



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN
ANNELERİNİN ATEŞ KONUSUNDAKİ BİLGİ,
TUTUM VE UYGULAMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Serpil BORAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

TRABZON-2020

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Serpil BORAN'ın hazırladığı “Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Ateş Konusundaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06/02/2020

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN
(Danışman)

Doç. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR

Dr. Öğr. Üyesi Hacer KOBYA BULUT

Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

02/01/2020
Serpil BORAN

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, bu günlere gelmemde hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve daima yanımda olan sevgili eşim Halis BORAN'a ve varlıkları ile hayatıma değer katan çocuklarım Enes ve Kerem'e ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamdaki katkı ve emeklerinin yanı sıra yüksek lisans eğitim sürecimde desteğini benden esirgemeyen saygıdeğer danışmanım Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN'a,

Yüksek lisans programım süresince bilgi ve destekleriyle eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hacer KOBYA BULUT'a Sayın Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a, Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a ve Sayın Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

Bu araştırmanın gerçekleştirilmesi için maddi destek sağlayan Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Başkanlığı'na (Proje No: TYL-2018-7824),

Çalışmamın yürütülmesine izin veren KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimliği'ne,

Çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan tüm çocuk servisleri ekip üyelerine,

Her an yanımda olup desteklerini esirgemeyen en değerli varlıklarım eşim ve çocuklarıma sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Serpil BORAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Ateş Tanımı ve Vücut Sıcaklığı

4

2.2. Ateşin Oluşum Mekanizması

5

2.3. Ateşin Patofizyolojik Etkileri

6

2.4. Ateşin Olumlu Etkileri

7

2.5. Ateşin Olumsuz Etkileri

7

2.6. Ateşin Anlamı

8

2.7. Ateş Nedenleri

9

2.8. Ateş Endişesi

10

2.9. Vücut Sıcaklığı Ölçüm Metotları

11

2.9.1. Sublingual (Oral) Ölçüm

11

2.9.2. Koltuk Altı (Aksiller) Ölçüm

11

2.9.3. Rektal Ölçüm

12

2.9.4. Kulaktan Ölçüm

12

2.10. Ateşin Sınıflandırılması

13

2.11. Çocuklarda Ateş Ölçüm Araçları

14

2.12. Ateşin Tedavi Yaklaşımı ve Antipiretik Kullanımı

16

2.13. Çocuk Yaş Gruplarına Göre Vücut Sıcaklığı ve Ateşin Değerlendirilmesi

18

2.14. Çocuklarda Ateşe Neden Olan Kronik Hastalıklar

20

2.15. Ateşli Çocukta Hemşirelik Bakımı

22

3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3.4. Araştırmaya Kabul Edilme ve Edilmeme Ölçütleri	28
3.5. Veri Toplama Araçları	29
3.5.1. Anket Formu	29
3.6. Veri Toplama Süreci	29
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.8. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	30
3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	30
4. BULGULAR	31
4.1. Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	31
4.2. Annelerin Ateş Konusundaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Yönelik Bulgular	32
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	65
7. KAYNAKLAR	73
EKLER	81
Ek 1. Anket Formu	82
Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	86
Ek 3. Kurum İzin Belgesi	88
Ek 4. Etik Kurul Onayı	89
ÖZGEÇMİŞ	92

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Hipotermi görülen çocukta hemşirelik girişimleri	26
Tablo 2. Hipotermi görülen çocukta hemşirelik girişimleri	27
Tablo 3. Ailelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	31
Tablo 4. Kronik hastalığa sahip çocukların hastalık sınıflandırması	32
Tablo 5. Annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumları	32
Tablo 6. Annelerin çocuklarında tercih ettikleri ateş ölçüm bölgeleri	33
Tablo 7. Annelerin ateş ölçüm bölgelerine göre ateş sınırını belirtme durumları	33
Tablo 8. Annelerin ateş ölçüm bölgesine göre kaç derecenin üzerinin ateş olduğunu bilme durumlarının dağılımı	34
Tablo 9. Annelerin çocuklarını götürdükleri düzenli bir doktorunun olma durumu	34
Tablo 10. Çocuklarda ateş görülme durumu ve sıklığına ilişkin bulguların dağılımı	34
Tablo 11. Annelerin evde derece bulundurma durumları ve kullandıkları derece türlerinin dağılımı	35
Tablo 12. Annelerin çocuklarının ateşini belirleme şekilleri	35
Tablo 13. Annelerin çocukları ateşlendiğinde ilk tercih ettikleri uygulamalar	36
Tablo 14. Annelerin çocukları ateşlendiğinde ılık uygulama yapma zamanları	36
Tablo 15. Annelerin çocukları ateşlendiğinde vücutlarına herhangi bir madde sürme durumları ve sürülen maddeler	37
Tablo 16. Annelerin çocukları ateşlendiğinde kullandıkları ateş düşürücü ilaçlar	37
Tablo 17. Annelerin çocukları ateşlendiğinde doktora gitmeden önce antibiyotik kullanma, ateş düşürücü vermek için gece uyandırma durumları ve ateş düşürücü verme sıklıkları	38
Tablo 18. Annelerin çocukları ateşlendiğinde ateş düşürücü dozunu ayarlama ve ateş düşürücü temin etme şekilleri	38
Tablo 19. Annelere göre ateş düşürücü vermenin çocuğa faydaları	39
Tablo 20. Annelerin hastaneye gitmeden önce çocuklarına ateş düşürücü verme durumları ve vermeme nedenleri	39

Tablo 21. Annelerin ateşin zararlarını nereden öğrendikleri ve çocukları ateşlendiğinde korkma nedenleri	40
Tablo 22. Annelerin çocuklarının febril konvülziyon geçirmesi durumunda yaptıkları uygulamalar	40
Tablo 23. Annelerin ateşlenen çocuklarını sağlık kuruluşuna götürme süreleri	41
Tablo 24. Annelerin çocuklarının ateşi düşmediğinde yaptıkları uygulamalar	41
Tablo 25. Annelerin çocukları ateşlendiğinde ateş ölçüm sıklıkları	41
Tablo 26. Annelere göre çocuklarının ateşlenme nedenleri	42
Tablo 27. Annelerin çocukları ateşlendiğinde hastaneye başvurma nedenleri	42
Tablo 28. Annelerin yaş gruplarına göre çocuklarının ateşini belirleme durumlarının karşılaştırılması	43
Tablo 29. Annelerin yaş gruplarına göre çocukları ateşlendiğinde doktora gitmeden önce antibiyotik kullanma durumları	43
Tablo 30. Annelerin yaş gruplarına göre normal vücut sıcaklığını bilme ve ateş ölçüm bölgesi tercihlerinin karşılaştırılması	44
Tablo 31. Annelerin yaş gruplarına göre evde derece varlığı ve ateş düşürücü kullanım durumlarının karşılaştırılması	44
Tablo 32. Çocukların yaş gruplarına göre annelerin hastaneye başvurma nedenlerinin karşılaştırılması	45
Tablo 33. Çocukların yaş gruplarına göre annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması	45
Tablo 34. Çocukların yaş gruplarına göre annelerin evde derece bulundurma ve ateş düşürücü vermek için gece uyandırma durumlarının karşılaştırılması	46
Tablo 35. Çocukların yaş gruplarına göre annelerin çocukları ateşlendiğinde doktora gitmeden antibiyotik kullanma durumlarının karşılaştırılması	46
Tablo 36. Çocukların cinsiyetine göre annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması	47
Tablo 37. Annelerin eğitim durumlarına göre ateşin varlığını bilme durumları, ateş belirleme şekilleri ve ateş düşürücü verme sıklıklarının karşılaştırılması	48
Tablo 38. Annelerin eğitim durumlarına göre evde derece bulundurma durumları ve bulunan derece türlerinin karşılaştırılması	49

Tablo 39. Annelerin eğitim durumlarına göre ateş ölçüm bölgesi tercihleri, ateş düşürücü dozunu belirleme kriterleri ve ateşli çocuğu sağlık kuruluşuna götürme sürelerinin karşılaştırılması	50
Tablo 40. Annelerin eğitim durumlarına göre çocukları ateşlendiğinde ılık uygulama yapma zamanı, ateş düşürücü dozuna dikkat etme durumları ve ateşin zararını öğrenme durumlarının karşılaştırılması	51
Tablo 41. Annelerin eğitim durumlarına göre normal vücut sıcaklığını bilme durumları ve kullandıkları ateş düşürücü türlerinin karşılaştırılması	52
Tablo 42. Annelerin eğitim durumlarına göre ateş düşürücü temin yöntemleri, hastaneye başvurma nedenleri ve düşmeyen ateşteki uygulamalarının karşılaştırılması	53
Tablo 43. Annelerin eğitim durumlarına göre çocukları ateşlendiğinde doktora gitmeden önce antibiyotik kullanma durumlarının karşılaştırılması	54
Tablo 44. Annelerin eğitim durumlarına göre çocuklarını ateş düşürücü vermek için gece uyandırma durumlarının karşılaştırılması	54
Tablo 45. Annelerin çalışma durumlarına göre normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması	54
Tablo 46. Annelerin çalışma durumlarına göre çocuklarının ateşini belirleme şekillerinin karşılaştırılması	55
Tablo 47. Annelerin çalışma durumlarına göre evde derece bulundurma durumlarının karşılaştırılması	55
Tablo 48. Annelerin mesleklerine göre normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması	56
Tablo 49. Ailelerin yaşadıkları yere göre annelerin evde derece bulundurma ve ateş düşürücü dozuna dikkat etme durumlarının karşılaştırılması	56
Tablo 50. Annelerin yaşadıkları yere göre normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması	57
Tablo 51. Ailelerin gelir düzeylerine göre annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması	57
Tablo 52. Ailelerin gelir düzeylerine göre annelerin evde derece bulundurma durumlarının karşılaştırılması	57
Tablo 53. Ailelerin gelir düzeylerine göre annelerin ateş düşürücü temin etme durumlarının karşılaştırılması	58

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AAA	Ailevi Akdeniz Ateşi
AAP	American Academy of Pediatrics
ATN	Akut tübüler nekroz
COX	Siklooksijenaz enzimi
CRP	C-reaktif protein
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HAPN	Hipotalamusun anterior preoptik nükleusu
IFN	İnterferon
IL-1	İnterlökin-1
IL-6	İnterlökin-6
JIA	Juvenil idiyopatik artrit
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
MIP-1	Makrofaj inflamatuvar proteini
PG	Prostaglandin
PGE2	Prostaglandin E2
SLE	Sistemik lupus eritematozus
SPSS	Statistical Package For Social Sciences
TNF	Tümör nekrozis faktör
vb	Ve benzeri
WHO	World Health Organization

Simgeler

χ^2	Ki-kare
ϕ	Fisher's Exact Test

ÖZET

Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Ateş Konusundaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Ateş, çocukluk döneminde en sık karşılaşılan problemlerden biridir ve genellikle tedaviye ihtiyaç duyulmayan, metabolizmanın bir savunma mekanizmasıdır. Fazla yüksek olmayan ateş esnasında, ateşin acilen düşürülmesi gerektiğini düşünen ebeveynler, özellikle anneler bu telaşlı durum sırasında çocuklarına hatalı ve gereksiz uygulamalarda bulunabilmektedirler. Annelerin ateş konusundaki bilgi düzeyleri ve ateşe yaklaşımlarının ortaya konması amacıyla yapılan bu çalışmada; hastanede yatan ve kronik hastalığı olan çocukların annelerinin ateş konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları incelenmiştir. Araştırmanın evrenini KTÜ Farabi Hastanesi çocuk servislerinde yatan ve aynı zamanda kronik hastalıklı olan çocukların anneleri oluşturmuştur. Örneklem için ise; uygulama sıklığı %50 ve sapma 0.05 ölçek alındığında, örneklem büyüklüğü 384 anne olarak belirlenmiştir. Çalışmamız 400 anne ile tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri, anket yöntemiyle annelerle yüz yüze görüşülerek toplanmış ve anket formu uygulanmadan önce annelerin onayı alınmıştır. Annelerin %54.9'u ilkokul mezunu ve altı eğitime sahip olup, %30.0'nın normal vücut sıcaklığını bildiği tespit edilmiştir. Eğitim durumuna göre; ilkokul ve altı eğitime sahip annelerin %49.6'sı çocuğunun alnına dokunarak, üniversite mezunu annelerin ise %73.5'i derecede ateş ölçümü yaptıklarını ifade etmiştir. Annelerin %81.8'inin evinde derece bulundurduğu; ateşi %57.1'i koltuk altı, %0.7'si rektal, %8.0'ı timpanik, %3.7'si oral bölgeden ve %30.5'i ise alın bölgesinden ölçtüğünü belirtmiştir. Annelerin %33.7'si ateş yüksekliğinde ilk olarak çocuğun giysilerini çıkardığını, %18.3'ü de ateş düşürücü verdiğini söylemiştir. Annelerin %88.6'sının düşmeyen ateşte çocuğunu doktora götürdüğü belirlenmiştir. Annelerin %84.2'si ateş düşürücüyü doktor reçetesiyle aldığını ve %48.5'i de ateş düşürücü olarak parasetamolu kullandığını belirtmiştir. Eğitim durumuna göre üniversite mezunu annelerin %65.3'ü ateşin düşmemesi durumunda hastaneye başvurmayı tercih etmiştir. Çalışmaya katılan annelerin %62.8'i ateşle ilgili bildiklerini sağlık personelinin öğrendiğini ifade etmiştir. Annelerin %64.1'i ateşin çocukta havaleye neden olabileceğinden korktuğunu belirtmiştir. Bu durum annelerin ateşli çocuğa yaklaşımını olumsuz etkilemiş ve gereksiz hastane başvurusu yapmalarına neden olmuştur.

Anahtar Sözcükler: Anneler, Ateş, Bilgi, Çocuk, Kronik hastalık, Tutum

ABSTRACT

Evaluation of Knowledge, Attitude and Practices on Fever of Mothers of Children with Chronic Disease

Fever is one of the most common issues in childhood and is a defense mechanism of metabolism that most of time it does not require treatments. The families - especially mothers - that think make low fever immediately can make wrong practices to child in a rush, although fever is not too high. In order to reveal of the level of knowledge and approaches on fever of mothers; in the present study, the knowledge, attitudes and practices of mothers of children with chronic disease lying in the hospital were investigated. The universe of the research was the mothers of children with chronic illnesses lying in the children's services of KTÜ Farabi Hospital. For the sample; when the application frequency of 50% and deviation of 0.05 were taken, sample size was determined as 384 mothers. Our study was completed with 400 mothers. The research data were collected by face to face interviews with mothers and mother's approval was obtained before the questionnaire form is implemented. It was found that 54.9% of mothers graduated from primary school and under, 30.0% of mothers knew normal body temperature. According to the educational status; 49.6% of the mothers with primary and lower education touch the forehead of their children for fever measurement, while 73.5% of the mothers with university degree stated that they measured fever with a thermometer. 81.8% of mothers had a thermometer at home and mothers said that they measured fever of 57.1% underarm, 0.7% rectal, 8.0% tympanic, 3.7% oral and 30.5% of the forehead region. 33.7% of the mothers said that first took off clothes of the child and 18.3% said they had given antipyretics in high fever. It was determined that 88.6% of the mothers took their children to a doctor in non-falling fever. 84.2% of the mothers stated that they took antipyretics on prescription of the doctor and 48.5% used paracetamol as an antipyretic. According to the educational status, 65.3% of the mothers with university degree preferred to apply to the hospital in non-falling fever. 62.8% of the mothers who participated to the study stated that they learned from the medical personnel what they know about fever. 64.1% of the mothers stated that they were afraid of the fever could cause a seizure in their children. This situation negatively affected the approach of mothers to the febrile child and caused unnecessary hospital applications.

Keywords: Attitude, Child, Chronic disease, Fever, Knowledge, Mothers

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik hastalık, “normalden farklı olan veya anormallik görülen, daimi yetersizlik oluşturabilen, geri dönüşümsüz olan, patolojik bozukluklar nedeniyle oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitime ihtiyaç duyulan, uzunca bir zaman denetim, gözetim ve bakıma gerek duyulacağı düşünülen durum” olarak ifade edilmektedir (1). Çocukluk çağında görülen kronik hastalıklar; astım, hemofili, kanserler, kronik böbrek yetmezliği, doğuştan kalp hastalıkları, epilepsi ve ortopedik sorunlar gibi çok sayıda hastalık olarak karşımıza çıkabilmektedir. Kronik hastalıkların çocuklarda meydana getirdiği psikolojik ve sosyal problemler; aileye, çocuğa, sosyal çevreye, hastalığın türüne ve hastanın aldığı tıbbi rehabilitasyona göre farklılık göstermekte ve çocuğun hastalığa adaptasyonunu etkilemektedir. Kronik bir hastalığa sahip olan çocuklar, normal çocuklara kıyasla birkaç kat daha fazla adaptasyon sorunu yaşayabilmektedirler. Son yıllarda elde edilen verilere göre çocuklarda uyum sorunlarını etkileyen en önemli etkenlerden biri de hastalığın meydana getirdiği yetersizlik duygusu ve kısıtlamalardır (1).

Vücut sıcaklığında yükselme olarak tanımlanan ateş, tek başına bir hastalık olmamakla birlikte, çocukluk döneminde sık görülen ve kronik hastalığı olan çocukların ailelerini en fazla endişelendiren durumlardandır. Bu nedenle ailelerin ateş konusundaki bilgi düzeylerinin artırılması önem arz etmektedir (2). Ateş, genellikle çocukluk döneminde sıklıkla karşılaşılan ve ebeveynleri önemli düzeyde endişeye sevkeden durumlardan biridir. Sağlık çalışanlarının, ebeveynlerin ve çocuğun bakımını üstlenen kişilerin ateş ve ateşe yaklaşım konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmaları gerekir. Ateş konusundaki bilgilerin devamlı olarak yenilenmesi, ateşin belirlenmesinde değişik yöntemler kullanılması ve tedavide farklı uygulamaların yapılması önem arz etmektedir. Yapılan bir çalışmada, ateş endişesinin hem ebeveynler hem de sağlık çalışanları arasında halen görüldüğü belirtilmiştir (2). Ateş yüksekliği, genellikle virüs kaynaklı ve ciddi bakteriyel enfeksiyonlara bağlı olarak ortaya çıkabilen bir problemdir. Bunun yanında, enfeksiyon hastalıkları haricinde de ateşe neden olan bazı etkenler bulunabilmektedir. Subfebril olarak ifade edilen ateş, genellikle kendiliğinden geçebilen sağlık sorunları ile ilgili olabilmekteyken, ateşin 38°C ve üzerine çıktığı durumlarda bakteriyel kaynaklı olabilecek enfeksiyonların varlığının incelenmesi ve antibiyotik kullanımına ihtiyaç duyulup duyulmayacağına belirlenmesi gerekmektedir (3).

Çocuklarda hafif ateş görüldüğünde ateşi hemen düşürme ihtiyacı hisseden ebeveynler, genellikle de anneler, bu problemlili durum nedeniyle çocuğa gereksiz ve yanlış

uygulamalarda bulunabilmektedir. Ebeveynlerin telaş ve korkuları çocuğun ateşinin yükselmesiyle birlikte çoğalmakta ve özellikle anneler bu konuda çaresiz olduklarını düşünebilmektedirler. Ateş konusunda yeterli bilgi ve tecrübesi olmayan ebeveynler çocuğa hangi durumlarda, ne zaman ve nasıl müdahale edilmesi gerektiğini tam olarak bilememektedirler, bu nedenle doktor tarafından gerekli muayene ve değerlendirme yapılmadan, çocuğa yanlış şekilde ve gerekli olmayan ilaçlar verebilmektedirler (4). Hastalık ve ateş konularındaki bilgi düzeyi; toplumların gelenek, görenek ve kültürleriyle doğrudan ilişkilidir. Bu ilişki ailelerin ateş konusundaki yaklaşım ve davranışlarını da önemli düzeyde etkilemektedir. Anne babalar çocukları her ateşlendiğinde önemli bir bakteriyel enfeksiyon olabileceği düşüncesiyle ya kendileri antibiyotik tedavisine başlayabilmekte ya da doktorlara antibiyotik ilaç vermeleri konusunda ısrarda bulunabilmektedirler. Dolayısıyla, ebeveynler yüksek olmayan ateş durumunda ve kendiliğinden düzelebilecek olan virüs kaynaklı enfeksiyonlarda da gerek duyulmayan antibiyotik kullanımına başvurabilmektedirler (4-6).

Çocuklarda ateş, acil tedaviye ihtiyaç duyulan ve çocuğun yaşı ile bağlantılı olarak meydana gelebilecek komplikasyonlar bakımından son derece önemli bir durumdur. Ateşin düşürülmesi kolay olduğu halde bilinçsiz bir şekilde ve gerektiği gibi yapılmayan yaklaşımlar, beklenmeyen problemlere neden olabilmektedir (6-9). Çocuklu aileler için ateş, önemli bir endişe sebebi olabilmekte ve yaşanan bu endişeler de anne babaların ateş konusunda yanlış davranışlarda bulunmalarına neden olabilmektedir. Anne babaları en çok kaygılandıran sebeplerden biri ise, yüksek ateş nedeniyle oluşabileceği düşünülen febril konvülsiyonlardır (10).

Çocuklarda ateş kaynaklı önemli sağlık sorunlarının yaşanmaması için ebeveynlerin bu konuda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Ateş konusunda ülkemizde ve dünyada yapılmış olan bilimsel araştırmalarda, çocukların ateşlenmesi durumunda ailelerin ateşe yaklaşımlarının önemli düzeyde hatalı olduğu bildirilmektedir (10-12). Çocuklarda yüksek ateş esnasında yapılması muhtemel hatalı uygulamalar ölümle sonuçlanabilecek komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Bundan dolayı, ateş sırasında alınması gerekli olan tedbirler ve zamanında yapılacak uygulamalar büyük öneme sahiptir. Bunun yanında, geleneksel yaklaşımların çokluğu ve toplumumuzun eğitim düzeyi de dikkate alındığında ülkemizde bu problem daha da önemli hale gelmektedir (6). Yüksek ateş durumunda doğru şekilde yapılacak yaklaşımların gerekliliği konusunda aileleri bilgilendirmek ve doğru

uygulamalar yardımıyla, ateş nedeniyle oluşabilecek problemleri en aza indirmek, ailelere gerekli sağlık eğitiminin verilmesi ile sağlanabilmektedir. Sağlık çalışanlarına düşen önemli sorumluluklardan biri de; ebeveynlerin, özellikle de annelerin çocuklarının ateşini doğru yöntemlerle ölçmelerini ve ateşli çocuğa yaklaşım konusunda yeterli bilgiye sahip olmalarını sağlamaktır (12-14).

Ailelere verilmesi gereken sağlık eğitiminde, öncelikle anne babaların ateş konusundaki bilgi düzeylerinin ve evdeki yaklaşımlarının değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırmamız; Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde yatmakta olan kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin ateşle ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış, tanımlayıcı bir araştırmadır. Çocukluk döneminde en çok görülen semptomlardan biri olan ateş konusunda annelerin bilgi düzeyleri tespit edilerek bu konuda bilgi sahibi olmalarının ve doğru yaklaşımlar konusunda desteklenmelerinin gereksiz ilaç kullanımını ve yanlış uygulamaları azaltacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ateş Tanımı ve Vücut Sıcaklığı

Ateş; doku hasarı, ödem, aşı veya enfeksiyon gibi sebeplerle vücut sıcaklığını dengeleyen, termoregülatör merkezdeki düzenin bozulması ile meydana gelen bir semptomdur ve ölçüldüğü vücut bölümüne göre vücut sıcaklığının ortalama 1°C ya da daha fazla olmasıdır. Ayrıca, vücut sıcaklığının günlük periyodik değişimin üzerine çıkması da ateş olarak adlandırılmaktadır. İnsan vücudunun savunma mekanizmalarından biri olan ateş, tek başına bir problem olmamakla birlikte hastalık göstergelerinden birisidir. Ayrıca, ateşin vücuttaki mikroorganizmaların ideal üreme ortamlarının değiştirilmesinde ve enfeksiyonlarla mücadelede katkısı bulunmaktadır (15). Ateş, ilk zamanlardan itibaren çocukluk döneminde görülen enfeksiyonların en ciddi belirtisi olarak bilinmektedir. Bunun yanında, vücuda giren enfeksiyöz patojenlere karşı oluşturulan normal fizyolojik bir cevaptır ve ateşin enfeksiyonla mücadelede ve ilerlemesini durdurmada önemli rol oynadığı düşünülmektedir (16).

Vücutta fiziksel ve metabolik aktivitelerle birlikte ısı oluşumu gerçekleşir. Örnek olarak; bütün hücrelerin bazal metabolizmaları, tiroid hormonu ve kas hareketleri vücuttaki ısı oluşumunun başlıca sebepleridir. Vücuttan ısı çıkışı ise konveksiyon, kondüksiyon, evaporasyon ve radyasyon gibi durumlarla meydana gelir. İki maddenin yüzeyleri arasında temas olmaksızın ısı aktarımı radyasyon olarak ifade edilir. Çıplak bir insan vücudunun oda sıcaklığında toplam ısı kaybının %60'ı radyasyon nedeniyle oluşur. Temas eden iki maddenin doğrudan iletim yoluyla birbirine ısı aktarması ise kondüksiyon (iletim) olarak adlandırılır. Kondüksiyon yoluyla vücudun yüzeyinden kaybedilen ısı miktarı yaklaşık olarak %3 civarındadır (17). Vücuttaki ısı kaybının hava akımıyla sağlandığı durum ise konveksiyon (yansıma) olarak ifade edilir. Konveksiyonda ısı öncelikle havaya iletilir sonrasında hava akımıyla yer değiştirilir. Kaybedilen vücut ısısının yaklaşık olarak %12'si yansıma yoluyla oluşmaktadır ve çevre sıcaklığı ile vücut sıcaklığı arasındaki ısı farkına ve ortamdaki hava akımına bağlı olarak değişir (18). Vücut sıvılarının buharlaşması nedeniyle ısı kaybı oluşumuna evaporasyon (buharlaşma) denir. Akciğer solunumu ve terleme yoluyla vücuttan sıvı kaybı meydana gelir, vücut sıcaklığının yaklaşık olarak %22'si bu nedenle oluşmaktadır (17, 18).

Uygulamada vücut sıcaklığının ölçülmesi; kulak, ağız, rektum ve koltuk altından yapılabilmektedir. Vücut sıcaklığı aort damarındaki sıcaklık ile eşdeğer olmakla birlikte

pratikte ölçülemeyen bu sıcaklık klinikte ancak özofagus yoluyla belirlenebilmektedir. Dış kulak yolundaki timpanik zarından yapılan ölçüm bu sıcaklığa en yakın ölçüm yöntemidir. Koltuk altı sıcaklığı aort damarı sıcaklığından 1°C, ağızdan yapılan ölçüm sıcaklığı ise aort damarı sıcaklığından 0.4°C daha düşüktür. Sıcaklık ölçümlerinin; aksiller 37.2°C, oral 37.5°C, rektal 38°C ve timpanik 38°C ve üzerinde bulunması ateş olarak ifade edilir. Aksiller ölçüm yöntemine göre elde edilen sıcaklık verileri; subfebril ateş (36.8-38°C), hafif ateş (38-38.5°C), orta ateş (38.5-39°C), yüksek ateş (39-40°C) ve hipertermi (41-43°C) olarak adlandırılmaktadır. Ateş ölçümü sırasında hangi yöntem tercih edilirse edilsin sadece tek bir yöntemle değerlendirme yapmak hatalı sonuçlara sebep olabilmektedir (16, 19, 20).

2.2. Ateşin Oluşum Mekanizması

Ateşin oluşum süreci tam olarak anlaşılamamakla birlikte, vücudun eksojen pirojen (bakteri ve viral toksinler, lipolisakkaritler, endotoksinler, ilaçlar, pirojenik steroidler vb.) ve endojen pirojen (inflamatuvar ve enfeksiyöz gibi durumlarda cevap olarak serbest bırakılan sitokinler) ajanlara karşı savunma mekanizması vasıtasıyla meydana gelir. Eksojen pirojenler bağışıklık sistemini harekete geçirerek endojen pirojenlerin salınmasına sebep olurlar. Serbest bırakılan bu interlökin-1 (IL-1), interlökin-6 (IL-6), interferon (IFN) ve tümör nekrozis faktör (TNF) benzeri endojenler hipotalamustan prostaglandin E2 (PGE2) salınımını hızlandırır. Normal şartlarda, endojen pirojen moleküllerinin büyük bir kısmı kan beyin bariyerini kolaylıkla geçemeyecek kadar büyüktürler. PGE2, küçük bir lipid molekülü olması nedeniyle kolayca kan beyin bariyerini geçer ve hipotalamusun anterior preoptik nükleusu (HAPN)'ndaki ateş ayar düğmesinin nörotransmitterlerin yardımıyla daha yukarıya ayarlanmasını sağlar, bunun sonrasında da vazomotor merkeze ve serebral kortekse hipotalamustan ateşin yükselmesini sağlayacak uyarılar gönderir. Bu şekilde korteksin etkilenmesi sonucunda, kişilerde ısı kaybının azaltılması veya ateşin yükselmesi (ısı kaybını düşürücü vücut postürü alma, sıcak yere gitme, sıcak içecekler içme isteği, kalın giyinme vb.) nedeniyle davranış değişiklikleri gözlenir. Bunun yanında, ısı kaybının en aza indirilmesi için endokrin etkiler ve otonomik sinyallerle terleme azaltılır ve idrar artırılır. Pirojen sitokin salınımı sonlanınca ve ateşe neden olan sebepler ortadan kalkınca, HAPN'ndaki ısı ayarlama düğmesi tekrar eski durumuna döner, bu sayede söz konusu etkiler tersine döner ve ateş düzeyi normal hale getirilir (21).

Son zamanlarda yapılan bilimsel çalışmalarda PGE2 haricinde bir yöntemle etki eden, pirojen sensitif ve termosensitif nöronları uyaran makrofaj inflamatuvar proteininin

(MIP-1) varlığı keşfedilmiştir. Malign hipertermi, sıcak çarpması ve atropin zehirlenmesi gibi ısı üretiminin yükselmesine neden olan durumlar, termoregülasyon yetmezliği olarak tanımlanır ve bu durum ateşten bağımsız olarak dikkate alınmalıdır (16, 21, 22). Ateş; termostat ayarından bağımsız şekilde, ısı üretimi ve ısı kaybı dengesindeki değişime bağlı olarak meydana gelen bir olgudur ve bu durum hipertermi olarak adlandırılır. Hipertermi durumunda vücut sıcaklığı 41°C'nin üzerine çıkar, sıklıkla enfeksiyon görülmez ve antipiretik ilaçlar etki göstermez. Zehirlenmeler; sıcak çarpması, nörolojik hastalıklar, feokromasitoma ve tirotoksikozis gibi faktörler nedeniyle ortaya çıkar (20, 23).

2.3. Ateşin Patofizyolojik Etkileri

Beynin arka hipotalamus bölümü ısı üretimini kontrol ederken, ön hipotalamus ise ısı kaybını kontrol altında tutar. Hipotalamus ısıya karşı hassas nöronlar içerir ve diüurnal ateş ritmini ayarlama görevi alır. Bu kısımdaki termostatik “set-point” noktası sıcaklığının yükselmesi, vücut sıcaklığının yükselmesine neden olur. Vücudun öz sıcaklık düzeyi genel olarak 37°C (98.6°F) civarında muhafaza edilir (16, 24). Vücut sıcaklığını düzenleyen termostat nöronların en yüksek ayar düzeyi 42°C dir ve daha fazla artırılamaz. Bu şekilde hücrelerde ısı artışına bağlı kalıcı hasarın oluşmasının engellenmesi sağlanır (16). Vücutta meydana gelen sıcaklık değişimlerine karşı gösterilen cevaba göre hipotalamusta 3 farklı nöron grubu bulunur. Bunlar; soluk sayısında artış ve terleme gibi olayları düzenleyen, beyin sapında etki gösteren ve vücudun ısı kaybını dengede tutan soğuğa karşı hassas nöronlar, sinaptik inhibisyon almada görev alan ısıya karşı hassas nöronlar ve hipotalamusun ön bölümündeki ısı farklılıklarından etkilenmeyen, soğuğa ve sığağa karşı hassas nöronlar arasında eksitator ve inhibitör etkiye neden olan ısıya duyarsız nöronlardır (21).

Ateş, enfeksiyon ve enfeksiyon dışındaki sebeplere bağlı olarak meydana gelebilir ve bağışıklık sisteminin tehdit olarak algıladığı durumlarda vücudun nöroendokrin, davranışsal ve otonomik olarak verdiği kompleks ve koordineli bir cevaptır. Isı düzenleyici cevaplar; deri damarlarında vazodilatasyon veya vazokonstriksiyonu sağlamak, kan akımını derideki damar yataklarına yönlendirmek veya uzaklaştırmak, terlemeyi artırmak ya da azaltmak, solunum sayısını artırmak, arginin vazopressin yoluyla ekstrasellüler sıvı hacmini düzenlemek, kıl köklerindeki erektör pili kaslarında kasılma ile titreme oluşturmak, soyunma veya giyinme isteği ve sıcak veya soğuk ortama geçmek gibi davranışlar şeklindedir (16).

2.4. Ateşin Olumlu Etkileri

Ateş, canlının vücut direncinin sağlıklı olduğunu ortaya koyan akut faz cevaplardan birisidir. Amiloid A ve C-reaktif protein (CRP) gibi akut faz proteinleri; kemotaksisi, fagositozu ve opsonizasyonu çoğaltarak lizozim ve laktoferrin gibi bakteri yok edici ajanların harekete geçmesini sağlar. Vücut sıcaklığının yüksek olması durumunda; makrofajların enfeksiyon bölgesine göçünün çoğaldığı, fagositoz aktivitelerinin uyarıldığı, kandaki demirin bağlanarak demir düzeylerinin düşmesiyle mikroorganizmaların çoğalmalarının engellendiği ve aynı zamanda laktoferrin gibi demir bağlayan moleküllerin salınımının artırıldığı tespit edilmiştir. Lökosit adhezyonunun artması ve antikor düzeylerinin yükselmesi de ateşin diğer olumlu etkilerindendir. Ayrıca, sitokinlerin birçok bakteriyel ve viral enfeksiyonlara karşı koruyucu etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, ateşle birlikte interferon üretimi çoğalır ve interferonun antitümöral ve antiviral aktivitesi de artış gösterir. İnterferon üretimi ve aktivitesinin artmasıyla da virüslerin etkisiz hale getirilmesi sağlanır (16). Ateşin yükselmesi sonucunda, kanda bulunan çinko ve demir iyonlarındaki düşüşle birlikte mikroorganizmaların vücutta çoğalmaları engellenir. Ateş, aynı zamanda vücutta glikoz üretimini düşürerek kandaki glikoz miktarını azaltır, bu durum da bakterilerin üremesini engelleyen bir etki oluşturur. Karaciğerdeki akut faz reaktanlarının üretimi ateşli dönemde artar ve bu proteinler mikroorganizmaların yaşaması için ihtiyaç duydukları iki önemli katyonu tutar. Konak canlıda oluşan bu etkiler mikroorganizmalara karşı direnci yükseltir (25, 26).

2.5. Ateşin Olumsuz Etkileri

Ateşin yüksek olması başta beyin olmak üzere vücudun bazı organ ve dokularını olumsuz etkilemektedir. Yüksek ateş beyin oksijen ihtiyacını artırır ve intrakranial basıncı yükseltir. Elde edilen araştırma sonuçlarına göre, ölümle sonuçlanan yüksek ateş olgularında hastaların beyin hücrelerinde önemli derecede dejenerasyon belirlenmiştir (27, 28). Ateş esnasında vücudun oksijen alımı ve vücuttan karbondioksit salınımı artış gösterir. Bu nedenle kalp atış sayısı her 1°C için yaklaşık olarak 20 atış yükselir ve kalbin çalışma yükü artar. Ayrıca, her bir derece vücut sıcaklığı artışı bazal metabolizmada yaklaşık olarak %10-12, günlük sıvı gereksiniminde ise 7.5 ml/kg/gün artışa sebep olur. Yüksek ateş durumunda, periferik damar genişlemesinin artması nedeniyle solunumda artış görülür ve kan basıncı düşer. Dolayısıyla, yüksek ateş kronik kalp hastalığına sahip bireylerde kalp yetmezliği problemini artırır. Yüksek ateş ayrıca, orak hücre anemili çocuklarda kronik anemiye ve

kronik akciğer hastalığı olan çocuklarda ise akciğer yetmezliğini artırır. Metabolizmayı hızlandırıcı etkiye sahip olması nedeniyle yüksek ateş, diabetes mellituslu çocuklarda veya doğumsal metabolik hastalığı olanlarda metabolik dengesizliğe neden olmaktadır. Ayrıca, riskli yaş grubundaki çocuklarda febril konvülsiyonlara yol açabilmektedir (16).

Febril konvülsiyon, yüksek ateşin en yaygın olan komplikasyonlarından biri olarak bilinir ve oluşum sıklığı yaklaşık olarak %4'tür. Febril konvülsiyonların özellikle ateşin ilk safhalarında meydana geldiği yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur. Merkezi sinir sistemi ve diğer organ sistemleri ateşin özellikle 40°C'nin üzerinde olması durumunda olumsuz etkilenmektedir (26, 28). Vücut sıcaklığının yükselmesiyle birlikte çocuklarda baş ağrısı, taşikardi, karın ağrısı, halsizlik, huzursuzluk, deliryum ve terleme gibi semptomlar görülebilmektedir (29, 30).

2.6. Ateşin Anlamı

Çocuklarda ateş bir uyarı belirtisidir ve en yaygın görülen şikayetlerden birisidir. Ateş, çocuklarda özellikle kendini kısıtlayıcı viral enfeksiyonların bir sonucu olmasının yanında; menenjit, pnömoni ve bakteriyemi gibi bakteri kaynaklı enfeksiyonların da bir göstergesi olarak düşünülebilir. Uzun süren ateş vakaları ise bağ dokusu rahatsızlıkları veya malignensi gibi önemli hastalıkların bir belirtisi olabilir. Ateşi yüksek olan çocuğu muayene eden bir doktorun en birincil amacı, ateşin önemli ve tedavi edilebilen nedenlerini (menenjit, bakteriyemi, otit, pnömoni vb.) incelemek ve tespit etmektir. Ateş bir hastalık olmamakla birlikte immün sistemin bir enfeksiyon durumuyla mücadele ettiğinin bir göstergesidir. Normalden yüksek bir vücut sıcaklığı genellikle bir enfeksiyon belirtisidir ve enfeksiyonun şiddeti ile ilişkisi nadirdir. Hafif dereceli viral enfeksiyonlar bazı çocuklarda yüksek ateşe neden olabilirken, şiddetli streptokok kaynaklı bir boğaz enfeksiyonunda ateş yüksekliği saptanmayabilir. Çocukların enerji seviyesi, enfeksiyonun öneminin ateşten çok daha ileri düzeyde olduğunun bir göstergesidir. Ebeveynler, çocuklarında görülen ateşin anlamını genellikle anlayamadıklarından hemen ilaç verme ihtiyacı hissederler ve ateşin aslında çocukta enfeksiyonun önlenmesine katkı sağlayacak karmaşık bir immün sistem yanıtı olduğunu düşünememektedirler (31). Ayrıca, insan vücudu patojenlerden kaynaklanan hastalıkları önlemek için düzenlenmiş mükemmel bir immünolojik takip sistemine sahiptir. Bu sistem bir defa aktif hale geldiğinde inflamatuvar cevap tetiklenir ve birbirini izleyen olaylar zinciri meydana gelir. İnflamatuvar cevap, doku hasarı veya mikrobik invazyon oluşan bölgeye bağışıklık sistem hücrelerinin migrasyonunu içeren karmaşık tepkimelerin

bir bütündür. İnflamatuvar cevabın enfeksiyonla mücadelede çok önemli katkılarının olduğu bilinmektedir (16).

2.7. Ateş Nedenleri

Genellikle kendiliğinden düzelebilen basit virüs kaynaklı enfeksiyonlara bağlı olan ateş, çocuklarda en fazla rastlanan hastalık belirtilerinden biridir. Hayati tehdit oluşturabilecek bakteri kaynaklı enfeksiyonlar, ateşin sebebi olan faktörlerden çok az bir bölümünü kapsar. Hastane acil servislerine yapılan başvuruların yaklaşık olarak %20'si yüksek ateş nedeniyledir. Pek çok hastalık ateşe neden olabilmekle birlikte genellikle enfeksiyonlar vücut sıcaklığının yükselmesine neden olabilmektedir (17).

Enfeksiyon kaynağı olan; her cins bakteri, parazit, virüs, mantar ve iltihaplı-iltihapsiz hastalık etkeni vücut sıcaklığının artmasına sebep olabilir ve bu enfeksiyon durumlarında ateş genellikle 37-41°C aralığında değişim gösterebilir (32).

Metastatik ve solid tümörler gibi malign hastalıkların çoğunda ateş izlenebilir. Özellikle tümörün sebep olduğu obstrüksiyona veya enfeksiyona ikincil olarak ateş oluşur. Ateş, mide ve karaciğer tümörleri gibi bazı neoplazmlarda görülebilir. Ateş, hodking lenfoma gibi bazı hastalıklarda da hastalığın ilk belirtisi olarak görülür. Ateşe bazen tümörün kendisi de sebep olabilir. Ayrıca; lösemi, lenfoma ve hepatoma gibi malignite durumlarında da ateş gözlenebilir (16, 33).

Serum hastalığı, ilaç ateşi, psikojen ateş ve kollagen doku hastalıkları gibi bağışıklık sistemi mekanizmalarına bağlı hastalıklar da ateş etkeni olabilmektedir. Ayrıca, mekanik travmalar ve kas içi enjeksiyonlar da 1-2 gün boyunca ateşe neden olabilir. Tiroid krizi, porfria, üremi, hiperlipidemi ve gut gibi akut metabolik hastalıklar da ateşe sebebiyet verebilmektedir (33).

Ateşin sebepleri arasında ilaçlar da yer almaktadır. İlaç ateşi olarak adlandırılan bu olgu özellikle; metildopa, atropin, sefalosporinler, sülfonamid, penisilin ve amfoterisin gibi ilaçlar kullanıldığında oluşabilmektedir. Hipersensitivite, eozinofili, artralji, artrit ve döküntü gibi semptomlar da ilaç ateşinde görülebilmektedir. İlaç kullanımının durdurulmasından 1-2 gün sonra ateş normale döner (16).

Ateşin nedenleri arasında ayrıca; aşılar, biyolojik ajanlar (granülosit-makrofaj koloni uyaran faktör, interferonlar, interlökinler, kan ürünleri vb.), immünolojik-romatolojik

hastalıklar (SLE, romatoidartrit vb.), genetik hastalıklar (AAA; Ailevi akdeniz ateşi) ve doku hasarı (infarktüs, pulmoneremboli, yanıklar vb.) gibi etkenler de sayılabilir (16).

2.8. Ateş Endişesi

Çok hücreli canlılarda görülen ve bir immün yanıt olan ateşin insan hastalıkları ve sağlığındaki önemi halen tam olarak anlaşılamamıştır. Sağlık uzmanları için ateş, önemli bir tartışma konusu olmakla birlikte, ebeveynler için de dikkate değer bir endişe kaynağıdır. Ebeveynlerin çoğu, çok yüksek olmayan vücut sıcaklıklarının dahi çocukları için zararlı olabileceğini düşünmektedirler. Yapılan bir araştırmada anne babaların ateşle ilgili tutum ve davranışlarının gerçekçi olmayan korkuları tarafından etkilendiği ortaya konulmuştur (31). Ebeveynlerde görülen bu durum ateş korkusu (fever phobia) olarak adlandırılmaktadır. Ebeveynler üzerinde yapılan bir çalışmada, 81 ebeveynin çocuklarda ateş konusundaki tutum ve yaklaşımları araştırılmıştır. Araştırma sonucunda ebeveynlerin %94'ünün ateşin yan etkilere neden olabileceğini, %18'inin 39°C üzerindeki ateşin çocuklarda kalıcı beyin hasarına neden olabileceğini, %16'sının ateşin önlenememesi durumunda 43-49°C'ye çıkabileceğini, %52'sinin de 40°C üzerinde ateşin beyin hasarı oluşturabileceğini ya da çocuğun ölebileceğini düşündüğü belirlenmiştir. Ateşin çocukta neden olabileceği önemli hasarlardan oldukça korktuğunu ifade eden ebeveynlerin %63 düzeyinde olduğu tespit edilmiştir (31).

Ateş konusunda 340 ebeveynle yapılan başka bir çalışmada anne-babaların %52'sinin çocuğunun ateşi yükseldiğinde saatte bir ölçüm yaptığı, %25'inin 37.8°C altındaki dereceler için çocuğa antipiretik ilaç verdiği ve %85'inin de ateş düşürücü ilaç vermek için çocuğunu gece uyandırdığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin ateş karşısında göstermiş olduğu bu davranışlar “aşırı ve zorlayıcı” olarak tanımlanmıştır (32). Ayrıca, benzer bir çalışma sonucunda da ailelerin gözlenen konvülziyonları ateşin bir yan etkisi olarak düşündüğü ve bu nedenle de endişelendikleri belirlenmiştir (34).

Ebeveynlerin ateşin çocuklarında konvülziyonlara ve beyin hasarına yol açabileceği korkusunu genellikle doktorları ile paylaştığı bilinmektedir (35). Acil çocuk servisinde görev yapan hemşirelerle yapılan bir araştırmada hemşirelerin de anne babalarla benzer korkular taşıdıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada, hemşirelerin %57'sinin konvülziyonların ateşli bir çocuk için en ciddi tehlike olduğu, %29'unun ise yüksek ateşin beyin hasarı veya ölüme neden olabileceğini düşündüğü tespit edilmiştir (35).

2.9. Vücut Sıcaklığı Ölçüm Metotları

Vücut sıcaklığı ölçümü çocuklarda kolay gibi görünse de doğru bir ölçümü zorlaştıran birçok etken bulunmaktadır. Çocuklarda ateş; termometrenin cinsine, ölçüm yapılan vücut bölgesine, ölçümün yapıldığı zamana, cinsiyete, ölçen kişiye, hormonal etkenlere, çevresel etkenlere ve fiziksel hareketliliğe göre değişebilmektedir (16, 27, 36). Ateşin belirlenmesinde genellikle kullanılan termometreler; elektronik, cıvalı, dijital, plastik strip ve likid kristal termometrelerdir. Ateşin düzeyi kullanılan termometrenin türüne bağlı olarak; oral, aksiller, rektal, deri ve kulaktan ölçülerek bulunabilir. Ayrıca, son yıllarda timpanik ölçüm yöntemleri de sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır (37).

2.9.1. Sublingual (Oral) Ölçüm

Ateş ölçümünde sıklıkla tercih edilen ve kolay ulaşılabilen bir ölçüm yeridir. Vücudun bu bölümü çevre ısısından fazla etkilenmediği için avantajlı bir ölçüm yöntemidir. Termometre, vücut öz sıcaklığını temsil eden eksternal karotid arterin dallarından kanlanan sublingual bölüme yerleştirildiğinden teorik olarak ateş ölçümü için en uygun vücut bölgelerinden birisidir. Bu bölgeden ölçülen sıcaklık genellikle kor sıcaklıktan 0.4°C daha düşüktür (38). Ancak ölçüm sırasında çocuğun tam kooperasyonu gerekmektedir. Bu nedenle; şuuru kapalı olanlarda, küçük çocuklarda, ağız/burun ameliyatı sonrasında, zekâ geriliği olanlarda, oksijen tedavisi alanlarda, ağızdan solunum yapanlarda, ağızda yarası olanlarda, entübe hastalarda ve konvülziyon geçirenlerde uygun bir yöntem değildir. Bunun yanında, soğuk ve sıcak gıda veya sıvı alımları ölçüm sonuçlarını etkileyebilir, bu nedenle ölçüm için en az 15 dakika beklenmesi gerekir (16). Bu yöntem çocukta mutlak uyum gerektirdiği için dezavantajlı bir yöntemdir. Oral ölçüm yapılırken cıvalı, cam veya digital termometre kullanılabilir ve ölçüm termometrenin çocukta üç dakika ağız kapalı olarak bekletilmesiyle yapılır. Fakat cıvalı cam termometrelerin doğru ölçüm yapabilmesi için 5-7 dakika ağızda tutulması gerekmektedir. Bu ölçümde 37.5°C ve yukarısında ateş varlığı düşünülür. Oral ölçüm yönteminde; cam termometrelerin kırılması sonucu oluşabilecek ağız yaralanmaları, cıva yutulması, metal toksisitesi ve enfeksiyon bulaşması gibi riskler bulunmaktadır. Oral ölçüm beş yaş ve üzeri çocuklarda kullanım için uygun bir ölçüm yöntemidir (34, 38).

2.9.2. Koltuk Altı (Aksiller) Ölçüm

Klinik uygulamada en çok tercih edilen ölçüm bölgesidir. Aksiller ölçüm, kolay, komplikasyonsuz ve çocuğa çok rahatsızlık vermeden uygulanabilen bir yöntemdir. Ölçüm

kolaylığı nedeniyle avantajlı bir yöntem olsa bile güvenilir sonuçlar veren bir yöntem değildir. Koltuk altı kurulandıktan sonra çocuğun dirseği, koltuk altını kapatacak şekilde göğüse doğru tutularak ölçüm yapılabilir. Dijital veya cıvalı termometreler ile ölçüm yapılabilir. Termometre yaklaşık olarak 3-5 dakika koltuk altı bölgesinde tutulmalıdır (39). Koltuk altı ölçümünde sıcaklığın 37.2°C ve üzerinde olması ateş olarak kabul edilir. Çocukların hareketli olması ve ölçüm işleminin zaman alması nedeniyle derecenin yerinden oynamadığının yakından takip edilmesi gerekir. Bu yöntemin dezavantajları; takibin zor olması, dış faktörlerin etkisi ve oluşabilecek terleme nedeniyle ateşin daha düşük düzeyde ölçülmesi gibi etkenlerdir. Yenidoğanlarda rektum travması oluşabilme riski mevcut olduğu için koltuk altı yöntemi tavsiye edilmektedir (20, 27, 38, 40).

2.9.3. Rektal Ölçüm

Rektal ölçümde çevreden herhangi bir etkilenme olmadığı için bu yöntemin standart bir yöntem olduğu kabul edilmektedir. Ölçüm işleminde cıvalı, cam veya dijital termometreler kullanılabilir. Termometre 1.5-2 cm rektum içerisine itilir. Cıvalı termometreler yaklaşık olarak üç dakika, dijital termometreler ise sinyal sesi duyuluncaya kadar rektumda tutulur, daha sonra termometredeki rakam okunur. Bu ölçüm yönteminde sıcaklığın 38°C ve üzeri olması ateşin varlığını gösterir (20, 37). Rektal ölçüm yöntemi altı yaşın altındaki çocuklarda tercih edilmelidir. Rektal sıcaklık ölçümü çocuklarda rahatsızlık duygusu vermesinin yanında, özellikle yenidoğan ve çok küçük çocuklarda rektum perforasyonuna neden olabileceği için önerilmez. Bu yöntem ayrıca, termometrenin kırılarak yaralanmaya neden olabilmesi, ağrı ve nozokomiyal enfeksiyon kaynağı olması gibi riskler taşımaktadır (38). Büyük çocuklarda ölçüm esnasında gereken fiziki şartlar ve hastaların psikososyal rahatsızlıkları nedeniyle genellikle tercih edilen bir sıcaklık ölçüm yöntemi değildir. Nötropenik çocuklarda, anal fissürü olanlarda, rektal cerrahi girişim sonrası, ishal varlığında ve immun yetersizlik durumlarında bu yöntem uygulanmamalıdır. Ayrıca, bu yöntemin uygulanmasının zaman alması çocuklar için endişe verici olmaktadır (16, 18, 27, 38).

2.9.4. Kulaktan Ölçüm

Timpanik zar, insan vücudunun termoregülatör merkezine kan taşınmasını sağlayan arter dalları aracılığıyla kanlandığından, vücut sıcaklığının ölçümü için en uygun bölgedir. Kulağın anatomik olarak vücudun ısı merkezi olan hipotalamusa yakınlığı nedeniyle teorik olarak da en doğru bölge olduğu düşünülmektedir. Dış etkenlere bağlı olmaması, enfeksiyon

olasılığının düşük olması ve ateşin kısa sürede ölçülebilmesi gibi nedenlerden dolayı avantajlı bir yöntemdir. Kulaktan ölçüm yönteminde timpanik termometrelerin kullanılması daha uygundur. Ölçüm sonucunda ateşin 38°C ve üzerinde olması ateş varlığını gösterir. Yenidoğanlarda ve küçük çocuklarda dış kulak yolunun kıvrık olması nedeniyle timpanik membrana ulaşım engellendiği için kullanılmaması tavsiye edilmektedir (33, 38, 40). Kulak yolunda tıkaç olması, birikmiş kulak salgısı bulunması, kulak zarı hastalıkları ve delik olanlarda uygun pozisyonda ölçüm yapılamaması gibi durumlar nedeniyle sonuç güvenilir olmamaktadır (16).

2.10. Ateşin Sınıflandırılması

Ateş, derecesine ve gün içindeki dalgalanma durumuna göre birkaç farklı şekilde sınıflandırılabilir.

Subfebril ateş: Vücut sıcaklığının 36.8°C-38°C arasında uzun süre seyrettiği ateş çeşididir. Bu ateş tipi dış granülomu, sinüzit ya da kronik tüberküloz gibi belirli bölgeye lokalize enfeksiyonlarda görülmektedir. Hasta çocukta iştahsızlık, halsizlik, belli belirsiz ateş ve terleme gibi semptomlar gözlenir (20).

Kontinü ateş: Genellikle tifonun ikinci haftasında görülen ateş türüdür. Ateş 38°C'nin üstündedir. Sabah ve akşam saatlerinde yapılan ateş ölçümleri arasında 1°C'den az sıcaklık farkının olduğu ateş türüdür. Enfektif endokardit, milier tüberküloz, tifüs, tularemi, bruselloz ve serebral ateş de bu gruba dahildir (41, 42).

Remittens ateş: Sabah ve akşam saatlerinde yapılan vücut sıcaklığı ölçümleri arasında 1°C'den fazla değişim görülüp sabah ateşlerinin 37°C'nin altına inmemesi ile seyreden ateş türüdür. Sepsis, pnömoni, tifo başlangıcı ve akut viral solunum yolu enfeksiyonlarında gözlenir (42).

İntermitens ateş: Sabah ve akşam saatlerinde yapılan vücut sıcaklığı ölçümlerinde 1°C'den yüksek değişim görülmesi ve sabah ateşlerinin 37°C'nin altına düşmesi ile seyreden ateş tipidir. Bu ateş türü tüberküloz, piyelonefrit, sıtma ve piyogenik apse gibi hastalıklarda görülür (20).

Rekürrent ateş: Bu türde ateş aniden yükselir ve birkaç gün yüksek seyreder. Sonrasında yine aniden kriz şeklinde düşer. Üç beş günlük ateş görülmeyen dönemin ardından, ateş yine aniden yükselir ve benzer şekilde devam edip tekrar iner. Lyme hastalığında sistemik belirti olarak gözlenir (41).

Ondulans ateş: Her gün bir önceki günden biraz yüksek olmak üzere ateş yavaş yavaş remittan olarak artar. Birkaç gün süreyle bu şekilde seyrettikten sonra yine yavaş yavaş normale döner. Dört beş gün ateşsiz bir dönemden sonra benzer şekilde ateş tekrar yükselir. Hodgkin hastalığında ve Bruselloz'da görülen bir ateş şeklidir (42).

Hektik ateş: Bu tür ateşte; genellikle sabahları düşük, akşamları yüksek olan ateş, bazı tüberkülozlu vakalarda sabahları yüksek akşamları düşük olabilmektedir (20).

Günde iki zirveli ateş: Bu ateş türünde, günde iki kere ateş yükselmesi görülebilir. Miliyer tüberküloz, kala-azar, gonokokkal endokardit ve malarya gibi hastalıklarda gözlenir (41).

Nedeni bilinmeyen ateş: Devamlı olarak ateş görülen hastalarda bazen ateşin nedeni tespit edilememektedir. Üç haftadan daha uzun süren, 38.3°C'nin üzerinde seyreden ve bir hafta boyunca ileri tetkiklere rağmen tanımlanamamış ateş 'nedeni bilinmeyen ateş' olarak ifade edilmektedir (20, 41).

2.11. Çocuklarda Ateş Ölçüm Araçları

Vücut sıcaklığı ölçümünde teknolojik gelişmelerle birlikte değişik yöntemler geliştirilmiştir. Oral, aksiller, rektal, timpanik membran, ösofageal, deri, intratorasik, inguinal ve pulmoner arter gibi vücudun birçok bölümünden dijital, elektronik, cıvalı, transtimpanik ve tek kullanımlık termometrelerle veya termal kamera ile ateş ölçümü yapılabilmektedir. İdeal termometre seçilirken hızlı sonuç verebilmesi, çapraz enfeksiyona neden olmaması, çevre ısısından etkilenmemesi, güvenilir ve ucuz olması gibi özelliklere dikkat edilmelidir. Vücut sıcaklığının ölçülmesinde kullanılacak termometrenin tipi ve ölçüm yeri uygulama öncesi belirlenmelidir. Termometre seçimi; hastanın sağlık durumu, yaşı ve kurum politikasına uygun şekilde belirlenmelidir. Vücut sıcaklığının belirlenmesinde kullanılan dereceler; cıvalı-cam termometreler, dijital göstergeli (elektronik) termometreler, timpanik membran termometreler ve disposable (tek kullanımlık) termometrelerdir (43).

Cıvalı cam termometreler; vücut sıcaklık artışına göre ampul içindeki cıvanın genleşerek, cam tüp boyunca ilerlemesi ve vücut sıcaklığına ulaştıktan sonra sabit kalmasıyla ölçüm yapılan termometrelerdir. Cıvanın sabit kaldığı değer vücut sıcaklığıdır. Geleneksel olarak oral, aksiller veya rektal ölçümlerde kullanılırlar. En büyük avantajları ucuz olmaları, doğru ölçüm yapmaları ve kolay kullanılabilir olmalarıdır. En büyük dezavantajı ise ölçüm için geçen sürenin uzunluğudur. Cıvalı termometrelerin ölçüm yapma

süresi sekiz dakikadır. Ancak klinik kullanımda 4-5 dakika sürenin de yeterli olduğu bilinmektedir. Diğer bir dezavantajı ise cam olmalarından dolayı kırılma riskine bağlı olarak cıva zehirlenmesi ve cıva intoksikasyonudur. Özellikle oral ölçümlerde termometrenin ağız içinde kırılması ve cıvanın yutulması sonucu intoksikasyon gelişebilir. Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından 22 Ekim 2009 tarihinde yayınlanan genelge ile cıvalı termometrelerin ateş ölçümünde kullanılması yasaklanmıştır (16).

Elektronik dijital termometreler; son yıllarda evde kullanım için geliştirilen, 1-2 dakikada ölçüm yapabilen, ölçüm işlemi bittiğinde sesli uyarı veren, kolay kullanılabilen ve okunması kolay olan termometrelerdir. Genellikle aksiller, rektal ve oral ateş ölçümlerinde kullanılır. Dijital termometrelerdeki en önemli problem, zamanla ölçüm hassasiyetini kaybetmeleridir. Ayrıca, enfeksiyon bulaşma riski nedeniyle hastane şartlarında tercih edilmemektedir (43).

İnfrared termometreler, elektromanyetik dalgaların ölçümü ile sıcaklığın belirlenmesini sağlamaktadır. İnfrared termometrelerin avantajı, çocuğa temasa gerek kalmaksızın, vücut bölgesine yaklaştırarak sıcaklığın ölçülmesine imkân tanınmasıdır (16).

Timpanik membran termometreler, pille çalışan ve otoskoba benzeyen termometrelerdir. Özellikle vücut sıcaklığının kulaktan ölçülmesi için kullanılan bu termometrelerle kulak zarından yansıyan ışınların ölçümü yapılabilmektedir. Ölçüm yapılırken dış kulağın üçte birlik kısmına tek kullanımlık prob yerleştirilir ve ölçüm yapılır. Timpanik termometrelerin en büyük dezavantajı, dış kulak yoluna uygun yerleştirilmemesi nedeniyle yanlış ölçüm yapılmasıdır. Diğer bir dezavantajı da problemlerin maliyetli olmasıdır (44).

Plastik bant veya likit kristal termometreler, bu tip termometreler sıcaklığa karşı hassas likit kristallere (termokromik sıvılar) sahiptir. Moleküler yapıda sıcaklık değişmesine bağlı olarak sıvı kristal moleküllerinde açılma ve katlanmalar sonucundaki ışık geçirgenlikleri değişir. Bu sayede likit kristallerde renk değişimi gözlenir. Termometre vücut sıcaklığını saptamak için ölçüm yapılacak bölgeye temas ettirilir ve 1-3 dakika süreyle beklenir. Vücut sıcaklığı, renk değiştiren alıcılar sayılarak tespit edilir. Bu termometrelerin tek sefer kullanılanları olmakla birlikte, 1 gün boyunca hastanın derisine yapıştırılarak devamlı şekilde vücut sıcaklığının gözlenmesine imkân tanıyan yapıda olan termometreler de bulunmaktadır. Muhafaza edilmesi esnasında ısı kaynaklarından ve güneş ışınlarından

uzak bir ortamda ve 30°C'nin altında tutulmalıdır. Fiyat olarak dezavantajlıdır. Diğer termometrelere göre güvenilirlik ve hassasiyetinin daha düşük seviyede olduğu belirtilmektedir, bu sebeble hastanelerde tercih edilen bir yöntem değildir (16).

2.12. Ateşin Tedavi Yaklaşımı ve Antipiretik Kullanımı

Yüksek ateşin tedavi edilmesinde ana amaç sadece ateşi düşürmek değil altta yatan problemlerin belirlenmesi ve tedavisi olmalıdır. Ateşin yararlı etkileri nedeniyle sadece huzursuzluğu çok olan çocuklarda ve ateşin çok yüksek olması durumunda antipiretik ilaç tedavisine gerek duyulmalıdır. Fakat ateş nedeniyle oluşabilecek tekrarlayan havale nöbetleri görülenlerde ve ciddi kalp ve akciğer hastalığı olanlarda ateş gecikmeden normale döndürülmelidir (45).

Ateşin normale döndürülmesine destek olarak, vücudun soğumasını kolaylaştırmak amacıyla çocuğa ince ve rahat elbiseler giydirilmesi ve uygun çevre sıcaklığının oluşturulması gerekmektedir. Ortam sıcaklığının 21-22°C civarında olması sağlanmalıdır (20). Ortamın serinletilmesi amacıyla havalandırma cihazları ve vantilatör kullanılabilir ancak bu durumda çocuğun hava akımına maruz kalmamasına dikkat edilmelidir. Çocuklarda ateş durumunda enerji ihtiyacı arttığından dolayı beslenmeye önem verilmelidir. Solunum ve terleme oranının artması nedeniyle sıvı kaybı artacağından ateşli çocuk susuz kalabilir. Vücudun susuz kalması da ateşin artmasına sebebiyet vereceğinden sıvı kaybının yerine konulması gerekir. Fazla fiziksel hareket vücut sıcaklığının artmasına neden olacağından hastanın gerekmedikçe hareket etmemesi sağlanmalıdır (16).

İlaç tedavisi dışında, ateşin düşürülmesinde ılık uygulama da kullanılan metotlardan bir tanesidir. Ilık uygulama için kullanılacak suyun sıcaklığının 29-32°C'den daha fazla olmamasına dikkat edilmelidir. Yüksek ateş, ateş düşürücü ilaç verilmesinden otuz dakika sonra devam ediyorsa ılık uygulama yapılmalıdır. Ilık uygulama en az 5 dakika ve en çok 30 dakika olacak şekilde yapılmalıdır (2, 20, 27).

Ateş düşürücü ilaç tedavisinde antipiretik uygulanmasındaki temel amaç çocuğun fiziksel anlamda ağrılarını azaltmak ve rahatlamasını sağlamaktır. Çocukluk döneminde kullanılan antipiretik ilaçlar sınırlı düzeydedir ve bu ilaçlar vücudun PGE2 üretimini düşürerek etki etmektedir. Antipiretik ilaç tercihinde; uygulama kolaylığı olmasının yanında, güvenilirlik ve etkinliği kanıtlanmış olması gibi faktörler de dikkate alınmalıdır. Ancak unutulmaması gerekir ki antipiretik ilaçların altta yatan hastalığı tedavi etmesi

mümkün değildir. Antipiretik olarak kullanılan başlıca ateş düşürücü ilaçlar; parasetamol, ibuprofen ve asetilsalisilik asittir (46, 47).

Asetilsalisilik asit; antienflamatuar, antipiretik ve analjezik gibi özelliklere sahip olan, yaygın olarak kullanılan ve en çok tanınan ilaçlardan birisidir. Araşidonik asitten prostaglandin (PG) ve tromboksan üretimini engellemek amacıyla COX enzimini bloke ederek işlev görür. Ateşi olan çocuğa her dört saatte bir 10 mg/kg doz olarak verilebilir. Kullanılan en yüksek doz 3.6 gr/gün'ü aşmamalıdır. Salisilatlar, kullanıldıktan sonra böbrek yoluyla atılmadan önce karaciğerde metabolize edilir. Bu ilaç türü; hipokalemi, hiponatremi, akut böbrek yetmezliği, işitme kaybı, bulanık görme, baş dönmesi, aşırı doz ve uzun süreli kullanımda baş ağrısı, böbrekler ve karaciğerde toksisite, hipersensitivite, gastrointestinal kanama ve trombosit fonksiyonlarını bozduğundan kanamaya eğilim ile kendini gösterebilen salisilat zehirlenmesi gibi yan etkiler gösterebilmektedir (47). Ayrıca, bu ilaç viral enfeksiyon ve su çiçeği gibi hastalıklarda ateş düşürücü olarak kullanıldığında yüz binde iki düzeyinde görülebilen beyin ve karaciğer hasarı oluşabilen reye sendromuna sebebiyet verebilir. Reye sendromu önemli bir yan etkidir ve %40 oranında ölüme neden olabilir. Bu sendrom; etiyolojisinin bilinmemesinin yanı sıra oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Hipoglisemi, karaciğer fonksiyon bozukluğu, ensefalopati ve asidoz ile karakterizedir. Bu ilacın yan etkileri çok olduğu için ateş düşürücü olarak kullanılmaması önerilmektedir (48, 49).

Parasetamol, çocuklarda en yaygın şekilde kullanılan ateş düşürücü ilaçlardan biridir. WHO ve AAP gibi uluslararası kuruluşlar, ateş ve ağrı tedavisinde ilk seçenek olarak parasetamolu tavsiye etmektedir. Parasetamol, PGE2 sentezini engelleyerek etki gösterir. Doz olarak ateş veya ağrısı olan çocuklara 10-15 mg/kg doz olacak şekilde 4-6 saat aralıklarla verilir. Vücuttaki emilimi çok çabuktur ve bir saat içerisinde kanda en yüksek düzeye ulaşır. Vücut sıcaklığında 1-2°C'lik düşüşe neden olur. Karaciğerde metabolize olur. İlacın güvenilirliği fazladır ve alerjik reaksiyonlar en sık karşılaşılan yan etkisidir. Tek doz olarak çocuklarda 150 mg/kg toksik etki oluşabilecek doz olarak kabul görmektedir. Aşırı dozda kullanıldığında karaciğer yetmezliği ve akut tübüler nekroz (ATN) görülebilen parasetamol zehirlenmesine sebebiyet verebilir. Görülme ihtimali çok düşük olsa da, önerilen kullanım miktarında dahi fulminan hepatite sebep olabilmektedir (48, 50). Eğer herhangi bir nedenle çocuğa oral yolla ilaç verilemezse, rektal olarak parasetamol ilaçların supozituar (fital) formları kullanılabilir (20).

İbuprofen, 1989 yılından beri kullanılmakla birlikte son zamanlarda kullanımı artış göstermekte olan bir antipiretikdir. Vücutta PGE2 üretimini engelleyerek etki etmektedir. Antipiretik etkisi parasetamole göre %50-100 kat daha fazladır. Bunun yanında, ibuprofenin analjezik ve antienflamatuar özellikleri de bulunmaktadır. Hastaya kullanım dozu olarak 6-8 saatte bir 5-10 mg/kg verilir. İlaç 1-2 saatte kan plazmasında en yüksek seviyeye ulaşır. Vücuttan genellikle idrar ile dışarı atılır. İbuprofen; trombositopeni, gastrointestinal kanama, döküntü ve dispepsi gibi yan etkiler gösterebilir. Astımı olan hastalarda astım krizine neden olabileceğinden kontredikedir. Aşırı dozda kullanıldığında asetaminofene göre toksik etkisi çok daha düşük olmaktadır. Yapılan araştırmalarda asetaminofen ve ibuprofenin dönüşümlü olarak kullanılmasının ateşin düşürülmesine katkı sağlamadığı belirlenmiştir (51, 52).

Metamizol'un antipiretik etki oluşturma mekanizması tam olarak anlaşılamamakla birlikte, yapılan araştırmalarda merkezi sinir sistemini direkt etkileme yoluyla endojen pirojen sentezi üzerine periferik inhibisyon oluşturarak etki ettiği belirlenmiştir. Avrupa başta olmak üzere birçok ülke, önemli yan etkilerinden dolayı ateş düşürücü olarak kullanımını sınırlandırmıştır. En ciddi yan etkisi agranülositoz olmakla birlikte hipotansiyon ve hipotermiye de sebep olabilmektedir (25, 37).

2.13. Çocuk Yaş Gruplarına Göre Vücut Sıcaklığı ve Ateşin Değerlendirilmesi

Ateşli çocuğun bakımında ölçüm tekniği ve ateşin süresi önemli olduğu kadar çocuğun yaşı da önemli bir faktördür. Çocukların yaş gruplarına göre normal vücut sıcaklıkları; yenidoğanlarda 36-37.2°C, 1-18 yaş arası çocuklarda ise 36.4-37°C olarak kabul edilmektedir (53). Bunun yanında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre de çocuklarda normal vücut sıcaklığı 36.5-37.5°C arasında kabul edilmektedir (54).

Ateşin tanısı için en önemli basamak, detaylı bir fizik muayene ve tam bir öykü alınmasıdır. Hasta çocuktan alınan öyküde; ateşin süresi, ne sıklıkla ölçüldüğü, ateşe eşlik eden karın ağrısı, boğaz ağrısı, göğüs ağrısı, dizüri, öksürük, balgam, baş ağrısı, kulak ağrısı, ense sertliği, kiloda değişiklik ve eklem ağrısı gibi bulgu ve belirtilerin varlığına dikkat edilir. Bunun yanında, beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi ve çocuğun aşılama durumu, döküntülü hastalık geçirme durumu, kronik hastalık varlığı, herhangi bir ilaç tedavisinin uygulanıp uygulanmadığı ve hasta kişilerle teması gibi faktörler irdelenmelidir. Ateşli çocuğun fizik muayenesinde; genel görünümü (aşırı ağlama, huzursuzluk, baygınlık veya uykuya eğilim), vital semptomlar (kan basıncı, solunum, ateş, nabız), ciltte değişiklikler (sarılık, siyanoz, solukluk, kül rengi cilt), ciltte döküntü, taşikardi varlığı,

takipne, stridor, dispne varlığı, retraksiyon, subkostal ve interkostal çekilmeler, solunum şekli ve menenjit irritasyon belirtilerinin varlığı (ense sertliği, fontanel kabarıklığı, kernig bulgusu) gibi bulgular dikkatle değerlendirilmelidir. Eğer ateşli çocukta pozitif fiziki muayene bulguları ve anormal öykü mevcut ise acilen tetkik ve tedavi uygulanmalıdır. Hemorajik döküntüler bulunan, bağışıklık cevabı baskılanmış dolaşım bozukluğu olan ve hiperpireksi ($>41^{\circ}\text{C}$) mevcut olan çocuklar genel durumları nasıl olursa olsun hastaneye yatırılmalı ve titizlikle takip edilmelidir (17, 48, 51).

Ateşi olan çocuğun bakım ve yaklaşımındaki temel amaç, bakteri kaynaklı önemli enfeksiyonları saptamak ve ihtiyaç duyulan tedavi yöntemine başvurmaktır. Çocuklarda her yaşın farklı özellikler gösterdiği bilinmektedir. Üç aylıktan daha küçük olan bebeklerin nörolojik gelişimi ve bağışıklık sistemi henüz tamamlanmadığı için bu gruptaki çocuklar enfeksiyonlara karşı hassastırlar. Bu yaşlardaki çocuklarda ateşin görülmesi önemli bir hastalığın varlığını gösterebilir. Ateş konusunda yapılan araştırmalarda yüksek ateş tespit edilen çocuklarda enfeksiyon varlığına da rastlanmıştır (17, 48). Yaşı üç aydan küçük çocukların ateşinin 38°C 'nin üstünde olması %10-15 oranında önemli bakteriyel enfeksiyonların (menenjit, septik artrit, idrar yolu enfeksiyonları, osteomyelit, gastroenterit, pnömoni vb.) varlığını göstermektedir. Bu nedenle bu gruptaki çocuklarda görülen ateş, alanında uzman doktorlar tarafından irdelenmeli ve ateşin nedeni belirlenemeyen çocuklar hastaneye yatırılarak takibe alınmalıdır. Yenidoğan bebeklerde ateş mevcutsa, sepsis varlığı dikkate alınarak bu çocuklar hastanede kontrol altında tutulmalıdır. Yenidoğan bebeklerde genellikle karşılaşılan etkenler; enterovirüsler, gram (-) enterik mikroorganizmalar, grup B streptokok ve *Listeria monocytogenes*'dir. Ateşi olan yenidoğanlarda; beyin omurilik sıvısı, idrar ve kandan kültür alınarak bu yaşta görülebilen patojenlere karşı antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır (18, 49, 50).

Yaşları üç ay ile üç yıl arasında değişen çocuklarda bağışıklık sisteminin daha iyi gelişmiş olması nedeniyle önemli bakteri kaynaklı enfeksiyonlar daha nadir görülmektedir. Bu yaşlardaki çocuklarda viral üst solunum yolu enfeksiyonları en yaygın görülen hastalıktır. Yüksek ateşle birlikte; burun tıkanıklığı, burun akıntısı, eklem ağrısı, baş ağrısı, boğaz ağrısı, bulantı ve kusma da gribal enfeksiyon belirtilerindendir. Ateş düzeyi 39°C 'den düşük olan ve toksik görünümlü olmayan çocuklarda antibiyotik tedavisi olmadan takip yapılabilir. Bu yaştaki çocuklarda; adenoid enfeksiyonu, tonsillit, yumuşak doku enfeksiyonları, sinüzit, pnömoni ve orta kulak iltihabı gibi rahatsızlıklar nadiren

görülmektedir. Ateşi 39°C'den yüksek olan ve ateşin nedeni tespit edilemeyen bu yaştaki çocuklar gizli bakteriyemi olasılığı bakımından değerlendirilmelidir. Bu tür hastalarda kan kültüründe genellikle *N. meningitidis*, *H. influenza*, veya *S. pneumoniae* varlığına rastlanabilmektedir. Bu grupta, kronik hastalığa sahip çocuklar hastaneye yatırılarak dikkatle izlenmelidir. Yaşı üçten büyük olan çocukların bağışıklık sistemi tamamen gelişmiş olduğundan önemli enfeksiyonların var olma olasılığı çok düşük bir ihtimaldir. Bu yaş grubundaki çocuklarda en yaygın şekilde görülen enfeksiyon, döküntülere eşlik eden *N. meningitidis*'dir (17, 55).

2.14. Çocuklarda Ateşe Neden Olan Kronik Hastalıklar

Ateş pek çok hastalığa bağlı olarak oluşabilir; kollajen doku hastalıkları, maligniteler, kronik hastalıklar ve enfeksiyon hastalıkları en sık ateş nedenlerindendir. Çocuklarda ateş, çok sayıda kronik hastalığın tanınmasında yol gösterici olduğu için önemlidir. Bunun yanında, ateş kronik hastalıkların seyrini değiştiren ve kronik hastalığa sahip çocuklarda olumsuz sağlık sorunlarına neden olan tablolar oluşturabilmektedir. Çeşitli endokrin hastalıklarda ateş görülebilmektedir. Özellikle bazı endokrin hastalıklar sırasında enfeksiyona eğilim artarken, bazen de enfeksiyon hastalıkları endokrin hastalığın ortaya çıkışını hızlandırmaktadır. Örneğin; tip 1 diyabetli hastalarda enfeksiyonlara bağlı ateş görülebilir. Enfeksiyonlar sırasında hastada insülin gereksinimi arttığından gerekli önlemler alınmadığında ketoasidoz koması gelişebilir. Ketoasidoza bağlı ağır dehidratasyon nedeniyle de hastalarda ateş görülebilir. Bu nedenle diyabetes mellituslu çocuklarda ateşin dikkatle incelenmesi ve ateşe yönelik önlem alınması gerekmektedir. Ayrıca, ateşe bağlı olarak oksijen tüketimi, karbondioksit üretimi ve kardiyak yük artar. Bu nedenle ateş, kalp hastalığı veya kronik anemisi olanlarda kalp yetersizliğine neden olabilir. Kronik akciğer hastalığı olanlarda solunum yetersizliği gelişebileceğinden ateş ayrıca takip edilmesi gereken bir durum olmaktadır (16).

Kronik böbrek yetmezliği olan çocuklarda immün fonksiyonlar baskılandığı için enfeksiyonlara yatkındırlar. Vücut sıcaklığında artma, idrarın koyu renkli ve kötü kokulu olması, dizüri, solunum fonksiyonlarında bozulma gibi enfeksiyon belirtileri gözlenir. Bu sebeple kronik böbrek yetmezliği olan çocuklarda ateş dikkatle izlenmesi gereken bir durum olmaktadır (53).

Ateş, çocuklarda görülen diğer bir kronik hastalık olan kanserde de önem arz etmektedir. Kanser, hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması ve anormal şekilde

dağılımı ile karakterize olan çocukluk çağı sağlık problemleri arasında sayılmaktadır. Kanseri, geçmişte ölümlerle eş anlamlı sayılırken, günümüzde özellikle çocukluk yaş grubunda tedavi edilebilen kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Kanseri hastalarda uygulanan yoğun kemoterapinin, yaşamı tehdit eden önemli komplikasyonlarından biri nötropeniye bağı olarak enfeksiyon gelişmesidir. Total nötrofil sayısı $1000/\text{mm}^3$ 'ün altına düşünce enfeksiyon riski yüksektir. Nötrofil sayısı $500/\text{mm}^3$ 'ün altına düştüğünde ise çocuk enfeksiyon yönünden önemli ölçüde risk altındadır. Bu dönemde çocuğun ateşinin kontrol edilmesi, gerekli kültürlerin alınması ve hemen tedaviye başlanması gerekir (56). Nötrofil sayısı düşüklüğü, çocukta genellikle normal vücut florasından kaynaklanmaktadır. Enfeksiyon sıklıkla kateter bölgelerinde, gastrointestinal ve solunum sisteminde görülür ve çok hızlı bir şekilde septik şoka ve ölüme sebep olabilir. Bu sebeple nötropenili hastalarda yaşam bulguları, özellikle ateş yakından takip edilmesi gerekmektedir (27).

Kistik fibrozis, otozomal resesif geçiş gösteren yedinci kromozomun uzun kolu üzerinde yer alan gen mutasyonu ile karakterize kalıtsal ve metabolik bir hastalıktır. Kistik fibrozisli çocuklarda mukoz bezlerin sekresyonunun artmasına bağı olarak solunum, gastrointestinal sistem ve genitoüriner sistem fonksiyonlarında bozulmalar meydana gelmektedir. Özellikle 1 yaşından önce tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları gelişmektedir. Solunum sisteminde anormal, kalın ve yapışkan müküse bağı olarak tıkanıklık atelettaziye yol açabilir. Solunum yollarında biriken müküs atılamaz ve bakterilerin üremesi için uygun ortam oluşur. Tekrarlayan enfeksiyonlar akciğerlerde ilerleyici ve kalıcı hasara ve solunum yetmezliğine neden olur. Kistik fibrozisli çocuklarda ateşin sık görülmesine bağı olarak ortaya çıkan kalıcı akciğer hasarlarını önlemek için ebeveynlerin dikkatli olması gerekmektedir (56).

Sistemik Lupus Eritematozus (SLE); etiyolojisi bilinmeyen, vücudun kendi antijenlerine karşı antikor oluşumu ve buna bağı olarak eklemler, böbrek ve merkezi sinir sistemi gibi birçok hedef organda inflamasyona neden olan multi sistemik bir hastalıktır. Başlangıç bulguları; ateş, halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, tartı kaybı gibi genel bulgular olabileceğı gibi organ ve sistem tutulumlarına ait bulgular da görülmektedir. Çocuk hastalarda ateş SLE'nin en sık görülen başlangıç bulgusudur. Nedeni bilinmeyen ateş ile başvuran çocuklarda SLE mutlaka akla gelmelidir. SLE tanısı konmuş bir hastada yeni ortaya çıkan ateş, tedavide kullanılan immün süpresif ilaçların yol açtığı bir enfeksiyona

bağlı olarak ortaya çıkmış olabilir. Bu nedenle ateş, SLE’li çocuklarda dikkatle ele alınmalı ve başlangıç süresi, sıklığı ve odağı araştırılmalıdır (16).

Ateşin önemli bir bulgu olduğu bir diğer hastalık da Ailevi Akdeniz Ateşi hastalığıdır. Ailevi Akdeniz Ateşi hastalığı özellikle akdeniz ülkelerinde yaşayanlarda görülen, akut ateş ve seröz zarların yangısı ile belirgin, tekrarlayan, otozomal resesif geçişli genetik bir hastalıktır. Tekrarlayan ateş, karın-göğüs ağrısı nöbetleri ve deri döküntüleri görülmektedir. Ateş atakları genellikle 12-72 saat sürer ve genellikle periton, plevra ve eklemlerde inflamasyon ateşe eşlik eder (16).

Epilepsi, insanoğlu tarafından çok eskiden beri bilinen ve halen çocuklarda sıklıkla görülen kronik bir sağlık sorunudur. Epilepsi, beynin kortikal nöral hücrelerindeki anormal elektriksel deşarj sonucu istemsiz hareket ve davranışların ortaya çıkması durumudur. Epilepsi, ateşsiz konvülziyon atakları olarak tanımlansa da febril konvülziyon ile epilepsi arasındaki tek fark febril konvülziyonda olayın başlangıcında ateşin olmasıdır. Epilepsi ile febril konvülziyonların tanı, tedavi ve prognozları çok farklı olduğundan vücut sıcaklığının doğru ölçümü kritik bir öneme sahiptir (53).

Romatolojik hastalıklar çeşitli bulgularla ortaya çıkan büyük bir hastalık grubunu oluşturur ve bazen ilk bulgu ateş olabilir. Juvenil idiyopatik artrit (JIA) bu durumun en iyi örneklerinden biridir. JIA, eklemlerde enflamasyonla karakterize kronik otoimmün inflamatuvar bir hastalıktır. Semptom olarak; ateş, eklemlerde harekette azalma, şişme ve ağrı şikayetleri vardır. Ateşin odağının saptanamadığı durumlarda JIA akla gelmesi gereken bir durumdur. Hastalığın ilk bulgusu orta derecede veya pikler şeklinde, kronik veya aralıklı ateş olabilir. Ateş, artrit belirtileri ortaya çıkmadan önce haftalar ve aylar boyu sürebilir (53).

2.15. Ateşli Çocukta Hemşirelik Bakımı

Çocuk hemşireleri ateş konusunda ebeveynlerle iletişim kurmada önemli bir konuma sahiptir. Bu nedenle özellikle bu alandaki hemşirelerin ateşe verilen cevap, ateşin yararları ve güvenli bir şekilde yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Hemşireler, ebeveynlerin ateşle ilgili hatalı tutum ve uygulamalarını sorgulamalı ve çocukları ateşlendiğinde yaptıkları uygulamaların kültürel alışkanlıklara göre değişiklik gösterebileceğini unutmamalıdır (2).

Yüksek ateşi olan çocukta hemşirelik bakımında temel amaç çocuk ve ailenin uygun yaklaşımla desteklenmesidir. Hemşireler, çocuklarda ateş yönetiminde danışmanlık

yaparken aynı zamanda ebeveynlerin ateş endişesini en aza indirmelidirler. Bunun yanında, ateşin önemli bir hastalık sonucunda oluşabileceği ihtimali de dikkate alınarak çocuğun genel durumu izlenmeli ve sıvı dengesi korunarak konforu arttırılmalıdır. Çocuğun detaylı öyküsü alınmalıdır (çocuğun yaşı, ateşin süresi, en yüksek ölçülen değer, ateş ölçüm bölgesi, yakın zamanda aşı olma durumu, genel görünümü, klinik semptomlar, ateş esnasında konvülfif hareketlerin görülmesi, döküntülü hastalık geçirip geçirmediği, antibiyotik kullanma durumu vb.). Ateşli çocuk takip edilmeli ve belirli sürelerde vücut sıcaklığı ölçülerek ateşin seyri izlenmelidir. Çocuğun üzeri örtülüyse açılmalı ve rahat kıyafetler giydirilerek konforu sağlanmalıdır. Çocuğun giysilerinin ince olmasına dikkat edilmeli ve kesinlikle tamamen çıplak bırakılmamalıdır. Yüksek ateşi olan çocuğun bulunduğu çevrenin nötral sıcaklığının 21-22°C arasında olması sağlanmalıdır. Oda sıcaklığının düzenlenmesi için vantilatör kullanılabilir, fakat çocuğun hava akımına direkt olarak maruz bırakılmamasına dikkat edilmelidir (20).

Oral mukozada, dudaklarda ateşin yükselmesine bağlı olarak oluşan kuruluğa ve çatlaklara karşı uygun nemlendiriciler kullanılmalı ve uygun ağız bakımı yapılmalıdır. Yüksek ateşte vücut daha fazla su kaybedeceğinden ve metabolizma hızlanacağından dolayı vücut ve kalori hesabına göre hidrasyonu sağlanmalıdır. Bol sıvı verilmeli, sıvı elektrolit dengesi sağlanmalıdır. Anne sütü alan çocuklarda solunum sıkıntısı yoksa anne sütü alımına devam edilmelidir. Daha büyük çocuklarda bol sıvı verilmelidir ve ateşli çocuğun diyeti planlanmalıdır. Özellikle ateşli olduğu dönemde su, meyve suyu, sulu meyveler, puding, yoğurt gibi proteinli ve kalorili besinler tüketmesi sağlanmalıdır. Çocuk ateşlendiğinde kalori ihtiyacı arttığı için aç kalmamasına dikkat edilerek beslenmesi sağlanmalı, fakat yemesi konusunda fazla zorlanmamalıdır. Ilık su uygulaması; ateşi çok yüksek olan çocuklarda (>39°C), ateş düşürücüye yanıt vermeyen ve ateş düşürücü verilmesinin ardından otuz dakika geçtikten sonra değişim olmayan çocuklarda tavsiye edilmektedir. Ilık su ile (29-32°C) duş yaptırarak ya da alnına, koltuk altına, boyun ve perine bölgesi gibi damar dolaşımının yoğun olduğu bölgelere ıslak havlu uygulanarak ateş düşürülmeye çalışılmalıdır. Kasıklar ve koltuk altı gibi büyük arterlerin yüzeysel olarak geçtiği bölgelere ılık kompres uygulanmalıdır. Vücut sıcaklığı ılık uygulama yapılarak 1.5-2°C'den daha fazla düşürülmemelidir ve beş dakikadan az, otuz dakikadan fazla devam ettirilmemelidir. Ateşin ani düşüşüne neden olduğu için alkol, buz ve sirkeli su uygulamasından kaçınılmalıdır (2, 20, 56). Annelere vücut sıcaklığını ölçmek ve ateş düşürücü ilaç vermek için çocuklarını

uykularından uyandırmalarına gerek olmadığı söylenmelidir. Ayrıca, annelere hasta çocuk için uykunun gerekliliği de anlatılmalıdır (19).

Çocuklarda sıklıkla virüs kaynaklı enfeksiyonlara bağlı ateş görülebileceğinden gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır. Çocuğun bakımından sorumlu olan aile bireylerinin, özellikle annelerin çocukluk dönemindeki ateşlenme olgularının yönetimine ve bilinçli ilaç kullanımına yönelik hususlarda doğru bilgiye sahip olması, hem çocuğa yapılan hatalı uygulamaları, hem de yetersiz ve gecikmiş müdahaleleri ortadan kaldıracaktır. Ebeveynlerin bu konularda desteklenmesi ve bilinçlendirilmesi, ateş olgularının yönetim başarısının ve bilinçli ilaç kullanımının artmasını sağlayacaktır. Çocuklarda ateşin nedeni saptanmadan ve reçetesiz olarak ilaç kullanımına başlanılmamalıdır. Mutlaka doktor reçetesiyle antibiyotik ya da ateş düşürücü ilaç kullanılmalıdır (57).

Ateş düşürücü ilaçların febril konvülsiyonları önlediğine dair araştırma sonuçlarının olmaması sebebiyle, ateş klinik olarak sınır seviyesine ulaşmamışsa ve çocuğun genel durumu iyiye, her ateşlenmede ateş düşürücü ilaç kullanılmamalıdır. Reye sendromuna sebep olabileceğinden ateş için aspirin türevi yerine parasetamol türevi ateş düşürücü ve analjezik kullanımına özen gösterilmelidir (20).

Tavsiye edilen parasetamol veya ibuprofen türevi ilaçlar, çocuklarda toksisiteye neden olabileceği için kombine veya dönüşümlü olarak verilmemelidir (19). Çocuklara ateş düşürücü ilaç verme sıklığı 4-6 saatten daha az olmamalıdır. Fakat çocuk ateş düşürücü ilaca yanıt vermezse, alternatif tedaviler uygulanmalıdır. Ateşli çocuğun dinlenme ve aktivite zamanları planlanmalıdır. Enfeksiyon kontrolü önlemleri alınmalıdır. Enfeksiyon hastalıklarında primer korunma yöntemi bağışıklanmadır. Hasta çocuğun aşıları kontrol edilmeli ve eksik aşılarının tamamlanması konusunda anneler bilinçlendirilmelidir (56). Oral termometre 0-5 yaş aralığında olan çocuklarda kullanılmamalıdır. Oral termometrelerin 5 yaş ve üzeri çocuklarda kullanımı uygundur. Yenidoğan döneminde aksilla bölgesinden ölçüm yapan elektronik termometreler kullanılmalıdır. Yenidoğan döneminde rektal ölçüm yapılmamalıdır. Yenidoğan döneminin sonrasından beş yaşa kadar koltuk altı bölgesinde kullanılabilen elektronik termometreler veya timpanik termometreler tercih edilmelidir (2).

Ailelere sağlık eğitiminin verilmesi, yüksek ateş durumunda ilk uygulamaların önemini anlatmak ve uygun bir yaklaşımla ateşe bağlı olarak oluşan sekelleri ortadan kaldırmak açısından önem arz etmektedir. Ebeveynlerin, öncelikle de annelerin çocuklarının vücut sıcaklığını doğru yöntemle ölçmeleri ve ateşli çocuğa yaklaşımları konularında

eğitilmesinde sağlık personeline büyük sorumluluklar düşmektedir. Planlanacak sağlık eğitimiyle, öncelikle annelerin ateş konusundaki bilgi düzeylerinin ve evlerinde yaptıkları ilk uygulamalarının saptanmasına ihtiyaç duyulmaktadır (58). Ailelere; hafif ateşte tedaviye gerek olmadığı, ateşin enfeksiyondaki rolü, yüksek ateş durumunda bakım ve tedavi yaklaşımları, güvenli ateş düşürücü ilaç kullanımı, dozun hesaplanması ve uygun koşullarda saklanması, febril konvülziyon ve ateşin yönetimi gibi konularda eğitim verilmelidir (2).

Febril konvülziyon yönetiminde ebeveynlere kısa süren konvülziyonların zararlı olmadığı ve genelde birkaç dakika sonra kendiliğinden geçeceği söylenmelidir. Ebeveynlere özellikle febril konvülziyon esnasında paniklememeleri gerektiği, çocuğu mutlaka yan yatırıp nöbet duruncaya kadar yanında kalmaları ve çocuğun üzerinde sıkı giysileri varsa gevşetmeleri gerektiği anlatılmalıdır. Konvülziyon geçiren çocuğun ağzını açmaya çalışmamaları ve konvülziyon sırasında suni solunum yapmak, suya sokmak ve baş aşağı çevirmek gibi yanlış müdahalelerden kaçınmaları gerektiği anlatılmalıdır. Konvülziyon beş dakikadan uzun sürerse ve çocuk hastane dışındaysa rektal diazem kullanmaları söylenmelidir. Ebeveynlere konvülziyon geçtikten sonra çocuğun ağzı ve burnunu temizlemesi ve konvülziyon sırasında süre tutmaları gerektiği anlatılmalıdır. Ayrıca, çocuğun solunumu rahatsa ve genel durumu iyiye ateşini ölçmeleri söylenmelidir. Konvülziyon uzun sürerse vakit kaybetmeden çocuğu acile götürmeleri gerektiği konusunda bilgi verilmelidir (53).

Hemşireler İçin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi'ne göre, hipertermi ve hipotermi görülen çocuklarda hemşirelik tanıları Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir (59).

Tablo 1. Hipertermi görülen çocukta hemşirelik girişimleri

Hemşirelik Tanısı	Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları	Hemşirelik Girişimleri
Vücut Sıcaklığında Değişiklik		
Hipertermi		
Tanım: Çocuğun vücut sıcaklığının 37.2°C'nin üzerinde olması durumudur.	Çocuğun vücut sıcaklığını normal sınırlara (36.5-37.5°C) düşürmek ve normal sınırlarda tutulmasını sağlamak.	• Vücut sıcaklığı ve diğer yaşam bulguları kontrol edilir ve kaydedilir. • Enfeksiyon şüphesinde kültür örneği (kan, idrar, balgam vb.) alınır. • Çocuğun fazla giyinmesi ve örtünmesi engellenir. • Çevre ısısı düzenlenir. • Oda havalandırılır. • Sıvı alımı artırılır. • Doktor istemine göre nedene yönelik tedavi sürdürülür. • Ilık uygulama yapılır. • Reçete edilen antipiretikler verilir.
İlişkili Faktörler		
• Çevre sıcaklığının yüksek olması, • Aşırı aktivite, • Uygun giyinmeme, • Bedenin termoregülasyon mekanizmasını etkileyen hastalık veya travma varlığı, • İlaç tedavisi, • Kuvöz sıcaklığının yüksek olması, • Enfeksiyon varlığı, • Fototerapi uygulaması		
Tanımlayıcı Özellikler		
• Vücut sıcaklığının 37.5°C'nin üzerinde olması, • Dokunulduğunda deride sıcaklık hissedilmesi, • Deride kızarıklık, • Taşikardi, titreme, yorgunluk, halsizlik, solunum hızında artma, iştahsızlık vb.		

Tablo 2. Hipotermi görülen çocukta hemşirelik girişimleri

Hemşirelik Tanısı	Amaç/Beklenen Hasta Sonuçları	Hemşirelik Girişimleri
Vücut Sıcaklığında Değişiklik		
Hipotermi		
Tanım: Çocuğun vücut sıcaklığının 36°C'nin altına inmesidir.	Çocuğun vücut sıcaklığının normal sınırlar (36.5-37°C) içinde olmasını sağlamak.	• Çocuğu sıcak tutacak giysiler giydirilir. • Üzeri battaniye ile örtülür. • Gerekirse yatak içerisine sıcak termofor konur. • Termoforda sızıntı olup olmadığı kontrol edilir. • Çocuğun yatağı, cam kenarında veya hava akımında kalacak şekilde konumlandırılmamalıdır. • Yaşam bulguları düzenli olarak izlenir ve kaydedilir. • Çevre ısısı düzenlenir. • Yenidoğan bebekler gerekirse kuvöze konur veya radyant ısıtıcı altına yatırılır.
İlişkili Faktörler		
• Soğuk ortamda kalma, • Hava sıcaklığına uygun koşullarda giyinmeme, • Dehidratasyon, • Malnütrisyon, • Hareketsizlik, • Anemi, • Obezite, • Dolaşımın azalmasına neden olan durumlar (nörovasküler periferik vasküler hastalıklar), • Yenidoğanlarda yetersiz termoregülasyon vb.		
Tanımlayıcı Özellikler		
• Vücut sıcaklığının 36°C'nin altında olması, • Derinin soğuk ve soluk olması, • Titreme, • Çocuğun yaşına göre solunum ve nabız sayısında artma vb., • Tırnak yataklarında siyanoz.		

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde; araştırmanın türü, evren ve örnekleme, yeri ve zamanı, araştırmaya kabul edilme ve edilmeme ölçütleri, veri toplama araçları, veri toplama süreci, araştırmanın sınırlılığı, yasal ve etik izinleri, verilerin analizi ve değerlendirilmesi hakkında bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, kronik hastalığı olan çocukların annelerinin ateş konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 01 Eylül 2018-28 Şubat 2019 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi çocuk servislerinde (adölesan, süt çocuğu, çocuk hematoloji onkoloji, çocuk yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım, pediatri enfeksiyon, çocuk cerrahisi ve çocuk acil) yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi çocuk servislerinde yatan ve kronik hastalığa sahip olan çocukların anneleri oluşturmuştur. Konu ile ilgili benzer bir çalışma olmadığından ve uygulama yapan anne sayısı bilinmediğinden, bilinmeyen sıklıklarda örneklem sayısını tespit etmek için %50 sıklık alınmıştır. Uygulama sıklığı %50, sapma 0.05 ölçek alındığında örneklem büyüklüğü 384 anne olarak belirlenmiştir. Bu sayı 400 olarak alınmıştır. Araştırma bu sayıya ulaşıldığında sonlandırılmıştır (60).

3.4. Araştırmaya Kabul Edilme ve Edilmeme Ölçütleri

Araştırmanın örnekleme için seçilen kişilerin ölçütleri aşağıda verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen anneler çalışmaya dahil edilmemiştir.

- Kronik bir hastalığa sahip çocuğu olan,
- İletişim ve mental sorunu olmayan,
- Türkçe konuşabilen, okuyabilen ve yazabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden anneler.

Araştırmanın örnekleme kabul edilmeyecek olan annelerin ölçütleri aşağıda belirtilmiştir.

- Kronik bir hastalığa sahip çocuğu olmayan,
- İletişim ve mental sorunu olan,
- Türkçe konuşamayan, okuyamayan ve yazamayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen anneler.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır.

3.5.1. Anket Formu

İlgili literatür taranarak oluşturulan Anket Formu (Ek 1) iki bölümden oluşmaktadır (61-63). Birinci bölümde ailenin sosyo-demografik özelliklerine (yaşı, cinsiyeti, eğitimi, gelir durumu vb.) yönelik 8 soru, ikinci bölümde ise annelerin ateş konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarına yönelik 38 soru olmak üzere toplam 46 soru yer almaktadır.

3.6. Veri Toplama Süreci

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın amacı, tipi, uygulama süreci, elde edilen verilerin nerede ve nasıl kullanılacağı, araştırmaya dahil edilen çocukların ebeveynlerine açıklanmış ve yazılı bilgilendirilmiş onam formu (Ek 2) alınmıştır. Anket formu oluşturulduktan sonra kronik hastalığı olan çocukların annelerine 10 tane ön anket uygulaması yapılmış ve anket formuna son şekli verilmiştir. Araştırmada yüz yüze görüşme tekniği kullanarak anketler doldurulmuştur. Hastaneye başvuran annelerle tek tek görüşülmüş, araştırmaya dahil edilme koşullarını karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerle araştırma yürütülmüştür.

Araştırmada normal vücut sıcaklığı değeri Dünya Sağlık Örgütünün kabul ettiği 36.5-37.5°C olarak alınmıştır (54).

Ölçüm yerine göre ateş kabul edilen vücut sıcaklığı değerleri ise aksiller 37.2°C, oral 37.5°C, rektal 38°C ve timpanik 38°C ve üzerinde bulunması durumu ateş olarak kabul edilmiştir (16, 19, 20).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmadan elde edilen sonuçların sadece Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde yatan ve kronik bir hastalığa sahip olan çocukların annelerine genellenebilir

olması araştırmanın sınırlılığı olarak görülmüştür. Ayrıca, araştırmanın sadece anneler üzerinde yapılması planlandığı için babaların araştırmaya dahil edilememesi de araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

3.8. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi çocuk servislerinde yapılabilmesi için hastane başhekimliğinden 13.06.2018 tarihinde kurum izni alınmış (Ek 3), sonrasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2018/190 protokol numarası ile 23.07.2018 tarihinde etik kurul izni alınmıştır (Ek 4).

3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 25.0 (IBM SPSS Statistics 25 Software (Armonk, NY: IBM Corp.)) paket programıyla analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı, yüzde ve ortalama standart sapma olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki kare (χ^2) analizi kullanılmıştır. En az beklenen değerin 5'in altında olduğu durumlarda Fisher's Exact Test (ϕ) kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde kronik hastalığa sahip çocukların annelerinin ateş konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla elde edilen bulgular iki bölümde verilmiştir. Birinci bölümde ailelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, ikinci bölümde ise annelerin ateş konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarına yönelik bulgular verilmiştir.

4.1. Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan ailelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3’de verilmiştir. Çalışmamızda çocukların %52.5’inin erkek, %39.2’sinin 7-12 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının 9.2±5.1 yıl olduğu görülmüştür. Annelerin %67.5’i kırk yaş ve altında olup, yaş ortalamalarının 37.8±7.5 yıl ve %55.0’nın ilkokul mezunu ve altı bir eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Annelerin %86.7’sinin herhangi bir işte çalışmadığı ve %84.5’inin ev hanımı oldukları belirlenmiştir. Ailelerin gelir durumunun çoğunlukla (%41.8) asgari ücretin üzerinde olduğu ve %68.8’inin de şehirde yaşadığı görülmüştür.

Tablo 3. Ailelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler		n	%
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	190	47.5
	Erkek	210	52.5
Çocuğun Yaş Grubu	≤1 Yaş	35	8.8
	2-3 Yaş	37	9.3
	4-6 Yaş	57	14.2
	7-12 Yaş	157	39.2
	13-18 Yaş	114	28.5
Annenin Yaş Grubu	≤40 yaş	270	67.5
	≥41 yaş	130	32.5
Annenin Eğitim Durumu	İlkokul ve Altı	220	55.0
	Ortaokul	56	14.0
	Lise	75	18.8
	Üniversite	49	12.2
Annenin Çalışma Durumu	Çalışıyor	53	13.3
	Çalışmıyor	347	86.7
Yaşanan Yer	Köy	100	25.0
	İlçe	25	6.2
	Şehir	275	68.8
Gelir Düzeyi	Asgari Ücret Altı	71	17.7
	Asgari Ücret	162	40.5
	Asgari Ücret Üzeri	167	41.8

Çocukların sahip oldukları kronik hastalık tanıları sınıflandırıldığında çocuklarda en fazla (%26.0) hematolojik sistem hastalıkları görülmüştür. İkinci sırada ise endokrin sistem hastalıkları (%17.0) yer almaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Kronik hastalığa sahip çocukların hastalık sınıflandırması

Kronik Hastalık Tanıları	n	%
Hematolojik Sistem Hastalıkları	104	26.0
Endokrin Sistem Hastalıkları	68	17.0
Nörolojik Sistem Hastalıkları	66	16.5
Üriner Sistem Hastalıkları	56	14.0
İmmün Sistem Hastalıkları	23	5.7
Kas İskelet Sistemi Hastalıkları	22	5.5
Kardiyolojik Sistem Hastalıkları	16	4.0
Onkolojik Sistem Hastalıkları	16	4.0
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	15	3.8
Genetik Sistem Hastalıkları	8	2.0
Solunum Sistemi Hastalıkları	4	1.0
Göz Hastalıkları	2	0.5
Toplam	400	100.0

4.2. Annelerin Ateş Konusundaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Yönelik Bulgular

Bu bölümde annelerin ateş konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarına yönelik bulgular verilmiştir.

Çalışmamızda annelerin %70.0'ının normal vücut sıcaklığını bilmediği tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumları

Özellik		n	%
Normal Vücut Sıcaklığı	Biliyor	120	30.0
	Bilmiyor	280	70.0
Toplam		400	100.0

Annelerin %57.1'i çocuklarında en fazla ateş ölçtükleri bölgenin aksiller (koltuk altı) bölge olduğunu belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Annelerin çocuklarında tercih ettikleri ateş ölçüm bölgeleri

Ateş Ölçüm Bölgesi	n*	%
Aksiller	244	57.1
Alın	130	30.5
Timpanik	34	8.0
Oral	16	3.7
Rektal	3	0.7
Toplam	427	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Annelere ateş ölçüm yerine göre kaç derece ve üzerinin ateş olduğu sorulduğunda; aksiller bölgeden ölçüm yapıldığında annelerin %57.0'ı, rektal bölgeden ölçüm yapıldığında %66.7'si, timpanik bölgeden ölçüm yapıldığında %76.5'i ve oral bölgeden ölçüm yapıldığında %50.0'ı 38°C'nin üzerini ateş kabul ettiklerini belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Annelerin ateş ölçüm bölgelerine göre ateş sınırını belirtme durumları

Ateş Ölçüm Bölgesi	Ateş Sınırı (°C)	n	%
Aksiller	36	4	1.6
	37	48	19.7
	38	139	57.0
	39	45	18.4
	40	8	3.3
	Toplam	244	100.0
Rektal	37	1	33.3
	38	2	66.7
	Toplam	3	100.0
Timpanik	36	1	2.9
	37	3	8.8
	38	26	76.5
	39	4	11.8
	Toplam	34	100.0
Oral	36	1	6.3
	37	4	25.0
	38	8	50.0
	39	2	12.5
	40	1	6.2
	Toplam	16	100.0

Aksiller bölgeden ateş ölçümü yapan annelerin %98.4'ünün, timpanik bölgeden ölçenlerin %88.2'sinin, oral bölgeden ölçenlerin %68.8'inin, rektal bölgeden ölçenlerin ise %66.7'sinin ateşin varlığını doğru bildiği görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. Annelerin ateş ölçüm bölgesine göre kaç derecenin üzerinin ateş olduğunu bilme durumlarının dağılımı

Kaç Derece Üzeri Ateş		n	%
Aksiller	Biliyor	240	98.4
	Bilmiyor	4	1.6
Timpanik	Biliyor	30	88.2
	Bilmiyor	4	11.8
Oral	Biliyor	11	68.8
	Bilmiyor	5	31.2
Rektal	Biliyor	2	66.7
	Bilmiyor	1	33.3

Annelerin %81.5'i çocuklarını düzenli olarak götürdükleri bir doktorlarının olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 9).

Tablo 9. Annelerin çocuklarını götürdükleri düzenli bir doktorunun olma durumu

Özellik		n	%
Çocuğun Düzenli Götürüldüğü Doktoru	Var	326	81.5
	Yok	74	18.5
Toplam		400	100.0

Annelerin %15.0'ı çocuklarının sık sık ateşlendiğini, %49.8'i ise çocuklarının yılda bir ya da birkaç kez ateşlendiğini belirtmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Çocuklarda ateş görülme durumu ve sıklığına ilişkin bulguların dağılımı

Özellikler		n	%
Ateşin Sık Sık Yükselme Durumu	Evet	60	15.0
	Hayır	340	85.0
Toplam		400	100.0
Ateşlenme Sıklığı	Haftada Bir-Birkaç Kez	18	4.5
	Ayda Bir-Birkaç Kez	69	17.2
	İki-Üç Ayda Bir-Birkaç Kez	114	28.5
	Yılda Bir-Birkaç Kez	199	49.8
Toplam		400	100.0

Annelerin %81.8'inin evde ateş ölçer bulundurduğu ve çoğunun (%70.3) dijital dereceye sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Annelerin evde derece bulundurma durumları ve kullandıkları derece türlerinin dağılımı

Özellikler		n	%
Evde Derece Bulundurma Durumu	Evet	327	81.8
	Hayır	73	18.3
Toplam		400	100.0
Derece Türü	Dijital	281	70.3
	Cıvalı	64	16.0
	Diğer (İnfrared)	55	13.7
Toplam		400	100.0

Tablo 12’ye göre annelerin; %35.4’ü dereceyle, %34.8’i alnına dokunarak, %23.9’u genel görünümüne bakarak ve %5.9’u ise nefesinin sıcaklığı, baş ağrısı, üşüme, avuç içi sıcaklığı veya eller ve ayaklarda soğukluğa bakarak ateşi belirlemiştir.

Tablo 12. Annelerin çocuklarının ateşini belirleme şekilleri

Ateş Belirleme Şekli	n**	%
Dereceyle	175	35.4
Alnına Dokunarak	172	34.8
Genel Görünümüne Bakarak	118	23.9
Diğer*	29	5.9
Toplam	494	100.0

*Nefes sıcaklığı, baş ağrısı, üşüme, avuç içi sıcaklığı veya eller ve ayaklarda soğukluk.

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 13’e göre annelerin %33.7 ile çocukların ateşlenmesi durumunda en fazla yaptıkları uygulamanın çocuğun elbiselerini çıkarmak olduğu, bunu %18.3 ile ateş düşürücü vermenin izlediği görülmüştür.

Tablo 13. Annelerin çocukları ateşlendiğinde ilk tercih ettikleri uygulamalar

Uygulamalar	n*	%
Giysi Çıkarma	244	33.7
Ateş Düşürücü Vermek	132	18.3
Ilık Duş	106	14.7
Sağlık Merkezine Götürmek	72	10.0
Ilık Su Kompresi	55	7.6
Soğuk Uygulama	51	7.1
Sirkeli Su	27	3.7
Bol Sıvı İçirmek	18	2.5
Odayı Havalandırmak	15	2.1
Alkol Sürme	1	0.1
Üzerini Örtmek	1	0.1
Diğer (Limonlu Su Sürme)	1	0.1
Toplam	723	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Annelerin %41.2'si ateş düzeyi 38°C'nin üzerine çıktığında, %36.1'i ateş düşürücü vermesine rağmen çocuğunun ateşi düşmezse, %22.0'ı ise ilk ateşlendiğinde ılık uygulama yaptığını söylemiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Annelerin çocukları ateşlendiğinde ılık uygulama yapma zamanları

Ilık Uygulama Zamanı	n*	%
38°C Üzerine Çıkarsa	169	41.2
Ateş Düşürücüye Rağmen Düşmezse	148	36.1
İlk Ateşlendiğinde	90	22.0
Havale Geçirirse	3	0.7
Toplam	410	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 15'e göre annelerin %79.2'si çocukları ateşlendiğinde vücutlarına herhangi bir madde sürmediğini belirtmiştir. Ateşlendiğinde çocuklarının vücuduna bir madde süren annelerin %89.2'si ise ateşi düşürmek için sirkeli su kullandıklarını belirtmiştir.

Tablo 15. Annelerin çocukları ateşlendiğinde vücutlarına herhangi bir madde sürme durumları ve sürülen maddeler

Özellikler		n	%
Çocuğun Vücuduna Bir Madde Sürme Durumu	Sürmüyorum	317	79.2
	Sürüyorum	83	20.8
Toplam		400	100.0
Çocuğun Vücuduna Sürülen Madde	Sirkeli Su	74	89.2
	Kolonya	3	3.6
	Gülsuyu	2	2.4
	Zeytinyağı	2	2.4
	Vicks	1	1.2
	Alkol	1	1.2
	Toplam	83	100.0

Annelerin %48.5'i çocukları ateşlendiğinde en fazla kullandıkları ateş düşürücünün parasetamol olduğunu belirtmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Annelerin çocukları ateşlendiğinde kullandıkları ateş düşürücü ilaçlar

Ateş Düşürücü İlaç	n*	%
Parasetamol	196	48.5
İbuprofen	98	24.3
Parasetamol/İbuprofen Dönüştürümlü	81	20.1
Bilmiyorum	20	5.0
Aspirin	5	1.2
Novalgin	3	0.7
Ketoprofen	1	0.2
Toplam	404	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 17'ye göre annelerin %98.0'ı doktora gitmeden antibiyotik kullanmadığını, %77.5'i ateş düşürücü ilaç vermek için çocuğunu gece uyandırdığını, %58.0'ı ise ateş düşürücüyü 4-6 saat aralıklarla verdiğini ifade etmiştir.

Tablo 17. Annelerin çocukları ateşlendiğinde doktora gitmeden önce antibiyotik kullanma, ateş düşürücü vermek için gece uyandırma durumları ve ateş düşürücü verme sıklıkları

Özellikler		n	%
Ateşli Çocukta Doktora Gitmeden Antibiyotik Kullanma Durumu	Evet	8	2.0
	Hayır	392	98.0
Toplam		400	100.0
Ateş Düşürücü İçin Çocuğu Gece Uyandırma Durumu	Evet	310	77.5
	Hayır	90	22.5
Toplam		400	100.0
Ateş Düşürücü Verme Sıklığı	< 4 saat	98	24.5
	4-6 Saat	232	58.0
	≥ 7 saat	70	17.6
Toplam		400	100.0

Annelerin %46.8'i reçeteye göre, %26.7'si ise çocuğun kilosuna göre ilaç dozunu ayarladığını ve %82.3'ü doktor reçetesiyle ilaç temin ettiğini belirtmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Annelerin çocukları ateşlendiğinde ateş düşürücü dozunu ayarlama ve ateş düşürücü temin etme şekilleri

	n	%
Ateş Düşürücü Dozunu Ayarlama Durumu		
Reçeteye Göre	198	46.8
Kiloya Göre	113	26.7
Yaşa Göre	76	18.0
Ateşin Şiddetine Göre	36	8.5
Toplam*	423	100.0
Ateş Düşürücüyü Temin Etme Şekli (n=400)		
Reçeteye	329	82.3
Reçetesiz	71	17.7
Toplam	400	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 19'a göre annelerin çoğu (%32.2) ateş düşürücünün havaleyi önleyeceğini ifade etmiştir.

Tablo 19. Annelere göre ateş düşürücü vermenin çocuğa faydaları

Ateş Düşürücü Vermenin Çocuğa Faydaları	n*	%
Havaleyi Önler	155	32.2
İyi Hisseder	117	24.3
İyileşmesi Hızlanır	117	24.3
Ateşini Düşürür	70	14.6
Rahat Uyur	22	4.6
Toplam	441	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Annelerin %30.2'si çocuğunu hastaneye götüreceği için ateş düşürücü vermediğini, bunun nedeni olarak ise %52.9'u tahlil veya tetkik yapılacağı, %24.8'i ise hastanede farklı bir uygulama yapılacağını düşündüğü için önceden ateş düşürücü vermediğini söylemiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Annelerin hastaneye gitmeden önce çocuklarına ateş düşürücü verme durumları ve vermeme nedenleri

Özellikler	n	%	
Hastaneye Gitmeden Ateş Düşürücü Verme Durumu	Ateşi varsa veririm	279	69.8
	Hayır, hastaneye götüreceğim için vermem	121	30.2
Toplam	400	100.0	
Ateş Düşürücü Vermeme Nedeni	Tahlil tetkik yapılacağından	64	52.9
	Sağlık kuruluşunda farklı bir uygulama yapılacağını düşündüğüm için	30	24.8
	Doktor tarafından ateşli olmasının tercih edilmesi	25	20.6
	Hastaneye götüreceğim için	2	1.7
	Toplam	121	100.0

Tablo 21'e göre annelerin çoğu (%42.2) ateşin zararlarını doktorlardan öğrendiğini belirtmiştir. Çocukları ateşlendiğinde annelerin korkma nedenleri incelendiğinde; annelerin %64.1'i çocuğunun havale geçirebilme ihtimali nedeniyle, %25.2'si ise ciddi bir hastalık işareti olabileceği nedeniyle korktuğunu ifade etmiştir.

Tablo 21. Annelerin ateşin zararlarını nereden öğrendikleri ve çocukları ateşlendiğinde korkma nedenleri

	n*	%
Ateşin Zararlarını Nereden Öğrendiği		
Doktor	202	42.2
Kendisi	84	17.5
Çevreden	81	16.9
Deneyim	61	12.7
Hemşire	49	10.3
Televizyon	2	0.4
Toplam	479	100.0
Çocuk Ateşlenince Korkma Nedeni		
Havale Geçirebilme	257	64.1
Ciddi Hastalık İşareti	101	25.2
Beyin Hasarı Olasılığı	42	10.5
Ölüm Riski	1	0.2
Toplam	401	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çocuklarının havale geçirmesi durumunda annelerin %31.6'sı 112 acil servisi aradığını, %29.9'u bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu, %18.0'ı ise çocuğuna ılık su banyosu yaptırdığını ifade etmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Annelerin çocuklarının febril konvülsiyon geçirmesi durumunda yaptıkları uygulamalar

Uygulamalar	n*	%
112'yi Aramak	165	31.6
Sağlık Kuruluşuna Başvurmak	156	29.9
Ilık Suya Sokmak	94	18.0
Soğuk Suya Sokmak	47	9.0
Ateş Düşürücü Vermek	26	5.0
Yan Yatırmak	21	4.0
Yüze Su / Kolonya Sürmek	11	2.1
Bilmiyorum	2	0.4
Toplam	522	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Annelerin çocukları ateşlendiğinde bir sağlık kuruluşuna götürme süreleri incelendiğinde, %74.8 ile annelerin çoğunluğunun çocuklarını birinci gün bir sağlık kuruluşuna götördükleri görülmüştür (Tablo 23).

Tablo 23. Annelerin ateşlenen çocuklarını sağlık kuruluşuna götürme süreleri

		n	%
Götürülme Süresi	1. Gün	299	74.8
	2. Gün	82	20.5
	3. Gün	16	4.0
	4. Gün ve Üzeri	3	0.8
Toplam		400	100.0

Çocuklarının ateşinin uzun süre düşmemesi durumunda annelerin %88.6'sı çocuğunu doktora götürdüğünü, %7.6'sı ise ılık uygulama yaptığını ifade etmiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Annelerin çocuklarının ateşi düşmediğinde yaptıkları uygulamalar

Uygulamalar	n*	%
Doktora Götürmek	375	88.6
Ilık Uygulama Yapmak	32	7.6
Düşmesini Beklemek	9	2.1
Tekrar Ateş Düşürücü Vermek	7	1.7
Toplam	423	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Annelerin %40.5'i çocuklarının ateşinin yüksek olması durumunda 16-30 dakikada bir ateş ölçümü yaptıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 25).

Tablo 25. Annelerin çocukları ateşlendiğinde ateş ölçüm sıklıkları

		n	%
Ölçüm Sıklığı	≤15 dak.	100	25.0
	16-30 dak.	162	40.5
	31-45 dak.	94	23.5
	46-60 dak.	44	11.0
Toplam		400	100.0

Tablo 26'ya göre annelerin %27.7'si soğuk algınlığı, %16.0'ı diş çıkarma, %10.9'u enfeksiyon, %10.5'i ise aşı yapılması nedeniyle çocuklarının ateşlendiğini belirtmiştir.

Tablo 26. Annelere göre çocuklarının ateşlenme nedenleri

Ateşlenme Nedenleri	n*	%
Soğuk Algınlığı	250	27.7
Diş Çıkarma	144	16.0
Enfeksiyon	98	10.9
Aşı Sonrası	95	10.5
Bronşit	88	9.8
Zatürre	81	9.0
İshal	76	8.4
Hava Değişikliği	58	6.4
Bilmiyorum	12	1.3
Toplam	902	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Annelerin %30.1'i çocuğun ateşinin yüksek olması, %28.1'i ateşin düşmemesi, %18.8'i ateşin uzun sürmesi, %14.2'si ise çocuğunun havale geçireceğinden endişe etmesi nedeniyle hastaneye başvurduğunu ifade etmiştir (Tablo 27).

Tablo 27. Annelerin çocukları ateşlendiğinde hastaneye başvurma nedenleri

Başvuru Nedenleri	n*	%
Ateşin Yüksek Olması	165	30.1
Ateşin Düşmemesi	154	28.1
Ateşin Uzun Sürmesi	103	18.8
Havaleden Korkmak	78	14.2
Eşlik Eden Şikâyet	47	8.6
Ölüm Riski	1	0.2
Toplam	548	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çocuklarının ateşini alnına dokunarak belirleyen annelerin %50.0'ının kırk bir yaş ve üzerinde, %39.6'sının kırk yaş ve altında olduğu, dereceyle ateşi belirleyen annelerin çoğunun (%46.3) kırk yaş ve altında, genel görünüme bakarak belirleyen annelerin ise çoğunun (%31.1) kırk yaş ve altında olduğu belirlenmiştir. Alnına dokunarak ateş belirleme şekli ile anne yaş grupları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 3.85$; $p=0.049$) (Tablo 28).

Tablo 28. Annelerin yaş gruplarına göre çocuklarının ateşini belirleme durumlarının karşılaştırılması

Ateş Belirleme Şekli	Annenin Yaş Grubu				Toplam		İstatistik	
	≤ 40 Yaş		≥ 41 Yaş					
	n	%	n	%	n	%	χ²	p
Alına Dokunarak								
Evet	107	39.6	65	50.0	172	43.0	3.85	0.049
Hayır	163	60.4	65	50.0	228	57.0		
Dereceyle								
Evet	125	46.3	50	38.5	175	43.8	2.189	0.139
Hayır	145	53.7	80	61.5	225	56.2		
Genel Görünüme Bakarak								
Evet	84	31.1	34	26.2	118	29.5	1.037	0.309
Hayır	186	68.9	96	73.8	282	70.5		

χ^2 : Ki kare analizi

Tablo 29'a göre kırk yaş ve altında olan annelerin %2.2'si çocuğu ateşlendiğinde doktora gitmeden önce antibiyotik kullandığını belirtmiştir.

Tablo 29. Annelerin yaş gruplarına göre çocukları ateşlendiğinde doktora gitmeden önce antibiyotik kullanma durumları

Antibiyotik Kullanma Durumu	Annenin Yaş Grubu				Toplam	
	≤ 40 Yaş		≥ 41 Yaş			
	n	%	n	%	n	%
Evet	6	2.2	2	1.5	8	2.0
Hayır	264	97.8	128	98.5	392	98.0

Tablo 30'a göre kırk yaş altında olan annelerin daha fazla (%30.3) normal vücut sıcaklığını bildikleri belirlenmiştir. Ateş ölçüm bölgesi olarak, kırk yaşın altında olan annelerin daha fazla (%61.8) aksiller bölgeyi tercih ettikleri saptanmıştır. Annelerin yaş gruplarına göre normal vücut sıcaklığını bilme ve ateş ölçüm bölgesi tercihlerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 30. Annelerin yaş gruplarına göre normal vücut sıcaklığını bilme ve ateş ölçüm bölgesi tercihlerinin karşılaştırılması

		Annenin Yaş Grubu				Toplam		İstatistik	
		≤ 40 Yaş		≥ 41 Yaş					
		n	%	n	%				
Normal Vücut Sıcaklığı									
Biliyor		82	30.3	38	29.2	120	30.0	0.054	0.816
Bilmiyor		188	69.7	92	70.8	280	70.0		
Ateş Ölçüm Bölgesi									
Aksiller	Evet	167	61.8	77	59.2	244	61.0	0.253	0.615
	Hayır	103	38.2	53	40.8	156	39.0		
Rektal	Evet	3	1.1	0	0	3	0.8	-	-
	Hayır	267	98.9	130	100.0	397	99.2		
Timpanik	Evet	27	10.0	7	5.4	34	8.5	2.403	0.121
	Hayır	24	90.0	123	94.6	366	91.5		
Oral	Evet	11	4.1	5	3.9	16	4.0	0.012	0.913
	Hayır	259	95.9	125	96.1	384	96.0		

χ^2 : Ki kare analizi

Tablo 31'e göre kırk yaş ve altında olan annelerin daha fazla (%84.0) evde derece bulundurdıkları belirlenmiştir. Kırk yaşın altında olan annelerin ateş düşürücü ilacı daha çok (%34.0) kiloya göre verdiği, Kırkbir yaş ve üstünde olan annelerin ise daha fazla (%60.0) reçeteye göre ilaç verdiği saptanmıştır. Anne yaş gruplarına göre, kiloya ($\chi^2 = 13.903$; $p=0.001$) ve reçeteye göre ($\chi^2 = 8.494$; $p=0.004$) ateş düşürücü verme durumlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Tablo 31. Annelerin yaş gruplarına göre evde derece varlığı ve ateş düşürücü kullanım durumlarının karşılaştırılması

		Anne Yaş Grubu				Toplam		İstatistik	
		≤ 40 Yaş		≥ 41 Yaş					
		n	%	n	%	n	%	χ²	p
Evde Derece Bulundurma									
Evet		227	84.0	100	76.9	327	81.8	3.008	0.083
Hayır		43	16.0	30	23.1	73	18.2		
Ateş Düşürücü Kullanım Yaklaşımı									
Ateşe Göre Vermek	Evet	22	8.1	14	10.7	36	9.0	0.736	0.391
	Hayır	248	91.8	116	89.2	364	91.0		
Kiloya Göre Vermek	Evet	92	34.1	21	16.2	113	28.2	13.903	0.001
	Hayır	178	65.9	109	83.8	287	71.8		
Yaşa Göre Vermek	Evet	53	19.6	23	17.7	76	19.0	0.214	0.644
	Hayır	217	80.4	107	82.3	324	81.0		
Reçeteye Göre Vermek	Evet	120	44.4	78	60.0	198	49.5	8.494	0.004
	Hayır	150	55.6	52	40.0	202	50.5		

χ^2 : Ki kare analizi

Tablo 32'ye göre, 0-1 yaş arası çocuklarda ateşin düşmemesi sebebiyle hastaneye başvurma durumu %60.0 iken diğer yaş gruplarında bu durumun daha düşük olduğu görülmüştür. Ateş yüksekliğinde de 2-3 yaş grubu çocuğa sahip annelerde daha fazla (%48.6) hastane başvurusu yapıldığı belirlenmiştir. Hastaneye başvurma nedeni olarak ateşin düşmemesi durumunda, çocuk yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=12.176$; $p=0.016$).

Tablo 32. Çocukların yaş gruplarına göre annelerin hastaneye başvurma nedenlerinin karşılaştırılması

Hastaneye Başvuru Nedeni		Çocuk Yaş Grubu												İstatistik	
		0-1 Yaş		2-3 Yaş		4-6 Yaş		7-12 Yaş		13-18 Yaş		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Ateşin Yüksekliği	Evet	16	45.7	18	48.6	27	47.4	58	36.9	46	40.4	165	41.3	3.24	0.518
	Hayır	19	54.3	19	51.4	30	52.6	99	63.1	68	59.6	235	58.7		
Ateşin Uzun Sürmesi	Evet	10	28.6	8	21.6	16	28.1	33	21.0	36	31.6	103	25.8	4.5	0.343
	Hayır	25	71.4	29	78.4	41	71.9	124	79.0	78	68.4	297	74.2		
Havaleden Korkmak	Evet	8	22.9	8	21.6	10	17.5	28	17.8	24	21.1	78	19.5	0.94	0.917
	Hayır	27	77.1	29	78.4	47	82.5	129	82.2	90	78.9	322	80.5		
Ateşin Düşmemesi	Evet	21	60.0	12	32.4	28	49.1	53	33.8	40	35.1	154	38.5	12.17	0.016
	Hayır	14	40.0	25	67.6	29	50.9	104	66.2	74	64.9	246	61.5		
Eşlik Eden Şikâyet	Evet	4	11.4	5	13.5	5	8.8	22	14.0	11	9.7	47	11.8	1.88	0.756
	Hayır	31	88.6	32	86.5	52	91.2	135	86.0	103	90.3	353	88.2		

χ^2 : Ki kare analizi

Çocukları 4-6 yaş grubunda olan annelerin daha fazla (%33.3) normal vücut sıcaklığını bildikleri belirlenmiştir. Çocukların yaş gruplarına göre annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumlarında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 33).

Tablo 33. Çocukların yaş gruplarına göre annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması

Çocuk Yaş Grubu														
0-1 Yaş		2-3 Yaş		4-6 Yaş		7-12 Yaş		13-18 Yaş		Toplam		İstatistik		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ²	p	
Normal Vücut Sıcaklığı														
Biliyor	9	25.7	12	32.4	19	33.3	45	28.7	35	30.7	120	30.0	0.87	0.920
Bilmiyor	26	74.3	25	67.6	38	66.7	112	71.3	79	69.3	280	70.0		

χ^2 : Ki kare analizi

Evde derece bulundurma en fazla (%86.4) 2-3 yaş grubunda çocuğa sahip annelerde, ateş düşürücü için çocuğunu gece uyandırma ise en fazla (%84.2) 4-6 yaş grubunda çocuğa sahip annelerde görülmüştür. Çocukların yaş gruplarına göre annelerin evde derece bulundurma ve ateş düşürücü vermek için gece uyandırma durumlarında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 34).

Tablo 34. Çocukların yaş gruplarına göre annelerin evde derece bulundurma ve ateş düşürücü vermek için gece uyandırma durumlarının karşılaştırılması

	Çocuk Yaş Grubu												İstatistik	
	0-1 Yaş		2-3 Yaş		4-6 Yaş		7-12 Yaş		13-18 Yaş		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ ²	p
Evde Derece Bulundurma														
Evet	30	85.7	32	86.4	47	82.5	128	81.5	90	79.0	327	81.8	1.549	0.818
Hayır	5	14.3	5	13.6	10	17.5	29	18.5	24	21.0	73	18.2		
Ateş Düşürücü İçin Gece Uyandırma														
Evet	26	74.3	31	83.8	48	84.2	127	80.9	78	68.4	310	77.5	8.942	0.063
Hayır	9	25.7	6	16.2	9	15.8	30	19.1	36	31.6	90	22.5		

χ^2 : Ki kare analizi

Tablo 35'e göre doktora gitmeden önce antibiyotik kullanımı en fazla (%5.7) 0-1 yaş grubunda çocuğa sahip olan annelerde görülmüştür. Çocuklarının yaş gruplarına göre annelerin doktora gitmeden önce antibiyotik kullanma durumlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 35. Çocukların yaş gruplarına göre annelerin çocukları ateşlendiğinde doktora gitmeden önce antibiyotik kullanma durumlarının karşılaştırılması

	Çocuk Yaş Grubu												İstatistik	
	0-1 Yaş		2-3 Yaş		4-6 Yaş		7-12 Yaş		13-18 Yaş		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Ateşli Çocuğa Doktora Gitmeden Antibiyotik Kullanma Durumu														
Evet	2	5.7	1	2.7	0	0	2	1.3	3	2.7	8	2.0	4.732	0.316
Hayır	33	94.3	36	97.3	57	100.0	155	98.7	111	97.3	392	98.0		

χ^2 : Ki kare analizi

Erkek çocuğa sahip olan annelerin daha fazla (%30.5) normal vücut sıcaklığını bildikleri saptanmıştır. Çocuklarının cinsiyetine göre annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumlarında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 36).

Tablo 36. Çocukların cinsiyetine göre annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması

	Çocuğun Cinsiyeti				Toplam		İstatistik	
	Kız		Erkek					
	n	%	n	%	n	%	χ^2	P
Normal Vücut Sıcaklığı								
Biliyor	56	29.5	64	30.5	120	30.0	0.048	0.827
Bilmiyor	134	70.5	146	69.5	280	70.0		

χ^2 : Ki kare analizi

Aksiller bölgeden ölçüm yapan annelerin ateşin varlığını bilmeme durumları en fazla (%4.4) lise mezunu annelerde görülmüştür. Timpanik bölgeden ölçüm yapan annelerde ise ateşin varlığını bilmeme durumu en fazla (%22.2) üniversite mezunu annelerde görülmüştür. Oral yolla ateş ölçümü yapan annelerin ateş varlığını bilme durumlarında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmıştır ($\chi^2=11.499$; $p=0.009$). İlkokul ve altı eğitime sahip anneler daha çok alnına dokunarak (%49.6), üniversite mezunu anneler ise (%73.5) dereceleyle ateş ölçümü yapmayı tercih etmişlerdir. Alnına dokunarak ($\chi^2=9.265$; $p=0.026$) ve dereceleyle ($\chi^2=24.994$; $p=0.001$) ateş belirlemeyi tercih etme durumlarının anne eğitimlerine göre istatistiksel olarak önemli farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca, lise mezunu anneler en fazla (%80.0) ateş düşürücü verme sıklığını 4-6 saat olarak tercih etmişlerdir. Ateş düşürücü verme sıklıkları da anne eğitimine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($\chi^2=11.499$; $p=0.009$) (Tablo 37).

Tablo 37. Annelerin eğitim durumlarına göre ateşin varlığını bilme durumları, ateş belirleme şekilleri ve ateş düşürücü verme sıklıklarının karşılaştırılması

		Anne Eğitim Durumu											
		İlkokul ve Altı		Ortaokul		Lise		Üniversite		Toplam		İstatistik	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ ²	p
Ateş Varlığını Bilme													
Aksiller	Biliyor	139	98.6	34	100.0	43	95.6	24	100.0	240	98.4	3.463	0.326
	Bilmiyor	2	1.4	0	0	2	4.4	0	0	4	1.6		
Rektal	Biliyor	0	0	0	0	1	100.0	1	100.0	2	66.7	3.819	0.148
	Bilmiyor	0	0	1	100.0	0	0	0	0	1	33.3		
Timpanik	Biliyor	7	87.5	5	100.0	11	91.7	7	77.8	30	88.2	2.183	0.535
	Bilmiyor	1	12.5	0	0	1	8.3	2	22.2	4	11.8		
Oral	Biliyor	5	71.4	1	100.0	5	100	0	0	11	68.8	11.499	0.009
	Bilmiyor	2	28.6	0	0	0	0	3	100.0	5	31.2		
Ateş Belirleme Şekli													
Alnına	Evet	109	49.6	17	30.4	28	37.3	18	36.7	172	43.0	9.265	0.026
Dokunarak	Hayır	111	50.4	39	69.6	47	62.7	31	63.3	228	57.0		
Dereceyle	Evet	79	35.9	22	39.3	38	50.7	36	73.5	175	43.7	24.994	0.001
	Hayır	141	64.1	34	60.7	37	49.3	13	26.5	225	56.3		
Genel	Evet	62	28.2	19	33.9	27	36.0	10	20.4	118	29.5	4.183	0.242
Görünüm	Hayır	158	71.8	37	66.1	48	64.0	39	79.6	282	70.5		
Diğer	Evet	14	6.4	6	10.7	7	9.3	2	4.1	29	7.3	2.454	0.484
	Hayır	206	93.6	50	89.3	68	90.7	47	95.9	371	92.7		
Ateş Düşürücü Verme Sıklığı													
< 4 Saat		65	29.5	12	21.4	12	16.0	9	18.4	98	24.5	21.202	0.012
4-6 Saat		137	62.3	40	71.4	60	80.0	38	77.5	275	68.8		
≥ 7 saat		18	8.2	4	7.2	3	4.0	2	4.1	27	6.7		

χ^2 : Ki kare analizi

Tablo 38'e göre evinde derece bulundurmayan annelerin en fazla (%26.0) ilkokul ve altı eğitime sahip anneler olduğu saptanmıştır. Evde derece bulundurma durumu anne eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($\chi^2=19.40$; $p=0.001$). Kullanılan derece tipinde ise, dijital termometreyi en fazla (%88.0) ortaokul ve lise mezunu annelerin tercih ettiği görülmüştür.

Tablo 38. Annelerin eğitim durumlarına göre evde derece bulundurma durumları ve bulunan derece türlerinin karşılaştırılması

		Anne Eğitim Durumu										İstatistik	
		İlkokul ve Altı		Ortaokul		Lise		Üniversite		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Evde Derece Varlığı													
Evet		163	74.0	50	89.0	69	92.0	45	91.0	327	81.0	19.40	0.001
Hayır		57	26.0	6	10.0	6	8.0	4	8.1	73	18.0		
Derece Türü													
Cıvalı	Evet	32	19.5	8	16.0	13	18.0	11	24.0	64	19.0	1.11	0.775
	Hayır	132	80.5	42	84.0	56	81.0	34	75.0	264	80.0		
Dijital	Evet	138	84.1	44	88.0	61	88.0	38	84.0	281	85.0	1.007	0.800
	Hayır	26	15.9	6	12.0	8	11.0	7	15.0	47	14.0		
Diğer	Hayır	164	100.0	50	100.0	69	100.0	45	100.0	328	100.0	-	-

χ^2 : Ki kare analizi

Tablo 39'a göre ateş ölçümünde timpanik bölge tercihinde bulunan annelerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($\chi^2=17.53$; $p=0.001$). Lise (%16.0) ve üniversite (%18.4) mezunu annelerin timpanik bölgeyi ateş ölçümü için daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Ayrıca, ateşe göre ($\chi^2=10.34$; $p=0.016$) ve kiloya göre ($\chi^2=23.11$; $p=0.001$) ateş düşürücü verme durumlarında da anne eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Ateş düşürücüyü ateşe göre verme durumunun ilkökul ve altı eğitime sahip olan annelerde daha yoğun olduğu (%12.7), kiloya göre vermenin ise üniversite mezunları tarafından daha çok tercih edildiği (%44.9) saptanmıştır. Annelerin çocukları ateşlendiğinde daha çok 1. gün bir sağlık kuruluşuna başvurdıkları, bunu da ilkökul ve altı eğitime sahip annelerin daha fazla (%77.3) yaptığı saptanmıştır.

Tablo 39. Annelerin eğitim durumlarına göre ateş ölçüm bölgesi tercihleri, ateş düşürücü dozunu belirleme kriterleri ve ateşli çocuğu sağlık kuruluşuna götürme sürelerinin karşılaştırılması

		Anne Eğitim Durumu											
		İlkokul ve Altı		Ortaokul		Lise		Üniversite		Toplam		İstatistik	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ ²	p
Ateş Ölçüm Bölgesi													
Aksiller	Evet	141	68.5	34	60.7	45	60.0	24	49.0	244	61.0	3.89	0.270
	Hayır	65	31.5	22	39.3	30	40.0	25	51.0	156	39.0		
Rektal	Evet	0	0	1	1.8	1	1.3	1	2.0	3	0.8	4.91	0.178
	Hayır	220	100.0	55	98.2	74	98.7	48	98.0	397	99.2		
Timpanik	Evet	8	3.6	5	8.9	12	16.0	9	18.4	34	8.5	17.53	0.001
	Hayır	212	96.4	51	91.1	63	84.0	40	81.6	366	91.5		
Oral	Evet	7	3.2	1	1.8	5	6.7	3	6.1	16	4.0	2.96	0.397
	Hayır	213	96.8	55	98.2	70	93.3	46	93.9	384	96.0		
Ateş Düşürücü Dozu													
Ateşe	Evet	28	12.7	4	7.1	2	2.7	2	4.1	36	9.0	10.34	0.016
Göre	Hayır	192	87.3	52	92.9	73	97.3	47	95.9	364	91.0		
Kiloya	Evet	41	18.6	21	37.5	29	38.7	22	44.9	113	28.3	23.11	0.001
Göre	Hayır	179	81.4	35	62.5	46	61.3	27	55.1	287	71.7		
Yaşa	Evet	39	17.7	7	12.5	20	26.7	10	20.4	76	19.0	4.69	0.195
Göre	Hayır	181	82.3	49	87.5	55	73.3	39	79.6	324	81.0		
Reçeteye	Evet	121	55.0	25	44.6	31	41.3	21	42.9	198	49.5	6.05	0.109
Göre	Hayır	99	45.0	31	55.4	44	58.7	28	57.1	202	50.5		
Sağlık Kuruluşuna Başvurma Süresi													
1. Gün		170	77.3	43	76.8	52	69.3	34	69.4	299	74.8	8.81	0.455
2. Gün		43	19.5	8	14.3	19	25.3	12	24.5	82	20.5		
3. Gün		6	2.7	5	8.9	3	4.0	2	4.1	16	4.0		
4. Gün ≤		1	0.5	0	0	1	1.4	1	2.0	3	0.7		

χ^2 : Ki kare analizi

Tablo 40'a göre çocuğu ilk ateşlendiğinde ılık uygulama yapan annelerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=7.819$; $p=0.049$). Çocuğu ilk ateşlendiğinde ılık uygulama yapanların, daha fazla (%27.7) ilkokul ve altı eğitime sahip anneler olduğu belirlenmiştir. Ateşin zararını kendisi öğrenen annelerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=11.10$; $p=0.011$). Ateşin zararını kendisi öğrenen annelerin üniversite mezunlarında daha yoğun (%36.7) olduğu görülmüştür.

Tablo 40. Annelerin eğitim durumlarına göre çocukları ateşlendiğinde ılık uygulama yapma zamanı, ateş düşürücü dozuna dikkat etme durumları ve ateşin zararını öğrenme durumlarının karşılaştırılması

		Anne Eğitim Durumu											
		İlkokul ve Altı		Ortaokul		Lise		Üniversite		Toplam		İstatistik	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ²	p
Ilık Uygulama Zamanı													
İlk	Evet	61	27.7	9	16.1	13	17.3	7	14.3	90	22.5	7.819	0.049
Ateşlendiğinde	Hayır	159	72.3	47	83.9	62	82.7	42	85.7	310	77.5		
Ateş Düşürücü	Evet	78	35.5	21	37.5	30	40.0	19	38.8	148	37.0	0.587	0.899
İle Düşmezse	Hayır	142	64.5	35	62.5	45	60.0	30	61.2	252	63.0		
38°C Üzerine	Evet	86	39.1	27	48.2	33	44.0	23	46.9	169	42.3	2.252	0.522
Çıkarsa	Hayır	134	60.9	29	51.8	42	56.0	26	53.1	231	57.7		
Havale	Evet	3	1.4	0	0	0	0	0	0	3	0.8	3.606	0.307
Geçirirse	Hayır	217	98.6	56	100.0	75	100.0	49	100.0	397	99.2		
Ateş Düşürücü Dozuna Dikkat Etme													
Evet		217	98.6	56	100.0	75	100.0	49	100.0	397	99.2	3.606	0.307
Hayır		3	1.4	0	0	0	0	0	0	3	0.8		
Ateşin Zararını Öğrenme													
Doktor	Evet	114	51.8	31	55.4	32	42.7	25	51.0	202	50.5	2.528	0.470
	Hayır	106	48.2	25	44.6	43	57.3	24	49.0	198	49.5		
Hemşire	Evet	26	11.8	7	12.5	7	9.3	9	18.4	49	12.3	2.341	0.505
	Hayır	194	88.2	49	87.5	68	90.7	40	81.6	351	87.7		
Çevre	Evet	46	21.1	6	10.7	19	25.3	10	20.4	81	20.3	4.413	0.220
	Hayır	172	78.9	50	89.3	56	74.7	39	79.6	319	79.7		
Kendisi	Evet	39	17.7	8	14.3	19	25.3	18	36.7	84	21.0	11.10	0.011
	Hayır	181	82.3	48	85.7	56	74.7	31	63.3	316	79.0		
Deneyim	Evet	32	14.5	8	14.3	12	16.0	9	18.4	61	15.2	0.526	0.913
	Hayır	188	85.5	48	85.7	63	84.0	40	81.6	339	84.8		
Televizyon	Evet	2	0.9	0	0	0	0	0	0	2	0.5	2.4	0.494
	Hayır	218	99.1	56	100.0	75	100.0	49	100.0	398	99.5		

χ^2 : Ki kare analizi

Normal vücut sıcaklığını bilen annelerin daha çok (%40.8) üniversite mezunu olan anneler olduğu saptanmıştır. Ayrıca, annelerin eğitim durumundan bağımsız şekilde ateş düşürücü olarak en fazla parasetamolü kullandıkları belirlenmiş, üniversite mezunu annelerin parasetamol kullanım durumunun daha fazla (%55.1) olduğu tespit edilmiştir. Annelerin eğitim durumlarına göre normal vücut sıcaklığını bilme durumları ve kullandıkları ateş düşürücü türleri arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 41).

Tablo 41. Annelerin eğitim durumlarına göre normal vücut sıcaklığını bilme durumları ve kullandıkları ateş düşürücü türlerinin karşılaştırılması

		Anne Eğitim Durumu											
		İlkokul ve Altı		Ortaokul		Lise		Üniversite		Toplam		İstatistik	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ ²	p
Normal Vücut Sıcaklığı													
Biliyor		58	26.4	15	26.8	27	36.0	20	40.8	120	30.0	5.676	0.128
Bilmiyor		162	73.6	41	73.2	48	64.0	29	59.2	280	70.0		
Kullanılan Ateş Düşürücü													
Parasetamol	Evet	104	47.3	27	48.2	38	50.7	27	55.1	196	49.0	1.09	0.780
	Hayır	116	52.7	29	51.8	37	49.3	22	44.9	204	51.0		
İbuprofen	Evet	62	28.2	12	21.4	14	18.7	10	20.4	98	24.5	3.721	0.293
	Hayır	158	71.8	44	78.6	61	81.3	39	79.6	302	75.5		
Ketoprofen	Evet	1	0.5	0	0	0	0	0	0	1	0.2	1.198	0.754
	Hayır	219	99.5	56	100.0	75	100.0	49	100.0	399	99.8		
Novalgin	Evet	2	0.9	1	1.8	0	0	0	0	3	0.8	2.518	0.472
	Hayır	218	99.1	55	98.2	75	100.0	49	100.0	397	99.2		
Aspirin	Evet	3	1.4	1	1.8	1	1.3	0	0	5	1.2	1.374	0.712
	Hayır	217	98.6	55	98.2	74	98.7	49	100.0	395	98.8		
Bilmiyorum	Evet	16	7.3	1	1.8	2	2.7	1	2.0	20	5.0	5.892	0.117
	Hayır	204	92.7	55	98.2	73	97.3	48	98.0	380	95.0		
Parasetamol	Evet	35	15.9	14	25.0	20	26.7	12	24.5	81	20.3	5.807	0.121
/İbuprofen	Hayır	185	84.1	42	75.0	55	73.3	37	75.5	319	79.7		

χ^2 : Ki kare analizi

Tablo 42'ye göre çoğunlukla lise mezunu annelerin (%21.3) reçetesiz ateş düşürücü ilaç temin ettikleri saptanmıştır. Doktor reçetesiyle ateş düşürücü ilaç temin edenlerin ise en fazla (%96.4) ortaokul mezunu anneler olduğu belirlenmiştir. Ateşin yüksek olması durumunda ($\chi^2=8.959$; $p=0.030$), ateşin düşmemesi durumunda ($\chi^2=26.846$; $p=0.001$) ve eşlik eden başka şikayetler olması durumunda ($\chi^2=14.431$; $p=0.002$) hastaneye başvurma durumları anne eğitimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Ateş yüksek olduğunda hastaneye başvurmayı tercih edenlerin daha çok (%50.0) ortaokul mezunu anneler olduğu, ateşin düşmemesi durumunda hastaneye başvurmayı tercih edenlerin daha fazla (%65.3) üniversite mezunu anneler olduğu ve eşlik eden şikâyet varlığında hastaneye başvurmayı tercih edenlerin ise daha fazla (%22.7) lise mezunu anneler olduğu saptanmıştır. Düşmeyen ateşte en fazla tercih edilen uygulama doktora götürmek olmakla birlikte, bu yöntemi en çok üniversite mezunu olan annelerin (%98.0) tercih ettiği belirlenmiştir.

Tablo 42. Annelerin eğitim durumlarına göre ateş düşürücü temin yöntemleri, hastaneye başvurma nedenleri ve düşmeyen ateşteki uygulamaların karşılaştırılması

		Anne Eğitim Durumu											
		İlkokul ve Altı		Ortaokul		Lise		Üniversite		Toplam		İstatistik	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ ²	p
Ateş Düşürücü Temin Yöntemi													
Reçetesiz	Evet	38	17.3	8	14.3	16	21.3	7	14.3	69	17.3	1.522	0.677
	Hayır	182	82.7	48	85.7	59	78.7	42	85.7	331	82.7		
Doktor Reçetesiyle	Evet	208	94.6	54	96.4	70	93.3	46	93.9	378	94.5	0.676	0.879
	Hayır	12	5.4	2	3.6	5	6.7	3	6.1	22	5.5		
Hastaneye Başvurma Nedeni													
Ateşin Yüksek Olması	Evet	95	43.2	28	50.0	20	26.7	22	44.9	165	41.3	8.959	0.030
	Hayır	125	56.8	28	50.0	55	73.3	27	55.1	235	58.7		
Ateşin Uzun Süremesi	Evet	52	23.6	10	17.9	23	30.7	18	36.7	103	25.8	6.379	0.095
	Hayır	168	76.4	46	82.1	52	69.3	31	63.3	297	74.2		
Havaleden Korkmak	Evet	49	22.3	12	21.4	8	10.7	9	18.4	78	19.5	4.978	0.173
	Hayır	171	77.7	44	78.6	67	89.3	40	81.6	322	80.5		
Ateşin Düşmemesi	Evet	76	34.5	11	19.6	35	46.7	32	65.3	154	38.5	26.846	0.001
	Hayır	144	65.5	45	80.4	40	53.3	17	34.7	246	61.5		
Eşlik Eden Şikâyet	Evet	15	6.8	8	14.3	17	22.7	7	14.3	47	11.7	14.431	0.002
	Hayır	205	93.2	48	85.7	58	77.3	42	85.7	353	88.3		
Düşmeyen Ateşte Uygulama													
Doktora Götürmek	Evet	203	92.3	54	96.4	70	93.3	48	98.0	375	93.7	3.569	0.312
	Hayır	17	7.7	2	3.6	5	6.7	1	2.0	25	6.3		
Düşmesini Beklemek	Evet	6	2.7	0	0	2	2.7	1	2.0	9	2.3	2.828	0.419
	Hayır	214	97.3	56	100.0	73	97.3	48	98.0	391	97.7		
Tekrar İlaç Vermek	Evet	6	2.7	0	0	1	1.3	0	0	7	1.7	4.836	0.184
	Hayır	214	97.3	56	100.0	74	98.7	49	100.0	393	98.3		
Soğuk Uygulama	Evet	17	7.7	4	7.1	7	9.3	4	8.2	32	8.0	0.255	0.968
	Hayır	203	92.3	52	92.9	68	90.7	45	91.8	368	92.0		
Antibiyotik	Hayır	220	100.0	56	100.0	75	100.0	49	100.0	400	100.0	-	-

χ^2 : Ki kare analizi

İlkokul ve altı eğitime sahip annelerin daha fazla (%2.7) doktora gitmeden antibiyotik kullandıkları tespit edilmiştir. Annelerin eğitim durumlarına göre çocukları ateşlendiğinde doktora gitmeden antibiyotik kullanma durumlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 43).

Tablo 43. Annelerin eğitim durumlarına göre çocukları ateşlendiğinde doktora gitmeden önce antibiyotik kullanma durumlarının karşılaştırılması

		Anne Eğitim Durumu								İstatistik	
		İlkokul ve Altı		Ortaokul		Lise		Üniversite		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ateşli Çocukta Doktora Gitmeden Antibiyotik Kullanma											
Evet	6	2.7	1	1.8	0	0	1	2.0	8	2.0	3.578 0.311
Hayır	214	97.3	55	98.2	75	100.0	48	98.0	392	98.0	

χ^2 : Ki kare analizi

Üniversite mezunu olan annelerin daha fazla (%79.6) çocuklarını ateş düşürücü vermek için gece uyandırma eğiliminde oldukları tespit edilmiştir. Annelerin eğitim durumlarına göre çocuklarını ateş düşürücü vermek için gece uyandırma durumlarında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 44).

Tablo 44. Annelerin eğitim durumlarına göre çocuklarını ateş düşürücü vermek için gece uyandırma durumlarının karşılaştırılması

		Anne Eğitim Durumu								İstatistik	
		İlkokul ve Altı		Ortaokul		Lise		Üniversite		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ateş Düşürücü İçin Gece Uyandırma											
Evet	171	77.7	42	75.0	58	77.3	39	79.6	310	77.5	0.331 0.954
Hayır	49	22.3	14	25.0	17	22.7	10	20.4	90	22.5	

χ^2 : Ki kare analizi

Annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumları, çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($\chi^2=5.221$; $p=0.022$). Çalışan annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumunun (%43.4) çalışmayan annelere göre daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 45).

Tablo 45. Annelerin çalışma durumlarına göre normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması

	Anne Çalışma Durumu				Toplam		İstatistik	
	Çalışıyor		Çalışmıyor					
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Normal Vücut Sıcaklığı								
Biliyor	23	43.4	97	28.0	120	30.0	5.221	0.022
Bilmiyor	30	56.6	250	72.0	280	70.0		

χ^2 : Ki kare analizi

Tablo 46'ya göre ateşi sadece dereceyle belirlemeyi tercih eden annelerin çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=5.394$; $p=0.020$). Çalışan annelerin ateş ölçümü için derece kullanma durumları, çalışmayan annelere göre daha fazla (%58.5) bulunmuştur.

Tablo 46. Annelerin çalışma durumlarına göre çocuklarının ateşini belirleme şekillerinin karşılaştırılması

		Anne Çalışma Durumu									
		Çalışıyor		Çalışmıyor		Toplam				İstatistik	
		n	%	n	%	n	%			χ^2	p
Ateş Belirleme Şekli											
Alnına Dokunarak	Evet	20	37.7	152	43.8	172	43.0	0.691	0.406		
	Hayır	33	62.3	195	56.2	228	57.0				
Dereceyle	Evet	31	58.5	144	41.5	175	43.7	5.394	0.020		
	Hayır	22	41.5	203	58.5	225	56.3				
Genel Görünüm	Evet	14	26.4	104	30.0	118	29.5	0.28	0.597		
	Hayır	39	73.6	243	70.0	282	70.5				
Diğer	Evet	3	5.7	26	7.5	29	7.3	-	-		
	Hayır	50	94.3	321	92.5	371	92.7				

χ^2 : Ki kare analizi

Çalışan annelerin evde derece bulundurma durumlarının çalışmayan annelere göre daha fazla olduğu (%90.6) görülmüştür. Annelerin çalışma durumlarına göre evde derece bulundurma durumlarında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 47).

Tablo 47. Annelerin çalışma durumlarına göre evde derece bulundurma durumlarının karşılaştırılması

	Anne Çalışma Durumu				Toplam		İstatistik	
	Çalışıyor		Çalışmıyor		n	%	χ^2	p
	n	%	n	%				
Evde Derece Bulundurma								
Evet	48	90.6	279	80.4	327	81.7	3.183	0.074
Hayır	5	9.4	68	19.6	73	18.3		

χ^2 : Ki kare analizi

Normal vücut sıcaklığını bilme durumu annelerin mesleklerine göre istatistiksel olarak önemli farklılık göstermiştir ($\chi^2=13.4$; $p=0.020$). Normal vücut sıcaklığını en fazla bilen annelerin %56.0'ının özel sektör çalışanı olduğu saptanmıştır (Tablo 48).

Tablo 48. Annelerin mesleklerine göre normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması

Anne Mesleği																
Memur			İşçi		Özel Sektör		Emekli		Ev Hanımı		Serbest Meslek		Toplam		İstatistik	
n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Normal Vücut Sıcaklığı																
Biliyor	12	48.0	5	33.0	9	56.0	0	0	94	27.0	0	0	120	30.0	13.4	0.020
Bilmiyor	13	52.0	10	66.0	7	43.0	1	100.0	244	72.0	5	100.0	280	70.0		

χ^2 : Ki kare analizi

Evde derece bulundurma durumu, ailenin yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($\chi^2=6.856$; $p=0.032$). Evde derece bulundurmayı en fazla tercih edenlerin ilçede yaşayan anneler (%82.5) olduğu görülmüştür. Ailelerin yaşadıkları yere göre en fazla (%99.6) şehirde yaşayan annelerin ateş düşürücü dozuna dikkat ettikleri saptanmıştır (Tablo 49).

Tablo 49. Ailelerin yaşadıkları yere göre annelerin evde derece bulundurma ve ateş düşürücü dozuna dikkat etme durumlarının karşılaştırılması

	Ailenin Yaşadığı Yer								İstatistik	
	Köy		İlçe		Şehir		Toplam			
	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Evde Derece Bulundurma										
Evet	76	76.0	24	96.0	227	82.5	327	81.8	6.856	0.032
Hayır	24	24.0	1	4.0	48	17.5	73	18.2		
Ateş Düşürücü Dozuna Dikkat Etme										
Evet	99	99.0	24	96.0	274	99.6	397	99.2	2.507	0.285
Hayır	1	1.0	1	4.0	1	0.4	3	0.8		

χ^2 : Ki kare analizi

Tablo 50'ye göre şehirde yaşayan annelerin daha fazla (%32.4) normal vücut sıcaklığını bildikleri tespit edilmiştir. Annelerin yaşadıkları yere göre normal vücut sıcaklığını bilme durumlarında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Tablo 50. Annelerin yaşadıkları yere göre normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması

	Ailenin Yaşadığı Yer									
	Köy		İlçe		Şehir					
	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Normal Vücut Sıcaklığı										
Biliyor	25	25.0	6	24.0	89	32.4	120	30.0	2.351	0.309
Bilmiyor	75	75.0	19	76.0	186	67.6	280	70.0		

χ^2 : Ki kare analizi

Annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumları ailenin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak önemli farklılık göstermiştir ($\chi^2=13.592$; $p=0.001$). Normal vücut sıcaklığını bilen annelerin çoğunlukla (%36.5) asgari ücretin üzerinde geliri olan ailelerden olduğu saptanmıştır (Tablo 51).

Tablo 51. Ailelerin gelir düzeylerine göre annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının karşılaştırılması

	Ailenin Gelir Düzeyi						Toplam		İstatistik	
	Asgari Ücret Altı		Asgari Ücret		Asgari Ücret Üzeri					
	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Normal Vücut Sıcaklığı										
Biliyor	9	12.7	50	30.9	61	36.5	120	30.0	13.592	0.001
Bilmiyor	62	87.3	112	69.1	106	63.5	280	70.0		

χ^2 : Ki kare analizi

Annelerin evde derece bulundurma durumları ailelerin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($\chi^2=14.456$; $p=0.001$). Evde derece bulunduran annelerin çoğunlukla (%89.2) asgari ücretin üzerinde geliri olan ailelerden olduğu saptanmıştır (Tablo 52).

Tablo 52. Ailelerin gelir düzeylerine göre annelerin evde derece bulundurma durumlarının karşılaştırılması

	Ailenin Gelir Düzeyi						Toplam		İstatistik	
	Asgari Ücret Altı		Asgari Ücret		Asgari Ücret Üzeri					
	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Evde Derece Bulundurma										
Evet	49	69.0	129	79.6	149	89.2	327	81.7	14.456	0.001
Hayır	22	31.0	33	20.4	18	10.8	73	18.3		

χ^2 : Ki kare analizi

Tablo 53'e göre, sadece doktor reçetesi ile ateş düşürücü temin eden annelerin gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($\chi^2=6.053$; $p=0.048$). Doktor reçetesi ile ateş düşürücü temin etmeyi tercih eden annelerin daha çok (%97.5) asgari ücret düzeyinde gelire sahip ailelerden olduğu belirlenmiştir.

Tablo 53. Ailelerin gelir düzeylerine göre annelerin ateş düşürücü temin etme durumlarının karşılaştırılması

		Ailenin Gelir Düzeyi								İstatistik	
		Asgari Ücret Altı		Asgari Ücret		Asgari Ücret Üzeri		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Ateş Düşürücü Temin Etme											
Reçetesiz	Evet	12	16.9	21	13.0	36	21.6	69	17.2	4.262	0.119
	Hayır	59	83.1	141	87.0	131	78.4	331	82.8		
Doktor Reçetesiyle	Evet	64	90.1	158	97.5	156	93.4	378	94.5	6.053	0.048
	Hayır	7	9.9	4	2.5	11	6.6	22	5.5		

χ^2 : Ki kare analizi

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, değişik sosyo-kültürel özellikteki hastaların tanı ve tedavisinin yapıldığı geniş bir bölgeye hizmet sağlayan KTÜ Farabi Hastanesi'nin çocuk servislerine kronik bir hastalık nedeniyle yatırılan çocukların annelerinin ateş ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

Vücut sıcaklığının yükselmesi olarak tanımlanan ateş, vücudun doğal bir savunma mekanizmasıdır. Genellikle virüs kaynaklı enfeksiyonlarla ilgili olup, bazı durumlarda da önemli bir hastalığın belirtisi olabilmektedir (64). Araştırmamızda, annelerin çoğunun normal vücut sıcaklığını bilmediği saptanmıştır. Ancak annelerin ateş ölçüm bölgesine göre çoğunun ateşin varlığını doğru olarak tespit edebildiği, %35.4'ünün ateşi derecesiyle ölçerek belirlediği ve %81.8'inin evinde derece bulundurduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da anne babaların eğitim seviyesi arttıkça ateş kavramını doğru anladıkları ve evlerinde derece bulundurdıkları belirlenmiştir (11, 58). Bunun yanında, annelerin üçte ikisine yakınının (%70.0) normal vücut sıcaklığını bilmediği ve ateşi dokunarak veya genel görünümüne bakarak belirlediğini ifade eden anne olması, bölgemizde ebeveynlerin ateş konusunda bilinçlendirilmesine önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

“Ateş fobisi” ilk defa 1980 yılında ifade edilmiş ve değerlendirmeye alınmıştır (2). Bu yıllardan itibaren ateşin bakıcılar ve aileler için endişe kaynağı olduğu ve pratik uygulamaların yetersiz kalması nedeniyle acil servislere bu nedenle sık başvuru yapıldığı bazı araştırmalarda ortaya konulmuştur (61, 64). Yapılan bir araştırmada acil servislerin ateş sebebiyle gereğinden fazla meşgul edildiği ve anne babaların eğitim seviyesi arttıkça sağlık kurumuna başvuruların arttığı belirlenmiştir (65). Araştırmamızda da daha önce yapılan çalışmalara benzer şekilde sadece ateş yüksekliğinin bir sağlık kurumuna yapılan başvuruların en önemli nedenlerinden biri olduğu görülmüş ve annelerin %88.6'sı düşmeyen ateşte çocuğunu doktora götüreceğini belirtmiştir.

Ateşin havaleye veya beyin hasarına sebep olabileceği endişesi; ailelerin hastane acil servislerine panik halinde başvurmalarına, ateşli oldukları sırada çocuklarıyla aynı odada kalmalarına ve ilaç vermek için gece çocuklarını uyandırmalarına sebep olabilmektedir (10, 66). Yapılan araştırmalarda yüksek ateş ve hastalığın ciddiyeti arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır (64). Son zamanlarda yapılan araştırmalarda; 41°C'nin altında kalan ateşin merkezi bir hastalığa sebep olmadıkça vücuda zararının olmayacağı bunun yanında, yaşı çok küçük olanlar dışında vücut sıcaklığının yüksek olması ile hastalığın ciddiyetinin bir ilişkisi

olmadığı ortaya konulmuştur (19, 67). Araştırmamızda anneler soğuk algınlığı, enfeksiyon, aşı sonrası ve diş çıkarma gibi nedenlerle ateşin artabileceğini belirtmiştir. Ayrıca, annelerin %64.1'i ateşin havaleye sebep olabileceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda ateşin zarar verebileceği ve çocukta havale olasılığını arttırdığı düşüncesi ön planda olmakla birlikte (11, 64, 68) benzer şekilde simülasyona dayalı ateş yönetimi ile aile eğitimindeki gelişmelerin saptandığı bir araştırmada da aynı doğrultuda sonuçlar gözlenmiştir (69). Ayrıca, bu konuda yapılan başka bir araştırmada da ateşin yüksek olmasının çocuğa zararlı olduğu düşüncesi olsa da, ebeveynlerin sadece ateş şikâyetini takip eden ciddi belirtiler olduğunda endişelendikleri ve bir sağlık kuruluşuna başvurdıkları görülmüştür (70). Diğer bir çalışmada, annelerin çocukları ateşlendiğinde en önemli korku nedeni olarak %82.6 ile çocuğun nöbet geçirmesi olduğu görülmüştür (71). Ülkemizde de febril konvülsiyonların sık görülmesi bu oranın yüksek çıkmasının başlıca nedenlerinden biridir. Ateşli çocuğun rahatlaması için doktorların ateş düşürücü ilaç tedavisi önermeleri de ailelerin hatalı uygulamalarına katkı sağlayabilmektedir (11). Araştırmamızda, ateşin olası sebepleri ve zararları gibi konularda annelerin %42.2'sinin doktorlardan, %10.3'ünün ise hemşirelerden bilgi aldıkları ve çocuğun ateşi varsa hastaneye gitmeden önce ateş düşürücü verdikleri saptanmıştır. Bu durum, ailelerin genellikle il merkezinde yaşamaları ve doktor takibinde olan hastaların anneleri olmaları ile açıklanabilir. Bunun yanında ilacın havaleyi önleme, iyileşmeyi hızlandırma ve çocuğun kendisini iyi hissetmesini sağlama gibi faydaları olduğuna inandıkları tespit edilmiştir. Bu sonuç ateş konusu ile ilgili ebeveyn eğitiminin daha kapsamlı ve sürekli olması ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda annelerin; çocukları ateşlendiğinde ateş düşürücü olarak genellikle parasetamolü tercih ettikleri, ilaç verme sıklıklarının ise uygun dozlarda uygulandığı görülmüştür. Bu durum, annelerin özellikle kullanılacak ilaç dozları konusunda sağlık personelinin bilgi aldıklarının bir göstergesi niteliğindedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise, çocuğa ateş düşürücü ilacı daha fazla annelerin verdiği ve hatalı dozda ilaç kullandıkları belirlenmiştir (10). Çoğunlukla anne babaların ateş konusundaki bilgi seviyelerinin yüksek görüldüğü bir araştırmada, ebeveynler tarafından ilaç olarak parasetamolün tercih edilmesinin güvenli ve etkili olmadığı, ilk olarak ateşi düşürmek için ilaç dışı uygulamalara başvurdıkları belirlenmiştir (72). Yapılan diğer bir araştırmada annelerin %99.0'ının, antipiretik ilaçları doktora danışmadan kullandıkları görülmüştür (11). Bizim araştırmamızda da hastaneye gitmeden ateş düşürücü verme durumu %69.8 olarak tespit edilmiştir.

Çocuğun ateşinin yükselmesi durumunda ebeveynler endişe ve korkuya kapılmakta ve çoğu durumda kendilerini çaresiz hissetmektedirler. Ateş durumunda nasıl ve ne zaman müdahale edilmesi gerektiği hususunda yeterince bilgi ve tecrübesi olmayan anne babalar, yeterli tıbbi değerlendirme yapılmaksızın, hatalı veya gereksiz dozda ateş düşürücü veya antibiyotik ilaçlar kullanabilmektedirler. Çocukların bakımından sorumlu olan aile bireylerinin, özellikle annelerin, çocukluk döneminde ateşlenme durumlarının yönetimine ve antibiyotik ilaç kullanımına ilişkin konularda doğru bilgilendirilmesi, hem ateş durumunda yapılan gereksiz uygulamaları, hem de çocuğa yapılan hatalı ve yetersiz müdahaleleri önleyecektir (19). Çocukluk döneminde ateşlenme durumunun yönetiminde en birincil konu ateşin doğru şekilde ölçülmesi ve tanımlanmasıdır. Bu nedenle hangi ölçüm yönteminin ve hangi bölgenin ölçüm için kullanılacağı halen tartışmalı bir konu olmakla birlikte, ölçüm yapılan bölgeye göre de vücut sıcaklıkları değişiklik gösterebilmektedir (73). Ateş ölçümünde oral yolu kullanmak hastanın mutlak uyumunu gerektirdiğinden özellikle beş yaş ve üzerindeki çocuklarda önerilmektedir. Aksiller yöntemle ateş ölçümü daha güvenilir ve uygulaması da nispeten kolaydır, fakat zaman gerektiren bir yöntem olması nedeniyle takip edilmesi zordur ve koltuk altında oluşabilecek terleme nedeniyle hatalı sonuçlar elde edilebilir. Rektal yöntem ise hijyenik olmaması, çocuklar tarafından endişe verici ve travmatik bir yöntem olarak algılanması, özellikle yenidoğanlarda ve süt çocuklarında rektal perforasyon riski taşıması nedeniyle sakıncalı görülmektedir. Timpanik ölçüm yöntemi, güvenilir ve kolay uygulanabilir bir yöntem olması nedeniyle günümüzde ebeveynler tarafından daha yaygın olarak tercih edilmektedir. Elle alına veya vücut üzerinde başka bir bölgeye dokunarak vücut sıcaklığının subjektif olarak değerlendirilmesi ise güvenilir bir yöntem olmayıp, günümüzde artık bir ateş ölçüm tekniği olarak görülmemektedir (33, 39, 40). Yaptığımız çalışma sonucunda; annelerin çoğunun vücut sıcaklığı ölçümünü aksiller bölgeden yaptıkları belirlenmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlar genel olarak daha önce yapılan çalışma sonuçlarıyla uyum içerisindedir (11, 58, 74). Tercih edilen ateş ölçüm bölgesinin belirlenmesi amacıyla yapılan diğer bir çalışmada ise ateş ölçümünde en çok rektal yolun (%82.0) kullanıldığı görülmüştür (75). Araştırma sonuçlarımıza göre; annelerin çocuğun genel görünümünden ateşi belirleme düzeyi (%23.9) çok yüksek olmamakla birlikte, %34.8'inin alından elle subjektif ateş değerlendirmesi yaptığı tespit edilmiştir. Ebeveynler tarafından ateş varlığının elle subjektif olarak belirlenme oranı yapılan iki farklı çalışmada da bizim çalışma sonuçlarımızdan daha yüksek (%77.2, %83.3) olarak tespit edilmiştir (58, 76). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar dikkate alındığında,

ebeveynlerin bu yöntemin güvenilirliğinin düşük olduğuna dair daha fazla bilinçlendirilmesi önem arz etmektedir. Çalışmamızda annelerin %70.3'ünün dijital termometre kullandığı belirlenmiştir. Evde vücut sıcaklığı ölçümü amacıyla kullanım kolaylığı, ucuzluğu ve güvenilirliği açısından dijital termometreler daha yaygın olarak tercih edilmektedir. Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre eğitim seviyesi yüksek olan annelerin daha fazla dijital termometreyi tercih ettikleri görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda da sonuçlarımızla benzer olarak eğitim düzeyi ile evde ateş ölçümü için derece bulundurma ve dijital termometre kullanımı arasında anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir (11, 74, 77). Araştırmamızda ayrıca, annenin çalışıyor olması, yaşadığı yer ve ekonomik düzeyinin yüksek olması ile evde ateş ölçümü için derece bulundurması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlar daha önce elde edilen verilerle birlikte değerlendirildiğinde; annelerin sosyo-ekonomik durumları ve eğitim düzeyleri yükseldikçe ateş ölçümünü daha güvenilir yöntemlerle yaptıkları ve çocuklarına daha bilinçli bir şekilde yaklaştıkları sonucu ortaya çıkmaktadır.

Vücut sıcaklığı ölçüm yöntemi kadar ateşin varlığının derece olarak belirlenmesi de önem arz etmektedir. Çoğunlukla kabul edilen görüşe göre 38°C ve üzerinde görülen vücut sıcaklığı ateş olarak kabul edilmeli ve gerekli dikkat gösterilmelidir (19). Araştırmamız sonucunda; annelere ateş ölçüm yerine göre kaç derece ve üzerinin ateş olduğu sorulduğunda; aksiller bölgeden ölçüm yapıldığında annelerin %57.0'ı, rektal bölgeden ölçüm yapıldığında %66.7'si, timpanik bölgeden ölçüm yapıldığında %76.5'i ve oral bölgeden ölçüm yapıldığında ise %50.0'ı 38°C'nin üzerini ateş kabul ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu konuda elde ettiğimiz sonuçlar daha önce yapılan araştırmalardan elde edilen verilerle benzerlik göstermektedir (74, 77, 78). Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise ebeveynlerin %96.0'ı 38.5°C ve üzerindeki değerleri ateş olarak tanımlamışlardır (79). Ebeveynlerin subfebril ateşin genellikle soğuk algınlığı gibi basit ve tıbbi müdahale gerektirmeyen durumlarla ilişkili olduğu konusunda bilinçlendirilmesi, bu konudaki tereddütleri ve endişeleri en aza indirgeyecektir. Araştırmamızda annelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe ateş kabul edilen vücut sıcaklığı değerlerini daha doğru tespit ettikleri görülmüştür. Elde ettiğimiz sonuçlar daha önce yapılan çalışmalarda bulunan sonuçlarla uyumlu olup, sosyo-demografik durumun ve eğitim seviyesinin ateşin doğru belirlenmesi bakımından önemli olduğunu göstermiştir (11, 80).

İnsanların sahip oldukları hastalık ve ateş bilgisi, o toplumların kültürleri, gelenek ve görenekleri tarafından etkilenmektedir. Bu durum anne babaların ateş konusundaki tutum ve davranışlarında farklılık görülmesine sebep olmaktadır. Yapılan bir çalışmada; annelerin %38.7'si çocuğunun ateşini düşürmek için ılık duş aldırıldığını, %16.8'i soğuk uygulama yaptığını, geleneksel uygulama olarak %5.5'i sirkeli su, %2.5'i ise alkol ve kolonya kullandığını ifade etmiştir (67). Bizim araştırmamızda ise; annelerin %7.6'sının ılık su kompresi yaptığı, %7.1'inin soğuk su uygulaması yaptığı, %20.8'inin geleneksel olarak çocuğun vücuduna bir madde sürdükleri, ateş düşürücü olarak %1.2'sinin aspirin kullandıkları ve aksiller bölgeden ateş ölçümü yapıldığında %98.4'ünün kaç derece üzerinin ateş olduğunu bildiği saptanmıştır. Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar değerlendirildiğinde; ateş konusunda genel olarak annelerin bilgi düzeylerinde ve sağlık çalışanları ile iletişim konusunda geçmişe oranla ılımlı seviyede bir gelişme olduğu görülmektedir. Bunun yanında, annelerde ateş konusunda halen küçümsenmeyecek seviyede panik yaşandığı ve endişe duyulduğu, buna bağlı olarak da bazı hatalı uygulamaların yapılmasına halen devam edildiği belirlenmiştir. Dünyanın farklı bölgelerinde gerçekleştirilen pek çok araştırmada, ebeveynlerin ateşi düşürmek için ilk yaptığı uygulamanın çoğunlukla ateş düşürücü vermek olduğu görülmüştür (81-84). Yapılan başka bir çalışmada da soğuk uygulamanın en çok kullanılan yöntem olduğu görülmüştür (78). Bizim araştırmamızda ise çoğunlukla uygulanan yöntemin %33.7 ile çocuğun giysilerini çıkarmak olduğu görülmüştür. Bu durumu, %18.3 ile ateş düşürücü verme, %14.7 ile ılık duş aldırma ve %10.0 ile sağlık merkezine götürme takip etmiştir. Ateş durumunda ılık uygulamanın doğru yapılması ve çocuğa zarar vermemesi önem arz etmektedir. Ilık uygulama sırasında vücuda sirke, alkol vb. maddeler sürme gibi geleneksel uygulamalardan uzak durmak gerekmektedir (58). Araştırmamızda annelerin %3.7'sinin sirkeli suyu tercih ettiği belirlenmiştir. Ateşin düşürülmesi için ateş düşürücü ilaç vermenin yanında çocuğun elbiselerinin çıkartılması, ılık su ile soğuk uygulama yapılması ya da ılık duş aldırılması da tercih edilen yöntemler arasındadır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar ülkemizde daha önce yapılan diğer çalışma verileriyle benzerlik göstermektedir (11, 77, 85).

Çocuklarda ateşlenme durumlarında ateş düşürücü ilaç kullanımı oldukça yaygın görülmektedir. Ateş düşürücü ilaç olarak genellikle parasetamol, ibuprofen ve asetilsalisilik asit içerikli ilaçlar tercih edilmektedir. Dünyada ve ülkemizde yapılan birçok çalışmada çocukların ateşlenmesi durumunda ebeveynlerin en fazla tercih ettikleri ateş düşürücü ilacın parasetamol olduğu göze çarpmaktadır (71, 76, 86, 87). Benzer şekilde çalışmamızda da,

annelerin ateşi düşürmek için %48.5'inin parasetamol kullandığı, buna ilaveten %24.3'ünün ibuprofen ve %20.1'inin ise parasetamol ve ibuprofen ilaçları dönüşümlü kullandıkları belirlenmiştir. Bu konuda yapılan iki farklı çalışmada da ateş düşürücü ilaç olarak en fazla (%44.0) ibuprofen ve klorokin (%52.0) preparatlarının tercih edildiği belirlenmiştir (32, 84).

Ateş düşürücü ilaçların uygun doz ve sıklıkta kullanılması gerekmektedir. Çocuklarda genellikle kilo baz alınarak ateş düşürücü ilaç dozu belirlenmektedir. Yapılan bir çalışmada çocuklara yaş veya ateş yüksekliğinden ziyade kiloya göre ateş düşürücü vermenin tercih edildiği görülmüştür (8). Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre ise; annelerin %46.8'i reçeteye göre, %26.7'si kiloya göre, %18.0'ı yaşa göre ateş düşürücünün dozunu ayarladıklarını ifade etmişlerdir. Annelerin %8.5'i ise ateşin şiddetine göre ateş düşürücü ilaç verdiğini belirtmiştir.

Çocukluk döneminde görülen ateşin en birincil nedeni virüs kaynaklı enfeksiyonlar olmakla birlikte, ateşin tek nedeni de enfeksiyon değildir. Ancak ebeveynler ateş görülen her durumda önemli bir mikrobiyal enfeksiyon ile karşılaşmış olabilecekleri korkusu ile kendileri çocuğa antibiyotik ilaç verebilmekte veya doktorlara da antibiyotik ilaç yazmaları konusunda ısrarcı olabilmektedirler (88-91). Ayrıca, ebeveynlerin subfebril ateşle seyreden ve kendiliğinden düzelme olasılığı yüksek olan virüs kaynaklı enfeksiyonlarda da gereksiz antibiyotik kullanma eğiliminde oldukları bilinmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada doktor önerisi olmadan antibiyotiğe başlama durumu %60.0 olarak bulunmuştur (92). Daha önce yapılan çalışmalarda da doktor tavsiyesi olmadan ve reçetesiz antibiyotik ilaç kullanan ebeveyn sayısının yüksekliği göze çarpmaktadır (90, 93-95). Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlara bakıldığında ise doktora başvurmadan antibiyotik kullanma durumu %2.0 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen bu oranın düşük olması bölgemizde antibiyotik başlama kararının daha bilinçli şekilde alındığının bir göstergesi niteliğindedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamıza çocuk servislerinde yatmakta olan ve kronik bir hastalığa sahip 400 çocuğun anneleri gönüllü olarak katılmıştır. Elde edilen bulgular sonucunda; çalışmaya katılan annelerin %52.5'inin erkek, %39.2'sinin 7-12 yaş aralığında çocuğa sahip olduğu ve çocukların yaş ortalamasının 9.2 ± 5.1 yıl olduğu görülmüştür. Annelerin %67.5'i kırk yaş ve altında olup, yaş ortalamalarının 37.8 ± 7.5 yıl ve %55.0'nin ilkokul mezunu ve altı bir eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Annelerin %86.7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı ve %84.5'inin ev hanımı oldukları saptanmıştır. Ailelerin gelir durumunun çoğunlukla (%41.8) asgari ücretin üzerinde olduğu ve %68.8'inin de şehirde yaşadığı görülmüştür.

Çocukların sahip oldukları kronik hastalık tanıları sınıflandırıldığında çocuklarda en fazla (%26.0) hematolojik sistem hastalıkları görülmüştür. İkinci sırada ise endokrin sistem hastalıkları (%17.0) yer almaktadır.

Çalışmamızda annelerin %70.0'nin normal vücut sıcaklığını bilmediği tespit edilmiştir. Annelerin %57.1'i çocuklarında en fazla ateş ölçtükleri bölgenin aksiller (koltuk altı) bölge olduğunu belirtmiştir.

Annelere ateş ölçüm yerine göre kaç derece ve üzerinin ateş olduğu sorulduğunda; aksiller bölgeden ölçüm yapıldığında annelerin %57.0'ı, rektal bölgeden ölçüm yapıldığında %66.7'si, timpanik bölgeden ölçüm yapıldığında %76.5'i ve oral bölgeden ölçüm yapıldığında ise %50.0'ı 38°C 'nin üzerini ateş kabul ettiklerini belirtmiştir.

Aksiller bölgeden ateş ölçümü yapan annelerin %98.4'ünün, timpanik bölgeden ölçenlerin %88.2'sinin, oral bölgeden ölçenlerin %68.8'inin, rektal bölgeden ölçenlerin ise %66.7'sinin ateşin varlığını doğru bildiği görülmüştür.

Annelerin %81.5'i çocuklarını düzenli olarak götürdükleri bir doktorlarının olduğunu ifade etmişlerdir.

Annelerin %15.0'ı çocuklarının sık sık ateşlendiğini, %49.8'i ise çocuklarının yılda bir ya da birkaç kez ateşlendiğini belirtmiştir.

Annelerin %81.8'inin evde ateş ölçer bulundurduğu ve %70.3'ünün dijital dereceye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Annelerin %35.4'ünün dereceyle, %34.8'inin alnına dokunarak, %23.9'unun genel görünümüne bakarak ve %5.9'unun ise nefesinin sıcaklığı, baş ağrısı, üşüme, avuç içi sıcaklığı veya eller ve ayaklarda soğukluğa bakarak ateşi belirlediği görülmüştür.

Annelerin %33.7'sinin çocuklarının ateşlenmesi durumunda en fazla yaptıkları uygulamanın çocuğun elbiselerini çıkarmak olduğu, bunu %18.3 ile ateş düşürücü vermenin izlediği görülmüştür.

Annelerin %41.2'si ateş düzeyi 38°C'nin üzerine çıktığında, %36.1'i ateş düşürücü vermesine rağmen çocuğunun ateşi düşmezse, %22.0'ı ise ilk ateşlendiğinde ılık uygulama yaptığını söylemiştir.

Annelerin %79.2'si çocukları ateşlendiğinde vücutlarına herhangi bir madde sürmediğini belirtmiştir. Ateşlendiğinde çocuklarının vücuduna bir madde süren annelerin %89.2'si ise ateşi düşürmek için sirkeli su kullandığını belirtmiştir.

Annelerin %48.5'i çocukları ateşlendiğinde en fazla kullandıkları ateş düşürücünün parasetamol olduğunu belirtmiştir.

Annelerin %98.0'ı doktora gitmeden antibiyotik kullanmadığını, %77.5'i ateş düşürücü ilaç vermek için çocuğunu gece uyandırdığını, %58.0'ı ise ateş düşürücüyü 4-6 saat aralıklarla verdiğini ifade etmiştir.

Annelerin %46.8'i reçeteye göre, %26.7'si ise çocuğun kilosuna göre ilaç dozunu ayarladığını ve %82.3'ü doktor reçetesiyle ilaç temin ettiğini belirtmiştir. Ayrıca, annelerin çoğu (%32.2) ateş düşürücünün havaleyi önleyeceğini ifade etmiştir.

Annelerin %30.2'si çocuğunu hastaneye götüreceği için ateş düşürücü vermediğini, bunun nedeni olarak ise %52.9'u tahlil veya tetkik yapılacağı, %24.8'i ise hastanede farklı bir uygulama yapılacağını düşündüğü için önceden ateş düşürücü vermediğini söylemiştir.

Annelerin %42.2'si ateşin zararlarını doktordan öğrendiğini belirtmiştir. Çocukları ateşlendiğinde annelerin korkma nedenleri incelendiğinde; annelerin %64.1'i çocuğunun havale geçirebilme ihtimali nedeniyle, %25.2'si ise ciddi bir hastalık işareti olabileceği nedeniyle korktuğunu ifade etmiştir.

Çocuklarının havale geçirmesi durumunda annelerin %31.6'sı 112 acil servisi aradığını, %29.9'u bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu, %18.0'ı ise çocuğuna ılık su banyosu yaptırdığını ifade etmiştir.

Annelerin çocukları ateşlendiğinde bir sağlık kuruluşuna götürme süreleri incelendiğinde, %74.8 ile annelerin çoğunluğunun çocuklarını birinci gün bir sağlık kuruluşuna götürdükleri görülmüştür.

Çocuklarının ateşinin uzun süre düşmemesi durumunda annelerin %88.6'sı çocuğunu doktora götürdüğünü, %7.6'sı ise ılık uygulama yaptığını ifade etmiştir.

Annelerin %40.5'i çocuklarının ateşinin yüksek olması durumunda 16-30 dakikada bir ateş ölçümü yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Annelerin %27.7'si soğuk algınlığı, %16.0'ı diş çıkarma, %10.9'u enfeksiyon, %10.5'i ise aşı yapılması nedeniyle çocuklarının ateşlendiğini belirtmiştir.

Annelerin %30.1'i çocuğun ateşinin yüksek olması, %28.1'i ateşin düşmemesi, %18.8'i ateşin uzun sürmesi, %14.2'si ise çocuğunun havale geçireceğinden endişe etmesi nedeniyle hastaneye başvurduğunu ifade etmiştir.

Çocuklarının ateşini alına dokunarak belirleyen annelerin %50.0'ının kırkbir yaş ve üzerinde, %39.6'sının kırk yaş ve altında olduğu, dereceyle ateşi belirleyen annelerin %46.3'ünün kırk yaş ve altında, genel görünümüne bakarak belirleyen annelerin ise %31.1'inin kırk yaş ve altında olduğu belirlenmiştir. Alına dokunarak ateş belirleme şekli ile anne yaş grupları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Kırk yaş ve altında olan annelerin %2.2'si çocuğu ateşlendiğinde doktora gitmeden önce antibiyotik kullandığını belirtmiştir.

Kırk yaş altında olan annelerin %30.3'ünün normal vücut sıcaklığını bildikleri belirlenmiştir. Ateş ölçüm bölgesi olarak, kırk yaşın altında olan annelerin daha fazla (%61.8) aksiller bölgeyi tercih ettikleri saptanmıştır.

Kırk yaş ve altında olan annelerin daha fazla (%84.0) evde derece bulundurdıkları belirlenmiştir. Kırk yaş ve altında olan annelerin ateş düşürücü ilacı çoğunlukla (%34.0) kiloya göre verdiği, kırkbir yaş ve üstünde olan annelerin ise genellikle (%60.0) reçeteye göre ilaç verdiği saptanmıştır. Anne yaş gruplarına göre kiloya ve reçeteye göre ateş düşürücü verme durumlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Sıfır-bir yaş arası çocuklarda ateşin düşmemesi sebebiyle annelerin hastaneye başvurması %60.0 iken diğer yaş gruplarındaki çocuklarda daha düşük olduğu görülmüştür. Ateş yüksekliğinde de 2-3 yaş grubu çocuğa sahip annelerde daha fazla (%48.6) hastane

başvurusu yapıldığı belirlenmiştir. Hastaneye başvurma nedeni olarak ateşin düşmemesi durumunda, anne yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çocukları 4-6 yaş grubunda olan annelerin daha fazla (%33.3) normal vücut sıcaklığını bildikleri belirlenmiştir.

Evde derece bulundurma en fazla (%86.4) 2-3 yaş grubunda çocuğa sahip annelerde, ateş düşürücü için çocuğunu gece uyandırma ise en fazla (%84.2) 4-6 yaş grubunda çocuğa sahip annelerde görülmüştür.

Doktora gitmeden önce antibiyotik kullanımı en fazla (%5.7) 0-1 yaş grubunda çocuğa sahip olan annelerde görülmüştür.

Erkek çocuğa sahip olan annelerin daha fazla (%30.5) normal vücut sıcaklığını bildikleri saptanmıştır.

Aksiller bölgeden ölçüm yapan annelerin ateşin varlığını bilmeme durumları en fazla (%4.4) lise mezunu annelerde görülmüştür. Timpanik bölgeden ölçüm yapan annelerde ise ateşin varlığını bilmeme durumu en fazla (%22.2) üniversite mezunu annelerde görülmüştür. Oral yolla ateş ölçümü yapan annelerin ateş varlığını bilme durumlarında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmıştır. İlkokul ve altı eğitime sahip anneler daha çok alnına dokunarak (%49.6), üniversite mezunu anneler ise (%73.5) dereceyle ateş ölçümü yapmayı tercih etmişlerdir. Alnına dokunarak ve dereceyle ateş belirlemeyi tercih etme durumlarının anne eğitimlerine göre istatistiksel olarak önemli farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca, lise mezunu anneler en fazla (%80.0) ateş düşürücü verme sıklığını 4-6 saat olarak tercih etmişlerdir. Ateş düşürücü verme sıklıkları da anne eğitimine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

Evinde derece bulundurmayan annelerin en fazla (%26.0) ilkokul ve altı eğitime sahip anneler olduğu saptanmıştır. Evde derece bulundurma durumu anne eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Kullanılan derece tipinde ise, dijital termometreyi en fazla (%88.0) ortaokul ve lise mezunu annelerin tercih ettiği görülmüştür.

Ateş ölçümünde timpanik bölge tercihinde bulunan annelerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Lise (%16.0) ve üniversite (%18.4) mezunu annelerin timpanik bölgeyi ateş ölçümü için daha fazla kullandığı saptanmıştır. Ayrıca, ateşe göre ve kiloya göre ateş düşürücü verme durumlarında da anne eğitim

durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Ateş düşürücüyü ateşe göre verme durumunun ilkokul ve altı eğitime sahip olan annelerde daha yoğun olduğu (%12.7), kiloya göre vermenin ise üniversite mezunları tarafından daha çok tercih edildiği (%44.9) saptanmıştır. Annelerin çocukları ateşlendiğinde daha çok birinci gün bir sağlık kuruluşuna başvurdukları, bunu da ilkokul ve altı eğitime sahip annelerin daha fazla (%77.3) yaptıkları saptanmıştır.

Çocuğu ilk ateşlendiğinde ılık uygulama yapan annelerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çocuğu ilk ateşlendiğinde ılık uygulama yapanların, daha fazla (%27.7) ilkokul ve altı eğitime sahip anneler olduğu belirlenmiştir. Ateşin zararını kendisi öğrenen annelerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ateşin zararını kendisi öğrenen annelerin üniversite mezunlarında daha yoğun (%36.7) olduğu görülmüştür.

Normal vücut sıcaklığını bilen annelerin daha çok (%40.8) üniversite mezunu olan anneler olduğu saptanmıştır. Ayrıca, annelerin eğitim durumundan bağımsız şekilde ateş düşürücü olarak en fazla parasetamolü kullandıkları belirlenmiş, üniversite mezunu annelerin parasetamol kullanım düzeyinin daha fazla (%55.1) olduğu tespit edilmiştir.

Lise mezunu annelerin daha fazla (%21.3) reçetesiz ateş düşürücü ilaç temin ettikleri saptanmıştır. Doktor reçetesiyle ateş düşürücü ilaç temin edenlerin ise en fazla (%96.4) ortaokul mezunu anneler olduğu belirlenmiştir. Ateşin yüksek olması durumunda, ateşin düşmemesi durumunda ve eşlik eden başka şikayetler olması durumunda hastaneye başvurma durumları anne eğitimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Ateş yüksek olduğunda hastaneye başvurmayı tercih edenlerin daha çok (%50.0) ortaokul mezunu anneler olduğu, ateşin düşmemesi durumunda hastaneye başvurmayı tercih edenlerin daha fazla (%65.3) üniversite mezunu anneler olduğu ve eşlik eden şikâyet varlığında hastaneye başvurmayı tercih edenlerin ise daha fazla (%22.7) lise mezunu anneler olduğu saptanmıştır. Çocukta düşmeyen ateş durumunda en fazla tercih edilen uygulama doktora götürmek olmakla birlikte, bu yöntemi en çok üniversite mezunu olan annelerin (%98.0) tercih ettiği belirlenmiştir.

İlkokul ve altı eğitime sahip annelerin daha fazla (%2.7) çocukları ateşlendiğinde doktora gitmeden önce antibiyotik kullanma eğiliminde oldukları tespit edilmiştir.

Üniversite mezunu olan annelerin daha fazla (%79.6) çocuklarını ateş düşürücü vermek için gece uyandırma eğiliminde oldukları tespit edilmiştir.

Annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumları, çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Çalışan annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumunun (%43.4) çalışmayan annelere göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Ateşi sadece dereceyle belirlemeyi tercih eden annelerin çalışma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışan annelerin ateş ölçümü için derece kullanma durumları çalışmayan annelere göre daha fazla (%58.5) bulunmuştur.

Çalışan annelerin evde derece bulundurma durumlarının çalışmayan annelere göre daha fazla olduğu (%90.6) görülmüştür.

Normal vücut sıcaklığını bilme durumu annelerin mesleklerine göre istatistiksel olarak önemli farklılık göstermiştir. Normal vücut sıcaklığını en fazla bilen annelerin %56.0'ının özel sektör çalışanı olduğu saptanmıştır.

Evde derece bulundurma durumu, ailenin yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Evde derece bulundurmaya en fazla tercih edenlerin ilçede yaşayan anneler (%82.5) olduğu görülmüştür. Ailelerin yaşadıkları yere göre en fazla (%99.6) şehirde yaşayan annelerin ateş düşürücü dozuna dikkat ettikleri saptanmıştır.

Şehirde yaşayan annelerin daha fazla (%32.4) normal vücut sıcaklığını bildikleri tespit edilmiştir.

Annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumları ailenin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak önemli farklılık göstermiştir. Normal vücut sıcaklığını bilen annelerin çoğunlukla (%36.5) asgari ücretin üzerinde geliri olan ailelerden olduğu saptanmıştır.

Annelerin evde derece bulundurma durumları ailelerin gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Evde derece bulunduran annelerin çoğunlukla (%89.2) asgari ücretin üzerinde geliri olan ailelerden olduğu saptanmıştır.

Sadece doktor reçetesi ile ateş düşürücü temin eden annelerin gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Doktor reçetesi ile ateş düşürücü temin etmeyi tercih eden annelerin daha çok (%97.5) asgari ücret düzeyinde gelire sahip ailelerden olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

Annelerin ateş konusundaki bilgi düzeylerinin daha önce yapılan çalışmalara göre nispeten daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna rağmen annelerde halen ateş korkusunun yanlış tutum ve uygulamalara neden olduğu görülmektedir. Annelerin ateş konusunda bilinç düzeylerini artırmanın ve doğru uygulamalar konusunda hemşireler tarafından verilecek eğitimin gereksiz ilaç kullanımı ve sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruları önemli ölçüde azaltacağı düşünülmektedir.

Çocukluk dönemi ateş yönetimi, özellikle evde başlayan ve tıbbi öneriler vasıtasıyla yine evde sürdürülmesi gereken bir süreçtir. Anne babalara bu sürecin yönetiminde önemli görevler düşmektedir. Ebeveynlerin hemşireler vasıtasıyla bu konuda desteklenmesi ve bilinçlendirilmesinin ateşli durumlarla başa çıkma kolaylığını ve bilinçli ilaç kullanımını artıracığı düşünülmektedir.

Sağlıklı çocukların rutin muayeneden geçmesi, annelerin çocukluk dönemi ateşli durumlarına yönelik korkularının giderilmesi ve hatalı uygulamalarının düzeltilmesi bakımından önemli bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Bu vesileyle hemşirelerin anneleri ve anne adaylarını ateş ve bilinçli ilaç kullanımı gibi konularda bilinçlendirmesi sağlanmalı, her görüşme bir bilgilendirme olanağı olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca, görsel ve yazılı medya araçları ile ateş konusunda dikkat edilmesi gereken konular üzerinde durulmalı ve annelerin bu konudaki eksiklikleri ve yanlış uygulamaları düzeltilmeye çalışılmalıdır.

Küçük yaşta çocuğa sahip olan annelerin çalışma hayatları, çocuklarının sağlık problemleri ile yeterince ilgilenebilmelerine olanak sağlayacak şekilde ve kanunlar çerçevesinde yeniden düzenlenmelidir. Aile içerisinde özellikle anne, çocuk bakımı hususunda desteklenmeli ve muhtemel sağlık sorunlarına evde yapılacak müdahaleler geleneksel uygulamalara göre değil, kanıta dayalı gözlemlerle gerçekleştirilmelidir.

Gereksiz ilaç kullanımının önüne geçebilmek için, yasal düzenlemeler vasıtasıyla eczanelerden reçetesiz ateş düşürücü ilaç ve antibiyotik satışının yapılması önlenmeli ve ebeveynler uygun zamanda, doğru dozda, yeterli sürede ve mutlaka doktor reçetesi ile ilaç kullanmaları hususunda bilinçlendirilmelidir.

Ailelerin ateş konusunda bilinçlendirilmesi amacıyla rehber bir program hazırlanarak, daha güvenilir ve kesin sonuçların elde edilmesi amacıyla çeşitli sosyo-kültürel seviyede anne baba ve farklı yaş grubunda hasta çocukları içeren çok merkezli çalışmalar

yapılmalıdır. Bu sayede, sürekli eğitim imkânı ile çocukluk ateşinin doğru yönetimi sağlanabilir ve acil birimlerinde başvurular nedeniyle oluşan yük azaltılabilir.

Sağlık personellerinin özellikle de hemşirelerin annelerin ateşle ilgili uygulamaları konusunda büyük öneme sahip olduğu görülmüştür. Bu nedenle de; özellikle hemşireler tarafından annelere ateşin tanımı, sebepleri, ateşli çocuğa yaklaşım ve ilk müdahaleler gibi hususlarda eğitim verilmesinin yanlış uygulamaların önüne geçilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kronik hastalığı olan çocuk ve ailesinin yaşadığı problemlerin hemşireler tarafından bilinmesi tedavi sürecinde önemli bir etkidir. Bu dönemde karşılaşılan ateşin olumsuz etkilerini azaltmak için, aile; çocuğun hastalığı, takip ve tedavi aşamaları konularında bilgilendirilmelidir. Hastanelerde çocuklar ve ebeveynlerini psikolojik, sosyal ve eğitimsel olarak destekleyecek programlar düzenlenmelidir. Ayrıca, hemşireler tarafından kronik hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlere çocukların ateşli dönemde yaşam kalitelerini arttırabilecekleri bilgiler verilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Durualp E, Kara FN, Yılmaz V, Alaybeyoğlu K (2010). Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 63(2): 55-63.
2. Yalnızoğlu Çaka S, Çınar N, Altınkaynak S (2015). Ateşli çocuğa yaklaşım. Journal of Human Rhythm 1(4): 133-138.
3. Demir F, Sekreter O (2012). Knowledge, attitudes and misconceptions of primary care physicians regarding fever in children: A cross sectional study. Italian Journal of Pediatrics 38(1): 1-7.
4. Öztürk Ö, Topan A, Kuzlu Ayyıldız T (2015). Ateş şikâyeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi. Journal of Health Sciences of Professions 2(3): 285-296.
5. Çataklı T, Can V, Dallar Y (2012). Annelerin ateş düşürücü kullanma bilgileri yeterli mi? Journal of Pediatric Infection 6: 139-143.
6. Erkek N, Senel S, Sahin M, Ozgur O, Karacan C (2010). Parents' perspectives to childhood fever: Comparison of culturally diverse populations. Journal of Paediatrics and Child Health 46(10): 583-587.
7. Poirier MP, Collins EP, McGuire E (2010). Fever phobia: A survey of caregivers of children seen in a pediatric emergency department. Clinical Pediatrics 49(6): 530-534.
8. Sullivan JE, Farrar HC (2011). Fever and antipyretic use in children. Pediatrics 127(3): 580-587.
9. De Bont EG, Francis NA, Dinant GJ, Cals JW (2014). Parents' knowledge, attitudes, and practice in childhood fever: an internet-based survey. British Journal of General Practice 64(618): 10-16.
10. Cinar ND, Altun İ, Altınkaynak S, Walsh A (2014). Turkish parents' management of childhood fever: A cross-sectional survey using the PFMS-TR. Australasian Emergency Nursing Journal 17(1): 3-10.
11. Halıcıoğlu O, Koç F, Aşık Akman S, Teyin A (2011). Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi 1(1): 13-19.

12. Yıldırım A, Bozaykut A, Dalkan C (2014). 6 ay-6 yaş arası yüksek ateşli çocukların annelerinin ateş bilinç seviyesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 8(4): 1-7.
13. Chow A, Robinson JL (2011). Fever of unknown origin in children: A systematic review. *World Journal of Pediatrics* 7(1): 5-10.
14. Chiappini E, Parretti A, Becherucci P, Pierattelli M, Bonsignori F, Galli L, de Martino M (2012). Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children. *BMC Pediatrics* 12(1): 97.
15. Yiğit R, Esenay F, Şen E, Serinol Z (2003). Annelerin yüksek ateş konusunda bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 6(3): 48-56.
16. Somer A (2014). *Çocuklarda ateş*. Selen Yayıncılık, İstanbul, 1-216.
17. Taştan YİÜ (2001). Ateşli hastaya yaklaşım sempozyum dizisi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 14-15 Haziran 2001, İstanbul, 57-68.
18. Kalaycı Ö (1993). Ateş nedir? *Katkı Pediatri Dergisi* 14(5): 443-446.
19. Kara B (2003). Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sted* 12(1): 10-14.
20. Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B (2013). *Pediatric hemşireliği*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 1-1021.
21. Ng DK, Lam JC, Chow KW (2002). Childhood fever revisited. *Hong Kong Medical Journal* 8(1): 39-43.
22. Keith RP (2007) Fever without a focus. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds) *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Edition Philadelphia: Saunders-Elsevier, 1087-1093.
23. Simon HB (1993). Hypertermia. *The New England Journal of Medicine* 329: 483-487.
24. Toprak D, Bakır M (2006) Ateş: Patogenez ve tedavi. *Klinik Çocuk Forumu* 6(1): 22-28.
25. Walsh AM, Edwards HE, Courtney MD, Wilson JE, Monaghan SJ (2006). Paediatric fever management: Continuing education for clinical nurses. *Nurse Education Today* 26: 71-77.
26. Baker MD (1999). Evaluation and management of infants with fever. *Pediatric Clinics of North America* 46: 1061-1072.

27. Saper CB, Breder CD (1994). The neurologic basis of fever. *The New England Journal of Medicine* 330(26): 1880-1886.
28. Robertson J (2002). Management of the child with fever. *Collegian* 9(2): 40-42.
29. Nişli G (1993). Ateş etyopatogenezi. Çocukluk yaşlarında ateş sempozyumu kitabı, Türk Milli Pediatri Derneği, Ankara 1-6.
30. Kaiser P (2000). Fever in children: Fears and facts. Kaiser Permanente NW: Library of Publications, www.kaiserpermanente NW: Library of Publications 4-14.
31. Schmitt BD (1980). Fever phobia: Misconceptions of parents about fevers. *The American Journal of Diseases of Children* 134: 176-81.
32. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J (2001). Fever phobia revisited: Have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics* 107(6): 1241-1247.
33. Pagane Joseph MD (2004). Facep. Infrared ear thermometry. *British Journal of General Practice* 54(508): 869.
34. Sarrell M, Cohen HA, Kahan E (2002). Physicians', nurses' and parents' attitudes toand knowledge about fever in early childhood. *Patient Education and Counselling* 46: 61-65.
35. Clinch J, Dale S (2007). Managing childhood fever and pain-the comfort loop. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 1(1): 7.
36. Edwards HE, Courtney MD, Wilson JE, Monaghan SJ, Walsh AM (2003). Fever management: Australian nurses' antipyretic usage. *Pediatric Nursing* 29(1): 31-37.
37. Powell KR (2004). Fever. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM (eds) *Nelson Textbook of Pediatrics* 17th.edition. Saunders, 839-846.
38. El-Radhi AS, Barry W (2006). Thermometry in pediatric practice. *Archives of Disease in Childhood* 91: 351-355.
39. Neyzi O, Ertuğrul T, Demirkol M (2002). Öykü ve fizik muayene. Neyzi O, Ertuğrul T(editörler). *Pediatrici. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul*, 6-7.
40. Falzon A, Grech V, Caruana B, Magro A, Attard-Montalto S (2003). How reliable is axillary temperature measurement? *Acta Paediatrica* 92(3): 309-313.
41. Cengiz B (2007). Nedeni bilinmeyen ateş. *Katkı Pediatrici Dergisi* 29(4): 425-432.
42. Tabak F (2006). Ateş patogenezi, ateş tipleri, erişkinde ateş yönetimi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi No: 53, Kasım 2006, 27-36.

43. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Yapucu Ü (2005). Comparing mercury-inglass, tympanic and disposable thermometers in measuring body temperature in healthy young people. *Journal of Clinical Nursing* 14: 496-500.
44. Sehgal A, Dubey NK, Jyothi MC, Jain S (2002). Comparison of tympanic and rectal temperature in febrile patients. *The Indian Journal of Pediatrics* 69(4): 305-308.
45. Alhan E (2006). Ateş tedavisi. Ceyhan M, Yıldırım İ, Devrim İ, Hasan T(editörler). *Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyumu: 26 Mayıs 2006; Ankara, 7.*
46. Kearns GL, Leeder JS, Wasserman GS (1998). Acetaminophen overdose with therapeutic intent. *The Journal of Pediatrics* 132: 5-8.
47. Cin Ş, Ulukol B (1999) Çocukta ateş. Öncü Yayınevi, Ankara, 1-6.
48. Sarıkayalar F (1993) Çocuk acil polikliniklerinde ateşli çocuklara yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi* 14(5): 415-421.
49. Yalçın I (2002). Ateş. In: Neyzi O, Ertuğrul TY (eds) *Pediatric-1, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 473-475.*
50. Oğuz F (2003). Ateşli çocuğa yaklaşım. In: Cantez T, Ömeroğlu RE, Baysal SU, Cantez T (eds) *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 5-10.*
51. El-Radhi AS, Carrol J (1994). Fever and hyperthermia. In: El-Radhi AS, Carrol J, editors. *Fever in pediatrics. Oxford: Blackwell Science 15-49.*
52. Salman N, Vehit HE, Palanduz A (2004). Ateşli süt çocuğuna yaklaşım: Hekimlerin bilgi, yaklaşım ve uygulamaları. *Çocuk Dergisi* 4(2): 113-117.
53. Törüner E, Büyükgönenç L (2017). Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 1-680.
54. WHO (1997). Thermal protection of the newborn: A practical guide. *WHO/RHT/MSM/97.2, Geneva, 1-43.*
55. Bakır M (2006). Çocuk hastalarda ateşe yaklaşım: Tanı ve tedavi. Öztürk R, Mert A(editörler). *Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi No:53: 9 Kasım 2006, İstanbul, 40-41.*
56. Çavuşoğlu H (2015). Çocuk sağlığı hemşireliği. Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 1-444.
57. Türe EA (2011). Annelerin çocuklarda ateş yönetimi ve antibiyotik kullanımına ilişkin bilgi ve tutumları, Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Mersin.

58. Celasin ŞC, Ergin D, Atman Ü (2008). Yüksek ateş şikâyeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. *Fırat Tıp Dergisi* 22: 315-322.
59. Savaşer S, Yıldız S (2009). Hemşireler için çocuk sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi. *İstanbul Tıp Kitabevleri*, İstanbul, 34-35.
60. Kahriman İ, Polat S (2003). Adölesanlarda aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 6(2): 13-24.
61. Çöl Araz N (2013). Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı: Bilgi, tutum ve uygulamaları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 1: 27-32.
62. Kılıç R, Tolu Kendir Ö, Sarı Gökay S, Çelik T, Özkaya AK, Yılmaz HL (2016). Çocuklarda ateş ile ilgili ebeveynlerin tutum ve davranışları. *Journal of Pediatric Emergency and Intensive Care Medicine* 3: 76-85.
63. Suluhan D, Taşal C, Yıldız D, Eren Fidancı B, Konukbay D, Gök F, Sürer İ (2016). 0-6 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş düşürücü ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 24(2): 90-96.
64. Dong L, Jin J, Lu Y, Jiang L, Shan X (2015). Fever phobia: A comparison survey between caregivers in the inpatient ward and caregivers at the outpatient department in a children's hospital in China. *BMC Pediatrics* 15: 163.
65. Bertille N, Fournier-Charriere E, Pons G, Chalumeau M (2013). Managing fever in children: National survey of parents' knowledge and practices in France. *PLoS One* 8: e83469.
66. Chang LC, Liu CC, Huang MC (2013). Parental knowledge, concerns, and management of childhood fever in Taiwan. *The Journal of Nursing Research* 21: 252-260.
67. Eliaçık K, Kanık A, Oyman G, Rastgel H, Güngör S, Anıl M, Bakiler AR (2012). Ebeveynlerin ateş hakkında bilgi, inanış ve yanlış uygulamaları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 13: 5-7.
68. Saz EU, Koturoğlu G, Duyu M, Ozananar Y, Kurugöl Z, Sever M (2009). Türk ailelerin ateş yönetimi ile ilgili bilinç düzeyi ve korkuları. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi* 3: 161-164.

69. Chang LC, Lee PI, Guo NW, Huang MC (2016). Effectiveness of simulation-based education on childhood fever management by Taiwanese parents. *Pediatrics and Neonatology* 57(6): 467-473.
70. De Bont EG, Loonen N, Hendrix DA, Lepot JM, Dinant GJ, Jochen WLC (2015). Childhood fever: A qualitative study on parents' expectations and experiences during general practice out-of-hours care consultations. *BMC Family Practice* 16: 131.
71. Esenay FI, İşler A, Kurugöl Z, Conk Z, Kotuoğlu G (2007). Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. *Türk Pediatri Arşivi* 42: 57-60.
72. Sahm LJ, Kelly M, McCarthy S, O'Sullivan R, Shiely F, Rømsing J (2015). Knowledge, attitudes and beliefs of parents regarding fever in children: A Danish interview study. *Acta Paediatrica* 105: 69-73.
73. Kara A (2007). Ateş ölçüm yöntemleri. *Katkı Pediatri Dergisi* 29(4): 369-382.
74. Baysoy G, Aydoğmuş T, Akın D, Uyan A (2005). Annelerin çocuklarındaki ateşle ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Türk Pediatri Arşivi* 40: 282-289.
75. Stagnara J, Vermont J, Durr F, Ferradji K, Mege L, Duquesne A (2005). Parents' attitudes towards childhood fever. *Presse Medicale* 34: 1129-1165.
76. Oshikoya AK, Senbanjo OI (2008). Fever in children: Mothers' perceptions and their home management. *Iranian Journal of Pediatrics* 18(3): 229-236.
77. Demir M, Bayat M (2005). Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi acil servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı)* 14: 22-29.
78. Taştan Y, Yapıcı G, Alikashişoğlu M, Erginöz E, Türkçü F, İltar Ö (1998). Ateş ve tedavisi; anneler ne biliyor, nasıl davranıyorlar? *Türk Pediatri Arşivi* 33(2): 85-86.
79. Linder N, Sirota L, Snapir A, E isen I, Davidovitch N, Kaplan G (1999). Parental knowledge of the treatment of fever in children. *Israel Medical Association Journal* 1(3): 158-218.
80. Erdağ GÇ, Akın Y, Girit N, Altuğ H (2010). Ailelerin ateş ve febril konvülsiyon hakkındaki bilgi düzeyleri. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni* 41(1): 1-8.
81. Risser AL, Mazur LJ (1995). Use of folk remedies in a hispanic population. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 149: 978-981.
82. Osaka R, Nanakorn S (1996). Health care of villagers in Northeast Thailand - a health diary study. *The Kurume Medical Journal* 43: 49-54.

83. Van der Stuyft P, Sorensen SC, Delgado E, Bocaletti E (1996). Health seeking behavior for child illness in rural Guatemala. *Tropical Medicine & International Health* 1(2): 161-70.
84. Sadiq GU, Tom GM, Yahaya SJ, Omotara BA, Nwaosu SC, Sandabe UK (2009). A survey of home management of childhood febrile illnesses in rural communities of Gwoza and Konduga local government areas of Borno State, Nigeria. *Nigerian Journal of Pharmaceutical Sciences* 8(2): 93-101.
85. Sünter AT, Ağaç R, Uysal S, Dündar C, Gürses N (1996). Annelerin ateş hakkındaki bilgi düzeyleri ve davranışları. XL. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Gaziantep, 110.
86. Al-Nouri L, Basheer K (2006). Mothers' perceptions of fever in children. *Journal of Tropical Pediatrics* 52(2): 113-119.
87. Kabakuş N, Yasemin A, Aygün D (2000). Annelerin çocuklarının ateşli hastalıkları konusundaki düşünce ve davranışları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 43: 56-62.
88. Mackowiak AP (2010). Temperature regulation and the pathogenesis of fever. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 765-778.
89. Powell KR (2008). Fever without a Focus. In: Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE, Stanton BF eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1087-1093.
90. Micheline JC, Salonga MD (2009). Beliefs and practices of parents on the use of antibiotics for their children with upper respiratory tract infection. *PIDSP Journal* 10(1): 56-63.
91. Palmer DA, Bauchner H (1997). Parents' and physicians' views on antibiotics. *Pediatrics* 99(6): 6-11.
92. Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu M, Oktay Ş (2004). Prescribing habits of general practitioners in the treatment of childhood respiratory tract infections. *European Journal of Clinical Pharmacology* 60(3): 211-216.
93. Chan GC, Tang SF (2006). Parental knowledge, attitudes and antibiotic use for acute upper respiratory tract infection in children attending a primary healthcare clinic in Malaysia. *Singapore Medical Journal* 47(4): 266-270.

94. Ganchimeg T, Nayu I, Moazzam A, Munkhbayarlakh S, Sarangerel D, Rintaro M, Kenji S (2010). Survey of non-prescribed use of children in an urban community in Mongolia. *Bulletin of the World Health Organization* 88(12): 930-936.
95. Mitsi G, Jelastopulu E, Basiaris H, Skoutelis A, Gogos C (2005). Patterns of antibiotic use among adults and parents in the community: A questionnaire-based survey in a Greek urban population. *International Journal of Antimicrobial Agents* 25: 439-443.





EKLER

Ek 1. Anket Formu

KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ATEŞ KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırma, kronik hastalığı olan çocukların annelerinin ateş konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir. Araştırmada elde edilen veriler kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Elde edilen veriler bu amaçların dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için objektif olmanızı ve soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz. Katılımınız için çok teşekkür ederiz.

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKETİ

1. Çocuğunuzun cinsiyeti

1. () Kız 2. () Erkek

2. Çocuğunuzun yaşı

3. Annenin yaşı(yıl)

4. Annenin eğitim durumu

1. () İlkokul ve altı
2. () Ortaokul
3. () Lise
4. () Üniversite/Yüksekokul

5. Annenin çalışma durumu

1. () Çalışıyor 2. () Çalışmıyor

6. Annenin mesleği

7. Ailenin yaşadığı yer

1. () Köy 2. () İlçe 3. () Şehir

8. Ailenin gelir düzeyi

1. () Asgari ücretin altında
2. () Asgari ücret
3. () Asgari ücretin üzeri

Ek 1. (Devam)

ANNELERİN BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARI ANKETİ

1. Çocuğun tanısı

2. Çocuğunuzun düzenli kontrollerini yaptırdığınız bir doktorunuz var mı?

1. () Var 2. () Yok

3. Çocuğunuzun ateşi sık sık yükselir mi?

1. () Evet 2. () Hayır

4. Çocuğunuzun ateşi ne sıklıkta yükselir?

1. () Haftada bir-birkaç kez
2. () Ayda bir-birkaç kez
3. () İki-üç ayda bir-birkaç kez
4. () Diğer

5. Normal vücut sıcaklığı kaç derecedir?.....

6. Kaç derecenin üzerine ateş diyorsunuz?

.....

7. Evde dereceniz var mı?

1. () Evet 2. () Hayır

8. Varsa derecenin cinsi nedir?

1. () Civalı
2. () Dijital
3. () Diğer.....

9. Ateşin varlığını belirleme şekliniz?

1. () Alnına dokunarak
2. () Dereceyle
3. () Çocuğun genel görünümünden
4. () Diğer.....

10. Çocuğunuzun ateşini hangi bölgeden ölçüyorsunuz?

1. () Aksiller
2. () Rektal
3. () Timpanik
4. () Oral
5. () Diğer.....

11. Ateş ölçüm yöntemlerinden hangisinin güvenilirliği en azdır?

1. () Rektal ölçüm
2. () Aksiller ölçüm
3. () Oral ölçüm
4. () Bilmiyorum

12. Çocuğunuz ateşlendiğinde ilk yaptığınız uygulama nedir?

1. () Çocuğun giysilerini çıkarma
2. () Ilık duş aldırma
3. () Soğuk su uygulama
4. () Ilık su/Kompres) uygulama
5. () Alkol sürme
6. () Sirkeli su sürme
7. () Üzerini örtme
8. () Çocuğa bol sıvı içirme
9. () Odayı havalandırma
10. () Ateş düşürücü ilaç verme
11. () Çocuğun vücuduna vicks sürme
12. () Hemen sağlık merkezine götürme
13. () Diğer.....

13. Ateş için ne zaman ılık uygulama yapılır?

1. () Ateşi kaç olursa olsun ilk ateşlendiğinde
2. () Ateş düşürücüye rağmen düşmezse yaparım
3. () Ateşi 38°C ve üzerine çıkarsa yaparım
4. () Havale geçirirse yaparım

14. Çocuğunuzun ateşi olduğunda vücuduna herhangi bir şey sürüyor musunuz?

1. () Sürüyorum 2. () Sürmüyorum

15. Herhangi bir şey sürüyorsanız ne sürdüğünüzü belirtir misiniz?

1. () Gül suyu
2. () Sirkeli su
3. () Kolonya
4. () Vick
5. () Alkol
6. () Diğer

16. Çocuğunuz ateşlendiğinde hangi ateş düşürücüyü veriyorsunuz?

1. () Parasetamol
2. () Ibuprofen
3. () Ketoprofen
4. () Novalgin
5. () Aspirin
6. () Bilmiyorum
7. () Parasetamol/Ibuprofen dönüşümlü

17. Çocuğunuz ateşlendiğinde doktora gitmeden önce antibiyotik kullanıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

Ek 1. (Devam)

18. Ateş düşürücü vermek için gece uyandırıyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

19. Ateş düşürücüyü kaç saatte bir veriyorsunuz?

1. () 4 saat altı
2. () 4 – 6 saat
3. () 7 saat ve üzeri

20. Ateş düşürücünün dozuna dikkat ediyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

21. Kullandığınız ateş düşürücünün dozunu neye göre ayarlarsınız?

1. () Ateşin yüksekliğine göre
2. () Kiloya göre
3. () Yaşa göre
4. () Reçeteye göre

22. Ateş düşürücüyü nereden temin ediyorsunuz?

1. () Reçetesiz olarak
2. () Doktor reçetesi ile

23. Çocuğunuz ateşlendiğinde korkuyor musunuz? Evet, ise nedeni belirtiniz;

1. () Havale geçireceğini düşünüyorum
2. () Çocuğumda beyin hasarı kalacağını düşünüyorum
3. () Ciddi bir hastalığa sebep olacağını düşünüyorum
4. () Diğer.....

24. Hayır, ise nedenini belirtiniz

25. Havale geçiren çocuğunuza ne yaparsınız?

1. () Ilık suya sokarım
2. () Soğuk suya sokarım
3. () Yan yatış pozisyonu veririm
4. () Yüzüne su ve ya kolonya çarparım
5. () Ateş düşürücü veririm
6. () 112'yi ararım
7. () Kendi olanaklarımla en yakın sağlık kuruluşuna başvururum
8. () Diğer.....
9. Bilmiyorum

26. Yüksek ateşin zararlarını kimden ya da nereden öğrendiniz?

1. () Hekim
2. () Hemşire
3. () Çevremden
4. () Kendim araştırarak
5. () Deneyimlerimle öğrendim
6. () Diğer.....

27. Ateşli çocuğun bir sağlık kuruluşuna götürülmesine kadar geçen süre nedir?

1. () 1. gün
2. () 2. gün
3. () 3. gün
4. () 4. gün ve üstü

28. Çocuğunuzu ateş sebebiyle sağlık kuruluşuna götürmeye karar verdiğinizde gelmeden önce ateş düşürücü verir misiniz?

1. () Ateşi varsa veririm
2. () Hayır, hastaneye götüreceğim için vermem

29. Sağlık kuruluşuna başvurmadan önce ateş düşürücü vermemenizin sebebi nedir?

1. () Tahlil-tetkik yapılacağından
2. () Doktor tarafından ateşli olmasının tercih edilmesi
3. () Doktora karşı çocuğumun ateşli olduğuna inandırıcılığı sağlamak için
4. () Sağlık kuruluşunda farklı bir uygulama yapılacağını düşündüğüm için
5. () Hastaneye götüreceğim için

30. Düşmeyen ateşte ne yaparsınız?

1. () Doktora götürürüm
2. () Düşmesini beklerim
3. () Tekrar ateş düşürücü veririm
4. () Soğuk uygulama yaparım
5. () Antibiyotik veririm
6. () Diğer

31. Ateşli çocuğunuza aile büyüklerinizden öğrenip yaptığınız geleneksel uygulamalar var mıdır? Varsa nelerdir?

1. () Sirkeli suyla yıkama
2. () Gazete kâğıdıyla sarma
3. () Diğer, belirtiniz.....
4. () Hayır

Ek 1. (Devam)

32. Sağlık kuruluşunda yapılan ateş ölçümüne güveniyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

33. Cevabınız hayırsa nedeni nedir?

1. () Çocuğumun iç ateşi olabilir bu dereceye yansımayabilir
2. () Derece yanlış ölçüm yapabilir
3. () Kendi derecemle ölçtüğümde farklı sonuç elde ettiğimden
4. () Diğer,
belirtiniz.....

34. Ateşi ne kadar sıklıkta kontrol edersiniz?

1. () ≤ 15 dk
2. () 16-30 dk
3. () 31-45 dk
4. () 46-60 dk

35. Çocuğun ateşli konvülsiyon (ateşli havale veya nöbet) öyküsü var mı?

1. () Var
2. () Yok

36. Sizce çocuğun ateşi neden yükselir?

1. () Soğuk algınlığı
2. () Diş çıkarmı
3. () Aşı sonrası
4. () Bronşit
5. () Zatürre
6. () İshal
7. () Hava değişikliği
8. () Bilmiyorum
9. () Diğer

37. Hangi durumda hastaneye başvurursunuz?

1. () Ateşin çok yüksek olması
2. () Ateşin uzun sürmesi
3. () Ateşli havaleden korkulması
4. () Ateşin düşmemesi
5. () Eşlik eden diğer şikayeti nedeniyle
6. () Diğer

38. Ateş düşürücülerin çocuğa faydaları nelerdir?

1. () İyi hisseder
2. () Havaleyi önler
3. () Kolay uyur
4. () İyileşme hızlı olur
5. () Diğer

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	EK-4 ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	
---	---	---

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Ateş Konusundaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi” dir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun olduğunda 05308780255 nolu telefondan Serpil BORAN’a ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır (yapılacaksa ödeme miktarı yazılmalıdır); ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Ek 2. (Devam)

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı Soyadı:

Tarih ve İmza

Serpil BORAN

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

Ek 3. Kurum İzin Belgesi

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)
Başhekimliği - Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi
Hastanesi) Yazı İşleri Birimi
28/06/2018 08:48 - 48814514-299-E:5869
01759593



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Serpil BORAN'ın
Araştırma İsteği

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 13.06.2018 tarih ve E.266 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ve ekindeki Enstitünüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Serpil BORAN'ın 10.05.2018 tarihli dilekçesinde konu edilen “*Kronik hastalığı olan çocukların annelerinin ateş konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaların değerlendirilmesi*” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına Etik Kurulu’nca onay verilmesi ve onayın Başhekimliğimize sunulması halinde bu çalışmanın hastanemizin çocuk servislerinde yürütülmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ve rica ederim.

Prof. Dr. Halil KAVGACI
Başhekim

DAĞITIM :
KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Bilgi :
KTÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı

Ek 4. Etik Kurul Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859- 472
Konu: Etik Kurul onay belgesi

23/07/2018

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi İlknur KAHRİMAN
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD.

“Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Ateş Konusundaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2018/190 protokol numaralı tez çalışma önerisi raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

ASLININ AYNIDIR

Serafettin YILMAZ
Etik Kurul Sekreteri

Ek 4. (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Ateş Konusundaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2018 / 190		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi İlknur KAHRİMAN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Serpil BORAN		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			
			ASLININ AYNIĞIDIR Serafettin YILMAZ Etik Kurul Sekreteri	

Ek 4. (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 28	Tarih: 16/07/2018
	Dr.Öğr.Üyesi İlknur KAHRİMAN'ın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Yük.Lis.Öğr.Serpil BORAN'a ait "Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Ateş Konusundaki Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi" başlıklı 2018/190 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerçekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLİ
Prof. Dr. S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLİ
Prof. Dr. S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

ASLININ AYNI DİR

Şerafettin YILMAZ
Etik Kurul Sekreteri

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : BORAN, Serpil
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 12.01.1984, Kdz. Ereğli
Telefon (İş) : 0464 2220000
E-Posta : serpilboran84@gmail.com
Yazışma Adresi (İş) : Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Dış Hekimliği Fakültesi Merkez / RİZE

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Sağlık Yüksek Okulu	2006
Lise	Zonguldak Ereğli Süper Lisesi	2002

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1. Hemşire	RTEÜ Dış Hekimliği Fakültesi	2015-.....
2. Hemşire	KTÜ Farabi Hastanesi Adölesan Servisi	2007-2015

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

HOBİLER

Yüzmek, yürüyüş yapmak, kitap okumak