



**YOKSUL VE YOKSUL OLMAYAN EBEVEYNLERİN
ÇOCUKLARDA ATEŞ YÖNETİMİ VE AKILCI İLAÇ
KULLANIMINA YÖNELİK TUTUMLARI**

Rasim AKBAŞ

**Yüksek Lisans Tezi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU**

**2025
Her hakkı saklıdır.**



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YOLSUL VE YOKSUL OLMAYAN EBEVEYNLERİN ÇOCUKLARDA ATEŞ
YÖNETİMİ VE AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK TUTUMLARI**

Rasim AKBAŞ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

Erzurum

2025

Her hakkı saklıdır.

BEYANNAME

Bu tez çalışmasının Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçların akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak sunulduğunu; bu tezin özgün bir bilimsel araştırma 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.

09/04/2025

Rasim AKBAŞ

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BEYANNAME.....	3
İÇİNDEKİLER.....	I
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ.....	8
2. GENEL BİLGİLER.....	10
2.1. Yoksulluk.....	10
2.2. Dünyada ve Türkiye'de Yoksulluk.....	10
2.3. Yoksulluk Nedenleri.....	11
2.4. Yoksulluk ve Sağlık ilişkisi.....	12
2.5. Çocukluk Çağı Ateşi.....	14
2.6. Çocukluk Çağı Ateşi Nedenleri.....	14
2.7. Çocukluk Çağında Ateş Yönetimi.....	15
2.8. Akılcı İlaç Kullanımı.....	17
2.9. Akılcı İlaç Kullanımının Temel İlkeleri.....	18
2.10. Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Halk Sağlığı Hemşirelerinin Sorumlulukları.....	18
3. YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	20
3.4. Veri Toplama Araçları.....	21
3.5. Verilerin Toplanması.....	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	23
3.8. Araştırmanın Güçlükleri.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	29
5.1. Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Bilgisi.....	29
5.2. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutumları.....	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	33

7.KAYNAKLAR	34
8.EKLER	48
EK-1. Sosyo Demografik Özellikler Bilgi Formu	48
EK-2. Ebeveynlerin Ateş Yönetimine İlişkin Bilgi Formu	49
EK-3. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ)	51
EK-4. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği	52
EK-5. Etik Kurul Kararı	53
EK-6. Kurum İzni	54



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin boyunca her aşamada bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, desteğini ve yardımını esirgemeyen, sabırlı, anlayışlı ve hoşgörölü yaklaşımı ile beni cesaretlendiren, daima özveride bulunan ve öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum çok değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU'ya saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez savunma juri üyeliğinde değerli görüş ve önerileri için Sayın Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK ile Sayın Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali AYDIN' a çalışmaya katılan ebeveynlere ve Yüksek Lisans tezimde desteklerini esirgemeyen değerli eşim Elif AKBAŞ ve aile bireylerime, Verilerimi toplamamda ortam hazırlayan ASM den Dr. Habil NUR'a, araŐtırmam boyunca yanımda desteğini hissettiren ve motivasyonumu arttıran Cihat ÖZYILMAZ ve Bilal KAYA'ya teşekkürlerimi sunuyorum.

09/04/2025

İmza

Rasim AKBAŞ

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yoksul ve Yoksul Olmayan Ebeveynlerin Çocuklarda Ateş Yönetimi ve Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumları

Amaç: Bu çalışmanın amacı yoksul ve yoksul olmayan ebeveynlerin çocuklarda ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Karşılaştırmalı tanımlayıcı tipte olan çalışma Mart - Eylül 2023 tarihleri arasında 425 ebeveyn üzerinde yürütülmüştür. Çalışmanın verileri Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Ebeveynlerin Ateş Yönetimine İlişkin Bilgi Formu, Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği, Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce etik kurul ve kurum izni alınmıştır.

Bulgular: Yoksul olan bireylerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalaması $33,81\pm 4,48$, Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması $166,83\pm 12,50$, Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği alt boyutlarından doğru ve bilinçli kullanım puan ortalaması $128,67\pm 13,85$, etkili ve güvenli kullanım puan ortalaması $38,16\pm 11,36$ olduğu tespit edilmiştir. Yoksul olmayan bireylerde; Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalaması $34,28\pm 4,08$, Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması $173,27\pm 18,42$, Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği alt boyutlarından doğru ve bilinçli kullanım puan ortalaması $132,70\pm 11,82$, etkili ve güvenli kullanım puan ortalaması $40,57\pm 10,4$ olduğu tespit edilmiştir. Gelir grubuna göre Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği toplam puan ve ölçek alt boyutlarından doğru ve bilinçli kullanım ile etkili ve güvenli kullanım puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Yoksul ve yoksul olmayan ebeveynlerde Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği EAYÖ puan ortalamasının ortalamasının üzerinde ve benzer olduğu, Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları arasında yoksul olmayan gruptaki ebeveynlerin daha yüksek ortalamalar ile farklılık olduğu saptanmıştır. Gelir durumu yetersiz olan bireylerde akılcı ilaç kullanımına yönelik girişimlerin planlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, Ateş yönetimi, Hemşirelik, Yoksulluk

ABSTRACT

MS. Thesis

Fever Management in Children and Attitudes Towards Rational Drug Use of Poor and Non-Poor Parents

Aim: The aim of this study was to evaluate the attitudes of poor and non-poor parents towards fever management and rational drug use in children.

Methods: The comparative descriptive study was conducted on 425 parents between March and September 2023. The data of the study were collected with the Socio-Demographic Characteristics Information Form, Information Form on Fever Management of Parents, Parental Fever Management Scale, and Parental Attitude Scale towards Rational Drug Use. Descriptive statistics, t test in independent groups, analysis of variance and Pearson correlation analysis were used to analyse the data. Ethics committee and institutional approval were obtained before starting the study.

Results: The mean total score of the Parental Fever Management Scale was 33.81 ± 4.48 , the mean total score of the Parental Attitudes Towards Rational Drug Use Scale was 166.83 ± 12.50 , the mean score of correct and conscious use from the sub-dimensions of the Parental Attitudes Towards Rational Drug Use Scale was 128.67 ± 13.85 , and the mean score of effective and safe use was 38.16 ± 11.36 . In non-poor individuals, the mean total score of the Parental Fever Management Scale was 34.28 ± 4.08 , the mean total score of the Parental Attitudes Towards Rational Drug Use Scale was 173.27 ± 18.42 , the mean score of correct and conscious use from the sub-dimensions of the Parental Attitudes Towards Rational Drug Use Scale was 132.70 ± 11.82 , and the mean score of effective and safe use was 40.57 ± 10.4 . A statistically significant difference was found between the total score of the Parental Attitudes Towards Rational Drug Use Scale and the mean scores of correct and conscious use and effective and safe use from the subscales of the scale according to income group ($p < 0.05$).

Conclusion: It was found that the mean score of the Parental Fever Management Scale (PMMSS) was above the average and similar in poor and non-poor parents, and there was a difference between the mean scores of the total score and the mean scores of the subscales of the Parental Attitude Towards Rational Drug Use Scale with higher averages in the non-poor group. It is important to plan interventions for rational drug use in individuals with insufficient income.

Keywords: Fever management, Rational drug use, Nursing, Poverty

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1 Araştırma Süreç Takvimi.....	20
Tablo 3.2. İç Geçerlilik Katsayıları.....	22
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.	24
Tablo 4.2. Ebeveynlerin Ateş Yönetimine İlişkin Bilgileri.....	25
Tablo 4.3. Katılımcıların Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ) ve Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği (AİKİYETÖ) Puan Ortalamaları.....	27
Tablo 4.4. EAYÖ ile AİKİYETÖ Toplam ve Alt Boyut Bileşenleri Arasındaki İlişki.....	27



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Kısaltmalar</u>	<u>Açıklama</u>
EAYÖ	Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
AIKYETÖ	Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği
AAP	Amerikan Pediatri Akademisi
SKH	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
İYE	İdrar Yolu Enfeksiyonu
PFAPA	Periyodik Ateş, Aftöz Stomatit, Farenjit ve Adenit
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
RDU	Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
SES	Sosyoekonomik Statü

1. GİRİŞ

Ateş, vücudun alışık olmadığı ajanlara, enfeksiyon ve birçok hastalık yapıcı etkenlere karşı organizmanın refleks olarak oluşturduğu vücut ısısının normal seviyenin üstünde olması ile görülen klinik bir durumdur. Ateş, genel olarak enfeksiyon yapıcı hastalıklardan kaynaklanmaktadır (Akbayram, 2021). Çocukluk döneminde sık görülen ateş oluşturabileceği olumsuz durumlardan dolayı oldukça tehlikeli ve dikkat edilmesi gereken bir durumdur.

Çocukluk çağı ateşi, ebeveynleri sıklıkla tedavi aramaya ve çocukları için ilaç kullanımı konusunda karar almaya yönlendiren yaygın bir sağlık sorunudur. Dünyada acil kliniklere yapılan başvuruların yaklaşık 1/5'inin yüksek ateşin de bulunduğu hastalıklar nedeni ile olduğu bilinmektedir. Çocuklarda vücut ısısının yükselmesi ebeveynleri korkutan bir durumdur (Çataklı ve ark., 2012).

Çocukluk çağı ateşinin müdahalesi kolay olmasına karşın yanlış müdahaleler istenmeyen sonuçlar doğurabilmektedir. Son yıllarda dünya genelinde çoğu ülkelerde toplumun bilgi seviyeleri yükselmiştir. Aynı zamanda sağlık hizmeti veren kurumlara ulaşım imkânı artmıştır. Bu durum yüksek ateşten kaynaklı çocuk ölümlerinin oranlarını önemli derecede azaltmıştır. (Türe, 2011). Ancak ebeveynlerin ateş yönetimiyle ilgili bilgi ve tutumları, özellikle düşük gelirli nüfuslarda sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak önemli ölçüde değişebilmektedir. Yoksulluk içinde yaşayan aileler sağlık kaynaklarına sınırlı erişim ve değişen sağlık okuryazarlığı düzeyleri gibi ek zorluklarla karşılaşabilmektedir. Önceki araştırmalar, ebeveyn eğitim durumunun çocuklarda ateşi anlamalarını ve yönetmelerini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Rkain ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir çalışma, sağlık hizmeti sağlayıcılarından tavsiye alan ebeveynlerin, almayanlara göre uygun müdahaleler ve ilaç kullanımı konusunda daha fazla bilgi sahibi olduğunu bulmuştur (Rkain ve ark., 2014). Özdemir ve arkadaşları (2023), ebeveyn eğitim düzeyinin Akılcı İlaç Kullanımına yönelik tutumlarda önemli bir fark yarattığını ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip ailelerin ilaçlarla ilgili daha olumlu bilgi ve tutumlara sahip olma eğiliminde olduğunu göstermiştir. Farklı bir çalışmada ebeveynlerin çoğunluğunun çocuklarda ateş yönetimi için parasetamol gibi kimyasal maddeler kullandığı bildirilmiştir (Talebi ve ark., 2016). Ek olarak, ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumları çeşitli bağlamlarda araştırılmış ve pediatrik durumların yönetiminde bilgilendirilmiş bakımın önemi vurgulanmıştır (Talebi ve ark., 2016).

Çocukların ateşi yükseldiğinde ebeveynler hemen ateş düşürücü ilaçları vermeye çalışmaktadırlar. Ateşi hemen düşmediği durumlarda birden fazla ateş düşürücü ilaçları dönüşümlü olarak kullanma eğilimi göstermekte ve hekimlerine bu konuda talepte bulunmaktadırlar (Çaka ve ark., 2015). Aynı etkiyi gösteren bu ilaçların yarılanma ömrü farklı olmasına rağmen çoğu zaman aynı sürede vücuttan atılıyor düşüncesi ile hareket edilmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) aynı etkide olduğu düşünülen bu tür farklı ateş düşürücülerin çocuklarda dönüşümlü olarak kullanılmasını önermemektedir (Baş et al., 2016). Birçok araştırmada, ebeveynlerin yüksek ateş olarak bildiği vücut sıcaklığının, normal sınırlarda olduğu görülmüştür. Yüksek ateş yönetimine ilişkin yapılan çoğu uygulamaların ebeveynlerin yaşı, çalışma durumu, eğitim durumu, yaşadığı ortamlardan etkilendiği bilinmektedir. Annelerin ve bakıcıların ateş ile ilgili bilgilerinin artması ile çoğu yanlış veya gereksiz işlemlerin önüne geçilmiş olacaktır (Göbekli. & Güney, 2022). Ailelerin ateş yönetimi hakkında bilgilendirilmesinde sağlık hizmeti sunanlara özellikle hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelerin çocuklardaki yüksek ateş yönetimi hakkında doğru bir yönlendirme yapabilmeleri için genel sorunları bilmeleri gerekmektedir (Keklik ve ark., 2020).

Bu araştırmada yoksul ve yoksul olmayan ebeveynlerin çocuklarda ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma Soruları;

1. Ebeveynlerin ateş yönetimleri nasıldır?
2. Yoksul ve yoksul olmayan ebeveynlerin ateş yönetimleri nasıldır?
3. Yoksul ve yoksul olmayan ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumları arasında fark var mıdır?
4. Ebeveynlerde ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımı arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoksulluk

Yoksulluk, farklı akademik alanlar ve kültürel bağlamlarda değişken bir şekilde yorumlanan ve tanımlanan çok yönlü ve karmaşık bir olgudur. Geleneksel olarak, yoksulluk ekonomik boyutlar, özellikle gelir düzeyleri ve tüketim standartları üzerinden ölçülmüştür. Ancak, çağdaş yaklaşımlar yoksulluğun yalnızca gelir ve tüketim özellikleri ile ölçülemeyeceğini vurgulamaktadır. Örneğin, yoksulluk tanımında kullanılan yetenek yaklaşımında, temel yeteneklerden yoksunluk vurgulanarak, yoksulluk temelde asgari düzeyde kabul edilebilir bir yaşam kalitesine ulaşma fırsatlarının eksikliği olarak tanımlanmaktadır (Hayati ve ark., 2006; Singh & Chudasama, 2020). Bu bakış açısı, yoksulluğun yalnızca ekonomik koşulları değil, aynı zamanda dışlanma ve ayrımcılık gibi sistemik faktörlerin sosyoekonomik statüyle kesiştiği sosyal ve politik boyutları da kapsadığını vurgulamaktadır (Deka, 2012; Yusriadi ve ark., 2020).

Sağlık, eğitim ve yaşam standartları dahil olmak üzere yoksunluğun çeşitli yönlerini içeren yoksulluğun çok boyutlu doğası literatürde giderek daha fazla tanınmaktadır (Hubacek ve ark., 2017; Rudenko, 2014). Yoksulluğun tanımında yalnızca gelire odaklanmak bireylerin karşılaştığı zorlukların göz ardı edilmesine neden olmakla birlikte, çok boyutlu yoksulluk yaklaşımının önemini de ortaya çıkarmaktadır (Gopal, 2018).

Çok boyutlu yaklaşıma uygun olarak, tanımlar sosyal dışlanmayı ve kırılganlığı da kapsamaktadır. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) yoksulluğun her türüsünü ortadan kaldırmayı savunarak, ekonomik, çevresel ve sosyal yönleri bütünleştiren bütünsel bir anlayışa olan ihtiyacı daha da güçlendirmektedir (Huang ve ark., 2024).

Genel olarak, çağdaş yoksulluk tanımları, geleneksel ekonomik yorumdan ayrılmayı ve bireysel yeteneklerin, sosyal koşulların ve bağlamsal faktörlerin dikkate alınmasını gerektirir (Li ve ark., 2023; Yusriadi ve ark., 2023).

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluk

Dünya çapında ve Türkiye’deki yoksulluk oranları, nüfusun karşı karşıya olduğu önemli ekonomik ve sosyal zorlukları yansıtmaktadır. Son değerlendirmelere göre, küresel yoksulluk oranı, özellikle COVID-19 salgınıyla daha da kötüleşen ekonomik dalgalanmalar nedeniyle artmıştır. Dünya Bankası verileri, küresel nüfusun yaklaşık %9,2’sinin ve yaklaşık 689 milyon insanın, 2021 itibarıyla günde 1,90 dolardan az bir gelire aşırı yoksulluk içinde yaşadığını göstermektedir (Adeyonu ve ark., 2024). Salgın, ekonomik zorluklar ve artan

eşitsizlikler nedeniyle tahmini olarak 120 milyon kişiyi daha aşırı yoksulluğa itmiştir (Aransiola ve ark., 2024; Wang ve ark., 2024; Smith ve ark., 2024).

Türkiye’de, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) raporuna göre yoksulluk 2023 yılında yaklaşık %13,6 olarak ölçülmüştür. Medyan gelirin %60'ı dikkate alınarak belirlenen yoksulluk sınırına göre hesaplanan yoksulluk oranı ise %21,2'dir (TÜİK, 2024). Özellikle yaşlılar, çocuklar ve kırsal kesimdeki dezavantajlı gruplar arasında yoksulluk oranı, 2022 boyunca devam eden ekonomik durgunluk ve yüksek enflasyon oranlarıyla daha da kötüleşen eşitsizlikleri yansıtarak belirgin şekilde daha yüksektir (Ahmadnezhad ve ark., 2023).

2.3. Yoksulluk Nedenleri

Yoksulluk, birbiriyle ilişkili birden fazla nedene sahip karmaşık bir sosyal olgudur. Yoksulluğun nedenleri genellikle yapısal, ekonomik, sosyal, çevresel ve sağlık faktörleri olarak sınıflandırılabilir.

Yapısal ve Ekonomik Faktörler

Ekonomik değişkenler yoksulluğun artmasında önemli bir rol oynar. Ekonomik büyüme gelir dağılımında eşitsizlikleri daha da kötüleştiren eşitsizliklere yol açar (Beainy & Kamel, 2023). Yolsuzluklar, kaynakları sınırlandıran, yoksulların geçim kaynaklarını artırabilecek temel olanaklara erişmesini engelleyen ve gelir eşitsizliğini arttıran bir faktör olarak yoksulluğun azaltılmasının önünde bir engeldir (Dada & Akinlo, 2021). Ek olarak, yüksek işsizlik veya yetersiz istihdam seviyeleri, istikrarlı geliri olmayan bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılayamaması nedeniyle artan yoksulluk oranlarına yol açabilir (Jiang ve ark., 2020). Gıda güvensizliği bir diğer faktördür; genellikle düşük gelirli toplulukları etkiler, sağlık sorunlarını şiddetlendirir ve yoksulluktan kurtulma yeteneğini kısıtlar (George & McKay, 2019). Ayrıca, COVID-19 salgınının neden olduğu ekonomik gerilemeler, gelirleri azaltarak ve sosyal hizmetleri aksatarak mevcut yoksulluk koşullarını derinleştirebilir (Akseer ve ark., 2020).

Sosyal Faktörler

Yoksulluk, sosyal faktörlerle iç içedir. Sosyal, ekonomik ve politik kaynaklara erişimde sosyal dışlanma, yoksulluk için önemli bir faktördür (Halik & Webley, 2011). Çalışmalar, kadınlar ve etnik azınlıklar gibi belirli grupların ekonomik fırsatlara ve eğitime erişimlerini sınırlayan sistemik engellerle karşı karşıya olduğunu göstermiştir (Zhang ve ark., 2023). Eğitim özellikle yoksulluk bağlamında oldukça önemli olup, daha yüksek eğitim seviyeleri daha iyi ekonomik statü ile ilişkilidir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip

bireyler daha iyi iş ve kazanç potansiyeline sahiptir (Barika, 2025; Park ve ark., 2016). Ailelerdeki eğitim eksikliği genellikle çocuklara yoksulluğun aktarılmasına neden olarak yoksul ailelerin çocuklarının sosyoekonomik durumlarını iyileştirme olasılıklarını azaltır (Barika, 2025).

Çevresel ve Coğrafi Faktörler

Yeterli altyapıya sahip olmayan gecekondulu mahallelerinde veya kırsal alanlarda yaşamak gibi çevresel koşullar, yoksulluğu önemli derecede etkilemektedir. Kötü konut koşulları, sanitasyon eksikliği ve temiz suya yetersiz erişim, sağlık ve genel yaşam kalitesi için riskler oluşturabilmektedir (Wang ve ark., 2018). Aynı zamanda doğal afetler evleri ve geçim kaynaklarını yok ederek yoksul bölgeleri orantısız bir şekilde etkilemekte ve savunmasız nüfusları daha da yoksulluğa itebilmektedir (Wang ve ark., 2018).

Sağlık Faktörleri

Sağlık sorunları yoksulluğa katkıda bulunan bir diğer önemli etkidir. Hastalık ve kötü sağlık, hane halkı kaynaklarını tüketebilir, ailelerin karşılayamayacağı kadar artan tıbbi harcamalara yol açabilir ve böylece onları daha da yoksulluğa itebilir. Özellikle kırsal alanlarda sağlık hizmetlerine erişim eksikliği, yoksulluk ve hastalık arasındaki kısır döngüyü etkileyebilmektedir (Lund ve ark. 2010).

Sistemik ve Kurumsal Faktörler

Hükümet politikaları ve kurumsal ögeler de yoksulluğun hafifletilmesinde veya sürdürülmesinde hayati bir rol oynar. Hedeflenen sosyal koruma sistemlerinin yetersizliği genellikle savunmasız nüfuslara yardım sağlanmasında, onların değişen ihtiyaçlarının karşılanmasında eksikliklere neden olarak yoksulluk döngüsünün sürdürülmesine yol açar (Padmakanthi, 2023).

Yoksulluk, ekonomik, sosyal, çevresel, sağlık ve sistemik faktörleri kapsayan çeşitli birbiriyle ilişkili nedenlere sahip çok yönlü bir sorundur. Bu nedenleri anlamak, yoksulluğun azaltılması için etkili stratejiler geliştirmede önemlidir.

2.4. Yoksulluk ve Sağlık İlişkisi

Yoksulluk ve sağlık arasındaki ilişki karmaşık ve çok yönlüdür, yoksulluk genellikle kötü sağlık sonuçlarının hem nedeni hem de sonucu olarak hizmet eder. Çok sayıda çalışma, yoksulluk içinde yaşayan bireylerin kronik hastalıklar, ruh sağlığı bozuklukları ve daha kötü genel sağlık durumu dahil olmak üzere daha yüksek oranda sağlık sorunları yaşama eğiliminde olduğunu ortaya koymuştur. Yoksulluk, öncelikle sağlık hizmetleri, besleyici gıda ve temiz su dahil olmak üzere temel kaynaklara sınırlı erişim yoluyla sağlığı önemli ölçüde etkiler. Yoksulluk içinde yaşayan insanların yetersiz yaşam koşulları ve tıbbi bakıma

erişim eksikliği nedeniyle sağlık sorunlarına ve hastalıklara daha yatkın olduğu belirtilmektedir (Garcia ve ark., 2019). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi genellikle yoksul topluluklarda azalır. Yoksulluk ile ruh sağlığı sorunları arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır (Ghasemi ve ark., 2019). Ekonomik sıkıntı kronik strese yol açarak ruh sağlığını etkileyebilir ve kaygı ve depresyon sıklığını artırabilir (Ridley ve ark., 2020).

Yoksulluk ile sağlık arasındaki ilişki bir kısır döngü olarak tanımlanabilir. Sağlık sorunları yaşayan bireyler çalışamazlar, bu da gelirlerinin azalmasına ve yoksulluk düzeylerinin artmasına neden olur (Buddelmeyer & Cai, 2009). Yoksulluk sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz yönde etkileyerek sağlık bozulmasına yol açar (Ssebunnya ve ark., 2009).

Aynı zamanda kötü sağlık yoksulluğa yol açabilir, çünkü bireyler sağlık sorunları nedeniyle yüksek tıbbi maliyetlere maruz kalmakta veya istikrarlı bir istihdam sağlayamamaktadır (Wang ve ark., 2020).

Ruh sağlığı sorunları, yoksulluk içinde yaşayan bireyler arasında özellikle belirgindir. Dışlanma ve hizmetlere sınırlı erişim, genel refahı azaltan olumsuz bir durum yaratmaktadır (Ssebunnya ve ark., 2009). Ayrıca yetişkinlerin ruh sağlığı çocukluk yoksulluğundan önemli ölçüde etkilenmekte ve uzun vadeli kırılmalara yol açmaktadır (Islam & Azad, 2024).

Yoksulluk, bireylerin sağlık davranışlarını ve tutumlarını da derinden etkileyen bir durumdur. Ekonomik sıkıntı içinde yaşayan aileler, sınırlı kaynakları nedeniyle çocuklarının sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık sorunlarını yönetmede zorluklar yaşamaktadır. Yoksul bireylerin sağlıkla ilgili tutumları, zamanla sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin etkisiyle şekillenmektedir. Narinç'in (2022) çalışmasında, yoksullukla bağlantılı olarak bireylerin sağlık algısının ve sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olduğu belirtilmektedir; bu durum, tedavi arayışında yanlış yönlendirilmelere ve sağlık sorunlarının ihmal edilmesine yol açabilir. Sosyal yardımların sınırlı olmasının, yoksul ailelerin sağlık hizmetleri için ayırdığı kaynakların azalmasına neden olduğu ve bu durumun da sağlık hizmetlerine erişimi engellediği belirtilmektedir. Yoksulluk içinde büyüyen çocuklar, genellikle daha az sağlık bilgisi ve okuryazarlığına sahip ebeveynlere sahip olmaktadır; bu da sağlık yönetimi konusunda akılcı yaklaşımların benimsenmesini zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler, ateşle ilgili sağlık sonuçlarını ve çocukların algılarını ve tepkilerini etkileyebilir. Ebeveynlerin ateş yönetimine ilişkin tutumları sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak büyük ölçüde değişebilmektedir ve bu da

kişiyeye özel sağlık eğitimi müdahalelerine olan ihtiyaçı vurgulamaktadır (Nawa ve ark., 2023; Tarimo ve ark., 2000).

2.5. Çocukluk Çağı Ateşii

Çocuklarda vücut sıcaklığındaki artış olarak tanımlanan çocukluk dönemi ateşii, genellikle altta yatan bir enfeksiyon veya hastalığı gösteren yaygın bir klinik semptomdur. Enfeksiyona karşı normal bir fizyolojik yanıt olarak kabul edilir ve vücudun patojenlere karşı bağışıklık tepkisini yansıtır. Çocuklarda ateş, genellikle oral yoldan ölçüldüğünde 38°C veya daha yüksek bir vücut sıcaklığı ile karakterize edilir, ancak ölçüm yöntemine (oral, rektal, timpanik veya aksiller) göre değişebilir (Hussain ve ark., 2020).

2.6. Çocukluk Çağı Ateşii Nedenleri

Çocukluk ateşii, genellikle çeşitli altta yatan durumları, öncelikle enfeksiyonları ancak diğer tıbbi sorunları da ifade eder. Çocuklarda ateşin çeşitli nedenlerini anlamak, doğru tanı ve tedavi için kritik öneme sahiptir.

Bulaşıcı Hastalıklar;

Viral Enfeksiyonlar: Viral enfeksiyonlar, çocuklarda ateşin en yaygın nedenleri arasındadır. Ateşee neden olan yaygın virüsler arasında grip, solunum sinsityal virüsü ve adenovirüsler bulunur. Ateşli durumlara neden olan enfeksiyonlar, coğrafi konuma ve yaş grubuna göre büyük ölçüde değişebilir. Örneğin, tropikal bölgelerde, dang humması ve sıtma gibi hastalıklar çocuklarda ateş görülme sıklığını önemli ölçüde artırır (Dwivedi, 2019; Prasad ve ark.,2015).

Bakteriyel Enfeksiyonlar: Bakteriyel enfeksiyonlar da ateşee yol açabilir ve tıbbi müdahale gerektiren yaygın bir nedendir. İdrar yolu enfeksiyonları (İYE), pnömoni ve sepsis gibi durumlar ateşee neden olmaktadır (Bonsu & Harper, 2001; Üzüm ve ark., 2020). Bazı akut vakalarda ateş, menenjit veya kemik enfeksiyonları gibi daha ciddi durumları gösterebilir (Üzüm ve ark., 2020).

Parazitik Enfeksiyonlar: Endemik bölgelerdeki çocuklar gibi belirli demografik özelliklerde, sıtma ve tifo ateşii gibi parazitik enfeksiyonlar ateşin önemli nedenlerindedir (Dwivedi, 2019; Opara, 2021).

Bulaşıcı Olmayan Nedenler; Daha az yaygın olmasına rağmen, bulaşıcı olmayan etiyolojiler otoimmün hastalıklar (örn. sistemik lupus eritematozus) veya maligniteler gibi durumlar bazen semptom olarak ateşle ortaya çıkabilir. Bu tür vakalar daha az sıklıkta

görülse de, altta yatan ciddi durumları ekarte etmek için dikkatli değerlendirme gerektirir (Chien ve ark., 2017; Tiogouo ve ark., 2020).

Periyodik Ateş Sendromları;

Çocuklarda döngüsel ateş yapan sendromlar genellikle periyodik ateş, Aftöz Stomatit, Farenjit ve Adenit olarak tanımlanmaktadır (PFAPA sendromu) ve 3 ila 6 gün süren ve düzenli aralıklarla ortaya çıkan tekrarlayan ateşli ataklarla karakterizedir. Semptomlar genellikle ateşin yanı sıra ağız yaraları ve şişmiş lenf düğümleri şeklindedir (Aydinoğlu, 2023; Vanoni ve ark., 2016).

2.7. Çocukluk Çağında Ateş Yönetimi

Çocukluk çağı ateşinin yönetimi, altta yatan nedenleri değerlendirme ve çocuğun iyiliğini / rahatlığını sağlamak için dikkatli bir yaklaşım gerektirir. Ateşin kendisi genellikle enfeksiyona karşı koruyucu bir tepkidir, ancak çocuğun ateşi endişe verici seviyelere ulaştığında veya diğer semptomlarla ilişkili olduğunda, yönetim gerekli hale gelir. Ateş yönetiminde belli başlı adımlar bulunmaktadır;

1. Ateşi Anlamak

Çocuklarda ateş genellikle 38°C veya üzeri vücut sıcaklığı olarak tanımlanır. Ebeveynler ve bakıcılar, ateşin nedenleri, viral ve bakteriyel enfeksiyonlar gibi konular hakkında eğitilmelidir. Ateşle ilgili yanlış anlamalar gereksiz kaygıya ve yönetiminde hatalara yol açabilir (Bertille ve ark., 2013; Waly & Bakry, 2022).

2. İlk Değerlendirme ve İzleme

Çocuğun semptomlarını değerlendirmek, ateşi yönetmenin ilk adımıdır. Ebeveynler, nefes alma gücü, kızarıklık, uyuşukluk veya sürekli kusma gibi ek belirtiler açısından çocuğu izlemelidir. Ebeveynlere, doğru ateş ölçümü için uygun yöntemleri kullanarak rutin olarak vücut sıcaklığını ölçmeleri önerilir (Bertille ve ark., 2013). Ebeveynlerin ne zaman ve hangi durumlarda hekime başvurması gerektiğini bilmeleri de önemlidir; örneğin, birkaç günden uzun süren veya şiddetli semptomlarla ortaya çıkan ateşlerde tıbbi konsültasyon gerekmektedir (Oluchi ve ark., 2019)

3. Semptomatik Rahatlama

Altı aylıktan büyük çocuklar için, parasetamol veya ibuprofen ateşi düşürmek ve rahatlık sağlamak için uygulanabilir (Waly & Bakry, 2022). Önerilen dozaj, çocuğun kilosu ve yaşı dikkate alınarak dikkatlice takip edilmelidir. Birçok ebeveyn, bu ilaçların uygun

kullanımı hakkında yanlış fikirlere sahiptir ve bunların doğru uygulanması konusunda eğitime ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (Milani ve ark., 2022; Herman & Nurshal, 2017).

4. Fiziksel Yöntemler

Ateşi yönetmek için fiziksel yöntemler arasında soğuk kompres uygulamak, rahat bir oda sıcaklığı sağlamak ve yeterli sıvı alımı sağlamak yer alabilir. Çocuğu ılık suyla yıkamak da vücut sıcaklığını düşürmeye yardımcı olabilir; ancak titremeye neden olabileceği ve vücut sıcaklığını daha da artırabileceği için soğuk banyolardan kaçınılmalıdır (Tariverdi ve ark., 2023). Sıvı alımı, özellikle çocukta kusma veya diyare gibi ilişkili semptomlar varsa, ateş dehidratasyona yol açabileceği için çok önemlidir (Mitiku & Assefa, 2017).

5. Topluluk ve Aile Desteği

Ebeveynlerin uygun ateş yönetimi konusunda eğitim alması hayati önem taşır. Sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu topluluklarda, ebeveynleri eğitmek için hemşirelerden yararlanmak ateş yönetimi uygulamalarını önemli ölçüde iyileştirebilir (Guenther ve ark., 2017; Hamooya ve ark., 2016). Sağlık profesyonellerinden alınan destek ayrıca ebeveynleri rahatlatır, ateş yönetimiyle ilgili mitleri ortadan kaldırmaya ve sağlık hizmetlerinin yükünü azaltmaya yardımcı olabilir.

6. Ne Zaman Tıbbi Yardım Alınmalı

Ebeveynlerin tıbbi yardım gerektiren belirtiler konusunda bilgilendirilmesi gerekir. Bunlar;

- Üç günden uzun süren ateş.
- Şiddetli baş ağrısı veya döküntü.
- Sürekli kusma veya diyare
- Çocuğu uyandırmada zorluk.
- Herhangi bir dehidratasyon belirtisi (Oluchi ve ark., 2019; Tariverdi ve ark., 2023).

Çocukluk çağı ateşinin etkili bir şekilde yönetilmesi, uygun bilgi, zamanında müdahaleler ve toplum desteğinin bir kombinasyonunu gerektirir. Ebeveynler ve bakıcılar normal vücut ısısı değerleri, ateş düşürücülerin doğru kullanımı, semptomların izlenmesinin önemi ve tıbbi yardım almanın zamanı konusunda eğitilmelidir (Bertille ve ark., 2015; Park & Kwon, 2017; Waly & Bakry, 2022).

Çocuklarda ateşin yönetiminde akılcı ilaç kullanımı sadece rahatsızlığı hafifletmek için değil aynı zamanda uygunsuz tedaviyle ilişkili olası komplikasyonları önlemek için de önemlidir. Çocukluk ateşi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir ve bu ilişkiyi anlamak, bakım verenlerin tedaviyle ilgili bilinçli kararlar almasını sağlar. Araştırmalar, sosyoekonomik statünün, ebeveyn eğitiminin ve önceki deneyimlerin ateş yönetimi ve ilaç kullanımına yönelik tutumları önemli ölçüde şekillendirdiğini göstermektedir. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynler, ateş yönetimi konusunda daha iyi bilgi ve daha rasyonel uygulamalar gösterme eğilimindedir (Alsofyani & Hassanien, 2022; Hussain ve ark., 2020).

Yoksul nüfuslarda çocukluk ateşinin yönetimi, çeşitli sosyo-ekonomik ve sağlık sistemi faktörlerinden etkilenen çok yönlü bir durumdur. Birçok düşük gelirli ülkede, ateşli çocuklar için uygun sağlık hizmetlerinden yararlanmak önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Yoksul hanelerin genellikle sağlık hizmetlerine erişimde engellerle karşılaştı ve bunun sonucunda reçetesiz ilaçları kullanmak gibi tedavi yöntemlerine başvurdukları belirtilmektedir (Odu ve ark., 2015). Örneğin, Nijerya'da yapılan bir çalışma, daha yoksul geçmişe sahip bakıcıların, daha zengin hanelerden gelenlere kıyasla ateşli çocukları için profesyonel tıbbi yardım arama olasılıklarının daha düşük olduğunu ve genellikle toplum temelli sağlık hizmetlerine veya geleneksel ilaçlara başvurduklarını vurgulamıştır (Chibwana ve ark., 2009).

Genel olarak, çocukluk çağında etkili ateş yönetiminin önündeki engellerin ele alınması, ebeveynler arasında akılcı ilaç kullanımını ve zamanında sağlık hizmeti arama davranışını teşvik etmek için sağlık hizmeti sağlayıcıları ve eğitim programlarını içeren kapsamlı bir yaklaşım gerektirir (Abokyi ve ark., 2015; Hussain ve ark., 2020).

2.8. Akılcı İlaç Kullanımı

Akılcı ilaç kullanımı, hastalar için en iyi tedavi sonuçlarını elde etmek amacıyla ilaçların uygun ve etkili şekilde kullanılması anlamına gelir. Farmakoterapinin ayrılmaz bir parçası olan bu kavram, hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun doğru ilaçları, doğru dozlarda ve uygun bir süre boyunca almaları gerektiğini ve tüm bunların hem hasta hem de toplum için maliyetleri en aza indirmesi gerektiğini vurgular (Ranjan ve ark., 2019; Tekulapally, 2021).

2.9. Akılcı İlaç Kullanımının Temel İlkeleri

Uygunluk: İlaçlar hastanın özel klinik durumuna göre reçete edilmelidir. Bu, hastanın teşhisini, sağlık geçmişini ve olası ilaç etkileşimlerini veya kontrendikasyonlarını anlamayı

içerir. Akılcı ilaç kullanımı, reçete edilen tedavinin hastanın sağlık ihtiyaçları için gerekli ve uygun olmasını sağlamayı amaçlar (Akıcı ve ark., 2004; Shi ve ark., 2024).

Dozaj ve Süre: Uygun dozaj, akılcı ilaç kullanımında kritik öneme sahiptir. Reçete edilen doz, hastanın vücut ağırlığına, yaşına ve özel koşullarına uygun olmalıdır (Tekulapally, 2021). Tedavi süresinde de, gereksiz uzun süreli ilaç kullanımı olmadan terapötik hedeflere ulaşmak hedeflenmektedir. Tedavi süresinin uzaması, yan etki veya ilaç direnci riskini artırabilir (Akıcı ve ark., 2004; Ranjan ve ark., 2019).

Maliyet Etkinliği: Akılcı ilaç kullanımı, etkinliği maliyetle dengelemeyi amaçlar. Etkili ancak uygun fiyatlı ilaçlar reçete etmek, tedavi planlarına daha geniş erişimi ve uyumu sağlar (Tekulapally, 2021).

Hasta Bilgilendirme ve Eğitimi: Hastaların ilaçları hakkında bilgilendirilmesi ve eğitimi akılcı ilaç kullanımının temel taşıdır. Hastalar, ilaçlarının ne işe yaradığı, nasıl alınacağı ve olası yan etkiler konusunda eğitilmelidir. Bu bilgi, tedavi rejimine uyumu artırır ve yanlış anlaşılma veya kötüye kullanım olasılığını azaltır (Keohavong ve ark., 2006).

İzleme ve Değerlendirme: İlaç etkinliğinin ve yan etkilerinin sürekli değerlendirilmesi, akılcı ilaç kullanımı için hayati önem taşır. Bu, tedavi sonuçlarını değerlendirmek ve gerekli ayarlamaları yapmak için takip konsültasyonlarını içerir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hastaların en iyi bakımı almasını sağlamak ve iyileştirme alanlarını belirlemek için ilaç kullanım modellerinin izlenmesini vurgular (Aguiar ve ark., 2023; Hassan ve ark., 2022).

2.10. Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Halk Sağlığı Hemşirelerinin Sorumlulukları

Çocuklarda akılcı ilaç kullanımı (RDU), uygunsuz ilaç uygulamalarıyla ilişkili riskleri en aza indirirken etkili tedavi sonuçlarını sağlamak için esastır. Bu kavram, ilaçların uygun şekilde reçete edilmesini, uygulanmasını ve yönetimini kapsar ve çocukların doğru ilacı doğru dozda ve uygun sürede almasını sağlar. Çocuklarda farmakokinetik ve farmakodinamik özellikler nedeniyle ilaçların akılcı kullanımı özellikle pediatrik bakımda kritik öneme sahiptir. Çocuklarda fizyolojik yapıları nedeniyle kullanılan ilaçların dozları ve seçimleri dikkatli yapılmalıdır (Wu ve ark., 2019).

Halk sağlığı hemşireleri, eğitim, savunuculuk ve doğrudan klinik bakım rolleri ile akılcı ilaç kullanımını teşvik etmede önemli bir rol oynar. Sorumlulukları arasında ebeveynlere ateşli hastalıkları yönetmek için ilaç kullanma zamanları konusunda eğitim

vermek, ateşle ilgili yanlış anlamaları gidermek ve ateş düşürücüleri yalnızca gerekli olduğunda kullanmanın önemini vurgulamak yer alır (Milani ve ark., 2023; Ogunyinka ve ark. 2023). Ek olarak, komplikasyonları önlemek ve tedavi yönergelerine uyumu sağlamak için çocukların ilaçlar konusunda dikkatli bir şekilde izlenmesini sağlamalıdır. Halk sağlığı hemşireleri ayrıca bakım verenler arasında sağlık okuryazarlığını teşvik eden, dozaj önerilerini anlamanın önemini ve özellikle ateşli çocuklarda kendi kendine ilaç kullanımı veya irrasyonel ilaç kullanımıyla ilişkili riskleri vurgulayan toplum farkındalık programlarına katılarak da katkıda bulunabilirler (Karakul & Doğan, 2022). Halk sağlığı hemşireleri, ilaçlarla ilgili bireysel inanç ve uygulamaları sorgulayarak ve ele alarak, aileler içinde daha sağlıklı davranışlar şekillendirmeye yardımcı olur ve nihayetinde pediatrik popülasyonlar için sağlık sonuçlarını iyileştiren rasyonel ilaç kullanımı kültürünü teşvik eder (Mi ve ark., 2018). Ayrıca aileleri karar alma sürecine dahil etmek ve kişiye özel eğitim kaynakları sağlamak, çocuklarının sağlık yönetimine aktif olarak katılmalarını sağlayarak sağlık hizmeti sağlayıcılarına olan güveni artırır ve reçeteli tedavilere uyumu güçlendirir (Talebi ve ark., 2016). Sonuç olarak, halk sağlığı hemşireleri, çocukların ve ailelerinin bireysel ihtiyaçlarıyla uyumlu güvenli ve etkili ilaç uygulamalarını teşvik eden eğitim, destek ve savunuculuk sağlayarak çocuklarda akılcı ilaç kullanımını teşvik etmede çok önemlidir (Park & Kwon, 2017).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma karşılaştırmalı tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma yoksul bireylerin daha fazla olduğu Bitlis ili Güroymak 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde Eylül 2022-Nisan 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bitlis ili Güroymak ilçesi Doğu Anadolu Bölgesi'nin ortalama yoksulluk oranına sahiptir. Güroymak 1 No'lu ASM 20.000 nüfusu bünyesinde bulundurmakta, ASM'de 5 hekim ve 5 hemşire çalışmaktadır.

Tablo 3.1. Araştırma Süreç Takvimi

	Tarih
Araştırma konusunun belirlenmesi	30.09.2022
Etik Kurul onayı	30.03.2023
Araştırma için gerekli verilerinin toplanması	03.2023-09.2023
Araştırma yazım sürecinin tamamlanması	30.02.2025
Tez savunma	09.04.2025

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Bitlis Güroymak ASM bölgesinde ikamet eden bireyler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde evreni belli olmayan örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanılmıştır.

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

- n= Örneklem için alınacak olan birey sayısı.
- p= İncelenen olayın görülüşündeki sıklık (olasılık) (0.5).
- q= İncelenen olayların görülmemesi sıklığı (1-p) (0.5).
- t= belirli serbestliğin derecesine sahip ve saptanan yanılmanın düzeyindeki t tablosunda bulunan teorik değerler (1.96).
- d= olayın görülme sıklığına bağlı olarak yapılmak istenen \pm sapma değeri olarak simgelenmiştir (0.05).

Formüle göre örneklem büyüklüğü 384 olarak belirlenmiş olup, ilgili ASM bölgesinde 0-6 yaş çocuğu olan 425 ebeveyn çalışmaya alınmıştır (yoksul olan gruptan 215, yoksul olmayan gruptan 210 katılımcı). Çalışmada yoksulluk kriteri kişi başı günlük harcama için yoksulluk sınırı olan 4.3 \$ alınarak hesaplanmıştır. Buna göre 01/03/2023 günü Merkez Bankası dolar kuru verilerine göre 1 dolar, 18,88 TL'den hesaplanarak 4 kişilik aile

için yoksulluk sınırı 9742,08 TL olarak bulunmuştur. Aile üyelerinin dörtten fazla ya da daha az olması durumunda basit orantı yöntemi ile kişi sayısına göre yoksulluk belirlemesi yapılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. Türkçe konuşmak,
2. İletişimi engelleyen herhangi bir sağlık sorunu olmamak,
3. 0-6 yaş çocuğu olmak
4. 18 yaş ve üzerinde olmaktır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Ebeveynlerin Ateş Yönetimine İlişkin Bilgi Formu, Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği, Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği ile toplanmıştır.

Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan form katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, sosyal güvence durumu, çocuk sayısı, çocuk yaşları, aylık gelir miktarı ve ailede yaşayan birey sayısı olmak üzere 9 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

Ebeveynlerin Ateş Yönetimine İlişkin Bilgi Formu: İlgili literatür ile araştırmacılar tarafından hazırlanan form ebeveynlerin ateş yönetimine ilişkin bilgilerini sorgulayan toplam 16 sorudan oluşmaktadır (Çelebi, 2018; Gülcan, 2020; Kılıç ve ark., 2016; Kılınç, 2016) (EK 2).

Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ): Walsh ve arkadaşları tarafından 2008 yılında ebeveynlerin ateş yönetimini değerlendirmek için geliştirilmiş, Çınar ve arkadaşları tarafından 2014 yılında Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek sekiz sorudan oluşmaktadır. Sorular ile annenin çocuğu ateşlendiği zaman genellikle yaptığı eylemler sorgulanmaktadır. Katılımcılar likert tipte olan sorulara "1=asla, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğunlukla, 5=daima" olarak puanlanan yanıtlar seçebilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar en düşük 8, en yüksek 40'dır. Alınan puan arttıkça daha yüksek düzeyde uygulamalara işaret eder ve bu nedenle ateş, ateş fobisini ve çocuklarının ateşli hastalıkları sırasında ebeveyn bakım yükünün daha fazla olduğunu gösterir. EAYÖ toplam iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alpha=0,79 olarak hesaplanmıştır. (Cınar ve ark., 2014) (EK 3).

Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği (AİKYETÖ): Ölçek Çelebi ve Çelebioğlu tarafından geliştirilmiştir (2018). İki alt boyut ve 40 maddeden oluşan ölçek 5'li

likert tipindedir (“(1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Tamamen Katılıyorum). Ölçek alt boyutları; Doğru ve Bilinçli Kullanım (1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 23, 29, 33, 35, 36, 41, 42, 44, 48, 51, 52, 53, 58, 59, 60, 63 nolu maddeler) 29 maddeden, Etkili ve Güvenli Kullanım (3, 15, 20, 30, 37, 45, 47, 49, 50, 54, 62 nolu maddeler) 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki 40 maddenin 14 maddesi olumsuz (3, 8, 15, 20, 30, 31, 33, 37, 45, 47, 49, 50, 54, 62) iken, 26 maddesi olumlu ifadeden oluşmaktadır. Olumsuz ifadeler ters olarak kodlanmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik olumlu tutum yükselmektedir (Çelebi & Çelebioğlu, 2008) (EK 4).

Bu çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin iç geçerlilik katsayıları Tablo 3.2’de yer almaktadır.

Tablo 3.2. İç Geçerlilik Katsayıları

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği (EAYÖ)	8	0,794
Doğru ve bilinçli kullanım	29	0,932
Etkili ve güvenli kullanım	11	0,904
Akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeği (AİKYETÖ)	40	0,924

Ölçeklere ilişkin güvenilirlik değerleri 0,794-0,932 olarak bulunmuş ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.6’tan büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir (Tavşancıl, 2005).

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışmaya başlamadan önce araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı onam alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Tek bir katılımcı için veri toplama süreci yaklaşık olarak 15-20 dakikada tamamlanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler free trial version of SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 arasında olmasına bağlıdır (George, D., & Mallery, M., 2010). Ölçek puan ortalamalarının normal dağılım gösterdiği görülmüştür.

Çalışmada çıkarımsal analizlerden bağımsız örneklem t testi, ANOVA (F) testi, çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni testi uygulanmıştır. Değişkenlerin aralarındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile analiz edilmiştir. Araştırmada p değerleri 0.05'in altında olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzurum Teknik Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (EK 5) (30.03.2023 tarihli, Karar No:21) ve Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (EK 6). Ayrıca araştırmaya alınacak katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilerek yazılı onamları ve çalışmada kullanılan ölçeklerin yazarlarından ölçek kullanım izinleri alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın veri toplama sürecinde; katılımcıların ölçekleri doldurabilecek yeterince zamanlarının olmadığını belirterek çalışmaya katılmayı istememeleri, çalışmaya dahil etme kriterlerinden yoksul olmayan katılımcıları bulmanın zor olması araştırmanın güçlükleri arasında yer almaktadır.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler		Sayı	%
Yaş $\bar{x} :34,11$; $SS:6,22$ (min:20, max:53)	20-29	112	26,4
	30-39	221	52,0
	40+	92	21,6
Cinsiyet	Kadın	258	60,7
	Erkek	167	39,3
Eğitim	Okur yazar ya da değil	44	10,4
	İlkokul	51	12,0
	Ortaokul	57	13,4
	Lise	102	24,0
	Üniversite	171	40,2
Medeni durum	Evli	409	96,2
	Bekar	16	3,8
Sosyal güvence	Var	356	83,8
	Yok	69	16,2
Çocuk sayısı $\bar{x} :2,74$; $SS:1,63$ (min:1, max:13)	1	100	23,5
	2	125	29,4
	3	94	22,1
	4	46	10,8
	5+	60	14,1
Gelir Grubu	Yoksul	215	50,6
	Yoksul olmayan	210	49,4

Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de yer almaktadır. Katılımcıların %52’sinin 30-39 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 34,11 olduğu, %60,7’sinin kadın, %40,2’sinin üniversite mezunu, %96,2’sinin evli olduğu, %83,8’inin sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %29,4’ünün 2 çocuğu olduğu ve çocuk sayısı ortalamasının 2,74 olduğu saptanmıştır

Tablo 4.2. Ebeveynlerin Ateş Yönetimine İlişkin Uygulamaları

Değişkenler		Yoksul		Yoksul Olmayan	
		Sayı	%	Sayı	%
Çocuğun vücut ısısı kaç olduğunda ateş olarak değerlendirdiği	36-36,9	11	5.1	9	4.3
	37-37,9	104	48.4	82	39
	38-38,9	88	40.9	112	53.3
	40 ve üzeri	12	5.6	7	3.3
Ateş yüksekliğini anlama	Üşüme	18	8.4	6	3.0
	Titreme	14	6.5	7	3.4
	Halsizlik	16	7.4	21	10.3
	El ile dokunma	86	40.4	97	47.6
	Yüz kızarıklığı	26	12.1	17	8.4
	Göz kızarıklığı	9	4.2	2	1.0
	Ateş ölçer ile	15	7.0	33	16.3
	Huzursuzluk	13	6.0	19	9.4
	Yorgunluk	8	3.7	1	0.5
	Terleme	3	1.4	3	1.5
	Mide bulantısı	1	0.5	-	-
	Hızlı solunum	1	0.5	-	-
	İştahsızlık	4	1.9	4	1.9
	Ölçümün nasıl yapıldığı	Kulak	17	7.9	17
Koltukaltı		92	42.8	118	56.2
Ağız		8	3.7	8	3.8
El		114	53	43	20.5
Cıvalı		8	3.7	23	11.0
Alın		32	14.9	62	29.5
Diğer		1	0.5	1	0.5
Çocuğun ateşi kaç derece olunca uygulama yaptı	\bar{x} :37,86; SS:0,57 (min:36, max:40)	\bar{x} :37.83; SS:0.58 (min:37, max:40)	\bar{x} :37.88; SS:0.54 (min:36, max:40)		
İlk yapılan uygulama	Ilık su ile duş	14	6.5	12	5.9
	Soğuk uygulama	69	32.1	83	44.2
	Ilık su ile uygulama	34	15.8	42	18.2
	Ateş düşürücü	42	19.5	39	19.2
	Elbisesini çıkarma	40	18.6	26	12.8
	Sirkeli su ile soğuk uygulama	10	4.7	5	2.5
	Limonlu su ile soğuk uygulama	1	0.5	1	0.5
	Su içirme	2	0.9	-	-
	Hastaneye götürme	3	1.4	-	-
Aile büyüklerinden öğrenilen uygulama varlığı	Evet	105	48.9	91	43.3
	Hayır	110	52.1	119	56.7
Aile büyüklerinden öğrenilen uygulama	Sirkeli su ile uygulama	32	33.6	40	44.0
	Limonlu su kullanma	4	4.2	1	1.1
	Üstünü çıkarma	6	6.3	2	2.2
	Duş aldırma	21	22.0	20	22.0
	Soğuk uygulama	25	26.2	26	28.6
	Ayaklarına çorap giydirme	1	1.0	1	1.1
	Bitkisel çaylar ve iyotlu su	-	-	1	1.1
Çocuğun ateşi kaç derece olunca ilaç verdi	\bar{x} :38,00; SS:0,62 (min:36,5, max:40)	\bar{x} :37.98; SS:0.66 (min:36,5, max:40)	\bar{x} :38.01; SS:0.57 (min:36,5, max:40)		
Ateş ölçme sıklığı	5 dakikada bir	19	8.8	16	7.6
	10 dakikada bir	16	7.44	17	8.1
	15 dakikada bir	32	14.8	33	15.7
	30 dakikada bir	67	31.1	69	32.8
	Saatte bir	81	37.6	75	35.7

Çocuk ateşlendiğinde ne yapılması konusunda eğitim alma	Evet	65	30.23	90	42.85
	Hayır	150	69.77	120	57.15
Çocuk ateşlendiğinde ne yapılması konusunda eğitimi kimden aldığı	ASM	18	27.7	13	14.4
	Doktor	5	7.7	13	14.4
	Hemşire	13	20.0	19	21.1
	Hastane	11	16.9	15	16.7
	Okul	6	9.2	29	32.2
	İnternet	3	4.6	1	1.1
	Aile	9	13.8	-	-

Katılımcıların ateş yönetimine ilişkin uygulamalarının dağılımı Tablo 4.2’de yer almaktadır. *Yoksul grupta olan katılımcıların* %48,4’ünün 37-37,9 derece vücut ısısını ateş olarak gördüğü, %40,4’ünün ateş yüksekliğini dokunma ile anladığı, %42,8’inin ateş ölçümünü koltuk altından yaptığı, çocuğun ateşi ortalama 37,83 derece olduğunda uygulama yaptığı saptanmıştır. İlk yapılan uygulamanın soğuk uygulama olduğu (%32,1), %48,9’unun aile büyüklerinden öğrenilen uygulamalarının olduğu ve %33,6’sının sirkeli su ile uygulama yaptığı saptanmıştır. Çocuğa ilaç verilen ateş ölçümü ortalamasının 37,98 derece olduğu, ateş ölçme sıklığının %37,6 oranı ile saatte bir olduğu belirlenmiştir. Çocuk ateşlendiğinde ne yapılması gerektiği konusunda eğitim alma oranı %30,23’tür ve eğitim %20 oranında hemşireden alınmıştır.

Yoksul olmayan katılımcıların %53,3’ünün 38-38,9 derece vücut ısısını ateş olarak gördüğü, %47,6’sının ateş yüksekliğini dokunma ile anladığı, %56,2’sinin ateş ölçümünü koltuk altından yaptığı, çocuğun ateşi ortalama 37,88 derece olduğunda uygulama yaptığı saptanmıştır. İlk yapılan uygulamanın soğuk uygulama olduğu (%44,2), %43,3’ünün aile büyüklerinden öğrenilen uygulamalarının olduğu ve %44’ünün sirkeli su ile uygulama yaptığı belirlenmiştir. Çocuğa ilaç verilen ateş ölçümü ortalamasının 38,01 derece olduğu, ateş ölçme sıklığının %35,7 oranı ile saatte bir olduğu belirlenmiştir. Çocuk ateşlendiğinde ne yapılması gerektiği konusunda eğitim alma oranı %42,85’tir ve eğitim %32,2 oranında bir eğitim kurumundan alınmıştır.

Tablo 4.3. Katılımcıların Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ) ve Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği (AİKYETÖ) Puan Ortalamaları (n=425)

Gelir Grubu	EAYÖ Toplam Puanı	AİKYETÖ Toplam Puanı	AİKYETÖ Doğru ve Bilinçli Kullanım Alt Boyutu	AİKYETÖ Etkili ve Güvenli Kullanım Alt Boyutu
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Yoksul (n=215)	33,81±4,48	166,83±12,50	128,67±13,85	38,16±11,36
Yoksul Olmayan (n=210)	34,28±4,08	173,27±18,42	132,70±11,82	40,57±10,40
İstatistiki Değer	t=-1,122 p=0,263	t=-3,407 p=0,001	t=-3,218 p=0,001	t=-2,285 p=0,023

Yoksul bireylerin EAYÖ toplam puan ortalaması 33,81±4.48, AİKYETÖ toplam puan ortalaması 166,83±12,50, doğru ve bilinçli kullanım alt boyut puan ortalaması 128,67±13,85, etkili ve güvenli kullanım alt boyut puan ortalaması 38,16±11,36 olduğu tespit edilmiştir. Yoksul olmayan bireylerin EAYÖ toplam puan ortalaması 34,28±4,08, AİKYETÖ toplam puan ortalaması 173,27±18,42, doğru ve bilinçli kullanım alt boyut puan ortalaması 132,70±11,82, etkili ve güvenli kullanım alt boyut puan ortalaması 40,57±10,40 olduğu saptanmıştır. Yoksul ve yoksul olmayan bireylerin EAYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken (p=0,263), AİKYETÖ toplam puan ortalamaları (p=0,001) ve AİKYETÖ alt boyutlarından doğru ve bilinçli kullanım alt boyut puan ortalaması (p=0,021) ve etkili ve güvenli kullanım alt boyut puan ortalaması arasında (p=0,023) istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. EAYÖ ile AİKYETÖ Toplam ve Alt Boyut Bileşenleri Arasındaki İlişki

Ölçekler	1	2	3	4
1.EAYÖ	1			
2.Doğru ve bilinçli kullanım	0,350**	1		
3.Etkili ve güvenli kullanım	0,097*	0,351**	1	
4.AİKYETÖ	0,285**	0,855**	0,786**	1

*p<0,05; **p<0,01; Pearson korelasyon

EAYÖ ile AİKİYETÖ alt boyutlarından doğru ve bilinçli kullanım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,350$, $p<0,01$), EAYÖ ile AİKİYETÖ alt boyutlarından etkili ve güvenli kullanım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,097$, $p<0,05$), EAYÖ ile AİKİYETÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,285$, $p<0,01$) bir ilişki tespit edilmiştir.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde yoksul ve yoksul olmayan ebeveynlerin çocuklarda ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile yürütülen çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile tartışılmıştır.

5.1. Ebeveynlerin Ateş Yönetimi

Çalışmada ebeveynlerin ateş yönetimi uygulamaları her bir soru için iki grup açısından değerlendirilmiş olup, yalnızca vücut ısısının ateş olarak değerlendirildiği vücut ısısı aralığı yoksul olan grupta, yoksul olmayan gruba göre daha fazla oranda 37-37,9 derece olarak belirtilmiştir. Aynı zamanda katılımcıların EAYÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu, gelir durumu ile karşılaştırıldığında ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, saptanmıştır.

Ebeveynlerin çocuklarda ateş yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamaları, çocukların sağlık bakımında önemli bir konudur. Çalışmalar, birçok ebeveynin ateş hakkında temel bir anlayışa sahip olmasına rağmen, bilgi boşlukları, eğitim düzeyi ve ebeveyn kaygısı gibi faktörlerin birleşimi nedeniyle ateş yönetim stratejilerinin genellikle önerilen yönergelerin gerisinde kaldığını göstermektedir. Waly ve Bakry'nin Mısır'daki araştırması, ebeveynlerin %88,3'ünün ateş konusunda yeterli bilgiye sahip olmasına rağmen, yalnızca %53,6'sının ateş yönetiminde iyi uygulamalar sergilediğini ve bilgi ile eylem arasında boşluğun olduğunu belirtmektedir (Waly & Bakry, 2022). Benzer şekilde, Hussain ve arkadaşları Suudi Arabistan'da ebeveynlerin %91'inin ateşin nedenlerini ve yaygın ateş düşürücüleri bilmesine rağmen, ateş yönetimine yönelik uygulamalarının önemli ölçüde iyileştirilmesi gerektiğini saptamıştır (Hussain ve ark., 2020). Ng ve arkadaşlarının çalışmasında birçok ebeveynin, ateş ve yönetimine ilişkin endişelerinin olduğu ve bu durumun onları evde yönetim stratejilerine güvenmek yerine hemen tıbbi konsültasyon almaya yönelttiği belirtilmektedir (Ng ve ark., 2023).

Çalışma bulgularına benzer olarak ebeveyn gelir durumu ile çocukluk ateşi yönetimi arasındaki ilişki, özellikle farklı gelir seviyelerindeki ebeveynler ile yapılan çalışma sonuçlarında belirlenmiştir. Karakul ve Doğan'ın (2022) çalışmasında annelerin yüksek eğitim geçmişine sahip olmalarına rağmen Ateş Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının düşük olduğu, benzer şekilde, gelir seviyesi ile ateş yönetimi uygulamaları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç, ebeveynler arasında gelir veya eğitim seviyeleriyle ilişkili ateş

yönetiminde önemli bir farklılık olmadığını bildiren Waly ve Bakry'nin çalışma bulgularıyla örtüşmektedir (Waly & Bakry, 2022).

Gomide ve arkadaşları (2014), daha yüksek sosyoekonomik statünün evrensel olarak daha iyi çocukluk çağı ateş yönetim uygulamaları ile ilişkili olmadığını saptayan sistematik bir inceleme yürütmüştür. Çalışmada, ateş hakkındaki inançlar ve çeşitli bilgi kaynaklarına güvenme gibi faktörlerin, maddi olanaklardan ziyade ebeveyn eylemlerini önemli ölçüde etkilediği belirtilmiştir. Hussain ve arkadaşları (2020), ebeveynlerin ateşin nedenleri ve ateş düşürücüler hakkında farkındalığa sahip olmalarına rağmen, bilgilerinin sosyoekonomik durumlarından bağımsız olarak ateşin yönetiminde etkili uygulamalar ile ilişkili olmadığını saptamıştır.

Dikkate alınması gereken bir diğer önemli boyut, daha yüksek gelirli hanelerde sağlık hizmetlerine erişimin etkisidir. Ancak araştırmalar, erişimin her zaman daha iyi yönetim uygulamaları anlamına gelmediğini göstermektedir (Bong & Tan, 2018). Örneğin, farklı gelir seviyelerindeki ebeveynlerin sağlık hizmetlerine erişim durumlarına bakılmaksızın antipiretiklerin uygun kullanımı hakkında hala sınırlı bilgiye sahip olabileceğine dair göstergeler bulunmaktadır.

Çocukluk çağı ateşi ebeveynler için kaygı ve korku yaratan bir durumdur. Yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin ateş hakkındaki kaygılarının, uygun ateş yönetimi stratejileri kullanmak yerine acil tıbbi yardım almalarına yol açabileceğini belirtmektedir (Hussain vd., 2020). Literatüre benzer olarak bu çalışmada gelir durumunun ateş yönetim uygulamalarında farklılık göstermemesi ebeveynlerin karşılaştığı psikolojik faktörler ve demografik özelliklerle ilişkilendirilebilir. Çalışmalar ebeveyn yaşı ve çocuk sayısı gibi demografik faktörlerin, ateş yönetimi uygulamalarını gelir durumundan daha fazla etkileyebileceğini vurgulamaktadır (Akwa & Nguimbous, 2021; Gündüz ve ark., 2016).

Genel olarak, kanıtlar, sosyoekonomik faktörlerin sağlık okuryazarlığı ve yönetim uygulamalarını şekillendirmede bir rol oynamasına rağmen, izole bir şekilde çalışmadığını göstermektedir. Psikolojik faktörler, eğitimsel müdahaleler ve güvenilir bilgi kaynaklarına erişim, ebeveynlerin çocuklarında ateşi nasıl yönettiğini etkileyen kritik bileşenlerdir.

5.2. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutumları

Çalışmada katılımcıların gelir grubuna göre Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutumları Ölçeği toplam puan ve doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalaması ile etkili

ve güvenli kullanım alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Araştırmalar, sosyoekonomik statünün (SES) ebeveynlik uygulamaları ve sağlık sonuçları ile yakından bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Gelirin sağlık ile ilgili tutumlar üzerindeki etkisine yönelik Guo ve arkadaşları (2022) yaptıkları çalışmada, daha yüksek gelir düzeylerinin sağlık kaynaklarına daha iyi erişim sağladığını ve dolayısıyla ilaç yönetimiyle ilgili bilinçli karar vermeyi geliştirdiğini saptamıştır. Daha fazla mali kaynağa sahip aileler, genellikle akılcı ilaç kullanımını anlamak ve uygulamak için daha donanımlıdır.

Aynı zamanda sosyoekonomik statü, akılcı ilaç kullanımının önemli bir belirleyicisi olan sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir. Ebeveynlerin eğitim düzeyleri ve gelirleri arttıkça, genel sağlık okuryazarlıkları iyileşir ve bu da çocuklarının ilaç kullanımını daha etkili bir şekilde yönetmelerine yol açar. Çalışmalar, sağlık okuryazarlığının ebeveynlerin tedavi seçeneklerini anlamalarını ve olası ilaç hatalarını tanımalarını sağlamak için temel oluşturduğunu ortaya koymaktadır (May ve ark., 2018).

Çalışmada ebeveyn ateş yönetimi uygulamaları ile akılcı ilaç kullanımı ebeveyn tutumları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Araştırmalar, akılcı ilaç kullanımına karşı olumlu tutumlara sahip ebeveynlerin çocuklarında etkili ateş yönetimi stratejileri uygulama olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yiğit ve Karagöl, ebeveynlerin antibiyotiklerin akılcı kullanımıyla ilgili bilgileri ve tutumları arasında önemli bir korelasyon bulmuş ve uygun ilaç kullanımının önemini anlayan ebeveynlerin ateş düşürücüleri doğru kullanma ve gerektiğinde zamanında tıbbi müdahale arama olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Yiğit & Karagöl, 2022).

Özdemir ve arkadaşları (2023), uzun süreli ilaç kullanan çocukları olan ailelerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin gelişmiş bilgi ve tutumlar sergilediğini bulmuştur. Bu durum çocuklarının sağlığını uygun ilaçlarla yöneten ebeveynlerin, daha iyi ateş yönetimi uygulamalarına dönüşen rasyonel bir yaklaşım benimseme eğiliminde olduklarını göstermektedir.

Sun ve Yuan (2024), daha düşük SES'e sahip ebeveynlerin dış stres faktörleriyle karşı karşıya olduğunu ve bunun da sağlık ile ilgili uygulamalarını olumsuz yönde etkileyen olumsuz ebeveynlik davranışlarına yol açtığını açıklamıştır. Dahası, daha yoksul aileler genellikle sağlık

hizmetlerine ve akılcı ilaç kullanımı bilgisine erişimde daha büyük engellerle karşılaşmakta ve bu da akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalık eksikliğine neden olmaktadır.

Farklı bir çalışma, ebeveynlerin ateş ve yönetimi hakkındaki bilgilerinin artırılmasının, antipiretikler gibi ilaçların kullanımındaki hataları önemli ölçüde azaltabileceğini göstermiştir (Tavan ve arkadaşları, 2022). Ebeveynler eğitilmiş olduklarında ve çocuklarının ateşini yönetme konusunda kendilerini yeterli hissettiklerinde, ilaç kullanımını rasyonalize etme olasılıkları daha yüksektir ve bu da genel ilaç yönetiminde iyileşmelere yol açar.

Ebeveyn tutumları ve uygulamaları arasındaki bu ilişki, bilgi, tutum ve uygulamaların birbirine bağlı olduğu davranışsal teoriler yoluyla da anlaşılabilir. Farklı bir çalışmada ebeveynler arasında, özellikle kronik hastalıklarla karşı karşıya olan çocukları olan ebeveynler arasında daha iyi uygulamaları teşvik etmek için akılcı ilaç kullanımına ilişkin farkındalığı artırmanın önemini vurgulamaktadır (Shi ve ark., 2024).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, yoksul ve yoksul olmayan ebeveynlerin çocuklarda ateş yönetimi uygulamalarının ve ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamalarının yüksek ve benzer olduğu bulunmuştur. Akılcı ilaç kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği puan toplam ortalamaları ve ölçek alt boyutları olan doğru ve bilinçli kullanım ile etkili ve güvenli kullanım puan ortalamalarının gelir grupları arasında farklılık gösterdiği, yoksul olmayan katılımcıların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır.

6.2. Öneriler

Düşük gelirli ailelere ücretsiz veya erişilebilir akılcı ilaç kullanımı eğitim kaynaklarının sağlanması,

Ebeveynlerin ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımı hakkında kanıta dayalı bilgilere erişebilecekleri kaynakların oluşturulması (videolu eğitimler, soru-cevap forumları vb.).

Ebeveynlerin, ateş yönetimi ve ilaç uygulamalarıyla ilgili bilgi ve deneyimleri paylaşmak için ebeveyn grupları gibi destek ağları oluşturmaya teşvik edilmesi,

Eğitim müdahalelerinin etkinliğinin sürekli değerlendirilmesi, bilgi boşluklarını ve yanlış anlamaları belirlemek için ebeveynlerden düzenli geri bildirim alınması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abokyi, L. N., Asante, K. P., Mahama, E., Gyaase, S., Sulemana, A., Kwarteng, A., ... & Owusu-Agyei, S. (2015). Use of Antimalarial in the Management of Fever during a Community Survey in the Kintampo Districts of Ghana. *PloS One*, *10*(11), e0142106. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142106>
- Adeyonu, A., Akerele, D., Kehinde, M. O., Ologbon, O. A. C., Akintayo, O., & Kolawole, R. (2024). Nexus between participation in nonfarm enterprises and poverty among rural farm households: evidence from Nigeria. *International Journal of Social Economics*, *51*(11), 1402-1419. <https://doi.org/10.1108/ijse-06-2023->
- Aguiar, A., Guerrero, A., & Santiliano, B. (2023). Clinical pharmacy applied to pediatrics: a humanization strategy on the perception of the rational use of off-label drugs. *Collection Of International Topics In Health Science* <https://doi.org/10.56238/colleinternhealthscienv1-016049>
- Ahmadnezhad, E., Dastan, I., Alvandi, R., & Abdi, Z. (2023). The impact of health reform on poverty estimates in Iran: Implications for monitoring the first goal of Sustainable Development Goals. *The International Journal of Health Planning and Management*, *38*(3), 747-75 <https://doi.org/10.1002/hpm.3622>
- Akbayram, H. T. (2021). Okul öncesi çocuklarda ateş yönetimi; ebeveynler ne biliyorlar? Ne yapıyorlar? *Cocuk Enfeksiyon Dergisi*, *15*(3), 154-160.
- Akici, A., Kalaça, S., Ugurlu, M. Ü., Karaalp, A., Çali, Ş., & Oktay, Ş. (2004). Impact of a short postgraduate course in rational pharmacotherapy for general practitioners. *British journal of clinical pharmacology*, *57*(3), 310-321. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2125.2003.02010.x>
- Akseer, N., Kandru, G., Keats, E. C., & Bhutta, Z. A. (2020). COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *The American journal of clinical nutrition*, *112*(2), 251-256 <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa171>

- Akwa, T. E., & Nguimbous, S. P. (2021). Investigation of typhoid fever and their associated risk factors in children attending “Deo Gratias” Hospital in Douala, Littoral, Cameroon. *Electronic Journal of Medical and Educational Technologies*, 14(2), em2107. <https://doi.org/10.30935/ejmets/10910>
- AlAteeq, M. M., AlBader, B. O., Al-Howti, S. Y., Alsharyoufi, M., & Abdullah, J. B. (2018). Parent's knowledge and practice in home management of fever in their children in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of family medicine and primary care*, 7(5), 1012-1018. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_18_18
- Alsofyani, B. A., & Hassanien, N. S. (2022). Factors affecting parent’s practice regarding the management of children’s fever. *Cureus*, 14(6), e25658. <https://doi.org/10.7759/cureus.25658>
- Alwashali, D. N., Abumansour, R. T., Alansari, A. H., Alotaibi, T. A., Zaki, A. A., Fatani, Z. A., ... & Alansari, A. (2024). The assessment of knowledge, attitude, and practice of paracetamol and ibuprofen administration among saudi parents in the makkah region. *Cureus*, 16(8), e67123. <https://doi.org/10.7759/cureus.67123>
- Aransiola, T. J., Cavalcanti, D., Ordoñez, J. A., Hessel, P., Moncayo, A. L., Chivardi, C., ... & Rasella, D. (2024). Current and projected mortality and hospitalization rates associated with conditional cash transfer, social pension, and primary health care programs in Brazil, 2000-2030. *JAMA Network Open*, 7(4), e247519-e247519. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.7519>
- Aydinoğlu, A. (2023). Treatment in PFAPA syndrome: A review. *Eurasian Journal of Medical Advances*, 3(1), 5-9. <https://doi.org/10.14744/ejma.2022.47965>
- Aziz, S., Iqbal, M., Mohiuddin, S., Sivadasan, S., Veerasamy, R., Ali, A., ... & Ph, A. (2019). Attitude towards vaccination: a cross-sectional study among the parents in Sungai Petani, Kedah, Malaysia. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 10(5), 2465-2472. [https://doi.org/10.13040/ijpsr.0975-8232.10\(5\).2465-72](https://doi.org/10.13040/ijpsr.0975-8232.10(5).2465-72)

- Baş, N. G., Karatay, G., & Karatay, M. (2016). Beş yaş altı çocuğa sahip annelerin ateş yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 258-263.
- Barika, B. (2025). Analysis of rural poverty in bengkulu province indonesia. *International Journal of Economics (Ijec)*, 4(1), 245-255. <https://doi.org/10.55299/ijec.v4i1.1239>
- Beainy, R. & Kamel, C. (2023). Finance for life instead of death. *Migration Letters*, 20(6), 1051-1060. <https://doi.org/10.59670/ml.v20i6.4882>
- Bertille, N., Fournier-Charrière, E., Pons, G., & Chalumeau, M. (2013). Managing fever in children: a national survey of parents' knowledge and practices in France. *PLoS One*, 8(12), e83469. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083469>
- Bertille, N., Pons, G., Khoshnood, B., Fournier-Charrière, E., & Chalumeau, M. (2015). Çocuklarda ateşin semptomatik yönetimi: Fransa'daki sağlık profesyonellerinin uygulamalarına ilişkin ulusal bir anket. *PLoS One*. 10 (11), e0143230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143230>
- Buddelmeyer, H., & Cai, L. (2009). *Interrelated dynamics of health and poverty in Australia* (No. 4602). IZA Discussion Papers. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1519238>
- Bong, W. T., & Tan, C. E. (2018). Knowledge and concerns of parents regarding childhood fever at a public health clinic in Kuching, East Malaysia. *Open access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(10), 1928-1933. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.339>
- Bonsu, B. K., & Harper, M. B. (2001). Fever interval before diagnosis, prior antibiotic treatment, and clinical outcome for young children with bacterial meningitis. *Clin Infect Dis*, Feb 15;32(4):566-72. doi: 10.1086/318700.
- Chien, Y. L., Huang, F. L., Huang, C. M., & Chen, P. Y. (2017). Clinical approach to fever of unknown origin in children. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 50(6), 893-898. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2015.08.007>

- Chibwana, A. I., Mathanga, D. P., Chinkhumba, J., & Campbell, C. H. (2009). Socio-cultural predictors of health-seeking behaviour for febrile under-five children in Mwanza-Neno district, Malawi. *Malaria Journal*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-8-219>
- Crocetti, M., Moghbeli, N., & Serwint, J. (2001). Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years?. *Pediatrics*, 107(6), 1241-1246. <https://doi.org/10.1542/peds.107.6.1241>
- Çaka, S. Y., Çınar, N., & Altınkaynak, S. (2015). Ateşli çocuğa yaklaşım. *Journal of Human Rhythm*, 1(4), 133-138
- Çataklı, T., Can, V., & Dallar, Y. (2012). Annelerin ateş düşürücü kullanma bilgileri yeterli mi. *J Pediatr Inf*, 6(4), 139-143.
- Çelebi, A. (2018). *Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi*. [Doktora Tezi]. Atatürk Üniversitesi.
- Çınar, N. D., Altun, I., 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.
- Dada, J.T., Akinlo, T. (2021). Foreign direct investment and poverty reduction in sub-Saharan Africa: does environmental degradation matter? *Future Business Journal*, 7(21), 1-10.
- Deka, A. (2012). Local and global poverty: Insights using a rights-based approach. *Advances in Social Work*, 13(2), 471-483. <https://doi.org/10.18060/1967>
- Dwivedi, A. (2019). Aetiological profile of fever in neonatal and paediatric population in hospital setting. 6(2), 833. <https://doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20190738>
- Elkon-Tamir, E., Rimon, A., Scolnik, D., & Glatstein, M. (2017). Fever phobia as a reason for pediatric emergency department visits: does the primary care physician make a difference? *Rambam Maimonides Medical Journal*, 8(1), e0007. <https://doi.org/10.5041/rmmj.10282>

- Garcia, L. F., Bernuci, M. P., Marques, A. G., Bertolini, S. M. M., & Silva, T. M. G. D. (2019). Un estudio de caso sobre vulnerabilidad social: reflexiones para la promoción de la salud. *Revista Bioética*, 27, 430-438. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273326>
- George, D. (2011). *SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e*. Pearson Education India.
- Gopal, P. S. (2018). Poverty measurement revisited from a multidimensional perspective among Universiti Sains Malaysia's B40 poor students. *Malaysian Journal of Society and Space*, 14(4), 299-307. <https://doi.org/10.17576/geo-2018-1404-24>
- George, N. A., & McKay, F. H. (2019). The public distribution system and food security in India. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), 1-14. 3221. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173221>
- Ghasemi, S. R., Zangeneh, A., Rajabi-Gilan, N., Reshadat, S., Saeidi, S., & Ziapour, A. (1995). Health-related quality of life in informal settlements in Kermanshah, Islamic Republic of Iran: role of poverty and perception of family socioeconomic status. *EMHJ*, 25(11), 775-783. <https://doi.org/10.26719/emhj.19.013>
- Gomide, A. C. M., Silva, R. M., Capanema, F. D., Gonçalves, L. A., & Rocha, R. L. (2014). How parents deal with the child's fever: influence of beliefs, knowledge, and information sources in the care and management of fever in children – systematic review of the literature. *Rev Med Minas Gerais*, 24(2): 175-180.
- Göbekli, A., & Güney, R. (2022). 0-5 yaş grubu çocuklarda ateş yönetimi: Güncel yaklaşımlar. *Journal of Health Sciences and Management*, 2(2), 33-39.
- Guenther, T., Sadrudin, S., Finnegan, K., Wetzler, E., Ibo, F., Rapaz, P., ... & Amouzou, A. (2017). Contribution of community health workers to improving access to timely and appropriate case management of childhood fever in Mozambique. *Journal of Global Health*, 7(1), 010402 <https://doi.org/10.7189/jogh.07.010402>
- Guo, E., Zhong, H., Gao, Y., Li, J., & Wang, Z. (2022). Socioeconomic disparities in health care consumption: using the 2018-China family panel studies. *International*

- Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 2-14.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19127359>
- Gunduz, S., Usak, E., Koksall, T., & Canbal, M. (2016). Why fever phobia is still common? *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(8), e23827.
<https://doi.org/10.5812/ircmj.23827>
- Gülcan, M. K. (2020). *Çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi*. [Yükseklisans Tezi], Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi.
- Halik, M., & Webley, P. (2011). Adolescents' understanding of poverty and the poor in rural Malaysia. *Journal of Economic Psychology*, 32(2), 231-239
<https://doi.org/10.1016/j.joep.2009.02.006>
- Hamooya, B. M., Chongwe, G., Dambe, R., & Halwiindi, H. (2016). Treatment-seeking behaviour for childhood fever among caretakers of Chivuna and Magoye rural communities of Mazabuka District, Zambia: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 16, 1-7.. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3460-8>
- Hassan, D. A., Supu, R. D., & Malaha, A. (2023). Rationality analysis of swamedication of use of uric acid drug in the community of bintauna beach and kopi village, bintauna district, bolaang mongondow north regency. *Journal of Health, Technology and Science*, 4(1), 28-36. <https://doi.org/10.47918/jhts.v3i1.269>
- Hayati, D., Karami, E., & Slee, B. (2006). Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty: the case of Iran. *Social Indicators Research*, 75, 361-394. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-6299-9>
- Herman, H., & Nurshal, D. (2017). The effect of health education to parent's behaviours on managing fever in children. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 5(11), 4701-7. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20174919>
- Huang, W., Gao, S., Hu, P., Han, Y., & Ding, S. (2024). Is the coupling and coordination of economic, social and environmental development crucial to the governance of

relative poverty?. *Plos One*, 19(8), 1-29 e0306641.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306641>

Hubacek, K., Baiocchi, G., Feng, K., & Patwardhan, A. (2017). Poverty eradication in a carbon constrained world. *Nature Communications*, 8(1), 912.
<https://doi.org/10.1038/s41467-017-00919-4>

Hussain, S. M., Al-Wutayd, O., Aldosary, A. H., Al-Nafeesah, A., AlE'ed, A., Alyahya, M. S., ... & Aloyaidi, G. A. (2020). Knowledge, attitude, and practice in management of childhood fever among Saudi parents. *Global Pediatric Health*, 7,
<https://doi.org/10.1177/2333794x20931613>

Islam, M. D., & Azad, A. K. (2024). Does childhood poverty affect health conditions in the adulthood? Evidence from a longitudinal survey in Bangladesh.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3861329/v1>

Jiang, Y., Huang, C., Yin, D., Liang, C., & Wang, Y. (2020). Constructing HLM to examine multi-level poverty-contributing factors of farmer households: Why and how?. *Plos one*, 15(1), e0228032. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228032>

Karakul, A., & Doğan, P. (2022). Determination of fever management and rational drug use of mothers with children under six years old: Fever management and rational drug use of mothers. *Health & Research Journal*, 8(4), 299-310.
<https://doi.org/10.12681/healthresj.30245>

Keklik, S., Karakul, A., Öztornacı, B. Ö., Ardahan, E., Doğan, P., Doğan, Z., & Sarı, H. Y. (2020). COVID-19 tanısı olan çocuk hastalarda ateş yönetimi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 123-128.

Kelly, M., Sahm, L. J., Shiely, F., O'Sullivan, R., McGillicuddy, A., & McCarthy, S. (2016). Parental knowledge, attitudes and beliefs regarding fever in children: an interview study. *BMC Public Health*, 16, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3224-5>

Kerdar, S. H., Himbert, C., Martin, D. D., & Jenetzky, E. (2021). Cross-sectional study of parental knowledge, behaviour and anxiety in management of paediatric fever

among German parents. *BMJ Open*, 11(10), e054742.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054742>

Keohavong, B., Syhakhang, L., Sengaloundeth, S., Nishimura, A., & Ito, K. (2006). Rational use of drugs: prescribing and dispensing practices at public health facilities in Lao PDR. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 15(5), 344-347.
<https://doi.org/10.1002/pds.1169>

Kılıç, R., Kendir, Ö. T., Gökay, S. S., Çelik, T., Özkaya, A. K., & Yılmaz, H. L. (2016). Çocuklarda ateş ile ilgili ebeveynlerin tutum ve davranışları. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med*, 3, 76-85.

Kilinç, D. (2016). *Çocuk acil servisine başvuran hasta yakınlarının ateş yönetimi ve antipiretik kullanımı hakkında bilgi düzey ve tutumlarının belirlenmesi* [Yükseklisans Tezi] İstanbul Medipol Üniversitesi.

Li, R., Yu, Y., & Chan, T. F. (2023). Motivational discourse and campaign-style mobilisation: A positive discourse analysis of language poverty alleviation discourse in China. *Plos one*, 18(10), e0292834.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292834>

Lund, C., De Silva, M., Carla A., Kakuma, R., Corrigan, J., Joska, J.A., Swartz, L., Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), 517-528.

May, M., Brousseau, D. C., Nelson, D. A., Flynn, K. E., Wolf, M. S., Lepley, B., & Morrison, A. K. (2018). Why parents seek care for acute illness in the clinic or the ED: the role of health literacy. *Academic pediatrics*, 18(3), 289-296.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.06.010>

Milani, G. P., Corsello, A., Fadda, M., Falvo, I., Gianni, M. L., Marseglia, G. L., ... & Chiappini, E. (2023). Perception, knowledge and attitude towards childhood fever: A survey among final-year medical students. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 89(1), 261-267. <https://doi.org/10.1111/bcp.15493>

Milani, GP, Corsello, A., Schulz, PJ, Fadda, M., Gianni, ML, Alberti, I., ... & Peroni, D. (2023). Çocukluk ateşi ve tıp öğrencileri: Çok merkezli, eğitimsel bir

müdahale. *Acta Paediatrica*, 112 (9), 1954-1961.
<https://doi.org/10.1111/apa.16790>

Mi, X., Li, W., Zhang, L., Li, J., Zeng, L., Huang, L., ... & Lin, M. (2018). The drug use to treat community-acquired pneumonia in children: A cross-sectional study in China. *Medicine*, 97(46), e13224.
<https://doi.org/10.1097/md.00000000000013224>

Mohan, L., Ranjan, R. K., Hameed, S., Kumar, P., Kumar, M., & Dikshit, H. (2023). Personal formulary for gonorrhoea developed by residents of pharmacology. *IP International Journal of Comprehensive and Advanced Pharmacology*, 4(3), 105-109. <https://doi.org/10.18231/j.ijcaap.2019.022>

Monsma, J., Richerson, J., & Sloand, E. (2015). Empowering parents for evidence-based fever management: An integrative review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(4), 222-229. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12152>

Narınç, N. Ö. (2022). Türkiye’de subjektif yoksulluğu belirleyen faktörlerin genelleştirilmiş sıralı logit modeli ile analizi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(3), 39-56.

Ng, H. L., Li, H., Jin, X., & Wong, C. L. (2023). Parental knowledge, attitudes, and practices towards childhood fever among South-East and East Asian parents: A literature review. *Plos One*, 18(9), e0290172.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290172>

Odu, B. P., Mitchell, S., Isa, H., Ugot, I., Yusuf, R., Cockcroft, A., & Andersson, N. (2015). Equity and seeking treatment for young children with fever in Nigeria: a cross-sectional study in Cross River and Bauchi States. *Infectious Diseases of Poverty*, 4, 1-8. <https://doi.org/10.1186/2049-9957-4-1>

Ogunyinka, I. A., Oshikoya, K. A., Yusuff, K. B., Tahir, Y., Yahaya, M., Adeniyi, S. B., & Oforkansi, I. E. (2023). Determinants of caregiver's knowledge and practices regarding childhood fever management in a developing setting: a multi-centre cross-sectional assessment. *Frontiers in Pediatrics*, 22(11), 1119067.
<https://doi.org/10.3389/fped.2023.1119067>

- Oluchi, S. E., Manaf, R. A., Ismail, S., & Udeani, T. K. (2019). Predictors of health-seeking behavior for fever cases among caregivers of under-five children in malaria-endemic area of Imo State, Nigeria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(19), 3752. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193752>
- Opara, N., & Opara, N. U. (2021). Typhoid fever and helminth coinfection: A pediatric case report. *Cureus*, *13*(11), e19808. <https://doi.org/10.7759/cureus.19808>
- Özdemir, A., Yeniçeri, E. N., & Topal, Y. (2023). The effect of long-term drug use on rational use of medicines in children with medical illness. *Family Practice and Palliative Care*, *8*(6), 165-169. <https://doi.org/10.22391/fppc.1370127>
- Padmakanthi, N. D. (2023). Sustainable Way to Eradicate Poverty through Social Protection: The Case of Sri Lanka. *Social Sciences*, *12*(7), 384. <https://doi.org/10.3390/socsci12070384>
- Park, H., & Kwon, I. (2017). Knowledge and practice of fever management by mothers of preschool children at home. *Child Health Nursing Research*, *23*(2), 127-136. <https://doi.org/10.4094/chnr.2017.23.2.127>
- Peetoom, K. K., Smits, J. J., Ploum, L. J., Verbakel, J. Y., Dinant, G. J., & Cals, J. W. (2017). Does well-child care education improve consultations and medication management for childhood fever and common infections? A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, *102*(3), 261-267. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-311042>
- Phiri, K. E., Sialubanje, C., Hamainza, B., Chiwaula, J., & Nawa, M. (2023). The prevalence and factors associated with prompt diagnosis and treatment of fever among under-five children in Zambia; Evidence from a country-wide Cross-Sectional Survey. *MedRxiv*, 09. <https://doi.org/10.55320/mjz.50.2.398>
- Prasad, N., Murdoch, D. R., Reyburn, H., & Crump, J. A. (2015). Etiology of severe febrile illness in low-and middle-income countries: a systematic review. *PLoS One*, *10*(6), e0127962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127962>

- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214. <https://doi.org/10.3386/w27157>
- Rkain, M., Rkain, I., Safi, M., Kabiri, M., Ahid, S., & Benjelloun, B. D. (2014). Knowledge and management of fever among Moroccan parents. *East Mediterr Health J*, 20(6), 397-402. <https://doi.org/10.26719/2014.20.6.397>
- Rousounidis, A., Papaevangelou, V., Hadjipanayis, A., Panagakou, S., Theodoridou, M., Syrogiannopoulos, G., & Hadjichristodoulou, C. (2011). Descriptive study on parents' knowledge, attitudes and practices on antibiotic use and misuse in children with upper respiratory tract infections in Cyprus. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*, 8(8), 3246-3262. <https://doi.org/10.3390/ijerph8083246>
- Saleh, E., Swamy, G. K., Moody, M. A., & Walter, E. B. (2017). Parental approach to the prevention and management of fever and pain following childhood immunizations: a survey study. *Clinical Pediatrics*, 56(5), 435-442. <https://doi.org/10.1177/0009922816675116>
- Shi, H. X., Tan, X., Shu, J. Q., Zhou, J., Dan, S. Y., Yang, L., & Chen, Z. L. (2024). Knowledge, attitude, and practice of medication and its influencing factors among residents in western China: a large-scale cross-sectional study. *Frontiers in Medicine*, 11, 1303672. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1303672>
- Smith, E. R., Espinoza, P., Metcalf, M., Ogbuaji, O., Cotache-Condor, C., Rice, H. E., & Shrimel, M. G. (2024). Modeling the global impact of reducing out-of-pocket costs for children's surgical care. *PLOS Global Public Health*, 4(1), e0002872. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002872>
- Ssebunnya, J., Kigozi, F., Lund, C., Kizza, D., & Okello, E. (2009). Stakeholder perceptions of mental health stigma and poverty in Uganda. *BMC International Health And Human Rights*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-698x-9-5>
- Sun, X., & Yuan, Y. (2024). Associations between parental socioeconomic status and mental health in chinese children: the mediating roles of parenting practices. *Child*

and Adolescent Mental Health, 29(3), 292-298.
<https://doi.org/10.1111/camh.12715>

Tariverdi, M., Bolouki, S. S., Tamaddondar, M., Rahmati, M. B., Mohammadian, M., & Satarzadeh, M. (2023). How do parents manage their children's fever? A cross-sectional study related to mothers' knowledge. *Research Square*, July, 1-14.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3166377/v1>

Talebi, S., Shahrabadi, H., Sabzevar, A., Talebi, S., & Siyavoshi, M. (2016). Mothers' management of fever of children in sabzevar. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 3(2), 32. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jnms.3.2.32>

Tarimo, D. S., Lwihula, G. K., Minjas, J. N., & Bygbjerg, I. C. (2000). Mothers' perceptions and knowledge on childhood malaria in the holendemic Kibaha district, Tanzania: implications for malaria control and the IMCI strategy. *Tropical Medicine & International Health*, 5(3), 179-184. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2000.00537.x>

Tavan, A., Monemi, E., Keshavarz, F., Kazemi, B., & Nematollahi, M. (2022). The effect of simulation-based education on parental management of fever in children: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 21(1), 168.
<https://doi.org/10.1186/s12912-022-00938-7>

Tekulapally, K. (2021). Knowledge, attitude and practices of rational use of medicines among interns in a tertiary care teaching hospital in Telangana. *Asian Journal of Medical Sciences*, 12(6), 85-89. <https://doi.org/10.3126/ajms.v12i6.33939>

Tiogouo, E., Eloundou, P., Moukodi, H., Fozou, L., & Wafeu, G. S. (2020). Atypical clinical presentation of systemic juvenile idiopathic arthritis or Still' s disease: a report of two cases. *Pan African Medical Journal*, 36(12), 1-4.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.12.21932>

TÜİK (2024). *Yoksulluk ve Yaşam Koşulları İstatistikleri*, 2024.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Yoksulluk-ve-Yasam-Kosullari-Istatistikleri-2024-53714>

- Türe, A. E. (2011). *Annelerin çocuklarda ateş yönetimi ve antibiyotik kullanımına ilişkin bilgi ve tutumları*. [Uzmanlık Tezi]. Mersin Üniversitesi.
- Üzüm, Ö., Manyas, H., Yıldız, K., Baghirova, A., & Kasap-Demir, B. (2020). Protracted febrile myalgia associated with fever of unknown origin. *Forbes Journal of Medicine*, 1(3), 101-104. <https://doi.org/10.5222/forbes.2020.98852>
- Waly, E. H., & Bakry, H. M. (2022). Assessment of Egyptian mothers' knowledge and domestic management practices of fever in preschool children in Zagazig City, Sharkia Governorate. *Children*, 9(3), 349. <https://doi.org/10.3390/children9030349>
- Wang, J., Tong, J., & Fang, Z. (2024). Assessing the drivers of sustained agricultural economic development in China: Agricultural productivity and poverty reduction efficiency. *Sustainability*, 16(5), 2073. <https://doi.org/10.3390/su16052073>
- Wang, N., Xu, J., Ma, M., Shan, L., Jiao, M., Xia, Q., ... & Li, Y. (2020). Targeting vulnerable groups of health poverty alleviation in rural China—what is the role of the New Rural Cooperative Medical Scheme for the middle age and elderly population? *International Journal for Equity in Health*, 19, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01236-x>
- Wang, Y., Chen, Y., Chi, Y., Zhao, W., Hu, Z., & Duan, F. (2018). Village-level multidimensional poverty measurement in China: Where and how. *Journal of Geographical Sciences*, 28, 1444-1466. <https://doi.org/10.1007/s11442-018-1555-0>
- Wu, M., Hong, L., Zhao, Y., Chen, L., & Wang, J. (2019). Dosage prediction in pediatric medication leveraging prescription big data. *IEEE Access*, 7, 94285-94292. <https://doi.org/10.1109/access.2019.29284577>
- Vanoni, F., Theodoropoulou, K., & Hofer, M. (2016). PFAPA syndrome: a review on treatment and outcome. *Pediatric Rheumatology*, 14, 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12969-016-0101-9>
- Villarejo-Rodríguez, M. G., & Rodríguez-Martín, B. (2019). Parental approach to the management of childhood fever: differences between health professional and non-

health professional parents. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(20), 4014. <https://doi.org/10.3390/ijerph16204014>

Yiğit, M., & Karagöl, C. (2022). An examination of parental knowledge and attitudes about the rational use of antibiotics. *Genel Tip Dergisi*, 32(3), 287-292. <https://doi.org/10.54005/geneltip.1096837>

Yu, M., Zhao, G., Stålsby Lundborg, C., Zhu, Y., Zhao, Q., & Xu, B. (2014). Knowledge, attitudes, and practices of parents in rural China on the use of antibiotics in children: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, 14, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-112>

Zhang, C. X., Quigley, M. A., Bankhead, C., Bentley, T., Otasowie, C., Carson, C. (2023). Ethnic differences and inequities in paediatric healthcare utilisation in the UK: a scoping review. *Arch Dis Child.*, Jul;108(7):518-524

Zyoud, S. E. H., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., Nabulsi, M. M., Tubaila, M. F., Awang, R., & Sawalha, A. F. (2013). Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Pediatrics*, 13, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-66>