

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ÇOCUK ACİL POLİKLİNİĞİNE ATEŞ İLE BAŞVURAN
HASTALARIN TANILARI**

Dr. Aynur ÇUHACI

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ahmet Rifat ÖRMECİ**

ISPARTA – 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, ne zaman danışsam kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan, her sorun yaşadığımda yanına çekinmeden gidebildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen, tez hazırlama sürecimde beni başından sonuna kadar yönlendiren, tezimde beni destekleyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ahmet Rifat ÖRMECİ'ye,

Her zaman hoşgörü ve desteklerini hissettiğimiz, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığımız Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı olarak yetişmemde büyük emeği geçen değerli hocalarım Prof. Dr. Mustafa AKÇAM, Prof. Dr. Hasan ÇETİN, Prof. Dr. Mustafa Özgür PİRGON, Doç. Dr. Gonca SANDAL, Doç. Dr. Ebru KESKİN, Dr. Öğr. Üyesi Müjgan Arslan ve Dr. Öğr. Üyesi Mahmut KESKİN' e içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam sırasında emeği geçen tüm asistan arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D.'ndeki tüm doktor, hemşire arkadaşlarıma ve hastane çalışanlarına,

Mesleki bilgisini ve dostluğunu, tüm asistanlık dönemimde olduğu gibi tez çalışmam sırasında da benden esirgemeyen sevgili dostum Dr. Servet Derya YILMAZ'a,

Hayatımın her anında yanımda olan, eğitimim boyunca maddi, manevi desteklerini esirgemeyen, koşulsuz sevgileri sayesinde bugünlere gelmemi sağlayan annem Fatma ÇUHACI, babam Durmuş ÇUHACI ve derslerimi çalışırken bana büyük destek veren, tıp fakültesini kazanmamda önemli payı olan ağabeyim Yüksel ÇUHACI'ya sevgi, saygı ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Ateş Patogenezi	2
2.2. Ateşin Vücutta Yararlı Etkileri.....	4
2.3. Ateşin Vücutta Zararlı Etkileri	4
2.4. Vücut Isısı Ölçümü.....	5
2.5. Ateş Tipleri.....	6
2.6. Ateş Etiyolojisi	7
2.7. Ateşli Çocuğa Yaklaşım	8
2.8. Ateş Sınıflaması	9
2.9. Ateş Tedavisi	11
2.10. Febril konvülziyon (FK).....	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM	16
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	36
ÖZET	37
ABSTRACT	38
KAYNAKLAR	39
EKLER	44
Ek 1. Anket.....	44

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

HAPN	: Hipotalamus Anterior Preoptik Nükleus
TSS	: Toksik Şok Sendromu
PG	: Prostaglandin
IL	: İnterlökin
TNF	: Tümör Nekroz Faktör
cAMP	: Siklik Adenozin Monofosfat
CRP	: C-Reaktif Protein
SLE	: Sistemik Lupus Eritematozis
COX	: Siklooksijenaz
PAN	: Poliarteritis Nodosa
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
HSV	: Herpes Simplex Virüs
ESH	: Eritrosit Sedimentasyon Hızı
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
FK	: Febril Konvülziyon
EEG	: Elektroensefalografi
IgM	: İmmunoglobulin M
ASYE	: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu
ÜSYE	: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
İYE	: İdrar Yolu Enfeksiyonu
AGE	: Akut Gastroenterit
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
WHO	: World Health Organization
AAP	: American Academy of Pediatrics
GİS	: Gastrointestinal Sistem

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Ateşli durumlarda vücutta meydana gelen değişiklikler	3
Tablo 2. Ateş Nedenleri.....	7
Tablo 3. İlaçlar ve doz aralıkları.....	11
Tablo 4. Febril konvülziyonun tekrarlamasına neden olan risk faktörleri	114
Tablo 5. Demografik özelliklerin dağılımı	17
Tablo 6. Ateş ölçüm ile ilgili cevapların dağılımı	18
Tablo 7. Ailelerin ateşe yaklaşımı	19
Tablo 8. Ailelerin ateşten korkma sebebi	20
Tablo 9. Evde yapılan uygulama	20
Tablo 10. Ateşe eşlik eden semptomlar.....	21
Tablo 11. Annelerin eğitimlerine göre ateşe yaklaşımları.....	22
Tablo 12. Anne yaşlarına göre ateşe yaklaşımları.....	25
Tablo 13. Annelerin kaç çocuk sahibi olmalarına göre ateşe yaklaşımları	27
Tablo 14. Başvuru anında ateş varlığı ve geçmişte febril konvülziyon öyküsü.....	29
Tablo 15. Acil serviste yapılan uygulamalar	29
Tablo 16. Alınan kültürler ve kültürlerde üreme durumu	30
Tablo 17. Hastaların aldığı tanılar	30
Tablo 18. Hastaların acil serviste kalış süreleri.....	31

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çocuklarda en sık rastlanan problemlerden biri olan ateş, vücudun savunma mekanizmalarından biridir. Ateşin vücutta savunma mekanizması olduğu ilk kez Hipokrat tarafından belirtilmiştir (1).

Genel olarak 37,8⁰ C üzeri ateş kabul edilir. Klinik uygulamada vücut kor ateşi en uygun olarak rektal termometre ile ölçülür. Oral ateş ölçümü, önceden sıcak veya soğuk gıdaların alınmasından etkilenir. Koltukaltı ateş ölçümü daha az güvenilirdir. Koltukaltı ölçümü tipik olarak oral ölçümden 0,5⁰ C daha düşüktür ve rektal dereceden 1⁰ C daha düşüktür. Teorik olarak timpanik membran ölçümü kor ölçümü için ideal bir bölgedir (2).

Ailelerin çoğu ateşi bulgu olarak değil hastalık olarak algılayıp, ateşi düşürmek için yanlış uygulamalar yapmaktadır (3).

Vücut ısısı diüurnal ritim gösterir. En düşük değeri sabah 04:00-06:00 saatleri arasında, en yüksek değeri 16:00-18:00 saatleri arasındadır (4).

Acil servise başvuruların büyük kısmını oluşturan ateş, acil servislerin gereksiz meşgul edilmesine ve hastaya uygunsuz tedavi verilmesine neden olmaktadır.

Yüksek ateşin hemen düşürülmezse çocukta beyin hasarı, nöbet geçirme ve ölüm gibi nedenlere yol açabileceği düşüncesi aileleri korkuya ve endişeye düşürür. Bu da ateş fobisi (fever phobia) terimini ortaya çıkarmıştır.

Ateşi olan çocukların annelerinde ciddi enfeksiyon olabileceği nedeniyle oluşan panik sonucunda ateşin hemen düşürülmesi fikrinin ortaya çıktığı görülmüştür. Bu durum annelerin yanlış tedaviye yönelmelerine ve sağlık kuruluşlarını gereksiz yere meşgul etmelerine neden olmaktadır (5).

Bu çalışmada Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Polikliniğine başvuran ailelerinin ateş hakkındaki bilgi düzeyi ve ateş yüksekliğine karşı yaklaşımlarını saptamak ve ateş etiyojisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ateş Patogenezi

Ateş hipotalamusun anterior preoptik nükleusu (HAPN) tarafından düzenlenir. Endojen pirojenler (IL-1, TNF, İnterferonlar, IL-6 gibi) ve eksojen pirojenler (virüsler, bakteriler, endotoksin, enterotoksinler, TSS toksinleri gibi) ateş oluşumunda etkili olur.

Monosit-makrofaj sistemi tarafından eksojen pirojenler fagosite edilir. Endojen pirojenler açığa çıkar. Endojen pirojenler hipotalamustan PGE2 üretimini artırır.

Sitokinler normalde kan-beyin bariyerini geçemezler fakat hipotalamustaki sirkumventriküler organlardan olan organum vasculosumda kan-beyin bariyeri yoktur, sitokinler bu bölgeden geçerek buradaki nörohumoral reseptörleri etkileyerek PG, monoamin ve cAMP sentezine neden olurlar.

Nörotransmitterler aracılığıyla PGE2 başta olmak üzere prostaglandinler HAPN'deki ateş ayar eşiğini daha yükseğe ayarlar.

Ateşe yol açan etkenler ortadan kalkınca ve pirojen sitokin salınımı kesilince HAPN'deki ısı ayar eşiği yine eski normal durumuna geçer, söz konusu etkiler geriye döner ve normal vücut ısısı sağlanır (6).

Metabolik ve fiziksel aktivitelerle birlikte ısı oluşur. Isı oluşumunun başlıca nedenleri hücrelerin bazal metabolizmaları, kas aktiviteleri ve tiroid hormonudur. Radyasyon, evaporasyon, konveksiyon ve kondüksiyon ile ısı kaybı olur.

Radyasyon, iki cisim arasında temas olmadan sıcaktan soğuğa ısı aktarımı olmasıdır.

Kondüksiyon, temas ile iki cismin doğrudan ileti ile ısı aktarımıdır. İki obje arasındaki ısı farkı ne kadar fazlaysa ısı kaybı o kadar hızlı olur.

Konveksiyon, hava akımıyla ısı kaybının sağlandığı durumdur. Açık pencere, kapı ve klimadan oluşan esinti nedeniyle oluşmaktadır.

Evaporasyon, vücut sıvılarıyla ısı kaybının sağlandığı durumdur. Deriden terleme ve akciğerlerden solunum ile ısı kaybı olur (7).

Tablo 1. Ateşli durumlarda vücutta meydana gelen değişiklikler (6)

Endokrin ve Metabolik
Glukokortikoidlerin üretiminde artış Büyüme hormonunun salınımında artış Aldosteron salınımında artış Vazopressin salınımında artış Akut faz proteinlerinin salınımı
Otonomik
Kan akımının ciltten derin dolaşım yataklarına yönelmesi Nabızda artış Terlemenin azalması
Davranışsal
Kaslarda kasılma Ürperme İştahsızlık Uyku hali Halsizlik

Ateşin normalin üzerinde her bir derece artışı, bazal metabolizmada %10-12, sıvı ihtiyacında 7,5 mL/kg/gün, kalp tepe atımında 25 atım/dk, solunum sayısında 3-4 solunum sayısı/dk, oksijen tüketimi ve karbondioksit üretiminde artışa neden olur. Yüksek ateş varlığında vital bulgulardaki değişiklikler metabolik ve kardiyopulmoner hastalığı olanlarda yetmezliğe veya dekompanzasyona neden olabilir (13).

Hipertermi: Hipotalamik termostat normal düzeyde olmasına rağmen, ısı kaybı ve üretme dengesindeki bozukluk sonucu ateş ortaya çıkar. Vücut ısısı 41⁰ C üzerindedir. Ateş sadece efeksiyonlara bağlı değildir, efeksiyon olmadan da ateş olur. Antipiretikler etkisizdir. Hipertermi nedenleri şunlar olabilir: nörolojik hastalıklar, sıcak çarpması, zehirlenmeler, malign hipertermi, tirotoksikoz, feokromasitoma ve nöroleptik malign sendrom (10,20).

Hipotermi: Vücut ısısının 35⁰ C altında olmasıdır. En fazla prematüre bebeklerde görülür. Hipotermi nedenleri: üremi, miksödem, açlık, travma, sepsis, ensefalit, metabolik hastalıklar, şok ve ağır sedasyondur. En düşük 26⁰ C, en yüksek 43⁰ C yaşanılabilir vücut sıcaklığıdır.

2.2. Ateşin Vücutta Yararlı Etkileri

Organizmanın direncinin güçlü olduğunu gösteren akut faz reaktanlarından biri ateştir. Vücut ısısının artışının yararlı etkileri şunlardır:

1. 1-Makrofajların invazyon yapan bakterileri öldürme kabiliyeti artar.
2. 2-Serum demiri düşer, ferritin artar, serbest demir azalır. Yüksek ısıda demir ihtiyacı artan patojen bakteriler çoğalamaz.
3. 3-Bakterilerin büyümesi için gerekli olan glikoz oluşumu azalır, proteoliz ve lipoliz artar.
4. 4-İştahsızlık nedeniyle kana glukoz geçişi azalır.
5. 5-Halsizlik ve dinlenme eğilimi kasların enerji ihtiyacını azaltır.
6. 6-Karaciğerde akut faz reaktanlarının yapımı artar. Bu proteinlerden bazıları birçok mikroorganizma için gerekli olan iki değerli katyonları bağlar (11,12).

2.3. Ateşin Vücutta Zararlı Etkileri

Yüksek ateş, başta beyin olmak üzere, birçok dokuyu etkiler. İntrakranial basınç ve oksijen tüketiminde artışa neden olur. Vücut sıcaklığı 42⁰ C üzerine çıktığında beyinde kalıcı nörolojik hasarlar meydana gelebilir. Yüksek ateş nedeniyle ölen çocuklarda beyin hücrelerinde dejenerasyon olduğu görülmüştür (6,14).

Vücut ısısı yükselirken üşüme, titreme, piloereksiyon ve vazokonstriksiyon olur. Buna bağlı deride soğukluk, solukluk, nabız ve solunum sayısında artış görülür. Daha sonraki evrede deri ısınır ve vazodilatasyona bağlı deride kızarıklık oluşur, halsizlik, huzursuzluk, baş ağrısı, karın ağrısı, kusma, fotofobi, dehidratasyon, terleme, deliryum gibi bulgular oluşabilir (6,11,15). Oksijen gereksinimi artmasına

bağlı vücutta enerji kaynakları yani proteinler kullanılır. Uzun süreli hastalıklarda, hastanın yağ depolarının kullanılmasıyla birlikte, metabolik asidoz ortaya çıkmaktadır (16).

Yüksek ateş febril konvülziyonlara neden olabilir. Yaklaşık tüm ateşli çocukların %4'ünde görülür. Febril konvülziyon genellikle ateş yükselmeye başladığı ilk dönemde veya 40⁰ C üzerinde olur. Febril konvülziyonlar kalıcı nörolojik hasar bırakmaz ve kendiliğinden düzelir (14,17-19).

Isı şoku: Ateş genellikle 42⁰ C üzerindeyken hipotalamustaki ısı regülasyon merkezindeki hasar sonucu deliryum, koma ve anhidrozla karakterize bir durumdur. Tedavi edilmezse mortalitesi yüksektir. Sağ kalanlarda nörolojik defisitler kalabilir. Çocuğun aşırı giydirilmesi, merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonu veya ektodermal displazi gibi terlemeyi engelleyen bir hastalık varlığında ısı şoku gelişebilir (55).

2.4. Vücut Isısı Ölçümü

Çocuklarda vücut sıcaklığı ölçümü kolay görünmesine rağmen vücut sıcaklığının doğru gösterilmesini zorlaştıran etmenler vardır. Ölçen kişiye, ölçüm tekniğine, termometrenin türüne, yaşa, cinsiyete (erkek>kız), strese, hormonal faktörlere, çevresel faktörlere (fiziksel aktivite, aşırı giyinme, sıcak hava, dehidratasyon) göre değişiklik gösterir (6,11).

Cıvalı termometre, elektronik termometre, dijital termometre, likit kristal termometre ve plastik strip termometreler ile ateş ölçümü sağlanır. Termometre cinsine göre rektal, oral, aksiller ve kulaktan ateş ölçümü yapılır (37).

Rektal Ölçüm

İç sıcaklığa en yakın değere ulaşabileceğinden ve dış ortam sıcaklığından etkilenmemesi açısından rektal ölçüm avantajlıdır. Pretermelerde ve yenidoğanlarda rektal perforasyon riski taşımaktadır. Yakın zamanda rektal operasyon geçirmiş olanlarda, anorektal lezyonu olan, kemoterapi alan ve trombositopenisi olan çocuklarda tercih edilmez (56).

Aksiller Ölçüm

Aksiller ölçüm, ölçüm tekniği açısından en basit yöntemdir. Çevresel faktörlerden etkilenir. Dijital veya civalı termometreler kullanılır. Bu tür termometreler en az üç dakika aksiller bölgede tutulmalıdır. Ciltte ateş sonucu oluşan vazokonstriksiyona ve terlemeye bağlı düşük değerler gösterebilir. Aksiller ateş rektal ısıya göre 1°C daha düşüktür (21,53).

Oral Ölçüm

Vücut merkez sıcaklığını en iyi yansıtan eksternal karotid arterin ana dalları tarafından kanlanan sublingual boşluğa termometre yerleştirilerek ölçülür. Kooperasyon gerektiği için küçük çocuklarda uygun yöntem değildir. Çocuk sıcak veya soğuk yiyecek yediyse on dakika bekleyip ateş ölçümü yapılmalıdır. Oral ölçümde $35.5-37.5^{\circ}\text{C}$ arası normal sıcaklıktır (22).

Kulaktan Ölçüm

Teorik olarak vücudun ısı merkezi olan hipotalamusa anatomik yakınlığından dolayı en uygun yöntemdir. Çevre sıcaklığından etkilenmez. Ancak üç aydan küçük çocuklarda yanıltıcı olabilir. Otitis media veya buşon varsa ölçüm yanıltıcı olabilir. Enfeksiyon riski azdır. Ölçüm daha az süre gerektirir. 38°C üzeri ateş kabul edilir (21-23).

2.5. Ateş Tipleri

Febris Continua (Sürekli Ateş): Sabah ve akşam arasında 1°C 'den az ısı farkı vardır. Ateş 38°C üzerindedir. Tifonun 2. evresi, tularemi, enfektif endokardit bu grupta yer alır.

Febris İntermittens (Aralıklı Ateş): Sabah ve akşam arasında 1°C 'den fazla fark vardır. Sabah ateş 37°C 'nin altına iner. Sıtma, piyojenik abse, tüberküloz ve piyelonefritte görülür (24,25).

Febris Remittens (Oynak Ateş): Sabah ve akşam arasında 1°C 'den fazla fark vardır. Gün içinde ateş 37°C 'nin altına inmez. Sıtma, brusella ve pnömonide görülür (25).

Febris Recurrens (Dönek Ateş): Ateş aniden yükselip birkaç gün yüksek kalır sonra aniden düşer. Ateşsiz birkaç gün geçer. Sonra tekrar aniden yükselir. Borrelia enfeksiyonunda tipiktir. Sıtma, kala-azar ve brusellada da görülür (24).

Febris Undulans (Dalgalı Ateş): Beş gün içinde yavaş yavaş yükselip pik yapar. Yüksek seyredip yavaş yavaş normale döner. Birkaç gün ateşsiz dönemden sonra tekrar yavaş yavaş yükselir. Brusellada ve Hodgkin hastalığında görülür (24).

2.6. Ateş Etiyolojisi

Ateş, çocuklarda en sık görülen semptomlardan biridir, genellikle kendiliğinden iyileşen basit viral enfeksiyonlara bağlı oluşur. Ateşli çocuklarda tanı ve tedaviye yaklaşımı kolaylaştırmak için klinik araştırmalar ve deneyimlere dayanarak yaş grupları belirlenmiştir (8,14,26).

Tablo 2. Ateş Nedenleri

İNFEKSİYONLAR
Bakteri, virüs, mantar, protozoon enfeksiyonları
KOLLAJEN DOKU HASTALIKLARI
SLE PAN Dermatomiyozit Romatizmal ateş Juvenil romatoid artrit (Still hastalığı)
MALİGN HASTALIKLAR
Hodgkin hastalığı Non hodgkin hastalığı Lösemi Solid tümörler
METABOLİK HASTALIKLAR
Hipertiroidizm
KARDİOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI
Miyokard infarktüsü Tromboemboli
GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARI
İnflamatuvar barsak hastalıkları

Enfeksiyonlar: Bakteri, virus, paraziter hastalıklar, mantar, mikoplazma, riketsiya, klamidya enfeksiyonları ateşe neden olabilirler.

Malign hastalıklar: Solid ve metastatik tümörler, sarkom ve melanom gibi hastalıklarda ateş görülür. Genellikle tümörün neden olduğu obstrüksiyon veya enfeksiyona bağlı olarak ateş ortaya çıkar. Hipernefroma, titremelerle ortaya çıkan hektik ateş yapar. Ateş, Hodgkin hastalığında ilk semptomlardan biridir.

Akut Metabolik Bozukluklar: Porfiria, gut ve tiroid krizi ateşe yol açabilir.

Merkezi Sinir Sistemi Hastalıkları: Beyin tümörleri, beyin kanamaları, ensefalitler ve hipotalamus lezyonlarına bağlı ısı düzenleme merkezi bozukluklarında ateş oluşabilir.

İmmün Mekanizmalara Bağlı Hastalıklar: Kollajen doku hastalıkları, serum hastalığı, ilaç ateşi ve psikojen ateş bu grupta yer alır.

İlaç Ateşi:

İlaçlar da ateşe neden olabilir. Çoğu antibiyotik ilişkilidir. Antibiyotiklerden en sık beta laktamlar ve sulfonamidler ilaç ateşine neden olur. Vücut sıcaklığı 38-41⁰ C arasında seyrederek. Ayrıca diüretikler, laksatifler, antiepileptikler, antiaritmikler, sedatifler, dopamin ve antihipertansiflerin de ateşe yol açtığı bilinmektedir. Hastanın ateşi ile uyumsuz olarak hasta kendini iyi hisseder. İlaç kesildikten 24-48 saat içinde ateşin düştüğü görülür. Deri döküntüsü, anaflaksi, pulmoner, renal ve hepatik tutulum görülebilir. Relatif bradikardi eşlik eder. Serum transaminazlarında hafif yükselme, periferik yaymada eozinofili, eritrosit sedimentasyon hızında artış, beyaz küre sayısında artma görülebilir (27).

2.7. Ateşli Çocuğa Yaklaşım

Hastanın öyküsünde ateşin ölçülüp ölçülmediği, ateşin süresi, eşlik eden semptomlar (baş ağrısı, ense sertliği, kulak ağrısı, kilo kaybı, öksürük, boğaz ağrısı, göğüs ağrısı, balgam, karın ağrısı, dizüri, eklem ağrısı vb.) sorgulanmalıdır. Aynı zamanda hasta kişilerle temas, vücut içi kateter, ventrikülo-peritoneal şant varlığı, kullandığı ilaç olup olmadığı, kronik hastalık, beslenmesinin iyi olup olmadığı ve aşılama durumu sorgulanmalıdır.

Hastanın fizik muayenesinde huzursuzluk, uykuya eğilim, ateş, solunum, nabız, kan basıncı, solukluk, siyanoz, solunum şekli, interkostal çekilmeler, dispne, stridor, takipne, taşikardi, döküntü, meninks irritasyon bulguları önemlidir.

Anormal öykü ve fizik muayenesi olan ateşli çocuklar tetkik ve tedavi edilmelidir. Hiperpireksi ($>41^0$ C), dolaşım bozukluğu, hemorajik döküntüleri olan immün sistemi baskılanmış çocuklar hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir (1,11,14,28,29).

2.8. Ateş Sınıflaması

Lokalize bulgusu olan ateş: Kısa sürelidir. Öykü ve fizik muayene ile laboratuvar tetkikleri yapılarak veya yapılmadan tanı konulabilir.

Lokalize bulgusu olmayan ateş: Ateş yedi günden kısa sürer. Öykü ve fizik muayene ile ateş odağı saptanamaz. Laboratuvar tetkikleri yapılarak tanı konulur veya konulamaz. 36 aylıktan küçük çocuklar için yaygındır (54).

Nedeni bilinmeyen ateş: Öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile tanı konulamayan ateştir. Yedi günden fazla sürer.

Lokalize bulgusu olmayan ateş için yaş grupları 3 grup olarak değerlendirilir.

Yenidoğan: İmmün cevapları olgunlaşmadığı için önemlidir. Ateşi olup genel durumu iyi görünen yenidoğanların %7'sinde ciddi bakteriyel enfeksiyon vardır. Gizli bakteriyemi, menenjit, pnömoni, osteomyelit, septik artrit, enterit ve idrar yolu enfeksiyonu ağır bakteriyel enfeksiyonlardır. Ateşi olan tüm yenidoğanlar hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir. Kan, idrar, beyin omurilik sıvısı kültürleri alınmalı ve intravenöz ampirik antibiyotik tedavisi için ampisilin ve sefotaksim başlanmalıdır. BOS'ta pleositoz varsa veya annede genital HSV enfeksiyonu varsa, HSV şüphesi nedeniyle tedaviye asiklovir eklenmelidir (54).

1 ay-3 aylık bebekler: Çoğunda viral enfeksiyon vardır. Repiratuvar sinsityal virus ve influenza A enfeksiyonları kışın daha çok görülür. Enterovirus enfeksiyonları yaz aylarında daha çok görülür. Nadir olsa da ciddi bakteriyel enfeksiyonu da akla getirmek gerekir. Dikkate alınacak bakteriler: B grubu

streptokoklar, *L.monocytogenes*, *Salmonella enteritis*, *E. Coli*, *Neisseria meningitidis*, *S. pneumoniae*, *Hib* ve *Staphylococcus aureus*. Toksik görünümlü ve ateşi olan bebekler hastaneye yatırılıp kan, idrar, beyin omurilik sıvısı kültürleri alınmalı ve intravenöz ampirik antibiyotik tedavisi için ampisilin ve seftriakson veya sefotaksim başlanmalıdır. Bu antibiyotikler sepsis, üriner sistem enfeksiyonu ve enterite karşı etkilidir. Menenjit şüphesi varsa tedaviye vankomisin eklenmelidir. Ciddi bakteriyel enfeksiyonlar arasında en yaygın olanı piyelonefrittir. Lokalize bulgusu olmayan periferik beyaz küre hücreleri 5.000-15.000 hücre/mm³, ANS>1.500 hücre/mm³, idrar tahlili normal ve kültür sonuçlarında üreme olmayan sağlıklı, iyi görünen ateşli bebeklerde ciddi bakteriyel enfeksiyon olma ihtimali düşüktür (54).

3 ay-36 ay arası: Yaklaşık %30'unda lokal enfeksiyon bulgusu yoktur. Çoğu viral enfeksiyon kaynaklıdır ama bakteriyel enfeksiyon da görülür. *S. pneumoniae*, *N. meningitidis* ve *Salmonella* gizli bakteriyemiye neden olabilir. Gizli bakteriyeminin risk faktörleri >39⁰ C ateş, lökosit >15.000/ mm³, mutlak nötrofil sayısı artışı, çomak sayısı, ESH veya CRP artışıdır (54).

Toksik görünen, lokal enfeksiyon bulgusu olmayan ateşli çocuklar hastaneye yatırılıp kan, idrar, beyin omurilik sıvısı kültürleri alınmalı ve intravenöz antimikrobiyal tedavi başlanmalıdır.

<39⁰ C ateşi olan ve iyi görünen çocuklarda ayaktan izlem tavsiye edilmektedir.

İyi görünen ve >39⁰ C ateşi olan çocuklarda lökosit sayısı>15.000/mm³ ise kan kültürü alınarak ampirik antibiyotik tedavisi uygulanır, ya da kan kültürü alınır antibiyotik tedavisi uygulanmadan 24 saat içinde tekrar değerlendirmek üzere ayaktan izlenebilir.

Hib ve *S. pneumoniae* aşıları olmayan, >39⁰ C ateş ve lökosit>15.000/mm³ olan iyi görünümlü çocuklar için ampirik antibiyotik tedavisi önerilir (54).

2.9. Ateş Tedavisi

Esas olarak altta yatan hastalığı tedavi etmek önemlidir. Enerji ihtiyacı arttığı için beslenme desteği önemlidir. Terleme ve solunum sayısı artışı sonucu dehidratasyon gelişebilir. Sıvı kaybına bağlı dehidratasyon artacaktır. İlk olarak çocuk ince giydirilmeli, sıvı verilmeli, uygun ortam ısısı sağlanmalı ve çocuğun aktivitesi azaltılmalıdır. Ateşin yararlı etkileri nedeniyle gerekmedikçe antipiretik verilmemelidir. Çok huzursuz olan çocuklarda ve ateş çok yüksekse antipiretik verilmelidir (30-32).

Çok yüksek olmayan ateşin hemen düşürülmesi gereken durumlar vardır: Kalp yetersizliği, kronik anemi, kronik akciğer hastalığı, epilepsi veya başka nörolojik hastalıklar, metabolik hastalığı olan çocuklar (30).

Antipiretik ilaç tedavisi: Vücut ısısındaki her 1⁰ C artış bazal metabolizmayı %10-12 arttırır. Oksijen tüketimi artar, karbondioksit üretimi artar, sıvı ve kalori ihtiyacı artar. 6 ay-6 yaş çocuklarda febril konvülziyon gelişebilir. Ateşin düşürülmesi, ateş nedeniyle gelişen taşikardi ve takipneyi azaltır (11).

Tablo 3. İlaçlar ve doz aralıkları

İlaç	Doz (mg/kg/doz)	Doz aralığı	mg/kg/gün
Asetilsalisilik asit	10	4-6 saat	40-60
Parasetamol	10-15	4-6 saat	40-60
İbuprofen	10	6-8 saat	30-40

Parasetamol (Asetaminofen)

En sık kullanılan ateş düşürücüdür. Uluslararası organizasyonlar (WHO, AAP) ağrı ve ateş tedavisinde parasetamolü ilk seçenek olarak önermektedir. Etkisini beyinde prostaglandin sentezini inhibe ederek gösterir. Periferde PG sentez inhibisyonu yapmaz. Bu nedenle antienflamatuar etkisi yoktur. Plazmada 1 saat içinde maksimum düzeye ulaşır. Etkinliği 3-4 saat devam eder. Karaciğerde glukuronik asit ve sülfatla konjuge olur ve bu şekilde böbreklerden atılır. Nadir de olsa yan etki olarak alerji görülebilir. Tedavi dozlarında gastrik irritasyon yapmaz.

150 mg/kg tek doz toksik doz kabul edilmektedir. İlk aşamada bulantı, kusma, karın ağrısı meydana gelebilir. Sonrasında sarılık, karaciğer yetmezlik bulguları ve daha ileri dönemde hepatik ensefalopati ve akut böbrek yetmezliği gelişebilir (33-36).

İbuprofen

PG2 üretimini inhibe ederek etki eder. Antipiretik, analjezik ve antienflamatuar etkilidir. Antipiretik etkisi parasetamole oranla daha güçlüdür. Etki süresi ibuprofende 6-8 saat, parasetamolde 4-6 saattir. Yan etkileri dispepsi, döküntü, GİS kanaması ve trombositopenidir. Trombosit agregasyonunun inhibisyonu geri dönüşümlüdür ve ilaç kesiminden 24 saat sonra trombositopeni düzelir. İdrarla atılır. Astım krizini tetikleyebilir bu yüzden astımlı çocuklarda kontrendikedir. Altı aylıktan küçük çocuklarda kullanımı önerilmez. Aşırı doz alımında parasetamole göre toksik etkisi daha azdır (6,20,37,38).

Salisilat

Analjezik, antipiretik ve antienflamatuar etkisi vardır. COX enzimini bloke eder, araşidonik asitten PG ve tromboksan üretimine engel olur (40).

Suçiçeği ve viral enfeksiyonlarda ateşi düşürmek için kullanıldığında 100.000'de 1-2 oranında Reye sendromuna neden olabilir. Reye sendromu karaciğer ve beyin hasarı ile seyrederek. Yüzde 40 oranında ölümlerle sonuçlanabilir (35,39).

Yan etkileri: trombosit fonksiyonlarını bozarak kanamaya eğilimi yaratır, gastrointesitinal sistem (GİS) kanaması, hipersensitivite; yüksek dozda uzun süre kullanılırsa baş ağrısı, baş dönmesi, bulanık görme, kulak çınlaması, işitme kaybı, tremor, akut böbrek yetmezliği, hipopotasemi, hiponatremi, hipernatremi (19).

Metamizol

Santral sinir sistemine direk etki ederek endojen pirojen sentezi üzerine periferik inhibisyon yapar. Agranülositoz, hipotermi ve hipotansiyon gibi ciddi yan etkilere neden olabilir. Bu yüzden antipiretik olarak kullanılmamalıdır (37).

2.10. Febril konvülsiyon (FK)

Çocukluk döneminde en sık görülen konvülsiyon tipidir (44).

6 ay – 5 yaş arası çocuklarda santral sinir sistemi enfeksiyonu olmaksızın, elektrolit düzensizliği ve diğer akut semptomatik konvülsiyon kriterlere uymayan aynı zamanda ateşin eşlik ettiği nöbet tipidir. Görülme sıklığı % 2-5'tir. 18-24 aylık yaş grubunda pik yapar. Erkek/kız oranı 1.4/1'dir (41-43).

Prenatal dönemde annede epilepsi, tirotoksikoz, hipertansiyon, sigara ve alkol kullanımı febril konvülsiyon riskini artırır (45).

Patogenez: Tam olarak bilinmiyor. Yüksek ateşe bağlı vücut ısısındaki değişiklikler ve enfeksiyon nedeniyle oluşan inflamatuvar mediatörler konvülsiyona neden olabilir. Hipertermi sonrası kalsiyumun hücre içine girişi azalır, eksitatör sinaptik ileti hızlanır, GABA salınımı azalır ve hipokampus inhibisyonu azalır. Sonuçta epileptiform aktivite oluşur. Enfeksiyonlarda proepileptik özellikteki interlökin- 1 beta artar (46).

Febril konvülsiyon sınıflandırma:

Basit febril konvülsiyon, jeneralize nöbet şeklindedir. Ateş 38⁰ C 'nin üzerinde iken meydana gelir, nöbetler 15 dakikadan kısa sürer, 24 saat içinde tekrarlamaz ve ailede febril konvülsiyon öyküsü vardır (47).

Komplike febril konvülsiyonda nöbetler fokal tarzda, 15 dakikadan uzundur. 24 saatte tekrarlar. Altı aylıktan küçük, beş yaşından büyük çocuklarda görülebilir. Menenjit, abse, ensefalit gibi kafa içi hastalıklarının belirtisi olabilir (47).

Febril status epileptikus, nöbet 30 dakikadan uzun sürer veya 30 dakika içinde arka arkaya tekrarlayıp bilincinin açılmadığı febril konvülsiyondur (49).

Febril konvülsiyon risk faktörleri: Birinci derece akrabalarda FK öyküsü, yenidoğan servisinde 30 günden fazla yatış öyküsü, nörolojik gelişme geriliği olması ve yuvada kalma. Bu risklerden en az ikisinin olması FK gelişme riskini artırır (48).

Tablo 4. Febril konvülziyonun tekrarlamasına neden olan risk faktörleri: (50)

MAJOR
Yaş<1
Ateş süresi<24 saat
Ateş 38-39 ⁰ C
MİNOR
Febril nöbetler için aile öyküsü
Epilepsi için aile öyküsü
Komplike febril nöbet
Erkek cinsiyet
Serum sodyum düşüklüğü

Risk Faktörü taşımayanlarda tekrarlama riski yaklaşık %12, 1 risk faktörü varsa %25-50, 2 risk faktörü varsa % 50-59, 3 ve daha fazla risk faktörü varsa %73-100.

Febril Konvülziyonda Değerlendirme ve Laboratuvar Tetkikleri:

İlk kez febril konvülziyon geçiren çocukta menenjit ekarte edilmelidir. Kan şekeri ve elektrolitlere bakılmalıdır. Febril konvülziyondan sonra rutin tetkik yoktur. Nedene yönelik tetkikler istenebilir.

1. Lomber Ponksiyon: Menenjit şüphesi olan çocuklarda, komplike febril konvülziyonda, uykuya eğilim varsa ve 12 aylıktan küçük çocuklarda yapılmalıdır.
2. Elektroensefalografi: Febril konvülziyonda EEG 1 hafta sonra çekilmelidir. Çünkü EEG ateş ve viral enfeksiyonlardan etkilenir. Takip, tedavi ve prognoz belirlemede önemi yoktur. Rekürrens ve epilepsi gelişimini belirlemez.
3. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi ve Manyetik Rezonans Görüntüleme: Basit FK'da gereksizdir. Ancak kafa içi basınç artışı şüphesi ve fokal nörolojik bulgu varsa çekilebilir (44,51,52).

Febril Konvülziyonda Tedavi:

Konvülziyonu durdurmak: Hastaneye geldiklerinde konvülziyon devam ediyorsa acil müdahale edilmelidir. Hava yolu açılır, oksijen verilir, vital bulgular

bakılır, ateş devam ediyorsa düşürülmelidir, damar yolu açılmalıdır, antikonvülzan ilaç (intravenöz diazepam 0,2-0,5 mg/kg, iv klonazepam 0,02-0,05 mg/kg veya rektal diazem 0,5 mg/kg) verilir (47).

Hastaneye yatırma: Klinik durum stabil değilse, 18 aylıktan küçükse, komplike FK ise, postiktal dönem dışında letarji devam ediyorsa hastaneye yatırılabilir. Bunların dışında hastaneye yatırmak gereksizdir. Evde takip edileceği zaman aileler bilgilendirilmelidir. FK için risk faktörü varsa, uzamış veya birden fazla nöbet geçiren çocukların ailesine rektal diazem verilebilir (9).

Profilaktik tedavi: (9)

Basit febril konvülziyonda profilaksi gerekli değildir. Aşağıdaki risk faktörlerinden en az iki tanesinin bulunması durumunda profilaksi önerilir.

- 1- İlk febril konvülziyon öyküsü 1 yaş altında olması,
- 2- Kompleks febril konvülziyon geçirenlerde,
- 3- Birinci derece akrabalarda epilepsi öyküsü olması,
- 4- Nörolojik anormalliği olanlar veya nöromotor gelişim geriliği olanlar,
- 5- 24 saat içinde tekrarlayan nöbet geçirenler.

Profilaktik tedavinin 2 türü vardır:

1. İntermitan profilaksi

Nöbet sık tekrarlıyorsa, febril status epileptikus öyküsü varsa, komplike febril konvülziyon geçirmişse, ailesi kaygılı ve hastaneden uzak mesafede oturuyorsa verilebilir. Ateşli dönemlerde aralıklı diazepam verilir. Rektal ateş $> 38,5^{\circ}$ C iken rektal diazepam 0,3-0,5 mg/kg/doz (maksimum 10 mg) uygulanır. Sedasyon ve solunum depresyonu yapabilir.

2. Devamlı profilaksi

Koruma tedavisinde en çok kullanılan antiepileptik ilaç fenobarbitaldir. Fenobarbital serum düzeyi 15mcg/ml (5mg/kg/gün) olacak şekilde uzun süre kullanılır. Hiperaktivite, uyku sorunu, hipersensitivite, konsantrasyon bozukluğu gibi yan etkileri görülebilir. Fenobarbital kadar etkili diğer ilaç valproik asittir. 2 yaş altı çocuklarda hepatotoksisite riski nedeniyle kullanımı önerilmez (73).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma 1 Şubat 2017 – 1 Şubat 2018 Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Polikliniğine ateş nedeniyle başvuran hastaların aileleri ile yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 300 aile ile anket yapılmıştır.

Çalışma öncesinde Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı 14.02.2018 tarih ve 20 sayılı kararı ile onay alındı.

Anket formu 27 sorudan oluşup ilk 20 soru ailelerin tanımlayıcı özellikleri ve ateşe yaklaşımlarını sorgulayan sorulardır. Son 7 soru sistemden hasta kayıtları taranarak hekim tarafından doldurulup acil serviste uygulanan tanı ve tedaviye yönelik sorulardır. Çalışmanın amacı ve yöntemi ailelere anlatılarak gerekli izinler alındı.

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik programı kullanılarak analizleri yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı özellikler, sayı, yüzdeler dağılım ve ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 300 aileye anket uygulanmıştır.

Tablo 5. Demografik özelliklerin dağılımı

Soru		n	%
Cinsiyet	Kız	138	46,0
	Erkek	162	54,0
Anne yaşı	35 yaş altı	176	58,7
	35 yaş ve üstü	124	41,3
Anne eğitim durumu	İlköğretim	90	30,0
	Lise	147	49,0
	Üniversite	63	21,0
Anne mesleği	Ev hanımı	204	68,0
	Memur	56	18,7
	İşçi	18	6,0
	Özel sektör	22	7,3
Çocuk sayısı	1 çocuk	74	24,7
	2 çocuk	147	49,0
	3 ve daha fazla	79	26,3
Kaçınıcı çocuk	İlk	127	42,3
	2 ve üstü	173	57,7
Çocuk yaşı	3 yaş ve altı	3	1,0
	4-11 yaş	19	6,3
	12 yaş ve üstü	278	92,7
Yaşadığı yer	İl	212	70,7
	İlçe	43	14,3
	Köy	45	15,0
Gelir düzeyi	Asgari ücret	100	33,3
	Asgari ücret altı	23	7,7
	Asgari ücret üstü	177	59,0

Tablo 4 incelendiğinde çocukların cinsiyet dağılımlarına bakıldığında; 138 kız (% 46), 162 erkek (% 54) cinsiyetteydi.

35 yaş altı 176 (% 58,7), 35 yaş ve üstü 124 (%41,3) anne çalışmada yer almaktadır.

Annelerin eğitim durumlarına bakıldığında lise mezunu 147 (% 49), ilköğretim mezunu 90 (% 30,0), üniversite mezunu 63 (% 21) anne çalışmaya katılmıştır.

Anne mesleğine göre dağılımlarına bakıldığında 204 (% 68,0) ev hanımı, 56 (% 18,7) memur, 18 (% 6,0) işçi, 22 (%7,3) özel sektörde çalışıyordu.

Çalışmaya katılan annelerin 74 (%24,7)'ünün 1 çocuğu, 147 (% 49,0)'sinin 2 çocuğu, 79 (% 26,3)'unun 3 ve daha fazla çocuğu vardı.

Yüksek ateş nedeniyle acil servise başvuran 127 (% 42,3) hasta, çalışmaya katılan annelerin ilk çocuğuydu.

Çalışmaya katılan çocukların 278 (% 92,7)'i 12 yaş ve üstü idi.

Ailelerin 212 (% 70,7)'si ilde, 43 (% 14,3)'ü ilçede, 45 (% 15,0)'i köyde yaşamaktadır.

Gelir dağılımına bakıldığında 100 (% 33,3)'ü asgari ücret, 177 (% 59,0)'si asgari ücret üstü ile geçimini sağlamaktadır.

Tablo 6. Ateş ölçüm ile ilgili cevapların dağılımı

SORU		n	%
Evde ateş ölçer var mı?	Var	271	90,3
	Yok	29	9,7
Ateş ölçüm aracı	Dijital termometre	239	79,7
	Civalı termometre	25	8,3
	El teması	36	12,0
Ateş ölçüm yeri	Koltukaltı	206	68,7
	Alın	74	24,7
	Ağız	1	0,3
	Kulak	19	6,3
Kaç dereceye ateş denir?	37 ⁰ C üstü	79	26,3
	38 ⁰ C üstü	212	70,7
	Fikri yok	9	3,0

Tablo 5 incelendiğinde ailelerin 271 (% 90,3)'inde evde ateş ölçer bulunmaktadır. Ateş ölçüm araçlarına bakıldığında 239 (% 79,7)'u dijital termometre ile ateş ölçmüştür.

Ailelere çocuğun ateşini nereden ölçtüğü sorulduğunda 206 (% 68,7)'si koltuktan, 74 (% 24,7)'ü alından ölçüm yapmıştır.

Ailelere ateş sınırı nedir diye sorulduğunda 212 (% 70,7)'si 38 °C üstü olarak cevap vermiştir.

Tablo 7. Ailelerin ateşe yaklaşımı

SORU		n	%
Evde ateş düşürücü verildi mi?	Evet	258	86,0
	Hayır	42	14,0
Ateş düşürücü verilme sıklığı	Ateş çıkınca	178	59,3
	4 saatte bir	111	37,0
	Diğer	11	3,7
Ateş başlama süresi	24 saat ve altı	229	76,3
	25-48 saat arası	35	11,7
	48 saat üstü	36	12,0
Verilen ateş düşürücü	Parasetamol	166	55,3
	İbuprofen	52	17,3
	Parasetamol ve ibuprofen	78	26,0
	Diğer farmakolojik ajanlar	4	1,3

Tablo 6'da görüldüğü gibi ailelerin 258 (% 86,0)'i evde ateş düşürücü vermiş. Ailelerin ateş düşürücü verme sıklığı sorulduğunda 178 (% 59,3)'i ateş çıkınca cevabını vermiştir. Ailelerin 166 (% 55,3)'sının ateş çıkınca ilaç olarak parasetamol verdiği görülmüştür.

Olguların 229 (% 76,3)'unun ateş başlama zamanı ile acil servise başvuru zamanı arası geçen süre 0-24 saat olarak belirtmiştir.

Tablo 8. Ailelerin ateşten korkma sebebi

Özellikler	n	%
Ateşten korkma sebebi (n:344)		
Havale	248	82,6
Beyin hasarı	52	17,3
Ölüm	12	4,0
Diğer	32	10,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

** % değerleri genel katılımcı sayısı olan 300'e göre hesaplanmıştır.

Ailelerin %82,6'sı havale, %17,3'ü beyin hasarı nedeniyle ateşten korkmaktadır.

Tablo 9. Evde yapılan uygulama

Özellik	n	%
Evde yapılan uygulama (n:463)		
Ilık su ile duş	149	49,6
Gülsuyu, sirke vb. ile ılık uygulama	55	18,3
Giysi çıkartma	170	56,6
Doktor önerisiz antibiyotik	3	1,0
Doktor önerisiz ateş düşürücü	86	28,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

** % değerleri genel katılımcı sayısı olan 300'e göre hesaplanmıştır.

Ailelere çocuğun evde ateşi çıktığında yaptıkları uygulama sorulduğunda % 56,6'sı giysi çıkartma, % 39,6'sı ılık su ile duş aldığını belirtmiştir.

Tablo 10. Ateşe eşlik eden semptomlar

	n	%
Başvuru Şikayeti (n=948)		
Bulantı-kusma	87	29,0
Halsizlik	179	59,7
İştahsızlık	152	50,7
Huzursuzluk	96	32,0
Öksürük	149	49,7
Burun akıntısı	118	39,3
Hırıltılı solunum	42	14,0
Kulak ağrısı	15	5,0
Sık nefes alma	38	12,7
İshal	22	7,3
Karın ağrısı	50	16,7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

** % değerleri genel katılımcı sayısı olan 300'e göre hesaplanmıştır.

Çocukların ateş ile birlikte acil servise getirilme nedenleri incelendiğinde, başvuru şikayetlerinde %59,7 ile halsizlik ilk sırada yer alırken, bunu %50,7 ile iştahsızlık ve %49,7 ile öksürük izlemektedir.

Tablo 11. Annelerin eğitimlerine göre ateşe yaklaşımları

ANNE EĞİTİM DURUMU	İLKÖĞRETİM		LİSE		ÜNİVERSİTE		p
	n	%	n	%	n	%	
ATEŞ SINIRI							
38° C'nin üstü	60	66,7	103	70,1	49	77,8	0,149
37° C'nin üstü ve fikri yok	30	33,3	44	29,9	14	22,2	
ATEŞ ÖLÇÜM YERİ							
Koltukaltı	68	75,6	96	65,3	42	66,7	0,241
Alın	20	22,2	40	27,2	14	22,2	0,605
Ağız	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0,999
Kulak	2	2,2	10	6,8	7	11,1	0,025*
EVDE ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERME DURUMU							
Verildi	77	85,6	130	88,4	51	81,0	0,358
Verilmedi	13	14,4	17	11,6	12	19,0	
ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERME SIKLIĞI							
Ateş çıkınca	55	61,1	88	59,9	35	55,6	0,381
4 saatte bir	33	36,7	55	37,4	23	36,5	
Diğer	2	2,2	4	2,7	5	7,9	
ATEŞTEN KORKMA NEDENİ							
Havale	72	80,0	126	85,7	50	79,4	0,405
Beyin hasarı	10	11,1	27	18,4	15	23,8	0,037*
Ölüm	2	2,2	4	2,7	6	9,5	0,035*
EVDE YAPILAN UYGULAMA							
Ilık su ile duş	46	51,1	75	51,0	28	44,4	0,455
Gülsuyu, sirke vb. ile ılık uygulama	18	20,0	28	19,0	9	14,3	0,394
Giysi çıkarma	41	45,6	92	62,6	37	58,7	0,034*
Doktor önerisiz antibiyotik	2	2,2	0	0,0	1	1,6	0,313
Doktor önerisiz antipiretik	23	25,6	35	23,8	28	44,4	0,009*
ILIK UYGULAMA YAPILAN YER							
Baş	15	16,7	16	10,9	11	17,5	0,330
Koltukaltı	18	20,0	8	5,4	1	1,6	<0,001*
Tüm vücut	22	24,4	51	34,7	22	34,9	0,135
Gövde	2	2,2	3	2,0	1	1,6	0,789
Elini yüzünü yıkama	4	4,4	20	13,6	9	14,3	0,038*
Baş ve koltukaltı	9	10,0	22	15,0	8	12,7	0,541

Tablo 10’da görüldüğü gibi ilköğretim mezunu olan annelerin 60 (%66,7)’i, lise mezunu olanların 103 (%70,1)’ü ve üniversite mezunu olanların 49 (%77,8)’u 38 derece ve üzerini ateş yüksekliği olarak tanımlamıştır.

Çalışmaya katılan annelere çocuğunuz ateşlendiğinde ateşini nereden ölçersiniz diye sorulduğunda ilköğretim mezunu olan annelerin 68 (%75,6)’i, lise mezunu olanların 96 (%65,3)’sı ve üniversite mezunu olanların 42 (% 66,7)’si koltuktan ateş ölçtüğünü söylemiştir.

Annelerin eğitim durumu arttıkça kulaktan ateş ölçme davranışı anlamlı olarak artmaktaydı.

İlköğretim mezunu olan annelerin 77 (%85,6)’si, lise mezunu olan annelerin 130 (%88,4)’u, üniversite mezunu annelerin 51 (% 81,0)’i acil servise gelmeden önce hasta çocuğuna evde ateş düşürücü vermiştir.

Çalışmaya katılan annelere evde ateş düşürücü verme sıklığı sorulduğunda ilköğretim mezunu annelerin 55 (%61,1)’i, lise mezunu annelerin 88 (%59,9)’i ve üniversite mezunu annelerin 35 (%55,6)’i çocuğun ateşi çıktıkça cevabını vermiştir.

Sonuç olarak anne eğitim durumları ile annelerin ateş sınırını doğru bilme, evde ateş düşürücü verme ve ateş çıkınca antipiretik verme sıklığı arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmaya katılan annelerin ateşten en sık korkma nedenleri sorulduğunda ilköğretim mezunu olan annelerin 72 (% 80,0)’si, lise mezunu olanların 126 (% 87,7)’sı ve üniversite mezunu olanların 50 (% 79,4)’si havale cevabını vermiştir.

Annelerin eğitim düzeyi arttıkça ateş yüksekliğinin ölüme ve beyin hasarına neden olmasından korkma durumu artmaktadır (sırasıyla $p=0,035$ ve $p=0,037$).

İlköğretim mezunu olan annelerde, ateş yüksekliğinde giysi çıkarma uygulaması oranı lise ve üniversite mezunu olan annelere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p=0,034$).

Üniversite mezunu olan annelerde, ateş yüksekliğinde doktor önerisi olmadan antipiretik kullanma oranı ilköğretim ve lise mezunu olan annelere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,009$).

İlköğretim mezunu annelerin % 2,2'si, lise mezunu annelerin hiç biri, üniversite mezunu annelerin % 1,6'sının doktor önerisiz antibiyotik kullandığı görülmüştür. Bunun nedeni olarak antibiyotiklerin reçetesiz alınmaması ve ailelerin temin edememesi olarak düşünüldü.

Çalışmaya katılan annelere ılık uygulama yaptıkları yer sorulduğunda ilköğretim mezunu olan annelerin 22 (%24,4)'si, lise mezunu olanların 51 (% 34,7)'i ve üniversite mezunu olanların 22 (% 34,9)'si tüm vücut cevabını vermiştir.

Annelerin eğitim durumu arttıkça ateş yüksekliğinde koltuktan ılık uygulama anlamlı olarak azalmaktaydı ($p<0,001$).

Annelerin eğitim durumu arttıkça ateş yüksekliğinde çocuğun elini yüzünü yıkama uygulaması anlamlı olarak artmaktaydı ($p=0,038$).

Tablo 12. Anne yaşlarına göre ateşe yaklaşımları

ANNE YAŞ	35 YAŞ ALTI		35 YAŞ VE ÜSTÜ		p
	n	%	n	%	
ATEŞ SINIRI					
38°C'nin üstü	125	71,0	87	70,2	0,872
37°C'nin üstü ve fikri yok	51	29,0	37	29,8	
ATEŞ ÖLÇÜM YERİ					
Koltukaltı	117	66,5	89	71,8	0,330
Alın	46	26,1	28	22,6	0,482
Ağız	1	0,6	0	0,0	0,999
Kulak	12	6,8	7	5,6	0,681
EVDE ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERME DURUMU					
Verildi	155	88,1	103	83,1	0,219
Verilmedi	21	11,9	21	16,9	
ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERME SIKLIĞI					
Ateş çıkınca	100	56,8	78	62,9	0,303
4 saatte bir	71	40,4	40	32,3	
Diğer	5	2,8	6	4,8	
ATEŞ NEDEN KORKUTUR?					
Havale	152	86,4	96	77,4	0,044*
Beyin hasarı	32	18,2	20	16,1	0,644
Ölüm	10	5,7	2	1,6	0,132
EVDE YAPILAN UYGULAMA					
Ilık su ile duş	86	48,9	63	50,8	0,740
Gülsuyu, sirke vb. ile ılık uygulama	31	17,6	24	19,4	0,701
Giysi çıkarma	105	59,7	65	52,4	0,213
Doktor önerisiz antibiyotik	1	0,6	2	1,6	0,571
Doktor önerisiz antipiretik	50	28,4	36	29,0	0,906
ILIK UYGULAMA YAPILAN YER					
Baş	24	13,6	18	14,5	0,829
Koltukaltı	10	5,7	17	13,7	0,017*
Tüm vücut	62	35,2	33	26,6	0,114
El-yüz yıkama	18	10,2	15	12,1	0,610
Baş ve koltukaltı	22	12,5	17	13,7	0,759
Gövde	2	1,1	4	3,2	0,235

Tablo 11’de görüldüğü gibi ankete katılan 35 yaş altı annelerin 125 (%71,0)’i, 35 yaş ve üstü olanların 87 (%70,2)’si ateş sınırını 38°C'nin üstü olarak söylemiştir.

Çalışmaya katılan annelere ateş ölçüm yeri sorulduğunda 35 yaş altı annelerin 117 (%66,5)’si, 35 yaş ve üstü olanların 89 (%71,8)’u koltukaltından ölçtüğünü söylemiştir.

35 yaş altı annelerin 155 (%88,1)’i, 35 yaş ve üstü annelerin 103 (%83,1)’ü acil servise gelmeden önce evde ateş düşürücü vermiştir.

Çalışmaya katılan annelere ne zaman ateş düşürücü verirsiniz diye sorduğumuzda 35 yaş altı annelerin 100 (%56,8)’ü, 35 yaş ve üstü annelerin 78 (%62,9)’i ateşi çıkınca cevabını vermiştir.

Ankete katılan 35 yaş altı annelerin 152 (%86,4)’si, 35 yaş ve üstü olanların 96 (%77,4)’sı ateşten korkma nedenini havale olarak belirtmiştir.

Çalışmaya katılan annelere çocuğunun ateşi çıktığında evde yaptığı uygulama sorulduğunda 35 yaş altı annelerin 105 (%59,7)’i, 35 yaş ve üstü annelerin 65 (%52,4)’i giysi çıkarma olarak cevaplamıştır.

Çalışmaya katılan annelere ılık uygulamayı nereden yaptığı sorulduğunda 35 yaş altı annelerin 62 (%35,2)’si, 35 yaş ve üstü annelerin 33 (%26,6)’ü tüm vücut cevabını vermiştir.

35 yaş altındaki annelerde havaleden korkma 35 yaş ve üstü annelere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,044).

35 yaş ve üstü anneler 35 yaş altı annelere göre koltukaltından ılık uygulamayı anlamlı olarak daha fazla yapmaktadır (p=0,017)

Anne yaş grupları arasında diğer sorular bakımından anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 13. Annelerin kaç çocuk sahibi olmalarına göre ateşe yaklaşımları

ÇOCUK SAYISI	1 ÇOCUK		2 ÇOCUK		3 VE DAHA FAZLA		p
	n	%	n	%	n	%	
ATEŞ SINIRI							
38° C'nin üstü	54	73,0	98	66,7	60	75,9	0,302
37° C'nin üstü ve fikri yok	20	27,0	49	33,3	19	24,1	
ATEŞ ÖLÇÜM YERİ							
Koltukaltı	47	63,3	96	65,3	63	79,7	0,029*
Alın	22	29,7	37	25,2	15	19	0,123
Ağız	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0,999
Kulak	5	6,8	13	8,8	1	1,3	0,084
EVDE ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERME DURUMU							
Verildi	66	89,2	124	84,8	68	86,1	0,628
Verilmedi	8	10,8	23	15,6	11	13,9	
ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERME SIKLIĞI							
Ateş çıkınca	39	52,7	89	60,5	50	63,3	0,300
4 saatte bir	33	44,6	54	36,7	24	30,4	
Diğer	2	2,7	4	2,7	5	6,3	
ATEŞTEN KORKMA NEDENİ							
Havale	59	79,7	125	85,0	64	81,0	0,569
Beyin hasarı	16	21,6	21	14,3	15	19,0	0,363
Ölüm	3	4,1	6	4,1	3	3,8	0,999
EVDE YAPILAN UYGULAMA							
Ilık su ile duş	43	58,1	68	46,3	38	48,1	0,240
Gülsuyu, sirke vb. ile ılık uygulama	14	18,9	24	16,3	17	21,5	0,622
Giysi çıkarma	43	58,1	79	53,7	48	60,8	0,579
Doktor önerisiz antibiyotik	0	0,0	2	1,4	1	1,3	0,805
Doktor önerisiz antipiretik	20	27,0	41	27,9	25	31,6	0,524
ILIK UYGULAMA YAPILAN YER							
Baş	13	17,6	17	11,6	12	15,2	0,451
Koltukaltı	5	6,8	13	8,8	9	11,4	0,317
Tüm vücut	29	39,2	44	29,9	22	27,8	0,136
Gövde	0	0,0	5	3,4	1	1,3	0,214
Elini yüzünü yıkama	6	8,1	20	13,6	7	8,9	0,379
Baş ve koltukaltı	10	13,5	18	12,2	11	13,9	0,925

Tablo 12’de görüldüğü gibi annelerin çocuk sayılarına göre bir çocuğu olanların 54 (%73,0)’ü, iki çocuğu olanların 98 (%66,7)’i, üç ve daha fazla çocuğu olanların 60 (%75,9)’ı ateş sınırını 38° C'nin üstü olarak işaretlemiştir.

Çalışmaya katılan annelere ateş ölçüm yeri sorulduğunda bir çocuğu olanların 47 (%63,3)’si, iki çocuğu olanların 96 (%65,3)’sı, üç ve daha fazla çocuk sayısı olanların 63 (%79,7)’ü koltukaltı olarak cevaplamıştır.

Çalışmaya katılan annelerin çocuk sayısı bir olanların 66 (%89,2)’sı, çocuk sayısı iki olanların 124 (%84,8)’ü, çocuk sayısı üç ve daha fazla olanların 68 (%86,1)’i acil servise gelmeden önce evde ateş düşürücü vermiştir.

Ateş düşürücü ne zaman verdikleri sorulduğunda bir çocuğu olan annelerin 39 (%52,7)’u, iki çocuğu olan annelerin 89 (%60,5)’u, üç ve daha fazla çocuk sayısı olan annelerin 50 (%63,3)’si ateş çıkınca cevabını vermiştir.

Bir çocuğu olan annelerin 59 (%79,7)’u, iki çocuğu olan annelerin 125 (%85,0)’i, üç ve daha fazla çocuğu olan annelerin 64 (%81,0)’ü ateşten korkma nedenini havale olarak cevaplamıştır.

Çocuğun ateşi çıktığında evde yapılan uygulama sorulduğunda bir çocuğu olan annelerin 43 (%58,1)’ü, iki çocuğu olan annelerin 79 (%53,7)’u, üç ve daha fazla çocuğu olan annelerin 48 (%60,8)’i giysi çıkarma cevabını vermiştir.

Ilık uygulama yapan annelere ılık uygulamayı nereden yaptığı sorulduğunda bir çocuğu olan annelerin 29 (%39,2)’u, iki çocuğu olan annelerin 44 (%29,9)’ü, üç ve daha fazla çocuğu olan annelerin 22 (%27,8)’si tüm vücut ılık uygulama yaptığını belirtmiştir.

Üç ve daha fazla çocuk sahibi olan annelerde diğer annelere göre koltukaltından ateş ölçüm oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,029).

Annelerin sahip olduğu çocuk sayısına göre diğer sorular bakımından anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 14. Başvuru anında ateş varlığı ve geçmişte febril konvülziyon öyküsü

	n	%
BAŞVURU ANINDA ATEŞ VARLIĞI		
Var	166	55,3
Yok	134	44,7
GEÇMİŞTE FEBRİL KONVÜLZİYON ÖYKÜSÜ		
Evet	18	6,0
Hayır	282	94,0

Acil servise ateş nedeniyle başvuran 300 hastanın 166 (%55,3)'sında başvuru anında ateş saptandı. Acil servise ateş nedeniyle başvuran 300 hastanın 18 (%6)'inin başvuru anındaki ateşli ataktan daha önce febril konvülziyon geçiren hastaların olduğu saptandı.

Tablo 15. Acil serviste yapılan uygulamalar

	n	%
ACİLDE ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERİLME DURUMU		
Verildi	163	54,3
Verilmedi	137	45,7
ACİLDE VERİLEN ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ		
Parasetamol	154	94,5
İbuprofen	9	5,5
ACİLDE ILIK UYGULAMA		
Yapıldı	29	9,7
Yapılmadı	271	90,3
ACİLDE ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ		
Verildi	10	3,3
Verilmedi	290	96,7
İV MAYİ DESTEĞİ VE TAKİP		
Yapıldı	261	87,0
Yapılmadı	39	13,0

Tablo 14'te acile başvuran 300 hastanın 163 (%54,3)'üne acilde ateş düşürücü verilmiş. Acilde verilen ateş düşürücünün 154 (%94,5)'ü parasetamol olduğu saptandı.

Acile başvuran 300 hastanın 29 (%9,7)'una acilde ılık uygulama yapılmış, 10 (%3,3)'una iv antibiyotik tedavisi verilmiş, 261 (%87,0)'üne iv mayi desteği sağlanmış.

Tablo 16. Alınan kültürler ve kültürlerde üreme durumu

	n	%
KÜLTÜR ALINMA DURUMU		
Alındı	174	58
Alınmadı	126	42
HANGİ KÜLTÜRLER ALINDI		
Boğaz	136	78,2
İdrar	24	13,8
Boğaz ve idrar	14	8
KÜLTÜRDE ÜREME DURUMU		
Var	32	18,4
Yok	142	81,6

Tablo 15'te görüldüğü gibi acil servise başvuran 300 hastanın 174 (%58,0)'ünden kültür alınmış. Bu kültürlerden 136 (%78,2)'sı boğaz kültürü, 24 (%13,8)'ü idrar kültürü, 14 (%8,0)'ü idrar ve boğaz kültürü birlikte alındı. Hastalardan alınan kültürlerden 32 (%18,4) hastada üreme saptandı.

Tablo 17. Hastaların aldığı tanılar

	n	%
TANI		
Üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE)	203	67,7
Alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE)	31	10,3
İdrar yolu enfeksiyonu (İYE)	28	9,3
Akut gastroenterit (AGE)	10	3,3
Otit	9	3,0
Viral döküntü	4	1,3
Dehidratasyon	9	3,0
Diğer	6	2,0

Tablo 16’da hastaların aldığı tanımlar incelendiğinde 203 (%67,7) ile ÜSYE ilk sırada yer alırken, bunu 31 (%10,3) ile ASYE ve 28 (%9,3) ile İYE izlemektedir.

Tablo 18. Hastaların acil serviste kalış süreleri

	Min.	Max.	Ort ± SS
Acilde kalış süresi (saat)	0,5	10	3,2 ± 1,9

5. TARTIŞMA

Ateş, çocukluk çağında en sık görülen problemlerden biridir. Aynı zamanda aileleri en çok telaşlandıran ve acil servise en sık başvuru nedenlerinden biridir (57). Bu çalışmada ailelerinin ateş hakkındaki bilgi düzeyi, ateş yüksekliğine karşı yaklaşımları ve ateş etiyojisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Celasin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %62,2'sinin erkek olduğu tespit edilmiştir (58). Bizim çalışmamızda da benzer olarak hastaların %54'ü erkek cinsiyetteydi. Yapılan çalışmalarda erkek çocukların kız çocuklara göre daha sık ateşlendikleri görülmüştür. Nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte X kromozomu üzerinde IgM bulunmasına yardımcı bir gen lokusu, gram negatif mikroorganizmalara karşı canlılığın immunitesini sağlamaktadır. Erkeklerde bir X kromozomu, kızlarda iki X kromozomu olması erkeklerin daha fazla enfeksiyonlara yakalanmasıyla açıklanmaktadır (59).

Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin %71,4'ünün ev hanımı olduğu görülmüştür (60). Çalışmamızda da benzer olarak annelerin %68'i ev hanımıydı.

Karwowska ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin %84,2'si termometre kullanmıştır (62). Baysoy ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin %72'sinin termometre kullandığı bulunmuştur (63). Yıldırım ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada termometre kullanan annelerin oranı %60,2 olarak bulunmuştur (64). Çalışmamızda annelerin %79,6'sının termometre kullandığı görüldü.

Baysoy ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin %89'unun ateşi aksiller bölgeden ölçtüğü bulunmuştur (63). Anneler arasında en yaygın kullanılan bölge koltukaltıdır ve ateş ölçümü kolaydır. Çalışmamıza katılan annelerin %68,7'sinin ateşi aksiller bölgeden ölçtüğü görüldü.

Esenay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ateş sınırını doğru bilen annelerin oranı %25,5 olarak bulunmuştur (57). Bizim çalışmamızda ailelerin %70,7'si ateş sınırını doğru olarak cevapladığı görüldü. Bu durum annelerin artık daha bilinçli olduğunu düşündürmektedir.

Kılıçaslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailelere ateş düşürücü verme sıklığı sorulduğunda %60,4'ü 4 saatte bir cevabını vermiştir (65). Bizim çalışmamızda ailelerin %59,3'ü ateş düşürücü ilacı 4 saatten daha sık verdiği, %37'sinin ateş düşürücü ilacı 4 saatte bir verdiği görüldü. Bunun sebebi olarak da ailelerin ateş düşürücü dozunu yanlış bildikleri, ilaç dozunun yeterli gelmemesi olarak düşünüldü.

Halıcıoğlu ve arkadaşları ateşlenen çocukların %58,8'inin ilk 24 saatte hastaneye getirildiklerini saptamıştır (66). Çalışmamızda ailelerin ateşlenen çocuklarını ilk 24 saatte (%76,3) acil servise getirdikleri saptandı. Orandaki bu artış ailelerin ateş konusunda endişesinin giderek arttığını ve hekime ulaşmada kolaylığın arttığını göstermektedir.

Baysoy ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin çocukları ateşlendiğinde tercih ettikleri ateş düşürücü %74,6 oranla parasetamol, %3,5 oranla ibuprofen olduğu görülmüştür (63). Halıcıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada parasetamol kullanan annelerin oranı %48,8 olarak bulunmuştur (66). Crocetti M. ve arkadaşlarının Amerika'da yaptıkları bir çalışmada en sık tercih edilen ateş düşürücü %44 oranla ibuprofen olduğu görülmüştür (67). Çalışmamızda parasetamol tercih eden annelerin oranı %55,3 olduğu görüldü. Ateş düşürücü olarak aspirin ve metamizol kullanımının giderek düşmesi bu ilaçların yan etkileri açısından toplumun ve doktorların bilinç düzeyinin artmasına bağlıdır.

Ateş çocukluk çağında en sık karşılaşılan bulgulardan biri olduğundan gereksiz antibiyotik kullanımına neden olması açısından günümüzde en önemli sorunlardan biridir. Sağlık harcamalarında artış ve olası antibiyotik direnç gelişimi açısından önemlidir. Kabakuş ve arkadaşlarının (68) 2000 yılında yaptıkları çalışmada annelerin ateş durumunda doktor önerisiz herhangi bir antibiyotiğe başlama oranı %48 iken, bizim çalışmamızda bu oran %1 olarak bulundu. Doktor önerisiz antibiyotik kullanımının yıllar geçtikçe azalması bu konuda artan bilinci göstermektedir.

Esenay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin ateşli çocukta en önemli korku nedeni olarak %82,6 ile nöbet geçirme olduğu görülmüştür (57). Çalışmamızda da aynı şekilde annelerin yüksek ateşte en önemli korku nedeni %82,6

ile havale geçirmesi olduğu görüldü. Çalışmamızda çocukların sadece 18 tanesinde (%6) febril konvülsiyon hikayesi mevcuttu. Çocuklarda ateşli havale geçirme oranının %4-5 olması, ateş sonucu olan havalenin iyi seyirli olması ve kalıcı hasara neden olmaması bu endişenin abartılı olduğunu göstermektedir (52). Havale geçirme korkusunu sadece aileler değil hekimler de yaşamaktadır. Ulukol ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin %62'sinde ateş korkusu olduğu bunun sebebinin %85'inin ise febril konvülsiyon olduğu bulunmuştur (69). Nuran Salman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ateşin FK ile sonuçlanmasından endişelenen hekimlerin oranı %61 olarak bulunmuştur (70). Bu çalışmalar neticesinde hem hekimlerin hem de ailelerin bu konuda daha fazla eğitime ihtiyaçları olduğu görülmektedir.

Antipiretik kullanımının gerekliliği, etkinliği, ateşin zarar ve yararları uzun zamandan beri tartışma konusudur. Antipiretik kullanmadan önce yapılması gereken önlemler; çocuğun giysisini çıkartmak, ılık su ile duş aldirmek, oda ısısını ayarlamak, aktiviteleri kısıtlamak, yeterli sıvı desteği sağlamak gibi farmakolojik olmayan uygulamalardır. Tek başına ve ilk önlem olarak antipiretik vermek yeterli ve doğru bir uygulama değildir. Eliaçık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailelerin ateşi tespit ettiklerinde %97,1'inin çocuklarının giysilerini azalttığını, %90,3'ünün ateş düşürücü verdiğini saptamıştır (71). Nerkiz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çocukları ateşlendiğinde annelerin %19,2'sinin ateş düşürücü verdiğini, %68,5'inin ılık su ile duş aldirdiği bulunmuştur (72). Bizim çalışmamızda çocuklarının ateşi çıktığında annelerin evde yaptığı uygulamanın %56,6'sını giysi çıkartma, %49,6'sını ılık su ile duş aldırma oluşturmaktadır.

Nerkiz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ateş yüksekliği nedeniyle acil servise başvuran hastaların semptom ve bulgularının %42'sini halsizlik, %31,3'ünü öksürük, %12,6'sını bulantı-kusma oluşturmuştur (72). Bizim çalışmamızda semptom ve bulguların %59,7'sini halsizlik, %50,7'sini iştahsızlık oluşturmaktadır.

Halıcıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servise ateş nedeniyle gelen çocuklarda en sık nedenler üst solunum yolu enfeksiyonu ve gastroenterit saptanmıştır (66). Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %25,0 oranı ile üst solunum yolu enfeksiyonu olmuştur (60). Nerkiz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %40,8'inde ÜSYE, %22,1'inde tonsillit, %6,6'sında farenjit, %5,8'inde otit

saptanmıştır (72). Bizim çalışmamızda %67,7 ile üst solunum yolu enfeksiyonu, %10,3 ile alt solunum yolu enfeksiyonu olduğu saptandı. Bizim çalışmamızda tonsillit ve farenjit ÜSYE grubuna dahil edildiği için acil servise ateş nedeniyle gelen hastalarda hemen hemen aynı oranda ÜSYE tanısı devam etmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocukluk yaş grubunda en sık görülen yakınmalardan biri olan ateş, aynı zamanda hastaneye en sık başvuru nedenlerinin başında gelir. Çocukluk çağında sık görülmesine rağmen ailelerde ve sağlık çalışanlarında korku ve endişeye neden olmaktadır. Endişe ve korkunun nedeni ateşin yararlı etkilerinin bilinmemesi ve zararlı olabilecek ateş sınırının bilinmemesidir.

Araştırmamıza 300 anne katılmıştır. Elde edilen bulgular sonucunda:

1. Ailelerin %70,7'si 38⁰ C'nin üzerini ateş olarak kabul etmiştir.
2. Ateş ölçüm yeri olarak annelerin %68,7'si koltukaltını tercih etmiştir.
3. Ailelerin %79,7'si dijital termometre kullanmıştır.
4. Ateşi düşürmek için evde yapılan uygulamaların %56,6'sını giysi çıkartma, %49,6'sını ılık su ile duş oluşturmaktadır.
5. Ailelerin çoğunda ateş korkusu tespit edilmiştir. En önemli korku nedeninin %82,6 oranında havale geçirmesi olduğu saptanmıştır.
6. Ailelerin %55,3'ü antipiretik olarak parasetamol tercih etmiştir.
7. Hastaların %67,7'sinin üst solunum yolu enfeksiyonu, %10,3'ünün alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı aldığı saptandı.
8. Doktor önerisiz antibiyotik kullanan ailelerin oranı %1 olarak bulunmuştur.

Araştırmamızda ailelerin ateş konusundaki bilgi düzeylerinin daha önce yapılmış diğer çalışmalara göre arttığı saptanmıştır. Ancak halen ateş bilinci konusunda endişeleri ve eksiklikleri mevcuttur. Ailelerin bu konuda bilinçlendirilmesi, acil servislerin gereksiz meşgul edilmesini, gereksiz ilaç kullanımını ve endişelerini azaltacağı düşünülmektedir.

ÖZET

Çocuk Acil Polikliniğine Ateş İle Başvuran Hastaların Tanıları

Ateş, çocukluk çağında en sık karşılaşılan sorunlardan birisi olması yanı sıra aynı zamanda vücudun savunma mekanizmalarındandır. Çoğu zaman tedavi gereksizdir. Çok yüksek olmayan ateşin yararlı etkileri olduğunu destekleyen bulgular vardır. Fakat klinikte ateş etkenine göre gerektiğinde tedavi uygulanır. Ateşin hemen düşürülmesi yanlış bir uygulamadır. Aileler çocukların ateşini gereksiz yere agresif olarak tedavi etmektedir. Bu çalışmada ailelerinin ateş hakkındaki bilgi düzeyi ve ateş yüksekliğine karşı yaklaşımlarını saptamak ve ateş etiolojisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma 1 Şubat 2017 – 1 Şubat 2018 Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Polikliniğine ateş nedeniyle başvuran hastaların aileleri ile yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 300 aile ile anket yapılmıştır. Anket formu 27 sorudan oluşmuştur. İlk 20 soru ailelerin tanımlayıcı özellikleri ve ateşe yaklaşımlarını sorgulayan sorulardır. Son 7 soru acil serviste uygulanan tanı ve tedaviye yönelik sorulardır.

Bulgular: Çalışmaya katılan annelerin 204 (%68)'ü ev hanımı, 176 (%58,6)'sı 35 yaş altında, 147 (%49)'si lise mezunuydu. Ateşli çocukta annelerin en önemli korku nedeni % 82,6 oranında havale geçirmesine neden olmasıdır. Ailelerin %70,7'si 38⁰ C üzerini ateş olarak kabul ettiğini, %68,7'si ateşi koltukaltından ölçtüğünü, %79,6'sı dijital termometre kullandığını, %55,3'ü ateş düşürücü olarak parasetamol kullandığını ifade etmiştir.

Sonuç: Araştırmamızda geçtiğimiz yıllarda bu konuda, ülkemizde ve gelişmekte olan diğer ülkelerde yapılmış diğer çalışmalara göre, ailelerin ateş konusundaki bilinç seviyelerinde artış görülmektedir. Ancak halen ateş bilinci konusunda endişeleri ve eksiklikleri mevcuttur. Ailelerin bu konuda bilinçlendirilmesi, acil servislerin gereksiz meşgul edilmesini, gereksiz ilaç kullanımını ve endişelerini azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Çocuk, Ateş etiyojisi

ABSTRACT

Diagnoses of feverish pediatric patients coming to emergency clinic

Fever is one of the most common problems in childhood; it is also one of the defense mechanisms of the body. Most of the time, treatment is unnecessary. There are some findings that support some benefits of fever. However, in the clinic, treatment is applied according to the etiology of fever. Immediately reducing the fever is a wrong treatment. Families treat children's fever unnecessarily aggressively. The aim of this study was to determine the attitudes of families about fever and its' elevation and to determine the etiology of fever.

Method: This study was carried out between 1 February 2017 - 1 February 2018 with the families of patients who applied to the emergency department of the pediatric of Isparta Suleyman Demirel University Medical Faculty Pediatric Emergency Clinic due to the fever. Survey was carried out with 300 families who agreed to participate in the study. The questionnaire form consisted of 27 questions. The first 20 questions were questions that query descriptive characteristics of families and their approaches to fever. The last seven questions were diagnostic and treatment questions which were obtained in emergency department.

Results: 204/300 (68,0 %) of the mothers were housewives, 176/300 (58,6 %) of them were under 35 and 147/300 (49,0 %) of them were high school graduates. The most important cause of fear of the mothers in the feverish children were convulsions (82,6 %). 70,7 % of the families accepted it as the fever when it was above 38 degrees, 68,7 % said that they measured the fever under armpit, 79,6 % said they used digital thermometer and 55.3 % told that they used paracetamol as an antipyretic.

Conclusion: According to other studies conducted in our country and other developing countries in recent years, the level of awareness of families about fever has increased. However, there are still concerns and deficiencies about consciousness of fever. It is thought that raising awareness of families about this issue will reduce unnecessary occupation of emergency services, unnecessary drug use and will reduce their concerns.

Keywords: Fever, Child, Etiology of fever

KAYNAKLAR

1. El-Radhi A, Carroll J. Fever and hyperthermia. Fever in paediatric practice: Blackwell Scientific Publications, Cambridge; 1994. p. 15-49.
2. Long S.S., Prober C. G., Fischer M. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases fifth edition. 2018;93-94.
3. Saz EU, Koturođlu G, Duyu M, Ozananar Y, Kurugöl Z, Sever M. Türk ailelerinin ateş yönetimi ile ilgili bilinç düzeyi ve korkuları. Çocuk Enfeksiyon Dergisi. 2009;3:161-4.
4. Baraff LJ, Schriger DL, Bass JW, Fleisher GR, Klein JO, McCracken GH, et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Pediatrics. 1993;92(1):1-12.
5. May A, Bauchner H. Fever phobia: the pediatrician's contribution. Pediatrics.1992;90(6):851-4.
6. Saper CB, Breder CD. The neurologic basis of fever. N Engl J Med. 1994;330(26):1880-6.
7. Kösa E, Çınar N. Prematüre bebeklerde hipotermimin önlenmesi: Plastik örtü kullanımı. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.2014;3(3):161-5
8. Taştan Y. Ateşi Olan Çocuklara Yaklaşım, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Pediatrik Aciller Sempozyum Dizisi No: 57, Nisan 2007; s.43-58
9. Dalkıran Altınkalem Y. Annelerin ateş ve ateşli havale ile ilgili bilgi düzeyleri tez çalışması, İstanbul, 2007
10. Bakır M. Çocuk Hastalarda Ateşe Yaklaşım: Tanı ve Tedavi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi Yayın No: 53, Kasım 2006; s.37-56.
11. Edwards HE, Courtney MD, Wilson JE, Monaghan SJ, Walsh AM. Fever management audit: Australian nurses' antipyretic usage. Pediatric Nursing. 2003;29(1):31-8.
12. Baker MD. Evaluation and management of infants with fever. Pediatric Clinics. 1999;46(6):1061-72.
13. Lorin M. Fever: pathogenesis and treatment. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 1992;1:89-95.
14. Robertson J. Management of the child with fever. Collegian.2002;9(2):40-2.
15. Lenhardt R, Grady M, Kurz A. Hyperthermia during anaesthesia and intensive care unit stay. Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology. 2008;22(4):669-94
16. Rowsey PJ, Pamela J. Understanding the pathophysiology of fever, learn about the clues that can help you identify a fever cause. Crit Care Nurs.2008;38(8):56-62.

17. Linder N, Sirota L, Snapir A, Eisen I, Davidovitch N, Kaplan G, Barzilai A. Parental knowledge of the treatment of fever in children. *Isr Med Assoc J.*1999;1(3): 158-60.
18. Purssell E. Physical treatment of fever. *Arch Dis Child.* 2000;82(3):238-9.
19. Poirier MP, Davis PH, Gonzalez-del Rey JA, Monroe KW. Pediatric emergency department nurses' perspectives on fever in children. *Pediatr Emerg Care.* 2000;16(1):9-12.
20. Walsh AM, Edwards HE, Courtney MD, Wilson JE, Monaghan SJ. Paediatric fever management: continuing education for clinical nurses. *Nurse Educ Today.*2006;26(1):71-7.
21. Falzon A, Grech V, Caruana B, Magro A, Attard-Montalto S. How reliable is axillary temperature measurement? *Acta Paediatrica.* 2003;92(3):309-13.
22. Tekşam Ö, Yıldız LA. Ateşli Çocuğa Yaklaşım Yurdakök Pediatri. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara. 2017:607-13.
23. Pagane, Joseph MD, Facep. Infrared ear thermometry. *Br J Gen Pract* 2004 November 1; 54(508): 869.
24. Tabak F. Ateş Patogenezi, Ateş Tipleri, Erişkinde Ateş Yönetimi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi Yayın No: 53, Kasım 2006; s.27-36.
25. Cengiz B. Nedeni bilinmeyen ateş. *Katkı Pediatri Dergisi* 2007;29(4):425-2.
26. Bakır M. Çocuk Hastalarda Ateşe Yaklaşım: Tanı ve Tedavi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi No:53, Kasım 2006; s.37-56.
27. Demircioğlu F, Öztürk Y, Ünal N, Köse S, Karaman Ö. Yanıt: İlaç ateşi SSK Tepecik Hastanesi Dergisi.2004;14(2):137-138
28. Uzel N, Üçsel R, Çıtak A. (eds) 2. Acil Pediatri ve Çocuk Yoğun Bakım Toplantı Kitabı. Acil Pediatri Derneği Yayınları, İstanbul.
29. Vauzelle-Kervroedan F, d'Athis P, Pariente-Khayat A, Debregeas S, Olive G, Pons G. Equivalent antipyretic activity of ibuprofen and paracetamol in febrile children. *J Pediatr.* 1997;131(5):683-7.
30. Alhan E. Ateş tedavisi. Ceyhan M, Yıldırım İ, Devrim İ, Hasan T (editörler). Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyumu:26 Mayıs 2006;Ankara.2006.p.7.
31. Miles FK, Kamath R, Dorney S, Gaskin KJ, O'Loughlin EV. Accidental paracetamol overdosing and fulminant hepatic failure in children. *The Med J Aust.*1999;171(9):472-5.
32. Kearns GL, Leeder JS, Wasserman GS. Acetaminophen overdose with therapeutic intent. *J Pediatr.*1998;132(1):5-8.
33. Yıldırım İ. Parasetamol. *Katkı Pediatri Dergisi* 2007;29(4): 441-7.

34. Prescott LF. Therapeutic misadventure with paracetamol: fact or fiction? *Am J Ther.*2000;7(2):99-114.
35. Sarıkayalar F. Çocuk acil polikliniklerinde ateşli çocuklara yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi.*1993;14(5):415-421.
36. Oğuz F. Ateşli Çocuğa Yaklaşım. In: Cantez T, Ömeroğlu RE, Baysal SU, Cantez T. (eds) *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları.* Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.2003;5-10.
37. Powell KR. (2004) Fever. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. (eds) *Nelson Textbook of Pediatrics 17th. Edition.* 2004 Saunders pp 839-46.
38. Salman N, Vehit HE, Palanduz A. Ateşli süt çocuğuna yaklaşım: Hekimlerin bilgi, yaklaşım ve uygulamaları. *Çocuk Dergisi.*2004;4(2),113-117.
39. Yalçın I. Ateş. In: Neyzi O, Ertuğrul T.Y. (eds) *Pediatri-1, 3. Baskı,* Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul;2002;473-75.
40. Cin Ş, Ulukol B. Çocukta ateş. In: Cin Ş, Ulukol B.(eds). *Çocukta ateş.* Öncü Yayınevi, Ankara,1999;1:1-6.
41. Topçu M. Febril konvülsiyonlar. *Katkı Pediatri Dergisi* 1994;6:458-63
42. Commission on epidemiology and prognosis, international league against epilepsy. *Guidelines for Epidemiologic Studies on Epilepsy.* *Epilepsia* 1993;34:592-6.
43. Millar JS. Evaluation and treatment of the child with febrile seizure. *Am Fam Physician.*2006;73(10).
44. Hirtz DG. Febrile seizures. *Pediatrics in Review.*1997;18:5-9.
45. Yakut A. Febril konvülsiyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics Special Topics.* 2003;1(2):119-27.
46. Berg AT, Shinnar S, Hauser WA, Alemany M, Shapiro ED, Salomon ME, Crain EF. A prospective study of recurrent febrile seizures. *N Engl J Med.* 1992;327(16):1122-7.
47. Ayata A. Febril konvülsiyonda yeni yaklaşımlar. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2004;11(3):27-30.
48. Baulac S, Gourfinkel-An I, Nabbout R, Huberfeld G, Serratosa J, Leguern E, Baulac M. Fever, genes, and epilepsy. *The Lancet Neurology.* 2004;3(7): 421-30.
49. Çarman KB. Febril Status Epileptikus. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics.* 2016;9(3):90-4.
50. MA Mikati. Febril Nöbetler. Akçay T. (editör). *Nelson Pediatri.* İstanbul: Ocak, 2015:19: 2017.
51. Topçu M. Febril konvülsiyonlar. *Katkı Pediatri Dergisi* 1994;6:458-63.

52. Yakut A. Febril Konvülziyon. 47. Milli Pediatri Kongresi Özet Kitabı 2003.s 53-7.
53. Neyzi O, Ertuğrul T, Özmen M. Öykü ve fizik muayene. Neyzi O, Ertuğrul T. (editörler). Pediatri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2010;4(1):7.
54. Nield LS, Kamat D. Odaksız Ateş. Akçay T. (editör). Nelson Pediatri. İstanbul: Ocak, 2015;19: 896-902.
55. Kara B. Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2003;12(1):10-14.
56. Çaka SY, Çınar N, Altınkaynak S. Ateşli çocuğa yaklaşım. Journal of Human Rhythm. 2015;1(4):133-38.
57. Esenay FI, İşler A, Kurugöl Z, Conk Z, Kotuoğlu G. Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. Türk Pediatri Arşivi. 2007;42(2):57-60.
58. Celasin N, Ergin D, Atman Ü. Yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;22(6):315-22.
59. Kılıç M. Annelerin sigara içmelerinin ve bazı çevresel faktörlerin bebeklerde Bronşit, Trakeit görülme durumuna etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998; 10:1-17.
60. Öztürk Ö, Topan A, Kuzlu Ayyıldız T. Ateş şikayeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015;2(3):285-96.
61. Kılıç R, Kendir ÖT, Gökay SS, Çelik T, Özkaya AK, Yılmaz HL. Çocuklarda ateş ile ilgili ebeveynlerin tutum ve davranışları. J Pediatr Emerg Intensive Care Med. 2016;3:76-85.
62. Karwowska A, Nijssen-Jordan C, Johnson D, Davies HD. Parental and health care provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective. CJEM. 2002;4(6):394-400.
63. Baysoy G, Aydoğmuş T, Akın D, Uyan AP. Annelerin, çocuklarındaki ateşle ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Türk Pediatri Arşivi. 2005;40(4):282-7.
64. Yıldırım A, Bozaykut A, Dalkan C, İpek İÖ, Sezer RG. 6 Ay-6 Yaş Arası Yüksek Ateşli Çocukların Annelerinin Ateş Bilinç Seviyesinin Değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2014;8(4):201-7.
65. Kılıçaslan O, Sönmez CI, Dinçer D, Şengün Y, Temizkan RC, Eröz R, Kocabay K. Attitude and behaviors of mothers regarding fever in children; a Duzce University Faculty of Medicine study. Family practice and palliative care. 2018;3(1):12-17.
66. Halıcıoğlu O, Koç F, Akman S, Teyin A. Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi. 2011;1:13-9.

67. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*. 2001;107(6):1241-6.
68. Kabakuş N, Yasemin A, Aygün D. Annelerin çocuklarının ateşli hastalıkları konusundaki düşünce ve davranışları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2000;43:56-6.
69. Ulukol B, Köksal Y, Cin Ş. Ailelerin, doktorların ve tıp öğrencilerinin ateş korkusu ve bilgi düzeyleri. *Sağlık ve Toplum*. 1999;9:42-5.
70. Salman N, Vehit H, Palanduz A. Ateşli süt çocuğuna yaklaşım; hekimlerin bilgi, yaklaşım ve uygulamaları. *Çocuk Dergisi* 2004;4(2):113-4.
71. Eliaçık K, Kanık A, Oyman G, Rastgel H, Güngör S, Anıl M, Bakiler AR. Ebeveynlerin ateş hakkındaki bilgi, inanış ve yanlış uygulamaları. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012;13:5-7.
72. Nerkiz P, Doğaner Y, Aydoğan Ü, Onar T, Gök F, Sağlam K, Özcan O. Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş bilinç durumu. *Euras J of Fam Med*. 2012;1(1):11-6.
73. Haspolat Ş. Konvülsiyonlar. Erkan T., Kutlu T., Satar M., Ünüvar E. *Pediatrinin Esasları*. İstanbul Tıp Kitabevleri. 2017;965-6.

EKLER

Ek 1. Anket

ÇOCUK ACİL POLİKLİNİĞİNE ATEŞ İLE BAŞVURAN HASTALARIN TANILARI

HASTA AD SOYAD:

1-Çocuğun cinsiyeti : A - Kız B-Erkek

DOSYA NO:

2-Yaşı:

TARİH:

3-Anne yaşı: Mesleği:
Eğitim durumu:

Telefon:

4-Baba yaşı: Mesleği:
Eğitim durumu:

Telefon:

5-Nerede yaşıyorsunuz? A-İl
B-İlçe
C-Köy

6-Kaç çocuğunuz var?

7-Hastamız kaçınıcı çocuğunuz?

8-Gelir düzeyiniz nedir? A-Asgari ücret
B-Asgari ücret altı
C-Asgari ücret üstü

9-Ateşten korkma nedeniniz nedir? A-Havale
B-Beyin hasarı
C-Ölüm
D-Diğer:

10-Evde ateş ölçer var mı? A-Evet
B-Hayır

11-Ateşi ne ile ölçtünüz? A-Dijital termometre
B-Cıvalı termometre
C-El teması

12-Ateş düşürücü verme sıklığınız nedir? A-4 saatten daha sık
B-4 saatte bir
C-Diğer:

13-Ateş ölçme yöntemi ? A-Koltukaltı
B-Alın C-Ağız
D -Kulak

14-Kaç derecenin üzeri yüksek ateş? A-37 derecenin üzeri
B-38 derecenin üzeri
C-Fikri yok

15-Evde ateş düşürücü verildi mi? A-Evet
B-Hayır

16-Evde yapılan uygulama?

A-Ilık su ile duş

B-Yıkama →Gülsuyu ile

→Sirke ile

→Alkol ile

C-Giysi çıkartma

D-Doktor önerisi olmadan antibiyotik verme

E- Doktor önerisi olmadan ateş düşürücü verme

F-Diğer:

17-Soğutma yapıldıysa nereden yaptınız? A-Baş

B-Koltukaltı

C-Tüm vücut

D-Gövde

E-Elini yüzünü yıkama

18-Ateş başvurusundan ne kadar süre önce başladı?

19-Ateşle birlikte eşlik eden semptom var mı?

A-Bulantı-kusma

B-Halsizlik

C-İştahsızlık

D-Huzursuzluk

E-Öksürük

F-Burun akıntısı

G-Hırıltılı
solunum

H-Kulak
ağrısı

I-Sık nefes
alma

J-İshal

K-Karın
ağrısı

20-Ateş düşürücü olarak ne veriyorsunuz?

A-Calpol, Parol, Peditus, Aferin

B-Dolven, Pedifen

C-Aspirin

D-Diğer farmakolojik ajanlar

21. SORUDAN İTİBAREN HASTAYI MUAYENE EDEN HEKİM DOLDURACAK

21-Ateş+febril konvulziyon ile mi başvurdu? A -Evet

B -Hayır

22-Herhangi bir kültür alındı mı?

23-Kültür alındıysa üreme var mı?

24-Acil servise başvuruda ateş var mı?

A-Evet

B-Hayır

25-Acil serviste kalış süresi?

26-Acil serviste uygulanan tedaviler?

A-Ateş düşürücü ilaç verilmesi (Hangi ilaç verildi?)

B-Ilık uygulama

C-Antibiyotik tedavisi

D-Takip

27-Tanı: A-ÜSYE

B-ASYE

C-İYE

D-OTİT

E-AGE

F-VİRAL DÖKÜNTÜ

G-DEHİDRATASYON

H-DİĞER: