedir. Bebeklerin cildi, yetişkinlerin daha kalın olan cildine göre daha derin, daha hızlı ve daha düşük sıcaklıklarda yanabilmektedir (43). Küçük vücut kitle indeksine sahip olmaları nedeniyle çocuklarda çoklu travma daha sık görülmekte ve kas ve yağ dokusu daha az olan çocuk yaş grubunda iç organ yaralanma riski de daha fazla olmaktadır. Ayrıca çocukların baş/vücut oranının daha fazla olması ve kraniyal kemiklerin daha ince olması nedeniyle ciddi kafa travmasına yatkın olduğu gözlenmektedir. Çocuklarda hava yollarının daha dar olması aspirasyon riskinde artışa ve entübasyon zorluğuna yol açmakta ve bu durum inhalasyon yanıklarına bağlı hava yolu tıkanıklıklarının gelişmesini kolaylaştırmaktadır. Diğer yandan, çocukların vücut yüzey alanının hacmine oranla daha büyük olması daha fazla sıvı kaybına neden olmakta ve yaralanmanın yönetimini zorlaşmaktadır (1, 44, 45, 46).

4.1.5. Ev Kazaları İçin Risk Faktörleri

Çocukluk çağı ev kazaları bireysel ve çevresel çeşitli risk etmenlerinden bir veya birkaçının bir araya gelmesi sonucu oluşmaktadır.

4.1.5.1. Çocuğa Ait Risk Faktörleri

4.1.5.1.1. Yaş

Çocuklarda kaza riski ile ilgili olan etmenlerden birisi çocuğun yaşıdır. Çocuklarda görülen kazaların oluş şekli ve tiplerinin yaşla değişiklik gösterdiği ve bu değişikliğin de çocuğun yaşına uygun fiziksel, sosyal ve gelişimsel düzeyi ile bağlantılı olduğu bilinmektedir (1).

Çocukların yaralanma sonucu ölüm sıklığının ilk bir yıl içinde %1-1,5, 1-4 yaş grubunda ise %6 olduğu bildirilmiştir (1). Yaralanmaya bağlı ölümlerin 1–3 yaş grubunda bütün ölüm nedenlerinin %30'undan, 4 yaşındaki çocuklarda %40'ından ve 5-17 yaş arasındaki çocuklarda ise %50-60'ından sorumlu olduğu rapor edilmiştir (47).

Gelişimsel olarak; yaklaşık 3-4 aylıkken kıpırdanmaya ve dönmeye başlayan, yaklaşık 6-7 ayda oturan, 9 ay civarında sürünmeye başlayan ve zamanla nesnelere ulaşıp ağızlarına alan bebekler 18 ay civarında hareketli olup dünyayı keşfetmeye çalışmaktadır. Büyüdükçe ortaya çıkan gelişimsel yetiler nedeniyle çocuk gelişimi ve davranışının belirli yaralanmalarla büyük ölçüde ilişkili olduğu bilinmektedir. Örneğin; süt çocukları gelişimsel olarak ağızları ile

araştıran, sözlü iletişim kuramayan ve bakımlarını sağlayan kişilere bağımlı bir yaş grubu olduğundan düşme, tıkanma, suda boğulma ve yanık riskinin bu yaş grubunda fazla olduğu; oyun çocukluğu döneminde olan çocuklar ise meraklı ve hareketli çocuklar olduğundan bu yaş grubunda düşme, yanık, suda boğulma ve zehirlenme riskinin yüksek olduğu gözlenmektedir. Okul çağındaki çocuklarda ise hareket becerileri ve bağımsızlık artmakla birlikte tehlikeyi tanımak için yeterli deneyim ve karar verme becerisi bulunmadığından, bu dönemde trafik kazaları, oyun alanı kazaları ve spor kazaları daha sık gözlenmektedir (1).

DSÖ 0-1 yaş arası çocuklarda boğulma, yabancı cisim aspirasyonu, yanık ve zehirlenmenin, 1-4 yaş arasındaki çocuklarda suda boğulma, düşme, zehirlenme ve yanığın ve 5-9 yaş arası çocuklarda ise boğulma, düşme ve zehirlenmenin en sık olarak ortaya çıkan kaza tipleri olduğunu rapor etmiştir (1). Önceki bir çalışmada; düşmelerin 3 yaşın altındaki çocuklarda önde gelen yaralanma nedeni olduğu bildirilmiş, ancak düşmelere neden olan mobilya, merdiven ve oyun alanı ekipmanı gibi belirli eşyaların farklı yaşlarda kaza nedeni olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada; zehirlenme sıklığının 9 aylıktan itibaren artmaya başladığı, bu artışın 21-23 aydan sonra azaldığı gösterilmiş ve sıcak sıvılardan kaynaklanan yanıkların sıklığının 12-18 ay arasındaki çocuklarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (48).

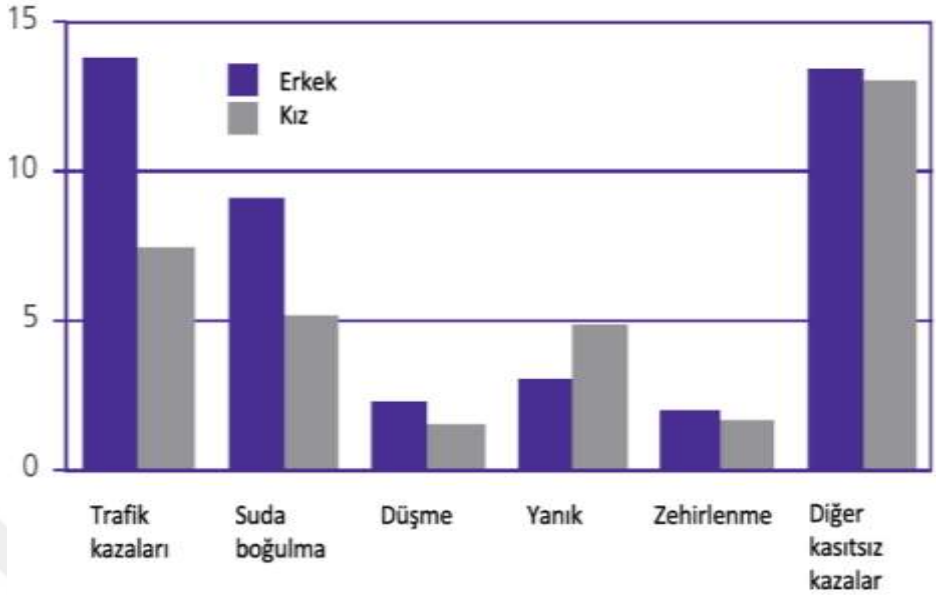
4.1.5.1.2. Cinsiyet

Çocukluk çağında kazalara yol açan risk etmenlerinden birisi cinsiyettir. DSÖ raporunda çocukluk çağındaki kazaların %60'ının erkek çocuklarda ortaya çıktığı bildirilmiş olup travmaya bağlı ölümlerde 1-4 yaş arasında cinsiyet açısından fark görülmezken, 5-9 yaş arasında erkek ölümlerinin kız ölümlerinin 3 katı, 10-14 yaş arasında ise 2 katı olduğu rapor edilmiştir. Erkek çocukların, kızlara göre yanıklar haricinde hem daha sık hem de daha ağır yaralanmalara sahip olduğu gözlenmektedir (1) (Şekil 4.3.).

İngiltere'de Jones ve arkadaşları tarafından yapılan ve travma merkezlerine yaralanma nedeniyle başvuran 9851 çocuğun kayıtlarının incelendiği bir çalışmada; bebeklik döneminde cinsiyetler arasında yaralanma açısından farklılık olmadığı, daha büyük yaş grubunda ise erkek çocukların kızlara göre daha sıklıkla kaza ile karşılaştığı saptanmıştır. Her yaş için, yaralanmaların en yaygın olarak evde meydana geldiği ve en sıklıkla 2 metreden fazla yükseklikten düşme sonucu oluştuğu bu çalışmada belirlenmiştir (49).

Erkeklerin kızlara göre daha sık yaralanmalara maruz kalmalarının altında yatan etkenlerin; kültürel etmenler, gelişimsel nedenler ve ebeveyn davranışı olduğu bildirilmektedir. Erkeklerin mizaç olarak daha fazla risk almaları, daha dürtüsel olmaları, özellikle bazı kültürlerde açık havada daha fazla oyun oynamaları ve ebeveynlerin erkek çocuklarının risk

almasını daha fazla teşvik etmesi erkek çocukların kızlara göre daha sık yaralanmalarına neden olan etkenlerdendir (50).



Şekil 4.3. Kaza tipi ve cinsiyete göre 100.000 çocuk başına kasıtsız yaralanma ölüm oranları, DSÖ, 2004 (1)

4.1.5.1.3. Çocuğa Ait Davranışsal ve Komorbid Risk Faktörleri

Çocuklarda fiziksel, gelişimsel veya mental bir sorun varlığının kasıtsız kaza riskinde artışa neden olduğu bilinmektedir. Çocukta görme ve işitme sorunu, kronik hastalık, mental retardasyon, otizm, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranışsal sorun ve fiziksel özürlülük varlığı gibi durumların birçok tip kaza riskinde artışa neden olduğu çalışmalarda bildirilmektedir (51, 52, 53).

Önceki bir çalışmada; engeli olan çocukların, engeli olmayan çocuklara göre daha yüksek yaralanma prevalansına sahip olduğu (%3,8 ve %2,5) belirlenmiştir (54). Benzer olarak, Shi ve arkadaşlarının yaptığı ve 50 çalışmanın incelendiği bir metaanaliz çalışmasında; özellikle fiziksel engellilik başta olmak üzere bir engeli bulunan çocukların kasıtsız yaralanma riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiş ve büyük yaştaki engelli çocukların küçüklere göre kaza geçirme riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (55). Ruiz-Goikoetxea ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanaliz çalışmasında ise; DEHB olan çocuklarda kasıtsız yaralanmaların sıklığının arttığı ve DEHB tedavisinin bu yaralanmaların sıklığında azalmaya neden olduğu bildirilmiştir (56).

4.1.5.2. Aileye Ait Risk Faktörleri

Önceki çalışmalar, çocuklarda kasıtsız yaralanmaların ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel özellikleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi, anne yaşının genç olması, işsizlik, kalabalık aile, tek ebeveyn, ebeveynde psikiyatrik sorun varlığı ve evde uygun olmayan ebeveyn denetimi çocuklarda kaza riskinin artışı ile ilgili risk faktörleridir (1, 6, 57).

Anne yaşı ve anne eğitim düzeyi azaldıkça çocuklarda kaza sıklığının arttığı bilinmektedir. Ülkemizde İnce ve arkadaşlarının yaptığı ve 1126 çocuk ve ebeveyn çiftinin katıldığı bir çalışmada; çocukların %13,8'inde en az bir ciddi yaralanma öyküsünün olduğu, ebeveynlerin dörtte üçünün evde aldığı önlemlerin yeterli olmadığı ve özellikle 5-9 yaş arası çocukların ebeveynlerinin, birey sayısı fazla olan ailelerin ve eğitimsiz annelerin kazaları önlemek için yeterli önlem almadığı belirlenmiştir (58). Ülkemizde 0-5 yaş grubu çocukları olan 500 aileye yapılan bir anket çalışmasında ise; anne-baba yaşının küçük olması, ailede çocuk sayısının fazla olması, geniş aile olması ve gecekonduda yaşama gibi durumlarda çocukların ev kazası geçirme riskinin arttığı belirlenmiştir (59).

Annede psikiyatrik sorun varlığının da çocukta kasıtlı ya da kasıtsız yaralanma riskinde artış ile ilişkili olabileceği bilinmektedir. Nevriana ve arkadaşlarının İsveç'te yaptığı bir kohort çalışmasında; annede psikoz, alkol veya uyuşturucu bağımlılığı, duygu durum bozuklukları, anksiyete ve stresle ilişkili bozukluklar, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi bir psikiyatrik sorun varlığının 0-17 yaş arasındaki çocuklarda yaralanma riskinde artış ile ilişkili olduğu ve bu çocuklarda kasıtlı yaralanma dışında en büyük oranda düşme gibi kasıtsız yaralanmaların ortaya çıktığı belirlenmiştir (60).

4.1.5.3. Çevreye Ait Risk Faktörleri

DSÖ, düşük ve orta gelirli ülkelerde çocuk yaralanmalarına bağlı ölüm oranının yüksek gelirli ülkelere göre 3-4 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre yanık sonucu gelişen ölümlerin on bir kat, boğulma sonucu gelişen ölümlerin altı kat, zehirlenme sonucu gelişen ölümlerin dört kat ve düşmeler sonucu gelişen ölümlerin ise altı kat daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir (1) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Neden ve ülke gelir düzeyine göre 100.000 çocuk başına kasıtsız yaralanma ölüm oranları, DSÖ, 2004 (1)

	Kasıtsız yaralanmalar						
	Trafik kazası	Suda boğulma	Yanık	Düşme	Zehirlenme	Diğer	Toplam
YGÜ	7,0	1.2	0.4	0.4	0.5	7.0	12.2
DOGÜ	11,1	7,8	4,3	2,1	2,0	14,4	41,7
Dünya	10,7	7,2	3,9	1,9	1,8	13,3	38,8

"Diğer", boğulma, boğulma, boğulma, hayvan veya yılan ısırıkları, hipotermi ve hipertermi ve doğal afetler gibi kategorileri içerir.
YGÜ = Yüksek gelirli ülkeler; DOGÜ = düşük ve orta gelirli ülkeler.

Yaralanmaların sağlık eşitsizliklerinin temel bir nedeni olduğu bilinmektedir. Yoksulluk, evde uygun olmayan ve güvensiz fiziksel koşullar ve oyun alanında güvenli olmayan kamu hizmetleri gibi çeşitli çevresel faktörlerin çocukluk çağında kaza riskinde ve kazaya bağlı ölüm oranında artışa neden olduğu bildirilmiştir (1, 6, 57).

Düşük hane geliri gibi ekonomik etmenler, hanede artan kişi sayısı, hanede 16 yaşın altındaki çocuk sayısında artış, düşük anne eğitimi ve tek ebeveyn gibi aile ile ilgili faktörler ve çok aileli konutlar, aşırı kalabalık ve düşük gelirli mahalleler gibi şehirleşme ile ilgili sorunların yaralanma riskini artırdığı analiz edilmiştir (6). Çocukluk çağı kazalarının kırsal, yarı-kentsel yerleşim bölgelerinde ve gecekonduda yaşayanlarda daha sık ortaya çıkması çevresel faktörlerin kaza gelişimindeki önemini göstermektedir (59, 61).

4.1.6. Çocuklarda Sık Görülen Kaza Tipleri

4.1.6.1. Düşme

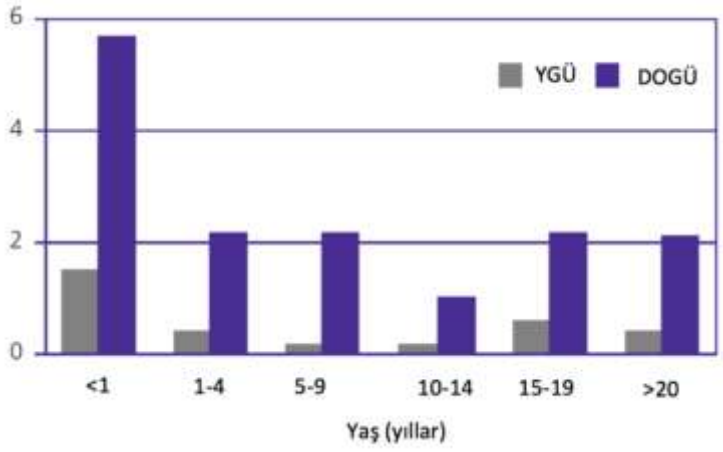
Düşme, kişinin dikkatsizlik ve kaza gibi nedenlerle yerde ya da kendisinden daha alt bir düzeyde uzanır duruma gelmesi olarak tanımlanır (1). Çocuklar, gelişimsel özellikleri nedeni ile düşmelerle karşılaşma açısından en riskli gruplar arasında sayılmakta olup nöromotor, fiziksel, duyusal, bilişsel ve psikososyal açıdan gelişimlerinin devam etmesi, görme alanlarının dar olması, denge sağlamalarında zorluk olması, reaksiyonlarında yavaşlık gözlenmesi, sesleri lokalize etme yeteneklerinin tam olarak gelişmemiş olması, iki uyarıyı aynı anda algılayamamaları, devamlı hareket halinde olmaları ve merakları çocukların düşmeye neden olacak kazalarla daha sık karşı karşıya gelmesine neden olmaktadır (62). Önceki bir sistematik

inceleme çalışmasında; küçük yaş, erkek cinsiyet ve düşük sosyoekonomik durumun 0-6 yaş arası çocuklarda düşme yaralanmaları için tutarlı risk faktörleri olduğu saptanmıştır (63).

Düşmeler genel olarak çocuk yaş grubunda en sık rastlanan kaza tipi olup bu yaş grubunda; ebeveyn/bakıcının kucağından düşme, mobilyadan düşme, koşarken düşme, merdiven ya da basamaktan düşme, binanın pencere ya da balkonundan düşme ve oyun alanlarında düşme gibi genellikle ev içinde bazen de oyun alanlarında görülen nedenlerle gözlenmektedir (6, 26, 64). Çocuklarda yaralanmanın şiddeti düşme yüksekliğinin artmasıyla ilişkili olup hastaneye yatışla sonuçlanan ciddi yaralanmaların nedenleri içinde kafa ve kas-iskelet yaralanmaları önemlidir (65).

İlk dört yaşta düşme nedeniyle acile başvuran çocukların incelendiği ve 1086 hastanın alındığı bir çalışmada; bir yaşından küçük çocukların bakım verenin kollarından, yataktan veya mobilyalardan düşme sıklığının daha fazla olduğu, daha büyük çocuklarda ise mobilya ve oyun alanlarından düşmenin daha sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada ilk bir yaştaki çocuklarda kafa travması bulgularının, 2 yaşından büyük çocuklarda ise ekstremite kırığı gibi durumların daha sıklıkla gözlendiği belirlenmiştir (66).

DSÖ 2004 Küresel Hastalık Yükü Raporunda; dünya çapında her yaştan tahmini 424.000 kişinin düşmeler sonucu öldüğü ve düşmeye bağlı ölümlerin çoğu yetişkinler arasında olmasına rağmen 5-19 yaşları arasında 12. ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir (Şekil 4.4). DSÖ, düşmeye bağlı ölüm oranının bölgeler ve ülkeler arasında önemli farklılıklar ortaya koyduğunu, yüksek gelirli ülkelerde düşmeye bağlı ölüm oranlarının hayatın ilk 20 yılı boyunca benzer olduğunu, buna karşın düşük ve orta gelirli ülkelerde bir yaşın altındaki bebeklerin düşmeye bağlı ölüm sıklığının diğer yaşlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir (1).



Şekil 4.4. Yaşa ve ülke gelir düzeyine göre 100.000 çocuk başına düşen ölüme bağlı yaralanma oranları, DSÖ2004 (1)

YGÜ = Yüksek gelirli ülkeler; DOGÜ = düşük ve orta gelirli ülkeler

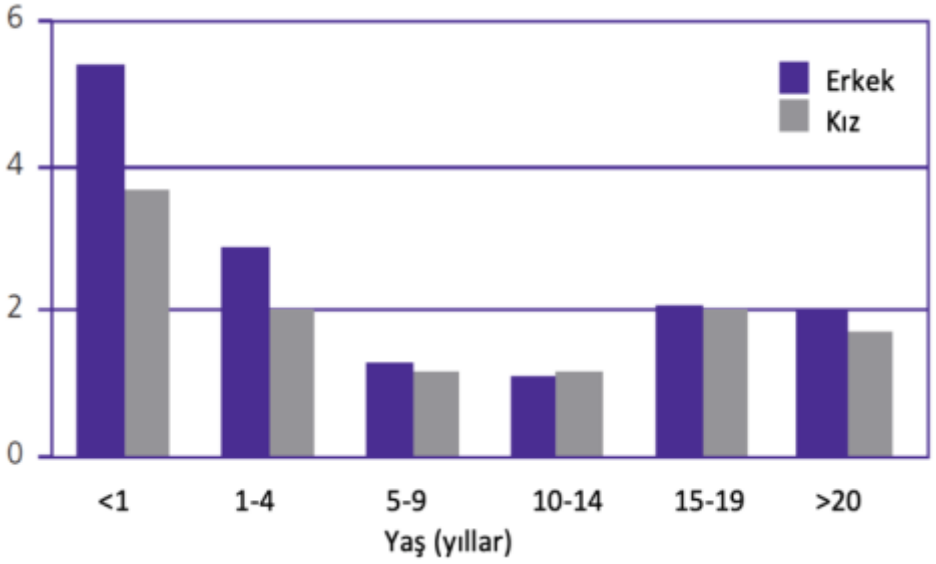
Dünyada ve Türkiye'de yapılan birçok araştırmada; düşmelerin kalıcı sakatlık veya ölümle sonuçlananlar da dahil olmak üzere çocukluk çağı yaralanmalarının önemli bir nedeni olduğu, özellikle küçük çocuklarda görülen düşmelerin tüm ev kazaları içinde ve acil birimlere başvuru nedenleri arasında en fazla sıklıkta görülen ev kazası tipi olduğu bildirilmiştir (37, 38, 45, 67). Düşmelerin 2009 yılında 2,8 milyondan fazla acil servis ziyaretinin nedeni olduğu gözlenmiş ve yılda yaklaşık 150 çocuğun ölümüne yol açan bir kaza tipi olduğu belirlenmiştir (6). Düşmelerden kaynaklanan morbiditenin ise önemli bir durum olduğu, dünya çapında sağlık bakım tesisleri üzerinde önemli bir yükü temsil ettiği ve 15 yaşın altındaki çocuklar arasında ölümcül olmayan düşmelerin, engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarının kaybedilmesinin önde gelen 13. nedeni olduğu bildirilmektedir (1).

4.1.6.2. Zehirlenme

Zehirlenme, hücresel yaralanmaya veya ölüme neden olan ekzojen bir maddeye maruz kalmaktan kaynaklanan bir yaralanmayı ifade etmektedir. Diğer bir deyişle; toksik maddelerin vücuda zarar verecek oranda alınması sonucunda bazı belirti ve bulguların ortaya çıkması halidir (1).

Zehirlenmeler tüm dünyada çocukluk çağı acil hastalıkları arasında morbidite ve mortalitenin önlenebilir nedenleri arasında yer almaktadır. Çocukluk çağında zehirlenme olgularının %80'ini altı yaşın altındaki çocukların oluşturduğu bildirilmektedir (68). Bu yaş grubunda motor becerilerin artması ile birlikte araştırma ve öğrenme merakı, el-ağız aktivitesi, ilaçların veya diğer toksik maddelerin kolayca ulaşılabilen yerlerde bırakılması, ilaçların kendilerine ait olmayan kutularda saklanmaları, temizlik maddelerinin içecek kutularına konması ve çocukların gözetim eksikliği zehirlenmelerin en önemli nedenleridir (1, 69).

DSÖ verilerine göre; 2004 yılında kaza ile zehirlenme sonucu dünya çapında her yaştan tahmini 345.814 kişinin öldüğü, kaza sonucu zehirlenmelerin çoğunun yetişkinler arasında olmasına karşın, %13'ünün 20 yaşın altındaki çocuklar ve gençler arasında meydana geldiği ve 15–19 yaş arasında zehirlenmenin 13. ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir. Diğer kazalarda olduğu gibi zehirlenme vakalarında da düşük ve orta gelirli ülkeler dışında dünyanın tüm bölgelerinde erkeklerin oranları kızlardan daha yüksek olarak bildirilmektedir (1). Genel olarak, zehirlenmeye bağlı ölüm oranlarının bebeklerde en yüksek olduğu, 14 yaşına kadar yaşla birlikte azaldığı, 15 yaş ve üstü çocuklarda ise tekrar artış olduğu gözlenmektedir (70) (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Yaşa ve cinsiyete göre 100.000 çocuk başına ölümcül zehirlenme oranları, DSÖ, 2004 (1)

Akut zehirlenmenin 20 yaşın altındaki çocuklarda ve gençlerde yılda tahmini 45.000 ölüme neden olduğu, 20 yaşından küçük ergen ve çocuklar için zehirlenmelerden kaynaklanan küresel ölüm oranının 100.000 kişi başına 1,8 olarak gözlendiği, yüksek gelirli ülkeler için oran 100.000'de 0,5 iken, düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oranın 2-4 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (1).

Zehirlenmenin ciddiyetini; toksik maddenin türü, dozu, içeriği, maruz kalma yolu, çocuğun yaşı, beraberindeki diğer zehirlerin varlığı ve çocukta kronik hastalık varlığı gibi faktörlerin etkilediği önceki araştırmalarda gösterilmiştir (1, 69). Çocukluk çağında zehirlenmelerin genellikle sindirim, solunum veya deriden emilim yolu ile oluştuğu ve zehirlenmelerde yer alan toksik ürünlerin ülkeye, bölgeye, kültürel özelliklere ve yerel endüstriyel ve tarımsal faaliyetlere göre farklılıklar gösterdiği bilinmektedir.

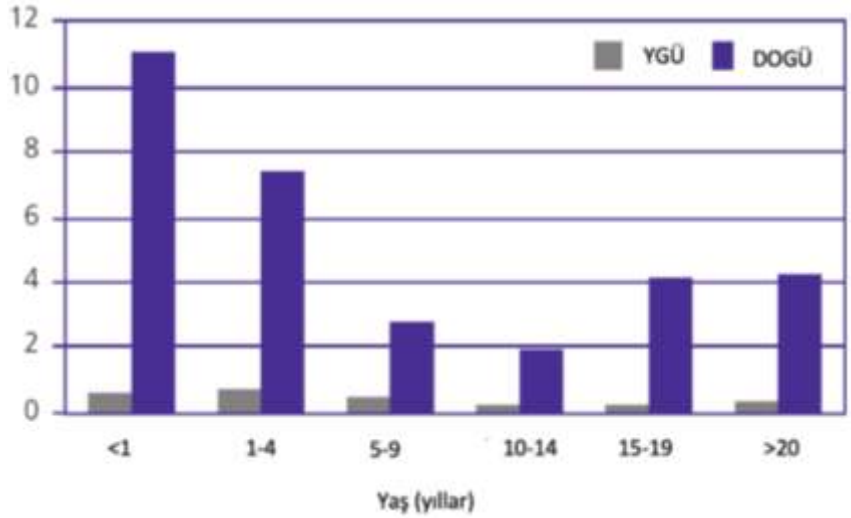
Çocukluk çağı zehirlenmelerinde ev ortamında maruz kalınan ajanların en sıklıkla tıbbi ilaçlar, temizlik maddeleri, tarım ilaçları ve kişisel bakım ürünleri olduğu gözlenmektedir. Zehir kontrol merkezlerinden ve hastanelerden elde edilen veriler, gelişmiş ülkelerde ve bazı gelişmekte olan ülkelerde yer alan en yaygın ajanların ilaçlar, esrar ve kokain gibi keyif verici uyuşturucular, ev temizlik ürünleri, pestisitler, zehirli bitkiler ve hayvan veya böcek ısırıkları olduğunu göstermektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ise çocukluk çağı zehirlenmelerine neden olan en yaygın etkenlerin parafin yağı gibi yakıt ve aydınlatma için kullanılan hidrokarbonlar olduğu bildirilmektedir (1).

Türkiye'de zehirlenmeler ile ilgili ülke geneline ait 1988-2008 yılları arasındaki zehir danışma bildirimlerini kapsayan bir raporda; zehirlenmelerin %47,2'sinin kaza sonucu oluştuğu, çocukluk yaş grubunda en sıklıkla 2-3 yaşlarında görüldüğü ve tüm vakaların %93,36'sında toksik ürünün vücuda oral yolla, %3,26'sında ise inhalasyon yolu ile alındığı rapor edilmiştir. Bu raporda zehirlenmeye en yüksek oranda (%70,6) ilaçlar gibi insan sağlığı ürünlerinin yol açtığı saptanırken, tarım ilaçları ile zehirlenmenin de %8,34 ile sıklık açısından ikinci sırada olduğu belirlenmiştir (71). Yorulmaz ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir çalışmada; zehirlenme olgularının en büyük nedeninin ilaçlar (%48,2) olduğu, bunu sırasıyla kimyasal korozif maddeler, CO, besin, organofosfatlı tarım ilaçları, alkol ve diğer nedenlerle oluşan zehirlenmelerin izlediği belirlenmiştir (72).

4.1.6.3. Yanık

Deri ve/veya deri altı dokularında; ısı, soğuk, elektrik, kimyasal maddeler ve radyoaktif ışınlara maruz kalma sonucunda oluşan akut hasarlanmaya yanık denir. Yanıklar nedensel olarak termal veya inhalasyon yanıkları olarak sınıflandırılabilir. Termal yanıklar haşlanma, temas, alev, kimyasal madde ve elektrik yanıkları sonucu; inhalasyon yanıkları ise aşırı ısıtılmış gazlar, buhar, sıcak sıvılar veya zararlı ürünleri soluma sonucu oluşmaktadır (46).

Dünya genelinde yanıklardan en fazla bebeklerin etkilendiği gözlenmekte ve beş yaş altında en sıklıkla sıcak sıvılarla haşlanma, sıcak ev cihazları ile yanma ve sıcak buhar teması gibi yollarla yanıkların olduğu bildirilmektedir (1). DSÖ verilerine göre; çocukların küresel yanıklardan ölüm riskinin 100.000 nüfus başına 3,9 olduğu ve yangınlara bağlı yanıkların 1-9 yaş arasındaki çocukların 11. ölüm nedeni olduğu bildirilmektedir. Bebeklerin yanıklar açısından en yüksek ölüm oranlarına sahip olduğu, bu oranın yaşla birlikte azaldığı, ancak geriyatrik yaş grubunda tekrar arttığı rapor edilmiştir. DSÖ verileri, küresel olarak 20 yaşın altındaki yaklaşık 96.000 çocuğun 2004 yılında yangına bağlı bir yanık sonucu ölümcül şekilde yaralandığını göstermektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde yanığa bağlı ölüm oranının, yüksek gelirli ülkelerin on bir katı olduğu bildirilmektedir (Şekil 4.6) (1).



Şekil 4.6. Yaşa ve ülke gelir düzeyine göre 100.000 çocuk başına ölümcül yangına bağlı yanma oranları, Dünya, 2004 (1)

YGÜ = Yüksek gelirli ülkeler; DOGÜ = düşük ve orta gelirli ülkeler.

Yanıklar, kızların erkeklerden daha yüksek yaralanma oranına sahip olduğu tek kasıtsız yaralanma türüdür. Kızlarda yanıklara bağlı ölüm oranı 100.000 kişi başına 4,9 iken erkekler için 100.000 kişi başına 3,0 olup farklılığın özellikle bebeklerde ve 15-19 yaş arasındaki ergenlerde belirgin olduğu gösterilmiştir (1). Emond ve arkadaşlarının yaptığı ve 12.966 çocuğun ebeveynlerinin verdiği bilgilerin analiz edildiği bir kohort çalışmasında; evde yanık insidansının 0-2 yaş arasında binde 71.9, 2-5 yaş arasında binde 42.2 ve 5-11 yaş arasında ise binde 14.3 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada; 2 yaşından küçük erkek çocukların ve 5-11 yaş arasındaki kız çocukların kaza ile yanma olasılığı diğer cinsiyete göre yüksek bulunmuş ve yanık riskinin motor gelişim geriliği, koordinasyon güçlükleri, hiperaktivite ve emosyonel bozukluklar ile arttığı gösterilmiştir (53).

Türkiye'de yanık sıklığı bilinmemekle birlikte, yapılan çalışmalarda yanıkların çocukluk çağı kaza nedenleri arasında ön sıralarda yer aldığı, en sıklıkla haşlanma, alev, elektrik ve temas yanığının gözlendiği ve özellikle 3-4 yaş arasında sıklığın yüksek olduğu belirlenmiştir (73-75). Sıcak suya bağlı haşlanma yanıklarının daha çok 6 yaşın altındaki çocuklarda meydana geldiği bildirilmekte, 0-1 yaş arası bebeklerde haşlanma yanıkları, temas yanıkları ve yüz yanıklarının önemli olduğu gözlenmektedir (24).

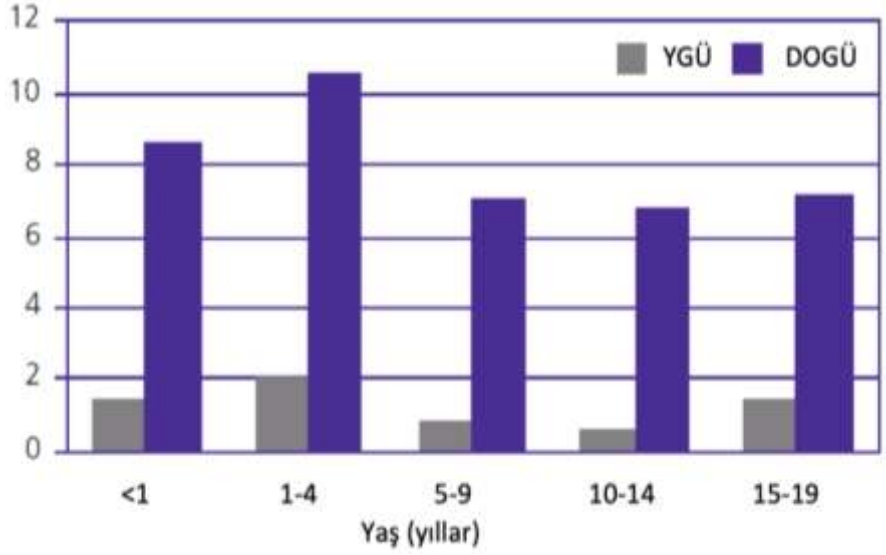
Elektrik çarpması, pediatrik yaş grubunda acil başvuru nedenlerinden biridir. Güvenli olmayan elektrikli aletler, fişler, teller ve diğer bağlantıların tümünün çocuklar için elektrik yanması riskini artırdığı bilinmektedir. DSÖ 2002 yılında, yanık ölümlerinin %1,6'sının temas, kimyasal veya elektrik yanıklarının bir sonucu olduğunu bildirmiştir (1). Elektrik yaralanmalarının yaklaşık %20'sinin çocuklarda meydana geldiği gösterilmiştir (76). Önceki

bir çalışmada; ülkemizde elektrik çarpmalarına bağlı yanık oranının %25 olduğu bildirilmiştir (77). Özdil ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; çocukluk çağında elektrik yaralanmalarının %42'sinin okul öncesi çağda (0-5 yaş), %26'sının okul çocukluğu döneminde (6-12 yaş) ve %32'sinin ise adolesan dönemde (13-18 yaş) görüldüğü ve erkeklerde riskin daha yüksek olduğu saptanmıştır (78). Küçük çocukların genellikle evde düşük voltajlı elektrik akımına maruz kaldığı, buna karşın daha büyük çocuklar ve ergenlerin açık havada yüksek voltajlı iletim hatlarına veya endüstriyel yüksek voltajlı elektrik akımlarına maruz kalma riskinin daha fazla olduğu gözlenmektedir (79, 80).

4.1.6.4. Boğulma

Çocuklarda boğulmalar; besinin ya da kusma içeriğinin aspire edilmesi, solunum yoluna yabancı cisim kaçması, yatakta havasız kalarak boğulma, ip ve sicim gibi bir malzeme ile asılma yolu ile boğulma ve suda boğulma gibi nedenlerle olmaktadır. Yabancı cisim aspirasyonuna sıklıkla sert, yuvarlak ve boğazdan geçemeyecek karakterde olan oyuncaklar, metaller ve yiyecekler sebep olabilmektedir (1).

Dünyada boğulmalar nedeni ile her yıl 175.000 çocuğun hayatını kaybettiği ve özellikle 1-4 yaş grubunun en büyük risk altında olduğu rapor edilmiştir. Önemli bölgesel farklılıklara karşın çocuklar arasında boğulmaya yönelik genel küresel oranın 100.000 nüfus başına 7,2 olduğu ve düşük ve orta gelirli ülkelerde boğulma oranının yüksek gelirli ülkelerden altı kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Şekil 4.7) (1).



Şekil 4.7. Yaşa ve ülke gelir düzeyine göre 100.000 çocuk başına ölümcül boğulma oranları, Dünya, 2004 (1)

YGÜ = Yüksek gelirli ülkeler; DOGÜ = düşük ve orta gelirli ülkeler.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, yabancı cisim aspirasyonunun 0-6 yaş grubu çocuklarda en çok görülen ve ölüme en çok neden olan kaza olduğu belirtilmektedir. Diş gelişimi ve yutma refleksi gelişmemiş çocuklarda, sert besin maddelerinin verilmesi, yiyeceklerin çocukların ağızlarına büyük parçalar halinde uygunsuz şekilde hazırlanarak verilmesi veya riskli objelerin çocukların etrafında bulunması aspirasyonu kolaylaştırmaktadır (81).

Suda boğulma, su içerisinde batma veya dalma sonrasında gelişen solunumun bozulması ile giden süreçler dizisidir. Ev veya çevresinde bulunan banyo, tuvalet, kuyu ve havuz gibi yerler ya da kova ve küvet gibi ev eşyaları bebekler ve küçük çocuklar için potansiyel suda boğulma kaynağı oluşturmaktadır. Özellikle eve yakın olmak üzere insanlar ve su arasında fiziksel engellerin olmaması, küçük çocukların gözetim eksikliği, güvenli su geçişlerinin olmaması, su güvenliği bilinci eksikliği, aşırı kalabalık veya bakımı yetersiz deniz araçlarında seyahat etmek, aşırı yağış, fırtına dalgalanmaları, tsunamiler veya siklonlardan kaynaklanan sel felaketlerinin suda boğulma için en riskli durumlar olduğu gözlenmiştir (82). Düşük ve orta gelirli ülkelerde suda boğulmanın göletler, hendekler, nehirler, göller ve barajlar gibi su kütlelerinde gerçekleştiği, buna karşın yüksek gelirli ülkelerde çitle çevrilmemiş ve erişimin olduğu yüzme havuzları ve plajlarda boğulmaların daha sıklıkla meydana geldiği bildirilmiştir (82).

DSÖ, her yıl 372.000 insanın suda boğulma nedeniyle öldüğünü, 15 yaşın altındaki çocuklar arasında suda boğulmanın genel ölüm nedeni olarak 13. sırada yer aldığını ve 1-4 yaş arasındaki çocuk grubunun suda boğulma açısından en yüksek riske sahip olduğunu bildirmiştir. Bu raporda; suda boğulmaya bağlı ölümlerin %90'ından fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği ve bu ülkelerde suda boğulma sıklığının yüksek gelirli ülkelerden 6 kat daha fazla olduğu da bildirilmiştir (82).

ABD'de 0-17 yaş grubu için ulusal boğulma verilerinin analizine dayanılarak hazırlanan bir raporda; bu yaş grubundaki ölümcül boğulma olaylarının ev ortamında en sık karşılaşıldığı yer banyo, özellikle de küvet olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada; 2005-2014 yılları arasında gerçekleşen 512 ölümcül boğulmanın %88'inin küvette, %6'sının ise kovada gerçekleştiği ve banyoda meydana gelen boğulmaların büyük bir çoğunluğunun (%82) bir yaşın altındaki çocuklarda gerçekleştiği bildirilmiştir (83).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; İstanbul'da otopsisi yapılan 736 çocuk ölümü değerlendirilmiş ve en sık ölüm nedeni olarak belirlenen asfiksilerin yaklaşık yarısını suda boğulma olgularının oluşturduğu tespit edilmiştir (84). Adana'da acil serviste boğulma vakalarının değerlendirildiği bir çalışmada; vakaların %9,8'inin 0-4 yaş ve %46,3'ünün ise 5-15 yaş grubunda olduğu ve ölen vakaların tamamının 15 yaşın altında olduğu rapor edilmiştir.

Boğulma ve suda batmaların en fazla erkeklerde (%61), sıcak havalarda (%87,8) ve tatlı sularda (%70,7) görüldüğü bildirilmiştir (85).

4.1.6.5. Kesikler, Ezikler ve Delici Yaralanmalar

Çocukluk çağında kazalar sonucu künt ve penetran yaralanmalar oluşmaktadır. Künt yaralanmalar çarpma, düşme ve ezilme sonucu oluşabileceği gibi evde bulunan TV ve dolap gibi eşyaların çocuğun üzerine devrilmesi sonucu da oluşabilmektedir. Kesici-delici aletler aracılığıyla oluşan kazalarda ise penetran yaralanmalar oluşur. Bu tip yaralanmalar; ev içerisinde ve çevresinde çocuğun kolayca ulaşabileceği bıçak, makas, şiş, çivi, silah, cam ve tarım araçları gibi nesneler aracılığıyla oluşabilmektedir (1, 86).

Çocuklarda penetran travmalar, künt travmalara göre daha sık ölüme neden olabilmektedir. Çocuklarda göğüs ve karın duvarı yetişkinlere göre daha ince olduğundan iç organların daha fazla ciddi yaralanma olasılığı bulunmaktadır. Buna karşın, çocukların kosta yapıları esnek olduğundan göğüs travmaları yetişkinlerdeki durumun tersine daha az sıklıkla intratorasik organ hasarına neden olmaktadır (87).

Kuru ve arkadaşlarının çocukluk yaş grubunda yaptığı bir çalışmada; hastaların %87'sinin künt travma, %10'unun penetran travma ve %3'ünün ise hem penetran, hem de künt travma geçirdiği gözlenmiş, kızlarda künt torasik travma oranının erkeklere göre, erkeklerde ise penetran torasik travma oranının kızlara göre daha yüksek olduğu saptanmış, künt torasik travmanın sıklıkla bebeklik ve çocukluk döneminde görüldüğü, penetran torasik travmanın ise ergenlerde daha sık gözlendiği bildirilmiştir (88).

Kesici delici aletler ile olan yaralanmalar enerji tiplerine göre düşük, orta ve yüksek enerjili olarak sınıflandırılmaktadır. Orta ve yüksek enerjili delici alet yaralanmalarını ateşli silah yaralanmaları oluşturmaktadır. Ev kazası kapsamında değerlendirildiğinde, her yıl 5000'den fazla çocuk ve gencin ateşli silah yaralanması nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir (89). ABD'de yapılan bir çalışmada, 2002-2014 yılları arasında bu ülkede 1300 çocuğun ateşli silah yaralanması nedeniyle öldüğü, bu tip yaralanmaların özellikle erkek çocuklar, büyük çocuklar ve azınlıklarda görüldüğü saptanmıştır (90).

4.1.7. Kazaların Önlenmesi

Kazaların önlenmesi; sürveyans ve veri toplama yoluyla sorunun büyüklüğünü belirlemeyi, risk ve koruyucu faktörleri saptamayı, bu bilgilere dayanarak müdahaleleri

geliştirmeyi, uygulamayı ve değerlendirmeyi ve kanıta dayalı uygulamaların ve politikaların yaygın bir şekilde benimsenmesini teşvik etmeyi içermektedir (6).

Kazalar ve kazalardan doğan sorunlar ile başa çıkmanın en iyi yolu kazayı önlemek olup bunun başlangıç noktası kazanın öneminin, risk altındakilerin ve alınacak önlemlerin belirlenmesidir. Diğer bir deyişle, yaralanmaları önlemenin en iyi yolu riskleri belirleyen çalışmalar yaparak çevre ve aileye ilişkin etkenlerin zararlarını giderici eğitim yöntemleri geliştirmek ve güvenli çevre düzenlemesini sağlamaya katkıda bulunmaktır (91, 92).

Yaralanma kontrolü stratejileri pasif ve aktif olarak sınıflanabilir. Aktif stratejilerde amaç, yaralanan birey ile etkileşimi hedeflemektedir. Buna örnek olarak emniyet kemerinin bağlanması verilebilir. Pasif stratejilerde amaç ise ürün tasarımında değişiklikler yanında çevresel ve yasal değişiklikleri kapsar. Pasif girişimler, insan davranışından bağımsız olduğundan aktif girişimlerden daha etkindir (93, 94).

Kazaların önlenmesi aynı zamanda birincil, ikincil ve üçüncül korumayı da içermektedir. Birincil yaklaşım yaralanma riskini azaltmak veya ortadan kaldırmak amacını taşır. Çocukların açamayacağı kapakların kullanımı, hız limitlerinin belirlenmesi ve yüzme havuzlarında güvenliğin sağlanması başlıca örneklerdir. İkincil girişimlerin amacı ise etken ile karşılaşıldığında yaralanmayı azaltmak ve ortadan kaldırmaktır. Bisiklet kaskları, duman alarmları ve emniyet kemerlerinin kullanımı bunlara örnektir. Yaralanmaların ağırlığını azaltmak için yapılan girişimler ise üçüncül stratejileri kapsar. Acil tıbbı tedavi ve rehabilitasyon programları bu grupta yer almaktadır (6, 93, 94).

Yaralanmanın önlenmesine yönelik diğer bir yaklaşım, "Üç E" ye odaklanmaktır: education (eğitim), enforcement (uygulama) ve engineering (mühendislik). Bu yaklaşımda;

1. Education-Eğitim; halkı potansiyel riskler ve güvenlik seçenekleri hakkında bilgilendirmeyi ve insanların güvenli bir şekilde davranmasına yardımcı olmayı içerir.
2. Enforcement-Uygulama; davranış ve çevreyi etkilemek için yasal sistemi kullanan ve özellikle eğitimle birleştirildiğinde yaralanmaları önlemede etkili olan bir yaklaşımdır.
3. Engineering-Mühendislik; bir yaralanma olayı olasılığını azaltmak veya bir kişinin maruz kaldığı enerji miktarını azaltmak için çevresel ve ürün tasarımı stratejilerini kullanır (6).

Yaralanmaların önlenmesi için geliştirilen Haddon Matriksi'ne göre; çocukların merakını baskılayacak uygulamalar yerine güvenli bir çevrede yaşamalarının sağlanmasının en etkin yaklaşım olduğu kabul edilmektedir. Bu modelde konak, etken ve çevre modeli ile olay öncesi,

olay anı ve olay sonrası evreleri birlikte etkileşim içinde ele alınmaktadır. Haddon tarafından yaralanmaları önlemek ya da ağırlığını azaltmak için geliştirilen 10 ilke şunlardır (95):

1. Tehlikenin yaratılmasını önlemek (örneğin; zehirli maddelerin, küçük parçaları olan oyuncakların ve ateşli silahların üretimini durdurmak, bunları evde bulundurmamak ve tehlikeli sporlarda yer almamak),
2. Tehlikenin miktarını azaltmak (örneğin; ilaçları daha küçük ve ölümcül olmayan dozlarda paketlemek ve hız limitlerini azaltmak),
3. Tehlikenin ortaya çıkmasını önlemek (örneğin; ilaç kutularında çocukların açamayacağı kapakların kullanımı ve tuvalet kilitlerinin, dolapların ve çekmecelerin üzerinde güvenlik mandallarının kullanımı),
4. Tehlikenin ortaya çıkma hızını ve mekanda dağılımını değiştirmek (örneğin; araçlarda hava yastıklarının kullanımı, çocuk koltukları ve emniyet kemerleri kullanımı ve zehirlere kötü tat verilmesi),
5. Bireyleri mekan ve zaman açısından tehlikeden ayırmak (örneğin; yayalar için yaya yolları, bisiklet kullananlar için bisiklet yolları oluşturmak ve taşıtlardan ayrı düzenleme alanları yapmak),
6. Araç, gereç engelleri ile bireyleri tehlikeden ayırmak (örneğin; bisiklet başlıkları ve koşucular için koruyucu araçlar kullanmak, yüzme havuzları çevresine kafesler yerleştirmek ve pencerelere parmaklık yapmak),
7. Tehlikenin temel niteliklerini değiştirmek (örneğin; karyolaların altına yumuşak yaygı yerleştirmek ve ateşli silahlara güvenlik kilitleri yapmak),
8. Tehlikenin oluşturacağı hasara karşı dayanıklılığı artırmak (örneğin; koşucuları eğitmek, kondisyon kazandırmak, yapıları depreme dayanıklı inşa etmek ve ateşe dayanıklı pijama/gecelik kullanmak),
9. Henüz başlamış olan hasarı sınırlamak (örneğin; ipeka şurubu ya da yangın söndürücü kullanmak ve yaşam desteğine başlamak),
10. Yaralanan bireyi stabilize etmek, tedavi etmek ve rehabilite etmek (örneğin; çocuk travma merkezleri ve fiziksel rehabilitasyon programları geliştirmek).

Çocukların kazalardan korunması için yetişkinlerin onlar için güvenli bir ortam sağlaması, yaşam alanlarını düzenlemesi ve onları tehlikelerden koruması gereklidir. Çoğunlukla çok yönlü müdahaleler kullanılarak evde yaygın olarak sağlanan ebeveyn müdahaleleri çocuğun yaralanmasını azaltmada ve ev güvenliğini geliştirmede önemli görülmektedir. Kazaların önlenmesi için hem çocuğun yaşadığı ortamda bulunan fiziksel çevrenin düzenlenmesi ve güvenlik önlemlerinin alınması hem de ebeveyn ve bakıcıların etkili gözetimi ve alışkanlıklarının kazandırılması önem taşımaktadır (92, 96).

Ülkemizde annelerin ev kazalarından korunmaya yönelik güvenlik önlemlerine ilişkin tutumlarını tanımlamak ve bu konu ile ilgili verilen eğitimin annelerin bilgi düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada; 0-6 yaş arası çocuğu olan 200 anneye ″Sıfır-Altı Yaş Çocuklarda Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği″ uygulanmış ve annelerin eğitim sonrası ölçek puanlarının arttığı saptanmıştır (97). Orhon ve arkadaşlarının çocukluk çağı ev kazalarının önlenmesinde eğitim etkinliğini araştırdığı bir çalışmada; yüz yüze eğitim verilen ve broşür verilen iki ayrı ebeveyn grubunda, ev ziyareti yapıldığında eğitim verilen grupta diğer gruba göre ev kazaları ile ilgili anne farkındalığının daha yüksek olduğu ve bu annelerin kazalara karşı daha sıklıkla güvenlik önlemleri aldığı belirlenmiştir (98).

Genel olarak yaralanmaların önlenmesinde çocuğun içinde bulunduğu yaşa ve bu yaşta geçirebileceği kaza tipine göre çeşitli önlemler alınabilmektedir. 0-2 yaş arasında; ev güvenliği, yatak güvenliği, araba güvenliği, duman algılayıcılar, düşmenin önlenmesi, oyuncak güvenliği, yürüteçlerin kullanılmaması, su güvenliği, zehirlenmelerin önlenmesi, oyun alanı güvenliği ve yangınların önlenmesi alınması gereken tedbirlere örnek olarak verilebilir. Daha büyük yaştaki çocuklarda; ev güvenliği, oyun alanı güvenliği, trafik güvenliği, okul güvenliği, su güvenliği ve yangınların önlenmesi önemli görülmektedir (1).

Günümüzde ebeveynlerin ev kazalarına yönelik önlemler almasına yardımcı birçok güvenlik ürünleri mevcuttur. Bu ürünlere örnek olarak; dolapların açılmasını önleyen kilitler, parmakların sıkışmasını ve çekmecelerin fazla açılmasını önleyen çekmece tutucuları, pencerelerin açılmasını önleyen çocuk kilitleri, merdivenlerden geçişi ve düşmeyi önleyici güvenlik bariyerleri, yatak kenarlıkları, kapı stoperleri, sivri kenarlı mobilyalarda kullanılabilen köşe koruyucular, elektrik priz kapak/kilitleri, oyun alanı çitleri, ocak düğme emniyetleri ve havuz güvenlik filesi sayılmaktadır. Bu ürünlerin kullanımının yaygınlaştırılmasının ve ailelerin güvenlik önlemlerine yönelik farkındalığının arttırılmasının ev kazaları sonucu oluşan yaralanma oranlarını azaltacağı düşünülmektedir (99).

Çocuklar oyun oynarken yalnız bırakılmamalı, oyunlarına mümkün olduğunca eşlik edilmeli, çocuklar kazaya sebep olabilecek malzemelerden uzak tutulmalı, oyun alanlarındaki cisimlerin kaza sebebi olmayacaklarından emin olunmalı, mutfak banyo gibi alanlarda kaygan zeminlerin kuru tutulmasına özen gösterilmeli, üzerine çıkıp tırmanacakları alanlarda cisimler sabitlenmeli veya önlerine ulaşım engeli konulmalı, köşesi sivri mobilyalara korumalar yapılmalı, pencerelere, kapılara ve çekmecelere kısıtlayıcı aparatlar takılmalı, deterjanlar, kimyasallar ve ilaçlar çocukların erişemeyeceği yüksekliğe veya kilitli alanlara konulmalı ve çocukların yutma ihtimali olan oyuncaklarla oynamalarına izin verilmemelidir (100).

Silahlar, özellikle tabancalar, çocukların yaşadığı ve oynadığı ortamlardan uzaklaştırılmalıdır. Ateşli silahlar evde bulunuyorsa, mühimmat ayrı olarak çocukların ulaşamayacağı kilitli bir yerde depolanmalıdır. Ebeveynler, çocuklarının ziyaret ettiği veya bakıldığı evlerde silah olup olmadığını ve nasıl saklandığını mutlaka sormalıdır (89).

Son yıllarda teknolojinin ilerlemesi ile birlikte ebeveynlerin güvenlik bilgileri ve eylemlerine yönelik mobil teknolojiye dayalı müdahaleler araştırılmaya başlanmış ve kazaların önlenmesi için ebeveynlere ev güvenliği bilgileri sunan çeşitli akıllı telefon uygulama çalışmaları ortaya çıkmıştır (101).

Dünyada bu önlemlerin geniş ölçekte yayılması ve uygulanması nedeniyle, son yıllarda yaralanma mortalitesi ve morbiditesinde dikkate değer düşüş eğilimleri belirlenmiştir. Küresel Hastalık Yükü verilerine göre; 1990'dan 2013'e kadar tüm yaralanmaların %31 oranında azaldığı, yaralanma nedenine göre yapılan değerlendirmede; boğulmalarda %52, yanıklarda %47, zehirlenmelerde %44 ve karayolu trafik yaralanmalarında ise %16 oranında düşüşler olduğu tespit edilmiştir. DSÖ Avrupa Bölgesinde, çocuk yaralanmasına bağlı ölüm oranlarının 2000 yılından bu yana %29 oranında azaldığı, zehirlenmelerde %58, trafik yaralanmalarında %33 ve düşmelerde %9 azalmanın olduğu saptanmıştır. Ancak bu eğilimlerin ülkeler arasındaki eşitsizlikler nedeniyle bütün dünyaya yansıtılmasının doğru olmadığı ve eğitim ve önlemlerin devam etmesi gerektiği bildirilmektedir (61).

Çocukluk çağında kasıtsız yaralanmaya neden olan risklerin belirlenmesi ve oluşabilecek yaralanmaların önlenmesi çocuk sağlığı ile ilgili programların bir parçası olmalıdır. Çocuk sağlığı izlem vizitlerinde öncelikle çocuğun geçirdiği kaza öyküsünün sorgulanması, risklerin saptanması, ebeveynin evde aldığı önlemlerin belirlenmesi ve kazaları önlemek için ebeveynlere bilgilendirme yapılması farkındalığın artmasına ve kazaların önlenmesine katkı sağlamaktadır. Yaralanmaların önlenmesi ile ilgili programlara ek olarak, kazaya uğramış çocuk için de acil bakımın iyileştirilmesi ve rehabilitasyon programlarının güçlendirilmesi çocuk sağlığı için önemli görülmektedir (26, 96).

4.2. Covid-19 Pandemisi

Koronavirüs hastalığı (COVİD-19), yeni ortaya çıkan koronavirüsün sebep olduğu, pnömoni, ateş, solunum zorluğu ve akciğer enfeksiyonu gibi çeşitli semptomların görüldüğü bir enfeksiyon hastalığıdır (17).

Aralık 2019'da ilk olarak Çin'in Hubei Eyaleti Wuhan şehrinde kaynağı bilinmeyen pnömonili bir hasta grubu tespit edilmiştir. Hastaların çoğunun Huanan Deniz Ürünleri Toptancı Pazarı'nı ziyaret etme geçmişine sahip olduğu görülmüştür (102). 31 Aralık 2019'da

Çin Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi (Çin CDC) ve Wuhan Şehri Sağlık birimleri Wuhan Şehrinde bilinmeyen nedenlerle bir pnömoni salgını olduğunu resmi olarak bildirmiştir (18). Çin CDC 7 Ocak 2020'de pnömoni hastalarının alt solunum yolu örneklerinden yeni koronavirüsü ve 11 Ocak 2020'de genomik diziyi açıklamıştır (103). Bu yeni koronavirüs daha sonra Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs-2 (SARS-CoV-2) olarak adlandırılmış ve DSÖ tarafından ″Coronavirus Disease 2019″ (COVİD-19) olarak isimlendirilmiştir. COVİD-19'un bulaşmasını önleme çabalarına rağmen enfeksiyon giderek yayılmış, Çin ve Ocak 2020'de Tayland, Japonya ve Güney Kore'de vakalar bildirilmiştir. Bilinmeyen patojenin keşfedilmesinden 3 aydan kısa bir süre içinde enfeksiyon en az 114 ülkeye yayılmış ve 4.000'den fazla ölüme neden olduğu raporlanmıştır. 11 Mart 2020'de DSÖ, COVİD-19 salgınını bir pandemi olarak ilan etmiştir (18). Ülkemizde ise ilk COVİD-19 vakası 11 Mart 2020'de bildirilmiş ve vaka sayılarının giderek ülke çapında arttığı görülmüştür (20).

Dünyada son yirmi yılda iki yeni koronavirüs salgını görülmüştür. 2002-2003'te SARS-CoV'un neden olduğu Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) salgını %11 civarında bir vaka ölüm oranına sahipken (8.098 doğrulanmış vaka ve 774 ölüm), MERS-CoV'un neden olduğu Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) ise 2012-2019 yılları arasında doğrulanmış toplam 2.502 vakadan 861 kişinin ölümünden sorumlu tutulmuştur (18).

4.2.1. Etiyoloji

Coronaviridae ailesi doğada kuşlarda ve memelilerde bulunan çok sayıda virüsü içermektedir. İlk olarak 1960'larda saptanan insan koronavirüsleri hem çocuklarda hem de yetişkinlerde büyük oranda solunum yolu enfeksiyonu ile ilişkilidir (103).

Koronavirüsler, çapı 80–220 nm olan zarflı, pozitif anlamda tek sarmallı ribonükleik asid (RNA) virüsleridir. Zarfın 20 nm uzunluğunda sivri uçları olup elektron mikroskobu altında taç benzeri görünümü nedeniyle koronavirüs olarak isimlendirilmiştir (Richman2016). Virüs hem hayvanda hem de insanda hastalığa neden olmakta ve şu anda bilinen RNA virüsleri arasında en büyük genomu taşımaktadır (18).

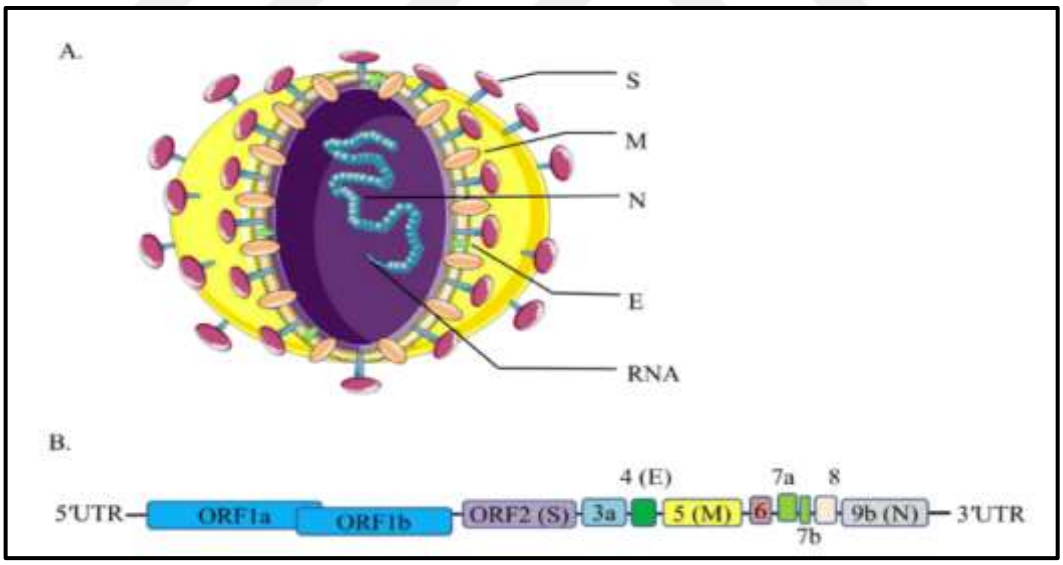
Orthocoronavirinae alt ailesi içinde alfa-koronavirüs (α-CoV), beta-koronavirüs (β-CoV), gamma-koronavirüs (γ-CoV) ve delta-koronavirüs (δ-CoV) olmak üzere dört cins vardır. CoV genomu; bilinen RNA virüslerinin en büyük genomu olan 26 kb-32 kb arasında değişen bir boyuta sahip zarflı, pozitif duyarlı, tek sarmallı bir RNA'dır. Hem α- hem de β-CoV cinslerinin memelileri enfekte ettiği, δ ve γ-CoV'lerin ise kuşları enfekte ettiği bilinmektedir (104).

İnsanlarda dört koronavirüs endemiktir. Bunlar insan koronavirüsleri (HCoV) 229E, OC43, NL63 ve HKU1'dir ve genellikle hafif solunum yolu hastalığına neden olmaktadır.

Şiddetli seyreden ve ölüme neden olan iki salgının etkeni SARS-CoV ve MERS-CoV olarak bilinmektedir. α-CoV, HCoV 229E ve NL63'ü içerir ve β-CoV ise HCoV OC43, HKU1, SARS-CoV ve MERS-CoV'yi içermektedir (18).

Dünyada β-CoV 'lerin neden olduğu iki viral pnömoni salgını yaşanmıştır. SARS 2002 yılında ilk olarak Çin'de bildirilmiş ve ardından hızla tüm dünyaya yayılarak %11 ölüm oranıyla yüzlerce ölümle sonuçlanmıştır. 2012'de ise MERS ilk olarak Suudi Arabistan'da ortaya çıkmış ve ardından %37'lik ölüm oranıyla diğer ülkelere yayıldığı bildirilmiştir. Bu salgın hastalıkların her ikisinde de virüsler muhtemelen yarasalardan kaynaklanmış ve daha sonra diğer ara hayvan konakçıları yoluyla insanlara bulaşmıştır. Ara hayvanların SARS-CoV için misk kedisi (Paguma larvata), MERS-CoV için ise deve olduğu belirlenmiştir. SARS-CoV ve MERS-CoV'a benzer olarak yeni ortaya çıkan SARS-CoV-2 virüsü de β-CoV'lerin B ailesine aittir (104).

SARS-CoV-2 genomu (boyut olarak 30 kb), 15/16 protein, 4 yapısal protein ve 5 yardımcı protein (ORF3a, ORF6, ORF7, ORF8 ve ORF9), SARS-CoV-2 montajı ve enfeksiyonu için gerekli olan sivri uç (S) yüzey glikoproteini, zar (M) proteini, zarf (E) proteini ve nükleokapsid (N) proteininden oluşmaktadır (HengLi). Şekil 2.8 SARS-CoV-2 yapısı ve genomunu göstermektedir (104).



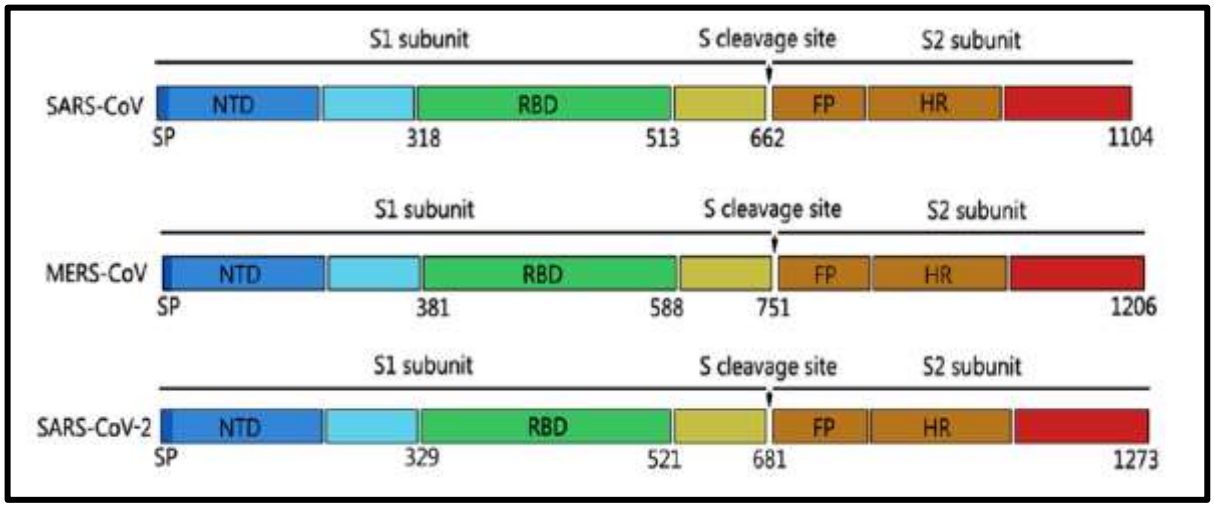
Şekil 4.8. Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) yapısı ve genomu

(A) Aşağıdaki gibi dört yapısal protein vardır: Spike (S) yüzey glikoproteini (mor); zar (M) proteini (turuncu); nükleokapsid (N) proteini (mavi); ve zarf (E) proteini (yeşil). Genomik RNA, N proteini içinde gösterilir. (B) SARS- CoV-2 genomu, 5-replikaz (ORF1a / b) -yapısal proteinler [spike (S) zarf (E) -membran (M) -nükleokapsid (N)] −3 sırasına göre düzenlenmiştir (104).

Koronavirüs partikülü içinde bir nükleoprotein (N), birlikte sarmal bir tübüler yapı oluşturmak için RNA genomunu sarmaktadır. Viral zarf (E) bu sarmal nükleokapsidi çevreler ve 2 veya 3 yapısal proteinle ilişkilidir. Zarf içine tutturulmuş sivri yapısal protein (S), nötralize edici

antikorun hedefidir. Hemagglutinin esteraz bazı beta-koronavirüslerde bulunmaktadır. Koronavirüsler, 4 yapısal protein (S (Spike) proteini, E (Envelope) proteini, M (Membran) proteini ve N (Nucleocapsid)) ve viral replikasyon/transkripsiyon (RNA bağımlı RNA polimeraz, RdRp) için olan 5 temel gene sahiptir. Genom organizasyonunun 5'-RdRp-S-E-M-N-3 şeklinde olduğu görülmüştür. Koronavirüslerin bu gen sırası yüksek oranda korunmaktadır (18).

Virionun dış zarfında yer alan yapısal bir protein olan Spike glikoprotein (S), konakçı reseptör anjiyotensin dönüştürücü enzim 2'ye (ACE2) bağlanır. Ek olarak, S proteini, viral ve konakçı membranların füzyonuna aracılık eder. SARS-CoV, MERS-CoV ve SARSCoV-2'nin S glikoproteini 1104 ila 1273 amino aside sahiptir ve bir amino (N) terminal S1 alt birimi ve bir karboksil (C) terminal S2 alt birimi 13 içerir (Şekil 4.9) (105).



Şekil 4.9. SARS-CoV, MERS-CoV ve SARS-CoV-2'nin spike glikoproteinlerinin yapısal diyagramları

Koronavirüslerin tüm sivri proteinleri, S bölünme bölgeleriyle bölünmüş S1 alt birimi ve S2 alt birimi içerir. FP, füzyon peptidi; HR, heptad tekrar 1 ve heptad tekrar 2; RBD, reseptör bağlama alanı, dış alt etki alanında çekirdek bağlama motifi içerir; SP, sinyal peptidi (105).

ACE2, karboksipeptidaz olarak işlev gören ve ACE'nin ilk insan homologu olan bir tip I integral membran proteinidir. ACE2, güçlü vazokonstriktör anjiyotensin II'yi anjiyotensine hidrolize eder ve hipertansiyon, kalp fonksiyonu ve diyabet ile ilişkili bir proteindir. Ayrıca, ACE2 SARS-CoV'nin fonksiyonel bir reseptörüdür ve virüs spike (S) proteini ile bağlanarak hücreye girer (106). Zhou ve arkadaşları, COVİD-19'un giriş için tek reseptör olarak ACE2 kullandığını, giriş için diğer koronavirüs reseptörleri, aminopeptidaz N ve dipeptidil peptidaz kullanmadığını bildirmiştir. S proteininin ACE2'ye bağlanmasını bloke etmek, SARS-CoV enfeksiyonunun tedavisi için önemlidir (107).

Yeni koronavirüs (2019-nCoV) ortaya çıktıktan sonra, Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi Coronaviridae Çalışma Grubu, 11 Şubat 2020'te filogenetik analize dayanarak virüsü Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs-2 (SARS-CoV-2) olarak adlandırmıştır (108). Aynı gün, DSÖ bu yeni insan bulaşıcı hastalığını Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVİD-19) olarak adlandırmıştır. Virüs genom dizileme verilerine dayanarak, yarasaların SARS-CoV-2 rezervuarı olduğu varsayılmakla birlikte aracı konaklar henüz bilinmemektedir. Veriler, SARS-CoV'nin at nalı yarasalarında misk kedileri veya diğer aracı hayvan konakçıları aracılığıyla yarasa koronavirüsünden evrimleştiğini göstermektedir (18). DSÖ, SARS-CoV-2 olarak adlandırılan virüsün, muhtemelen krizantem yarasalarından kaynaklandığını belirtmiştir. Veriler, yarasalar ve insanlar arasında bir ara konakçının olduğunu, nesli tükenmekte olan ve yaygın olarak ticareti yapılan bir memeli olan pangolinin (pullu bir karıncayiyen) ara konakçı olabileceğini ve yarasa ve pangolin koronavirüslerinin rekombinasyonunun meydana gelebileceğini göstermektedir (109).

Yapılan bir araştırmada beta koronavirüslerin konakçı seçimini daha iyi anlamak için, S glikoproteini ile SARS-CoV-2 ve diğer yakından ilişkili beta-koronavirüsler arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Sonuç olarak %96,2 genel genom dizisi kimliğine sahip olan yarasa SARS-CoV RaTG13'ün, SARS-CoV-2'nin bir iç eklem komşusu olduğu gösterilmiştir. Pangolin SARS-CoV S proteini ile karşılaştırıldığında ise SARS-CoV-2 ile yalnızca %75 benzerliğe sahip olduğu görülmüştür. Bu çalışmada pangolinler ve yılanlar dışında kaplumbağaların da (Chrysemys picta bellii, Chelonia mydas ve Pelodiscus sinensis), SARS-CoV-2'yi insanlara ileten potansiyel ara konakçılar olabileceği öne sürülmüştür (105).

4.2.2. Epidemioloji

Koronavirüsler; kedi, köpek, yarasa, domuz, kanatlılar ve kemirgenlerde bulunabilen, hayvanlardan insanlara bulaşabilen, solunum yolu ve gastrointestinal sistem enfeksiyonlarına, daha nadir olarak hepatik, nörolojik ve nefrotik tutulumla seyreden hastalık tablolarına neden olabilen zoonotik viral patojenlerdir (19, 110).

Kuluçka dönemine ilişkin mevcut tahminler medyan 5-6 gün olmak üzere 1-14 gün arasında değişmektedir, ancak son vaka raporları, kuluçka süresinin 24 gün kadar uzun olabileceğini öne sürmektedir (109). Çin dışındaki toplum bulaşma vakaları ve salgınlar bildirildiğinde ve insandan insana bulaşma belirgin hale geldiğinde, insan koronavirüsünün de diğer solunum yolu virüsleri gibi iletiminin damlacıklar yoluyla, dolaylı veya doğrudan temaslarla gerçekleşebileceği raporlanmıştır (18).

Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) bulaşması esas olarak yüz yüze temastan kaynaklanan solunum damlacıkları yoluyla ve daha az oranda kontamine yüzeyler yoluyla gerçekleşmektedir (111, 112). SARS-CoV-2'nin kişiden kişiye yayılmasının; bir hasta öksürdüğünde, hapşırdığında, konuştuğunda veya şarkı söylediğinde, esas olarak solunum damlacıkları yoluyla meydana geldiği düşünülmektedir (113). Enfekte bir kişiye uzun süreli maruz kalma (en az 15 dakika boyunca 6 fit içinde) ve semptomatik olan bireylere (örneğin öksürük) daha kısa süreli maruziyetler daha yüksek bulaşma riski ile ilişkilendirilirken, asemptomatik temaslara kısa süreli maruziyetlerin bulaşma ile sonuçlanma olasılığının daha düşük olduğu görülmüştür. Tahminen bulaşmaların %48-62'si presemptomatik taşıyıcılar yoluyla gerçekleşebilmektedir (112).

İletim ayrıca aerosoller (havada asılı kalan daha küçük damlacıklar) yoluyla da meydana gelebilmekle birlikte aerosollerin laboratuvar ortamı dışında insanlarda önemli bir enfeksiyon kaynağı olup olmadığı belli değildir. Öksürme gibi fizyolojik durumlarda aerosollerin varlığı veya havadaki nükleik asit tespiti, havadaki küçük partiküllerin bulaşıcı olduğu anlamına gelmez (114, 115). Bununla birlikte, SARS-CoV-2, damlacıklar halinde (çapı beş mikrondan az) bozulmadan ve bulaşıcı olarak kalmakta ve havada üç saate kadar asılı kalabilmektedir. Bu nedenle, havadan izolasyon, oda havalandırması ve uygun dezenfektan uygulamasının (özellikle tuvaletlerde) virüsün aerosol yayılmasını kısıtlayabileceği bildirilmiştir (113). Nebülizör tedavisi veya entübasyon gibi aerosol üretimini indükleyen tıbbi prosedürlerin bulaşma riskini artırdığı bildirilmektedir. SARS-CoV-2, başlıca solunum sekresyonu veya damlacık yoluyla yayıldığı için bulaşma şeklinin SARS-CoV ve MERS-CoV ile benzer olduğu düşünülmektedir (18, 116).

Temas yüzeyi yayılımının (virüsonit ile bir yüzeye dokunma) başka bir olası bulaşma şekli olduğu düşünülmektedir (115). Birey SARS-CoV-2 ile kontamine olmuş bir yüzeye dokunursa ve sonra elleri gözler, burun veya ağız gibi mukoz membranlarla doğrudan temas ederse COVİD-19 enfeksiyonu ortaya çıkabilmektedir (113). Paslanmaz çelik ve plastik gibi geçirimsiz yüzeylerde viral yük, karton gibi geçirgen yüzeylere göre daha yüksek seviyelerde devam ediyor gibi görünmektedir (117). Hastane odalarında yaygın viral kontaminasyon belgelenmiştir (114). Aynı zamanda kişisel koruyucu ekipman (KKE) da havadan bulaşan enfeksiyonların kaynağı olabilmektedir (113). Ancak yüzeylerde tespit edilen virüs miktarının 48-72 saat içinde hızla bozulduğu düşünülmektedir. Yüzeylerde virüsün tespiti, fomitler (kapı kolu, çatal-bıçak takımı veya SARS-CoV2 ile kontamine olabilecek giysiler gibi nesneler) yoluyla bulaşma potansiyelini ve yeterli çevresel hijyen ihtiyacını güçlendirse de damlacıkların yüz yüze yayılması ve temas birincil iletim şekli olmaya devam etmektedir (112, 117).

COVİD-19 hastalarının semen ve testis örnekleri üzerinde yapılan bir çalışmada SARS CoV-2'nin cinsel temas yoluyla bulaşamayacağı öne sürülmüştür (118). Dışkıdan oral yolun mümkün olabildiği, ancak çok az kanıtın bunu desteklediği bilinmektedir. SARS-CoV-2 RNA, COVİD-19 hastalarının dışkısında, kanında ve idrarında tespit edilmiştir, ancak bu tür bir ortam yoluyla bulaşmanın mümkün olup olmadığı hala bilinmemektedir (18, 116).

Hamile kadınların COVİD-19'a yakalanma riski yüksek olup COVİD-19'un olası dikey bulaşmasını araştırmak amacıyla Chen ve arkadaşları, üçüncü trimesterde COVİD-19 teşhisi konan ve sezaryen ile doğum yapan 9 gebe kadını analiz etmiştir. Annelerin ve yenidoğanların klinik özellikleri, amniyotik sıvı, kordon kanı, anne sütü ve nazofaringeal sürüntüde SARS-CoV-2 tespiti ile birlikte kaydedilmiştir. 9 anneden hiçbirinin şiddetli pnömoni geçirmediği ve ölüm veya düşük tespit edilmediği belirlenmiş ve yenidoğanın sıvılarında SARS-CoV-2 testi negatif sonuçlanmıştır. Bu çalışma, hamileliğin 3. trimesterinde pnömoni gelişen kadınlarda SARS-CoV-2'nin dikey bulaşmasının mümkün olmadığını öne sürmüştür (110). Ancak araştırmanın gebe sayısının çok az olması ve sadece gebeliğin son dönemindeki enfeksiyonun dahil edilmesi nedeniyle özellikle gebeliğin erken veya orta trimesterinde olan gebeler ve fetüsler üzerinde enfeksiyonun etkisi konusunda net bir sonuca varılamamıştır (18). Ancak son çalışmalar, yenidoğan bebek kanında SARS-CoV-2'ye karşı immünoglobulin M (IgM) antikorlarının mevcut olduğunu, bu nedenle, SARS-CoV-2'nin anneden fetüse olası geçişinin mümkün olabileceğini bildirmektedir (113).

Viral dökülme, semptomların başlamasından yaklaşık 2 ila 3 gün önce başlamakta ve üst solunum yolundaki viral yük, semptomların başlangıcında zirveye ulaşmaktadır. Asemptomatik ve presemptomatik taşıyıcılar SARS-CoV-2'yi iletebilmekte ve SARS-CoV-2'nin yayılmasına önemli bir katkıda bulunan durumun presemptomatik bulaşma olduğu düşünülmektedir (119) (120). Çin ve Singapur'dan yapılan modelleme çalışmaları, presemptomatik bir bireyden bulaşan enfeksiyonların sıklığını %48-62 olarak tahmin etmiştir (121). Semptomların hala hafif olduğu bir zamanda enfeksiyonun ilk haftasında faringeal dökülmenin yüksek olduğu, bunun da SARS-CoV-2'nin etkili bulaşmasını açıklayabildiği ve dolayısıyla enfekte olmuş kişilerin henüz hasta olduklarının farkına varmadan bulaşıcı olabildikleri öne sürülmüştür (122) Çalışmalar %4-32 arasında değişen asemptomatik enfeksiyon oranlarını tanımlamış olsa da, bu raporların hiçbir zaman semptom geliştirmeyen bireyler tarafından gerçekten asemptomatik enfeksiyonu mu, yoksa o sırada asemptomatik olup daha sonra semptomların geliştiği bireyler tarafından bulaşmayı mı temsil ettiği net bilinmemektedir (123, 124).

Hastalığın ortaya çıkışı sonrasında yaklaşık olarak ilk iki aylık dönemde en yüksek hastalık ve ölüm oranları Çin'den bildirilmekte iken Mart 2020'nin ilk haftasından itibaren Çin'deki olgu ve ölüm sayıları azalmış, ancak Antarktika hariç üzerinde insan yaşamının bulunduğu tüm

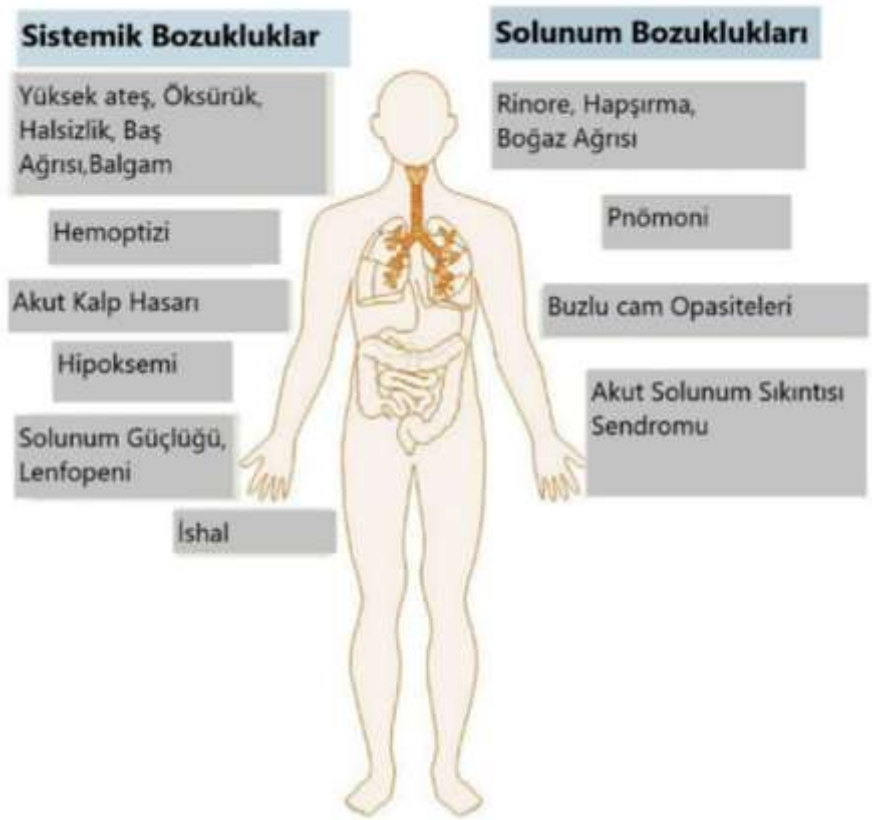
kıtalarda hastalık ve ölüm sayıları hızlı bir şekilde artmıştır. DSÖ, COVİD-19 salgınını 30 Ocak 2020'de "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak sınıflandırmış, ilk salgının başladığı Çin dışında 113 ülkede COVİD-19 vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart 2020'de küresel salgın (pandemi) olarak tanımlamıştır (20).

DSÖ'nün verilerine göre 31.07.2021 tarihi itibarıyla dünya genelinde 223 ülkede 196.533.009 vaka sayısı ve 4.200.412 ölüm bildirilmiştir (125). Ülkemizde ilk COVİD-19 vakası 11 Mart 2020'de saptanmış, hastalığa bağlı ilk ölüm ise 17 Mart 2020 tarihinde bildirilmiştir. Devam eden süreçte dünyada görüldüğü gibi ülkemizde de vaka sayılarında artış görülmüştür (20). 31 Temmuz 2021 tarihi itibarıyla ülkemizde saptanmış olan toplam olgu sayısının 5.704.713 ve hastalığa bağlı ölüm sayısının da 51.253 olduğu belirtilmiştir (126).

4.2.3. Klinik ve Laboratuvar Bulgular

COVİD-19 enfeksiyonunun yaygın belirtileri olarak ateş, öksürük ve dispneyi içeren solunum semptomları gözlenmektedir. Baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı, kas ve eklem ağrıları, aşırı halsizlik, yeni ortaya çıkan koku ve tat alamama ve ishal gibi belirtiler de hastalarda ortaya çıkmaktadır. Hastalık asemptomatik geçirilebilmekle birlikte, ciddi vakalarda pnömoni, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu, böbrek yetmezliği ve hatta ölüm gelişebilmektedir (Şekil 4.10) (20). Ağır vakalarda genellikle hastalık başladıktan bir hafta sonra dispne ve/veya hipoksemi görülmekte, daha sonra bazı vakalarda septik şok ve ardından Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS) gelişebilmektedir (17).

COVİD-19 enfeksiyonunun kuluçka süresi yaklaşık 5,2 gün olarak tespit edilmiştir. COVİD-19 ile önceki beta coronavirüs enfeksiyonları arasında semptomlar açısından genel benzerlikler olmakla birlikte, COVİD-19'da rinore, hapşırma ve boğaz ağrısı gibi üst solunum yolu semptomları gözlenebildiği gibi alt solunum yolunun bulguları da olgularda saptanmaktadır. Ek olarak, COVİD-19 enfeksiyonu olan hastalarda ishal gibi bağırsak semptomlarının gelişebileceği gözlenmekte olup MERS-CoV veya SARS-CoV hastalarının ise sadece düşük bir yüzdesinde ishal bildirilmiştir (19).



Şekil 4.10. COVİD-19 enfeksiyonunun neden olduğu sistemik ve solunum yolu bozuklukları (19).

Laboratuvar analizinde; olguların çoğunda lenfopeni saptanırken, değişen oranlarda lökopeni veya lökositoz da görülebilmektedir. Biyokimyasal incelemede, genellikle laktat dehidrogenaz (LDH) ve ferritin düzeylerinin yüksek olduğu, aminotransferaz değerlerinin de artabileceği belirtilmektedir. Başvuru sırasında pnömoni saptanan olguların çoğunda serum prokalsitonin düzeylerinin normal sınırlarda olduğu, yoğun bakım gereksinimi olanlarda ise yükselmiş olarak bulunabileceği bildirilmiştir. Yüksek D-dimer düzeyleri ve derin lenfopeni varlığı mortalite ile ilişkilendirilmiştir (109, 127).

Akciğer tutulumu olan hastalarda en sık görüntüleme bulguları olarak viral pnömoni ile uyumlu her iki akciğerde yama tarzı infiltrasyonların ve buzlu cam dansitesinde opasifikasyonların olduğu belirtilmektedir (128, 129).

Salgının ilk aylarında Çin'de laboratuvar onaylı COVİD-19'u olan 1099 hastada yapılan bir çalışmada; en sık görülen semptomların ateş (%43,8'i başvuru sırasında ve %88,7'si hastanede yatarken) ve öksürük (%67,8) olduğu, ishalin de nadir olarak (%3,8) görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada medyan inkübasyon süresinin 4 gün olduğu saptanmış ve göğüs bilgisayar tomografisinde (BT) en sık görülen paternlerin buzlu cam opasitesi (%56,4) ve iki taraflı yamalı infiltrasyonlar (%51,8) olduğu bildirilmiştir. Hafif hastalığı olan 877 hastanın 157'sinde (%17,9) ve ağır hastalığı olan 173 hastanın 5'inde (%2,9) radyografik veya BT anormalliği saptanmadığı gözlenmiş, başvuru anında hastaların %83,2'sinde lenfositopeni,

%36,2'sinde trombositopeni ve %33,7'sinde ise lökopeni olduğu raporlanmıştır. Hastaların çoğunda yüksek C-reaktif protein (CRP) seviyeleri gözlenirken, alanin aminotransferaz, aspartat aminotransferaz, kreatin kinaz ve D-dimer düzeylerinin yüksekliği daha az oranda raporlanmıştır. Şiddetli hastalığı olan hastalarda hafif hastalığı olanlara göre daha belirgin laboratuvar anormalliklerinin (lenfositopeni ve lökopeni dahil) gözlendiği bildirilmiştir (128).

Başka bir çalışmada yaygın semptomlar arasında ateş (%98,6), yorgunluk (%69,6) ve kuru öksürük (%59,4) olduğu raporlanmış, lenfopeninin %70,3, uzamış protrombin zamanının %58, yüksek LDH düzeylerinin ise %39,9 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada; göğüs BT taramalarında tüm hastaların akciğerlerinde bilateral yamalı infiltrasyonlar veya buzlu cam opasitesi raporlanmış olup hastaların %26'sı Yoğun Bakım Ünitesinde (YBÜ) tedavi almış ve ölüm oranı %4,3 olarak belirlenmiştir (129).

SARS-CoV-2 çocukları yetişkinlerden daha az etkilemiş gibi görünmekle birlikte, çocuklarda COVİD-19'un epidemiyolojik ve klinik özellikleri ile ilgili verilerin çok zayıf olduğu, sınırlı vaka serilerine dayandığı ve laboratuvar ve radyolojik bulguların nonspesifik olduğu gözlenmektedir (130). Çin CDC'nin 72.314 vakayı içeren raporunda; tüm hastaların yaklaşık %2'sinin 19 yaşından küçük olduğu bildirilmiş, ancak spesifik klinik bilgi belirtilmemiştir (131). İtalya COVİD-19 salgınından ilk olarak etkilenen ülkeler arasında yer almış olup tüm hastaların %1,2'sinin çocuk yaş grubunda olduğu ve İtalya'daki tahmini genel vaka/ölüm oranının Çin'dekinden daha yüksek olduğu (%7,2'ye karşı %2,3) bildirilmesine karşın pediatrik yaşta hiçbir ölüm olgusunun rapor edilmediği gözlenmiştir (130).

Başka bir çalışmada; laboratuvarda doğrulanmış COVİD-19 tanısı olan bireylerin yaklaşık %2-5'inin 18 yaşından küçük olduğu, medyan yaşın 11 olduğu belirtilmiş ve COVİD-19'lu çocukların ağırlıklı olarak üst solunum yolu ile sınırlı olan ve nadiren hastaneye yatış gerektiren daha hafif semptomlara sahip olduğu bildirilmiştir. Çocukların COVİD-19'a daha az duyarlı olmasının altında yatan nedenler belirsiz olmakla birlikte, çocukların daha az güçlü bağışıklık tepkilerine sahip olmaları, viral maruziyetlerden dolayı kısmi bağışıklığa sahip olmaları ve SARS-CoV-2'ye daha düşük oranda maruz kalmalarının olası nedenler olduğu öne sürülmektedir. Diğer yandan, pediatrik vakaların çoğu hafif olsa da COVİD-19 nedeniyle hastaneye başvuran çocukların küçük bir yüzdesi (<%7) mekanik ventilasyon gerektiren ciddi hastalık geliştirebilmektedir (132). Son zamanlarda SARS-CoV-2 enfeksiyonu olan çocuklarda Kawasaki hastalığına benzer ve nadir görülen (21 yaş altındaki 100.000 kişiden 2'si) bir multisistem inflamatuvar sendrom tanımlanmış ve MİS-C olarak adlandırılmıştır (133, 134).

Çin ve ABD'deki ilk raporlarda; artan yaş ve özellikle kardiyovasküler hastalık, diyabet, hipertansiyon ve kronik böbrek hastalığı gibi komorbid hastalıkların artan hastalık şiddeti ve ölüm ile ilişkilendirildiği bildirilmiştir (129,136,136). CDC COVİD ağı sürveyans sistemine

göre, Mart 2020'de laboratuvar tarafından doğrulanmış bir enfeksiyonla hastaneye yatırılan hastaların %89'unda altta yatan en az bir komorbid durum olduğu bildirilmiştir (137). Hastaneye yatış, morbidite ve mortalite ile ilişkili hasta özelliklerinin daha iyi anlaşılması için ABD'de yapılan büyük bir çalışmada; 38 eyalette 245 hastaneye kabul edilen toplam 11.721 COVİD-19'lu yetişkin hastaların verileri değerlendirilmiş, hastaların %59,9'unun 60 yaş üzeri ve %53,4'ünün erkek cinsiyete sahip olduğu gözlenmiş, komorbiditeler arasında hipertansiyon (%46,7), diyabet (%27,8), kardiyovasküler hastalık (%18,6), obezite (%16,1) ve kronik böbrek hastalığı (%12,2) gibi durumların yer aldığı belirlenmiştir. Hastaların %16,8'inin mekanik ventilasyon ihtiyacı duyduğu, hastanede yatan hastalarda ölüm oranının %21,4 olduğu, buna karşın mekanik ventilasyon uygulananlarda bu oranın %70,5'e yükseldiği bildirilmiştir. Erkek cinsiyet, ileri yaş ve coğrafi bölge gibi demografik özellikler ve kronik böbrek hastalığı, obezite veya önceden var olan bir kardiyovasküler hastalığın varlığı artan mekanik ventilasyon olasılığı ile ilişkilendirilmiş, obezite dışındaki tüm risk faktörleri artan ölüm oranları ile ilişkili saptanmıştır (138) .

Hastanede yatan COVİD-19 hastaları arasında sık görülen komplikasyonlar arasında pnömoni (%75), ARDS (%15), aspartat transaminaz, alanin transaminaz ve bilirubinde yükselmeler ile karakterize akut karaciğer hasarı (%19), troponin yükselmesi (%7-17), akut kalp yetmezliği, aritmiler ve miyokardit dahil kardiyak bozulma ve venöz ve arteriyel tromboembolik olaylarla sonuçlanan protrombotik koagülopati (%10-25), akut böbrek hasarı (%9), bilinç bozukluğu (%8), akut serebrovasküler hastalık (%3) dahil nörolojik belirtiler ve şok (%6) görülmektedir. Ayrıca COVİD-19'lu kritik hastalardaki nadir komplikasyonlar arasında sitokin fırtınası ve makrofaj aktivasyon sendromu (yani sekonder hemofagositik lenfohistiyositoz) da bildirilmiştir (112, 139-141).

Toplumda yapılan taramalarda asemptomatik kişilerde de kantitatif ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) (nazofaringeal sürüntü örnekleri) test pozitifliği bildirilmiştir. Viral nükleik asit, hastalığın başlangıcından sonra 6 haftaya kadar boğaz sürüntülerinde tespit edilebilmesine rağmen, birkaç çalışma viral kültürlerin semptom başlangıcından 8 gün sonra SARS-CoV-2 için genellikle negatif olduğunu göstermektedir (119,122). Asemptomatik olguların büyük bir kısmında enfeksiyonun daha sonraki aşamasında bazı semptomlar geliştiği gözlenmiş, ancak klinik izlem süresi boyunca asemptomatik olan olguların da var olduğu bildirilmiştir (20).

4.2.4. Tanı

SARS-CoV-2 açısından tarama yapılması gereken kişiler ve tanısal testlerin hangi kişilere uygulanacağına ilişkin karar ulusal ve yerel sağlık politikalarına göre değişebilmektedir. Ayrıca, bu konudaki kararlar ülke dağılımlarında ortaya çıkan değişikliklere göre de güncellenmektedir (142).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 7 Aralık 2020 tarihli COVİD-19 Rehberi'nde belirtilen "Olası Vaka" tanımına uyan kişilerden tarama amaçlı alt solunum yollarından alınacak örnekler için trakeal aspirat veya bronkoskopik örneklerin tercih edilmesi, alt solunum yollarından örnek alınamadığı durumlarda veya alt solunum yolu semptomları olmayan olgularda nazofarengeal yıkama örneği veya nazal ve/veya orofarengeal sürüntünün birlikte gönderilmesi önerilmektedir. Olası vaka tanımına uyan olgulardan moleküler yöntemlerle SARS-CoV-2 saptanan olgular kesin vaka olarak tanımlanmıştır. Ülkemizde olası ve kesin vakaların tanımı ve yönetimi TCSB tarafından 7 Aralık 2020 tarihinde son güncellemesi yayınlanmış olan COVİD-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi aracılığıyla yapılmaktadır (20).

COVİD-19 teşhisinde devam eden veya geçmiş viral enfeksiyonu tespit etmek için yapılan tanı testleri dört tipte sınıflandırılabilir (143).

4.2.4.1. Nükleik Asit Amplifikasyon Testi (NAAT)

Üst solunum yolundan SARS-CoV-2 RNA'yı saptamak için en yaygın olarak bir RT-PCR testiyle yapılan NAAT, COVİD-19 için tercih edilen altın standart testtir (144), (145). RT-PCR, ilgilenilen spesifik bir patojeni hedefleyen genetik materyal üzerinde sıralı bağlanmayı içeren ve ideal reaksiyon koşulunda her döngüde belirtilen bölgeyi amplifiye eden hassas ve spesifik bir tekniktir. Her döngüde bir floresan emisyonu meydana gelir ve yoğunluğu bir eşiğe ulaştığında test pozitif olarak kabul edilir (146).

4.2.4.2. Antijen Testi

Antijen testi, nazofaringeal ve orofaringeal sürüntülerden viral yüzeyde SARS-CoV-2 nükleokapsid protein antijeninin varlığını tespit etmek için kullanılır (147). Test, sıvı numunelerindeki spesifik viral antijenlere bağlanmak için belirtilen monoklonal antikorlara (MAb) dayanır. Kalorimetrik enzim immün testi, geliştirilmiş kemilüminesan immün testi ve hızlı floresan yanal akış testi (LFA) kullanılarak saptanabilir. Koronavirüslerin spike (S),

membran (M), zarf (E) ve nükleokapsid (N) proteinleri gibi yapısal proteinler, antijen bazlı testler için SARS-CoV-2 virüsünde anahtar odaklardır. Bununla birlikte, antijen testleri PCR testine göre düşük saptama duyarlılığı ve özgüllüğe sahip görünmektedir (148) .

4.2.4.3. Antikor Testi

Viral enfeksiyona yanıt olarak konakçının serum, plazma veya tam kanında SARS-CoV-2'ye karşı üretilen spesifik antikorlar (IgG ve IgM) tespit edilir. İlerleyen evrelerde enfeksiyonun tespit edilmesinde ve hastalığa karşı bağışıklığı olan kişilerin belirlenmesinde önemli bir rol oynar (149). Enzim bağlantılı immünosorbent testi (ELISA), kemilüminesans testi (CLIA) ve LFA antikor testi için en yaygın kullanılan testlerdir. LFA testi SARS-CoV-2 teşhisi için yeni ortaya çıkan, ucuz ve erişilebilir bir antikor tespit testidir. RT-PCR ile karşılaştırıldığında oldukça spesifik ancak daha az duyarlı olduğu gözlenmektedir. Kötü prognoza sahip olan hastalar için kolay bir işaret sağlayan bu yöntemle yüksek viremik yük ile başvuran ağır vakalar kolayca tespit edilebilir (150).

4.2.4.4. Radyoloji

RT-PCR şu anda SARS CoV-2'yi tespit etmek için altın standart olarak kullanılmasına rağmen düşük viral yük durumunda hastalığın erken tespiti açısından düşük duyarlılığı, dünyanın çeşitli yerlerinde test kitlerinin sınırlı mevcudiyeti nedeniyle göğüs BT COVİD-19'dan şüphelenilen hastaların teşhisinde ek bir araç olarak kabul edilmektedir (151). BT taraması, COVİD-19 tanı kılavuzlarına girmesinden bu yana, hastalığın tanı ve tedavisinde çok önemli bir rol oynamıştır. Buzlu cam opasiteleri, semptomların başlamasından sonra görülen belirgin patern olup çoğu hastada lezyonların yeri bilateral ve subsegmentaldir. Ancak bu anormal bulgular, farklı etiyolojilerin viral pnömonisi ile örtüşebileceğinden spesifik olmayabilir (152).

Yukarıda yer alan testlerin her biri, çeşitli COVİD-19 ilerleme aşamalarında çok önemli ve tamamlayıcı bir rol oynamaktadır.

4.2.5. Tedavi

SARS-CoV-2'nin etkeni olduğu COVİD-19'un henüz bilinen, etkinliği güvenilir çalışma sonuçları ile gösterilmiş bir tedavisi bulunmamaktadır. Tedavide adı geçen pek çok ajan, daha önceki salgın deneyimlerinde etkili olduğu görülen veya in vitro etkili olduğu için in vivo etkili

olması beklentisiyle kullanılan ilaçlardan oluşmaktadır. Tedaviye ilişkin bilgiler hızlı değişim göstermektedir. Hastalığın başlangıç dönemlerinde hastalarda viral yükün yüksek bulunması ve başlangıçta stabil görünen hastalarda bir haftalık süre içinde hastalıkta ilerleme gözlenebilmesi nedeniyle, özellikle risk gruplarında seçilen tedavinin erken başlanması daha uygun görünmektedir (17, 153, 154).

Semptomatik vakalar hastanelere yatırılmalı ve etkin bir şekilde tedavi edilmelidir. Tedavi her zaman sıkı izolasyon ve önleme protokolü önlemlerini takip eden belirlenmiş hastanelerde başlatılmalıdır. Oksijenasyon ve sıvı yönetimini içeren genel destekleyici tedavi, hastanın hemodinamik durumunu ve yaşamsal belirtilerini korumaya yöneliktir (143).

Hastaların yönetimi, temel olarak, oksijenasyon, ventilasyon ve sıvı yönetimi gibi destekleyici ve semptomatiktir. Günümüzde COVİD-19 hastalık tedavisinde dünyada çeşitli ajanlar denenmektedir. Ancak güncel olarak tedavide kullanılan ajanların hiçbiri COVİD-19 tedavisinde ruhsatlı değildir.

Hafif semptom gösteren hastalar tehlike işaretleri hakkında danışma ile evde tedavi edilmelidir. Genel ilkeler hidrasyon ve beslenmeyi sürdürmek, ateşi ve öksürüğü kontrol etmektir (153).

DSÖ'nün yayınlamış olduğu rehberde şüpheli vakalarda acil tedavilerin başlaması, önleme ve kontrol stratejilerinin derhal uygulanması, erken destekleyici tedavi ve COVİD-19 komplikasyonlarının önlenmesi ayrıntılı olarak açıklanmıştır (154). 7 Aralık 2020'de güncellenmiş TCSB COVİD-19 tedavi rehberine göre; COVİD-19 hastasının yaşı, klinik tablosunun ağırlığı ve eşlik eden hastalıkların varlığı gibi durumlara bağlı olarak tedavi ayaktan veya evde izlem şeklinde yapılabilmektedir (20).

4.2.5.1. Antiviral Tedavi

Tüm dünyada bu salgına karşı çeşitli antiviral ve immünomodülatör ajanlar ile ilgili çalışmalar in vitro ve klinik olarak sürdürülmektedir. Diğer çeşitli hastalıkları hedef alan antiviral ajanlar SARS-CoV-2 enfeksiyonunun klinik ilerlemesi, virüsün konak hücreye tutunması veya replikasyonuna yönelik başarılı sonuçlar vermektedir (155, 156).

Remdesivir; Ebola virüsü, MERS-CoV ve SARS-CoV-1 ile enfekte hastaların tedavisinde etkili bir şekilde kullanılan geniş spektrumlu bir antiviral ilaçtır. Hücreye verimli bir şekilde bir monofosfat nükleik asit analoğu iletir, ayrıca aktif bir dönüşüme uğrar ve RdRp'yi seçici olarak inhibe eder. Ciddi yan etkiler arasında akut böbrek yetmezliği, sepsis ve çoklu organ yetmezliği bulunur. Bu nedenlerle, remdesivir kullanımına yalnızca laboratuvar tarafından onaylanmış COVİD-19 hastaları ve mekanik ventilasyon veya

ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) gerektiren hastaları tedavi etmek için izin verilmektedir (157).

Klorokin/hidroksiklorokin (CQ/HCQ), HIV hastalarında transkripsiyon sonrası inhibisyon da sağlayan bir antimalaryal ilaçtır. Geniş spektrumlu antiviral remdesivir ve klorokinin in vitro 2019-nCoV enfeksiyonunun kontrolünde oldukça etkili olduğu gösterilmiştir. İnsanlarda da kullanılan bu terapötik ajanların COVİD-19 enfeksiyonunu tedavi ettiği düşünülmektedir (19). Ancak CQ/HCQ'in çok sayıda toksik etkisinin bulunması ve HCQ-Azitromisin kombinasyonu olarak kullanıldığında ani kardiyak ölüme neden olduğunun gösterilmesi nedeniyle bu ajanın CoV'ye karşı etkinliğini gösteren köklü bir rapor yayınlanana kadar dikkatli kullanılması gerektiği bildirilmektedir (158).

Favipiravir, Japonya'da geliştirilmiş bir pürin nükleozid analoğu olup influenza A ve B'ye karşı antiviral özellikleri ile bilinmektedir. Viral RNA replikasyonunun seçici düzensizliği ile etki ederek RNA virüslerinin mutajenik yıkımını indükler. Bu ilaç, SARS-CoV-2 ile enfekte olan Vero E6 hücrelerinde in vitro yeterli etkinlik göstermiş olup etki yüksek konsantrasyonlarda ortaya çıkmaktadır. Çin ve Japonya'da yürütülen klinik deneylerde ateş ve öksürük semptomlarının süresinin kısalması ile daha yüksek bir iyileşme oranı gözlendiği bildirilmiştir (159, 160).

Oseltamivir (Tamiflu), influenza A ve B'yi tedavi etmek için onaylanmış bir nöraminidaz inhibitörüdür. Bu ilaç, COVİD-19 tedavi onayı için halen klinik deneme aşamasındadır ve klorokin ve favipiravir ile birlikte kullanılmaktadır (161).

4.2.5.2. Antibiyotikler

COVİD-19 hastalarında antibiyotiklerin rolü esas olarak koenfeksiyonu olan veya ikincil bakteriyel pnömoni gelişen hastalarla sınırlıdır. Sadece ciddi klinik solunum yetmezliği olan hastalarda kullanılması önerilmektedir. Antibiyotikler maksimum 5 gün verilmeli, ardından hasta bakteriyolojik testler ve görüntülemeler ile değerlendirilmelidir. Teikoplanin ve türevlerinin COVİD-19 tedavisinde potansiyel inhibitörler olabileceği bildirilmektedir (162).

4.2.5.3. Kortikosteroidler

Kortikosteroidler, immünosupresif etkileri nedeniyle CoV ile enfekte vakaların yönetiminde kısıtlanmıştır. Bununla birlikte, uzun süreli idame dozunda steroid alan hastalarda, COVİD-19 varlığında ciddi veya kritik pnömoni gelişme insidansında artış görülmemiştir (163). Diğer yandan, SARSCoV-1 ve MERS-CoV'da yapılan daha önceki çalışmaların çoğu,

kortikosteroid tedavisi ile olumsuz sonuçlar göstermiştir (164, 165). Hem DSÖ hem de CDC, COVİD-19'da kortikosteroid kullanımına karşı özellikle tavsiyelerde bulunmuştur. COVİD-19'daki son çok uluslu Surviving Sepsis Kılavuzu, yıkıcı inflamatuar immün yanıtı azaltmak için ARDS ile mekanik ventilasyon uygulanan şiddetli COVİD-19 hastalarında steroid verilmesini önermektedir. COVİD-19 hastalarında yürütülen COVİD-19 Tedavisinin Randomize Değerlendirmesi (RECOVERY Trial) çalışmasında oksijen tedavisi gerektiren şiddetli COVİD-19 olgularında veya mekanik ventilatör ihtiyacı olan hastalarda deksametazon ile sonucun önemli ölçüde iyileştiği bildirilmiştir (163).

4.2.5.4. Kan Ürünleri

Kritik durumdaki COVİD-19'da olası bir terapötik seçenek olarak plazma değişimi önerilmiş olup COVİD-19'dan iyileşen hastalardan alınan plazmanın kullanılması için FDA onayı verilmiştir. COVD-19'da iyileşme plazmasının önerilen etki mekanizmaları; nötralizasyon yoluyla vireminin immün aracılı baskılanması, sitokinler tarafından inflamatuar yanıt modifikasyonu, antikora bağlı hücresel sitotoksisite, kompleman aktivasyonu ve fagositozdur (ADCP). Ayrıca immün olmayan mekanizma, pıhtılaşma faktörlerinin restorasyonunda rol oynamaktadır (166).

Mezenkimal kök hücre tedavisi (MSCT), COVİD-19 hastalarında enfeksiyonun zararlı etkilerini hafifletmeye yönelik umut verici bir tedavi seçeneğidir. Bu tedavinin, proinflamatuar sitokinlerin ekspresyonunu azalttığı ve hasarlı dokuları onardığı gösterilmiştir. Akciğer agregasyonu, mikroçevrede iyileşme, immün hücre alt gruplarının fonksiyonlarının yeniden düzenlenmesi, inflamatuar sitokinlerin düzenlenmesi ve T ve B lenfositlerin inhibisyonu yoluyla alveolar endotelyumun korunması gibi etkiler gösterilmiştir. Şu anda, COVİD-19 hastalığını önlemek veya tedavi etmek için onaylanmış bir MSCT bulunmamakla birlikte klinik çalışmalar devam etmektedir (167, 168).

4.2.5.5. Adjuvan Tedavi

Düşük moleküler ağırlıklı heparin (LMWH) gibi antikoagülanlar, kritik durumdaki COVİD-19 hastalarında yaygın damar içi pıhtılaşmayı (DIC) veya tromboembolizmi tedavi etmek için kullanılmaktadır (169).

Coronavirusun zarf yüzeyinde bulunan S proteini ile konak hücre anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 reseptörlerinin bağlanmasının engellenmesi amacıyla tocilizumab gibi monoklonal antikorlar da deneme aşamasında kullanılmaktadır (170).

Bazı bitkisel ajanlar COVİD-19'da alternatif destekleyici tedavi yöntemleri olarak da uygulanmaktadır (162, 170).

C vitamininin COVİD-19 hastalarında lenfosit proliferasyonunu arttırdığı, reaktif oksijen türlerini (ROS) temizlediği ve antiviral etkilerinin olduğu gösterilmiştir. İntravenöz C vitamini infüzyonunun sitokin fırtına sendromunun gelişmesini önleyerek kritik hastalığı olan COVİD-19 hastalarında ARDS başlangıcını önlediği bildirilmiştir (171).

4.2.6. Korunma Yöntemleri

Mevcut salgını kontrol etmek ve COVİD-19'un kişiden kişiye bulaşmasını azaltmak için kapsamlı önlemler gereklidir. Çocuklar, sağlık personelleri ve yaşlılar dahil duyarlı popülasyonlarda bulaşmayı azaltmak için özel dikkat ve çaba gösterilmelidir (19).

CDC, web sitesinde toplulukta yayılmayı önlemek için çeşitli önerilerde bulunmuştur. Bu özet kılavuz, COVİD-19 bulaşını azaltmak için kritik kanıta dayalı CDC önerilerini ve sürdürülebilir stratejileri vurgulamaktadır. Bu stratejiler şunları içerir:

1) Evrensel yüz maskesi kullanımı,
2) Diğer kişilerden fiziksel mesafeyi koruma ve yüz yüze temasları sınırlama,
3) Kapalı alanlardan ve kalabalık dış mekanlardan kaçınma,
4) Enfekte kişileri hızlı bir şekilde tanımlamak ve izole etmek için test sayısını artırma,
5) COVİD-19 olduğu bilinen kişilerin yakın temaslılarını derhal tespit etme, değerlendirme ve test etme,
6) Şiddetli hastalık veya SARS-CoV-2 enfeksiyonu açısından ölüm riski en yüksek olan kişileri koruma,
7) Yeterli kişisel koruyucu ekipman ve güvenli çalışma uygulamalarının sağlanmasıyla temel çalışanları koruma,
8) Seyahati erteleme,
9) Oda havalandırmasını artırma ve el hijyenini ve çevresel dezenfeksiyonu iyileştirme,
10) Etkin COVİD-19 aşılarıyla yaygın kullanılabilirlik ve yüksek toplum kapsamı elde etme (172).

Bu stratejiler kombinasyon halinde SARS-CoV-2 bulaşmasını, uzun vadeli sekelleri ve ölümü azaltabilmekte ve pandeminin ekonomik etkisini hafifletebilmektedir. Salgını tek bir stratejinin kontrol edemediği, bireysel ve topluluk düzeylerinde mevcut tüm kanıta dayalı stratejileri kullanan çok yönlü bir yaklaşımın önemli olduğu bildirilmektedir. CDC, COVİD-19 açısından belirli risk faktörlerine sahip olan bireylerin (örneğin, yaş ve bazı altta yatan tıbbi durumlar) ve bazı ırksal/etnik özelliklere sahip olan kişilerin orantısız bir şekilde

etkilenmesinden dolayı, halk sağlığı önleme stratejilerini sağlık eşitliğini garanti edecek şekilde uygulamanın pandeminin etkisinin en kötüsüne katlananları korumak için zorunlu hale geldiğini ilan etmiştir (172).

DSÖ, SARS-CoV-2'nin yayılmasını sınırlamak için kapsamlı bir önleme ve kontrol önlemleri paketinin bir parçası olarak maske kullanımını tavsiye etmektedir. Buna karşın, doğru kullanıldığında bile tek başına maskenin yeterli koruma veya kaynak kontrolü sağlamak için yetersiz olduğu, el hijyeni, en az 1 metrelik fiziksel mesafe, kişinin yüzüne dokunmaktan kaçınma, solunum kuralları, iç mekanlarda yeterli havalandırma, test etme, temas izleme, karantina ve izolasyon gibi ek önlemlerin de gerekli olduğu bildirilmektedir. Bu önlemler birlikte alındığında, SARS-CoV-2'nin insandan insana bulaşmasını önlemek için kritik öneme sahip olduğu bildirilmiştir.

Maskeler türüne bağlı olarak ya sağlıklı kişileri korumak için ya da ileriye doğru bulaşmayı önlemek için (kaynak kontrolü) kullanılabilir. DSÖ, COVİD-19 olduğundan şüphelenilen veya doğrulanan veya viral laboratuvar test sonuçlarını bekleyen herkesin başkalarının yanında tıbbi maske takmasını tavsiye etmeye devam etmektedir (21) .

Hastalığın kontrolü farklı ülkelerde benzer uygulamalarla yapılmaktadır. Ülkemizde TCSB tarafından Pandemi Bilim Kurulu oluşturulmuş, bu kurul alınması gereken önlemler konusunda öneriler geliştirmiş ve bu önlemlerin uygulanması konusunda merkezi otorite belirleyici olmuştur. Salgının başından itibaren uçuşların durdurularak, seyahatlerin kısıtlanması, “Evde kal” çağrısının yapılması, yurt dışından gelenlerin karantinaya alınması, okulların kapatılması, kafe, lokanta, sinema, tiyatro, berber gibi toplu bulunulan yerlerin kapatılması, evden çalışma için esnek mesailerin uygulanması ve şehirlerarası yolculukların yasaklanması gibi temel olarak bulaşmayı önleme amacıyla birtakım önlemler alınmıştır (17).

4.2.6.1. Aşılar

COVİD-19'un asemptomatik bulaşması nedeniyle, hastalık kontrolünde aşı çok önemlidir ve aşının hızlı bir şekilde geliştirilmesi, dağıtılması ve uygulanması bu salgınla mücadelenin en etkili yoludur. Bilim adamları, profilaksi ve tedavi için alt birim aşılarla birlikte etkisizleştirilmiş veya zayıflatılmış viral aşılar geliştirmek için çok erken çalışmaya başlamışlar ve klinik deneylere sunulan ilk aşı adayı, lipid nanoparçacıkları yoluyla verilen bir mRNA aşısı olmuştur (173). SARS-CoV-2 için tüm dünyada çeşitli gelişim aşamalarında olan 300'e yakın aşı adayı bulunmakta olup son verilere göre klinik deneme aşamasında olan 100 aşı bulunmaktadır (174). SARS/MERS aşı adaylarının daha önce geliştirilmesi, mevcut SARS-CoV-2 aşısının geliştirilmesine yardımcı olmuştur (175) .

Mevcut önleyici tedbirler yoluyla COVİD-19'u kontrol etmede birçok ülkede karşılaşılan sayısız zorluk nedeniyle, etkili ve ekonomik bir aşı, COVİD-19 ile başarılı bir şekilde mücadele etmenin tek yolu olmaya devam etmektedir (143).

4.2.6.1.1. Virüs Aşıları; Canlı Atenüe Aşılar ve İnaktif Aşılar

Canlı atenüe aşılar, uzun süreli deneyimleri nedeniyle COVİD-19 pandemisi için ilk aşı adayı olma potansiyeline sahip olmasına rağmen bazı dezavantajları da vardır. Soğuk zincir dağıtımının gerekliliği nedeniyle bu aşılar etkinlik ve üreme potansiyelini kaybetme zorluğuna sahiptirler (143).

Öldürülen mikroorganizmalara (inaktive aşılar) dayalı aşılar, canlı atenüe aşılardan daha stabildir, ancak bunların sınırlılıkları esas olarak, daha yüksek miktarlarda aşının kullanılmasını veya inaktive edilmiş mikroorganizmanın bir adjuvan ile birleştirilmesini gerektiren kısa süreli bağışıklık belleği ile ilgilidir. Ortaya çıkan bağışıklık tepkisi yalnızca Spike proteinine değil, aynı zamanda diğer birçok SARS-CoV-2 antijenine karşı da yöneliktir. İndüklenen yanıt, zayıflatılmış virüslerin neden olduğu yanıta göre daha zayıf olsa da aşı daha kolay kullanılır, daha ucuzdur ve çok daha güvenlidir (176). İnaktive virüs aşılarına örnek olan *Sinovac* tarafından üretilen CoronaVac şu anda faz 4 aşamasındadır (174). Çin, aşının yüksek riskli kişiler için Temmuz 2020'de acil kullanımını onaylamıştır. Endonezya ve Türkiye'de ise Şubat 2021'de yaygın uygulama için aşı onaylanmıştır (177). DSÖ tarafından da Haziran 2021'de acil kullanımı için onay verilmiştir (174).

4.2.6.1.2. Nükleik Asit Bazlı Aşılar

Bu kategori altında hem DNA hem de mRNA aşıları yer almaktadır. Bu aşılar; güvenlik, kararlılık, hız ve ölçeklenebilirlik söz konusu olduğunda çok güvenilirdir. Virüsü yok etmek için antikorlara, CD4+ T hücre yanıtına ve CD8+ sitotoksik T hücre yanıtına sahiptirler. Bununla birlikte, bu aşılar klinik geliştirmede diğer yeni teknolojilere göre daha yüksek bir başarısızlık riskine sahiptirler (143).

Şu anda, insan kullanımı için kayıtlı hiçbir DNA aşısı bulunmamakla birlikte, bu tip aşılar veteriner hekimlikte yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu aşılar stabildir ve bakterilerde büyük miktarlarda kolaylıkla üretilebilir. Plazmid DNA hücreyi geçici olarak hedef proteini üretmeye teşvik eder ve antikor üretimini ve öldürücü T hücrelerinin aktivasyonunu uyarır (176). COVİD-19 ile ilgili DNA aşılarına örnek olan INO-4800, Wistar Enstitüsü, Seul Ulusal Üniversite Hastanesi ve Uluslararası Aşı Enstitüsü'ndeki araştırmacılarla iş birliği yapan *Inovio*

Farmasötikleri tarafından geliştirilen sentetik DNA bazlı bir aşıdır (178). Bu aşı şu anda faz 2/3 klinik denemeleri aşamasındadır (174).

RNA aşıları nispeten yeni bir gelişme olup DNA aşılarına benzer şekilde, antijenin kendisi yerine antijen için genetik bilgi verilir ve antijen daha sonra aşılanmış bireyin hücrelerinde eksprese edilir. Ya mRNA (değişikliklerle birlikte) ya da kendi kendini kopyalayan bir RNA kullanılabilir (179). mRNA aşısı, hücreyi mRNA tarafından kodlanan antijen proteinini üretmesi için geçici olarak indükler. Bu aşı projelerinin çoğunda mRNA, lipid mikroveziküller (lipozomlar) tarafından taşınır. Ayrıca, anti-SARS-CoV-2 mRNA aşıları söz konusu olduğunda, mRNA tarafından kodlanan hedef antijen, çoğunlukla Spike proteini, varyantları veya parçaları tarafından temsil edilir. Bu aşıların -30 ila -80 °C'de saklanması gereklidir (176).

mRNA-1273, bir Amerikan şirketi olan *Moderna* ile Ulusal Alerji ve Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü (NIAID) ortaklığında geliştirilmiştir. Bu çalışmada geliştiriciler, iyonize edilebilir lipid, distearoil fosfatidilkolin, kolesterol ve polietilen glikol lipidden oluşan lipid nanoparçacıkları (LNP'ler) içinde kapsüllenmiş yeni bir mRNA kullanmıştır. Bir LNP içinde mRNA antijeninin formülasyonu, immünojenisiteyi geliştirir, mRNA'yı enzimatik bozulmadan korur ve hedef hücreler tarafından verimli alımını kolaylaştırır (178). Aşı şu an faz 4 aşamasındadır. Mayıs 2021'in başlarında DSÖ aşıyı acil kullanım için onaylamıştır (174).

BNT162b2/COMIRNATY, Alman şirketi olan *BioNTech* ile Amerikan şirketi *Pfizer*'ın SARS-CoV-2'e karşı geliştirdiği mRNA bazlı bir aşıdır. Şu an faz 4 aşamasındadır. DSÖ tarafından acil kullanım onayı alan ilk aşı olup 30.12.2020 tarihinde onay verilmiştir (174).

4.2.6.1.3. Viral Vektör Aşıları

Viral vektör aşıları hücre içinde çoğalabilen ve çoğalamayan viral vektör aşıları olarak 2 gruba ayrılmaktadır. Bu grup aşılarda Spike proteinini kodlayan DNA viral vektörler aracılığıyla hücrelere taşınabilir. DNA'yı bir virüse yerleştirerek, virüsün mRNA'yı insan hücrelerine bulaştırma ve iletme konusundaki büyük yeteneğinden yararlanmak mümkündür. Vektör olarak üreme kabiliyeti olmayan kızamık veya adenovirüs gibi virüsler kullanılır (176). Bu aşı ile hem B hücresi hem de T hücresi tepkilerinin iyi bir şekilde uyarıldığı gösterilmektedir (179).

Hücre içinde çoğalmayan viral vektör aşılarından olan AZD1222, Oxford Üniversitesi ile *AstraZeneca* ilaç şirketinin ortak yürüttükleri çalışma sonucu geliştirilmiş, transgenik, replike olmayan şempanze adenovirüs bazlı bir vektöre sahip SARS-COV-2 S proteininin genetik dizisini içermektedir (178). Bu aşı DSÖ tarafından acil kullanım onayı almıştır (174).

4.2.6.1.4. Protein Bazlı Aşılar

Protein bazlı aşılar, T hücresi ve B hücresi bağışıklığını uyarmak için bir immüno-adjuvan (nanopartikül veya biyopolimerler) kullanılarak bir proteinin uygulandığı immünoterapiye dayalı bir teknikle geliştirilmiştir. SARS-CoV'nin tam uzunluktaki S proteini reseptör bağlama alanı (RBD) aşı potansiyelini göstermiştir. Hedeflenen S proteini, nötralize edici antikorları indükleyerek ve koruyucu hücresel bağışıklık geliştirerek hem hücresel hem de hümoral bağışıklığı geliştirebilir (180). Viral proteinleri tanıtarak hem hücre aracılı bağışıklık tepkisi hem de antikor üretimi oluşturmaya yönelik bir yaklaşım, COVİD-19'a karşı en etkili aşılama stratejisi olarak kabul edilir. SARS-CoV-2'nin S ve N proteinleri kısa ömürlüdür ve insan popülasyonundaki majör histo-uyumluluk kompleksi (MHC) ile ilişkilidir (143).

Novavax tarafından geliştirilen bir aşı olan NVX-CoV2373, bir rekombinant S proteini (SARS-CoV-rS) aşısıdır (178). Aşı şu anda Faz 3 aşamasındadır (174).

4.3. COVİD-19 Pandemisi, Kapanma Önlemleri ve Ev Kazaları

Hareket etmek insan vücudunun ihtiyaçlarından birisidir. Bebeklikten itibaren hareket etmeye başlayan insan bu şekilde hem dünyayı tanır hem de beden gelişimini gerçekleştirme olanağı bulur. Diğer tüm yaş gruplarından farklı olarak çocukluk çağında hareket ihtiyacı daha fazladır. Hareket edebilme olanağı bulan çocuklar daha mutlu, motor gelişimleri düzgün, güven duygusu gelişmiş çocuklar olarak büyüyebilmektedir. Ancak bu hareketlerini yaparken özellikle ev gibi kısıtlı alanlarda çocukların çeşitli kazalara da açık olduğu gözlenmektedir (100).

COVİD-19 pandemisi nedeniyle ülkemizde 16 Mart 2020'de kreş ve okulların kapatılması, peşinden gelen "Evde Kal" uygulaması ve 4 Nisan 2020'den itibaren 20 yaş altı populasyonun evden çıkma yasağı ile çocuklar ve ergenler evlerde kapalı ortamlarda kalmak zorunda bırakılmıştır. Çocukların alışkın oldukları hareketlilik ile ev içinde riskli davranışlar sergilemeleri, evde kalan diğer aile bireyleri ile beraber yaşam alanlarının kısıtlanması, evde oldukları için sıkılıp sokak ve parklarda oynamaya alıştıkları oyunları ev içinde oynamaya çalışmaları nedeniyle salgın döneminde bu yaş grubunda ev kazaları ve yaralanmalarında artış beklenmektedir (100).

COVİD-19 salgınının yayılmasını önlemeye yönelik kısıtlama önlemleri nedeniyle uzun süreli ev izolasyonu, bu pandeminin ek bir ikincil zararı olarak çocuklarda ev içi kaza riskini artırma potansiyeli taşımaktadır (22).

Okulların kapanmasıyla birlikte, evdeki küçük çocukların ebeveyn ilaçları, hidroalkolik çözelti, potansiyel olarak zehirli bitkiler ve ev yapımı ürünler gibi tehlikeli maddelere daha sık

maruz kaldığı bildirilmiştir (181). Bressen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; kapanma döneminde ev kazaları için çocuk acil polikliniğine başvuru sayısı ve şiddetinin bir önceki yıla göre önemli ölçüde arttığı gösterilmiştir (22). Ayrıca koronavirüsle savaşmak için kendi kendine ilaç içme girişimleri, esansiyel yağ zehirlenmesi, günlük tedaviyi aksatma veya etkisi kanıtlanmamış ilaç kullanımı gibi durumların da erişkinlerde sorunlara yol açtığı gözlenmiştir (181).

COVİD-19 salgını, enfeksiyon kontrol önlemleri nedeniyle aniden değiştirilmiş bir aile yaşam tarzına neden olmuştur. Genel olarak çocuk acil servislerine başvuruda %80'e varan bir azalma gözlenmiş ve bu durum erişim ve bakım hizmeti sunulmasında gecikmelere yol açmıştır. Pizzoli ve arkadaşlarının 24 Şubat 2020-24 Nisan 2020 tarihleri arasında, COVİD-19 pandemisi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde, bir İtalyan Çocuk Hastanesine yabancı cisim aspirasyonu nedeniyle olan başvurularla ilgili geriye dönük yaptıkları ve önceki 4 yılın her birinde aynı 2 aylık dönemle karşılaştırdıkları bir çalışmada; pil yutma oranlarının önemli ölçüde arttığı bildirilmiş, YCA vakalarının %24'ünün 2 yaşından küçük çocuklarda ve %47,5'inin ise 2-6 yaş arası çocuklarda meydana geldiği saptanmıştır. Araştırıcılar pandemi sırasında çocukların alışkanlıklarında oluşan değişikliğin, çocukların evde geçirdikleri anormal derecede artan süre ile birlikte elektronik cihazların kullanımının ve pil ihtiyacının artmasının kazalarda artışa neden olduğunu öne sürmüştür. Bu veriler aynı zamanda ev içi kazalara ve özellikle temizlik ürünleri ve dezenfektanlara artan maruziyet olarak bildirilen sorunları da içermektedir (182).

Çoğu ülke, enfeksiyonun yayılmasını engellemek ve virüsün etkisini en aza indirmek için sosyal mesafe önlemleri uygulamıştır. Daha geniş sosyal mesafe önlemlerinin bir parçası olarak okulların kapatılması gibi önlemler alınmış, 188 ülkenin ülke çapında okul kapatmaları uyguladığı belirlenmiş ve bu durumun çocuk ve adolesanların sağlığı ve refahına yönelik önemli zararlarla ilişkili olabileceği öngörülmüştür (183). Ferguson ve arkadaşları tarafından yapılan bir modelleme çalışmasında; tek başına okul kapanmalarının Birleşik Krallık'ta COVİD-19 ölümlerini yalnızca %2-4 oranında azaltacağı sonucuna varılmıştır (184).

Viner ve arkadaşları tarafından yayınlanan sistematik bir derlemede; okul kapanmalarının Çin, Hong Kong ve Singapur'daki koronavirüs salgınları üzerindeki etkilerini inceleyen 16 çalışmanın bulguları değerlendirilmiş, kapatmaların virüsün yayılmasını yavaşlatma konusunda sınırlı faydalı olduğu bulunmuştur. Bu metaanalizde; kapatmaların çocuk bakımı talepleri, öğrenmedeki kısıtlamalar, sosyalleşmede sınırlamalar ve öğrenciler için fiziksel aktivitede azalma nedeniyle düşük gelirli olanlar da dahil olmak üzere çocuklara yönelik riskler bağlamında daha geniş değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Batı Afrika Ebola salgını sırasında okulların kapanmasının ardından çocuk işçiliği, ihmal, cinsel istismar ve ergen

hamilelik oranlarının ani artış gösterdiği ve salgın sonrasında birçok çocuğun okula hiç dönmediğinin saptandığı vurgulanmıştır (185).

COVİD-19 pandemisi sırasında okul kapanmalarının çocuklara ve gençlere yönelik önemli sağlık zararları ile ilişkisini araştırmak için salgın döneminde yapılan bütün çalışmaların değerlendirildiği bir sistematik derlemede; çocuklarda duygusal ve davranışsal sorunların ve huzursuzluk/dikkatsizlik gibi durumların arttığı saptanmış, katılımcıların %18-60'ının anksiyete ve depresif belirtilere sahip olduğu belirlenmiş ve iki çalışmada intihar oranlarında anlamlı olmayan artışlar bildirilmiştir. Bu derlemede; okullardan kaynaklanan yönlendirme sayısının yarıya düşmesiyle çocuk koruma başvurularının %27-39 oranında düştüğü, sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili olarak acil servis başvurularında ve hastaneye kabullerde belirgin düşüşler olduğu, başvuruların geciktiği ve aşı kapsamındaki eşitsizliklerin arttığı bildirilmiştir. Veriler, ekran zamanı ve sosyal medya kullanımında belirgin artışları yansıtmış ve fiziksel aktivitede azalma olduğu gösterilmiştir. Mevcut verilerin özellikle az gelişmiş ülkelerde daha yüksek zararlara neden olduğu öne sürülmüştür (183).

Çocuk acil servislerine olan başvurularda azalmanın, Finlandiya'da %64, ABD'de %67, Fransa'da %68, İtalya'da %67-84 ve Birleşik Krallık'ta %89,3'e kadar varan oranlarda olduğu, ateş ve solunum yolu enfeksiyonları, travma, yaralanmalar ve yanıklar dahil çoğu vakada başvurunun azaldığı raporlanmıştır (183). Buna karşın, İtalya'da yapılan bir çalışmada; ev içi kazalar için kabullerde beş kat artış olduğu bildirilirken (22), başka bir İtalyan çalışmasında ise artış olmadığı tespit edilmiştir (186).

Hong Kong'da yapılan çalışmalarda COVİD-19 salgını sonrasında okul kapanmaları ve sosyal izolasyon önlemleri ile birlikte ruh sağlığı krizlerinde, aile içi şiddet vakalarında ve çocuk ev kazalarında önemli ölçüde artış olduğu bildirilmiştir. Wong ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, önceki yıllara göre COVİD-19 pandemisi döneminde çocuklarda ev dışı kazalarda azalmaya karşın ev kazalarında artış olduğu bildirilmiş, ev kazalarının yaşandığı yaş aralığının 19 ay-4 yıl arasında olduğu (ortalama 3 yaş) rapor edilmiş, çocuklarda özellikle sıcak su ile haşlanma yaralanmalarının gözlendiği belirlenmiş, sosyal izolasyon döneminde evde meydana gelen YCA sayısında da artış olduğu saptanmıştır (187). Veriler, Bressan ve arkadaşlarının İtalya'da yaptığı kısıtlama döneminde çocuk acil servislerine gelen ev kazaları olgu sayısının önceki yıla göre önemli ölçüde arttığını gösteren çalışmayla benzer saptanmıştır (22).

CDC, SARS-CoV-2 iletiminin azaltılmasına yardımcı olmak için önlemlerle birlikte yüksek temas yüzeylerinin uygun şekilde temizlenmesini ve dezenfekte edilmesini önermiş ve dünyada bu çeşit maddelerin tüketiminde artış olduğu görülmüştür. ABD'de Ulusal Zehir Veri Sistemi, CDC ve Amerikan Zehir Kontrol Merkezleri gözetim ekibine bildirilen kimyasal maruziyet sayısı ile bu dezenfektanların kullanımı arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir

çalışmada; Ocak-Mart 2020 dönemi için bildirilen maruziyet sayısı, 2018 ve 2019'daki aynı 3 aylık dönemde bildirilmiş olan sayılar ile karşılaştırılmıştır. Hem temizleyicilere hem de dezenfektanlara maruz kalma nedeniyle Mart 2020'nin başında zehir merkezlerine yapılan günlük çağrı sayısının keskin bir şekilde arttığı görülmüş, 2019 ve 2018 verileri ile karşılaştırıldığında; sırasıyla %20,4 ve %16,4'lük artış saptanmıştır. Bu veriler kesin bir bağlantı olduğunu gösteren bilgiler sağlamasa da bu ürünlerin artan kullanımıyla net bir zamansal ilişki olduğu görülmektedir. Toplam aramalardaki artış tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte, 5 yaşındaki çocuklar arasındaki risklerin tutarlı bir şekilde önemli olduğu belirlenmiştir (188).

Fransız Ulusal Tıp Akademisi de COVİD-19 salgını sırasında çocuk ev kazalarında bir artış olduğunu belirtmiştir. Kısıtlamanın ailelerin hayatlarını değiştirdiğini, çocukların sürekli denetlenmesi gerektiğini ve evden çalışırken ebeveynlerin dikkatinin dağılabileceğini öne sürmüşlerdir (Isba2020). Benzer olarak, evde kilitlenmenin keşif yapmayı teşvik edebileceği ve ebeveynlerin uyanık olmaması durumunda kaza riskini artırabileceği bildirilmiş, ebeveynlerin kazaları önlemek için önlem almaları gerektiğinin altı çizilmiştir (189).

COVİD-19 döneminde okulların kapatılması, çocukları evde kalmaya zorlayarak onları ev içi kazalara karşı savunmasız bırakmaktadır. Pandemi döneminde okulların ve kreşlerin kapatılması ve evde kalmanın zorunlu hale getirilmesi ülkemiz için de geçerli bir durum olup ev kazaları riskinde artışa neden olabilmektedir. Bu nedenle, pandemi döneminde ebeveynlerin ve bakıcıların evlerinin ve çocuğun bulunduğu alanların güvenliğini sağlaması ve onları gözetim altında tutması çok daha zorunlu hale gelmiştir. Buna karşın, ülkemizde pandemide kısıtlamaların uygulandığı dönemde çocukların ev kazası geçirme durumunun değerlendirildiği ve ebeveynlerin ev kazalarına karşı aldıkları önlemlerin tespit edildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı; COVİD-19 pandemisi döneminde çocuk sağlığı izlem polikliniğine rutin izlem amacıyla başvuran 0-6 yaş arasındaki çocukların pandemi öncesi ve pandemi döneminde geçirdikleri ev kazası sayısını saptamak, annelerin çocuklarını ev kazalarından korumak için ev içerisinde alınacak önlemler ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmek ve bu tutumların, sosyodemografik özelliklerin ve pandemi döneminde aile ile ilgili etkenlerin çocuğun ev kazası geçirme öyküsü ile ilişkisini saptamaktır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde Ağustos 2020–Kasım 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu dönem COVİD-19 pandemisi nedeniyle belirli yaş gruplarının sokağa çıkmasının kısıtlanması başta olmak üzere kapanma önlemlerinin devam etmekte olduğu bir dönemdi.

Araştırma için, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 13.07.2020 tarihinde İ7-421-20 numara ile onay alınmıştır (EK 1). Çalışmamız COVİD-19 pandemisi ile ilgili olması nedeniyle Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformuna başvuru yapılmış ve 02.12.2020 tarihinde çalışmanın yapılması için onay alınmıştır.

5.1. Araştırmanın Deseni

Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya; Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde izlenen, rutin çocuk sağlığı izlemi için başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 0-6 yaş arasında olan çocuklar ve anneleri alınmıştır.

Çocuk için araştırmaya alınma kriterleri:

- Çocuğun Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde izleniyor olması
- 0-6 yaş arasında olması
- Zamanında doğmuş olması
- Sağlıklı olması
- Bilinen kronik bir hastalığının olmaması
- Kronik bir hastalık nedeniyle ilaç kullanım öyküsünün olmaması
- Genetik bir hastalığının olmaması
- Konjenital bir hastalığının olmaması
- Fiziksel ve gelişimsel bir geriliğinin olmaması
- Engelliliğinin bulunmamasıdır.

Anneler için araştırmaya alınma kriterleri:

- Rutin izlem için Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğine getirdiği çocuğunun 0-6 yaş aralığında olması
- Ağır psikiyatrik hastalığının bulunmaması

- Mental geriliğinin bulunmaması
- İşitme ve görme engeli gibi bir iletişim engelinin bulunmaması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesidir.

Rutin çocuk sağlığı izleminde araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya girmeyi kabul eden anne-çocuk çifti Sosyal Pediatri Bilim Dalı Aile Görüşme Odasına alınmıştır ve öncelikle bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek 2) doldurulmuştur. Daha sonra sosyodemografik durumu gösteren anket formu, kaza öyküsü anket formu (Ek 3) ve "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" (Ek 4) anne tarafından doldurulmuştur. Aile Görüşme Odasında formlar doldurulduktan sonra anne ve çocuk muayene odasına alınmış, çocuğun rutin çocuk sağlığı izlem muayenesi yapılmıştır. Anneye çocuk sağlığı izlemi ile ilgili öneriler verilmiştir.

5.2. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler

5.2.1. Sosyodemografik Durum ve Kaza Öyküsü Anket Formu

Sosyodemografik durumu gösteren anket formu ve kaza öyküsü anket formu veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır. Bu form üç bölümden oluşmuştur.

İlk bölümde; anne ve babanın yaşı, eğitim durumları, çalışma durumları, sağlık durumları, ailenin gelir durumu, oturdukları evin kendilerine ait olup olmadığı, çocuk sayısı, evde bulunan kişi sayısı, ailenin tipi ve evde bakım gerektiren bir birey olup olmadığının belirlenmesini amaçlayan sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde; çocuğun yaşı, cinsiyeti, çocuğun bakımından sorumlu kişilerin kim olduğu ve çocuğun ailenin kaçıncı çocuğu olduğunu belirleyen sorular yer almaktadır.

Üçüncü bölümde; annenin ev kazaları ile ilgili olarak bilgi sahibi olup olmadığı, bilgiyi hangi kaynaktan aldığı, çocuğun pandemi öncesinde ve pandemi sırasında ev kazası öyküsü, ev kazası geçirip geçirmediği, geçirmişse kaç kez ev kazası geçirdiği, geçirdiği kazanın tipi, kaza ile ilgili aldığı tedavi, kazanın kimin gözetiminde iken olduğu, kaza geçirdiği sıradaki yaşı, kaza geçirmesine neden olan faktörler ile ilgili annenin görüşü, pandemi nedeniyle olan kapanma döneminde annenin işe gidip gitmediği, bu dönemde çocuğa bakan kişi ve pandemi döneminde aile bireylerinde COVİD-19 geçirme öyküsü olup olmadığı ile ilgili sorular bulunmaktadır.

5.2.2. 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği

"0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerine ilişkin tutumlarını tanımlamak amacıyla Çınar ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (190). Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çınar ve Görak tarafından 2003 yılında 0-6 yaş grubu çocukları bulunan 600 anne üzerinde yapılmıştır. Ölçek 34 olumlu ifade ve 6 olumsuz ifade olmak üzere toplam 40 ifadeden (örnek madde 1: Banyo ve tuvalet zeminini kuru tutmaya özen gösteririm, örnek madde 2: Mobilya seçerken keskin kenarlı ve sivri köşeli olmamasına dikkat ederim gibi) oluşmaktadır. Beşli likert tipte olan bu ölçekte; her bir madde 1-5 arasında puanlanmaktadır. Olumlu ifade içeren maddelerde *"Her zaman"* cevabı 5 puan, *"Çoğu zaman"* cevabı 4 puan, *"Bazen"* cevabı 3 puan, *"Nadiren"* cevabı 2 puan ve *"Hiçbir zaman"* cevabı 1 puan almaktadır. Olumsuz ifade içeren 6., 9., 23., 26., 30. ve 40. maddelerde puanlama tersine olmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan en az 40 en fazla 200'dür. En yüksek puana ulaşılması annelerin çocuğunu ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri en üst düzeyde aldığını göstermektedir. Çınar ve Görak çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0,82 olarak bildirmiştir. Bu ölçeği oluşturan ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacıdan ölçeğin araştırmada kullanılması amacıyla 14.06.2020 tarihinde e-posta yoluyla yazılı olarak izin alınmıştır (Ek 5).

5.3. İstatistiksel Analiz

Veriler, SPSS sürüm 22 (Windows için SPSS 22.0, SPSS, Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak analiz edilmiştir.

Tek grup oransal verilerde örneklem büyüklüğü hesabı yapılmıştır. Ülkemizde 0-6 yaş grubunda ev kazası geçirme sıklığı %19,65 olarak alınmış ve önerilen örneklem sayısı 243 olarak hesaplanmıştır, olası veri kayıplarına karşı önlem almak amacıyla 300 anne-çocuk çifti çalışmaya alınmıştır.

Elde edilen verilerde temel tanımlayıcı istatistikler (frekanslar, oranlar, ortalamalar ve standart sapmalar [SD]) hesaplanmış ve %95 güven aralıkları standart istatistiksel analitik yöntemlerle hesaplanmıştır. Sürekli değişkenler ortalama (standart sapma), kategorik değişkenler ise sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler için Pearson ki-kare testi veya Fisher testi kullanılmıştır. Ortalama değişkenler için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Verilerin analizinde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir.

6. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde çalışmaya dahil edilen 300 anne-bebek çiftinin verilerinin analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

6.1. Çalışmaya Katılan Ailelere İlişkin Sosyodemografik Özellikler

Ailelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 6.1'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan 300 annenin yaş ortalaması 30,99±5,56 yıl, ortanca değeri 31 yıl (min:21 max:45), babaların yaş ortalaması 34,71±5,61 yıl, ortanca değeri 34 yıl (min:21 max:52) olarak saptanmıştır. Katılımcı annelerin en sık 26-35 yaş aralığında (%59,3) olduğu gözlenirken, babaların %39,7'sinin 35 yaş üstünde olduğu görülmüştür.

Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde hem anne hem de babalar arasında en yüksek oranı lise mezunlarının oluşturduğu saptanmıştır (sırasıyla %37,0, %40,0).

Annelerin %76,3'ü ev hanımı iken babaların %93'ünün çalışmakta olduğu öğrenilmiştir.

Annelerin %15,3'ünde guatr, bel fıtığı ve kalp hastalığı gibi sağlık sorunları olduğu bildirilmiştir. Babalarda ise sağlık sorunu olanların sıklığı %10 olarak rapor edilmiştir.

Çalışmaya katılan ailelerin %26,3'ünün bir (n=79), %49,4'ünün iki (n=148), %27,3'ünün ise üç ve üzeri (n=73) sayıda çocuğu bulunmaktadır.

Katılımcı ailelerin %88'i çekirdek aile iken, %12'sinde evde anne, baba ve çocuk dışında başka bireylerin de yaşadığı öğrenilmiştir.

Çalışmaya katılan ailelerin %8'i 2020 yılı için belirlenen asgari ücret net miktarı olan 2300 TL altında gelire sahip olup, %60,7'sinin 2300-5000 TL arası, %31,3'ünün ise 5000 TL üzerinde gelire sahip olduğu belirlenmiştir. Ailelerin %59,3'ünün oturduğu evin kendilerine ait olduğu öğrenilmiştir.

Ailelerin %2'sinde evde sürekli bakım gerektiren birey yaşadığı bildirilmiştir.

Tablo 6.1. Çalışmaya katılan ailelerin sosyodemografik özellikleri

	Sayı	%
Anne yaşı		
25 yaş ve altı	59	19,7
26-35 yaş	178	59,3
35 yaş üstü	63	21,0
Baba yaşı		
30 yaş ve altı	81	27,0
31-35	100	33,3
35 yaş üstü	119	39,7
Anne eğitim durumu		
İlköğretim mezunu (İlkokul/ortaokul)	103	34,3
Lise mezunu	111	37,0
Üniversite mezunu	86	28,7
Baba eğitim durumu		
İlköğretim mezunu (İlkokul/ortaokul)	94	31,3
Lise mezunu	120	40,0
Üniversite mezunu	86	28,7
Anne çalışma durumu		
Ev hanımı	229	76,3
Çalışıyor	71	23,7
Baba çalışma durumu		
Çalışmıyor	9	3,0
Çalışıyor	291	97,0
Annede sağlık sorunu		
Yok	254	84,7
Var	46	15,3
Babada sağlık sorunu		
Yok	270	90,0
Var	30	10,0
Ev aileye mi ait?		
Hayır	122	40,7
Evet	178	59,3
Ailenin tipi		
Çekirdek aile	264	88,0
Geniş aile	36	12,0
Evde bakım gerektiren birey var mı?		
Yok	294	98,0
Var	6	2,0
Aylık gelir düzeyi		
<2300TL	24	8,0
2300-5000 TL	182	60,7
>5000 TL	94	31,3
Ailedeki çocuk sayısı		
1 çocuk	79	26,3
2 çocuk	148	49,4
≥3 çocuk	73	24,3

6.2. Çalışmaya Katılan Çocuklara İlişkin Sosyodemografik Özellikler

Çocuğa ilişkin özellikler Tablo 6.2'de belirtilmiştir. Çalışmaya katılan 300 çocuğun yaş ortalaması 39,48±19,56 ay, ortanca değeri 36 ay (min:9, max:72) olarak belirlenmiştir. Çocukların %34'ünün (n=102) 9-24 ay, %38'inin (n=114) 25-48 ay, %28'inin (n=84) ise 49-72 ay arasında olduğu saptanmıştır.

Çocukların %46,7'si kız, %53,3'ü erkek cinsiyetinde idi. Çocukların %48,3'ü (n=145) ailenin ilk, %37'si ikinci (n=111), %14,7'si (n=44) ise üçüncü veya daha sonraki çocuğu idi. Çocukların %80,3'ünde evde bakımından sorumlu kişinin sadece anne olduğu, %17'sinde anneye yardımcı olan baba, anneanne ve babaanne gibi diğer yakınlarının olduğu saptanırken, %2,7'sinin ise bakıcısının olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.2. Çocuğa ilişkin sosyodemografik özellikler

	Sayı	**%**
Çocuk yaş grupları		
9-24 ay	102	34,0
25-48 ay	114	38,0
49-72 ay	84	28,0
Çocuk cinsiyeti		
Kız	140	46,7
Erkek	160	53,3
Çocuk ailenin kaçıncı çocuğu?		
1. çocuk	145	48,3
2. çocuk	111	37,0
3. veya diğer	44	14,7
Çocuğa bakan kişi		
Anne	241	80,3
Bakıcı	8	2,7
Diğer*	51	17,0

*Baba, büyükanne vb.

6.3. Ailede Pandemi Dönemi ile İlgili Aile Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Pandemi döneminde kısıtlamalar ve iş yerinin kapanması gibi nedenler ile çalışmayan anne oranının %84,3 (n=253) olduğu saptanmıştır (Tablo6.3.). Pandemi döneminde çocuğa bakan kişinin %83,7 oranında anne, %14,3 oranında büyükanne, büyükbaba, komşu vb. kişiler ve %2 oranında ise bakıcı olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %22,3'ünde ailede COVİD-19 tanısı alan kişi olduğu, %5,7'sinde ailede bu nedenle hastanede yatış öyküsünün olduğu ve %0,7 sinde ise aynı nedenle ailede ölüm öyküsünün olduğu öğrenilmiştir.

Tablo 6.3. Pandemi dönemi ile ilgili aile özellikleri

		Sayı	**%**
Pandemi döneminde annenin çalışma durumu	Çalışmıyor Çalışıyor	253 47	84,3 15,7
Pandemi döneminde çocuğa bakan kişi	Anne Bakıcı Diğer	251 6 43	83,7 2,0 14,3
Ailede COVİD-19 tanısı alan kişi	Yok Var	233 67	77,7 22,3
COVİD-19 nedeniyle hastanede yatış öyküsü	Yok Var	284 16	94,7 5,7
COVİD-19 nedeniyle ölüm öyküsü	Yok Var	298 2	99,3 0,7

6.4. Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Bilgi Alma Durumunun Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan 300 annenin %74,3'ünün (n=223) ev kazaları ile ilgili bilgi almamış olduğu, %25,7'sinin (n=77) ise bu konuda bilgi almış olduğu öğrenilmiştir.

Tablo 6.4 annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi kaynaklarını göstermektedir. Annelerin en sık bilgi aldıkları kaynağın sağlık personeli (%31,7) olduğu belirlenmiş, %28,3'ünün bilgiye internetten eriştiği, %14,2'sinin ise bir toplantı ya da seminere katılarak bilgi aldığı öğrenilmiştir. Annelerin %.45'inin (n=35) iki veya üç farklı kaynaktan bilgi aldığı öğrenilmiştir.

Tablo 6.4. Annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi kaynağı

Annenin ev kazaları ile ilgili bilgi kaynağı		
	Sayı	**%**
Sağlık personeli	38	31,7
Öğretmen	4	3,3
Arkadaş/komşu	3	3
İnternet	34	28,3
TV	16	13,3
Broşür	8	6,7
Toplantı/seminer	17	14,2

6.5. Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Bilgi Alma Durumunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Anne ve babaların sosyodemografik özellikleri açısından ev kazalarına dair bilgi durumunun karşılaştırılması Tablo 6.5'te verilmiştir.

Annenin eğitim durumu açısından ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (p=0,014). İlköğretim düzeyinde eğitimi olan annelerin sadece %9,7'sinin ev kazaları ile ilgili bilgi almış olduğu belirlenmiş iken, bu oranın lise düzeyinde eğitim almış olanlarda %24,3, üniversite mezunlarında ise %46,5 olduğu saptanmıştır.

Annenin çalışma durumu açısından ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p=0,000). Ev hanımı olan annelerin %19,7'sinin, çalışan annelerin ise %45,1'inin ev kazaları ile ilgili bilgi almış olduğu saptanmıştır.

Annenin yaşı ve sağlık durumu açısından ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05). Buna karşın, istatistiksel olarak farklılık bulunmamakla birlikte, 25 yaş ve altındaki annelerin %13,6'sının, 26-35 yaş arasındaki annelerin %28,7'sinin ve 35 yaş üstü annelerin ise %28,6'sının ev kazaları ile ilgili bilgi almış

olduğu belirlenmiş ve çok genç annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi almış olma sıklığının daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Babanın eğitim durumu açısından annenin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p=0,000). Eşi ilköğretim düzeyinde eğitim almış annelerin %11,7'sinin ev kazaları ile ilgili bilgi almış olduğu saptanmış, bu oranın eşi lise mezunu olanlarda %24,3, eşi üniversite mezunu olanlarda ise %46,5 olduğu tespit edilmiştir.

Baba yaşı, çalışma durumu ve sağlık durumu açısından annenin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir (p>0,05).

Tablo 6.5. Annenin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunun ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması

Özellikler		**Annenin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumu, N (%)**		**Toplam**	***p****
		Almamış	**Almış**		
Anne yaşı	25 yaş ve altı 26-35 yaş 35 yaş üstü	51 (86,4) 127 (71,3) 45 (71,4)	8 (13,6) 51 (28,7) 18 (28,6)	59 (19,7) 178 (59,3) 63 (21,0)	*0,060*
Anne eğitim durumu	İlköğretim Lise Üniversite	93 (90,3) 84 (75,7) 46 (53,5)	10 (9,7) 27 (24,3) 40 (46,5)	103 (34,3) 111 (37,0) 86 (28,7)	***0,014***
Anne çalışma durumu	Ev hanımı Çalışıyor	184 (80,3) 39 (54,9)	45 (19,7) 32 (45,1)	229 (76,3) 71 (23,7)	***0,000***
Annede sağlık sorunu	Var Yok	31 (67,4) 192 (75,6)	15 (25,7) 62 (24,4)	46 (15,3) 254 (84,7)	*0,272*
Baba yaşı	30 yaş ve altı 31-35 yaş 35 yaş üstü	64 (79,0) 71 (71,0) 88 (73,9)	17 (21,0) 29 (29,0) 31 (26,1)	81 (27,0) 100 (33,3) 119 (39,7)	*0, 467*
Baba eğitim durumu	İlköğretim Lise Üniversite	83 (88,3) 96 (80,0) 44 (51,2)	11 (11,7) 24 (20,0) 40 (48,8)	94 (31,3) 120 (40,0) 86 (28,7)	***0,000***
Baba çalışma durumu	Çalışmıyor Çalışıyor	9 (4,0) 214 (73,5)	0 (0) 77 (26,5)	9 (3,0) 291 (97,0)	*0,118*
Babada sağlık sorunu	Var Yok	20 (66,7) 203 (75,2)	10 (33,3) 67 (24,8)	30 (10,0) 270 (90,0)	*0,377*
Toplam		223 (74,3)	77 (25,7)	300 (100)	

** Ki-kare testi*

Tablo 6.6'da katılımcı ailelerin çeşitli sosyodemografik özellikleri açısından annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumları karşılaştırılmıştır.

Ailenin toplam geliri açısından annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,000). Aylık geliri 5000 TL'nin

üzerinde olan ailelerde annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi almış olma sıklığı %43,6 olarak saptanırken, <2300 TL ve 2300-5000 TL aylık geliri olan ailelerde bu sıklık sırayla %4,2 ve %19,2 olarak görülmüştür.

Ailedeki çocuk sayısı açısından annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma sıklığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (p=0,004). İki çocuklu ailelerde annelerin %31,1'inin ev kazaları ile ilgili bilgi almış olduğu belirlenirken, bu sıklık tek çocuklu ailelerde %29,1 ve üç ve daha fazla çocuğu olan ailelerde ise %11 olarak saptanmıştır.

Aile tipi, evin aileye ait olup olmaması ve evde bakım gerektiren birey varlığı açısından annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05).

Tablo 6.6. Ailelerin sosyodemografik özellikleri açısından annenin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunun karşılaştırılması

Özellikler		**Ev kazaları ile ilgili annenin bilgi alma durumu, N (%)**		**Toplam**	***p****
		Almamış	**Almış**		
Aile tipi	Çekirdek aile Geniş aile	193 (73,1) 30 (83,3)	71 (26,9) 6 (16,7)	264 (88,0) 36 (12,0)	*0,226*
Aylık toplam gelir	<2300 TL 2300-5000 TL >5000 TL	23 (95,8) 147 (80,8) 53 (56,4)	1 (4,2) 35 (19,2) 41 (43,6)	24 (8,0) 182 (60,7) 94 (31,3)	***0,000***
Ailedeki çocuk sayısı	1 çocuk 2 çocuk ≥3 çocuk	56 (70,9) 102 (68,9) 65 (89,0)	23 (29,1) 46 (31,1) 8 (11,0)	79 (26,3) 148 (49,3) 73 (24,3)	***0,004***
Kendi evleri mi?	Hayır Evet	93 (76,2) 130 (73,0)	29 (23,8) 48 (27,0)	122 (40,7) 178 (59,3)	*0,591*
Evde bakım gerektiren birey	Yok Var	219 (74,5) 4 (66,7)	75 (25,5) 2 (33,3)	294 (98,0) 6 (2,0)	*0,649*
	Toplam	223 (74,3)	77 (25,7)	300 (100)	

** Ki-kare testi*

Tablo 6.7 çocukların özellikleri açısından annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi sahibi olma durumundaki farklılığı göstermektedir.

Çocuğun ailenin kaçıncı çocuğu olması açısından annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi sahibi olma durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,007). Ailenin 3. sırada veya daha sonraki çocuğu olan katılımcıların annelerinin %6,8'i ev kazaları ile ilgili bilgi almışken, bu oran ailenin ilk çocuğu olan grupta %30,3, ailenin ikinci çocuğu olan grupta ise %27,0 olarak saptanmıştır.

Çocukların yaş ve cinsiyeti açısından annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi sahibi olma durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Tablo 6.7. Çocukların özellikleri açısından annenin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunun karşılaştırılması

Özellikler		Ev kazaları ile ilgili annenin bilgi alma durumu, N (%)		Toplam	*p**
		Hayır	Evet		
Çocuk yaşı	9-24 ay	73 (71,6)	29 (28,4)	102 (34,0)	*0, 542*
	25-48 ay	184 (73,7)	30 (26,3)	114 (38,0)	
	49-72 ay	66 (78,6)	18 (21,4)	84 (28,0)	
Çocuk cinsiyeti	Kız	95 (68,3)	45 (31,7)	140 (46,7)	*0,079*
	Erkek	127 (79,4)	33 (20,6)	160 (53,3)	
Kaçıncı çocuk	1. çocuk	101 (69,7)	44 (30,3)	145 (48,3)	***0,007***
	2. çocuk	81 (73,0)	30 (27,0)	111 (37,0)	
	3. veya diğer	41 (93,2)	3 (6,8)	44 (14,7)	
Toplam		223 (74,3)	77 (25,7)	300 (100)	

** Ki-kare testi*

6.6. Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılamasına Ait Bulgular

Araştırma grubunda bulunan annelerin elde ettiği "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" puan ortalaması 185,64±13,70, ortancası 191 (min:117, Max:200), Cronbach alfa değeri ise 0,91 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6.8.). Ölçekten alınabilecek puan en az 40, en fazla 200 olup araştırmaya katılan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini oldukça yüksek oranda aldıkları görülmüştür.

Tablo 6.8. Annelerin "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" nden aldıkları puan özellikleri

Toplam ölçek puanı	**Ort.±SS**	185,64±13,70
	Medyan (Min.-Maks.)	191 (117-200)

Ort: Ortalama, SS:Standart sapma, Min:Minimum, Maks:Maksimum

6.7. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri Açısından Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılamasına Ait Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6.9 anne ve babaların sosyodemografik özellikleri açısından annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının karşılaştırılmasını göstermektedir.

Annelerin eğitim durumu açısından ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,000). İlköğretim düzeyinde eğitim alan annelerin puanlarının lise ve üniversite mezunu annelere göre

daha düşük olduğu, yani ilköğretim düzeyinde eğitim almış annelerin ev kazalarına karşı daha az önlem aldığı belirlenmiştir.

Babaların eğitim durumu açısından eşlerinin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,000). İlköğretim mezunu olan babaların eşlerinin lise ve üniversite mezunu babaların eşlerine göre daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir.

Anne ve babaların çalışma durumları açısından ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (sırayla p=0,001 ve p=0,036). Çalışan annelerin puanlarının çalışmayan annelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, eşi çalışan annelerin eşi çalışmayan annelere göre daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır.

Anne ve baba yaşı ve sağlık durumları açısından ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.9. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması

Özellik		**Sayı (%)**	**Ortalama toplam puan**		***p***
			Medyan (Min.-Maks.)	**Ort.±SS**	
Anne yaşı	25 yaş ve altı	59 (19,7)	189 (153-200)	183,85±13,63	*0,154***
	26-35 yaş	178 (59,3)	191 (123-200)	185,14±13,93	
	35 yaş üstü	63 (21)	193 (117-200)	185,50±13,76	
Anne eğitim durumu	İlköğretim	103 (34,3)	176 (117-200)	175,45±6,42	***0,000****
	Lise	111 (37)	193 (155-200)	191,27±6,90	
	Üniversite	86 (28,7)	193 (158-200)	190,09±9,68	
Anne çalışma durumu	Çalışmıyor	229 (76,3)	189 (117-200)	184,56±13,97	***0,001****
	Çalışıyor	71 (24,1)	194 (153-198)	188,52±12,68	
Annede sağlık sorunu	Yok	254 (84,7)	191 (117-200)	185,39±13,53	*0,628**
	Var	46 (15,3)	190 (139-200)	186,08±15,08	
Baba yaşı	30 yaş ve altı	81 (27)	187 (153-200)	183,60±13,57	*0,116***
	31-35 yaş	100 (33,3)	191 (139-200)	185,51±13,01	
	35 yaş üstü	119 (39,7)	193 (117-200)	186,78±13,76	
Baba eğitim durumu	İlköğretim	94 (31,3)	183 (117-200)	178,57±16,85	***0,000****
	Lise	120 (40)	192 (155-200)	188,01±11,70	
	Üniversite	86 (28,7)	193 (163-200)	189,56±13,76	
Baba çalışma durumu	Çalışmıyor	9 (3)	175 (152-195)	178,00±13,20	***0,036****
	Çalışıyor	291 (97)	191 (117-200)	185,73±13,73	
Babada sağlık sorunu	Yok	270 (90)	191 (117-200)	185,79±13,68	*0,186**
	Var	30 (10)	189 (154-199)	182,86±14,43	

**Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi*

Tablo 6.10 ailelerin sosyodemografik özellikleri açısından annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılamasına ait puanlarının karşılaştırılmasını göstermektedir.

Ailenin aylık toplam geliri açısından annelerin ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0,001). Aylık toplam geliri 5000 TL ve üzeri olan ailelerde anneye ait puanların diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmış ve geliri yüksek ailelerin ev kazalarına karşı daha fazla önlem aldığı görülmüştür.

Ailedeki çocuk sayısı açısından annenin aldığı puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0,001). Tek çocuklu annelerin iki veya daha fazla çocuklu annelere göre daha yüksek puan aldığı yani ev kazalarına karşı daha fazla önlem aldığı saptanmıştır.

Evleri kendilerine ait olan annelerin evleri kendilerine ait olmayanlarla kıyaslandığında daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir (p=0,047).

Aile tipi ve ailede devamlı bakım gerektiren birey varlığı açısından annelerin ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.10. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının ailelerin sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılması

Özellik		**Sayı (%)**	**Ortalama toplam puan**		***p***
			Medyan (Min.-Maks.)	**Ort.±SS**	
Ev kendilerine mi ait?	Hayır Evet	122 (40,7) 178 (59,3)	188 (117-200) 192 (152-200)	182,78±16,21 187,36±11,47	***0,047****
Ailenin tipi	Çekirdek aile Geniş aile	264 (88) 36 (12)	191 (117-200) 189 (123-200)	185,88±13,19 182,72±17,31	*0,492**
Aylık gelir düzeyi	<2300 TL 2300-5000 TL >5000 TL	24 (8) 182 (60,7) 94 (31,3	175 (123-197) 190 (117-200) 193 (155-200)	173,41±20,02 186,11±12,86 187,40±12,07	***0,001***
Çocuk sayısı	1 çocuk 2 çocuk ≥3 çocuk	79 (26,3) 148 (49,3) 73 (24,3)	193 (155-200) 191 (153-200) 185 (117-200)	189,87±8,78 186,15±12,50 179,45±18,02	***0,001****
Evde bakım gereken birey	Yok Var	294 (98) 6 (2)	191 (117-200) 185 (162-200)	185,57±13,74 181,83±15,22	*0,445**

**Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi*

Tablo 6.11 çocukların özellikleri açısından annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının karşılaştırılmasını göstermektedir. Çalışmaya katılan çocuğun ailenin ilk çocuğu olması durumunda annenin puanlarının diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,021).

Çocuğun cinsiyeti, yaşı ve çocuğa bakan kişi açısından anne puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Diğer yandan, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte, 49 aylıktan büyük çocukların annelerinin daha küçük çocukların annelerine göre puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.11. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının çocuklara ait özellikler açısından karşılaştırılması

Özellik		Sayı (%)	Ortalama toplam puan		*p*
			Medyan (Min.-Maks.)	Ort.±SS	
Çocuğun cinsiyeti	Kız	140 (46,7)	190 (139-200)	185,32±13,34	*0,804**
	Erkek	160 (53,3)	191 (117-200)	185,65±14,15	
Çocuğun yaşı	9-24 ay	102 (34)	192 (117-200)	186,27±14,91	*0,083***
	25-48 ay	114 (38)	191 (123-200)	186,14±13,00	
	49-72 ay	84 (28)	188 (139-200)	183,70±13,28	
Ailenin kaçıncı çocuğu?	1. çocuk	145 (48,3)	192 (153-200)	187,48±11,05	***0,021*** **
	2. çocuk	111 (37,0)	191 (153-200)	186,23±12,22	
	3. veya diğer	44 (14,7)	184 (117200)	177,11±20,94	
Çocuğa bakan kişi	Anne	241 (80,3)	190 (117-200)	184,97±14,14	*0,148***
	Bakıcı	8 (2,7)	194 (174-198)	186,23±7,95	
	Diğer	51 (17)	193 (155-198)	186,96±12,38	

**Mann Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi*

6.8. Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Bilgi Alma Durumu Açısından Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılamasına Ait Bulgularının Karşılaştırılması

Tablo 6.12 annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumu açısından karşılaştırılmasını göstermektedir.

Ev kazaları ile ilgili bilgi alan annelerin güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldığı puanların bilgi sahibi olmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,001). Diğer bir deyişle, ev kazaları ile ilgili bilgi almış olan annelerin ev kazalarına karşı daha fazla önlem aldığı tespit edilmiştir.

Tablo 6.12. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumu açısından karşılaştırılması

Özellik		Sayı (%)	Ortalama toplam puan		*p*
			Medyan (Min.-Maks.)	Ort.±SS	
Ev kazaları ile ilgili bilgi	Almamış	223 (74,3)	189 (117-200)	184,17±14,41	***0,001****
	Almış	77 (25,7)	193 (165-200)	189,35±10,86	

**Mann Whitney U testi*

6.9. COVİD-19 Pandemisi Öncesinde Ev Kazası Geçiren Çocukların ve Geçirdikleri Ev Kazalarının Özellikleri

Araştırmaya katılan 300 çocuğun %79,7'sinin (n=239) COVİD-19 pandemisi öncesinde ev kazası geçirmediği öğrenilmişken, %20,3'ünün (n=61) ise pandemi öncesinde en az bir kez ev kazası geçirdiği anne tarafından ifade edilmiştir.

Tablo 6.13 pandemi öncesinde çocukların geçirdiği ev kazalarının özelliklerini göstermektedir. Çalışmaya katılan çocukların pandemi öncesinde geçirdikleri toplam kaza sayısı 71 olarak belirlenmiştir. Kaza geçiren çocuklardan %86,9'unun pandemi öncesinde bir kez, %9,8'inin 2 kez, %3,3'ünün ise 3 ve daha fazla kez kaza geçirdiği öğrenilmiştir. Geçirilen ev kazası tiplerine göre değerlendirildiğinde; toplam 71 ev kazasının %52,1'inde yüksekten düşme, %28,2'sinde kaygan zeminde düşme, %11,3'ünde yanma, %5,6'sında kesici veya delici alet ile yaralanma, %1,4'ünde zehirlenme ve %1,4'ünde ise yabancı cisim aspirasyonu öyküsünün olduğu gözlenmiştir.

Tablo 6.13. Pandemi öncesi geçirilen ev kazalarının özellikleri

	Sayı	**%**
Pandemi öncesinde ev kazası geçiren çocuk sayısı		
Geçirmemiş	238	79,7
Geçirmiş	62	20,3
Toplam	*300*	*100*
Pandemi öncesinde ev kazası geçiren çocuğun geçirdiği kaza sayısı		
1 kez	54	86,9
2 kez	6	9,8
3 ve daha fazla	2	3,3
Toplam	*62*	*100*
Pandemi öncesinde çocuğun geçirdiği ev kazalarının tipleri		
Yanma	8	11,3
Kesici-delici	4	5,6
Kaygan zeminde düşme	20	28,2
Yüksekten düşme	37	52,1
Zehirlenme	1	1,4
Elektrik çarpması	0	0
Suda boğulma	0	0
Yabancı cisim aspirasyonu	1	1.4
Üzerine cisim düşme	0	0
Toplam	*71*	*100*

Tablo 6.14 pandemi öncesinde ev kazası geçiren çocukların özelliklerini göstermektedir. Pandemi öncesinde ev kazası geçiren çocukların çalışma anındaki yaş ortalaması 41,75±17,79 ay, ortanca değeri 37 ay (min:12 max:72) olarak belirlenmiştir. Yaş aralığı olarak değerlendirildiğinde ise; pandemi öncesinde ev kazası geçirme öyküsü olan çocukların en sıklıkla 9-24 ay arasında olduğu belirlenmiştir.

Pandemi öncesi kaza geçiren çocukların bu kazayı geçirdikleri sıradaki yaşları değerlendirildiğinde; çocukların kaza geçirdikleri sıradaki yaş ortalamasının 22,43±16,32 ay (ortanca 18 ay, min:1 ay- max: 60 ay) olduğu belirlenmiştir.

Pandemi öncesinde ev kazası geçiren çocukların %59'unun erkek cinsiyette olduğu belirlenmiştir.

Pandemi öncesi ev kazası geçiren 61 çocuğun %37,8'inin kaza sonrası evde gözlendiği ve hastaneye götürülmediği öğrenilmişken, %57,3'ünün hastanede ayaktan tedavi almış olduğu, %9,8'inin ise hastanede yatarak tedavi aldığı öyküden öğrenilmiştir.

Pandemi öncesinde ev kazası geçiren çocukların %60,6'sının annelerinin gözetiminde, %23,1'inin ebeveyn dışında bir yakınının gözetiminde, %9,8'inin ise baba gözetiminde iken kaza geçirdiği öğrenilmiş, buna karşın çocukların %6,5'inin ise yanlarında bir erişkin olmadığı sırada yani gözetimsiz iken kaza geçirdiği belirlenmiştir.

Pandemi öncesinde çocukları ev kazası geçiren annelere bu kazanın nedeni sorulduğunda; annelerin %86,9'u dikkatsizlik, %9,8'i uygun olmayan ev koşulları ve %3,3'ü ise bilgi eksikliği nedeniyle çocuklarının kaza geçirdiğini ifade etmiştir.

Tablo 6.14. Pandemi öncesi ev kazası geçirmiş olan çocukların özellikleri

	Sayı	**%**
Pandemi öncesinde kaza geçiren çocukların cinsiyeti		
Kız	25	41,0
Erkek	36	59,0
Pandemi öncesinde kaza geçiren çocukların şu andaki yaşı		
9-24 ay	46	73,8
25-48 ay	10	16,4
49-72 ay	6	9,8
Pandemi öncesinde kaza geçiren çocukların tedavi durumu		
Evde gözlendi	24	37,8
Hastanede ayaktan tedavi	35	57,3
Hastanede yatarak tedavi	3	4,9
Pandemi öncesinde kaza geçiren çocukların kaza sırasında gözetim durumu		
Erişkin yok	4	6,5
Anne gözetiminde	38	60,6
Baba gözetiminde	6	9,8
Diğer*	14	23,1
Kaza geçirme sebebi		
Dikkatsizlik	53	86,9
Bilgi eksikliği	2	3,3
Uygun olmayan ev koşulları	6	9,8
Toplam	*62*	*100*
Pandemi öncesinde kaza geçiren çocukların şu andaki yaş ortalaması Medyan (Min.-Maks.): 37 ay (12 ay-72 ay) Ort.±SS: 41,75±17,79 ay		
Pandemi öncesinde kaza geçiren çocukların kaza sırasındaki yaş ortalaması Medyan (Min.-Maks.): 18 ay (1 ay-60 ay) Ort.±SS: 22,43±16,32 ay		

**Büyükanne, büyükbaba, komşu vb.*

6.10. COVİD-19 Pandemisi Öncesi Çocuğun Ev Kazası Geçirme Durumunun Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Anne ve babanın sosyodemografik özellikleri açısından çocuğun pandemi öncesinde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi Tablo 6.15'te verilmiştir.

Annelerin eğitim durumları açısından çocuğun pandemi öncesinde ev kazası geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,003). Üniversite mezunu annelerin %32,6'sında pandemi öncesinde ev kazası geçirme öyküsünün olduğu belirlenmiş, bu oran ilköğretim düzeyinde eğitim alan annelerin çocuklarında %12,6, ortaöğretim düzeyinde eğitim alan annelerin çocuklarında ise %18,9 olarak tespit edilmiştir.

Annelerin çalışma durumu açısından çocukların pandemi öncesinde ev kazası geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0,0319). Çalışan annelerin %31'inin, çalışmayan annelerin ise %17,5'inin çocuğunun pandemi öncesinde kaza geçirmiş olduğu belirlenmiştir.

Annenin yaşı ve sağlık durumu, babanın yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu ve sağlık durumu açısından çocuğun pandemi öncesinde kaza geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.15. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından çocuğun pandemi öncesi ev kazası geçirme durumunun değerlendirilmesi

Özellik		**Pandemi öncesinde kaza geçirme durumu, N (%)**		**Toplam**	***P****
		Geçirmemiş	**Geçirmiş**		
Anne yaşı	25 yaş ve altı	52 (88,1)	7 (11,9)	59 (19,7)	*0,175*
	26-35 yaş	137 (77)	41 (23,0)	178 (59,3)	
	35 yaş üstü	49 (77,8)	14 (22,2)	63 (21)	
Anne eğitim durumu	İlköğretim	90 (87,4)	13 (12,6)	103 (34,3)	***0,003***
	Lise	90 (81,1)	21 (18,9)	111 (37)	
	Üniversite	58 (67,4)	28 (32,6)	86 (28,7)	
Anne çalışma durumu	Çalışmıyor	189 (82,5)	40 (17,5)	229 (76,3)	***0.019***
	Çalışıyor	49 (69,0)	22 (31)	71 (24,1)	
Annede sağlık sorunu	Yok	205 (80,7)	49 (19,3)	254 (84,7)	*0,170*
	Var	33 (71,7)	13 (28,3)	46 (15,3)	
Baba yaşı	30 yaş ve altı	67 (82,7)	14 (17,3)	81 (27)	*0,532*
	31-35 yaş	76 (776)	24 (24)	100 (33,3)	
	35 yaş üstü	95 (79,8)	24 (20,2)	119 (39,7)	
Baba eğitim durumu	İlköğretim	79 (84,0)	15 (16,0)	94 (31,3)	*0,123*
	Lise	97 (80,8)	23 (19,2)	120 (40)	
	Üniversite	62 (72,1)	24 (27,9)	86 (28,7)	
Baba çalışma durumu	Çalışmıyor	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (3)	*1,000*
	Çalışıyor	231 (79,4)	60 (20,6)	291 (97)	
Babada sağlık sorunu	Yok	215 (79,6)	55 (20,4)	270 (90)	*0,643*
	Var	23 (76,7)	7 (23,3)	30 (10)	
Toplam		238 (79,3)	62 (20,7)	300 (100)	

** Ki-kare testi*

Ailelerin sosyodemografik özellikleri açısından pandemi öncesinde kaza geçirme durumunun karşılaştırılması Tablo 6.16'da gösterilmiştir.

Aylık toplam gelir düzeyi açısından değerlendirildiğinde; çocukların pandemi öncesinde ev kazası geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0,001). Aylık toplam geliri yüksek olan ailelerde daha düşük gelirli ailelere göre pandemi öncesinde ev kazası geçirme sıklığı daha yüksek saptanmıştır. Aylık toplam geliri 5000 TL'den yüksek olan ailelerde çocuğun pandemi öncesinde kaza geçirme sıklığı %33 iken, bu sıklık 2300 TL'nin altında gelire sahip olanlarda %16,7, 2300-5000 TL arasında gelire sahip olanlarda ise %14,3 olarak saptanmıştır.

Aile tipi, ailede olan çocuk sayısı, evin aileye ait olup olmaması ve evde bakım gerektiren birey varlığı açısından pandemi öncesinde çocukların kaza geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.16. Ailelerin sosyodemografik özellikleri açısından pandemi öncesinde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi

Özellik		**Pandemi öncesinde kaza geçirme durumu, N (%)**		**Toplam**	***P****
		Geçirmemiş	**Geçirmiş**		
Ev kendilerine mi ait?	Hayır Evet	92 (75,4) 146 (82,0)	30 (24,6) 32 (18,0)	122 (40,7) 178 (59,3)	*0,192*
Ailenin tipi	Çekirdek aile Geniş aile	209 (79,2) 29 (80,6)	55 (20,8) 7 (19,4)	264 (88) 36 (12)	*1,000*
Aylık gelir düzeyi	<2300 TL 2300-5000 TL >5000 TL	20 (83,3) 156 (85,7) 62 (66,0)	4 (16,7) 26 (14,3) 32 (34,0)	24 (8) 182 (60,7) 94 (31,3)	***0,001***
Çocuk sayısı	1 çocuk 2 çocuk ≥3 çocuk	56 (70,9) 120 (81,1) 62 (84,9)	23 (29,1) 28 (18,9) 11 (15,1)	79 (26,3) 148 (49,3) 73 (24,3)	*0,078*
Evde bakım gerektiren birey	Yok Var	232 (78,9) 6 (100)	62 (21,1) 0 (0)	294 (98) 6 (2)	*0,351*
Toplam		238 (79,3)	62 (20,7)	300 (100)	

**Ki kare testi*

Tablo 6.17 çocukların özellikleri açısından pandemi öncesinde kaza geçirme durumunun karşılaştırılmasını göstermektedir. Çocukların cinsiyeti, yaşı, ailede kaçıncı çocuk olduğu ve çocuğa bakan kişi açısından pandemi öncesinde kaza geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.17. Çocukların özellikleri açısından pandemi öncesinde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi

Özellik		Pandemi öncesinde kaza geçirme durumu, N (%)		Toplam	*P**
		Geçirmemiş	Geçirmiş		
Çocuğun cinsiyeti	Kız	115 (82,1)	25 (17,9)	140 (46,7)	*0,317*
	Erkek	123 (76,9)	37 (23,1)	160 (53,3)	
Çocuğun yaşı	9-24 ay	87 (85,3)	15 (14,7)	102 (34)	*0,109*
	25-48 ay	84 (73,7)	30 (26,3)	114 (38)	
	49-72 ay	67 (79,8)	17 (20,2)	84 (28)	
Ailenin kaçıncı çocuğu?	1. çocuk	109 (75,2)	36 (24,8)	145 (48,3)	*0,224*
	2. çocuk	92 (82,9)	19 (17,1)	111 (37,0)	
	3. veya diğer	37 (84,1)	7 (15,9)	44 (14,7)	
Çocuğa bakan kişi	Anne	196 (81,3)	45 (18,7)	241 (80,3)	*0,217*
	Bakıcı	6 (75,0)	2 (25,0)	8 (2,7)	
	Diğer	36 (70,6)	15 (29,4)	51 (17)	
Toplam		238 (79,3)	62 (20,7)	300 (100)	

**Ki-kare testi*

6.11. COVİD-19 Pandemisi Nedeniyle Kısıtlama Tedbirlerinin Alındığı Dönemde Ev Kazası Geçiren Çocukların ve Geçirdikleri Ev Kazalarının Özellikleri

Araştırmaya katılan 300 çocuğun %72'sinin (n=216) COVİD-19 pandemisi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde ev kazası geçirmediği, %28'inin (n=84) ise bu dönemde ev kazası geçirdiği öğrenilmiştir. Çalışmaya alınan çocuklarda pandemi öncesi dönem ile karşılaştırıldığında kısıtlama döneminde ev kazası geçirme sıklığında %8 artış olduğu belirlenmiş ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (p=0,033) (Tablo 6.18).

Tablo 6.18. Çalışmaya alınan çocukların pandemi öncesinde ve pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde kaza geçirme durumu

	Pandemi öncesi kaza geçirme durumu, N (%)	Pandemi döneminde kaza geçirme durumu, N (%)	*p**
Geçirmemiş	238 (79,3)	216 (72)	***0,033***
Geçirmiş	62 (20,7)	84 (28)	
Toplam	*300 (100)*	*300 (100)*	

**Ki-kare testi*

Tablo 6.19 pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde ev kazası geçiren çocukların özelliklerini göstermektedir.

Çalışmaya alınan çocukların pandemi döneminde geçirdikleri toplam kaza sayısı 90 olarak belirlenmiştir. Pandemi öncesinde geçirilen kaza sayısı (toplam 71) ile karşılaştırıldığında, çalışmaya alınan çocukların pandemi öncesine göre pandemi döneminde kaza sayılarında artış olduğu saptanmıştır.

Pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde kaza geçiren çocukların %85,7'sinin bir kez, %10,7'sinin 2 kez, %3,6'sının ise 3 ve daha fazla kaza geçirdiği öğrenilmiştir. Bu veriler pandemi öncesi durum ile benzer bulunmuştur.

Geçirilen ev kazası tiplerine göre değerlendirildiğinde; pandemi döneminde geçirilen toplam 90 ev kazasının %34,4'ünde kaygan zeminde düşme, %33,3'ünde yüksekten düşme, %10'unda zehirlenme, %10'unda yabancı cisim aspirasyonu %6,7'sinde yanma, %5,6'sında ise kesici veya delici alet ile yaralanma öyküsünün olduğu belirlenmiştir. Pandemi öncesinde geçirilen kazaların tipleri ile karşılaştırıldığında pandemi döneminde kaygan zeminde düşme (20-31), kesici delici alet ile yaralanma (4-5), zehirlenme (1-9) ve yabancı cisim aspirasyonu (1-9) sayılarında artış olduğu gözlenmiştir. Buna karşın, pandemi öncesine göre karşılaştırıldığında pandemi döneminde yanma (8-6) ve yüksekten düşme (37-30) sayılarında azalma bildirilmiştir.

Tablo 6.19. Pandemi döneminde geçirilen ev kazalarının özellikleri

	Sayı	**%**
Pandemi döneminde ev kazası geçiren çocuk sayısı		
Geçirmemiş	216	72
Geçirmiş	84	28
Toplam	*300*	*100*
Pandemi döneminde ev kazası geçiren çocukların geçirdiği kaza sayısı		
1 kez kaza	72	85,7
2 kez kaza	9	10,7
3 ve daha fazla kaza	3	3,6
Toplam	*84*	*100*
Pandemi döneminde geçirilen ev kazalarının tipleri		
Yanma	6	6,7
Kesici-delici	5	5,6
Kaygan zeminde düşme	31	34,4
Yüksekten düşme	30	33,3
Zehirlenme	9	10,0
Elektrik çarpması	0	0
Suda boğulma	0	0
Yabancı cisim aspirasyonu	9	10,0
Üzerine cisim düşme	0	0
Toplam	*90*	*100*

Tablo 6.20 pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde ev kazası geçiren çocukların özelliklerini göstermektedir. Pandemi döneminde kaza geçiren çocukların çalışma anındaki yaş ortalaması 32,82±18,66 ay, ortanca değeri 24 ay (min:10 max:72) olarak belirlenmiştir. Yaş aralığı olarak değerlendirildiğinde ise; pandemi öncesinde kaza geçiren çocukların yaş aralığına benzer olarak, pandemi döneminde de ev kazası geçirme öyküsü olan çocukların en sıklıkla 9-24 ay arasında olduğu belirlenmiştir.

Pandemi dönemi sırasında kaza geçiren çocukların kaza geçirdiği andaki yaşlarının ortalama 30,88±19,33 ay, ortanca ise 24 ay (min:3 ay-max:72 ay) olduğu belirlenmiştir. Pandemi döneminde kaza geçiren çocukların kaza geçirdikleri sıradaki yaş ortalamasının, pandemi döneminden önce kaza geçiren çocukların kaza geçirdikleri sıradaki yaş ortalamasından (ortalama 22,43±16,32 ay, ortanca 18 ay, min:1 ay- max: 60 ay) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Pandemi öncesinde erkek çocukların (%59) daha sıklıkla ev kazası geçirmiş olduğu bulgusundan farklı olarak, pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde ev kazası geçiren çocukların cinsiyete göre eşit oranda (%50) kaza geçirmiş olduğu tespit edilmiştir.

Pandemi döneminde ev kazası geçiren 84 çocuğun %33,3'ünün kaza sonrası evde gözlendiği ve hastaneye götürülmediği öğrenilmişken, %58,3'ünün hastanede ayaktan tedavi almış olduğu, %8,4'ünün ise hastanede yatarak tedavi aldığı anne tarafından ifade edilmiştir.

Pandemi döneminde ev kazası geçiren çocukların %58,3'ünün annelerinin gözetiminde, %25'inin ebeveyn dışında bir yakınının gözetiminde, %4,7'sinin ise baba gözetiminde iken kaza geçirdiği öğrenilmiş, buna karşın çocukların %12'sinin ise yanlarında bir erişkin olmadığı sırada yani gözetimsiz iken kaza geçirdiği öğrenilmiştir. Pandemi öncesinde çocukların %6,5'inin yanlarında bir erişkin olmadığı sırada yani gözetimsiz iken kaza geçirmiş olduğu bulgusu ile karşılaştırıldığında; pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde gözetimsiz kaza geçirme oranının yaklaşık iki kat arttığı tespit edilmiştir.

Pandemi döneminde çocukları ev kazası geçiren annelere bu kazanın nedeni sorulduğunda; pandemi öncesi döneme benzer olarak annelerin %91,7'si dikkatsizlik, %7,1'i uygun olmayan ev koşulları ve %1,2'si ise bilgi eksikliği nedeniyle çocuklarının kaza geçirdiğini ifade etmişlerdir.

Tablo 6.20. Pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde ev kazası geçiren çocukların özellikleri

Pandemi döneminde kaza geçiren çocukların cinsiyeti		
	Sayı	%
Kız	42	50,0
Erkek	42	50,0
Pandemi döneminde kaza geçiren çocukların şu andaki yaşı		
9-24 ay	46	54,7
25-48 ay	25	29,8
49-72 ay	13	15,5
Pandemi döneminde kaza geçiren çocukların tedavi durumu		
Evde gözlendi	28	33,3
Hastanede ayaktan tedavi	49	58,3
Hastanede yatarak tedavi	7	8,4
Pandemi döneminde kaza geçiren çocukların kaza sırasında gözetim durumu		
Erişkin yok	10	12
Anne gözetiminde	49	58,3
Baba gözetiminde	4	4,7
Diğer*	21	25
Kaza geçirme sebebi		
Dikkatsizlik	77	91,7
Bilgi eksikliği	1	1,2
Uygun olmayan ev koşulları	6	7,1
Toplam	*84*	*100*
Pandemi döneminde kaza geçiren çocukların şu andaki yaş ortalaması Medyan (Min.-Maks.): 24 ay (1 ay-60 ay) Ort.±SS: 32,82±18,66 ay		
Pandemi döneminde kaza geçiren çocukların kaza sırasındaki yaş ortalaması Medyan (Min.-Maks.): 24 ay (3 ay-72 ay) Ort.±SS: 30,88±19,33ay		

**Büyükanne, büyükbaba, komşu vb.*

6.12. COVİD-19 Pandemisi Döneminde Ev Kazası Geçirme Durumunun Ailenin Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Anne ve babanın sosyodemografik özellikleri açısından pandemi döneminde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi Tablo 6.21'de verilmiştir.

Anne ve babanın eğitim durumu ve çalışma durumu, yaş grupları ve sağlık durumları açısından çocuklarının bu dönemde kaza geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışan ve üniversite mezunu olan annelerin çocuklarının

pandemi öncesinde daha fazla kaza geçirmiş olmaları bulgusuna karşın, pandemi döneminde eğitim ve çalışma durumları açısından farklılık saptanmamıştır.

Tablo 6.21. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından pandemi döneminde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi

Özellik		**Pandemi döneminde kaza geçirme durumu, N (%)**		**Toplam**	***P****
		Geçirmemiş	**Geçirmiş**		
Anne yaşı	25 yaş ve altı 26-35 yaş 35 yaş üstü	42 (71,2) 129 (72,5) 45 (77,8)	17 (11,9) 49 (27,5) 49 (28,6)	59 (19,7) 178 (59,3) 63 (21)	*0,976*
Anne eğitim durumu	İlköğretim Lise Üniversite	76 (73,8) 80 (72,1) 60 (69,8)	27 (26,2) 31 (27,9) 26 (30,2)	103 (34,3) 111 (37) 86 (28,7)	*0,829*
Anne çalışma durumu	Çalışmıyor Çalışıyor	165 (72.1) 51 (71,8)	64 (27,9) 20 (28,2)	229 (76,3) 71 (23,7)	*1,000*
Annede sağlık sorunu	Yok Var	186 (73,2) 30 (65,2)	68 (26,8) 16 (34,8)	254 (84,7) 46 (15,3)	*0,286*
Baba yaşı	30 yaş ve altı 31-35 yaş 35 yaş üstü	55 (67,9) 73 (73,0) 88 (73,9)	26 (32,1) 27 (27,0) 31 (26,1)	81 (27) 100 (33,3) 119 (39,7)	*0,622*
Baba eğitim durumu	İlköğretim Lise Üniversite	66 (70,2) 89 (74,2) 61 (70,9)	28 (29,8) 31 (25,8) 25 (29,1)	94 (31,3) 120 (40) 86 (28,7)	*0,788*
Baba çalışma durumu	Çalışmıyor Çalışıyor	6 (66,7) 210 (72,2)	3 (33,3) 81 (27,8)	9 (3) 291 (97)	*0,714*
Babada sağlık sorunu	Yok Var	192 (71,1) 24 (80,0)	78(28,9) 6(20,0)	270 (90) 30 (10)	*0,393*
Toplam		216 (72,0)	84 (28,0)	300 (100)	

* *Ki-kare testi*

Tablo 6.22'de ailelerin sosyodemografik özellikleri ile pandemi döneminde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi verilmiştir.

Pandemi döneminde ev kazası geçirme durumunda ailenin tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,044). Geniş ailede yaşayan çocukların %13,9'unun, çekirdek ailede yaşayan çocukların ise %29,9'unun pandemi döneminde ev kazası geçirmiş olduğu öğrenilmiştir. Pandemi öncesinde göre karşılaştırıldığında, pandemi döneminde geniş ailede yaşayan çocukların daha az oranda kaza geçirdiği belirlenmiştir.

Evin aileye ait olma durumu, aylık toplam gelir, çocuk sayısı ve evde bakım gerektiren birey varlığı açısından çocuğun pandemi döneminde kaza geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.22. Ailelerin sosyodemografik özellikleri açısından pandemi döneminde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi

Özellik		Pandemi döneminde kaza geçirme durumu, N (%)		Toplam	*P**
		Geçirmemiş	Geçirmiş		
Ev kendilerine mi ait?	Hayır Evet	82 (67,2) 134 (75,3)	40 (32,8) 44 (24,7)	122 (40,7) 178 (59,3)	*0,150*
Ailenin tipi	Çekirdek aile Geniş aile	185 (70,1) 31 (86,1)	79 (29,9) 5 (13,9)	264 (88,0) 36 (12,0)	***0,044***
Aylık gelir düzeyi	<2300 TL 2300-5000 TL >5000 TL	18 (75,0) 133 (73,1) 65 (69,1)	6 (25,0) 49 (26,9) 29 (30,9)	24 (8,0) 182 (60,7) 94 (31,3)	*0,744*
Çocuk sayısı	1 çocuk 2 çocuk ≥3 çocuk	52 (65,8) 108 (73,0) 56 (76,7)	27 (34,2) 40 (27,0) 17 (23,3)	79 (26,3) 148 (49,3) 73 (24,3)	*0,306*
Evde bakım gerektiren birey	Yok Var	211 (71,8) 5 (83,3)	83 (28,2) 1 (16,7)	294 (98) 6 (2)	*1,000*
Toplam		216 (72,0)	84 (28,0)	300 (100)	

** Ki-kare testi*

Tablo 6.23'te çocukların özellikleri açısından pandemi döneminde kaza geçirme durumunun karşılaştırılması verilmiştir.

Çocukların yaş özellikleri açısından karşılaştırıldığında; pandemi döneminde kaza geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,000). Yaşı 9-24 ay arasında olan çocuklarda pandemi döneminde kaza geçirme oranı %42,2 iken, 25-48 ay ve 49-72 ay döneminde olan çocuklarda bu oran sırasıyla %22,8 ve %17,9 olarak saptanmıştır.

Çocukların cinsiyeti ve ailede kaçıncı çocuk olduğu açısından pandemi döneminde kaza geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.23. Çocukların sosyodemografik özellikleri açısından pandemi döneminde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi

Özellik		Pandemi döneminde kaza geçirme durumu, N (%)		Toplam	*P**
		Geçirmemiş	Geçirmiş		
Çocuğun cinsiyeti	Kız Erkek	98 (70,0) 118 (73,8)	42 (30,0) 42 (26,2)	140 (46,7) 160 (53,3)	*0,470*
Çocuğun yaşı	9-24 ay 25-48 ay 49-72 ay	59 (57,8) 88 (77,2) 69 (82,1)	43 (42,2) 26 (22,8) 15 (17,9)	102 (34) 114 (38) 84 (28)	***0,000***
Ailenin kaçıncı çocuğu?	1 çocuk 2 çocuk 3. veya diğer	103 (71,0) 81 (73,0) 32 (72,7)	42 (29,0) 30 (27,0) 12 (27,3)	145 (48,3) 111 (37,0) 44 (14,7)	*0,937*
Toplam		216 (72,0)	84 (28,0)	300 (100)	

** Ki-kare testi*

6.13. Çocukların Pandemi Döneminde Kaza Geçirme Durumunun Pandemi Dönemi İle İlgili Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Tablo 6.24 pandemi dönemi ile ilgili aile özellikleri açısından çocukların pandemi döneminde kaza geçirme durumunu göstermektedir.

Ailede COVİD-19 tanılı bireyin varlığı ve COVİD-19 nedeniyle hastanede yatış öyküsü olması açısından pandemi döneminde çocuğun ev kazası geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (sırayla, p=0,037 ve p=0,048). COVİD-19 tanılı birey olan ailelerin çocuklarında kaza geçirme sıklığı %17,9 iken tanı almamış ailelerde bu oran %30,9 olarak saptanmıştır. COVİD-19 nedeniyle hastanede yatış öyküsü olan ailelerde çocukların kaza geçirme oranı %6,3 iken yatış öyküsü olmayan ailelerde ise bu oran %29,2 olarak saptanmıştır.

Pandemi döneminde annenin çalışma durumu, pandemi döneminde çocuğa bakan kişi ve COVİD-19 nedeniyle ölüm öyküsü açısından pandemi döneminde kaza geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.24. Pandemi dönemi ile ilgili aile özellikleri açısından çocukların pandemi döneminde kaza geçirme durumunun değerlendirilmesi

Özellik		**Pandemi döneminde kaza geçirme durumu, N (%)**		**Toplam**	***P****
		Geçirmemiş	**Geçirmiş**		
Pandemi döneminde annenin çalışma durumu	Çalışmıyor Çalışıyor	182 (71,9) 34 (72,3)	71 (28,1) 13 (27,2)	253 (84,3) 47 (15,7)	*1,000*
Pandemi döneminde çocuğa bakan kişi	Anne Bakıcı Diğer	174 (69,3) 5 (83,3) 37 (86)	77 (30,7) 1 (16,7) 6 (14)	251 (83,7) 6 (2,0) 43 (14,3)	*0,064*
Ailede COVİD-19 tanısı alan kişi	Yok Var	161 (69,1) 55 (82,1)	72 (30,9) 12 (17,9)	233 (77,7) 67 (22,3)	***0,037***
COVİD-19 nedeniyle hastanede yatış öyküsü	Yok Var	201 (70,8) 15 (93,8)	83 (29,2) 1 (6,3)	284 (94,7) 16 (5,7)	***0,048***
COVİD-19 nedeniyle ölüm öyküsü	Yok Var	214 (71,8) 2 (100)	84 (28,2) 0 (0)	298 (99,3) 2 (0,7)	*1,000*
Toplam		216 (72,0)	84 (28,0)	300 (100)	

** Ki-kare testi*

6.14. Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Bilgi Sahibi Olma Durumunun Çocuğun Pandemi Öncesi ve Pandemi Dönemi Sırasında Ev Kazası Geçirme Durumu Açısından Karşılaştırılması

Annelerin ev kazasına yönelik bilgi sahibi olma durumu açısından çocukların pandemi öncesinde ve pandemi dönemi sırasında ev kazası geçirme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 6.25). Pandemi öncesi ve pandemi döneminde kaza geçiren çocukların annelerinin ev kazaları ile ilgili benzer oranda bilgi almış olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.25. Annelerin ev kazalarına yönelik bilgi sahibi olma durumunun çocuğun pandemi öncesinde ve pandemi dönemi sırasında ev kazası geçirme durumu açısından karşılaştırılması

Kaza geçirme durumu		**Ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumu, N (%)**		**Toplam**	***P****
		Hayır	**Evet**		
Pandemiden önce ev kazası	Geçirmemiş	183 (76,9)	55 (23,1)	238 (79,3)	*0,052*
	Geçirmiş	40 (64,5)	22 (35,5)	62 (20,7)	
Pandemi döneminde ev kazası	Geçirmemiş	161 (74,5)	55 (25,5)	216 (72)	*0,884*
	Geçirmiş	62 (73,8)	22 (26,2)	84 (28)	
Toplam		223 (74,3)	77 (25,7)	300 (100)	

** Ki-kare testi*

6.15. Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılaması İle İlgili Puanlarının Çocuğun Pandemi Öncesinde ve Pandemi Dönemi Sırasında Ev Kazası Geçirme Durumu Açısından Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan annelerin ev kazalarına yönelik önlemleri tanılaması ile ilgili puanları pandemi öncesi ve pandemi döneminde ev kazası geçirme durumu açısından karşılaştırıldığında; toplam ölçek puanlarında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık

Tablo 6.26. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanları ve çocuğun pandemi öncesinde ve pandemi dönemi sırasında ev kazası geçirme durumu

Özellik		Sayı	Ortalama toplam puan (min-maks)	*p**
Pandemiden önce ev kazası	Geçirmemiş Geçirmiş	239 61	190 (117-200) 191 (139-200)	*0,536*
Pandemi döneminde ev kazası	Geçirmemiş Geçirmiş	216 84	190 (117-200) 191 (139-200)	*0,914*

**Mann Whitney U testi*

6.16. Ev Kazası Geçirme Durumuna Göre Oluşturulan Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Çalışamaya katılan çocuklar pandemi öncesi ve pandemi döneminde ev kazası geçirme durumlarına göre üç gruba ayrılmıştır:

- Grup 1: Pandemi öncesine göre karşılaştırıldığında pandemi döneminde ev kazası geçirme durumu değişmeyen çocuklar (her iki dönemde aynı sayıda kaza geçirmiş ya da her iki dönemde de hiç kaza geçirmemiş çocuklar)
- Grup 2: Pandemi öncesinde ev kazası geçirmiş olup pandemi döneminde ev kazası geçirmemiş çocuklar
- Grup 3: Pandemi öncesinde ev kazası geçirmemiş olup pandemi döneminde ev kazası geçirmiş çocuklar.

Gruplarda yer alan çocuklar sayı ve yüzde olarak Tablo 6.27'de görülmektedir. Pandemi öncesine göre karşılaştırıldığında pandemi döneminde ev kazası geçirme durumu değişmeyen grupta (Grup 1) 192 çocuk, pandemi öncesinde ev kazası geçirmiş ancak pandemi döneminde ev kazası geçirmemiş olan grupta (Grup 2) 43 çocuk ve pandemi öncesinde ev kazası geçirmemiş ancak pandemi döneminde ev kazası geçirmiş olan grupta (Grup 3) ise 65 çocuk bulunmakta idi. Diğer bir deyişle, 300 katılımcı çocuğun 65'inde (%21,7) pandemi döneminde önceki döneme göre kaza sayısında artış tespit edilmiştir.

Tablo 6.27. Çalışma gruplarının sayı ve yüzdelik değerleri

Grup	Sayı	%
Grup 1	192	64
Grup 2	43	14,3
Grup 3	65	21,7

Tablo 6.28'de çalışma gruplarının çocuk ve ebeveyn yaşları açısından değerlendirilmesi görülmektedir. Anne ve babaların yaşları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p>0,05).

Çocukların yaşları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,000). Çocukların yaş ortancaları Grup 1'de 44 ay (min:10 max:72), Grup 2'de 37 ay (min:12 max:72) ve Grup 3'te ise 23 ay (min:10 max:71) olarak saptanmıştır. Pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirleri alınan dönemde pandemi öncesine göre geçirdikleri kaza sayısı artan çocukların (Grup 3) istatistiksel anlamlı olarak daha küçük yaşta çocuklar olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.28. Ebeveyn ve çocuk yaşları açısından grupların değerlendirilmesi

Özellik	Grup 1	Grup 2	Grup 3	*p**
	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	
Anne yaşı (yıl)	30 (21-45)	32 (21-45)	32 (21-43)	*0,314*
Baba yaşı (yıl)	34 (24-52)	35 (26-49)	33 (21-48)	*0,708*
Çocuk yaşı (ay)	44 (10-72)	37 (12-72)	23 (10-71)	***0,000***

**Kruskal Wallis testi*

Tablo 6.29 ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından çalışma gruplarının karşılaştırılması görülmektedir. Annenin sağlık durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,016). Sağlık sorunu olan anne oranı Grup 1'de %10,9, Grup 2'de %25,6 ve Grup 3'te ise %21,5 olarak saptanmıştır. Pandemi döneminde ve pandemi öncesinde benzer kaza geçirme durumu olan çocukların (Grup 1) annelerinde diğer gruplara göre daha az sağlık sorunu bulunduğu belirlenmiştir.

Grupların anne ve baba eğitimi, çalışma durumları ve babanın sağlık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05) (Tablo 4.13.2).

Tablo 6.29. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından grupların karşılaştırılması

Özellik		Grup1 Sayı (%)	Grup 2 Sayı (%)	Grup 3 Sayı (%)	*p**
Anne eğitim durumu	İlköğretim Lise Üniversite	73 (38,0) 67 (34,9) 52 (27,1)	8 (18,6) 17 (39,5) 18 (41,9)	22 (33,8) 27 (41,5) 16 (24,6)	*0,104*
Anne çalışma durumu	Çalışmıyor Çalışıyor	149(%77,6) 43(%22,4)	28(%65,1) 15(%34,9)	52(%80,0) 13(%20,0)	*0,161*
Annede sağlık sorunu	Yok Var	171 (89,1) 21 (10,9)	32 (74,4) 11 (%25,6)	51 (78,5) 14 (21,5)	***0,016***
Baba eğitim durumu	İlköğretim Lise Üniversite	61 (31,8) 78 (40,6) 53 (27,6)	10 (23,3) 17 (39,5) 16 (37,2)	23 (35,4) 25 (38,5) 17 (26,2)	*0,627*
Baba çalışma durumu	Çalışmıyor Çalışıyor	8 (4,2) 184 (95,8)	0 (0) 43 (100)	1 (1,5) 64 (98,5)	*0,409*
Babada sağlık sorunu	Yok Var	171 (89,1) 21 (10,9)	38 (88,4) 5 (11,6)	61 (93,8) 4 (6,2)	*0,501*
Toplam		192 (100,0)	43 (100,0)	65 (100,0)	

** Mann Whitney U testi*

Tablo 6.30'da ailenin sosyodemografik özellikleri açısından çalışma gruplarının karşılaştırılması görülmektedir. Ailenin aylık geliri, aile tipi, evlerinin kendilerine ait olup olmaması, evdeki çocuk sayısı ve evde sürekli bakım gerektiren birey varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir (p>0,05) (Tablo 4.13.3).

Tablo 6.30. Ailenin sosyodemografik özellikleri açısından grupların karşılaştırılması

Özellik		**Grup 1 Sayı (%)**	**Grup 2 Sayı (%)**	**Grup 3 Sayı (%)**	***p****
Ev kendilerine mi ait?	Hayır Evet	72 (37,5) 120 (62,5)	20 (46,5) 23 (53,5)	30 (46,2) 35 (53,8)	*0,330*
Ailenin tipi	Çekirdek aile Geniş aile	166 (86,5) 26 (13,5)	37 (86,0) 6 (14,0)	61 (93,8) 4 (6,2)	*0,260*
Aylık gelir düzeyi	<2300 TL 2300-5000 TL >5000 TL	16 (8,3) 117 (60,9) 59 (30,7)	3 (7,0) 21 (48,8) 19 (44,2)	5 (7,7) 44 (67,7) 16 (24,6)	*0,304*
Çocuk sayısı	1 çocuk 2 çocuk ≥3 çocuk	49 (25,5) 92 (47,9) 51 (26,6)	13 (30,2) 22 (51,2) 8 (18,6)	17 (26,2) 34 (52,3) 14 (21,5)	*0,790*
Evde bakım gerektiren birey	Yok Var	187 (97,4) 5 (2,6)	43 (100) 0 (0,0)	64 (98,5) 1 (1,5)	*0,841*
Toplam		192 (100,0)	43 (100,0)	65 (100,0)	

** Mann Whitney U testi*

Tablo 6.31 çocukların özellikleri açısından çalışma gruplarının karşılaştırılmasını göstermektedir. Çocukların cinsiyeti ve ailede kaçıncı çocuk olduğu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05).

Tablo 6.31. Çocukların özellikleri açısından grupların karşılaştırılması

Özellik		**Grup 1 Sayı (%)**	**Grup 2 Sayı (%)**	**Grup 3 Sayı (%)**	***p****
Çocuğun cinsiyeti	Kız Erkek	89 (46,4) 103 (53,6)	17 (39,5) 26 (60,5)	34 (52,3) 31 (47,7)	*0,424*
Ailenin kaçıncı çocuğu?	1. çocuk 2. çocuk 3. veya diğer	97 (50,5) 66 (34,4) 29 (15,1)	21 (48,8) 17 (39,5) 5 (11,6)	27 (41,5) 28 (43,1) 10 (15,4)	*0,697*
Toplam		192 (100,0)	43 (100,0)	65 (100,0)	

** Mann Whitney U testi*

6.17. Çalışma Gruplarının Pandemi Dönemi ile İlgili Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Tablo 6.32 pandemi dönemi ile ilgili aile özellikleri açısından grupların karşılaştırılmasını göstermektedir.

Pandemi döneminde annelerin çalışma durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür (p=0,044). Grup 2'de pandemi boyunca çalışan anne oranı %27,9 iken diğer gruplarda daha az oranda çalışan annelerin olduğu belirlenmiştir. Diğer bir deyişle, pandemi öncesinde ev kazası geçirmiş ancak pandemi döneminde ev kazası geçirmemiş çocukların (Grup 2) annelerinin bu dönemde daha yüksek oranda çalıştığı görülmüştür.

Pandemide çocuğa bakan kişi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (p=0,023). Pandemi döneminde bakımından sorumlu kişinin anne olduğu çocukların oranı Grup 3'te %92,3 iken Grup 1'de %83,9 ve Grup 2'de ise %69,8 olarak saptanmıştır. Diğer bir deyişle, pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde pandemi öncesine göre kaza geçirme sayısı artan çocuklara (Grup 3) daha fazla oranda annenin bakım verdiği belirlenmiştir.

Ailede COVİD-19 tanısı alan bireyin varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,041). COVİD-19 tanısı alan birey sıklığı Grup 3'te %10,8 olarak gözlenmiş olup bu sıklık Grup 1 ve Grup 2'de sırayla %25,5 ve %25,6 şeklinde bulunmuştur. Pandemi öncesinde ev kazası geçirmemiş ancak pandemi döneminde ev kazası geçirmiş çocukların (Grup 3) ailelerinde COVİD-19 tanısı alan birey sıklığı daha az bulunmuştur.

COVİD-19 nedeniyle yatış öyküsü ve COVİD-19 nedeniyle ölüm öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.32. Pandemi dönemi ile ilgili aile özellikleri açısından grupların değerlendirilmesi

Özellik		**Grup 1 Sayı (%)**	**Grup 2 Sayı (%)**	**Grup 3 Sayı (%)**	***p****
Pandemi döneminde annenin çalışma durumu	Çalışmıyor Çalışıyor	164 (85,4) 28 (14,6)	31 (72,1) 12 (27,9)	58 (89,2) 7 (10,8)	***0,044***
Pandemi döneminde çocuğa bakan kişi	Anne Bakıcı Diğer	161 (83,9) 3 (1,6) 28 (14,6)	30 (69,8) 2 (4,7) 11 (25,6)	60 (92,3) 1 (1,5) 4 (6,2)	***0,023***
Ailede COVİD-19 tanısı alan kişi	Yok Var	143 (74,5) 49 (25,5)	32 (74,4) 11 (25,6)	58 (89,2) 7 (10,8)	***0,041***
COVİD-19 nedeniyle hastanede yatış öyküsü	Yok Var	178 (92,7) 14 (7,3)	41 (95,3) 2 (4,7)	65 (100,0) 0 (0,0)	*0,056*
COVİD-19 nedeniyle ölüm öyküsü	Yok Var	191 (99,5) 1 (0,5)	42 (97,7) 1 (2,3)	65 (100) 0 (0,0)	*0,313*
Toplam		192 (100,0)	43 (100,0)	65 (100,0)	

* *Ki-kare testi*

6.18. Ev Kazası Geçirme Durumuna Göre Oluşturulan Çalışma Gruplarının Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Bilgi Sahibi Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Annelerin ev kazalarına yönelik bilgi sahibi olma durumu açısından çalışma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 6.33).

Tablo 6.33. Annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi sahibi olma durumu açısından grupların karşılaştırılması

		Grup 1 Sayı (%)	**Grup 2 Sayı (%)**	**Grup 3 Sayı (%)**	***p****
Ev kazaları ile ilgili bilgi	Almamış	145 (75,5)	28 (65,1)	50 (76,9)	*0,319*
	Almış	47 (24,5)	15 (34,9)	15 (23,1)	
Toplam		192 (100,0)	43 (100,0)	65 (100,0)	

** Mann Whitney U testi*

6.18. Ev Kazası Geçirme Durumuna Göre Oluşturulan Çalışma Gruplarının Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılaması ile İlgili Puanları Açısından Karşılaştırılması

Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının gruplarda benzer olduğu belirlenmiştir (p>0,05). Her üç grupta da annelerin aldığı puanların yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 6.34).

Tablo 6.34. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanları açısından grupların karşılaştırılması

Özellik	**Grup 1**	**Grup 2**	**Grup 3**	***p****
	Ortanca (min-max)	**Ortanca (min-max)**	**Ortanca (min-max)**	
Toplam ölçek puanı	190 (117-200)	191 (139-200)	191 (139-200)	*0,517*

**Krusskal Wallis testi*

7. TARTIŞMA

Ev kazaları, erken çocukluk döneminde ölüm ve morbiditenin önemli nedenlerindendir. Çocukların hareket becerilerinin tam gelişmemiş ve bilişsel ve davranışsal gelişimlerinin henüz tamamlanmamış olması, merak, dürtüsellik ve yeni becerilere ulaşma isteği gibi özelliklerinin çocuklarda kazalara bağlı yaralanma riskini artırdığı bilinmektedir. Özellikle ev ortamı için ailelere verilen eğitim ve güvenlik önerileri kazaların önlenmesinde önemlidir. Çocukların en çok maruz kaldıkları kazaların farkında olarak gerekli önlemlerin alınması çocuklarda kaza riskinin azalmasına neden olmaktadır (191). Son dönemde COVİD-19 pandemisi nedeniyle oluşan sosyal izolasyonun çocuklarda ev içi kaza sıklığında artışa neden olduğu gözlenmektedir. Kreş ve okulların kapatılması ve 18 yaş altı çocukların sokağa çıkmalarının kısıtlanması gibi önlemlerin çocuklarda ev kazaları riskini artırabileceği bildirilmektedir. Bu dönemde yanık, boğulma ve elektrik çarpması risklerine ek olarak, küçük çocukların ulaşabileceği yerlerde bırakılan antiseptik solüsyon, dezenfektan ve ilaçların zehirlenme riskini artırabileceği gözlenmektedir (187). Bu nedenle pandemi döneminde ebeveynlerin evlerinin ve çocuk alanlarının güvenliğini sağlaması ve çocuklarını gözetim altında tutması çok daha zorunlu hale gelmiştir.

Araştırmamızda COVİD-19 pandemisi döneminde çocuk sağlığı izlem polikliniğine rutin izlem amacıyla başvuran 0-6 yaş arasındaki çocukların pandemi öncesi ve pandemi döneminde geçirdikleri ev kazası sayılarını belirlemek, annelerin çocuklarını ev kazalarından korumak için ev içerisinde alınacak önlemler ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmek ve bu tutumların, sosyodemografik özelliklerin ve pandemi döneminde aile ile ilgili etkenlerin çocuğun ev kazası geçirme öyküsü ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır. Bu amaçla, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde Ağustos 2020–Kasım 2020 tarihleri arasında izlemi yapılan ve çalışmaya alınma kriterlerine uyan 300 çocuk-anne çifti ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu dönem COVİD-19 pandemisi nedeniyle çocuk yaş grubunu da içeren belirli yaş gruplarının sokağa çıkmasının kısıtlanması ve okulların uzaktan eğitime geçmesi başta olmak üzere kısıtlama önlemlerinin devam etmekte olduğu bir dönemdi. Bu çalışmanın, daha önce benzeri yaşanmamış bu olağanüstü pandemi sürecinde alınan kısıtlama önlemlerinin ev kazaları oluşumuna olan etkisinin belirlenmesi ve ailelerin bu dönemde aldıkları tedbirlerin değerlendirilmesi üzerine yeni veriler oluşturacağı beklenmektedir. Ayrıca bu çalışmadan elde edilecek verilerin, pandemi döneminde alınan önlemlerin olumsuz etkisinin azaltılması ve gelecekteki olası salgınların yönetiminde çocuk ve toplum için yeni politikalar oluşturulmasına yardımcı olması beklenmektedir.

7.1. Araştırmaya Katılan Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Bilgi Alma Durumunun Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan annelerin yaş ortalamasının 30,99±5,56 yıl, babaların yaş ortalamasının ise 34,71±5,61 yıl olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin çoğunlukla lise mezunu olduğu gözlenirken, annelerin %76,3'ünün çalışmadığı, babaların ise %97'sinin çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan çocukların yaş ortalaması 39,48±19,56 ay olup %46,7'sinin kız, %53,3'ünün erkek olduğu görülmüştür.

Katılımcı annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumu sorgulandığında; 300 annenin %74,3'ünün (n=223) daha önce ev kazaları ile ilgili bilgi almamış olduğu, %25,7'sinin (n=77) ise farklı kaynaklardan ev kazaları ile ilgili bilgi almış olduğu öğrenilmiştir. Tsoumakas ve ark,'ın yaptıkları bir çalışmada, ebeveynlerin %48,7'sinin ev kazalarını önleme konusunda yeterince bilgilendirilmediği belirlenmiştir (192). Bu çalışma ile karşılaştırıldığında, çalışmamızda yer alan annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiş ve ebeveynlerin ev kazaları ile ilgili olarak bilgilendirilmesinin gerekliliği ortaya konulmuştur.

Çalışmamızda; ev kazaları ile ilgili olarak annelerin en sık bilgi aldıkları kaynağın sağlık personeli (%31,7) olduğu belirlenmiş, %28,3'ünün bilgiye internetten eriştiği, %14,2'sinin ise bir toplantı ya da seminere katılarak bilgi aldığı öğrenilmiştir. Benzer olarak, Tsoumakas ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da ebeveynlerin ev kazaları ile ilgili başlıca bilgi kaynaklarının çocuk doktorları (%48,6) ve medya (%39,9) olduğu görülmüştür (192). İtalya'da yapılan başka bir çalışmada; ebeveynlerin hekimlerden %40,3, televizyon ve gazetelerden %35,3, internetten ise %18,3 oranında ev kazaları ile ilgili bilgi aldığı belirlenmiştir (193). Thein ve arkadaşlarının benzer bir çalışmasında ise katılımcı ebeveynlerin %38'i doktorlardan ve diğer sağlık personelinden ev kazaları ile ilgili bilgi aldığını bildirmiştir (194). Bu veriler, çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde, ebeveynlerin ev kazaları ve önlemleri hakkında bilgilendirilmesinde, dolayısıyla çocuklarda ev kazalarının önlenmesinde sağlık çalışanlarının, çocuk doktorlarının ve halk sağlığı çalışanlarının önemli rollerini vurgulamaktadır. Hekimlerin özellikle çocuk doktorlarının pediatrik yaralanmaları önlemeye yönelik güvenlik önlemleri konusunda ebeveynlere ileriye dönük rehberlik sağlamada önemli görevleri bulunmaktadır(193). Çocuk sağlığı izleminde; sağlık personelinin ebeveyn ve bakıcıların eğitiminin bir parçası olarak yaralanma önleme önerileri vermesi izlemin bir parçası olarak düşünülmelidir (194). Bu durumu destekler nitelikte olmak üzere Corrarino ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları bir çalışmada; halk sağlığı hemşirelerinin ailelere ev kazaları hakkında

verdikleri eğitim sonrasında ebeveynlerin ev kazalarını önlemek için güvenlik önlemlerini artırdıkları saptanmıştır (195).

Annenin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunu ailenin sosyodemografik özelliklerinin etkileyebileceği bilinmektedir. Anne eğitim düzeyinin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunda farklılığa neden olabileceği önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Annenin eğitim düzeyi ne kadar yüksekse çocukluk çağı yaralanmaları konusunda doğru bilgi ve pratiğe sahip olma olasılığının da o kadar yüksek olduğu bildirilmiştir (3, 194). Tomruk ve arkadaşları üniversite mezunu annelerin ev yaralanmaları konusundaki bilgilerinin düşük eğitim seviyesinde olan annelere göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir (196). Çalışmamızda da önceki çalışmalara benzer şekilde, annenin eğitim düzeyi açısından ev kazaları ile bilgi alma durumunda istatistiksel olarak farklılık olduğu tespit edilmiştir. İlköğretim düzeyinde eğitimi olan annelerin sadece %9,7'si ev kazaları ile ilgili bilgiye sahip iken, bu oran lise düzeyinde eğitim almış olanlarda %24,3, üniversite mezunlarında ise %46,5 olarak saptanmış ve eğitim düzeyi yüksek olan annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma sıklığının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gözlemler annenin eğitim düzeyindeki yüksekliğin çocuk bakımı ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyini artırabileceğini öngörmektedir.

Çalışmamızda, çalışan annelerin ev hanımı olan annelere kıyasla daha yüksek oranda ev kazaları ile ilgili bilgiye sahip olduğu saptanmıştır. Bu bulguyu destekler nitelikte olmak üzere önceki bir çalışmada; genç, çalışan, eğitimli ve sosyoekonomik düzeyi yüksek annelerin diğerlerine göre ev kazaları ile ilgili daha yüksek bilgiye ve daha olumlu tutumlara sahip olduğu gösterilmiştir (3). Annelerin önleyici tedbirler hakkında iyi düzeyde bilgisinin tutumlarında iyileşme ile sonuçlandığı belirtilmektedir (8).

Ailede her iki ebeveynin eğitim düzeyinin yüksek olması ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunu olumlu etkileyebilir. Ebeveynlerin bilgisi ve uygulamalarının, çocukların uygun davranış oluşturması ve müdahalelerin etkin kullanımı için önemli olduğu bilinmektedir (193). Çalışmamızda babaların eğitim düzeyinin yüksek olmasının annelerin ev kazaları ile bilgi sahibi olma durumunu etkilediği gösterilmiş olup üniversite mezunu olan babaların eşlerinin %48,8'inin ev kazaları ile bilgi almış olduğu, daha düşük eğitim düzeyine sahip babaların eşlerinin ise düşük oranda bilgi almış olduğu gösterilmiştir. Eğitim düzeyi dahil olmak üzere sosyodemografik değişkenler, ebeveynlerin yaralanma önleme bilgisiyle doğrudan ilişkili olarak gözlenmektedir. Bu bulgu, eğitimin güçlü bir araç olduğuna dair kanıtlarla tutarlı olarak, yüksek bir eğitim düzeyine sahip olan bireylerin medya ve sağlık personeli tarafından verilen bilgileri doğru şekilde anlama ve günlük hayata uygulama becerilerinin de yeterli olması ile açıklanmaktadır (197).

Çalışmamızda ebeveynin yaşı açısından annelerin ev kazaları ile ilgili bilgiye sahip olma durumunda istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Buna karşın, 25 yaş ve altındaki annelerin %13,6'sının, daha büyük yaştaki annelerin ise %28'inin ev kazaları ile ilgili bilgiye sahip olduğu belirlenmiş ve çok genç annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma oranının daha az olduğu gözlenmiştir. Bu bulguya benzer olarak önceki bir çalışmada; ebeveyn yaşı arttıkça ev kazaları ile ilgili bilgiye sahip olma oranının da arttığı bildirilmiş ve daha büyük yaştaki ebeveynlerin ev güvenliği tehlikelerini belirleme ve önleyici tedbirlerin faydasını algılama olasılığının da daha yüksek olduğu belirtilmiştir (193). Bu çalışmaya benzer olarak, Avrupa Birliği ülkelerinde yapılmış benzer çalışmaları değerlendiren ve genç ebeveynlerin bilgi kaynaklarının analiz edildiği bir derlemede; 24 yaş altındaki ebeveynlerin ev kazaları ile ilgili bilgi kaynağı olarak ailelerini gösterdikleri bildirilmiş ve bu grubun çocuklarının kaza sonucu yaralanmasını önleme konusunda bilgi kaynağı olarak ürünlerle birlikte gelen broşürleri veya talimatları en az dikkate alan grup olduğu gözlenmiştir (198). Diğer yandan, Eldosoky ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; bulgularımızın tersine, genç annelerin daha yüksek oranda ev kazaları ile ilgili bilgiye sahip oldukları gösterilmiştir. Bu örneklemdeki genç annelerin neredeyse tamamının üniversite eğitimini tamamlamış olmalarının ve bu nedenle daha fazla sağlık bilincine ve motivasyona sahip olmalarının bu farkı yarattığı düşünülmüştür (3).

Çocuk sayısının annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumuna etkisi bir diğer önemli bulgu olarak gözlenmektedir. Çalışmamızda 3 ve daha çok çocuklu ailelerde annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma sıklığının tek çocuklu ve iki çocuklu ailelere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda çalışmaya katılan çocuğun ailedeki sırası açısından da bilgi alma durumunda farklılık saptanmış ve ailede üçüncü veya daha sonraki sırada olan çocukların annelerinin ev kazaları ile ilgili bilgi almış olma sıklığının en düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda elde edilen bu bulguya benzer olarak, İran'da yapılan bir çalışmada 3 çocuktan fazla çocuğa sahip annelerin ev kazaları ile ilgili daha az bilgi sahibi olduğu bildirilmiştir(199). Gielen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da çok çocuklu annelerin ev kazaları ile ilgili olarak daha az bilgiye sahip olduğu gösterilmiştir(200). Önceki çalışmalarda; üçten fazla çocuğu olan veya en az iki okul öncesi çocuğu olan annelerin ev kazaları ile ilgili daha düşük bilgi düzeyine sahip olmalarının altında yatan nedenlerin çocukların bakımı ve yetiştirilmesi ile meşgul olmaları, çocuklarının bakımına ayırdıkları sürenin kısa olması ve daha az boş zamana sahip olmaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir (1).

Çalışmamızda annenin ev kazaları ile ilgili bilgi sahibi olma durumunun çekirdek aile ve kalabalık aileye mensup annelerde benzer olduğu gösterilmiştir. Bu bulgudan farklı olarak, önceki çalışmalarda geniş aile tiplerinde annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma düzeyinin

daha yüksek olduğu bildirilmiştir (199). Çalışmamızda aile tipleri açısından bilgi alma durumunda farklılık saptanmaması kültürel ve sosyal nedenlerle açıklanabilir.

Ailelerin sosyoekonomik durumlarının da ebeveynlerin ev kazasına ilişkin bilgilerini ve önlemlerini etkilediği önceki çalışmalarda bildirilmiştir (1). Çalışmamızda aylık toplam geliri 5000 TL'nin üzerinde olan ailelerde annelerin ev kazalarına ilişkin bilgi alma sıklığının %43,6 olduğu, buna karşın 2300 TL altında gelire sahip annelerin ise sadece %4,2'sinin ev kazaları ile ilgili bilgi almış olduğu saptanmıştır. Bu bulguyu destekler nitelikte olmak üzere, Eldosoky ve arkadaşları sosyoekonomik düzeyi yüksek annelerin daha iyi önleyici davranışlara sahip olduğunu göstermiştir (3). Vincenten ve arkadaşlarının yaptığı derleme çalışmasında; daha yüksek gelire sahip ebeveynlerin belirli bir güvenlik ürünü satın alma olasılığının daha yüksek olduğu, buna karşın daha düşük gelire sahip olanların ise çocuklarını sadece denetledikleri saptanmıştır (198). Bu çalışmalardan farklı olarak, Vladutiu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise; önleyici davranışlar ile annelerin tutum ve bilgi sahibi olma durumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; yaş, eğitim durumu, gelir veya evin kendilerine ait olup olmama durumunun önleyici davranışlar üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir (201).

Çalışmamızda çocuğun cinsiyeti ve yaşının annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunu etkileyen faktörler olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlara benzer olarak, Gabriella ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da annenin ev kazaları ile ilgili bilgi alma durumunun çocuğun yaşı ve cinsiyeti açısından değişiklik göstermediği belirlenmiştir (193).

Çalışmamızın sonuçları, özellikle yaşı çok genç, eşinin ve kendisinin eğitim düzeyi düşük, ev hanımı, çok çocuklu ve gelir düzeyi düşük annelerde ev kazaları ile ilgili bilgi alma düzeyinin de düşük olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, özellikle sosyoekonomik açıdan düşük düzeye sahip ebeveynlere yönelik uygun stratejilerin hazırlanması ve ev yaralanmalarını önleme ile ilgili olarak toplumun bu grubunun farkındalığının artırılmasının gerektiği açıktır. Televizyon, radyo, basın ve eğitim siteleri gibi kitle iletişim araçlarının bu amaçla kullanımının bilgi ve tutumların teşvik edilmesinde yapıcı rol oynayabileceği unutulmamalıdır (8).

7.2. Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılamasına Ait Bulgularının Değerlendirilmesi

Ebeveynlerin önleyici tedbirlere ilişkin bilgi ve tutumlarının çocukların kasıtsız ev yaralanmalarının azaltılmasında önemli rolü vardır. Çocukları ev kazalarından korumak için annenin bu konuda bilgi sahibi olması ve olabilecek kazaları önceden öngörebilmesi gerekmektedir (199). Çalışmamızda; araştırmaya katılan 300 annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının ortalaması 185,64±13,70 ve ortancası 191

olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puan en az 40, en fazla 200 olup araştırmaya katılan annelerin evlerinde ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini oldukça yüksek oranda aldıkları gözlenmiş, önlemler konusunda farkındalıklarının yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde çalışmamızda kullanılan ölçeğin kullanıldığı çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Annelerin ölçekten aldıkları puan ortalaması Altundağ ve Öztürk tarafından yapılan bir çalışmada 158,98±14,48 (202), Koştu tarafından yapılan bir diğer çalışmada 162,13±22,39 (203) ve Korğalı ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise 177,25+14,62 olarak tespit edilmiştir (204). Araştırmamızdaki annelerin bu çalışmalardan daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Diğer yandan, literatürde bu ölçek kullanılarak yapılan bazı çalışmalarda ise annelerin sosyokültürel ve sosyoekonomik durumu gibi nedenler sonucu çok daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmalara örnek olarak; Özmen ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada annelerin ölçek puanlarının ortalama 76,92±12,45 olduğu (205), Çevik ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise 67,73±8,53 olduğu bulunmuştur (206). Çalışmamızda annelerin ev kazalarına karşı alınan önlemleri tanılaması ile ilgili puanları genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmamıza katılan ve çocuklarını çocuk sağlığı izlemlerine getiren annelerin ev kazalarına karşı güvenlik önlemleri konusunda yüksek düzeyde bilgi ve farkındalıklarının olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sağlığı izlemi amacıyla gelen çocukların annelerinin evlerinde güvenlik önlemlerini büyük oranda aldığına dair bulgular izlemde sağlık personeli tarafından eğitimin verilmekte olduğunu göstermektedir. Ev kazalarına yönelik güvenlik önlemleri konusunda çocuk sağlığı izlemlerinde ve medyada bilgilendirmelerin yapılması bu konudaki farkındalığın artışını sağlayacaktır.

Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının çeşitli sosyodemografik etkenler ile farklılaşabileceği, ailenin özelliklerinin ev kazalarına karşı alınan önlemler ile ilgili değişiklikler yaratabileceği bilinmektedir. Çalışmamıza katılan annelerin ve eşlerinin eğitim düzeylerinin ölçekten alınan puanlarda farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. İlköğretim düzeyinde eğitim almış annelerin lise ve üniversite mezunu annelere göre ev kazalarına karşı daha az önlem aldığı belirlenmiştir. Benzer olarak, eşi ilköğretim mezunu olan annelerin de eşi lise ve üniversite mezunu olanlara göre daha düşük puana sahip olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda çalışmamızdaki sonucu destekleyen bulgular elde edilmiştir. Erkal ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, lise mezunu annelerin ölçek puan ortalamalarının ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip annelere göre anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (207). Ülkemizde yapılan önceki bazı çalışmalarda da ebeveynlerin özellikle de annelerin eğitim durumları ne kadar yüksekse, çocuklarının sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik olumlu davranışlarının da o kadar fazla olduğu belirtilmiştir (204, 208). Bu çalışmalara benzer olarak, önceki uluslararası çalışmalarda da

annenin eğitimi ne kadar yüksekse, çocukluk çağı yaralanmaları ve önlenmesi konusunda doğru bilgi ve uygulamaya sahip olma olasılığının o kadar yüksek olduğu belirlenmiştir (3,194). Bu verilerin aksine, ulusal bir çalışmada üniversite mezunlarının dahi tanılama ölçeğinden düşük puan aldığı saptanmıştır (97). Benzer olarak, bazı çalışmalarda annelerin yaralanmayı önleme konusundaki bilgilerinin eğitim yılları ile ters orantılı olduğu gösterilmiş ve bunun yüksek eğitimli annelerin genellikle iş sahibi olmaları ve gün içinde çoğu kez evde bulunmamaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (8,9). Önceki birçok çalışmaya benzer olarak, çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeyi yükseldikçe ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının artması eğitim durumunun ev kazalarını önlemedeki önemini yansıtmaktadır. Eğitimli ebeveynlerin, çocuklarını ev kazalarından korumaları gerektiğinin farkında olmaları, çocuğun sağlığını korumak ve geliştirmek için daha fazla çaba harcamaları ve ev kazalarını önlemek için evde alınması gereken önlemleri almaları beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızda annelerin yaşı açısından ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının farklılık göstermediği belirlenmiştir. Annelerin kazalara yönelik güvenlik önlemlerini inceleyen önceki bazı araştırmalarda da annelerin yaşı açısından ölçek puanlarında farklılık bulunmamıştır (97, 204). Erkal ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada 16-25 yaş grubunda olan annelerin ölçekten daha yüksek puanlar aldığı saptanmışken (207), bunun aksine başka bir çalışmada ise annenin 27 yaş üzerinde olması durumunda ölçek puan ortalamasının anlamlı düzeyde arttığı bildirilmiştir (205). Eldosoky ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada genç annelerin daha yaşlı olanlara göre daha yüksek bilgiye ve daha olumlu tutumlara sahip olduğu gösterilmişken (3), Lafta ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise yaşlı annelerin genç yaştaki annelere göre ev içi kazaları önleme konusunda daha iyi bir bilgi düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (9). Yaş arttıkça annelerin ev kazaları ile ilgili farkındalıklarının artışı beklenmekle birlikte, çalışmamızda her yaş grubunda genel olarak puanların yüksek olması ev kazalarına karşı farkındalığın bütün anne yaş gruplarında yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılan ev hanımı annelerin çalışan anneler ile karşılaştırıldığında, ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu, yani ev kazaları ile ilgili güvenlik önlemlerini daha az aldığı saptanmıştır. Benzer şekilde, eşi çalışan annelerin eşi çalışmayan annelere göre daha yüksek puanlar aldığı belirlenmiştir. Bu bulgularımız aynı ölçeğin kullanıldığı ve çalışan annelerin daha yüksek puanlar aldığı önceki çalışmalara benzer bulunmuştur (209, 210). Bu bulguların tersine, İran'da yapılan iki çalışmada çalışan annelerin ev kazalarına karşı önlemlerle ilgili bilgi düzeyi daha düşük saptanmışken (8, 199), Mısır'da yapılan başka bir çalışmada ise çalışan annelerin daha yüksek bilgiye ve olumlu tutumlara sahip olduğu gösterilmiştir (3). Çalışan ebeveynlerin daha

yüksek eğitim düzeyine sahip olması nedeniyle ev kazaları ile ilgili farkındalığının yüksek olması bu durumun altında yatan neden olarak düşünülebilir. Ayrıca çalışan ebeveynlerin evde olmadıkları süreçte çocuklarının güvenliğini sağlamak için ev kazalarından korunma yöntemlerine daha çok dikkat etmeleri de diğer önemli bir neden olarak öngörülebilir.

Çalışmamızda kendi evlerinde yaşayan annelerin kirada yaşayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde ölçek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgumuzun tersine, kendi evlerinde yaşayan annelerin ev kazalarına yönelik önlemler konusunda daha az bilgiye sahip olduğu önceki bazı çalışmalarda gösterilmiştir (8, 199). Çalışmamızın bulgusunun, kendi evi olan ailelerin sosyoekonomik olarak daha yüksek düzeyde olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Kendi evlerinde yaşayan annelerin çocuklarını oluşabilecek ev kazalarından önlemeye yönelik tedbirleri daha çok aldığı ve evlerini ev kazalarını önleyecek şekilde düzenlediği gözlenmiştir.

Çalışmamızda anne ve babada kronik hastalık varlığı açısından annelerin tanılama ölçeğinden aldıkları puanlarının benzer olduğu görülmüştür. Önceki bir çalışmada; babaların sağlık durumuna göre annenin ölçek puanlarında farklılık olmadığı bildirilmiş, buna karşın, sağlıklı annelerin almış oldukları toplam puanların kronik hastalığı olan annelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (204). Çalışmamızda kronik bir hastalığı olan anne ve babaların sayısının çok fazla olmaması istatistiksel olarak benzerliğe neden olmuş olabilir.

Ailenin çekirdek aile ya da kalabalık aile olup olmamasının annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarında farklılığa neden olabileceği öngörülmektedir. Erkal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; geniş ailede yaşayan annelerin çekirdek ailelerle kıyaslandığında ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili ölçekten daha yüksek puan aldığı görülmüştür (207). Ancak çekirdek aileye sahip annelerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu gösteren önceki bazı çalışmalar da bulunmaktadır (37, 97, 205). Çalışmamızda çekirdek aile ve kalabalık ailede yaşayan annelerde ölçek puanlarının benzer olduğu, yani ev kazalarına yönelik benzer şekilde önlem aldıkları görülmüştür. Bu sonuç önceki bir araştırmanın sonuçları ile benzer bulunmuştur (86). Bu verilerin tersine, önceki bir çalışmada kalabalık aileye sahip annelerin çekirdek ailelerle kıyaslandığında ev kazalarına yönelik önlemler konusunda daha yüksek bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir (8). Özellikle kalabalık ailelerde de ev kazalarına yönelik önlemlerin alınıyor olması çocukların ev kazalarına karşı korunmasında önemli bir etmendir.

Çalışmamızda ailede üç ve daha fazla çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Benzer olarak, çalışmaya katılan çocuğun ailede üçüncü veya daha sonraki çocuk olduğu durumda da annelerin ölçek puanlarının, ailede ilk çocuk olan çocuğun annesinden daha düşük olduğu

saptanmıştır. Önceki bazı çalışmalarda da evde çocuk sayısı arttıkça ev kazaları ile ilgili önlemlerin daha az alındığı belirlenmiştir (203, 204, 207, 209). Hatamabadi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak, üç ve daha fazla çocuğu olan annelerin ev kazalarını önleme ile ilgili bilgi ve tutumlarının daha düşük olduğu görülmüştür (8). Çocuk sayısı arttıkça her çocukla geçirilen zamanın azalmasının ve ev kazalarını önlemek için alınması gereken önlemlere daha az dikkat edilmesinin kaza riskini artıracağı açıktır. Bu verilerin aksine, daha fazla çocuğu olan annelerin, daha az çocuğu olan annelere göre nispeten daha iyi kaza önleme bilgisine sahip oldukları önceki bir çalışmada gösterilmiştir (9).

Ev kazalarına karşı önlemlerin alınmasında ailenin gelir düzeyinin ve ekonomik durumunun önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Ülkemizde yapılan ve çalışmamızda kullanılan ölçeğin kullanıldığı bazı çalışmalarda yüksek gelir grubunda yer alan annelerin ölçek puan ortalamalarının düşük gelir grubundaki annelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (37, 86, 97, 207). Çalışmamızda da bu çalışmalara benzer olarak, ailenin gelir düzeyi arttıkça annelerin ölçek puanlarının da yükseldiği belirlenmiş ve geliri yüksek ailelerin ev kazalarına karşı daha fazla önlem alma eğiliminde olduğu görülmüştür. Benzer olarak, önceki bazı çalışmalarda da sosyoekonomik düzeyi yüksek annelerin düşük gelire sahip annelere göre ev kazalarını önleme konusunda daha yüksek oranda bilgiye sahip olduğu gösterilmiştir (3,8) Sosyoekonomik düzeyin yüksek olmasının ailelerde ev kazalarına karşı farkındalığın yüksek olması ile ilişkisi olduğu açıktır. Ayrıca yüksek sosyoekonomik düzeyde olan ailelerin ev kazalarına karşı koruyucu ürünleri alabilme, dolayısıyla çocuklarını ev kazalarına karşı koruyabilme olasılıklarının da yüksek olduğu bilinmektedir (197).

Annelerin tanılama ölçeğinden alınan puanlarının değerlendirildiği önceki çalışmalarda, çocuğun cinsiyetinin annenin ev kazaları ile ilgili önlem alma durumunda farklılığa neden olmadığı saptanmıştır (204, 210). Çalışmamızda da bu çalışmalara benzer olarak, kız ve erkek çocuğa sahip annelerin puanlarında benzerlik olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki bulgulardan farklı olarak Gündüz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; kız çocukların annelerinin ölçekten daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir (209). Buna karşın, önceki bazı çalışmalarda erkek çocukların annelerinin kız çocukların annelerine göre ölçekten daha yüksek puan aldığı, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (86, 97). Erkek çocukların kızlara oranla aşırı hareketli olmaları ve riskli oyun oynama alışkanlıklarının güvenlik önlemlerinin arttırılmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Çocukların yaşı ailenin kaza ile ilgili önlemleri almasında etkili bir faktör olarak gözlenmektedir. Önceki bazı çalışmalarda çocuğun yaşının kaza güvenlik önlemi almada etkili bir faktör olmadığı öne sürülmekle birlikte, bu çalışmalarda yaş gruplarının çok geniş sınırlar içerisinde olduğu gözlenmektedir (86, 209, 211). Akça ve arkadaşlarının aynı ölçeği kullanarak

yaptıkları bir çalışmada ise, kazalara yönelik güvenlik önlemi almada en yüksek puan ortalamasının 25-48 aylık çocukların, en düşük puan ortalamasının ise 49-72 aylık çocukların annelerinde olduğu tespit edilmiş, çocuğun yaşı büyüdükçe annelerin daha az güvenlik önlemi alma eğiliminde olduğu gözlenmiştir (97). Benzer olarak çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte, 49 aylıktan büyük çocukların annelerinin daha küçük çocukların annelerine göre puanlarının daha düşük olduğu, diğer bir deyişle yaşı büyük çocukların annelerinin daha az oranda güvenlik önlemi alma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Çocuğun yaşı büyüdükçe ve bilişsel ve davranışsal gelişimleri tamamlandıkça kaza riskinin azalacağı algısı ile ebeveynlerin ev kazalarına karşı önlem almada daha az aktif olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocuklara bakan kişi açısından annelerin ev kazalarına karşı alınan önlemleri tanılamasında farklılık olmadığı gösterilmiştir. Çocuğa bakan kişi kim olursa olsun annelerin ev kazalarına karşı benzer önlem aldıkları saptanmıştır. Bu bulguya benzer olarak, Erdem ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocuğa bakan kişiye göre ölçek puanlarında farklılık olmadığı tespit edilmiştir (210). Diğer yandan, Önal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise çocuğun bakımının bakıcı tarafından sağlanması halinde annelerin ölçek puanının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (86). Çalışmamızda bir bakıcı tarafından bakılan çocukların sayısının az olması ve çocuklara genellikle annelerin bakıyor olması sonuçlarda farklılık çıkmamasında bir etken olabilir.

Ebeveynlerin ev kazaları ile ilgili bilgiye sahip olmaları çocuklarını ev kazalarından korumak için gerekli ve yeterli önlemleri almasında önemli bir etmendir. Ev kazaları ile ilgili bilgisi olan ebeveynlerin bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artması evlerinde de ev kazalarına karşı önlemler almasını ve düzenlemeler yapmasını sağlamaktadır (8). Bu durumu destekler nitelikte olmak üzere, çalışmamızda önemli bir bulgu olarak, ev kazaları ile ilgili bilgi almış olan annelerin ev kazaları ile ilgili önlemleri tanılama puanlarının da yüksek olduğu belirlenmiş, aldıkları bilgiler ile evlerinde ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini alma ve yaşamlarına uyarlama eğiliminde oldukları tespit edilmiştir. Bu bulgu, çocuklarda ev kazalarına yönelik olarak ebeveynlere bilgi verilmesinin, ebeveynin evlerinde kaza ile ilgili önlemleri almasında ve dolayısıyla yaralanmaların önlenmesindeki önemini göstermektedir.

Çalışmamızın sonuçları; kendisinin ve eşinin eğitim seviyesi düşük, ev hanımı olan, eşi işsiz olan, çok çocuklu, ailesinin aylık geliri düşük olan, kendi evi olmayan ve ev kazaları ile ilgili bilgi almamış olan annelerin diğer annelere göre ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini almada yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, özellikle sosyoekonomik açıdan düşük düzeye sahip ebeveynlere yönelik ev kazalarını önleme ile ilgili uygun eğitim programlarının hazırlanması, toplumsal düzeyde eğitimlerin yapılması ve medya gibi araçlar

aracılığıyla farkındalığın artırılması çocuklarda ev kazalarının önlenmesinde etkili bir strateji olacaktır.

7.3. COVİD-19 Pandemisi Öncesinde Çocukların Ev Kazası Geçirme Durumu ve Etkileyen Faktörler

Kasıtsız yaralanmalar, 1–5 yaş arasındaki çocuklarda en önemli morbidite ve mortalite nedenidir ve yılda 750.000 ölümden ve 400 milyon ağır yaralanmadan sorumludur (199). Dünya geneline bakıldığında 0-6 yaş grubu için ev kazası geçirme sıklığı ülkelere göre değişmekle birlikte %9-77 olarak bildirilmektedir (212, 213). İran'da yapılan bir çalışmada 0-6 yaş grubunda geçirilen kaza sıklığı %22,6 (200), Yunanistan'da yapılan bir çalışmada ise %23,4 olarak tespit edilmiştir (192) Mısır'da benzer konuda farklı zamanlarda yapılmış üç ayrı çalışmada bu yaş grubunda ev kazalarının görülme sıklığının %38,3-50,3 arasında olduğu bildirilmiştir (3, 213, 215).

Ülkemizde yapılmış çalışmalarda 0-6 yaş grubunda çocuklar için ev kazası geçirme sıklığının %15,5-65 arasında olduğu bildirilmiştir (38, 40, 86, 205). Belli bir sürede ev kazası geçirme sıklığının araştırıldığı çalışmalardan birinde Erkal ve arkadaşları son bir yılda 0-6 yaş grubu çocukların %37,9'unun ev kazası geçirdiğini belirlemiş, benzer olarak Köse ve Bakırcı tarafından yapılan bir çalışmada çocukların %32,8'inin, Erkal ve Şafak tarafından yapılan bir çalışmada ise çocukların %28,8'inin önceki bir yıllık dönemde ev kazası geçirdiği bildirilmiştir (39, 207, 216). Çalışmamıza katılan 300 çocuğun %20,3'ünün (n=61) pandemi öncesi dönemde en az bir kez ev kazası geçirdiği anne tarafından ifade edilmiştir. Kaza geçiren çocuklardan %86,9'unun bir kez, %9,8'inin 2 kez, %3,3'ünün ise 3 ve daha fazla kez kaza geçirdiği öğrenilmiştir. Çalışmamızda saptanan ev kazaları geçirme sıklığı ülkemizde yapılan önceki çalışmalardan biraz daha düşük bulunmuş olup çalışmaların yapıldığı popülasyon, sosyoekonomik durum ve metodolojideki farklılıklar sıklığın farklı bulunmasında etken olabilir.

DSÖ, 0-1 yaş arası çocuklarda boğulma, yabancı cisim aspirasyonu, yanık ve zehirlenmenin, 1-4 yaş arasındaki çocuklarda suda boğulma, düşme, zehirlenme ve yanığın ve 5-9 yaş arası çocuklarda ise boğulma, düşme ve zehirlenmenin en sık olarak ortaya çıkan kaza tipleri olduğunu rapor etmiştir (1). Çalışmamızda pandemi öncesi geçirilen ev kazaları tiplerine göre değerlendirildiğinde; %52,1'inde yüksekten düşme, %28,2'sinde kaygan zeminde düşme, %11,3'ünde yanma, %5,6'sında kesici veya delici alet ile yaralanma, %1,4'ünde zehirlenme ve %1,4'ünde ise yabancı cisim aspirasyonu öyküsünün olduğu öğrenilmiştir. Literatürde çocuklarda en sık geçirilen kaza çeşidinin düşme olduğunu bildiren dünyada ve ülkemizde

yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır (1, 14, 24, 38, 191, 194, 199, 205). Tsoumakas ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; 0-6 yaş grubunda geçirilmiş kazaların %40,8'inin düşme olduğu saptanırken (192), Younesian ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise ev kazası geçiren çocuklarda %63 oranında düşmenin görüldüğü bildirilmiştir (199). Acil Servise başvuran 6 yaş altındaki çocukların değerlendirildiği bir çalışmada, yaralanmaların %89'unun düşmeye bağlı olduğu tespit edilmiştir (212). Bu çalışmalara benzer olarak, çalışmamıza katılan çocukların pandemi öncesi geçirdikleri kaza tipleri arasında düşmelerin en sık gözlenen kaza tipi olduğu belirlenmiştir.

Beş yaş altı çocukların dahil olduğu ev yaralanmalarında düşmeler dışında yanıklar, haşlanmalar ve zehirlenmelerin de önemli nedenler olduğu bildirilmiştir (34). Çalışmamızda pandemi öncesinde düşmelerden sonra en sık gözlenen kaza tipinin %11,3 oranla yanma olduğu ve ayrıca çocuklarda kesici-delici aletle yaralanma, zehirlenme ve yabancı cisim aspirasyonu şeklinde kazaların da görülmüş olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular 0-6 yaş grubunda düşmeler, yanıklar ve zehirlenmeler başta olmak üzere ev kazalarına karşı önlem alınmasının gerekliliğini göstermektedir.

Çocukluk çağı ev kazaları bireysel ve çevresel çeşitli risk etmenlerinden bir veya birkaçının bir araya gelmesi sonucu oluşmaktadır. Çocuklarda görülen kazaların oluş şekli ve tiplerinin yaşla değişiklik gösterdiği ve bu değişikliğin de çocuğun yaşına uygun fiziksel, sosyal ve gelişimsel düzey ile bağlantılı olduğu bilinmektedir. DSÖ, çocukların yaralanma sonucu ölüm sıklığının ilk bir yıl içinde %1-1,5, 1-4 yaş grubunda ise %6 olduğunu bildirmiştir (1). Çalışmamızda pandemi öncesinde en sık kaza geçiren grubun 9-24 ay arasındaki çocuklar olduğu belirlenmiş, pandemi öncesinde kaza geçiren çocukların kaza sırasındaki yaş ortalaması ise 22,43±16,32 ay olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki bu bulguyu destekler nitelikte olmak üzere, önceki bazı çalışmalarda çocukluk çağı ev kazalarının en sık 24-35 ay arasında görüldüğü bildirilmiştir (191, 215). Al Rumhi ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; yeni yürümeye başlayan çocukların ve okul öncesi çocukların diğer yaş gruplarına kıyasla ev kazası prevalansının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (14). Ülkemizde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; çalışmamızdaki bulguyu destekler nitelikte olmak üzere, Erkal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ev kazası geçiren çocukların en sık 25-36 ay arasında olduğu bildirilmiştir (207). Genel olarak, ev kazalarının yaygınlığı yaşamın ilk iki yılında artmakta ve üç ila dört yaşlarında zirveye ulaşmaktadır. Çocuğun motor aktivitesindeki artışa bilişsel yeteneklerinde artışın eşlik etmemesi ve bu yaş grubundaki çocukların tehlikeyi fark etmemeleri bu durumun altında yatan nedenler olarak gözlenmektedir (41, 217).

Çocukların ev kazalarına maruz kalmasında cinsiyetin belirleyici bir faktör olduğu ve erkek çocukların kızlara oranla ev kazası nedeniyle yaralanma riskinin daha yüksek olduğu

bildirilmiştir (1). Çalışmamızda pandemi öncesinde erkek çocukların kızlara nazaran ev kazası geçirme sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Önceki birçok çalışmada da bu bulguyu destekler nitelikte olmak üzere erkek çocukların kaza geçirme riskinin kızlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (14, 41, 194, 205, 215). DSÖ verilerine göre çocukluk çağındaki kazaların %60'ının erkek çocuklarda ortaya çıktığı görülmüştür. Erkek çocukların tehlikeli ve hareketli oyunlara meraklı olmalarının ev içinde riskli durumlarla karşılaşma ihtimalini arttırdığı, bu sebeple de kız çocuklara kıyasla ev kazalarına daha fazla maruz kaldıkları düşünülmektedir (1).

Çalışmaya katılan çocukların pandemiden önce kaza geçirme durumunun çocuğun gündüz bakımından sorumlu olan kişi açısından farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu bulgudan farklı olarak, Tsoumakas'ın yaptığı bir çalışmada bebek bakıcısı tarafından bakılan çocuklarda ev kazası insidansının anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir (192). Daha geniş popülasyonlarda yapılacak çalışmalar ile bu bulgunun aydınlatılabileceği öngörülmüştür.

Çalışmamızda pandemi öncesinde çocukların geçirdiği kazalarda denetim durumu değerlendirildiğinde; %93,5'inin bir erişkin eşliğinde iken kaza geçirdiği ve en sıklıkla anne yanında iken kaza geçirdiği bildirilmiştir. Önceki çalışmalarda da çocuklardaki ev kazalarının çoğunun bir yetişkinin varlığında gerçekleştiği tespit edilmiştir (192). Çalışmamızda annelerin çoğunun ev hanımı olduğu ve çocuklara bakım veren kişinin çoğunlukla anne olduğu gözlenmiş olup çocukların anne denetiminde iken kaza geçirmiş olması bu duruma bağlanmıştır. Önemli bir bulgu olarak, çocukların %6,5'inin yanlarında herhangi bir erişkin olmadığı sırada yani yalnızken kaza geçirdiği tespit edilmiştir. Bu bulgu çocukların ev kazalarından korunması için uygun erişkin gözetimi ve denetiminin önemini göstermektedir. Bu bulguyu destekler nitelikte olmak üzere, çalışmamıza katılan ve çocukları pandemi öncesinde kaza geçirmiş olan anneler genellikle kaza geçirme nedeninin dikkatsizlik olduğunu bildirmiştir. Önceki çalışmalarda da ebeveyn ihmali, gözetim eksikliği, bilgi eksikliği gibi nedenlerin kazaların atında yatan etmenler olarak gözlendiği belirlenmiştir (41, 192, 198).

Önceki çalışmalar, çocuklarda kasıtsız yaralanmaların ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel özellikleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi, anne yaşının genç olması, işsizlik, kalabalık aile, tek ebeveyn, ebeveynde psikiyatrik sorun varlığı ve evde uygun olmayan ebeveyn denetimi çocuklarda kaza riskinin artışı ile ilgili risk faktörleridir (1, 6, 57). Çalışmamızda anne ve baba yaşı açısından çocukların pandemi öncesinde kaza geçirme durumunda farklılık olmadığı saptanmıştır. Ülkemizde 0-5 yaş grubu çocukları olan 500 aileye yapılan bir anket çalışmasında; genç anne ve baba varlığında çocukların ev kazası geçirme riskinin arttığı belirlenmiştir (59). Benzer olarak, Kamal ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da genç yaşta olan annelerin çocuklarının daha sık kaza geçirdiği, buna karşın baba yaşının ise ev kazası geçirme sıklığını etkilemediği

görülmüştür (215). Kazalar ile ilgili yapılan araştırmalarda, ileri yaştaki ebeveynlerin çocuk bakımı konusunda daha deneyimli olmalarının çocuklarda kaza geçirme durumunu azaltabileceği veya bunun aksine ilerleyen yaşla birlikte sahip olunan çocuk sayısındaki artışa paralel olarak kazaya maruz kalma durumunun artabileceği öne sürülmektedir (215).

Anne ve baba eğitim düzeyi çocuklarda ev kazası geçirme durumunu etkileyen diğer bir etmendir. Önceki çalışmalarda anne eğitim düzeyi düştükçe çocuklarda kaza sıklığının arttığı bilinmektedir (1, 58, 59). Çalışmamızda bu verilerden farklı olarak, üniversite mezunu annelerin çocuklarında ev kazası geçirme sıklığı daha yüksek bulunurken, baba eğitim düzeyi açısından farklılık saptanmamıştır. Literatürde bazı çalışmalarda bulgumuza benzer şekilde eğitimli ailelerde ev kazalarının daha sık görüldüğü bildirilirken (192), bazı çalışmalarda ise ebeveyn eğitim düzeyinin kaza sıklığında etkisinin olmadığı saptanmıştır (191).

Çalışmamızda çalışan annelerin çocuklarının daha fazla kaza geçirdiği belirlenmiş iken babaların çalışma durumunun çocuklarda kaza geçirme sıklığını etkilemediği tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki bulguya benzer olarak, Halawa ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çalışan annelerin çocuklarında ev kazası geçirme oranı yüksek saptanmıştır (218) Annenin çalışmasının evde gözetimi azaltabileceği ve önlemler konusunda eksikliğe neden olabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan, önceki bazı çalışmalarda ebeveynlerin çalışma durumlarının çocuk ev kazası sıklığını etkilemediği gösterilmiştir (191, 215).

DSÖ, düşük ve orta gelirli ülkelerde çocuk yaralanmalarına bağlı ölüm oranının yüksek gelirli ülkelere göre 3-4 kat daha fazla olduğunu bildirmiştir (1). Çalışmamızda aylık geliri 5000 TL üzerinde olan ailelerde çocukların ev kazası geçirme sıklığının düşük gelirli ailelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın sonucundan farklı olarak önceki birçok çalışmada düşük sosyoekonomik durumu olan ailelerde çocukların kaza geçirme sıklığının da daha fazla olduğu belirlenmiştir (191, 197, 215). Evde kaza açısından potansiyel tehlikelerin ebeveyn tarafından izlenmesinin hem düşük hem de yüksek gelirli aileler için zor olabileceği, aşırı kalabalık ve ebeveyn çalışma ortamının zor olması gibi faktörlerin düşük gelirli aileler için tehlike denetimini daha zor hale getirebileceği, buna karşın yüksek gelirli ailelerde ise daha büyük evler ve evdeki eşya sayısının fazla olması gibi durumların riski artırabileceği öne sürülmektedir (197).

Çalışmamıza katılan çocukların pandemi öncesinde ev kazası geçirme sıklığı ailenin çekirdek aile ya da kalabalık aile olması açısından farklı bulunmamıştır. Önceki bazı çalışmalarda da çekirdek aile veya geniş ailede yaşamanın evde yaralanma riski üzerinde etkisi gösterilmemiştir (191, 215, 219). Ülkemiz gibi geleneksel toplumlarda çekirdek ailelerde çocuğun bakımı ve yetiştirilmesinden sadece anne sorumluyken, geniş ailelerde bu

sorumluluğun birden fazla kişi tarafından paylaşılması kaza geçirme riskini azaltan bir etmen olarak düşünülebilir.

Önceki çalışmalarda çocukların kardeşinin bulunmasının ve evde bulunan çocuk sayısının fazla olmasının kaza geçirme olasılığını arttırdığı, özellikle iki yaşından küçük çocuklarda bu etkinin daha belirgin olduğu raporlanmıştır (59, 220). Bu verilerden farklı olarak, çalışmamızda ailedeki çocuk sayısının pandemi öncesinde ev kazası geçirme sıklığı üzerinde etkisinin bulunmadığı bildirilmiştir. Bu bulguya benzer olarak, önceki bazı çalışmalarda da ailedeki çocuk sayısının çocuğun ev kazası geçirme sıklığı üzerine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (191, 210).

7.4. COVİD-19 Pandemisi Döneminde Çocukların Ev Kazası Geçirme Durumu ve Etkileyen Faktörler

COVİD-19 pandemisi, çocukların ve ergenlerin acil servise sevk edilme sıklığını önemli ölçüde etkilemektedir. Pandemi nedeniyle sokağa çıkma yasağının başlamasından sonra, dünya çapında günlük pediatrik acil servis başvurularında dikkate değer bir düşüş olduğu gözlemlenmiştir. İtalya'da yapılan ve COVİD-19 pandemisinin hastaların pediatrik acil servise başvuruları üzerindeki etkisini değerlendiren retrospektif bir çalışmada; pandemi öncesi ile kıyaslandığında acil servis başvurularında Mart 2020'de %78,9 oranında bir düşüş olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, karantina sırasında uygulanan katı kısıtlamaların çocuklar arasındaki temasları ve sonuç olarak tüm bulaşıcı hastalıkların yayılmasını azalttığı belirlenmiş ve benzer şekilde, trafik kazaları ve açık hava etkinliklerine bağlı travmaların sayısında da düşüş olduğu saptanmıştır (221). Benzer bir çalışmada, genel çocuk acil servisleri ziyaretlerinde (%68,5) ve hastaneye yatışta (%44,7) dramatik düşüşler olduğu gözlenmiştir (222). Bu durumun ciddi vakalarda erişim veya bakım sağlanmasında gecikmelere neden olduğu bildirilmektedir.

Pandemi dönemi çocukların acile servis başvurularında azalmaya neden olsa da karantina tedbirleri nedeniyle devamlı ev ortamında bulunmaları başka riskleri doğurmuştur. Çocukların sosyal yaşamdan uzaklaşması, ev dışında yapılan sosyal etkinliklerin ortadan kalkması, okulların kapatılması nedeniyle eğitimlerin yüz yüze yapılamaması ve evde geçirdikleri zamanın artması sonucu ev kazaları risklerinde artış görülmesi bu sorunlar içinde yer almaktadır. Bütün dünyada alınan önlemlere benzer olarak, ülkemizde ilk olarak 16 Mart 2020 tarihinden itibaren eğitim kurumları, okul ve kreşler kapatılmış, daha sonra Nisan 2020 tarihinden itibaren 20 yaş altı çocuk ve ergenlerin evden dışarı çıkmaları kısıtlanmıştır (20). Bu tedbirler ve özellikle sokağa çıkma yasağı sonucu çocukların evde kalma süreleri artmıştır. Bu

durum zaten duyarlı olan bu yaş grubunda ev kazası geçirme riskini ve yaralanmayı artırabilmektedir. Nitekim COVİD-19 pandemisi nedeniyle kısıtlama önlemlerinin uygulanmasından bu yana yapılan değerlendirmelerde; acil servis görevlileri, itfaiyeciler ve medya bu kazalarda artış olduğunu bildirmiştir (20). Çocukların evde daha fazla zaman geçirmesi, okul ve kreş gibi yerlerin kapalı olması nedeniyle evde aynı anda daha fazla sayıda çocuk bulunması ve çocukların bakım gereksinimlerinin önemli ölçüde artması bu durumun altında yatan nedenler olarak sayılmaktadır (22).

Çalışmamıza katılan 300 çocuğun pandemi döneminde ev kazası geçirme durumu sorgulandığında; çocukların %72'sinin (n=216) COVİD-19 pandemisi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde ev kazası geçirmediği, %28'inin (n=84) ise bu dönemde ev kazası geçirdiği belirlenmiş ve kısıtlama döneminde ev kazası geçirme sıklığında %8 artış olduğu saptanmıştır. Diğer bir bulgu olarak, çalışmamıza alınan çocukların pandemi öncesinde toplam 71 kaza geçirdiği, aynı grubun sadece pandemi döneminde ise toplam 90 kaza geçirdiği tespit edilmiştir. Ev kazası geçirme öykülerine göre yapılan gruplandırma sonucu çalışmamızda 300 katılımcı çocuğun 65'inin (%21,7) pandemi öncesinde kaza geçirmediği ancak pandemi döneminde kaza geçirmiş olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular önceki bazı çalışmalar ile benzer bulunmuştur. Bu çalışmalardan birinde; İtalya'da pandemi öncesi dönemde tüm pediatrik acil başvurularının %5'inin ev kazaları nedeniyle olduğu saptanmışken, pandemi döneminde ise bu oranın 5 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Wong ve arkadaşları tarafından yapılan ve Hong Kong'da COVİD-19 pandemisi döneminde pediatrik acil servislere başvuruların değerlendirildiği bir çalışmada; pandemi döneminde çocuklarda ev dışı kazalarda azalma olduğu saptanmış, buna karşın ev kazaları sıklığında yaklaşık iki kat artış olduğu belirlenmiştir (187). Buna karşın, İtalya'da yapılan başka bir çalışmada pandemi sonrasında ev kazası geçirme durumunda herhangi bir artışın görülmediği bildirilmiştir (186). Ülkemizde yapılan ve kapanma önlemlerinin ev kazalarına etkisini araştıran bir çalışmada; 2019 ve 2020 yılının belirli dönemlerinde pediatrik acil servislere başvuru vakaları karşılaştırılmış ve 2019 yılında acil servise başvuran olguların %9,46'sının ev kazaları nedeniyle olduğu, bu oranın 2020 yılında %24,43'e ulaştığı belirlenmiştir (223).

Çalışmamızda pandemi öncesi ve pandemi döneminde geçirilen kazaların tipleri değerlendirildiğinde, literatür ile benzer olarak her iki dönemde de en fazla düşmelerin görüldüğü saptanmıştır. Pandemi döneminde geçirilen toplam 90 ev kazasının %34,4'ünde kaygan zeminde düşme ve %33,3'ünde yüksekten düşme olduğu görülmüştür. Önemli bir bulgu olarak, pandemi öncesinde geçirilen kazaların tipleri ile karşılaştırıldığında pandemi döneminde tüm popülasyonda kaygan zeminde düşme (20-31), kesici delici alet ile yaralanma (4-5), zehirlenme (1-9) ve yabancı cisim aspirasyonu (1-9) sayılarında artış olduğu

gözlenmiştir. Bu verilerimiz pandemi döneminde ev kazalarını araştıran birkaç çalışmanın sonuçları ile benzer olarak bulunmuştur (22, 182, 188, 223). Bressen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; pandemi döneminde hastaneye yatırılan 20 çocuğun kaza nedenlerine bakıldığında %55'inde travma, %20'sinde zehirlenme, %10'unda yanık ve %15'inde YCA olduğu görülmüştür (22). Güleryüz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; düşmeler, YCA ve delici kesici alet yaralanmalarının pandemi öncesine göre pandemi döneminde daha sık görüldüğü belirlenmiş, acile başvuran ev kazalarının %30'unun düşmeler sonucunda gerçekleştiği tespit edilmiştir (223). Çalışmamızda da aynı çocuk grubunda pandemi öncesi öykü ile karşılaştırıldığında; pandemi döneminde kaygan zeminde düşmelerin sayı olarak arttığı belirlenmiş ve çocukların evde bulunmaları sürecinde özellikle mutfak ve banyo gibi alanlarda ya da evde temizlik yapıldığı sırada gözetimsiz kalmaları ile ev kazası geçirdiği düşünülmüştür.

ABD'de Mart 2020'nin başında temizleyicilere ve dezenfektanlara maruz kalma nedeniyle zehir merkezlerine yapılan günlük çağrı sayısında keskin bir artış fark edilmiş ve Chang ve arkadaşları tarafından elli beş zehir merkezine gelen zehirlenme arama verilerinin analiz edildiği bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada Ocak-Mart 2020 dönemi boyunca, zehir merkezlerine temizleyiciler ve dezenfektanlar ile ilgili olarak toplam 45.550 maruziyet çağrısı olduğu saptanmış, Ocak-Mart 2019 (n=37.822) ve Ocak-Mart 2018 (n=39.122) tarihleri ile kıyaslandığında sırayla %20,4 ve %16,4'lük genel bir artışın olduğu belirlenmiş ve toplam aramalardaki artış tüm yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde ise vakaların en sık 5 yaş ve altındaki çocuklar olduğu gözlenmiştir (188). CDC önerilerinde, SARS-CoV-2'nin bulaşmasını azaltmaya yardımcı olmak için çok temas edilen yüzeylerin uygun şekilde temizlenmesi ve dezenfeksiyonu yer almakta olup bu ürünlerin kullanımının artması, etikette belirtilenden fazlasının kullanılması, birden fazla kimyasal ürünün birbirleri ile karıştırılması, koruyucu giysiler giyilmemesi ve yetersiz havalandırılmış alanlarda uygulama gibi yanlış kullanım nedenlerinin bu ajanlara bağlı zehirlenme vakalarını artırdığı düşünülmektedir (188). Benzer olarak, Bressen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; pandemi döneminde hastaneye yatırılan zehirlenme olgularının kostik temizlik ürünlerinin yutulması, solunması ve parasetamol entoksikasyonu nedeniyle olduğu belirlenmiştir (22). Çalışmamızdaki zehirlenme vakaları değerlendirildiğinde; pandemi öncesinde 1 olguda, pandemi döneminde ise 9 olguda zehirlenmenin olduğu öğrenilmiştir. Bir diğer deyişle, pandemi öncesine göre pandemi döneminde zehirlenme vakalarında artış olduğu gösterilmiştir. Bu vakaların içeriği değerlendirildiğinde, pandemiden önceki zehirlenme vakasının temizlik malzemesi-deterjan içilmesi sonucunda geliştiği öğrenilmiş, pandemi döneminde ise 9 olgunun 4'ünde temizlik malzemesi-deterjan, 3'ünde ilaç ve 2'sinde ise dezenfektan malzemesi içilmesi sonucunda zehirlenmenin geliştiği görülmüştür. Bu bulgular pandemi döneminde dünyada özellikle 5 yaş

altı grupta dezenfektanlar ve temizlik maddeleri ile zehirlenme olaylarındaki artışı destekleyen çalışmamızın önemli verileridir.

Çalışmamızda pandemi öncesi ve pandemi dönemi karşılaştırıldığında çocukların YCA öykülerinde sayı ve yüzde olarak artış saptanmıştır. Bu bulgumuzu destekler nitelikte olmak üzere, Şubat-Nisan 2020 tarihlerinde İtalya'da bir pediatrik sevk hastanesine YCA nedeniyle gelen vakaların önceki dört senedeki aynı dönemle karşılaştırıldığı bir çalışmada; 2020'de pil kullanımlarının önceki 4 yılda incelenen aynı 2 aylık dönemin medyan değerinden dokuz kat fazla olduğu belirlenmiş ve 2 aylık karantina döneminde pil yutma vakalarının hızla arttığı bildirilmiştir (182). Bu veriler, pandemi sırasında çocukların alışkanlıklarında bir değişiklik olduğunu göstermekte olup çocukların evde geçirdikleri sürenin anormal şekilde artmasının elektronik cihaz kullanımında ve pil kullanımında artışa neden olduğu ve nihayetinde kazalarda artışa yol açtığı düşünülmektedir. Öte yandan, COVİD-19 salgını sırasında hem alışveriş alışkanlıklarında (çevrimiçi) hem de ödeme yöntemlerinde (dijital) önemli değişiklikler sonucunda madeni para kullanımının azalması çocuklarda madeni para yutma olgularında azalma olduğunu düşündürmüştür (182). Hong Kong'da yapılan çalışmada pandemi döneminde geçirilen ev kazaları içinde en sık oranda YCA'nun olduğu gözlenmiş, bu YCA vakalarının nedenlerinin ise mıknatıs boncuklar, madeni paralar, vidalar ve piller olduğu görülmüştür (187). Çalışmamızdaki YCA olguları değerIendirildiğinde; pandemi öncesi gelişen 1 YCA vakasının para yutma olduğu öğrenilmiş, pandemi döneminde geçirilen 9 YCA olgusu incelendiğinde ise, 2 olguda mıknatıs yutulması, 3 olguda pil yutulması, 2 olguda para yutulması ve 2 olguda burun içine boncuk ve kuruyemiş sokulması olduğu belirlenmiştir. Bu bulgularımız, okul öncesi çocuklarda pandemi döneminde YCA olgularının arttığını göstermekte olup özellikle pil yutulması olaylarının arttığını gösteren önceki çalışmalar ile benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda pandemi öncesinde çocukların %6,5'inin, pandemi döneminde ise %12'sinin yanlarında bir erişkin olmadığı sırada yani gözetimsiz iken kaza geçirmiş olduğu öğrenilmiş, pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde gözetimsiz kaza geçirme oranının yaklaşık iki kat arttığı tespit edilmiştir. Bu dönemde gözetimsiz vakaların artması ev kazalarını önlemek için gerekli olan ebeveyn/bakıcı gözetim kuralında sorunlar olduğunu göstermektedir. Pandemi döneminde ebeveynlerin ve bakıcıların evlerinin ve çocuk alanlarının güvenliğini sağlaması ve onları gözetim altında tutması çok daha zorunlu hale gelmiştir.

Bressan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; pandemi öncesinde ev kazası nedeniyle hastaların %2,7'sinin, pandemi döneminde ise %11,2'sinin hastanede yatırılarak izlendiği belirlenmiştir (22). Güleryüz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise; 2020 yılında vakaların bir önceki yıla göre daha fazla hastaneye yatış ve yoğun bakım gerektirdiği tespit edilmiştir. Bu

durumun bu vakaların geç kabul edilmesinden veya daha ciddi tipte kaza ve yaralanmalardan kaynaklandığı düşünülmektedir (223). Çalışmamızda bu çalışmalardaki bulgulara benzer olarak, pandemi öncesinde ev kazası geçiren çocukların %4,9'nun, pandemi döneminde ev kazası geçiren çocukların ise %8,4'ünün hastanede yatarak tedavi aldığı saptanmıştır. Bu bulgu önceki dönemi içeren kontrol grubunun olmadığı bir veri olmasına karşın, pandemi döneminde ev kazaları nedeniyle hastaneye yatışlarda artış olduğunu gösteren ve dikkatli olunması gerektiğini vurgulayan bir bulgudur.

Pandemi öncesi yapılan önceki bazı çalışmalarda çocukluk çağı ev kazalarının en sık 24-35 ay arasında görüldüğü bildirilmiştir (191, 215). Çalışmamızda pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirleri alınan dönemde pandemi öncesine göre geçirdikleri kaza sayısı artan çocukların medyan 23 aylık olduğu belirlenmiştir. Diğer yandan, pandemi döneminde kaza geçiren çocukların kaza geçirdikleri sıradaki yaş ortalamasının (medyan 24 ay), pandemi döneminden önce kaza geçiren çocukların kaza geçirdikleri sıradaki yaş ortalamasından (medyan 18 ay) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada; 2020 yılında ev kazaları nedeniyle pediatrik acile kabul edilen çocukların ortanca yaşının 2019 yılına göre daha yüksek olduğu ve ortalama 36 ay olduğu saptanmıştır (223). Bu bulgular önceleri park vb ev dışı ortamlarda aktiviteler yapabilen bu yaş grubunun evde kalma sürelerinin artmasının kaza riskini artırdığını düşündürmektedir. Pandemi gibi kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemlerde özellikle 24-36 ay civarındaki çocukların ev kazaları ile ilgili daha yüksek riske sahip olduğu ve ev kazalarına karşı önlemler alınırken bu durumun göz önüne alınması gerektiği açıktır.

Çocukların ev kazalarına maruz kalmasında cinsiyetin önemli olduğu ve erkek çocukların kızlara oranla ev kazası nedeniyle yaralanma riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (1). Wong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; pandemi döneminde ev kazası geçiren çocuklar arasında erkeklerin kızlardan iki kat fazla olduğu belirlenmiştir (187). Çalışmamızda ise pandemi öncesinde bu bilgiyi destekleyecek şekilde erkek çocukların daha sıklıkla ev kazası geçirmiş olduğu öyküden öğrenilmesine karşın, pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde ev kazası geçiren çocukların cinsiyete göre eşit oranda (%50) kaza geçirmiş olduğu tespit edilmiş ve cinsiyet açısından farklılık gözlenmemiştir. Güleryüz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çalışmamıza benzer olarak, her iki cinste de pandemi döneminde kaza geçirme sıklığının benzer olduğu bulunmuştur (223). Bulgularımız, erkeklerde sık görülen ev kazaları riskinin pandemi döneminde her iki cinsiyeti de içine alacak şekilde yüksek olduğunu göstermekte olup önlemlerin ve gözetimin cinsiyet fark etmeksizin bütün çocuklarda uygulanması gerekliliğinin altını çizmektedir.

Literatürde ailenin sosyodemografik özelliklerinin, ebeveynlerin sağlık durumunun ve çocuğa bakan kişinin COVİD-19 pandemisi döneminde çocuğun en kazası geçirmesi üzerine

olan etkilerini araştıran bir çalışma şimdiye kadar bulunmamıştır. Çalışmamız bu durumları inceleyen ilk çalışmadır. Çalışmamızda pandemi öncesinde çalışan, üniversite mezunu olan ve yüksek gelirli annelerin çocuklarının daha fazla kaza geçirmiş olmaları bulgusuna karşın, pandemi döneminde ebeveynlerin eğitim ve çalışma durumları ve aylık gelir düzeyleri açısından kaza riskinde farklılık saptanmamıştır. Bu durum, pandemi döneminde her sosyoekonomik düzeyde ailenin çocuklarının kaza açısından riskli olduğunu göstermektedir.

Pandemi ile ilgili alınan önlemler çerçevesinde birçok kamu kurumu ve özel kurumlar esnek veya uzaktan çalışma sistemine geçmişlerdir. Bu durum özellikle annelerin pandemi döneminde çalışma durumunu etkilemiştir. Verilerimiz değerlendirildiğinde; pandemi döneminden önce annelerin %76,3'ü (n=229) çalışmıyor iken pandemi döneminde kısıtlamalar ve iş yerinin kapanması gibi nedenler ile çalışmayan anne oranının %84,3 (n=253) olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle, pandemi döneminde çalışmayan anne sıklığında %8 artışın olduğu belirlenmiştir. Pandemi döneminde annenin çalışma durumunun ev kazaları üzerine olan etkisi incelendiğinde; pandemi öncesinde ev kazası geçirmiş ancak pandemi döneminde ev kazası geçirmemiş çocukların annelerinin bu dönemde daha yüksek oranda çalıştığı görülmüştür. Diğer yandan, pandemi öncesinde kaza geçirmemiş ancak pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde kaza geçirmiş çocuklara daha fazla oranda annenin bakım verdiği belirlenmiştir. Bu bulgular diğer akrabalar ve bakıcı tarafından bakılan çocuklarda daha az kaza görüldüğünü düşündürmektedir. Diğer yandan, pandemi öncesine göre karşılaştırıldığında, pandemi döneminde geniş ailede yaşayan çocukların daha az oranda kaza geçirdiği belirlenmiştir. Bu bulgu, geleneksel olarak büyükanne ve büyükbaba gibi aile bireylerinin yaşadığı ailelerde ve annenin çalışması nedeniyle ev dışında olduğu durumlarda çocuğun birden fazla kişi tarafından gözetim altına alındığını ve ev kazalarına karşı dikkatin arttığını gösterebilir.

Çalışmamızda pandemi öncesinde çocuğun ev kazası geçirme durumunun annenin sağlık sorunu açısından farklılık göstermediği bulunmuştur. Buna karşın, ev kazaları geçirme durumlarına göre yapılan gruplamada; pandemi döneminde ve pandemi öncesinde benzer kaza geçirme durumu olan ya da her iki dönemde de kaza geçirmemiş olan çocukların (Grup 1) annelerinde diğer gruplara göre daha az sağlık sorunu bulunduğu belirlenmiştir. Annedeki sağlık sorununun ev kazaları ile ilgili önlem almada ya da gözetimde sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir.

7.5. Çocukların Pandemi Döneminde Kaza Geçirme Durumu ve Pandemi Dönemine Özgü Aile Özellikleri

Aile bireyleri ya da yakınlarında COVİD-19 tanılı birey olması, bu nedenle hastaneye yatış öyküsünün ya da ölüm varlığının bireyde kaygılara neden olabilen bir durum olduğu gözlenmektedir (224). Bu kaygı durumunun hastaya bakım verme ya da izolasyon tedbirleri nedeniyle ailede çocukların göz ardı edilmesine ve bu nedenle gözetimsiz kalmasına yol açarak ev kazalarında artışa yol açabilmesi olası görülmektedir. Bu görüşün tersine, çalışmamızda pandemi öncesinde ev kazası geçirmemiş ancak pandemi döneminde ev kazası geçirmiş çocukların ailelerinde COVİD-19 tanısı alan birey sıklığının daha az olduğu bulunmuştur. Benzer olarak, COVİD-19 tanılı birey olan ailelerin çocuklarında kaza geçirme sıklığı %17,9 iken tanı almamış ailelerde bu oran %30,9 olarak saptanmış, COVİD-19 nedeniyle hastanede yatış öyküsü olan ailelerde çocukların kaza geçirme oranı %6,3 iken yatış öyküsü olmayan ailelerde ise bu oran %29,2 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, aile üyelerinde koronavirüs hastalığının geçirilmesinin ya da bu nedenle hastaneye yatmanın çocuklarda kaza riskini artıran bir unsur olmadığını göstermektedir. Geleneksel aile yapımızda hastalık ya da kötü bir aile olayı gibi olumsuz durumlarda çocuğu gözetim altında tutan, çocuğa bakım veren ve aileyi destekleyen büyükanne, büyükbaba veya diğer akrabalar gibi kişilerin varlığı bu verileri açıklayabilir. Literatürde pandemi döneminde ailede COVİD-19 geçirme durumunun çocuğun ev kazası geçirme durumu üzerine etkisini inceleyen bir araştırma bulunamamıştır. Bulgularımız bu konuda elde edilmiş ilk bulgulardır.

7.6. Çocukların Pandemi Döneminde Kaza Geçirme Durumu, Annelerin Ev Kazaları ile İlgili Bilgi Alma ve Güvenlik Önlemlerini Tanılama Durumu

Literatürde ev kazaları ile ilgili bilgi alma ve ev kazalarına karşı önlem almanın pandemi döneminde kaza geçirme durumu üzerine olan etkilerini araştıran başka çalışma bulunamamıştır. Bulgularımız bu konuda elde edilmiş ilk verilerdir. Çalışmamızda pandemi öncesi ve pandemi döneminde kaza geçiren çocukların annelerinin ev kazaları ile ilgili benzer oranda bilgi almış olduğu belirlenmiştir. Genel olarak bakıldığında, çocuk sağlığı izlemine gelen bu çocukların annelerine pandemi döneminde de kazalar ile ilgili bilgi verildiği gözlenmektedir. Çocukları ev kazalarından korumak için annenin bu konuda bilgi sahibi olması ve olabilecek kazaları önceden öngörebilmesi gerekmektedir (199). Pandemi döneminde özellikle kısıtlamaların uygulandığı durumlarda da ev kazalarına yönelik olarak çocuk sağlığı

izlemlerinde ve medyada bilgilendirmelerin yapılması bu konudaki farkındalığın artışını sağlayacaktır.

Çalışmamızda pandemi öncesi ve pandemi döneminde ev kazası geçiren çocukların annelerinin güvenlik önlemlerini tanılaması ile ilgili puanlarının da benzer olduğu tespit edilmiştir. Annelerin ev kazalarına karşı alınan önlemleri tanılaması ile ilgili puanları genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmamıza katılan ve çocuklarını çocuk sağlığı izlemlerine getiren annelerin ev kazalarına karşı güvenlik önlemleri konusunda yüksek düzeyde bilgi ve farkındalıklarının olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin önleyici tedbirlere ilişkin bilgi ve tutumlarının çocukların kasıtsız ev yaralanmalarının azaltılmasında önemli rolü vardır (198). Pandemi döneminde kaza geçiren çocukların ailelerinin de güvenlik önlemlerini yüksek oranda aldığı görülmüş olup kaza nedenleri sorgulandığında, annelerin büyük oranda bildirdiği dikkatsizliğin çocukların kaza geçirmesinde ana etken olduğu gözlenmiştir. Diğer yandan, pandemi döneminde yanında bir ebeveyn olmadığı sırada yani gözetimsiz iken kaza geçirme durumunun pandemi öncesine göre iki kat arttığını gösteren bulgumuz da pandemi dönemleri gibi kısıtlama önlemlerinin alındığı zamanlarda da ev kazalarını önlemede ebeveyn gözetiminin ve dikkatinin önemini göstermektedir.

COVİD-19 pandemisinin çocukların ev kazası geçirme durumunu etkileyip etkilemediği ve bu durumu değiştiren faktörler net olarak bilinmemektedir. Literatürde bu konu ile ilgili çok az çalışma ve veri vardır. Buna rağmen çalışmamız ve diğer ulusal ve uluslararası yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmaların sonuçları bu ilişkiyi net açıklayamasa da zamansal olarak ilişkinin olduğu görülmektedir. Çalışmamıza katılan 300 çocuğun 65'inde (%21,7) pandemi döneminde önceki döneme göre kaza sayısında artış tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda pandemi döneminde kaygan zeminde düşme, kesici delici alet ile yaralanma, zehirlenme ve yabancı cisim aspirasyonu gibi ev kazası tiplerinde pandemi öncesine göre sayısal olarak artış olduğu belirlenmiştir. Pandemi döneminde kaza geçirme durumunda çocuğun cinsiyetinin belirleyici olmadığı, her iki cinsiyette eşit oranda kaza geçirdikleri bulunmuştur. Bu bulguları açıklayacak ve daha geniş kapsamlı çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarının başta düşmeler olmak üzere ev kazalarının pandemi döneminde dikkat edilmesi gereken bir durum oluşturduğuna dair farkındalık yaratmakta faydalı olacağı düşünülmektedir. Pandemi için enfeksiyon kontrol önlemlerinin yanı sıra ev ortamında ev güvenliği ve yaralanma önleme önlemlerinin aile, toplum ve acil servis düzeyinde güçlendirilmesi gerekmektedir.

Ev kazalarının COVİD-19 nedeniyle kısıtlama sürecinde çocukların sağlığı için tehdit oluşturduğunun farkında olunması, COVİD-19 kısıtlaması sırasında çocuk ev kazalarını azaltmak için halkın eğitilmesi ve farkındalığın artırılması gereklidir. Bu duruma yönelik basit önlemlerin alınması ile mortal ve morbid sonuçları olan kazaların engellenmesi mümkün

görülmektedir. Kısıtlama önlemleri nedeniyle evde kalma durumlarında ebeveynlerin yakın gözlemleri ile çocuklar için ev kazaları sıklığı en düşük seviyelere bile indirilebilir. Bunun için ebeveynler birinci basamak sağlık takibi yapan sağlık personeli tarafından her fırsatta uyarılmalı, kitle iletişim araçları yoluyla bilgilendirilmeli, ev içinde kaza riskleri azaltılmış alanların oluşturulması sağlanmalı, gözetimin önemi anlatılmalı ve çocuklara yaralanmadan hareket etme ve oyun oynama olanağı veren alanlar yaratılmalıdır (100).

8. SONUÇLAR

Araştırmamızda; COVİD-19 pandemisi döneminde çocuk sağlığı izlem polikliniğine rutin izlem amacıyla başvuran 0-6 yaş arasındaki çocukların pandemi öncesi ve pandemi döneminde geçirdikleri ev kazası sayılarını belirlemek, annelerin çocuklarını ev kazalarından korumak için ev içerisinde alınacak önlemler ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmek ve bu tutumların, sosyodemografik özelliklerin ve pandemi döneminde aile ile ilgili etkenlerin çocuğun ev kazası geçirme öyküsü ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır. Bu amaçla, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniği'nde Ağustos 2020–Kasım 2020 tarihleri arasında izlemi yapılan ve çalışmaya alınma kriterlerine uyan 300 çocuk-anne çifti ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir:

1. Çalışmaya katılan 300 annenin yaş ortalaması 30,99±5,56 yıl olup %34,3'ü ilköğretim, %37'si lise ve %28,7'si ise üniversite mezunudur. Annelerin %76,3'ünün ev hanımı olduğu ve %15,3'ünde bir sağlık sorununun olduğu öğrenilmiştir.
2. Çalışmaya katılan babaların yaş ortalaması 34.71±5,61 yıl olup %31,3'ü ilköğretim, %40'ı lise ve %28,7'si ise üniversite mezunudur. Babaların %97'sinin çalıştığı ve %10'unda bir sağlık sorununun olduğu öğrenilmiştir.
3. Çalışmaya katılan ailelerin %88,0'inin çekirdek aile olduğu ve %26,3'ünde bir, %49,3'ünde iki ve %24,3'ünde ise 3 ve daha fazla çocuk olduğu öğrenilmiştir. Katılımcı ailelerin %8'inin aylık geliri asgari ücret olan 2300 TL'den düşük iken, %60,7'sinin 2300-5000 TL, %31,3'ünün ise 5000 TL'den fazla aylık gelirleri olduğu bildirilmiştir.
4. Çalışmaya katılan 300 çocuğun yaş ortalaması 39,48±19,56 ay olup %34'ünün 9-24 ay, %38'inin 25-48 ay, %28'inin ise 49-72 ay arasında olduğu saptanmıştır. Çocukların %46,7'sinin kız, %53,3'ünün erkek olduğu ve %48,3'ünün ailenin ilk çocuğu olduğu belirlenmiştir.
5. Çocukların salgından önceki dönemde evde bakımından sorumlu kişinin %80,3'ünde sadece anne olduğu, %17'sinde anneye yardımcı olan baba, anneanne ve babaanne gibi diğer yakınlarının olduğu saptanırken, %2,7'sinin ise bakıcısının olduğu belirlenmiştir.
6. Pandemi döneminde kısıtlamalar ve iş yerinin kapanması gibi nedenler ile çalışmayan anne oranının %84,3 (n=253) olduğu saptanmıştır. Pandemi döneminde çocuğa bakan kişinin %83,7 oranında anne olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %22,3'ünde

ailede COVİD-19 tanısı alan kişi olduğu, %5,7'sinde ailede bu nedenle hastanede yatış öyküsünün olduğu ve %0,7 sinde ise ailede aynı nedenle ölüm öyküsünün olduğu öğrenilmiştir.

7. Çalışmaya katılan 300 annenin %25,7'sinin (n=77) ise ev kazaları ile ilgili bilgi almış olduğu saptanmış, en sık bilgi aldıkları kaynağın sağlık personeli (%31,7) olduğu belirlenmiştir.
8. Kendi eğitim seviyesi yüksek, çalışan, bir ya da iki çocuğa sahip, eşinin eğitim seviyesi yüksek ve ailesinin aylık geliri 5000 TL'nin üzerinde olan annelerin diğer annelere göre daha yüksek oranda ev kazaları ile ilgili bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir (sırayla; p=0,014, p=0,000, p=0,004, p=0,000 ve p=0,000). Diğer yandan, 25 yaş ve altındaki annelerin %13,6'sının, daha büyük yaştaki annelerin ise %28'inin ev kazaları ile ilgili bilgiye sahip olduğu belirlenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.
9. Araştırma grubunda bulunan annelerin "0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" nden aldıkları puan ortalaması 185,64±13,70, ortancası 191 (min:117, Max:200), Cronbach alfa değeri ise 0,91 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek puan en az 40, en fazla 200 olup araştırmaya katılan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini oldukça yüksek oranda aldıkları görülmüştür.
10. Kendisinin ve eşinin eğitim seviyesi yüksek, çalışan, eşi çalışan, tek çocuğa sahip, ailesinin aylık geliri 5000 TL'nin üzerinde olan ve evleri kendilerine ait olan annelerin diğer annelere göre daha yüksek oranda ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini aldığı belirlenmiştir (sırayla; p=0,000, p=0,000, p=0,001, p=0,036, p=0,001 ve p=0,001 ve p=0,047).
11. Ev kazaları ile ilgili bilgi alan annelerin güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinden aldığı puanların bilgi sahibi olmayan annelere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,001).
12. Araştırmaya katılan 300 çocuğun %20,3'ünün (n=61) pandemi öncesinde en az bir kez ev kazası geçirdiği öğrenilmiş, çalışma grubunda pandemi öncesinde geçirilmiş toplam kaza sayısı 71 olarak belirlenmiş ve en sık düşme öyküsünün olduğu gözlenmiştir.
13. Pandemi öncesi kaza geçiren çocukların kaza geçirdikleri sıradaki yaş ortalamasının 22,43±16,32 ay olduğu, %59'unun cinsiyetinin erkek olduğu, %60,6'sının annelerinin gözetimi sırasında ve %6,5'inin ise yanlarında bir erişkin olmadığı sırada

yani gözetimsiz iken kaza geçirdiği ve %86,9'unun dikkatsizlik nedeniyle kaza geçirdiği öğrenilmiştir.

14. Üniversite mezunu, çalışan ve ailesinin aylık toplam geliri 5000 TL'den yüksek olan annelerin çocuklarının diğer çocuklara göre pandemi öncesi dönemde daha fazla ev kazası geçirdiği belirlenmiştir (sırayla; p=0,003, p=0,0319 ve p=0,001).
15. Araştırmaya katılan 300 çocuğun %28'inin (n=84) COVİD-19 pandemisi döneminde ev kazası geçirdiği öğrenilmiş, pandemi döneminde geçirilmiş toplam kaza sayısı 90 olarak belirlenmiş ve en sık düşme öyküsünün olduğu gözlenmiştir. Çalışmaya alınan çocuklarda pandemi öncesi dönem ile karşılaştırıldığında pandemi nedeniyle kısıtlama döneminde ev kazası geçirme sıklığında istatistiksel olarak anlamlı olan %8 civarında bir artış olduğu belirlenmiştir (p=0,033).
16. Pandemi döneminde kaza geçiren çocukların kaza geçirdikleri sıradaki yaş ortalamasının 30,88±19,33 olduğu, cinsiyete göre eşit oranda (%50) kaza geçirmiş oldukları, %58,3'ünün annelerinin gözetiminde ve %12'sinin ise yanlarında bir erişkin olmadığı sırada yani gözetimsiz iken kaza geçirdiği ve %91,7'sinin dikkatsizlik nedeniyle kaza geçirdiği öğrenilmiştir.
17. Pandemi öncesinde geçirilen kazaların tipleri ile karşılaştırıldığında, pandemi döneminde kaygan zeminde düşme (20-31), kesici delici alet ile yaralanma (4-5), zehirlenme (1-9) ve yabancı cisim aspirasyonu (1-9) sayılarında artış olduğu gözlenmiştir.
18. Anne ve babanın eğitim durumu ve çalışma durumu, yaş grupları, sağlık durumları, aylık toplam gelir, çocuk sayısı ve cinsiyeti açısından pandemi döneminde kaza geçirme durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).
19. Pandemi öncesine göre karşılaştırıldığında, pandemi döneminde geniş ailede yaşayan çocukların daha az oranda kaza geçirdiği, (p=0,044), yaşı 9-24 ay arasında olan çocukların pandemi döneminde daha sık kaza geçirdiği belirlenmiştir (p=0,000).
20. Ailesinde COVİD-19 tanılı birey olan ve COVİD-19 nedeniyle hastanede yatış öyküsü olan ailelerin çocuklarında kaza geçirme sıklığının daha az olduğu belirlenmiştir (sırayla, p=0,037 ve p=0,048).
21. Annelerin ev kazasına yönelik bilgi sahibi olma durumu açısından çocuğun pandemi öncesinde ve pandemi dönemi sırasında ev kazası geçirme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).
22. Çalışmaya katılan annelerin ev kazalarına yönelik önlemleri tanılaması ile ilgili puanları pandemi öncesi ve pandemi döneminde ev kazası geçirme durumu açısından

karşılaştırıldığında; toplam ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p>0,05).

23. Pandemi öncesine göre karşılaştırıldığında, pandemi döneminde ev kazası geçirme durumu değişmeyen grupta (Grup 1) 192 çocuk, pandemi öncesinde ev kazası geçirmiş ancak pandemi döneminde ev kazası geçirmemiş olan grupta (Grup 2) 43 çocuk ve pandemi öncesinde ev kazası geçirmemiş ancak pandemi döneminde ev kazası geçirmiş olan grupta ise (Grup 3) 65 çocuk bulunmakta idi.
24. Çocukların yaş ortancaları Grup 1'de 44 ay (min:10 max:72), Grup 2'de 37 ay (min:12 max:72) ve Grup 3'te ise 23 ay (min:10 max:71) olarak saptanmıştır. Pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirleri alınan dönemde pandemi öncesine göre geçirdikleri kaza sayısı artan çocukların daha küçük yaşta çocuklar olduğu belirlenmiştir (p=0,000).
25. Pandemi döneminde ve pandemi öncesinde benzer kaza geçirme durumu olan çocukların (Grup 1) annelerinde diğer gruplara göre daha az sağlık sorunu bulunduğu (p=0,016), pandemi öncesinde ev kazası geçirmiş ancak pandemi döneminde ev kazası geçirmemiş çocukların (Grup 2) annelerinin bu dönemde daha yüksek oranda çalıştığı (p=0,044) ve pandemi öncesinde ev kazası geçirmemiş ancak pandemi döneminde ev kazası geçirmiş çocuklara (Grup 3) daha fazla oranda annenin bakım verdiği belirlenmiştir (p=0,023).
26. Pandemi öncesinde ev kazası geçirmemiş ancak pandemi döneminde ev kazası geçirmiş çocukların (Grup 3) ailelerinde COVİD-19 tanısı alan birey sıklığı daha az bulunmuştur (p=0,041).
27. Annelerin ev kazalarına yönelik bilgi sahibi olma durumu ve ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama puanları açısından çalışma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05)

Ev kazaları ülkemizde ve dünya genelinde önlenebilir yaralanma nedenlerinin başında gelen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle de okul öncesi dönemde sıklıkla görülmekte olup sakatlığa hatta ölüme yol açmaktadır. Çalışmamızın sonuçları, özellikle yaşı çok genç, eşinin ve kendisinin eğitim düzeyi düşük, ev hanımı, çok çocuklu ve gelir düzeyi düşük annelerde ev kazaları ile ilgili bilgi alma düzeyinin ve evlerinde kazalar ile ilgili önlem alma oranının düşük olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, özellikle sosyoekonomik açıdan düşük düzeye sahip ebeveynlere yönelik uygun stratejilerin hazırlanması ve ev yaralanmalarını önleme ile ilgili olarak toplumun bu grubunun farkındalığının artırılmasının gerektiği açıktır.

COVİD-19 pandemisinin yayılmasını önlemeye yönelik kapanma önlemleri nedeniyle uzun süreli ev izolasyonu hastanelere ve pediatrik acil servislere başvuru sıklığını azaltsa da bu

dönemde ev kazaları sıklığında artış olduğu gözlenmektedir. Çalışmamızda çocuk sağlığı izlemi yapılan 9 ay-6 yaş arasındaki bir popülasyonda pandemi döneminde ev kazalarında pandemi öncesine göre %8'lik bir artış olduğu görülmüştür. Çocukların %21,7'sinin pandemi öncesinde ev kazası geçirmemiş iken pandemi döneminde kaza geçirmiş olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sağlığı izlemi yapılan bir çocuk popülasyonunda pandemi öncesi ve sonrası ile ilgili alınan öyküde kazalarda artışın belirlenmesi ilişkiyi net olarak açıklayamasa da pandemi dönemi ile ev kazaları arasında zamansal olarak bir ilişkinin varlığını göstermektedir.

Pandemi döneminde kazalarda artışın çocukların yaşı ile ilişkili olduğu, daha küçük yaşlardaki çocuklarda ev kazası sıklığının arttığı görülmüştür. Pandemi döneminde kaza geçirme durumunda çocuğun cinsiyetinin belirleyici olmadığı, her iki cinsiyette eşit oranda kaza geçirdikleri bulunmuştur. Ayrıca önemli bir bulgu olarak, pandemi nedeniyle kısıtlama tedbirlerinin alındığı dönemde gözetimsiz kaza geçirme oranının önceki döneme göre yaklaşık iki kat arttığı tespit edilmiştir. Bu dönemde gözetimsiz vakaların artması ev kazalarını önlemek için gerekli olan ebeveyn/bakıcı gözetim kuralında sorunlar olduğunu göstermektedir. Özellikle küçük yaşlardaki çocuklarda kazaların önlenmesinde gözetimin çok önemli olduğu çalışmamızda da belirlenmiştir. Çalışmamızda pandemi döneminde kaygan zeminde düşme, kesici delici alet ile yaralanma, zehirlenme ve yabancı cisim aspirasyonu gibi ev kazası tiplerinde pandemi öncesine göre sayısal olarak artış olduğu belirlenmiştir. Pandemi dönemi gibi kısıtlama tedbirlerinin alındığı ve çocukların evde kaldığı dönemlerde bu kaza tiplerine karşı çok daha dikkatli olunması, gözetimin yapılması, önlemlerin alınması ve ebeveynlerin eğitiminin gerekliliği açıktır.

Literatürde COVİD-19 pandemisinin çocukların ev kazası geçirme durumunu etkileyip etkilemediği ve bu durumu değiştiren faktörler ile ilgili çok az çalışma vardır. Çalışmamız bu açıdan literatüre katkı sağlayacak olup çalışmamızın bulgularını açıklayacak ve daha geniş kapsamlı çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarının ev kazalarının pandemi döneminde dikkat edilmesi gereken bir durum oluşturduğuna dair farkındalık yaratmak için faydalı olacağı düşünülmektedir. Ev kazalarının COVİD-19 pandemisi nedeniyle yapılan kısıtlama sürecinde çocukların sağlığı için tehdit oluşturduğunun farkında olunması, bu kısıtlama döneminde çocuk ev kazalarını azaltmak için halkın eğitilmesi ve farkındalığın artırılması gereklidir. Bunun için ebeveynler çocuk sağlığı izlemi yapan sağlık personeli tarafından her fırsatta uyarılmalı, kitle iletişim araçları yoluyla bilgilendirilmeli, ev içinde kazaları önlemek için gerekli güvenlik önlemleri alınmalı ve çocuklar gözetimsiz bırakılmamalıdır.

9. KAYNAKLAR

1. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Simith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AKMF, Rivara F, Bartolomeos K. World Report on Injury Prevention. WHO and Unicef. Geneva, Switzerland, 2008.
2. Mulder S, van Beeck EF. Measuring the Burden of Injuries. European Consumer Safety Association, Consumer Safety Institute Amsterdam; 1999.
3. Eldosoky, R.S.H. (2012). Home-related injuries among children: knowledge, attitudes and practice about first aid among rural mothers. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal. 2012; 18(10): 1021-1027.
4. Ordoñana, J.R., Caspi, A. & Moffitt, T.E. Unintentional Injuries in a Twin Study of Preschool Children: Environmental, not genetic, risk factors, Journal of Pediatric Psychology. 2008; 33(2): 185–194.
5. Lao, Z., Gifford, M., & Dalal, K.Economic cost of childhood unintentional injuries. International Journal of Preventive Medicine. 2012; 3(5): 303–312.
6. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. National Action Plan for Child Injury Prevention. Atlanta (GA): CDC, NCIPC; 2012.
7. Schneiderman, J.U., Leslie, L.K., Hurlburt,M.S., Zhang, J., & Horwitz, S.M.C. Caregiver reports of serious injuries in children who remain at home after a child protective services investigation. Maternal and Child Health Journal. 2012; 16(2): 1–8.
8. Hatamabadi, HR., Mahfoozpour, S., Alimohammadi, H., & Younesian, S. (2014) Evaluation of factors influencing knowledge and attitudes of mothers with preschool children regarding their adoption of preventive measures for home injuries referred to academic emergency centres, Tehran, Iran. International Journal of Injury Control and Safety Promotion. 2014; 21(3): 252–259.
9. Lafta, R., Al Shatari, AS., & Abass, S. Mothers' knowledge of domestic accident prevention involving children in Baghdad City Qatar Medical Journal.2013; (2): 50-6.
10. Gholap R.(A Study to assess mothers knowledge and their practices in prevention of home accidents among toddler. International Journal of Life and Sciences Research. 2017; 3(3): 992-4.

11. Malta, DC., Mascarenhas, MDM., Neves, ACM., & Silva, MA. Treatment of childhood injuries and violence in public emergency services, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.2015; 31(5): 1095-105.

12. Alrimawil, I., Watson, MC., Hall, C., & Saifan, ARPreventing Unintentional Injuries to Children Under 5 in Their Homes: Palestinian Mothers' Perspectives. Sage Open. 2019; 13: 1-11.

13. National Safe Kids Campaign (http://www. achd.net/injury/pubs/pdf/KidsSafety_pamphlet.pdf,

14. Al Rumhi, A., ALAwaisi, H., AL Buwaiqi, M., & AL Rabaani, S. Home accidents among children: a retrospective study at a tertiary care center in Oman. Oman Medical Journal. 2020; 35(1): 1, e85.

15. King JW, LeBlanc JC, Barrowman NJ, Klassen TP, Bernard- Bonnin A-C, Robitaille Y, Tenenbein, M, Pless IB. Long term effects of a home visit to prevent childhood injury: three year follow up of a randomized trial. Injury Prevention. 2005; 11: 106-9.

16. Hendrickson S. G. Reaching an Underserved Population With a Randomly Assigned Home Safety Intervention. Injury Prevention. 2005; 11: 313-7.

17. Memikoğlu O, Genç V. COVİD-19. E-Kitap, Ankara Üniversitesi Basımevi: Ankara. 2020.

18. Park SE, Epidemiology PSE. Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome -coronavirus-2 (SARS-CoV-2; coronavirus Disease-19). Clin Exp Pediatr. 2020; 63: 119–24.

19. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. J Autoimmun. 2020; 109: 102433.

20. COVID-19 (SARS-CoV-2 enfeksiyonu) genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı. https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf

21. World Health Organization, 2020. Advice on the use of masks in the context of COVID-19:interim guidance, 6 April 2020. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/331693.

22. Bressan S, Gallo E, Tirelli F, Gregori D, Da D. Lockdown: more domestic accidents than COVID-19 in children. Arch Dis Child. 2020.

23. Türk Dil Kurumu (TDK). Türk Dil Kurumu Sözlükleri. https://sozluk.gov.tr/.

24. Karatepe TU, Ekerbiçer HÇ. Çocuklarda ev kazaları. Sakarya Tıp Dergisi. 2017; 7(1): 69-73.

25. Kıran S, Semin S, Ergör A. Kazalar ve Toplum Sağlığı Yönünden Önemi. STED, Şubat,2001. http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/2.htlm .

26. Sleet DA. The global challenge of child injury prevention. Int J Environ Res Public Health 2018; 15: 1-7.

27. Bertan M, Çakır B. Halk sağlığı yönünden kazalar. Bertan M, Güler Ç (eds). Halk Sağlığı Temel Kitabı, Ankara Kitabevi, 1997.

28. Zonfrillo MR, Linakis JG, Yang ES, Mello MJ. A systematic review of longitudinal cohort studies examining unintentional injury in youg children. Glob Ped Health. 2018; 5: 1-9.

29. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/data/causes-mortality/en/.

30. Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national ages sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017; 390: 1151–210.

31. Sethi D, Aldridge E, Rakovac I, Makhija A. Worsening inequalities in child injury deaths in the WHO European Region. Int J Environ Res Public Health. 2017; 14:1128.

32. Bhanderi DJ, Choudhary S. A Study of Occurrence of Domestic accidents in Semi – Urban community. Indian Journal of Community Medicine. 2008; 33(2):104-6.

33. Olawale OA, Owoaje ET. Incidence and pattern of injuries among residents of a rural area in South – Western Nigeria: a community – based study. BMC Public Health. 2007; 7: 246.

34. LeBlanc JC, Pless IB, King WJ, et al. Home safety measures and the risk of unintentional injury among young children: a multicentre case-control study. CMAJ. 2006; 175(8): 883– 887.

35. Ölüm nedeni istatistikleri 2015. Türkiye İstatistik Kurumu Web site. Avaible at: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.

36. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2018-30708.

37. Aydoğdu ZA, Ateş E, Set T. Assessment of mothers' measures against home accidents for 0-6-year-old children. Turk Pediatri Ars. 2019; 54: 149–56.

38. Özdemir U, Resitoglu S, Tolunay O, Çelik T, Celiloglu C, Karakılçık A, Tanyeli Z, Sarıbas E, Kazgan ST, Pehlivan D, Uç D, Çelik Ü. Çocuk acile basvuran ev kazalarının degerlendirilmesi. J Pediatr Emerg Intensive Care Med. 2016; 3: 146- 50.

39. Köse OÖ, Bakırcı N. Çocuklarda ev kazaları. Sted. 2007; 16: 31–5.

40. Öztürk C, Yıldırım SH, Bektaş M, et al. Home accidents and mothers measurements in preschool children. Anatol J Clin Investig 2010; 4: 15–21.

41. Morrongiello BA, Schwebel DC. Introduction to Special Section: Pediatric psychology and child unintentional injury prevention: current state and future directions for the field. J Pediatr Psychol. 2017; 42(7): 721–26.

42. Schwebel, DC. Why "accidents" are not accidental: Using psychological science to understand and prevent unintentional child injuries. Am Psychol. 2019; 74(9): 1137–47.

43. Wilson M et al. Saving children: a guide to injury prevention. New York, NY, Oxford University Press, 1991.

44. Kalayi G, Muhammed I. Burns in children under 3 years of age: the Zaria experience. Annals of Tropical Paediatrics. 1996; 16: 243–248.

45. Burrows P, Trefan L, Houston R, Hughes J, Pearson G, Edwards RJ et al. Head injury from falls in children younger than 6 years of age. Arch Dis Child. 2015; 100: 1032–37.

46. Mathias I, Srinivas Murthy M. Pediatric thermal burns and treatment: a review of progress and future prospects. Medicines. 2017; 4: 91.

47. Child mortality and injury in Asia: survey results and evidence. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2007. http://www.unicef-irc.org/ publications/pdf/iwp200706.pdf.

48. Agran PF et al. Rates of pediatric injuries by 3-month intervals for children 0 to 3 years of age. Pediatrics.2003; 111: 683–692.

49. Jones S, Tyson S, Young M, Gittins M, Davis N. Patterns of moderate and severe injury in children after the introduction of major trauma networks. Arch Dis Child. 2019; 104: 366–71.

50. Schwebel DC, Gaines J. Pediatric unintentional injury: behavioral risk factors and implications for prevention. J Dev Behav Pediatr. 2007; 28(3): 245- 254.

51. Lee, L. C., Harrington, R. A., Chang, J. J., & Conners, S. L. (2008). Increased risk of injury in children with developmental disabilities.Research in Developmental Disabilities.2008; 29: 247–255.

52. Zhang H, Li Y, Cui Y, Song H, Xu Y, Lee SY. Unintentional childhood injury: a controlled comparison of behavioral characteristics. BMC Pediatrics 2016; 16: 21.

53. Emond A, Sheahan C, Mytton J, Hollén L. Developmental and behavioural associations of burns and scalds in children: a prospective population-based study. Arch Dis Child. 2017; 102: 428–33.

54. Sinclair SA, Xiang H. Injuries among US children with different types of disabilities. Am J Public Health. 2008; 98(8):1510–1516.

55. Shi X, Shi J, Wheeler KK, Stallones L, Ameratunga S, Shakespeare T et al. Unintentional injuries in children with disabilities: a systematic review and meta-analysis. Inj Epidemiol. 2015; 2: 21.

56. Ruiz-Goikoetxea M, Cortese S, Aznarez-Sanado M, et alRisk of unintentional injuries in children and adolescents with ADHD and the impact of ADHD medications: protocol for a systematic review and meta-analysisBMJ Open 2017; 7: 018027.

57. Mahboob A, Richmond SA, Harkins JP, Macpherson AK. Childhood unintentional injury: the impact of family income, education level, occupation status, and other measures of socioeconomic status. a systematic review. Paediatr Child Health. 2021; 26(1): e39–e45.

58. İnce T, Yalçın S, Yurdakök K. Parents' attitudes and adherence to unintentional injury prevention measures in Ankara, Turkey. Balkan Med J. 2017; 34: 335-42.

59. Yalaki Z, Tasar MA, Kara N, Dallar Y. Sosyoekonomik düzeyi düsük olan ailelerin ev kazaları hakkında bilgi düzeylerinin ölçülmesi. JAEM. 2010; 9: 129-33.

60. Nevriana A, Pierce M, Dalman C, Wicks S, Hasselberg M, Hope H et al. Association between maternal and paternal mental illness and risk of injuries in children and adolescents: nationwide register based cohort study in Sweden. BMJ. 2020; 369:m853.

61. Sengoelge M, Leithaus M, Braubach M, Laflamme L. Are There Changes in Inequalities in Injuries? A Review of Evidence in the WHO European Region. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019; 16(4): 653.

62. Altın K, Manav G, Karayağız G. Hastanede Yatan 3-18 Yaş Arası Çocukların Düşme Riskinin Belirlenmesi. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 2(3): 136-45.

63. Khambalia A, Joshi P, Brussoni M, Raina P, Morrongiello B, Macarthur C. Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0-6 years: a systemic review. Injury Prevention. 2006;12: 378–85.

64. Unguryanu TN, Grjibovski AM, Trovik TA, Ytterstad B, Kudryavtsev AV. Mechanisms of accidental fall injuries and involved injury factors: a registry-based study. Inj Epidemiol. 2020; 7: 8.

65. Veras, Y., Rogers, M. L., Smego, R., Zonfrillo, M. R., Mello, M. J., & Vivier, P. M. Neighborhood risk factors for pediatric fallrelated injuries: A retrospective analysis of a statewide hospital network. Academic Pediatrics. 2019; 19(6): 677–683.

66. Chaudhary S, Figueroa J, Shaikh S, Williams Mays E, Bayakly R, Javed M et al. Pediatric falls ages 0–4: understanding demographics, mechanisms, and injury severities. Inj Epidemiol. 2018; 5(1): 7.

67. Kendrick D, Zou K, Ablewhite J, Watson M, Coupland C, Kay B et al. Risk and protective factors for falls on stairs in young children: multicentre case–control study. Arch Dis Child. 2016; 101: 909–16.

68. Hoffinan RJ, Osterhoudt KC. Evaluation and management of pédiatrie poisonings. Pediatr Case Rev. 2002; 2: 51-63.

69. Dorney K, Dodington JM, Rees CA, Farrell CA, Hanson HR, Lyons TW et al. Preventing injuries must be a priority to prevent disease in the twenty-first century. Pediatr Res. 2020; 87: 282–92.

70. Agran PF et al. Rates of pediatric and adolescent injuries by year of age. Pediatrics. 2001; 108 :E45.

71. Özcan N, İkincioğulları D. Ulusal Zehir Danışma Merkezi 2008 yılı çalışma raporu özeti. Türk Hij Den Biyol Derg. 2009; 66(3): 29-58.

72. Yorulmaz A, Akbulut H, Yahya İ, Aktaş R, Emiroğlu HH, ve ark. Çocuk acil servisine zehirlenme nedeni ile başvuran olguların geriye dönük olarak değerlendirilmesi. J Pediatr Emerg Intensive Care Med. 2017; 4: 96-103.

73. Arslan, H., Kul, B., Derebaşınlıoğlu, H., & Çetinkale, O. Epidemiology of pediatric burn injuries in Istanbul, Turkey. Ulus Travma ve Acil Cerrahi Dergisi. 2013; 19(2): 123-126.

74. Battaloğlu İnanç B, Say Şahin D, Demir C. Mardin il merkezinde 1-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin yanıklarda ilk uygulamalarının incelenmesi. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 2013; 4(3): 175-8.

75. Özer, N. G., & Vural, F. Yanıklı çocukların ailelerinde taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların ve nedenlerinin belirlenmesi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri. 2015.

76. Fontanarosa PB. Electrical shock and lightning strike. Ann. Emerg. Med. 1993; 22: 378–87.

77. Almiş H, Yakıncı C, Kayhan E, Kaplan F, Karakurt C. Yine, yeni, yeniden: Çocuklarda elektrik çarpmaları. Sakarya Tıp Dergisi. 2014; 4: 182-185.

78. Ozdel S. Pediatric electrical injury in Turkey: Five year retrospective hospital-based study. Pediatrics International. 2019; 61: 1155–1158.

79. Zubair M, Besner GE. Pediatric electrical burns: Management strategies. Burns .1997; 23: 413–20.

80. Rabban JT, Blair AJ, Rosen CL, Adler JN, Sheridan RL. Mechanism of pediatric electrical injury. New implications for product safety and injury prevention. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1997; 151: 696–700.

81. Üstoğlu A. Yabancı cisim aspirasyonu görülen 0-6 yaş çocukların ve ailelerinin özellikleri, Çoc. Cer. Derg. 2018; 32(3): 93-102.

82. World Health Organization. Global Report on Drowning: Preventing a Leading Killer. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.

83. MacKay JM, Steel A, Dykstra H. Dangerous Waters: Profiles of Fatal Child Drowning in the U.S. 2005-2014. Washington, DC: Safe Kids Worldwide, June 2016.

84. Canturk N, Es Iyok B, Ozkara E, Canturk G, Bulent Ozata A, Fatih YM. Medico-legal child deaths in Istanbul: data from the morgue department. Pediatrics International. 2007; 49(1): 88–93.

85. Şimşek Y, Satar S. Suda Boğulma ve Acil Servis. Turkish Journal of Emergency Medicine. 2013; 13(2): 81-5

86. Önal H, 0-6 yaş grubu çocuklarda ev azaları sıklığı ve etkileyen faktörler, (Yüksek Lisans Tezi), Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri,2019.

87. Çevik M, Boleken ME, Balcıoglu ME, Öcal S, Aydınoglu A, Sögüt Ö. Çocuklarda Penetran gögüs ve karın travmaları: otuz sekiz olguluk seri. Çocuk Cerrahi Dergisi. 2011; 25(2-3): 23-28.

88. Murat Kuru, Thoracic trauma in children; A retrospective study for causes, diagnosis and treatments, Ann Med Res. 2020; 27(8): 2082-7.

89. American Academy of Pediatrics. A Guide to Safety Counseling in Office Practice: The Injury Prevention Program (TIPP) Handout. Available at: https://patiented.solutions.aap.org/handout.aspx?resultClick=1&gbosid= 177586.

90. Fowler KA, Dahlberg LL, Haileyesus T, et al. Childhood Firearm Injuries in the United States. Pediatrics. 2017; 140(1): e20163486.

91. Bahadır GB, Oral A, Güven A. Çocukluk Çagı Travmaları ve Önlenmesinde Koruyucu Hekimligin Rolü. TAF Prev Med Bull. 2011; 10(2): 243-250.

92. McDonald EM, Mack K, Shields WC, et al. Primary care opportunities to prevent unintentional home injuries: a focus on children and older adults. Am J Lifestyle Med. 2016; 2016: 1–19.

93. Warda LJ. Injury prevention: Effectiveness of primary care interventions. Eds.: Feldman W. Evidence Based Pediatrics. B.C.Decker Inc. Hamilton: B.C.Decker Inc. 2000: 267-281.

94. Macarthur C, DiGuiseppi C, Roberts I, et all. Injury prevention and control. Eds.: Moyer V,Elliot EJ,Davis RI. London. BMJ Books. 2000; 132-140.

95. Haddon W Jr. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively based. Inj Prev. 1999; 5(3): 231–5.

96. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ et al. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. Cochrane Database Syst Rev. Evid.-Based Child Health. 2013; 8(3): 761–939.

97. Özakar Akça S, Çankaya T, Aydın Z. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Düzeyleri Ve Annelere Verilen Ev Kazalarına Yönelik Eğitimin Etkisi. J Contemp Med. 2017; 7(1): 50-57 .

98. Şimşek F, Ulukol B, Usubütün S, Başkan S. Çocukluk Çağı Kazalarından Korunmada Ev Güvenliği Davranışları Ve Anne Farkındalığı Üzerine İki Farklı Ebeveyn Eğitim Programının Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2011; 64(3): 111-118.

99. Elmas EG, Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemleri ve İlk Yardım Uygulamaları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. JAREN. 2020; 6(2): 267-79.

100. Balcı E, Sezer L ve Durmuş H. "Corona Günleri"nde Çocuklarda Ev Kazaları Artışı. Türkiye Çocuk Hast Derg. 2020; 14: 458-459.

101. McKenzie LB, Roberts KJ, Clark R, McAdams R, Abdel-Rasoul M, Klein EG et al. A randomized controlled trial to evaluate the Make Safe Happen® app: A mobile technology-based safety behavior change intervention for increasing parents' safety knowledge and actions. Inj Epidemiol. 2018; 5: 5.

102. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. Journal of medical virology. 2020; 92(4): 401.

103. Paraskevis D, Kostaki EG, Magiorkinis G, Panayiotakopoulos G, Sourvinos G, Tsiodras S. Full-genome evolutionary analysis of the novel corona virus (2019-nCoV) rejects the hypothesis of emergence as a result of a recent recombination event. Infect Genet Evol. 2020; 79: 104212.

104. Li H, Liu SM, Yu XH, Tang SL, Tang CK. Coronavirus disease 2019 (COVID19): current status and future perspectives. Int J Antimicrob Agents. 2020; 55(5): 105951.

105. Liu Z, Xiao X, Wei X, Li J, Yang J, Tan H . Composition and divergence of coronavirus spike proteins and host ACE2 receptors predict potential intermediate hosts of SARS-CoV-2. J Med Virol. 2020; 92(6): 595-601.

106. Zhang L, LiuY . Potential interventions for novel coronavirus in China: A systematic review. J Med Virol. 2020; 92(5): 479-490.

107. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W . A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature. 2020; 579(7798): 270-273.

108. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. Nat Microbiol. 2020; 5: 536-44.

109. Del Rio C, Malani PN. COVID-19-New insights on a rapidly changing epidemic. J Am Med Assoc. 2020; 323(14): 1339-1340.

110. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet. 2020; 395: 809-15.

111. Chu DK, Akl EA, Duda S, et al; COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2020; 395(10242): 1973-1987.

112. WJ Wiersinga, A Rhodes, AC Cheng, SJ Peacock, HC Prescott Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. JAMA, 2020; 324: 782-793.

113. Lotfi M, Hamblin MR, Rezaei N. COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities. Clin Chim Acta. 2020; 508: 254–66.

114. Chia PY, Coleman KK, Tan YK, et al; Singapore 2019 Novel Coronavirus Outbreak Research Team. Detection of air and surface contamination by SARS-CoV-2 in hospital rooms of infected patients. Nat Commun. 2020; 11(1): 2800.

115. Bourouiba L. Turbulent gas clouds and respiratory pathogen emissions: potential implications for reducing transmission of COVID-19. JAMA. 2020; 323(18): 1837-1838 .

116. American Academy of Pediatrics. Coronaviruses, including SARS and MERS. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, editors. Red Book®: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases. 31st ed. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics, 2018: 29.

117. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. N Engl J Med. 2020; 382(16): 1564-1567.

118. Song C, Wang Y, Li W, Hu B, Chen G, Xia P, et al. Detection of 2019 novel coronavirus in semen and testicular biopsy specimen of COVID-19 patients. MedRxiv. 2020. https://doi.org/10.1101/2020.03.31.20042333

119. He X, Lau EHY,Wu P, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Nat Med. 2020; 26(5): 672-675.

120. Wei WE, Li Z, Chiew CJ, Yong SE, TohMP, Lee VJ. Presymptomatic transmission of SARS-CoV-2—Singapore, January 23-March 16, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020; 69(14): 411-415.

121. Ganyani T, Kremer C, Chen D, et al. Estimating the generation interval for coronavirus disease (COVID-19) based on symptom onset data, March 2020. Euro Surveill. 2020; 25(17): 2000257

122. Wölfel R, Corman VM, GuggemosW, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. Nature. 2020; 581(7809): 465-469.

123. Park SY, Kim YM, Yi S, et al. Coronavirus Disease Outbreak in Call Center, South Korea. Emerg Infect Dis. 2020; 26(8): 1666-1670.

124. Byambasuren O, Cardona M, Bell K, Clark J, McLaws ML, Glasziou P. Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta-analysis. Official Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada. 2020; 5(4): 223-234.

125. https://covid19.who.int.

126. https://www.worldometers.info/coronavirus/.

127. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet .2020; 395(10223): 507-513.

128. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, Shan H, Lei CL, Hui DS, Du B. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. New England journal of medicine. 2020; 382(18): 1708-1720.

129. Wang D, Hu B,Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China, JAMA. 2020; 323(11): 1061-1069.

130. Liguoro, I., Pilotto, C., Bonanni, M., Ferrari, M.E., Pusiol, A., Nocerino, A., Vidal, E., and Cogo, P. SARS-COV-2 infection in children and newborns: a systematic review. Eur. J. Pediatr. 2020; 179: 1029–1046.

131. Wu Z, McGoogan JM . Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020; 323: 1239.

132. Götzinger F, Santiago-García B, Noguera-Julián A, Lanaspa M, Lancella L, Carducci FI, Gabrovska N, Velizarova S, Prunk P, Osterman V, Krivec U. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. The Lancet Child & Adolescent Health. 2020; 4(9): 653-661.

133. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. The Lancet. 2020; 395(10239): 1771-1778.

134. Levin M. Childhood multisystem inflammatory syndrome: a new challenge in the pandemic. N Engl J Med. 2020: 393-395.

135. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet 2020; 395: 1054–62.

136. Zhao X, Zhang B, Li P, et al. Incidence, clinical characteristics and prognostic factor of patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. MedRxiv. 2020. https://doi.org/10.1101/2020.03.17.20037572.

137. Garg S, Kim L, Whitaker M, et al. Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019— COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020; 69: 458–64.

138. Fried MW, Crawford JM, Mospan AR, Watkins SE, Munoz B, Zink RC, Elliott S, Burleson K, Landis C, Reddy KR, Brown Jr RS. Patient characteristics and outcomes of 11 721 patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) hospitalized across the United States. Clinical Infectious Diseases. 2021; 72(10): 558-565.

139. Mao R, Qiu Y, He JS, et al. Manifestations and prognosis of gastrointestinal and liver involvement in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020; 5(7): 667-678.

140. Long B, Brady WJ, Koyfman A, Gottlieb M. Cardiovascular complications in COVID-19. The American journal of emergency medicine. 2020; 38(7): 1504-1507

141. Rodriguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguin-Rivera Y, Escalera-Antezana JP, Alvarado-Arnez LE, Bonilla-Aldana DK, Franco-Paredes C, Henao-Martinez AF, Paniz-Mondolfi A. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Travel medicine and infectious disease. 2020; 34: 101623.

142. Alp Ş, Ünal S. Yeni Koronavirüs (SARS-CoV-2) Kaynaklı Pandemi: Gelişmeler ve Güncel Durum. Flora Dergisi. 2020; 25.

143. Umakanthan S, Chattu VK,A rapid review of recent advances in diagnosis, treatment and vaccination for COVID-19.AIMS Public Health.2020; 8(1): 137–153.

144. Patel A, Jernigan DB, Initial Public Health Response and Interim Clinical Guidance for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak - United States, December 31, 2019-February 4, 2020.» MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020; 69(5): 140–146.

145. Chu DKW, Pan Y, Cheng SMS, et al. Molecular diagnosis of a novel coronavirus (2019-nCoV) causing an outbreak of pneumonia. Clin Chem. 2020; 66: 549–555.

146. Loeffelholz MJ, Tang YW Laboratory diagnosis of emerging human coronavirus infections—the state of the art. Emerg Microbes Infect.2020; 9: 747–756.

147. La Marca A, Capuzzo M, Paglia T, Roli L, Trenti T, Nelson SM. Testing for SARS-CoV-2 (COVID-19): a systematic review and clinical guide to molecular and serological in-vitro diagnostic assays. Reproductive biomedicine online. 2020; 41(3): 483-499.

148. Doi A, Iwata K, Kuroda H, Hasuike T, Nasu S, Kanda A, Nagao T, Nishioka H, Tomii K, Morimoto T, Kihara Y. Estimation of seroprevalence of novel coronavirus disease (COVID-19) using preserved serum at an outpatient setting in Kobe, Japan: a cross-sectional study. Clinical Epidemiology and Global Health. 2021; 11: 100747.

149. Liu R, Liu X, Han H, Shereen MA, Niu Z, Li D, Liu F, Wu K, Luo Z, Zhu C. The comparative superiority of IgM-IgG antibody test to real-time reverse transcriptase PCR detection for SARS-CoV-2 infection diagnosis. MedRxiv. 2020. https://doi.org/10.1101/2020.03.28.20045765

150. Grant BD, Anderson CE, Williford JR. SARS-CoV-2 Coronavirus Nucleocapsid Antigen-Detecting Half-Strip Lateral Flow Assay Toward the Development of Point of Care Tests Using Commercially Available Reagents. Anal Chem. 2020; 92: 11305–11309.

151. Burki TK. Testing for COVID-19. Lancet Respir Med. 2020; 8(7): 63-64.

152. Chen H, Ai L, Lu H, Li H. Clinical and imaging features of COVID-19. Radiology of Infectious Diseases. 2020; 7(2): 43-50.

153. Singhal T. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). The Indian Journal of Pediatrics. 2020; 87(4): 281-6.

154. Helmy, YA, Fawzy M, Elaswad A, Sobieh A, Kenney SP, Shehata AA. The COVID-19 Pandemic: A comprehensive review of taxonomy, genetics, epidemiology, diagnosis, treatment, and control. J Clin Med. 2020; 9(4): 1225.

155. Li H, Wang YM, Xu JY, Cao B. Potential antiviral therapeutics for 2019 Novel Coronavirus. Chin J Tuberculosis Respir Dis. 2020; 43: E002-E002.

156. Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J, Xu M, et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. Cell Res. 2020; 30: 269-271.

157. Singh AK, Singh A, Singh R. Remdesivir in COVID-19: A critical review of pharmacology, pre-clinical and clinical studies. Diabetes Metab Syndr. 2020; 14: 641–648.

158. Moore N .Chloroquine for COVID-19 Infection. Drug Saf. 2020; 43: 393–394.

159. Coomes EA, Haghbayan H. Favipiravir, an antiviral for COVID-19? J Antimicrob Chemother. 2020; 75: 2013–2014.

160. Cai Q, Yang M, Liu D, Chen J, Shu D, Xia J, Liao X, Gu Y, Cai Q, Yang Y, Shen C. Experimental treatment with favipiravir for COVID-19: an open-label control study. Engineering. 2020; 6(10): 1192-1198

161. Wu R, Wang L, Kuo HC, Shannar A, Peter R, Chou PJ, Li S, Hudlikar R, Liu X, Liu Z, Poiani GJ. An update on current therapeutic drugs treating COVID-19. Current pharmacology reports. 2020; 6(3): 56-70.

162. Zhang J, Ma X, Yu F, Liu J, Zou F, Pan T et al. Teicoplanin potently blocks the cell entry of 2019-nCoV. BioRxiv. 2020. https://doi.org/10.1101/2020.02.05.935387.

163. Singh AK, Majumdar S, Singh R. (2020) Role of corticosteroid in the management of COVID-19: A systemic review and a Clinician's perspective. Diabetes Metab Syndr. 2020; 14: 971–978.

164. Stockman LJ, Bellamy R, Garner P. SARS: systematic review of treatment effects. PLoS Med. 2006; 3: 343.

165. Arabi YM, Mandourah Y, Al-Hameed F. Corticosteroid therapy for critically ill patients with middle east respiratory syndrome. Am J Respir Crit Care Med. 2018; 197: 757.

166. Cai X, Ren M, Chen F. Blood transfusion during the COVID-19 outbreak. Blood Transfus.2020; 18: 79–82.

167. Rajarshi K, Chatterjee A, Ray S (2020) Combating COVID-19 with Mesenchymal Stem Cell therapy. Biotechnol Rep (Amst). 2020; 26: 00467.

168. Golchin A, Farahany TZ, Khojasteh A. The clinical trials of Mesenchymal stem cell therapy in skin diseases: An update and concise review. Curr Stem Cell Res Ther. 2018; 14: 22–33.

169. Kow CS, Hasan SS. Use of low-molecular-weight heparin in COVID-19 patients. Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders. 2020; 8(5): 900-901.

170. Kewan T, Covut F, Al-Jaghbeer MJ, et al. (2020) Tocilizumab for treatment of patients with severe COVID–19: A retrospective cohort study. E Clin Med. 2020; 24: 100418.

171. Boretti A, Banik BK (2020) Intravenous Vitamin C for reduction of cytokines storm in Acute Respiratory Distress Syndrome. PharmaNutrition.2020; 12: 100190

172. Honein MA, Christie A, Rose DA, Brooks JT, Meaney-Delman D, Cohn A, Sauber-Schatz EK, Walker A, McDonald LC, Liburd LC, Hall JE. Summary of guidance for public health strategies to address high levels of community transmission of SARS-CoV-2 and related deaths, December 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2020; 69(49): 1860.

173. Day M. Covid-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate. BMJ. 2020; 369: 1375.

174. https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate vaccines.

175. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. Nature Medicine. 2020; 26(4): 450-452

176. Forni G, Mantovani A. COVID-19 vaccines: where we stand and challenges ahead. Cell Death & Differentiation. 2020; 28(2): 626-39.

177. Akst J. COVID-19 vaccine frontrunners. The Scientist. 2020;7. https://www.the-scientist.com/news-opinion/covid-19-vaccinefrontrunners- 67382.

178. Alturki SO, Alturki SO, Connors J, Cusimano G, Kutzler MA, Izmirly AM, Haddad EK. The 2020 pandemic: current SARS-CoV-2 vaccine development. Frontiers in immunology. 2020; 11: 1880.

179. Krammer F. SARS-CoV-2 vaccines in development. Nature. 2020; 586: 516–27.

180. Rabaan AA, Al-Ahmed SH, Sah R, Tiwari R, Yatoo M, Patel SK, Pathak M, Malik YS, Dhama K, Singh KP, Bonilla-Aldana DK. SARS-CoV-2/COVID-19 and advances in developing potential therapeutics and vaccines to counter this emerging pandemic. Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials. 2020;19(1): 1-37.

181. Le Roux G, Sinno-Tellier S, French Poison Control Centre members, Descatha A. COVID-19: home poisoning throughout the containment period. Lancet Public Health. 2020; 5(6): 314.

182. Pizzol A, Rigazio C, Calvo PL, Scottoni F, Pane A, Gennari F, Cisarò F. Foreign-body Ingestions in Children During COVID-19 Pandemic in a Pediatric Referral Center. Jpgn Reports. 2020; 1(2): 018.

183. Viner RM, Russell S, Saulle R, Croker H, Stansfield C, Packer J, Nicholls D, Goddings AL, Bonell C, Hudson L, Hope S. Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: a systematic review. MedRxiv. 2021. https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251526

184. Ferguson N, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, Bhatia S, Boonyasiri A, Cucunubá Z, Cuomo-Dannenburg G, Dighe A. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. Imperial College London. 2020; 10(77482): 491-7.

185. Child TL. Pandemic school closures: Risks and opportunities. The Lancet. Child & Adolescent Health. 2020; 4(5): 341.

186. Ciofi Degli A, M L, Campana A, et al. Facing SARS-CoV-2 Pandemic at a COVID-19 Regional Children's Hospital in Italy. Pediatr Infect Dis J. 2020; 39(9): 221-225.

187. Tiffany W. K. Wong , Judy W. S. Hung ,Paediatric domestic accidents during COVID-19 pandemic in Hong Kong ,Surg Pract. 2021; 25: 32–37.

188. Chang A, Schnall A.H., Cleaning and Disinfectant Chemical Exposures and Temporal Associations with COVID-19 — National Poison Data System, United States, January 1, 2020– March 31, 2020.MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 ; 69(16): 496–498.

189. CoViD-19, containment and accidents in children's domestic life. Bull Acad Natl Med. 2020; 204: 30.

190. Çınar ND, Görak G. 0-6 Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Çocuk Forumu 2003; 6: 22-27.

191. Khan S,TauheedN,NawabS,Afzal S, KhaliqueN.Domestic accidents among under-5 year children: a study on the modern day epidemic.Int J community Med Public Health. 2019; 6(4): 1529-35

192. Tsoumakas K, Dousis E, Mavridi F, Gremou A, Matziou V. Parent’s adherence to children’s home-accident preventive measures. Int Nurs Rev. 2009; 56(3): 369-374.

193. Santagati G, Vezzosi L, Angelillo IF. Unintentional injuries in children up tos ix years of age and related parental knowledge, attitudes, and behaviors in Italy. J Pediatr. 2016; 177: 267-272.

194. Thein MM, Lee BW, Bun PY. Knowledge, attitude and practices of childhood injuries and their prevention by primary caregivers in Singapore. Singapore Medical Journal. 2005; 46(3): 122–126.

195. Corrarino JE, Walsh PJ, Nadel E. Does teaching scald burn prevention to families of young children make a difference? A pilot study. J Pediatr Nurs. 2001; 16: 256-62.

196. Tomruk O, Soysal S, Gunay T, Cimrin AH. First aid: Level of knowledge of relatives and bystanders in emergency situations. Adv Ther. 2007; 24: 691–9.

197. Mayes S, Roberts MC, Stough CO. Risk for household safety hazards: socioeconomic and sociodemographic factors. J Safety Res. 2014; 51: 87-92.

198. Vincenten, J.A., et al. Parents' perceptions, attitudes and behaviours towards child safety: a study in 14 European countries. International Journal of Injury Control and Safety Promotion. 2005;12(3): 83–89.

199. Younesian S, Mahfoozpour S, Shad EG, Kariman H, Hatamabadi HR. Unintentional Home Injury Prevention in Preschool Children; a Study of Contributing Factors. Emergency. 2016; 4(2): 72-77.

200. Gielen AC, Wilson MEH, Faden RR, Wissow L, Harvilchuck JD. In-home injury prevention practices for infants and toddlers: the role of parental beliefs, barriers, and housing quality. Health Educ Behav. 1995; 22(1): 85-95.

201. Vladutiu C, Nansel T, Weaver N, Jacobsen H, Kreuter M. Differential strength of association of child injury prevention attitudes and beliefs on practices: a case for audience segmentation. Inj Prev. 2006; 12(1): 35-40.

202. Altundağ S, Öztürk MC. Ev kazaları nedeniyle hastaneye gelen 3-6 yaş grubu çocuklardaki kaza türleri ve bunu etkileyen etmenler. Çocuk Forumu. 2004; 7: 60-64.

203. Koştu M. 0-6 yaş grubunda çocuğu olan annelerin ev kazalarından çocuklarını korumaya yönelik aldıkları güvenlik önlemlerinin belirlenmesi. III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı. 22-24 Eylül, İzmir. 2005: 282.

204. Korğalı EÜ, Determining the risk factors of home accidents in 0-6-year-old age group and the awareness levels of their mothers about home accidents in Sivas. Cumhuriyet Medical Journal. 2019; 41(2): 306-317 .

205. Özmen D, Ergin D, Şen N, et al. 0–6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik gü venlik önlemlerinin tanılanması. Aile ve Toplum. 2007; 12: 13–20.

206. Çevik C, Tari Selçuk K, Kaya C, Busra Bayırlı R. Prevalence of home accident among 0-6 year old children mothers' levels of displaying precaution taking behaviors. Journal of Research in Medical and Dental Sciences. 2017; 5(4): 90-96.

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

208. İnanç DÇ, Baysal SU, Çetin Z, et al. Çocukluk çağında yaralanma kontrolü: ailenin davranışı ve güvenlik danışmanlığı. Türk Pediatri Arşivi. 2008; 43: 127- 134.

209. Gündüz G, Aytekin A. Annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2015; 5(3): 184-192.

210. Erdem SS, Bolu F, Mayda AS. Annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanımlanması. Konuralp Tıp Dergisi. 2017; 9(2): 40-46.

211. Boztaş G. 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, 2008,Ankara.

212. Tripathi M, Tyebally A, Feng JX, Chong SL. A review of stroller-related and pram-related injuries to children in Singapore. Injury Prevention. 2017; 23(1): 60-3.

213. Mahalakshmy T, Dongre AR, Kalaiselvan G. Epidemiology of childhood injuries in rural Puducherry, South India. Indian Journal of Pediatrics. 2011; 78(7): 821–825.

214. Abd El-Aty NS, Moftah FM, Fahmy Ibrahim HD, Hassanen RH. Assesment of knowledge and practice of mothers toward home accıdents among chıldren under sıx years ın rural areas ın assıut governorate (2003). Ass. Univ. Bull. Environ. Res. 2005; 8(2): 11-29.

215. Kamal NN. Home unintentional non-fatal injury among children under 5 years of age in a rural area, El minia governorate, egypt. J Community Health. 2013; 38: 873–9.

216. Erkal S, Şafak Ş. Determination of risks of home accidents for the 0-6 age group in the Tuzluçayır Village Clinic neighborhood. Turk J Pediatr. 2006; 48: 56-62.

217. Dal Santo, J. A., Goodman, R. M., Glik, D., and Jackson, K. Childhood unintentional injuries: Factors predicting injury risk among preschoolers. Journal of Pediatric Psychology,2004; 29: 273–283.

218. Halawa EF, Barakat A, Rizk HI, Mohamed E, Moawad I. Epidemiology of non-fatal injurise among Egyptian children: A community-based cross-sectional survey. BMC Public Health. 2015; 15: 1248.

219. Wadsworth, J., Burnell, I., & Taylor, B. Family type and accidents in preschool children. Journal of epidemiology and Community Health.2003; 37: 100–104.

220. Nathens AB, Neff MJ, Goss CH, MaierRV, Rivara FP. Effect afan older sibling and birth interval on the risk of childhood injury. Inj Prev. 2000; 6: 219-222.

221. Vierucci F, Bacci C, Mucaria C, Dini F, Federico G, Maielli M, Vaccaro A. How COVID-19 pandemic changed children and adolescents use of the emergency department: the experience of a secondary care pediatric unit in central Italy. SN comprehensive clinical medicine. 2020; 2(11): 1959-69.

222. Buonsenso D, Valentini P, Moscato U, Ricciardi W, Roland D. A pediatric strategy for the next phase of the SARS-CoV-2 pandemic. Front Pediatr. 2020; 8: 582798.

223. Güleryüz O, Colak O, Güneysu ST, Fidancı İ. The Home Accident Cases Applying to The Pediatric Emergency Department during the Covid-19 Pandemic: What Did the Pandemic Change? Authorea Preprints. 2021. https://doi.org/10.22541/au.161324350.06772360/v1

224. Peretti-Watel P, Alleaume C, Leger D, Beck F, Verger P, COCONEL Group. Anxiety, depression and sleep problems: a second wave of COVID-19. General Psychiatry. 2020; 33(5): e100299.

10. EKLER

EK-1: ETİK KURUL KARARI

İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

Tarih: 13.07.2020

Sayın
Prof.Dr.Filiz ŞİMŞEK ORHON
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,

Sosyal Pediatri Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yürütülmesi planlanan **"Covid-19 pandemisi döneminde 0-6 yaş grubu sağlıklı çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ebeveynlerin ev kazalarına yönelik önlemler konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi"** başlıklı araştırmanız incelenerek, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Karar no:İ7-421-20

Prof.Dr.Nuray YAZIHAN
(Başkan)

Doç.Dr.Başak Ceyda MEÇO
(Başkan Yardımcısı)

Doç.Dr.Beyza DOĞANAY ERDOĞAN
(Üye)

EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma adı: Covid-19 pandemisi döneminde 0-6 yaş grubu sağlıklı çocuklarda ev kazasıgeçirme sıklığı ve ebeveynlerin ev kazalarına yönelik önlemler konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi

Araştırmanın tanımı ve amacı:

Özellikle zamanlarının çoğunu evde geçiren 0-6 yaş grubu çocuklar aynı zamanda çevrelerini keşfetmeye olan merakları, sürekli hareket halinde olmaları, tehlike ve risklere karşı deneyimsiz olmaları ve kazalardan kendilerini koruyabilecek gelişimsel beceriye henüz yeterince sahip olmamaları sebebiyle kazaya uğrama oranı en yüksek grubu oluşturmaktadır.Bütün dünyayı etkisi altına alan Covid-19 salgını döneminde çocukların evde geçirdikleri zamanın arttığı gözlenmiştir. Bu durumun ev kazalarına uğrama açısından duyarlı grubu oluşturan çocukların tehlikelere maruz kalma ve ev kazası geçirme riskini artırabileceği bilinmektedir. Okul öncesi dönemde çocukların kazalardan korunabilmesi için bulundukları ortamınyetişkinler tarafından güvenli hale getirilmesi gerekmektedir.Bunu gerçekleştirebilecek yetişkinler de çocukların ebeveynleridir.Ev içinde yapılacak basit düzenlemelerle ve koruyucu davranışlarla çocukları oluşabilecek ev kazalarından korumanın büyük ölçüde mümkün olduğu bilinmektedir.

Bu çalışmada Covid-19 salgını döneminde 0-6 yaş grubu çocukların ev kazası geçirme sıklığını belirlemek, annelerin çocuklarını ev kazalarından korumak için ev içerisinde alınacak önlemler ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmek ve bu tutumların sosyodemografik özellikler ve çocuğun ev kazası geçirme öyküsü ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır.

Araştırmada izlenecek işlemler:

Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde gerçekleştirilecektir. Araştırmaya; Çocuk Sağlığı İzlem Polikliniğinde izlenen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 0-6 yaş arasında olan çocuklar ve annelerinin alınması planlanmıştır.

Rutin çocuk sağlığı izleminde araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya girmeyi kabul eden anne-çocuk çifti Sosyal Pediatri Bilim Dalı Aile Görüşme Odasına alınacak ve öncelikle bilgilendirilmiş gönüllü olur formu doldurulacaktır. Daha sonra sosyodemografik anket formu ve0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeği anne tarafından doldurulacaktır. Aile Görüşme Odasında formlar doldurulduktan sonra anne ve çocuk muayene odasına alınacak, çocuğun rutin çocuk sağlığı izlem muayenesi yapılacak ve yeni randevusu verilecektir. Veriler çalışmanın amacına uygun olarak analiz edilecektir.

YAZILI ONAM FORMU

'Covid-19 pandemisi döneminde 0-6 yaş grubu sağlıklı çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ebeveynlerin ev kazalarına yönelik önlemler konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi' başlıklı çalışma bana sözlü olarak da açıklandı.

Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici cevaplar aldım.

Benim ve çocuğumun katılımı sorulan çalışmanın amaç ve işlemleri bana açıklandı. Bu çalışma ile ilgili olası yararlar bana bildirildi.

Bu çalışmaya katılımın gönüllü olduğunu ve bu çalışmadan istediğim zaman çekilebileceğimi ve bunu yaptığımda benim ve çocuğumun doktorundan ilerde göreceği bakım ve ilginin etkilenmeyeceğini anladım.

Benim ve çocuğumun bu çalışmaya katılmamız gizli tutulacaktır. Bu çalışmadan toplanacak verilerin gizli olduğunu anladım. Fakat çalışma sonunda klinik çalışma raporlanması ve analizi için katılımcı isimleri kullanmadan bu verileri kullanma ve işleme hakkına sahiptirler. Ben böyle bir kullanıma ve işleme kesinlikle izin veriyorum.

Ben çocuğumun birlikte, burada özgür ve yazılı olarak bu klinik araştırmada yer almayı onaylıyorum. Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı ismi: ----------

ADRES ----------

TELEFON NUMARASI: ----------

TARİH: İMZA:

Onay almayı gerçekleştiren kişi:

İSİM ----------

TARİH: İMZA:

Sorumlu araştırmacı:

İSİM: Prof. Dr. Filiz Orhon

TARİH: İMZA:

Telefon:

EK-3: ANKET FORMU

I. Aile ile ilgili bilgiler **Tlf no:**

1. Annenin yaşı: _____
2. Babanın yaşı : _____
3. Annenin eğitim düzeyi:
   □Okur-yazar değil □Okur-yazar □İlkokul mezunu
   □Ortaokul mezunu □Lise mezunu □Yüksekokul/Üniversite mezunu
4. Babanın eğitim düzeyi:
   □Okur-yazar değil □Okur-yazar □İlkokul mezunu
   □Ortaokul mezunu □Lise mezunu □Yüksekokul/Üniversite mezunu
5. Annenin çalışma durumu: □Çalışıyor (Mesleği _____)
   □Çalışmıyor
6. Babanın çalışma durumu: □Çalışıyor (Mesleği _____)
   □Çalışmıyor
7. Ailenin toplam geliri: □ <2300 TL □ 2300-5000 TL □ >5000 TL
8. Oturduğunuz ev kendinize mi ait? □ Evet □ Hayır
9. Annenin herhangi bir sağlık sorunu var mı? □ Evet _____
   □ Hayır
10. Babanın herhangi bir sağlık sorunu var mı? □ Evet _____
    □ Hayır
11. Kaç çocuğunuz var? _____
12. Ailenizde eşiniz ve çocuklarınız dışında sizinle yaşayan kişiler var mı? □ Evet _____ □ Hayır
13. Evde devamlı bakım gerektiren birey var mı? □ Evet _____
    □ Hayır

II. Çocuk ile ilgili bilgiler

1. Çocuğunuzun doğum tarihi: ____/____/_____ Yaş: _____
2. Çocuğunuzun cinsiyeti: □ Kız □ Erkek
3. Çocuğunuz kaçıncı çocuk? □İlk çocuk □İkinci Çocuk □Üçüncü Çocuk □Dört ve Sonrası

4. Çocuğunuzun evde bakımından sorumlu olan kişi kim/kimlerdir?

_____

III. Ev kazaları ile ilgili bilgiler

1. Daha önce çocuk ev kazaları ile ilgili bilgilendirildiniz ya da bilgi aldınız mı?
   □Evet □Hayır

2. Bilginiz varsa nereden öğrendiniz? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)*
   □Sağlık personeli □Öğretmen □Arkadaş, komşu vb □İnternet □TV
   □Broşür □Toplantı, seminer □Diğer
   _____

3. Çocuğunuz <u>Covid-19 salgını öncesinde</u> ev kazası geçirdi mi? Kaç kez?

□ Evet _____ □ Hayır

Evet ise lütfen aşağıda tip/tipleri belirtiniz (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

□ Kesici-delici aletle yaralanma □ Elektrik çarpması
□ Kaygan zeminde düşme □ Suda boğulma
□ Yüksekten düşme □ Yabancı cisimle boğulma
□ Zehirlenme □ Üzerine bir cisim (dolap, TV vb) düşmesi
□ Yanma (ateş/ütü kızgın maddelerle/sıvı) □ Diğer (belirtiniz) _____

Evet ise çocuğunuzun geçirdiği ev kazası ile ilişkili tedavi alma durumu nedir?

□ Evde gözlendi □ Hastanede ayaktan tedavi edildi □ Hastanede yatarak tedavi edildi

Evet ise lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

- Kaza kimin gözetimi altında iken oldu?_____
- Çocuğunuz ev kazası geçirdiğinde kaç yaşındaydı? _____
- Evde çocuğunuzun kaza geçirmesine sebep olan faktörler nelerdi? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)*
  □Dikkatsizlik, ihmal □Bilgi eksikliği □Uygun olmayan ev koşulları
  □Diğer: _____

4. Çocuğunuz <u>Covid-19 salgını sırasında</u> ev kazası geçirdi mi? Kaç kez?

□ Evet _____ □ Hayır

Evet ise lütfen aşağıda tip/tipleri belirtiniz (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

□ Kesici-delici aletle yaralanma □ Elektrik çarpması
□ Kaygan zeminde düşme □ Suda boğulma
□ Yüksekten düşme □ Yabancı cisimle boğulma
□ Zehirlenme □ Üzerine bir cisim (dolap, TV vb) düşmesi
□ Yanma (ateş/ütü kızgın maddelerle/sıvı) □ Diğer (belirtiniz)

_____

Evet ise çocuğunuzun geçirdiği ev kazası ile ilişkili tedavi alma durumu nedir?

□ Evde gözlendi □ Hastanede ayaktan tedavi edildi □ Hastanede yatarak tedavi edildi

Evet ise lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

- Kaza kimin gözetimi altında iken oldu?_____
- Çocuğunuz ev kazası geçirdiğinde kaç yaşındaydı? _____
- Evde çocuğunuzun kaza geçirmesine sebep olan faktörler nelerdi? *(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)*
  □Dikkatsizlik, ihmal □Bilgi eksikliği □Uygun olmayan ev koşulları
  □Diğer: _____

5. Salgın döneminde işe gidiyor musunuz?
   a) Evet (Haftada kaç gün …….) b) Hayır

6. Covid-19 döneminde çocuğun bakımından sorumlu olan kişi kim/kimlerdi?
   _____

7. Ailenizde salgın sırasında Covid-19 tanısı almış kimse oldu mu? Kim?
   □Evet _____ □Hayır

8. Ailenizde salgın sırasında Covid-19 tanısı ile hastanede yatırılarak izlenen kimse oldu mu? Kim?
   □Evet _____ □Hayır

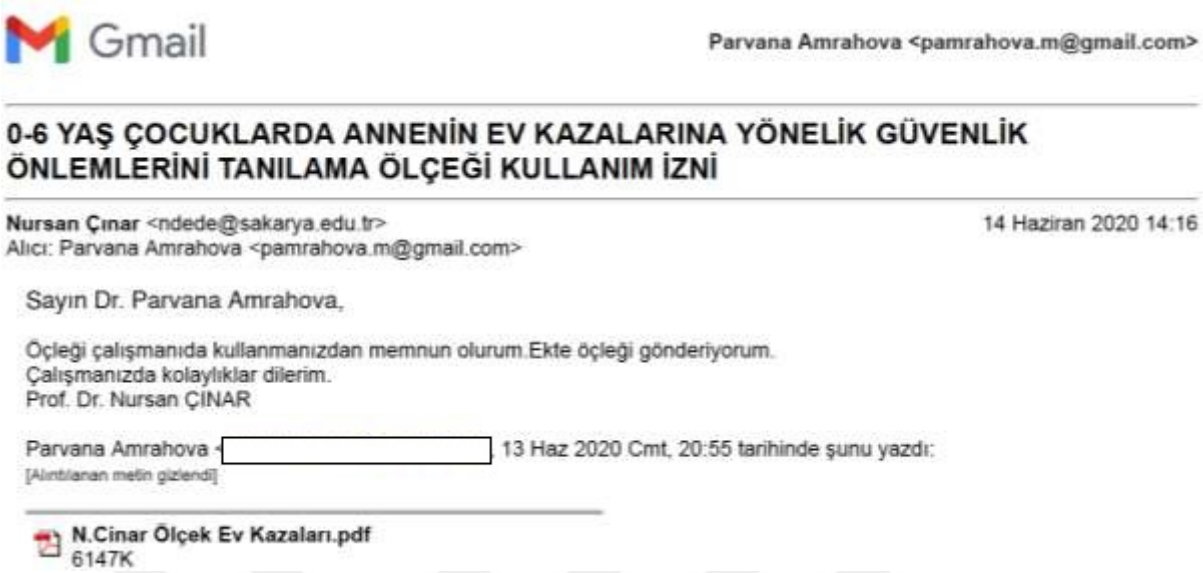
9. Ailenizde Covid-19 tanısı ile vefat etmiş kimse oldu mu? Kim?
   □Evet _____ □Hayır

EK 4: 0-6 YAŞ ÇOCUKLARDA ANNENİN EV KAZALARINA YÖNELİK GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİ TANILAMA ÖLÇEĞİ

	Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını gösteren sütuna ait olan kutucuğun içine X işareti koyunuz. Bu ifadeleri yanıtlamak zor gelirse, size en yakın şıkkı işaretleyiniz.	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1	Banyo ve küvet zeminini kuru tutmaya özen gösteririm					
2	Mobilya seçerken keskin kenarlı ve sivri uçlu olmamasına özen gösteririm					
3	Kullanılmayan elektrik prizlerini plastik koruyucularla kapatırım veya önüne engel oluşturacak koltuk gibi eşyalar çekerim					
4	Tuvalet ve banyo kapılarını kapalı tutarım					
5	Çocuğu yaşına uygun büyüklükte sandalyeye oturturum					
6	Çamaşır makinemi fişi takılı ve kapağı açık bırakırım					
7	Evde acil kazalarda kullanılmak üzere oksijenli su, tentürdiyot gibi maddeler bulundururum					
8	Çocukların ağızlarında yemek varken konuşmalarını veya oyun oynamalarını tehlikeli bulurum					
9	Sıcak yiyecek ve içecekleri çocuğun rahatlıkla ulaşabileceği yerlere koyarım					
10	Çekirdekli meyveleri çocuklarıma çekirdeklerini ayıklayarak yedirmeye dikkat ederim					
11	Kibrit, çakmak gibi maddeleri çocuğumun erişemeyeceği yerlere kaldırırım					
12	Misafirlikte veya misafir varken çocuğumun güvenliğini izlerim					
13	Soba, şömine, radyatör gibi ısıtıcı araçların çevresine koruyucu parmaklıklar koyarım					
14	Çocuğumu banyo küvetinde yalnız bırakmaktan kaçınırım					
15	Soyulan, yıpranan elektrik kablolarının çocuklar için tehlike oluşturduğunu düşünürüm					
16	Çocuğumu odada yalnız bırakmak zorunda kalırsam çevresine parmaklıklı oyun parkı gibi ortamlar oluşturmaya özen gösteririm					
17	İlaç şişelerinin ağzını çocuğumun açamayacağı şekilde sıkıca kapatırım					
18	Çocuğumun yataktan düşmesini engellemek için gerekli önlemleri alırım					
19	Uzatma kablolarını kullanıldıktan sonra prizden çekerek ortadan kaldırırım					
20	Kesici aletleri (bıçak, tıraş bıçağı, makas (gibi) çocuğumun ulaşamayacağı yerlerde saklarım					
21	Çocuğumun ulaşabileceği yerlerde içi su dolu kova, leğen, tencere bırakmam					

Madde No	*Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını gösteren sütuna ait olan kutucuğun içine X işareti koyunuz. Bu ifadeleri yanıtlamak zor gelirse, size en yakın şıkkı işaretleyiniz.*	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
22	Evde veya bahçedeki zehirli bitkilerin (sarmaşık, kauçuk) çocuklar için tehlike oluşturacağını düşünürüm					
23	Çocuğumun emzik veya nazar boncuğunu çengelli iğne ile üzerindeki giysilere takarım					
24	Çöpleri çocuğumun erişemeyeceği yerlerde saklarım					
25	Çocuğumun banyo suyunun sıcaklığını derece veya dirsekle kontrol ederim					
26	Yemek pişirirken çocuğumun mutfakta dolaşmasına izin veririm					
27	Çocuğumun oyuncaklarını çabuk yanmayan maddelerden seçmeye özen gösteririm					
28	Ütü, ekmek kızartma makinesi gibi elektrikli aletleri kullanırken çocuğumun ulaşamayacağı yerlere koyarım					
29	Tuvalette çocuğumun düşmemesi için boyuna uygun tuvalet adaptörü kullanırım					
30	Boş, kullanılmayan kutu ve plastik torbaları ortalıkta bırakırım					
31	Fırın ve ocak üzerindeki tava, tencere saplarını çocuğumun erişemeyeceği yönde yerleştirmeye çalışırım					
32	Yeni emeklemeye başlayan bebeklerin çevresinde ağzına götürebileceği cisimlerin olmamasına özen gösteririm					
33	İp, kemer ve naylon şeritlerin çocuğum için tehlike oluşturabileceğini düşünerek erişebileceği yerde bulunmamasına özen gösteririm					
34	Balkonlarda kenarlık olmasına ve kenarlıkların aralıklı olmamasına özen gösteririm					
35	Çocuğuma oyuncak seçerken batıcı, kesici, delici ve küçük parçalı olmamasına özen gösteririm					
36	Çocuğuma oyuncak alırken boyası çıkmayan maddeden yapılmasına özem gösteririm					
37	Evde bulunduğum zamanlarda bile balkon ve bahçe kapılarını kilitli tutarım					
38	Pencerelere demir parmaklıklar veya benzeri engeller konulmasını sağlarım					
39	Zehirli maddeleri (fare zehri, deterjan, çamaşır suyu, gaz, benzin gibi) çocuğumun kolayca ulaşabileceği yerlerde bırakmam					
40	Çocuğum kaza geçirdiğinde onu cezalandırırım					

EK 5: 0-6 YAŞ ÇOCUKLARDA ANNENİN EV KAZALARINA YÖNELİK GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİ TANILAMA ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



Gmail

Parvana Amrahova <pamrahova.m@gmail.com>

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

Nursan Çınar <ndede@sakarya.edu.tr> 14 Haziran 2020 14:16
Alıcı: Parvana Amrahova <pamrahova.m@gmail.com>

Sayın Dr. Parvana Amrahova,

Öçleği çalışmanıda kullanmanızdan memnun olurum.Ekte öçleği gönderiyorum.
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
Prof. Dr. Nursan ÇİNAR

Parvana Amrahova [redacted] 13 Haz 2020 Cmt, 20:55 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

N.Cinar Ölçek Ev Kazaları.pdf
6147K