



**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**1-6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN ATEŞLİ
DURUMLARDAKİ YAKLAŞIMLARI VE
BİLGİ DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

Musa TÖR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP- 2023



**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**1-6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN ATEŞLİ
DURUMLARDAKİ YAKLAŞIMLARI VE
BİLGİ DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

Musa TÖR

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Betül KAPLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP- 2023

**LİSANS ÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY
FORMU**



TEZ BİLDİRİMİ

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

İmza

Tarih:

TEŞEKKÜR

Tez yazma sürecinde, bilgi ve fikirleriyle bana yol gösteren, araştırmamın her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, çok sabırlı değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Betül KAPLAN hocama

Yüksek lisans eğitimimde beni büyük bir özveriyle yetiştiren ve çok şey katan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zerrin Çiğdem Hocama

Bana olan desteklerinden dolayı aileme ve yüksek lisans eğitimine başlamamda beni yönlendirdiği için abim Veysi Tör'e

Son olarak, tez sürecimde bana destek olan arkadaşım Ahmet Gündüz'e içten teşekkür ederim.



**HASAN KALYONCU
ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM
DALI**

**1-6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN ATEŞLİ DURUMLARDAKİ
YAKLAŞIMLARI VE
BİLGİ DURUMLARININ BELİRLENMESİ**

Musa TÖR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Betül KAPLAN

ÖZET

1-6 yaş çocuğu olan ebeveynlerin ateşli durumlardaki yaklaşımları ve bilgi durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma tanımlayıcı tiptedir. Araştırma, 10 Kasım 2022-1 Mayıs 2023 tarihleri arasında Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisinde 250 ebeveyn ile gerçekleştirildi. Veriler, katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla toplandı. Veri toplama aracı olarak "Soru Formu" ve "Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği" kullanıldı. Veriler IBM SPSS İstatistik 27 yazılım paketi kullanılarak analiz edildi. Ebeveynlerin çoğunluğunun 26-35 yaş grubunda olduğu ve ebeveynlerin %86,8'i gibi büyük bir bölümünün ateş konusunda endişe yaşadığı, en önemli endişe kaynağının ise ateşli havale (%79,2) olduğu belirlendi. Tipik olarak %70,8 oranında ılık su kullanılarak sıcak uygulama yapıldığı ve bu uygulamanın da en sık baş bölgesine (%52,0) uygulandığı bulundu. Ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun (%81,2) çocuğunun ateşi düşmeden danışmadan ateş düşürücü ilaç kullandığı tespit edildi. En sık kullanılan ateş düşürücü ilaçların Parasetamol (%78,4) ve İbuprofen (%54,8) olduğu görüldü. Ebeveynlerin yarıdan fazlasının (%51,6) ateş konusunda eğitim almadığı ve %86,8'inin ateş konusunda endişe duyduğu belirlendi. Ebeveynlerin 'Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinden' aldıkları puan ortalaması 32,20 idi. Eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan ebeveynlerde ölçekten alınan puanların daha yüksek olduğu bulundu. Ebeveynlerin ateş takibi ve düşürme konularında aktif bir yaklaşım sergilediklerini ve ateşle ilgili endişeyi gösteren davranışlar sergiledikleri belirlendi. Dolayısıyla ebeveynlerin ateş, ateş yönetimi ve ateşli havaleler konusunda endişelerinin azaltılması ve yanlış uygulamaların önlenmesi açısından eğitilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Ateş, Yaklaşım, Ateş Yönetimi.

**HASAN KALYONCU
UNIVERSITY
GRADUATE
EDUCATION
INSTITUTE
DEPARTMENT of
NURSING**

THESIS TITLE

Musa TÖR

MASTER THESIS

Advisor

Dr. Öğr. Üyesi Betül KAPLAN

ABSTRACT

The study, aimed at determining the approaches and knowledge levels of parents with children aged 1-6 in feverish situations, is of a descriptive nature. The research was conducted with 250 parents working in the Pediatric Emergency Department of Batman Training and Research Hospital between November 10, 2022, and May 1, 2023. Data were collected through face-to-face interviews by the researcher after obtaining informed consent from the participants. The data collection tools used were the "Questionnaire" and the "Turkish Version of the Parental Fever Management Scale." Data were analyzed using the IBM SPSS Statistics 27 software package. It was determined that the majority of parents were in the 26-35 age group, and a significant portion of parents, approximately 86.8%, expressed concerns about fever, with febrile seizures (79.2%) being the most significant source of concern. Typically, lukewarm water was used in approximately 70.8% of cases for temperature reduction, with the forehead being the most common application site (52.0%). It was found that a significant majority of parents (81.2%) used fever-reducing medication for their children without consulting a doctor before the fever subsided. The most commonly used fever-reducing medications were Paracetamol (78.4%) and Ibuprofen (54.8%). More than half of the parents (51.6%) were found to have not received education on fever, and 86.8% expressed concern about fever. The average score parents obtained from the 'Parental Fever Management Scale' was 32.20. It was observed that parents with higher education and income levels had higher scores on the scale. Parents were found to adopt an active approach in monitoring and reducing fever, displaying behaviors indicating concern about fever. Therefore, it is necessary to educate parents to reduce their concerns about fever, fever management, and febrile seizures and to prevent incorrect practices.

Keywords: Child, Fever, Approach, Fever Management

İÇİNDEKİLER

TEZ BİLDİRİMİ.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR VEYA SİMGELER.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ateşin Tanımı.....	3
2.2. Ateş Tipleri	4
2.2.1. Subfebril ateş.....	4
2.2.2. Kontinü ateş (Sürekli ateş)	4
2.2.3. Remittens ateş (Bacaklı ateş)	4
2.2.4. İntermittens ateş (Aralıklı)	5
2.2.5. Rekürens ateş (tekrarlayıcı ateş)	5
2.2.6. Ondulans ateş (dalgalı ateş)	5
2.2.7. Hektik ateş (septik ateş)	5
2.2.8. Günde iki zirveli ateş	6
2.2.9. Nedeni bilinmeyen ateş	6
2.3. Ateş Etiyolojisi.....	6
2.4. Ateş Fizyopatolojisi	7
2.5. Ateşin Vücuda Etkileri.....	8
2.6. Ateş Ölçüm Yöntemleri	9
2.6.1. Dokunarak ateş ölçümü.....	10
2.6.2. Aksiller ateş ölçümü.....	10
2.6.3. Oral yolla vücut sıcaklığı ölçümü	11
2.6.4. Rektal yoldan ölçüm	11
2.6.5. Timpanik zardan ateş ölçümü	11
2.6.6. Alından ölçüm.....	12
2.7. Ateşi Olan Çocuğun Değerlendirilmesi	13
2.7.1. Üç aydan küçük bebeklerde ateş yönetimi.....	13
2.7.2. Üç – Otuz altı ay arası çocuklarda ateş yönetimi	13
2.7.3. Otuz altı ay üzeri çocuklarda ateş yönetimi	14

2.8.Ebeveynlerin Ateş Algısı	14
2.9 Ateş Tedavisi ve Ateşle Başa Çıkma Stratejileri	15
2.9.1.Destekleyici tedaviler	15
2.9.2.İlaç tedavisi	16
2.10.Aile Eğitimi.....	17
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3. 1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Soruları.....	19
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri	20
3.6. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri	20
3.7. Veri Toplama Formları	20
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.9. Verilerin Analizi	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKÇA	48
EKLER.....	54

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 2.1. Ateşin sınırları	3
Çizelge 2.2. Ateşe neden olan durumlar	7
Çizelge 2.3. Normal vücut sıcaklığı ölçüm aralıkları	12
Çizelge 2.4. Farklı yaş gruplarına göre tercih edilebilecek termometre türleri	13
Çizelge 4.1.1. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	24
Çizelge 4.2.1. Ebeveynlerin Çocuklarındaki Ateşli Durumlarına Yönelik..... Yaklaşımlarının Dağılımı	26
Çizelge 4.2.2. Ebeveynlerin Çocuklarındaki Ateşli Durumlarına Yönelik Bilgi..... Durumlarının Dağılımı	28
Çizelge 4.2.2. Ebeveynlerin Çocuklarındaki Ateşli Durumlarına Yönelik Bilgi..... Durumlarının Dağılımı	29
Çizelge 4.3.1. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği 'ne İlişkin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	30
Çizelge 4.3.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği..... Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması	31
Çizelge 4.3.3. Ebeveynlerin Çocuklarındaki Ateşli Durumlarına Yönelik..... Yaklaşımlarının Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması	34
Çizelge 4.3.4. Ebeveynlerin Çocuklarındaki Ateşli Durumlarına Yönelik Bilgi..... Durumlarının Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması	37

KISALTMALAR VEYA SİMGELER

NBA: Nedeni Bilinmeyen Ateş

ATP: Adenozin Trifosfat

WBC: White Blood Cell (Lökosit)

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

EAYÖ: Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği



1. GİRİŞ

Vücut savunma mekanizmalarından biri olan ateş, bir hastalık değil, hastalığın bir belirtisidir (1). Ateş, enfeksiyonlar, vücutta sıvı birikimi, doku hasarı veya aşılardan gibi çeşitli nedenlerle vücut sıcaklığını düzenleyen termoregülatör merkezdeki denge bozulduğunda ortaya çıkar (2). Özellikle çocukluk döneminde, çoğu çocuk en az bir kez ateşlenir. Bu durumda, yüksek vücut sıcaklığına sahip çocuklarda nadiren yaşamı tehdit eden veya sonraki safhalarda yaşam kalitesini etkileyen enfeksiyonlar gözlemlenebilir (3). Bilimsel araştırmalar ateşin çoğu durumda zararlı olmadığını ve aslında vücudun inflamasyona karşı yararlı bir yanıt gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ancak, çocuğun vücut sıcaklığının hafifçe yükselmesi, ebeveynler arasında ateşin hemen düşürülmesi gerektiği kaygısını tetikleyerek panik oluşturabilir. Bu panik hali, "ateş fobisi" olarak adlandırılır ve ebeveynleri uygun olmayan sıklıkta ve dozlarda ateş düşürücü ilaçlar kullanmaya yönlendirebilir (4). Özellikle küçük çocuğu olan ebeveynler için, çocuğun vücut ısısının artması büyük bir endişe kaynağı haline gelir ve yanlış uygulamalara yol açabilir. Ebeveynler, çocuğun vücut ısısı yükseldiğinde hemen telaşlanarak hatalı veya potansiyel olarak tehlikeli ateş düşürme yöntemlerine başvurabilir. Bu durumda, minimal bir ısı artışı bile ateşin acil olarak düşürülmesi gerektiği düşüncesini akıllara getirir ve ebeveynlerde panik oluşturur. Dolayısıyla normal vücut ısısı aralığında bile fazla miktarda ateş düşürücü ilaçlar vermek, uyuyan çocuğu uyandırmak, buzdolabındaki su, alkol veya sirke gibi maddeleri kullanarak çeşitli yöntemlere başvurmak, antibiyotikleri ateş düşürücü olarak kullanmak çocukların sağlığını olumsuz etkilemektedir (5-6). Ebeveynlerin eğitim düzeyi, önceki deneyimleri ve sosyokültürel faktörler gibi etkiler de bu tür uygulamaların yapılmasında etkili olmaktadır. Ayrıca, ateşin uygun bir biçimde ve zamanda düşürülmemesi çocuğun tedavi süresinin uzamasına, ateşe bağlı komplikasyonların ortaya çıkmasına ve daha fazla maliyetlere neden olabilmektedir (7). Çocukların ateşe bağlı komplikasyonlardan korunması, çocukluk döneminde ateşin erken aşamada tanınması ve doğru zamanda doğru müdahalelerin yapılması büyük önem taşımaktadır. Ancak, ateşli çocuklara yaklaşım konusunda sağlık çalışanlarının ve ebeveynlerin yetersiz ve hatalı bilgilere sahip olması sorunlara neden olabilmektedir (8). Ebeveynlerin ateş yönetimi ve ateşin nispeten zararsız sonuçları hakkında bilgilendirilmesi, kaygılarını azaltacak ve gereksiz ilaç kullanımını önleyecektir. Kanıta dayalı rehberler, yanlış uygulamaların engellenmesine yönelik çeşitli çözüm önerileri sunmaktadır. Ayrıca, çocuk hemşireleri annelere yönelik bu önerilere uygun şekilde

bilgilendirme ve danışmanlık yaparak önemli bir rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalar, ateş yönetimi eğitim programlarının ailelerin bilgi düzeyini etkili bir şekilde artırdığını ve uygun olmayan sağlık uygulamalarını önemli ölçüde azalttığını göstermektedir (6,9).

Bu nedenle, toplumun ateşle ilgili yaklaşım konusunda bilinçlendirilmesi ve eğitimlerle desteklenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu şekilde gereksiz korku ve endişelerin önlenmesine yardımcı olunabilir ve ailelerin uygun zamanda sağlık kuruluşuna başvurmaları teşvik edilebilir. Çocukların ateşi konusunda yapılan çalışmalar, bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirerek, bu alanda geçmişten günümüze uzanan bir süreci kapsamaktadır. Bu çalışmalar, uzun bir tarihi arka plana sahip olup, çocukların ateşine ilişkin bilgi ve farkındalığı artırmayı hedeflemektedir. Hatalı tutum ve uygulamaların temel nedenlerinin araştırılması ve tespit edilmesi, ebeveynlerin ateş yönetimiyle ilgili doğru kararlar almalarına ve kendi bağımsızlıklarının ve kontrol yeteneklerinin gelişmesine katkı sağlayacaktır (10-11).

Literatürde, çocuklarda ateş yönetimiyle ilgili bilgi, tutum ve davranışları değerlendiren çalışmalar ailelerin ve annelerin üzerinde yapılmaktadır. Ancak günümüzde hala ailelerin ateşe müdahale konusunda sorunlar yaşadığı klinik olarak gözlemlenmektedir. Bu nedenle, sorunun temel nedenlerini belirlemek ve gereken müdahale ve eğitim programlarını geliştirmek için daha derinlemesine bir inceleme yapılması önemlidir. Bu amaçla planlanan çalışma, 1-6 yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin ateş yönetimi konusundaki deneyimlerini ve uygulamalarını belirlemeyi hedeflemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ateşin Tanımı

Vücudun hastalıklara karşı geliştirmiş olduğu doğal bir tepki olan ateş, sağlık ve hastalık için faydalı, biyolojik bir yanıttır. Klinik olarak ateş, vücut sıcaklığının normal değerlerinin üstüne çıkması olarak tanımlanır. Çocukluk çağının en sık görülen belirtilerindendir ve kendi başına bir hastalık olmamasıyla birlikte, mevcut veya ileride ortaya çıkabilecek bir hastalığın belirtisidir. Ancak bazı ilaçlar, aşılar, dehidratasyon, nörolojik ve immünolojik hastalıklarda ateşe sebep olabilmektedir. Vücudun doğal savunma mekanizmalarından biri olan ateş vücudun hastalık ve enfeksiyonlara karşı savunmasında önemli bir role sahiptir (1,12,13).

Vücut sıcaklığı kişiden kişiye, farklı yaş gruplarına ve ateş ölçüm bölgesine göre farklılık gösterebilir. Klinik olarak ateş, vücut sıcaklığının oral 37,8 °C, rektal 38 °C veya koltuk altı sıcaklığının 37,2 °C'nin üzerinde ölçülmesi olarak tanımlanabilir. Vücut sıcaklığının 38 °C'nin üzerine çıkması durumunda proteinleri zarar görebileceğinden ve ateşli nöbetlerin ortaya çıkma riski artacağından gerekli müdahaleler yapıp vücut sıcaklığının 38 °C'nin altında tutulması ve özellikle küçük çocuklarda ateşe karşı dikkatli olunması gerekmektedir (14-16).

Ateş vücutta iyileşmeyi kolaylaştırır, hızlandırır ve metabolik aktiviteyi arttırıp gerekli vücut yanıtını aktive edip iyileşmede önemli bir rol alır. Bu nedenle vücuttaki enfeksiyonun tespitinde ve kontrolünde ateşin tespit edilmesi önemlidir. Ateş ölçümü yaparken farklı yöntemler kullanılmaktadır ve bu yöntemlere göre vücut ısısı değişkenlik gösterebilmektedir. Ağız (oral), alın, kulak yolu (Timpanik), koltuk altı (aksiller) ve makattan (rektal) ateş ölçülebilir. Normal vücut sıcaklığı 37°C'dir. Vücut sıcaklığının rektal 38 °C, oral 37,8, °C, koltuk altı sıcaklığının 37,2 °C'nin üzerinde olması ateş olarak kabul edilmiştir (14,15,17).

Çizelge 2.1. Ateşin sınırları (16)

Hipotermi 35°C <	Orta Ateş 38,5–39°C
Subfebril Ateş 36,8–38°C	Yüksek Ateş 39–40°C
Hafif Ateş 38–38,5°C	Hipertermi >40°C

Vücut ısısının kontrolü yenidoğanlarda kahverengi yağ dokusu ile sağlanıyorken büyük çocuklarda hipotalamus ile kontrol edilir. Hipotalamusun ön bölgesindeki termoregülatör merkez ateşin sabit tutulmasını (37°C'de) sağlar. Isı merkezine etki ederek vücutta ısı yapımını tetikleyen maddeler pirojenlerdir. Pirojenler, bakteriler, virüsler, endotoksinler, lenfosit ürünleri olabileceği gibi ilaçlarda olabilir (18-20).

2.2.Ateş Tipleri

2.2.1.Subfebril ateş

Vücut ısısı uzun bir süre boyunca 36.8-38°C aralığında seyretmesi, endişe uyandırmayan bir ateş tipidir. Bu tür ateş, klinik değerlendirmede önemli olmayan bir kriterdir ve genellikle enfeksiyon hastalıklarında ortaya çıkar. Subfebril ateşe sahip hastada hafif ateş belirtileri olarak halsizlik, iştahsızlık ve terleme gibi durumlar gözlenebilir (1, 21).

2.2.2.Kontinü ateş (Sürekli ateş)

Bu ateş tipinde, vücut sıcaklığı 38°C'nin üstünde seyrederek ve gün içinde değişen ısı farkı 1°C'den azdır. Genellikle tifonun ikinci haftasında ortaya çıkar. Bu tip ateş, menenjit, endokardit, santral sinir sistemi hastalıkları, idrar yolu enfeksiyonu, kızıl, tifo pnömoni, kawasaki sendromu, tüberküloz, sepsis gibi hastalıklarda görülür (1,22).

2.2.3.Remittens ateş (Bacaklı ateş)

Remittens ateş, bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan ateşin gün içinde sabah ve akşam saatlerinde düşüp yükseldiği bir ateş tipidir. Bu tür ateş, vücut sıcaklığının belirli bir aralıkta dalgalanma gösterdiği ve düşük seviyelerde seyrettiği bir durumu ifade eder. Gün içindeki vücut ısısı arasındaki fark 1°C'den fazla olabilir ve hatta 2°C'ye kadar çıkabilir. Remittens ateşte vücut sıcaklığı genellikle 37°C'nin altına düşmez. Özellikle çocuklarda sıkça görülen bir ateş tipidir. Tifo hastalığının erken evrelerinde, sepsis durumlarında, viral solunum enfeksiyonlarında ve idrar yolu enfeksiyonlarında ortaya çıkabilir (1,21).

2.2.4.İntermittens ateş (Aralıklı)

İntermittens ateş, belirli bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan ve düzenli aralıklarla artıp azalan bir ateş türüdür. Ateş belirli bir süre yükselir, normal sıcaklığa döner, tekrar yükselir. Gün içinde vücut sıcaklığı arasında bir derece fark olabilir ve sabahları 37°C'nin altında olabilir. Bu ateş tipi genellikle sıtma, Brusella, Romatizmal ateş, Kala-azar, Sepsis, Pyojenik enfeksiyonlar, İnfektif endokardit, Apse gibi hastalıklarda sık görülür (1,27).

2.2.5.Rekürens ateş (tekrarlayıcı ateş)

Rekürren ateş, belirli bir hastalığa bağlı olarak tekrarlayan ateş nöbetleridir. Ateş belirli aralıklarla yükselir ve normal vücut sıcaklığına döner. Vücut ısısı aniden yükselir, birkaç gün yüksek seviyelerde kalır, sonra birden düşer. Bu düşüş 3-5 gün sürebilir ve tekrar aniden yükselir, aynı şekilde devam eder. Rekürren ateş, Lyme hastalığı gibi kene kaynaklı bakteriyel enfeksiyonların karakteristik bir belirtisidir (1,18).

2.2.6.Ondulans ateş (dalgalı ateş)

Dalgalı ateş tipinde, her gün önceki günle karşılaştırıldığında artan bir şekilde devam eden ateş gözlemlenir ve genellikle 5-7 gün içinde yüksek seviyelere ulaşır. Birkaç gün boyunca bu seviyelerde kaldıktan sonra yavaşça düşer. Ardından 4-5 gün boyunca ateşsiz dönem yaşanır ve yeniden aynı biçimde ateş yükselir, bu döngüsel ateş dalgalanmaları devam eder. Bu tür ateş, Brusella ve Hodgkin lenfoma gibi hastalıklarda sıkça görülen bir belirtidir (1,25).

2.2.7.Hektik ateş (septik ateş)

Hektik ateş, enfeksiyon hastalıklarında görülen ve vücut sıcaklığının aniden yükselip düştüğü bir ateş türüdür. Yükselme ve düşme arasındaki süre kısa olabilir. Hastada hızla değişen ateş döngüleri gözlenir. Genellikle sabah saatlerinde vücut sıcaklığı düşükken akşam saatlerinde yüksek ölçülür. Bu tür ateş, enfeksiyonlara bağlı olarak oluşan enflamatuvar süreçlerin bir sonucudur. Özellikle bakteriyel enfeksiyonlar ve sepsis gibi durumlarda sık görülür (26).

2.2.8.Günde iki zirveli ateş

Günlük “İki Zirveli Ateş”, vücut ısısının gün içinde iki kez yükselmesiyle karakterize edilen bir ateş türüdür. Ateş genellikle sabah ve akşam saatlerinde en yüksek noktaya ulaşır ve daha sonra düşer. Bu tür ateş, malarya, Kala-azar, Gonokokkal Endokardit ve Miliyer tüberküloz gibi durumlarla ilişkilendirilir (23).

2.2.9.Nedeni bilinmeyen ateş

Nedeni belirsiz ateş (NBA), tanısı kesin olmayan, sürekli veya tekrarlayan ateş yükselmelerini ifade eden bir durumu temsil etmektedir. Hastada belirli periyotlarda vücut ısısında artış görülmesine rağmen, ateşe neden olan enfeksiyon veya inflamatuvar durum tespit edilememektedir. NBA, genellikle çocuklarda daha sık görülmesine rağmen yetişkinlerde de ortaya çıkabilir. Bu durum farklı etiyolojilere bağlı olabilir, ancak tam nedeni henüz açıklığa kavuşmamıştır. NBA tanısı, diğer hastalıkların elemesi ve belirli kriterlerin karşılanmasıyla konulmaktadır (1,28).

2.3.Ateş Etiyolojisi

Ateş, hastalığın önemli belirtilerinden biri olarak ortaya çıkar ve çeşitli etiyolojilere sahiptir. Ateşe neden olan faktörler çeşitli hastalıklar veya durumlarla ilişkilidir (29). Ateşin iyileşme sürecinde ise önemli ve olumlu bir etkisi vardır. Vücut ısısının artması, enfeksiyonla mücadeleyi ve mikroorganizmaların üreme ortamının değişmesini sağlar. Böylece vücut, mikroorganizmalara karşı daha etkili bir mücadele verebilir (30,31).

Ateşin nedenleri arasında ciddi enfeksiyonlar olduğu gibi kollajen doku hastalıkları, malign hastalıklar, kardiyovasküler sistem hastalıkları, metabolik hastalıklar, gastrointestinal sistem hastalıkları ve benzeri birçok hastalık yer alabilir. Ateşin nedenini bulmak, iyi bir muayene ve tıbbi değerlendirme ile günümüz koşullarında kolaydır (32,33). Özellikle çocuklarda genellikle ateşin nedeni bilinmez. Ateşin nedeni araştırılırken hastanın ateşi kontrol altına alınarak tedavi edilmesi önemlidir (34).

Çizelge 2.2. Ateşe neden olan durumlar (1)

İnfeksiyonlar	Bakteriyal Viral Mantar Riketsiyal
Biyolojik ajanlar	İnterleukin ve İnterferonlar Granülosit-Makrofaj Colony situmule edici faktör
Doku zedelenmesi	İnfarktlar Pulmoner emboli Travma İntramüsküler Enjeksiyon Yanıklar
Malignensiler	Lösemi Lenfoma Hepatoma Metastatik Hastalık
İlaçlar	Kokain Amphoterisin B İlaç ateşi
Bağ dokusu hastalığı	Sistemik Lupus Eritematozus Romatoid artrit
Metabolik Hastalık	Gutt Üremi Tip 1 hiperlipidemi

2.4.Ateş Fizyopatolojisi

Ateş, bağışıklık sistemine bir tehdit olarak algılanan bazı durumlarda, vücudun verdiği normal, koordineli ve fizyolojik bir yanıttır (35). Savunma mekanizmalarından biri olan ateş Ön hipotalamus/preoptik alanındaki ısı merkezi hipotalamustan beyin sapına ve omurilik ilerisine uzanan bir sinir ağı ile düzenlenmektedir. Bu merkezde sıcağa ve soğuğa karşı duyarlı olan reseptörler bulunur. Bu merkeze vücut periferinden ulaşan bilgiler önce yorumlanır sonra efferent sinirler aracılığıyla ısı birikimi, kaybı (vazokonstriksiyon-vazodilatasyon) veya kas kontraksiyonları ile ısı üretimi yapacak şekilde vücuda komutlar verilir (39). Vücut ısının artışı, bu alanın termostatik “set-point” noktasının sıcaklığının yükselmesiyle meydana gelir (35). Mikroorganizmalar, maligniteler, toksinler, ilaçlar gibi ateşe neden etkenlerle karşılaşıldığında, hipotalamus, ayar noktasını normal değerin üzerine çekerek vücut ısının artmasına neden olur. (36).

Isı düzenleme merkezi vücutta daha çok deri ve mukoz membranlarında bulunan termoreseptörler ile uyarılır. Ateş dönemi süresinde ısı düzenleme merkezindeki ayar noktasını vücut ısını en yüksek düzeyde sürdürmek için sıfırlanır. Ateşe sebep olan

faktörler kaybolunca oluşan belirtiler kaybolur ve vücut ısısı normale döner (37,38).

Vücut ısını arttıran moleküllere pirojen denir. Pirojenler endojen ve eksojen pirojenler olarak ikiye ayrılır. Isı merkezi mikroorganizmalar, maligniteler, toksinler, ilaçlar gibi ateşe neden olabilecek etkenlerin karşısında konak yanıtı olarak üretilen endojen pirojenler tarafından uyarılır (40). Endojen pirojenlerin açığa çıkmasına neden olan maddelere de eksojen pirojenler denir. Bu pirojenler hipotalamusa etki ederek biyokimyasal değişiklikler başlatırlar. Sonuç olarak ısı üretimini kontrol eden beyin merkezi tetiklenir. Sinirsel ileti ile bu bilgi vücuda iletilir vücut ısı üretimi için hücrel metabolizmayı artırır ve ATP (Adenozin Trifosfat) parçalanması artar bu parçalanmayla birlikte enerji açığa çıkar (42,43). Kas kasılmaları, titremeler, ile vücut ısısı arttırılırken, deride vazokonstriksiyon (ciltteki kanlanmanın azalması) ile ısının korunması sağlanır (39).

Sonuç olarak, ateşin fizyopatolojisi kompleks bir süreçtir ve enfeksiyon veya inflamasyon durumlarında vücut sıcaklığının artmasına yol açar. Bu süreç, sitokinlerin ve prostaglandinlerin hipotalamusta termoregülasyon mekanizmalarını etkilemesiyle gerçekleşir. Ateşin bağışıklık sistemi üzerindeki etkileri, enfeksiyonla mücadelede önemli bir role sahiptir.

2.5. Ateşin Vücuda Etkileri

Binlerce yıl boyunca, ateşin birçok hastalık sırasında ortaya çıktığı biliniyordu ve tarih boyunca ateşin etkileri hakkında farklı görüşler ortaya atılmıştır (44). Hipokrat'ın "Bana ateşi üretmek için güç vererseniz, bütün hastalıkları tedavi edebilirim" sözü, ateşin vücut üzerindeki etkilerinin eski çağlardan beri araştırma konusu olduğunu gösterir (45). Ancak tarih boyunca, ateşin etkileri hakkında olumsuz görüşler de bulunmaktadır. Bazı toplumlarda, ateş kötü ruhların yol açtığı bir ceza veya ölümün bir işareti olarak görülürdü (46).

Ateş, çocukların durumunu kötüleştirerek ebeveynlerde endişeye sebep olsa da bağışıklık sistemine yararlı etkileri vardır ve özellikle enfeksiyonlar sırasında vücudun savunma mekanizmalarına ve iyileşmesine destek olur (20).

Ateşin olumlu etkileri şöyle sıralanabilir;

Artan vücut sıcaklığı, vücutta yayılım gösteren bakterilerin makrofajlarla yok edilmesini kolaylaştırır. Ateş, bakteri ve virüslerin büyümesini ve çoğalmasını geciktirir,

nötrofil üretimini ve T-lenfosit çoğalmasını artırır ve vücudun akut faz reaksiyonuna yardımcı olur (47-51). Ateşi olan hastada kandaki demir oranı azalır ferritin depoları dolar bu da yüksek sıcaklıkta demir gereksinimi artmış bakterilerin çoğalmasını önler (48). Ateş kaynağı yönünde kan akımı artar bu da alyuvarlarda antibakteriyel, interferon, antitümör ve antiviral maddelerin üretimini arttırır (49). Ateşle birlikte iştahsızlık geliştiği için kasların ve mikroorganizmanın glikoz gereksinimi azalır. Çocuktaki iştahsızlık kana glikoz geçişi azaltır bu da bakterilerin üremesine olumsuz etki eder. Ateşli bir hastada yorgunluk ve dinlenme ihtiyacı kasların enerji gereksinimini düşürür. Konağın olumsuz etkilenme riski azalır. Yüksek ateş bazı pnömokokların ve bazı virüslerin üremesini olumsuz etkiler (50).

Ateşin olası zararları;

Yüksek ateş durumunda, beyin ve kalp gibi önemli organların oksijen talebi artar ve vücudun enerji gereksinimini karşılamakta zorluklar ortaya çıkabilir. Ayrıca, bağışıklık sistemi yanıtı da etkilenebilir ve bağışıklık fonksiyonları azalabilir (52). Bununla birlikte, yüksek ateş Febril konvülsiyon riskini artırabilir ve nöbetlere yol açabilir. Ateşli durumda beyindeki oksijenlenme düşebilir ve bunun ciddi sonuçları olabilir. Ateşli çocuklarda fiziksel aktivitenin azalması, iştahsızlık, huzursuzluk gibi belirtiler de gözlemlenebilir. Yüksek ateş aynı zamanda vücuttaki enerji kaynaklarını tüketebilir, kas kaybına ve kilo kaybına yol açabilir. Bu nedenle, ateşli çocuklar dikkatlice değerlendirilmeli, uygun tedbirler alınmalı ve gerektiğinde tıbbi müdahale yapılmalıdır. (50).

2.6. Ateş Ölçüm Yöntemleri

Vücut sıcaklığının ölçülmesi için teknolojik ilerleme ile çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Girişimsel (invaziv) ve girişimsel olmayan (noninvaziv) yöntemler, vücut sıcaklığının ölçümünde kullanılmaktadır. İnvaziv yöntemler, nazofarenks, özefagus, pulmoner arter ve mesane gibi iç organlara yerleştirilen kateterler aracılığıyla ölçüm yapmaktadır (66). Noninvaziv ateş ölçme yöntemleri ise vücudun belirli bölgelerine yerleştirilen termometrelerle sıcaklığın ölçülmesini sağlar. Noninvaziv ölçümlerde, el ile dokunarak, koltuk altı, rektum, ağız, deri ve kulaktan ölçüm yapılabilir. Bu amaçla cıvalı geleneksel termometre, elektronik termometre, kulak içi infrared termometre, emzikli ağız termometresi ve ısıya duyarlı bantlar kullanılabilir. Cıvalı termometre kırılma riski

taşıdığı için önerilmemektedir (66,68). Noninvaziv girişimler, daha pratik ve enfeksiyon riskinin düşük olması nedeniyle vücut sıcaklığının ölçümünde önemlidir (66). Ölçüm yerleri arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır ve doğru teknik ve bölgeden ölçüm yapmanın sıcaklık ölçümündeki önemini vurgulamaktadır (53).

2.6.1. Dokunarak ateş ölçümü

Ateşin en eski ölçüm yöntemidir. Termometrelerin sağlık kurumlarıyla sınırlı olduğu ortamlarda, ateşin varlığı çocuğun vücuduna dokunarak değerlendirilir. Gelişmiş ülkelerde bile termometrenin evde daha yaygın olduğu düşünülse de ebeveynler ateşi saptamak için doğru bir şekilde termometre kullanmayabilir ve dokunma yöntemini tercih edebilirler (54). Bazı araştırmalara göre sağlık profesyonellerinin ateşi dokunarak tespit etme oranı %42, annelerin ise %80'in üzerindedir ve sağlık personellerinin kullanması gereken bir standart ölçüm yöntemi olmadığı iddia edilmektedir (55). Termometre kullanılmadığı durumlarda, hastanın dokunarak ateş tahmini dikkate alınmalıdır (56).

2.6.2. Aksiller ateş ölçümü

Güvenli, komplikasyonsuz, kolay, hastaya çok rahatsızlık vermeden uygulanabilen bir ölçüm yöntemi olduğundan kliniklerde en sık tercih edilen ölçüm noktasıdır. Yenidoğanlarda vücut kor ısını en iyi gösteren ölçüm bölgesi olması avantajları arasındadır (67). Ancak aksiler ölçümün bazı dezavantajları da bulunmaktadır, örneğin ölçüm süresi uzun olabilir (6 dakika), çocuk hastalarda termometrenin yerinin kayması gibi problemler ortaya çıkabilir. Ayrıca, yaş ilerledikçe aksiller ölçüm hatalarının artması, terleme ve buharlaşma nedeniyle ısı kaybı ve aksiller ölçümün hata payının artması gibi dezavantajlar önemlidir. Ölçüm sırasında termometre hareket ettirilmeden sabitlenmeli ve koltuk altının kuru olmasına özen gösterilmelidir (57). Sonuç olarak, aksiller ölçüm yöntemi yenidoğanlar haricinde yüksek hata payına sahip olduğundan önerilmemektedir (58).

Aksiller bölge ile yapılan sıcaklık ölçümlerinde, normal vücut sıcaklığı 36.5-37,2°C arasında değişir. Subfebril ateş 37.2-38,4°C, hafif ateş 38-38,5°C, orta derecede ateş 38.5-39°C ve yüksek ateş 39-40°C aralığındadır (59).

2.6.3. Oral yolla vücut sıcaklığı ölçümü

Oral yolla sıcaklık ölçümü, dil altından gerçekleştirilmektedir. Bu yöntem, pratik olmayabilir, ancak kan damarları yüzeye yakın olduğu için iç ısıya yakın değerler gösterir (60). Aynı zamanda çevresel ısıdan etkilenme durumu da düşüktür ve kor ısıya göre yaklaşık olarak 0,4°C daha düşük değerler verir. Bu yöntem, beş yaş üstü bilinci açık çocuklarda daha uygundur, ancak beş yaş altı çocuklarda önerilmemektedir. Oral yolla yapılan ölçümlerde, 35,7°C-37,4°C aralığındaki vücut sıcaklığı normal kabul edilir. Ölçüm süresi 3-5 dakika arasında olmalıdır. Ayrıca, ölçümü etkileyebileceği için sıcak veya soğuk yiyecek-içecek alımından sonra en az 30 dakika beklenmelidir (62).

2.6.4. Rektal yoldan ölçüm

Rektal yolla yapılan vücut sıcaklığı ölçümü, vücut kor ısısına en yakın ve dış etkenlerden en az etkilenen bir yöntemdir. Rektal ateş, genellikle normal kabul edilen 36.1°C-37.8°C aralığında değişebilir. Ölçüm için termometre rektal bölgeye yerleştirilir ve genellikle dijital veya civalı cam termometreler kullanılır.

Termometrenin ucu sterilize edilir ve kayganlaştırıcı madde ile yağlanır. Çocuğun bacakları hafifçe kırılır ve termometre anüs bölgesine nazikçe yerleştirilir. Ucu rektum içine 1,5-2 cm kadar ilerletilir ve en az 3 dakika boyunca sabit tutulur. Ancak, rektal ölçüm preterm yenidoğanlar, ishal olan çocuklar ve kemoterapi alan çocuklar için uygun değildir. Bu yöntem enfeksiyon riski, rektumda yırtılma ve uygulama sırasında ağrı gibi sorunlara neden olabilir.

Rektal ölçüm, bebeklerde yaygın olarak kullanılan ve güvenli kabul edilen bir yöntemdir. Ancak, büyük çocuklarda psikolojik travma ve korku oluşturabileceği için önerilmez (63,64).

2.6.5. Timpanik zardan ateş ölçümü

Timpanik zar, hipotalamusa anatomik yakınlığından dolayı vücut ısısını en iyi gösteren bölgelerden biridir. Timpanik ölçümün avantajları, vücut ısısını kolayca ölçebilmesi, hızlı sonuç vermesi ve enfeksiyon riskinin düşük olmasıdır. Bu ölçüm,

infrared termometreler kullanılarak gerçekleştirilir (70). Ancak, dış kulak yoluna yerleştirilen termometre, yanlış sonuçlara yol açabilecek uygun olmayan bir yerleşim nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır. Kulak kepçesi, 3 yaşın altındaki çocuklarda aşağı ve arkaya doğru, 3 yaşın üstündeki çocuklarda ise yukarı ve arkaya doğru çekilerek ölçülmelidir. İlk bir yaşta anatomik farklılıklardan dolayı ölçümler yanıltıcı olabilir ve bu nedenle yenidoğanlarda önerilmez (69). Timpanik ölçüm, altın standart olarak kabul edilen rektal ölçümle karşılaştırıldığında daha düşük sıcaklık değerleri gösterebilir. Normal vücut sıcaklığı aralığı genellikle 35.8-38 °C arasındadır, ancak 38 °C ve üzeri ateş olarak kabul edilir.

2.6.6. Alından ölçüm

Günümüzde, evde ve hastanede çocukların vücut sıcaklığını ölçmek için temas gerektirmeyen alın infrared termometresi, kullanım kolaylığı gibi avantajlarıyla giderek daha fazla kullanılmaktadır. Pediatri Hemşireleri Birliği, 3 aydan büyük çocuklarda, temas gerektirmeyen alın infrared termometresini kullanmanın uygun olduğunu, ancak 3 aydan küçük bebekler için bu ölçüm yönteminin tavsiye edilmediğini belirtmektedir. Altın ölçüt olan rektal ölçümlerle kıyaslandığında, alından yapılan ölçümler iç ısıyı yansıtmada yeterli değildir. Acil servis gibi hasta sirkülasyonunun çok olduğu birimlerde ve evde ateş değerlendirirken kullanılabilir ancak yenidoğanlarda ve yoğun bakım gerektiren kritik kliniklerde bu yöntemin kullanılması tavsiye edilmez (73,74).

Çizelge 2.3. Normal vücut sıcaklığı ölçüm aralıkları (72)

Ölçüm belgesi	Normal ateş aralığı
Rektal	36.32–37,76 °C
Timpanik	35.76–37,52 °C
Üriner	35.61–37.61
Oral	35.73–37,41 °C
Aksiller	35.01–36,93 °C.

Çizelge 2.4. Farklı yaş gruplarına göre tercih edilebilecek termometre türleri (41).

Yaş aralığı	Tekniği / türü
Yenidoğan- 3 aylık	Rektal/Aksiller
3 ay-3 yaş	Rektal/Aksiller/Timpanik
4-5 yaş	Rektal/Oral/Aksiller/Timpanik
5 yaş ve üstü	Oral/Aksiller/Timpanik

2.7.Ateşi Olan Çocuğun Değerlendirilmesi

Klinik olarak ateşin altla yatan birçok nedeni olabilir. Virüs ve bakteriyel enfeksiyonlar ateşe neden olabileceği gibi, ateş nonenfeksiyöz nedenli olabilir. Çocuk değerlendirilirken; ateşin birden fazla faktöre bağlı olması göz önüne alınarak değerlendirilir. Fiziksel ve laboratuvar bulgularında ateş kaynağı belirlenemez ise ateşin yönetimi çocuğun yaşı üzerinden yapılmalıdır. Çocuklar yaş gruplarına göre farklı risklere yatkınlıkları olduğundan, çocuklarda ateşe yaklaşım yaşına göre farklılıklar gösterir (30,75).

2.7.1.Üç aydan küçük bebeklerde ateş yönetimi

Yenidoğan (0-28 gün) dönemini de içine alan bu dönemde ateş değerlendirilirken bu yaş grubu çocukların diğer çocuklardan farklı olduğu bilinmelidir. Bağışıklık sistemi ve nörolojik sistem tam gelişmediği için enfeksiyonlara karşı hassasiyetleri artar, vücudun ateşe cevabının oluşmasında eksiklikler gözlenir. Genellikle koltuk altından ölçülen ateşin 38°C ve üzerinde olması çok sık karşılaşılan bir durum değildir. Küçük bebekte ateş varlığı ciddi bakteriyel enfeksiyon olabileceği anlamına gelir ve bu yaşta ateş dikkat edilmesi gereken ciddi bir durumdur. Ateşin nedeni belirlenemiyorsa bebek hemen hastaneye yatırılmalı; kan, idrar ve beyin omurilik sıvısı (BOS) kültürleri alınarak uygun tedavi başlanmalıdır (35,77).

2.7.2.Üç – Otuz altı ay arası çocuklarda ateş yönetimi

Bu yaş grubunda sinir ve bağışıklık sistemi daha iyi gelişmiş olduğundan menenjit ve kan akımı enfeksiyonu gibi ağır bakteriyel enfeksiyonlar daha az görülür, ateşin nedeni daha kolay bulunur. Bu yaş grubunda ateşin en sık rastlanan nedeni viral üst solunum

yolu enfeksiyonlarıdır. Grip virüsüne bağlı oluşan ateşle birlikte eklem ağrıları, boğaz ağrısı, baş ağrısı, mide bulantısı, kusma, yutma zorluğu, burun akıntısı gibi semptomlar görülebilir. Grip virüsünün neden olduğu enfeksiyonlar dışındaki solunum yolu enfeksiyonları daha hafif seyreder, ateş genellikle 39°C'nin üstüne çıkmaz. Üç aylıktan büyük ve ateşi ve ateşi 39°C'nin üstünde olan çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu ve sepsis gibi ciddi bakteriyel enfeksiyon varlığı da düşünülmez. Genel durumu iyi olmayan çocuklarda; lökosit (WBC) sayımı, kan kültürleri, idrar tetkiki, idrar kültürü ve menenjit şüphesi olduğunda BOS taraması ile ciddi bakteriyel enfeksiyon açısından tam olarak değerlendirilmelidir. Ateş dışında herhangi bir belirti göstermeyen, genel sağlık durumu iyi olan, nedeni belirlenemeyen ateşin görüldüğü 3-36 yaş arasındaki bebek ve çocukların %5-10'u, kan kültürlerinde mikropların üremesi tespit edilir. Bu hastalar tedavi edilmediğinde ciddi bakteriyel enfeksiyon gelişebilir. Bu nedenle nedeni belli olmayan ateşi olan bebekler ve çocuklar için hastanede antibiyotik tedavisi uygulanması gerekebilir (35,76).

2.7.3.Otuz altı ay üzeri çocuklarda ateş yönetimi

Bu yaş grubundaki çocukların; üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni, menenjit, farenjit gibi hastalıklara eşlik eden yakınmaları bize ve ebeveynlere hastalık hakkında bilgi verdiği için bu dönemde çocukları değerlendirmek daha kolaydır ve çocukların şikayetleri daha ayırt edici olmaktadır. Streptokoklara bağlı farenjit sıklıkla üç yaş üstü çocuklarda görülebilmektedir. Bu yaş grubunda diğer yaş grupları gibi, ateşin kaynağını en fazla enfeksiyonlar oluşturur (74,78).

Bununla birlikte 3 yaş üstündeki sağlıklı çocuklarda ateş 39 dereceden küçük ise korkulacak bir durum söz konusu değildir. Detaylı öykü ve fizik incelemeden sonra ateşe yapılacak müdahale planlanır (75).

2.8.Ebeveynlerin Ateş Algısı

Ateş, çocukların hasta olduğunu gösteren ve ebeveynlerin bu durumu fark etmesini sağlayan önemli bir belirtidir. Ebeveynler, evde ateş yönetimini etkin bir şekilde uygulayamadıklarında bu durumdan şikâyet etmektedirler (79). Ateşli çocukların büyük çoğunluğunda ciddi bir hastalık bulunmamakla birlikte, ebeveynler çocuklarının

ateşlendiğinde endişelenmekte ve hemen ateşi düşürmeye çalışmaktadırlar (80). Bu endişeler, ebeveynlerin normal vücut sıcaklığında bile uygun olmayan aralıkta ve dozlarda ateş düşürücü ilaçları kullanmalarına neden olmaktadır. Ebeveynlerin bu korku ve endişeleri, sağlık çalışanlarını yanıltabilir ve ateş yönetim sürecini olumsuz etkileyebilir (81). Ebeveynlerin ateş algısını geliştirmek ve doğru bilgiye erişimlerini sağlamak amacıyla, eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Bu hizmetler, ebeveynlerin ateşle ilgili kaygılarını azaltabilir, gereksiz tıbbi müdahaleleri engelleyebilir ve çocukların sağlık durumunu etkin bir şekilde yönetmeye yardımcı olabilir. Bu nedenle, ebeveynlerin ateş konusunda bilgilendirilmesi önemlidir.

2.9 Ateş Tedavisi ve Ateşle Başa Çıkma Stratejileri

Çocuklarda ateş tedavisi, ilaç tedavisiyle birlikte destekleyici tedaviden oluşmaktadır. Çocuğun yaş ve kilosuna uygun antipiretikler ve ateş düşürmeye yönelik uygulamalar yapılmalıdır (82).

2.9.1. Destekleyici tedaviler

Vücut ısısı yükselen çocuklar huzursuz, iştahsız ve halsiz olur. Bunun için ateş tedavisinin asıl amacı hastayı rahatlatmaktır. Vücut sıcaklığını normale getirmek yerine; çocukların kendini iyi hissedebileceği ve rahatlayacağı vücut ısına ulaşmak yeterlidir. Özellikle küçük çocuklar dış ortamdan daha fazla etkilendiği için ateşli çocuğun ısı kaybı için, ateşli çocuğa ince ve gevşek giydirilmeli ve uygun oda sıcaklığı (21-22°C civarı) sağlanmalıdır. Vantilatör ve havalandırma, çocuğun direk havayla teması olmayacak şekilde kullanılabilir (63).

Ateşli çocuklarda, metabolizmanın hızlanması ve enerji ihtiyacının artması nedeniyle beslenme desteklenmelidir. Solunum ve terleme artışıyla birlikte sıvı kaybı da artar ve çocuk dehidratasyon riskiyle karşı karşıya kalabilir. Bu sebeple, çocuğun sıvı kaybı düzenli olarak karşılanmalıdır. Ayrıca, fiziksel aktivite sırasında sıvı ve ısı artışı meydana gelir, bu yüzden çocuğun yeterli bir dinlenme sürecine ihtiyacı vardır (83).

Vücut ısını düşürmede kullanılan destekleyici tedavilerden biri ılık uygulamadır. Ilık uygulama sırasında soğuk su kullanılmamalı, suyun sıcaklığı 29-32°C arasında olmalıdır. Ilık uygulamada suya alkol eklenmemelidir, alkol deriden emilerek çocuğa

zarar verebilir. Ateşin aniden düşürülmesi durumunda hipotalamus etkilenebilir, bu nedenle ateş yavaşça düşürülmeli ve bir saatlik süre içerisinde vücut sıcaklığının 1,5-2°C'yi aşacak şekilde düşürülmemelidir. Ilık uygulama uzun süre uygulanmamalıdır (68,83).

2.9.2.İlaç tedavisi

Ateşin zararlı etkilerinin yanında birden çok faydası vardır. Bu nedenle çocuk her ateşlendiğinde antipiretik ilaçlar kullanılmamalıdır. Ateşin çok yükseldiği, çocuğun çok huzursuz olduğu, tekrarlayan havale nöbetlerinde, ağır kalp ve akciğer hastalığı olan çocuklarda antipiretik ilaçlarla ateşe müdahale edilmelidir. Ateşin ilaçla tedavisi; çocuğun yaşı, kilosu, hastalığın semptomlarına göre düzenlenen bir süreçtir. Kullanılacak ilacı belirlemek amacıyla çocuğun yaşı, doğru doz hesabı için kilosu bilinmelidir ve doktor kontrolünde bu süreç yönetilmelidir. Ebeveynlerin en çok kullandıkları ateş düşürücüler parasetamol, ibuprofen kullanılması önerilmese de asetilsalisilik asittir (68,84).

2.9.2.1.Parasetamol

Parasetamol, ebeveynlerin en yaygın kullandığı ateş düşürücü ve ağrı kesici ilaçtır. Bu ilaç 3 aydan büyük bebekler ve çocuklar için kilo başına 10-15 mg'ı aşmayacak şekilde genellikle 4-6 saat arayla kullanılır. Günlük doz 90 mg/kg'ı aşmamalıdır ve maksimum günlük doz bir gramı geçmemelidir. Parasetamolün emilimi hızlıdır ve etkisini bir saat içinde en üst düzeye ulaşır. Uygun dozlarda kullanıldığında güvenilirliği yüksektir, ancak alerjik reaksiyonlar en sık karşılaşılan sorunlardır. Parasetamol karaciğerde emilir ve yüksek dozda kullanımında toksik etkilere yol açabilir, karaciğer yetmezliğine neden olabilir (63,86).

2.9.1.2.İbuprofen

Çocuklarda analjezik, antipiretik ve antienflamatuvar olarak kullanılmaktadır. Altı aydan büyük çocuklarda, kilo başına 5-10 mg arası dozlar genellikle 6-8 saat aralıklarla kullanılır. Maksimum günlük doz, kilo başına 40-60 mg'dır. İbuprofen

kullanıldıktan 1-2 saat sonra etkisi en yüksek değere ulaşır ve karaciğerde metabolize edilir. Su içmeyen, kusma belirtisi olan dehidrate çocuklarda böbreklere zarar verebileceğinden kullanılmamalıdır (85).

2.9.1.3.Aspirin (Asetil Salisilik Asit)

En çok bilinen ve en eski ateş düşürücü ve ağrı kesici ilaçtır. Günde altı kez verilebilecek şekilde, her dört saatte bir kilo başına 10 mg kullanılabilir. Maksimum günlük doz, 3.6 gramı aşmamalıdır. Karaciğerde metabolize edilip böbrekler ile vücuttan atılır. Bu ilacın en önemli yan etkisi karaciğer ve beyin hasarına yol açabilen, yaklaşık %40 oranında ölümle sonuçlanabilen Reye Sendromuna neden olabilir. Yan etkileri tehlikeli ve çok olduğu için çocuklarda aspirin önerilmez (87).

2.10.Aile Eğitimi

Ailelerin ateşle başa çıkma konusunda bilgi eksikliği ve korkuları nedeniyle uygun olmayan müdahalelerde bulunabilirler. Özellikle çocuklarda ateşin hızla düşürülmesi gerektiği düşüncesi, ebeveynleri korku ve panik içinde acil servise gereksiz başvuruları arttırmaktadır. Ülkemizde, ebeveynlerin kültürel geleneklere olan bağlılığı bazı riskli davranışların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Yanlış davranışların temelinde genellikle örf, adet, gelenek ve kültürel inanışlar yatmaktadır (88,90).

Ebeveynler, ateşi düşürme amacıyla müdahale gerektirmeyen ateş aralığında, sirke gibi maddelerle uygulama yaparak, kolonya gibi kimyasallarla çocuğu soğutmaya çalışarak, soğuk suyla uygulama yaparak hatta antibiyotik kullanmak gibi yanlış yöntemlere başvurabilmektedirler. Bu zararlı kültürel inanışlar ve davranışlar, uygun eğitim yoluyla düzeltilerek ailelere sağlıklı ve bilinçli bir şekilde ateşle başa çıkma stratejileri öğretilir. Bu sayede, çocuklarda ateş durumunda doğru ve etkili müdahalelerin yapılması sağlanabilir ve çocuk sağlığı daha iyi korunabilir. (18,88)

Bu amaç kapsamında;

- Vücut savunma mekanizması olarak ateşin açıklanması, ebeveynlere enfeksiyonlarla mücadelede çoğu zaman vücut tarafından doğal bir tepki olduğu ve bazı durumlarda vücut için faydalı olabileceği hakkında bilgi verilir.

- Ateşin doğru yönetimi ve ölçümünün ebeveynlere öğretilmesi önemlidir, ebeveynler, ateşli çocukların ateşini doğru bir şekilde nasıl ölçeceklerini ve ateş durumuna nasıl uygun müdahalelerde bulunacaklarını hakkında bilgi verilir.
- Sağlık kurumuna başvurulması gereken durumların belirtilmesi önemlidir; ebeveynlere yüksek ateşin yanı sıra diğer semptomların da göz önünde bulundurulması ve hangi durumlarda sağlık kurumlarına başvurulması gerektiği vurgulanmalıdır. Böylece acil durumlar ve ciddi enfeksiyonlar karşısında ailenin farkındalığı artar.
- Ateş düşürücü ilaçların kullanımı ve dozajının öğretilmesi gerekir. Ebeveynlere ateş düşürücü ilaçların nasıl ve ne zaman kullanılacağına dair doğru bilgi verilerek ilaçların doğru dozajının önemi anlatılmalıdır.
- Sıvı alımının önemini vurgulanır. Ateşli çocukların sıvı alımının artırılmasının neden önemli olduğu ve sıvı kaybını önlemek için alınacak önlemlerin önemi anlatılır.
- Ateşli çocuğun doğru giydirilmesinin önemi ve ateşli çocukların nasıl doğru bir şekilde giydirileceği ve aşırı giydirmenin zararları hakkında bilgi verilmesi gereklidir.
- Alternatif tedavi yöntemlerinin zararları anlatılır. Çocuklar için bitkisel tedaviler veya soğuk uygulamalar gibi alternatif yöntemlerin zararlı olabileceği konusunda bilgi verilmelidir.
- Güvenilir kaynaklardan bilgi alınmasının teşvik edilmelidir.
- Sağlık profesyonelleriyle iletişimin önemi anlatılır. Çocuklarının sağlık durumu hakkında endişeleri olduğunda Sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmalarının ve sorularını sormaktan çekinmemelerinin teşvik edilmesi gerekmektedir (18,48,79,91).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

1-6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin ateşli durumlardaki yaklaşımlarını ve bilgi durumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışma tanımlayıcı niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Soruları

- ✓ Ebeveynlerin çocuklarındaki ateşli durumlarına yönelik yaklaşımları ve bilgi durumları nedir?
- ✓ Ateşli çocukların ebeveynlerinin ateş yönetim becerileri nedir?
- ✓ Ebeveynlerin ateşi nasıl gördüğü ve bu konudaki endişeleri nelerdir?
- ✓ Ebeveynlerin ateşli durumlarda en fazla neyden endişelenmektedir ?
- ✓ Ateş ölçme bölgesi olarak nereyi kullanıyorlar ?
- ✓ Ateşli durumlarda etkili ilaç kullanma durumları ?
- ✓ Ebeveynlerin ateş yükselince yaptığı ilk uygulama nedir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Batman ilinde bulunan 810 yataklı Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'nde gerçekleştirildi. Bu hastane, 2.615 personeli ile yıllık ortalama 2,3 milyon muayene hizmeti sunarak yaklaşık 1 milyon potansiyel nüfusa hitap etmektedir. Çalışma, Kasım 2022- Mayıs 2023 tarihleri arasında, 1-6 yaş arasındaki çocuklara sahip, 19 yaş ve üstü, okuma yazma becerisine sahip olan ebeveynler ile yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmada, veri toplama aşamasından önce, örneklem büyüklüğü hesaplanırken Yiğit ve Sarıoğlu (2022) çalışması referans alınarak 'G. power-3.1.9.2' programı kullanıldı. Çalışma kapsamında, 'Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Ölçeği' puanlarını etkileyen ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerinin değerlendirilmesi ve istatistiksel analizler için t testi uygulandı. Çalışmanın etki büyüklüğü 0.320: alfa değeri

0.05 ve teorik güç %95 alınarak çalışmanın örnekleme 205 ebeveyn olarak belirlendi. Çalışmada oluşabilecek veri kaybı göz önünde bulundurulduğunda 250 ebeveyne ulaşıldı. Araştırma süresince veri kaybı yaşanmadı.

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

Araştırma, sadece Batman Bölge Devlet Hastanesi Çocuk acil servisine gelen, iletişim sorunu yaşamayan, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, 19 yaş ve üstü, 1-6 yaş aralığında çocuk sahibi, okuma yazma becerisine sahip ve araştırmaya katılmayı isteyen ebeveynler arasında yürütüldü.

3.6. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmaya başlamak için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (EK.1). Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği 'nin kullanımı konusunda ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Prof. Dr. Nursan Çınar'dan izin alındı (EK.2). Araştırmanın verilerinin toplanması için Batman Eğitim Araştırma Hastanesi'nden kurum izni (EK.6) alındı. Araştırma hakkında bilgilendirmenin olduğu ve araştırmaya katılmak isteyen ebeveynlere “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” (EK.3) sunularak ebeveynlerden yazılı onay alındı.

3.7. Veri Toplama Formları

Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşerek toplandı. Veri toplama araçları olarak; araştırmacı tarafından literatür taraması yapıldıktan sonra hazırlanan “Soru formu” (EK.4) ve “Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Ölçeği” (EK.5) kullanıldı.

3.7.1. Soru Formu; Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini ve çocukları ateşlendiğinde annelerin yaptıkları uygulamaları değerlendiren altısı açık uçlu olmak üzere toplam 35 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ); Türk ebeveynlerinin çocukluk

çağı ateş yönetim uygulamalarını belirlemek için etkili bir araç olan Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinin (EAYÖ) orijinali Avustralya'da 2008 yılında Avustralya'da Walsh ve arkadaşları (2008) (100) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Altun ve Çınar (2011) (99) tarafından yapılmış olup Cronbach Alfa değeri 0,80 olarak bulunmuştur. Sekiz maddeden oluşan bu ölçek, beşli Likert biçimindedir ve alınabilecek puanlar 8 ile 40 arasında değişmektedir. Ölçek; çocuk ateşlendiğinde ateşini ölçerim, ateşinin kaç derece olduğunu bilmek isterim, bol bol su içiririm, ateş düşürücü ilaç kullanırım, gece boyunca onu kontrol ederim, onunla aynı odada uyurum, gece ateş düşürücü ilaç vermek için uykudan uyandırırım ve doktora götürürüm şeklinde 8 maddeden oluşmaktadır (1; asla, 2; nadiren, 3; bazen, 4; çoğunlukla, 5; her zaman). Yüksek puanlar, daha fazla ateş yönetimi uygulamalarını temsil ederken, düşük puanlar daha az ateş yönetimi uygulamalarını yansıtmaktadır. Ölçeğin araştırmada uygulanma izni Prof. Dr. Nursan Çınar'dan alınmıştır (99,100)

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler:

Araştırmanın bağımlı değişkeni, EAYÖ kullanılarak elde edilen verilerdir.

Bağımsız Değişkenler:

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, ebeveynlere yöneltilen soru formundaki; ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, yaş, çalışma durumu, eğitim durumu, yaşadığı bölge, çocuğun cinsiyeti, çocuğun yaşı, çocuk sayısı ve aylık gelir) ve ebeveynlerin çocuklarındaki ateşli durumlarına yönelik yaklaşımları ve bilgi durumları (çocuğun ateşlenme durumu, ateşin bir hastalık olup olmadığına dair görüşleri, ateş nedeniyle sağlık kurumuna gitme durumu, ebeveynlerin ateşi nasıl gördüğü ve bu konudaki endişeleri, ateş ölçüm yöntemleri, ölçüm yapılan bölgeler ve yaptığı uygulamalar, ateş düşürücü ve antibiyotik kullanımı, ateş ile ilgili eğitim alma durumu) ile ilgili verileri içermektedir.

3.9. Verilerin Analizi

Verilerin analizi, SPSS (IBM SPSS Statistics 27) programı ile gerçekleştirildi. Bulguların değerlendirilmesinde frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Ölçümleri normal bir dağılıma uymayan veriler için parametrik olmayan yöntemler kullanıldı. Parametrik olmayan tekniklere uygun olarak, iki bağımsız grup arasındaki verilerin karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" testi (Z-tablo değeri) kullanıldı. Bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçümleri karşılaştırırken ise "Kruskal-Wallis H" testi (χ^2 -tablo değeri) tercih edildi. Üç veya daha fazla grup için anlamlı farklar elde edilen değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

Çalışmamızda Ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach- α katsayısı 0,782 olarak bulundu. Kişilerin ölçeklere verdiği cevapların yüksek güvenilir olduğu belirlendi. (92)

Farklılıkların incelenmesine bir örnek:

Üç veya daha fazla grup arasında anlamlı farklılıklar tespit edilen değişkenler için ikili karşılaştırmalar sırasında "[1-2,3]" gibi ifadeler kullanıldı. Bu ifade, 1 ile 2 arasında ve aynı zamanda 1 ile 3 arasında anlamlı farklılıklar olduğu anlamına gelir.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan 250 ebeveynden elde edilen verilerin analizi sonucu elde edilen bulgular şu başlıklar altında verilmiştir:

- Ebeveynlerin tanıtıcı özellikleriyle ilgili bulguları
- Ebeveynlerin çocuklarındaki ateşli durumlarına yönelik yaklaşımları ve bilgi durumları ile ilgili bulguları
- Ebeveynlerin “Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği” ne ait bulguları



4.1. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleriyle İlgili Bulguları

Çizelge 4.1.1. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=250)

Özellikler ve alt grupları	n	%
Cinsiyet		
Kadın	134	53,6
Erkek	116	46,4
Yaş		
19-25	33	13,2
26-35	129	51,6
36-45	72	28,8
>45	16	6,4
Çalışma durumu		
Evet	147	58,8
Hayır	103	41,2
Eğitim düzeyi		
İlkokul	38	15,2
Ortaokul	52	20,8
Lise	71	28,4
Yükseköğrenim	89	35,6
Yaşadığınız bölge		
Kent	180	72,0
Kırsal	70	28,0
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	130	52,0
Erkek	120	48,0
Çocuğun yaşı		
12-36 ay	131	52,4
37-72 ay	119	47,6
Ailedeki çocuk sayısı		
1	69	27,6
2	89	35,6
3	58	23,2
4 ve üzeri	34	13,6
Aylık gelir düzeyi		
<5.000 TL	15	6,0
5.000 – 10.000 TL	103	41,2
>10.000 TL	132	52,8
Çocukta ateş öyküsü		
Evet	235	94,0
Hayır	15	6,0
Ateşi hastalık olarak görme		
Evet	139	55,6
Hayır	111	44,4
Daha önce ateş nedeniyle sağlık kurumuna gitme durumu?		
Evet	203	81,2
Hayır	47	18,8

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %53,6'sının kadın, %51,6'sının 26-35 yaş grubunda olduğu %58,8'inin çalıştığı, %35,6'sının yükseköğrenim mezunu olduğu ve

%72,0'ının kentte yaşadığı belirlendi. %52,0'sinin çocuğunun kız olduğu, %52,4'ünün çocuğunun 12-36 aylık olduğu ve %35,6'sının ailesinden 2 çocuğu olduğu belirlendi. %52,8'inin aylık gelirinin>10.000 TL olduğu, %94,0'ünün çocuğunun ateş öyküsü olduğu, %55,6'sının ateşi hastalık olarak gördüğü ve %81,2'inin ateş nedeniyle sağlık kurumuna gittiği belirlendi.



4.2. Ebeveynlerin Çocuklarındaki Ateşli Durumlarına Yönelik Yaklaşımları ve Bilgi Durumları ile İlgili Bulguları

Çizelge 4.2.1. Ebeveynlerin Çocuklarındaki Ateşli Durumlarına Yönelik Yaklaşımlarının Dağılımı

Özellikler ve alt grupları	n	%
Ateş endişesi var mı?		
Evet	217	86,8
Hayır	33	13,2
Ateş en çok hangi sebepten endişelendirir? *		
Havale geçirmesinden	198	79,2
Beynin zarar görmesinden	92	36,8
Çocuğun halsizliği – huzursuzluğu	53	21,2
Ölmesinden	30	12,0
Ciddi bir hastalıktan	63	25,2
Çocuğun ateş yüksekliğini nasıl anlarsın?		
Cilde dokunarak	136	54,4
Görünümüne bakarak	24	9,6
Ateş ölçer ile ölçerek	90	36,0
Evde vücut sıcaklığı ölçen alet var mı?		
Evet	152	60,8
Hayır	98	39,2
Çocuğunuzun ateşini nasıl ölçüyorsunuz?		
Kulaktan ölçen otomatik derece	17	6,8
Ağızdan ölçen otomatik derece	2	0,8
Koltuk altından ölçen otomatik derece	66	26,4
Alından ölçen dijital termometre	79	31,6
El ile	84	33,6
Cıvalı derece ile	2	0,8
Çocuğun ateşi ölçülen bölge		
Koltuk altı	76	30,4
Ağızdan	2	0,8
Rektal	4	1,6
Kulaktan	17	6,8
Alından	151	60,4
Ölçüm yeri değışince ateş değeri değışir mi		
Değışir	168	67,2
Değışmez	82	32,8
Çocuğun ateşi var yorumu yaptıran derece		
37°C	47	18,8
38°C	145	58,0
39°C	50	20,0
40°C ve üzeri	8	3,2
Ateş düşürmek için ilk olarak neler yapıyorsunuz? *		
Sadece ılık uygulama	28	11,2
Ilık uygulama ve ateş düşürücü verme	176	70,4
Çocuğun üzerini örtme	4	1,6
Sadece ateş düşürücü verme	35	14,0
Sağlık kurumuna götürme	34	13,6

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler satır bazlı olarak toplam örnek sayısına göre hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %86,8'inin çocuğun ateşlenmesinden endişelendiği, %79,2'sinin havale geçirmesinden korktuğu için endişelendiği ve

%54,4'ünün cilde dokunarak çocuğun ateşinin yüksekliğini anladığı belirlendi. %60,8'inin evde vücut sıcaklığı ölçen aletin olduğu, %33,6'sının el ile ateşi ölçtüğü ve %60,4'ünün çocuğun ateşini alından ölçtüğü belirlendi. %67,2'sinin ölçülen yer değişinde ateşin değiştiği, %58,0'inin çocuğun ateşi var yorumunu yaptıran düzeyin 38°C olduğu ve %70,4'ünün ateş düşürmek için ilk olarak ılık uygulama ve ateş düşürücü verdiği belirlendi.



Çizelge 4.2.2. Ebeveynlerin Çocuklarındaki Ateşli Durumlarına Yönelik Bilgi Durumlarının Dağılımı

Özellikler ve alt grupları	n	%
Ilık uygulamayı nereden uygularsınız? *		
Baş	130	52,0
Koltuk altı	92	36,8
Gövde	39	15,6
El yüz yıkama	88	35,2
Tüm vücut	44	17,6
Kasık bölgesi	37	14,8
Bilmiyor	25	10,0
Ilık uygulamayı ne ile yapıyorsunuz? *		
Soğuk su	48	19,2
Ilık su	177	70,8
Duş	66	26,4
Sirke	29	11,6
Doktora gitmeden ateş düşürücü veriyor mu?		
Evet	203	81,2
Hayır	47	18,8
Doktora gitmeden antibiyotik kullanma?		
Evet	52	20,8
Hayır	198	79,2
Ateş düşürücü ilaç verilmesi gereken aralıklar		
37.0 – 37,9°C	29	11,6
38.0 – 38,9°C	133	53,2
39.0 – 40,0°C	76	30,4
>40°C	12	4,8
Ateş düşürücü ilacı neye göre verdiği?		
Doktor reçetesine göre	80	32,0
Daha önce doktorun verdiği ilacı verme	123	49,2
Eczacının önerdiği ilacı verme	6	2,4
Yakınların önerdiği ilacı verme	4	1,6
Evde hangi ateş düşürücü varsa onu verme	37	14,8
Ateş düşürücü ilaç verme sıklığı		
Doktor önerisine uygun	99	39,6
4 saatte 1 kez	88	35,2
İlaç prospektüsünde yazan süreye göre	18	7,2
Yakınlara sorma	14	5,6
Ateşinin yükseldiğini düşündüğü her zaman	31	12,4

* Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler satır bazlı olarak toplam örnek sayısına göre hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %52,0'sinin ılık uygulama bölgesinin baş olduğu, %70,8'inin ılık suyla uygulama yaptığı, %81,2'sinin doktora gitmeden ateş düşürücü verdiği ve %79,2'sinin ateş düşürmede doktoran gitmeden antibiyotik vermediği belirlenmiştir. %53,2'sinin ateş düşürücü ilaç verme aralığının 38.0 – 38,9 °C olduğu, %49,2'sinin daha önce doktorun verdiği ilacı verdiği ve %39,6'sının ateş düşürücü verme sıklığının doktor önerisine göre olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.2.2. Ebeveynlerin Çocuklarındaki Ateşli Durumlarına Yönelik Bilgi

Durumlarının Dağılımı (Devamı)

Özellikler ve alt grupları	n	%
Ateş düşürücü olarak verilen ilaçlar *		
Parasetamol	196	78,4
İbuprofen	137	54,8
Aspirin	21	8,4
Ketoprofen	2	0,8
Novalgin	17	6,8
Ateş düşmeyince yapılan davranış		
Sağlık kuruluşuna başvurma	206	82,4
Düşmesini bekleme	44	17,6
Çocuğun herhangi bir ateşli havale geçirmesi		
Evet	42	16,8
Hayır	208	83,2
Çocuk havale geçirdiğinde yapılan davranış		
112'yi arama	8	19,0
Hava yolunu açık tutma	2	4,8
Kendi imkanlarıyla hastaneye götürme	27	64,3
Panik yapma	5	11,9
Yüksek ateşte ölçüm tekrarlama sıklığı		
15 dakika	122	48,8
30 dakika	98	39,2
1 saat	27	10,8
2 saat	3	1,2
Ateşli durumda yapılacakların eğitimini aldı mı?		
Evet	121	48,4
Hayır	129	51,6
Kimden eğitim aldınız? *		
Aileden	33	27,2
Kitap/dergi	13	10,7
Çevredeki insanlardan	23	19,0
Dr./hemşireden	65	53,7
Gazete/TV	26	21,4

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdelere satır bazlı olarak toplam örnek sayısına göre belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %78,4'ünün ateş düşürücü olarak parasetamol verdiği, %82,4'ünün ateş düşmeyince sağlık kuruluşuna başvurduğu, %83,2'sinin çocuğun herhangi bir ateşli havale geçirmediği ve %64,3'ünün çocuk havale geçirdiğinde kendi imkanlarıyla hastaneye götürdüğü belirlenmiştir. %48,8'inin yüksek ateşte 15 dakikada bir ölçüm yaptığı, %51,6'sının çocuk ateşlendiğinde yapılacakların eğitimini almadığı ve eğitim alanların %53,7'sinin doktor/hemşireden eğitim aldığı belirlenmiştir.

4.3. Ebeveynlerin “Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği” ne ait Bulguları

Çizelge 4.3.1. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği ’ne ilişkin puan ortalamaları dağılımı

Ölçek (N=250)	Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.
Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği (PFMS-TR)	32,20	4,01	32,0	20,0	40,0

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeği (EAYÖ) puan ortalamaları 32,20 bulundu.

Çizelge 4.3.2. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

Özellikler ve alt grupları	n	Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği		İstatistiksel analiz* Olasılık
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Cinsiyet				
Kadın	134	32,04±4,08	32,0 [6,0]	Z=-0,292
Erkek	116	32,39±3,93	32,0 [6,0]	p=0,770
Yaş				
19-25	33	32,45±3,92	32,0 [6,5]	
26-35	129	32,56±3,95	32,0 [5,0]	$\chi^2=3,339$
36-45	72	31,65±4,31	32,0 [7,0]	p=0,342
>45	16	31,31±2,94	31,0 [4,0]	
Çalışma durumu				
Evet	147	32,42±3,85	32,0 [6,0]	Z=-0,676
Hayır	103	31,89±4,21	32,0 [6,0]	p=0,499
Eğitim düzeyi				
İlkokul ⁽¹⁾	38	30,24±3,33	29,5 [4,0]	$\chi^2=37,942$
Ortaokul ⁽²⁾	52	30,56±4,07	31,0 [5,0]	p<0,001
Lise ⁽³⁾	71	32,21±3,80	32,0 [6,0]	[1,2,3-4] [1-3]
Yükseköğrenim ⁽⁴⁾	89	34,00±3,62	34,0 [4,5]	
Yaşanılan bölge				
Kent	180	32,81±3,96	32,5 [6,0]	Z=-3,777
Kırsal	70	30,65±3,73	31,0 [5,0]	p<0,001
Çocuğun cinsiyeti				
Kız	130	32,35±3,92	32,0 [5,0]	Z=-0,623
Erkek	120	32,04±4,11	32,0 [6,0]	p=0,533
Çocuğun yaşı				
12-36 ay	131	32,76±3,96	32,0 [7,0]	Z=-1,934
37-72 ay	119	31,59±3,98	32,0 [5,0]	p=0,053
Ailede çocuk sayısı				
1	69	33,27±3,97	33,0 [6,5]	$\chi^2=5,559$
2	89	31,69±3,81	32,0 [5,0]	p=0,135
3	58	31,84±3,95	32,0 [6,0]	
4 ve üzeri	34	32,00±4,45	32,0 [7,0]	
Aylık gelir düzeyi				
<5.000 TL ⁽¹⁾	15	32,47±4,03	32,0 [6,0]	$\chi^2=14,016$
5.000 – 10.000 TL ⁽²⁾	103	31,04±3,92	31,0 [5,0]	p<0,001
>10.000 TL ⁽³⁾	132	33,08±3,87	33,0 [6,0]	[2-3]
Çocukta ateş öyküsü				
Evet	235	32,33±4,01	32,0 [6,0]	Z=-2,060
Hayır	15	30,20±3,49	30,0 [4,0]	p=0,039
Ateş bir hastalık mıdır?				
Evet	139	32,02±3,90	32,0 [6,0]	Z=-0,873
Hayır	111	32,42±4,14	32,0 [7,0]	p=0,382
Daha önce ateş nedeniyle sağlık kurumuna başvurma				
Evet	203	32,48±3,94	32,0 [5,0]	Z=-2,183
Hayır	47	31,02±4,09	31,0 [6,0]	p=0,029

* Verilerin normal dağılımında olmadığı durumda, iki bağımsız grup arasında ölçüm değerlerini karşılaştırmak için "Mann-Whitney U" testi (Z-tablo değeri) kullanılmış, üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise "Kruskall-Wallis H" testi (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri tercih edilmiştir.

****Soru formu hazırlanınca asgari ücret 5500 Türk lirasıydı.**

Cinsiyete, yaş sınıflarına, çalışma durumuna, çocuğun cinsiyetine, çocuğun yaş sınıflarına, ailedeki çocuk sayısına ve ateşi hastalık olarak görme durumuna göre Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeği (EAYÖ) puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Eğitim seviyesine göre EAYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($\chi^2=37,942$; $p<0,001$). Bonferroni düzeltmesi uygulanmış ikili karşılaştırmalar sonucunda, anlamlı farkın hangi grupla ilişkili olduğunu belirlemek amacıyla ilkökul, ortaokul ve lise mezunu bireyler ile yükseköğrenim mezunu bireyler arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yükseköğrenim mezunu olanların ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları, ilkökul, ortaokul ve lise mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, lise mezunu bireyler ile ilkökul mezunu bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu fark, lise mezunu bireylerin EAYÖ puan ortalamalarının, ilkökul mezunu olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanan bölgeye göre EAYÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmiştir. ($Z=-3,777$; $p<0,001$). Kentsel bölgede yaşayanların EAYÖ puan ortalamaları, kırsal bölgede yaşayanlara kıyasla anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Aylık gelir seviyelerine göre EAYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($\chi^2=14,016$; $p<0,001$). Anlamlı farkın kaynağını belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış ikili karşılaştırmalar sonucunda, 5.000-10.000 TL arası gelire sahip olanlar ile <10.000 TL gelire sahip olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. >10.000 TL geliri olanların EAYÖ puan ortalamaları, 5.000 – 10.000 TL geliri olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çocuğun ateş öyküsü olması durumuna göre EAYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($Z=-2,060$; $p=0,039$). Çocuğu ateş öyküsü olanların EAYÖ puan ortalamaları, ateş öyküsü olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Daha 6nceden ateşle sağlık kurumuna gitme durumuna g6re EAY6 puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,183$; $p=0,029$). Ateşle sağlık kurumuna gidenlerin EAY6 puan ortalamaları, ateşle sağlık kurumuna gitmeyenlere g6re anlamlı düzeyde daha y6ksek olduğu belirlenmiştir.



Çizelge 4.3.3: Ebeveynlerin Çocuklarındaki Ateşli Durumlarına Yönelik Yaklaşımlarının Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

Özellikler ve alt grupları	n	Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği		İstatistiksel analiz* Olasılık
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Ateş endişesi var mı?				
Evet	217	32,36±4,07	32,0 [6,5]	Z=-1,771
Hayır	33	31,15±3,46	31,0 [5,0]	p=0,077
Ateşi nasıl anlarsınız				
Cilde dokunarak	136	32,02±4,09	32,0 [6,0]	$\chi^2=5,817$
Görünümüne bakarak	24	30,83±4,44	30,0 [4,0]	p=0,055
Ateş ölçer ile ölçerek	90	32,84±3,67	32,0 [5,0]	
Evde ölçüm aleti var mı?				
Evet	152	33,09±3,79	33,0 [5,0]	Z=-4,204
Hayır	98	30,81±3,95	31,0 [5,0]	p<0,001
Ateşi ölçme biçimi				
Kulaktan otomatik ⁽¹⁾	17	33,41±3,72	33,0 [6,0]	$\chi^2=17,265$
Koltuk altından oto ⁽²⁾	66	33,48±3,65	33,0 [5,0]	p<0,001
Alından otomatik ⁽³⁾	79	32,20±3,87	32,0 [6,0]	[1,2-4]
El ile ⁽⁴⁾	84	30,85±4,03	31,0 [5,0]	
Ateş ölçülen bölge				
Koltuk altı	76	32,81±3,82	33,0 [4,8]	$\chi^2=5,040$
Kulaktan	17	33,23±3,68	33,0 [6,0]	p=0,080
Alından	151	31,77±4,07	32,0 [6,0]	
Ölçüm yeri değişince ateş değeri değişir mi				
Değişir	168	32,67±4,01	32,5 [6,8]	Z=-2,775
Değişmez	82	31,23±3,84	31,5 [5,0]	p=0,006
Çocuğun ateşi var yorumu yaptıran °C				
37°C	47	32,66±3,85	32,0 [6,0]	$\chi^2=9,241$
38°C	145	32,39±4,10	32,0 [6,4]	p=0,026
39°C	50	30,90±3,63	31,0 [5,3]	[1,2,4-3]
40°C ve üzeri	8	34,25±3,99	34,5 [3,3]	
Doktora gitmeden ateş düşürücü verme				
Evet	203	32,15±4,08	32,0 [6,0]	Z=-0,206
Hayır	47	32,43±3,72	32,0 [4,0]	p=0,837
Doktora gitmeden antibiyotik verme				
Evet	52	30,73±4,16	30,0 [5,0]	Z=-2,996
Hayır	198	32,59±3,89	32,0 [5,3]	p=0,003
Ateş düşürücü ilaç vermek için gereken vücut sıcaklığı kaç?				
37.0 – 37,9°C	29	33,82±4,14	33,0 [6,0]	$\chi^2=11,863$
38.0 – 38,9°C	133	33,42±4,08	33,0 [7,0]	p=0,008
39.0 – 40.0	76	31,10±3,79	31,0 [5,0]	[1,2-3]
>40	12	32,83±2,44	32,5 [3,5]	

Verilerin normal dağılımında olmadığı durumda, iki bağımsız grup arasında ölçüm değerlerini karşılaştırmak için "Mann-Whitney U" testi (Z-tablo değeri) kullanılmış, üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise "Kruskall-Wallis H" testi (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri tercih edilmiştir.

Çocuğun ateşine endişe etme, ateş anlama şekli, ateş ölçülen bölge ve doktora gitmeden ateş düşürücü verme durumuna göre EAYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Evde bir ölçüm aletinin bulunup bulunmaması durumuna bağlı olarak EAYÖ ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. ($Z=-4,204$; $p<0,001$). Evde ölçüm aleti olanların EAYÖ puan ortalamaları, ölçüm aleti olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ateşi ölçme biçimine göre EAYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($\chi^2=17,265$; $p<0,001$). Anlamlı farkın grubunu belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış ikili karşılaştırmalar sonucunda, kulak ve koltuk altından otomatik ölçenler ile el ile ölçenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kulak ve koltuk altından otomatik ölçenlerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları, el ile ölçenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ölçüm yeri değişince ateşin değişmesi durumuna göre EAYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($Z=-2,775$; $p=0,006$). Ölçüm yeri değişince ateşi değişir diyenlerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları, değişmez diyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ateş var yorumu yaptıran aralığa göre EAYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,241$; $p=0,026$). Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ateş var yorumu yaptıran 37-38-40 ve üzeri dereceleri ile 39 °C diyenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ateş var yorumu yaptıran 37-38-40 °C ve üzeri derecelerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları, 39 °C göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Doktora gitmeden antibiyotik verme durumuna göre EAYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($Z=-2,996$; $p=0,003$). Doktora gitmeden antibiyotik vermeyenlerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları, doktora gitmeden antibiyotik verenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu.

Ateş düşürücü ilaç gerektiren aralık durumuna göre EAYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,863$; $p=0,008$). Anlamlı farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltmesi uygulanmış ikili karşılaştırmalar sonucunda; ateş düşürücü ilaç gerektiren aralık 37.0 – 37,9 °C ve 38.0 – 38,9 °C diyenler ile 39.0 – 40,0 °C diyenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 37.0 – 37,9 °C ve 38.0 – 38,9 °C diyenler ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları, 39.0 – 40,0 °C diyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu.



Çizelge 4.3.4. Ebeveynlerin Çocuklarındaki Ateşli Durumlarına Yönelik Yaklaşımlarının Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

Özellikler ve alt grupları	n	Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği		İstatistiksel analiz* Olasılık
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Ateş düşürücü ilacı neye göre verirsiniz?				
Doktor reçetesine göre	80	33,01±3,99	33,0 [5,0]	$\chi^2=4,075$ p=0,130
Daha önceki ilaç	123	31,79±3,98	32,0 [6,0]	
Evde herhangi ateş düşürücü verme	37	32,05±4,45	32,0 [7,0]	
Ateş düşürücü ilaç verme sıklığı				
Doktor önerisi	99	32,69±4,13	32,0 [6,0]	$\chi^2=5,736$ p=0,220
4 saatte 1 kez	88	32,21±3,87	32,0 [6,0]	
Prospektüsteki süre	18	32,44±4,28	32,0 [7,3]	
Yakınlara sorma	14	30,71±3,85	30,5 [6,0]	
Ateşli her zaman	31	31,16±3,80	32,0 [4,0]	
Ateş düşmeyince ne yaparsınız?				
Doktora götürme	206	32,72±4,06	32,5 [6,0]	Z=-4,635 p<0,001
Düşmesini bekleme	44	29,79±2,70	30,0 [4,0]	
Çocuğun ateşli bir havale geçirdi mi?				
Evet	42	31,02±3,72	31,0 [5,0]	Z=-2,360 p=0,018
Hayır	208	32,44±4,03	32,0 [6,8]	
Yüksek ateşte ölçüm tekrarlamama sıklığı				
15 dakika	122	32,98±3,88	33,0 [6,0]	$\chi^2=12,403$ p=0,002 [1-3]
30 dakika	98	31,79±4,06	32,0 [5,3]	
1 veya 2 saat	30	30,37±3,63	30,5 [5,0]	
Ateş ile ilgili eğitimi aldınız mı?				
Evet	121	32,57±4,02	32,0 [5,0]	Z=-1,711 p=0,087
Hayır	129	31,80±3,97	32,0 [6,0]	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Ateş düşürücü ilacı verme şekline, ateş düşürücü ilacı verme sıklığına ve çocuğun ateşlendiğinde yapılacakları hakkına eğitim alma durumuna göre EAYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

Ateş düşmeyince yapılan davranışa göre EAYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit bulundu (Z=-4,635; p<0,001). Doktora götürürüm diyenlerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları, ateşini düşmesini beklerim diyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çocuğun ateşli havale geçirmesi durumuna göre EAYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,360$; $p=0,018$). Çocuğu herhangi bir ateşli havale geçirmeyenlerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları, çocuğu herhangi bir ateşli hastalık geçirenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yüksek ateşte ölçüm tekrarlama sıklığına göre EAYÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($\chi^2=12,403$; $p=0,002$). Anlamlı farkın hangi gruptan olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltmesi uygulanmış ikili karşılaştırmalar sonucunda; 15 dakikada 1 ölçenler ile 1 veya 2 saatte bir ölçenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 15 dakikada 1 ölçenlerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları, 1 veya 2 saatte bir ölçenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, 1-6 yaş arası çocuklara sahip olan ebeveynlerin ateşli durumlara yaklaşımları ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın sonuçları, mevcut çalışmalarla karşılaştırılıp yorumlanmıştır.

Araştırmada katılımcıların büyük bir bölümünün (%86,8) ateş konusunda endişeli olduğu; ateşten endişelenme nedenlerine bakıldığında ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (%79,2) havaleden, %36,8'inin beyin zarar görmesinden, %21,2'sinin çocuğun halsizliği ve huzursuzluğundan, %12,0'sinin çocuğu kaybetme korkusundan ve %25,2'sinin ciddi bir hastalıktan endişelendiği görüldü (Tablo 4.2.1). Macit'in (2020) çalışmasında ebeveynlerin %91,3'ünün çocuklarındaki yüksek ateş nedeniyle endişe yaşadıkları belirlendi (93). Araştırmamızda ebeveynlerin ateşten endişelenme sebeplerinden en fazla (%61,9) havaleden endişelendiği görüldü. Yiğit ve Sarıoğlu (2022) çalışması incelendiğinde, katılımcıların %90,9'unun ateş konusunda endişelendiği ve %61,2'sinin çocuklarının havale geçirmesinden korktuğu görüldü (79). Literatürdeki benzer çalışmalarda: ateşin ebeveynlerin büyük çoğunluğunu endişelendirdiği ve en büyük endişe sebebinin ateşli havale geçirmesi olduğu saptandı (63,79,93-95). Çalışmanın sonuçları, literatürle benzerlik göstererek mevcut araştırma ile önceki çalışmalar arasındaki tutarlılığını göstermektedir. Bu durumda konunun önemini ve güncelliğini pekiştirmektedir.

Araştırmada, katılımcıların büyük bir bölümünün (%54,4), çocuklarının ateşinin yükseldiğini cilde dokunarak anladığını, daha az bir kısmının ise ateş ölçer kullanarak (%36,0) veya görünüme bakarak (%9,6) tespit ettiği gözlemlendi. (Tablo 4.2.1). Yiğit ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada, ailelerin %65,9'unun çocuklarının ateşinin yükseldiğini dokunarak, %14'ünün genel görünüme bakarak ve %20,1'inin ise ateş ölçer kullanarak tespit ettikleri ifade edilmiştir (13).

Araştırmaya katılanların evlerinde ateş ölçer bulundurma oranı %60,8 olarak bulundu (Tablo 4.2.1). Benzer çalışmalarda ebeveynlerin evde ateş ölçer bulundurma oranının %26 ile %87 arasında olduğu görülmektedir (13,47,95,96). Bu farklılık durumu anneler arasında sağlık hizmetlerine erişim, sosyoekonomik durum ve coğrafi konum nedeniyle olabileceği düşünülebilir. Ayrıca sağlık hizmeti sunucularının annelere ateş ölçerin öneminin vurgulaması, annelerin ateş ölçer cihazı edinme kararlarını etkileyebilir. İleride yapılacak bilimsel çalışmalar, bu farklılığın nedenleri konusunda daha kesin

sonuçlara ulaşmamıza destek olabilir.

Araştırma sonuçlarına göre, ebeveynlerin çoğunluğu, çocuğun vücut sıcaklığını alından (%60,4) ölçmeyi tercih ederken, diğer bir grup koltuk altından (%30,4) ve kulaktan (%6,8) ölçmeyi tercih etmektedir. (Tablo 4.2.1). Benzer çalışmalara bakıldığında, ebeveynlerin çocukların vücut sıcaklığını ölçerken alın bölgesini (%52,7) ve koltuk altını (%35,2) tercih ettiği görülmüştür (79). Sert (2021) araştırmasında ise, ebeveynlerin %26,8'i vücut sıcaklığını alın veya ciltten, %53,5'i ise koltuk altından ölçmeyi tercih etmişlerdir (97). Literatürdeki diğer çalışmalarda ebeveynlerin ateş ölçüm bölgeleri değişmekte olup en fazla kullanılan bölgeler alın ve koltuk altı bölgeleri olduğu tespit edildi (13,69,79,97). Alından ateş ölçümünün hızlı ve pratik olması, son yıllarda termometre türlerinin çeşitlenmesi nedeniyle alından ateş ölçüm yönteminin ebeveynlerce kullanımı artmıştır.

Araştırmada; ebeveynlerin ateş düşürmek için yaptığı uygulamalara bakıldığında ılık uygulamayla beraber ateş düşürücü verenler %70,4 olarak bulundu. (Tablo 4.2.1). Araz (2013) araştırmasında, ailelerin ateşi düşürmek için başvurdukları yöntemlere bakıldığında, ateş düşürücü ilaç kullanımının %78,50 oranında ve ılık uygulama yaptırmanın ise %75,25 oranında olduğu görülmüştür (101). Araştırmamızda yapılan ılık uygulama türü incelendiğinde en yüksek oranın %70,8 ile ılık su kullanarak yapıldığı görülmüştür. Araştırmamızda ateş düşürmek için kullanılan diğer yöntemlere bakıldığında ise soğuk su kullanarak ılık uygulama yapanların oranı %19,2, duş yöntemini tercih edenlerin oranı %26,4 ve sirke kullanarak ılık uygulama yapanların oranı %11,6 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2.2) Yiğit ve Sarıoğlu (2022) yaptığı araştırmada, annelerin ılık uygulama yöntemlerine göz attığımızda, en yüksek oranın %48,5 ile ılık su olduğu soğuk su ile uygulama yapanların oranı %33,3, sirke kullananların oranı %9,7 ve duş yöntemini tercih edenlerin oranı %8,5 olarak belirlenmiştir (79). Araştırmamızda, ebeveynlerin ılık uygulama bölgeleri üzerindeki incelememiz sonucunda, baş (%52,0) ve koltuk altı (%36) bölgelerinin ılık uygulama için en yaygın tercih edilen bölgeler olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, ebeveynlerin %17,6'sının tüm vücuttan ve %15,6'sının ise gövde bölgesinden ılık uygulama yaptığı bulunmuştur (Tablo 4.2.2). Araştırmalar; vücut ısını düşürme konusunda kullanılan destekleyici tedavilerden biri olan ılık uygulamanın etkili olduğu bölgelerin, lenf dolaşımının yoğun olduğu bölgeler olan koltuk altı, kasıklar ve alın bölgeleri olduğu şeklinde belirtilmektedir. Ayrıca, soğuk suyla yapılan uygulamanın vücutta refleks olarak vücudun ısı ayar noktasını daha da yükselttiği,

titremelere yol açtığı ve vücut ısı üretimini artırdığı, bu nedenle kan akımının ciltten iç organlara, örneğin kalp ve karaciğer gibi organlara yönlendiği ve cilt kanlanmasının belirgin bir şekilde azaldığı da gözlemlenmektedir.(63,68,83) Diğer araştırmalarla uyumlu olarak ve kendi çalışmamızın sonuçlarına göre (15,18,69,77) ılık uygulama sırasında çocuğa zarar verebilecek olan sirke, soğuk su ve alkol kullanım oranı göz ardı edilemez oranlardadır. Bununla birlikte, ebeveynlerin ılık uygulamayı yaptıkları bölge ve nasıl yapacakları konusunda bazı eksiklikler yaşadıkları gözlemlenmektedir. Bu tespitler uygun eğitim programının geliştirilmesi gerekliliğini ifade etmektedir. Ayrıca ebeveynlere verilecek eğitimler, çocukların güvenliğini sağlamak ve uygun ateş düşürme yöntemlerinin uygulanmasını teşvik etmek amacıyla hayati öneme sahiptir.

Araştırmamız, ebeveynlerin büyük bir bölümünün (%81,2) doktora başvurmadan ateş düşürücü ilaçlar kullandığını ve %20,8'inin de doktora danışmadan antibiyotik aldığını ortaya koymaktadır (Tablo 4.2.2). Suluhan ve arkadaşları (2016) çalışmasında doktora danışmadan ateş düşürücü ilaç kullanma oranı %88,5 olarak bulunmuştur (29). Yiğitalp (2019) araştırmasında, ebeveynlerin doktora danışmadan antibiyotik kullanma oranı %23,8 olarak kaydedilmiştir (98). Benzer çalışmalarda, ateş endişesi taşıyan ebeveynlerin, çocuklarının ateş fobisinden antipiretikleri sıklıkla kullandığı ve doktora danışmadan antibiyotik aldığı görülmüştür (29,36,47,81). Ebeveynlerin bu yaklaşımları tıbbi kararlar konusundaki yaklaşımlarının önemli bir boyutunu yansıtmaktadır. Ateş endişesi ile ilgili bilinçli eğitim modellerinin uygulanması ebeveynlerin sağlık hizmetlerini daha etkili bir şekilde kullanmaları açısından büyük önem taşımaktadır.

Araştırmamızda ebeveynlerin ateş düşürücü olarak en yaygın tercih ettikleri ateş düşürücülerin başında Parasetamol (%78,4) ve İbuprofen (%54,8) gelmektedir (Tablo 4.2.2). Benzer çalışmalar da annelerin en sık tercih ettiği ateş düşürücülerin Parasetamol ve İbuprofen olduğunu göstermektedir (81,96). Araştırmamızda, ateş düşürmek için kullanılması önerilmeyen aspirin kullanım oranının %8,4 olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumlu bir şekilde bulunmuştur (63,69,77,81). Ebeveynlerin, çocuklarının ateşi olmasa bile ateş düşürücü ilaçları sıklıkla kullandığı ve doktora başvurmadan antibiyotiklerin kullanımının yaygın olduğu görülmektedir. Ayrıca, ateş düşürmek amacıyla aspirin gibi ilaçların kullanımı da dikkat çekicidir. Bu bağlamda, ebeveynlere çocuklarının ateşi ile başa çıkarken doktor tavsiyelerine uygun bir şekilde ilaç kullanmalarının önemi vurgulanmalıdır.

Araştırmamızda ebeveynlerin yüksek ateş durumunda ölçüm tekrarlama sıklığını

incelediğimizde, katılımcıların %48,8'inin 15 dakikada bir, %39,2'sinin 30 dakikada bir, %10,8'inin 1 saatte bir ve %1,2'sinin 2 saatte bir çocuğunun ateşini ölçtüğü gözlemlenmiştir (Tablo 4.2.2). Araştırmamız, literatürdeki önceki çalışmalarla (20, 79, 95) benzer bir sonuca ulaşmıştır. Bulgularımız, ebeveynlerin büyük çoğunluğunun çocuklarının ateşli olduğu durumlarda ateş ölçümlerini 15 ile 30 dakika aralıklarla tekrarladığını göstermektedir. Bu sonuçlar, ebeveynlerin bu ateş ölçüm sıklığı konusunda yeterli bir bilinç düzeyine sahip olduğunu ve sağlık profesyonellerinin ebeveynlere daha iyi rehberlik etmeleri için önemli bir kaynak olabilir.

Çalışmamızda, çocukların ateşi düşmediği durumda ebeveyn davranışları üzerine yapılan incelemede, katılımcıların %82,4'ünün çocuklarının ateşi düşmeyince sağlık kurumuna başvurduğu ve %17,6'sının ateşin düşmesini beklediği gözlemlenmiştir (Tablo 4.2.2). Yiğit ve Sarıoğlu (2022) yaptığı çalışmada ise %72,7, Gülcan (2020) araştırmasında ise ebeveynlerin %89,7'sinin ateş düşmeyince sağlık kurumuna başvurduğunu belirtmişlerdir (58, 79). Bu sonuçlara göre sağlık hizmeti sağlayıcıları, ebeveynlerin bu tür durumlarla başa çıkma eğilimlerini daha iyi anlamaları ve ebeveynlere rehberlik sağlamaları açısından önemli olduğunu düşünülmektedir.

Araştırmada, ebeveynlerin yarıdan fazlasının (%51,6) çocuklarının ateşlendiği durumlarda nasıl hareket etmeleri gerektiği konusunda eğitim almadıkları tespit edilmiştir. Eğitim almış olanların büyük çoğunluğu (%53,7), bu eğitimi doktor veya hemşire gibi sağlık profesyonellerinden aldıklarını ifade etmiştir. Ayrıca, eğitimlerini aile üyelerinden (%27,2), gazete/televizyon gibi medya kaynaklarından (%21,4), çevrelerindeki kişilerden (%19,0) ve kitap/dergi gibi yazılı kaynaklardan (%10,7) edindikleri görülmüştür (Tablo 4.2.2). Gülcan (2020) araştırmasında, annelerin yarısından fazlasının ateşle başa çıkma konusunda eğitim almadığı, bilgi edinenlerin çoğunlukla doktor ve hemşire gibi sağlık profesyonellerinden bilgi edindiği saptanmıştır (58). Yiğit ve Sarıoğlu (2022) tarafından gerçekleştirilen bir çalışma, ebeveynlerin %56,4'ünün ateş konusunda bilgi almadığını ve %43,6'sının bu bilgiyi komşuları, akrabaları ve arkadaşlarından edindiğini ortaya koymuştur (79). Macit (2020) tarafından yürütülen çalışmada, ebeveynlerin büyük bir bölümünün yüksek ateşin yönetimi konusunda bilgi sahibi olduğunu, ancak bu bilgiyi sağlık profesyonellerinden alanların oranının düşük olduğunu ve çoğunluğunun aile üyeleri veya çevresindeki diğer kişilerden bilgi edindiğini göstermektedir (93). Bu sonuçlar, ebeveynlerin ateşli durumlarla başa çıkmak için çeşitli kaynaklardan bilgi edindiğini ve eğitim almayanların sayısının oldukça

yüksek olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, ebeveynlerin ateş yönetimine ilişkin uygun eğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir.

Araştırmamızda, çocukların herhangi bir ateşli havale geçirme oranı %16,8 olarak tespit edilmiştir. Ebeveynlere çocukları havale geçirdiğinde ilk olarak ne yaptıkları sorulduğunda, %64,3'ünün kendi imkanlarıyla hastaneye götürdükleri, %19,0'ının 112 acil hattını aradığı, %11,9'unun çok paniklediği ve %4,8'inin hava yolunu açık tutmaya çalıştığı görülmüştür (Tablo 4.2.2). Altinkalem (2007) çalışmasına göre, önceki çocukları ateşli havale geçiren katılımcıların yüzdesi %10,8 olarak kaydedilmiştir (33). Kılınç (2016) tarafından yürütülen araştırmada ise, çocuklarının ateşli havale geçirdiği tespit edilen katılımcıların oranı %14 olarak belirlenmiş olup, katılımcıların %67,1'i çocuklarının ateşli havale geçirmesi durumunda hastaneye başvuracaklarını, %39,1'i çocuklarına duş aldıracaklarını %37'si 112 acil hattını arayacaklarını ve %22,4'ü çocuklarının nefes almasını sağlamak amacıyla çocuğa pozisyon vermeyi seçeceklerini dile getirmişlerdir (87). Araştırmamız, çocukların ateşli havale geçirme oranı açısından literatürle (33,79,87) benzer sonuçlar göstermektedir. Araştırmalar ateşli havale durumunda, ebeveynlerin genellikle ilk tepkisi, kendi imkanlarıyla en yakın sağlık kuruluşuna başvurduğunu göstermektedir. Ateşli havale anında ebeveynlerin solunum yollarını açık tutma gibi önemli müdahaleleri oran olarak daha az gerçekleştirme eğiliminde oldukları için, ateşli havale durumunda ilk müdahale açısından eksiklik yaşadıkları gözlemlenmektedir.

Araştırmanın istatistiksel sonuçlarına göre, Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeği (EAYÖ) için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0,782 olarak saptandı. Daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında, Çınar ve arkadaşları (2014) çalışmasında Cronbach alfa değerinin $\alpha=0,79$ olduğu görülüyor (37). Aynı şekilde, Altun ve arkadaşları (2011) çalışmasında $\alpha=0,80$, Gülcan (2020) yürüttüğü çalışmada ise $\alpha=0,77$ olarak belirlenmiştir (58). Bu sonuçlar, literatürde benzer ve ölçeğin yüksek güvenilir olduğunu göstermektedir.

EAYÖ puanların artması, ebeveynlerin ateş yönetim sürecindeki bakım yükünün arttığını ve daha yüksek puanların daha sık uygulamalara işaret ettiğini, daha düşük puanların bu uygulamaların daha az sıklıkta olduğunu göstermektedir. Araştırmamıza katılan ebeveynlerin EAYÖ' den aldığı toplam puanlar 20 ile 40 arasında değişmekte olup ortalama puanları 32,20'dir (Tablo 4.3.1). Türkiye ve dünyanın bazı yerlerinde yapılan araştırmalarda, ebeveynlerin EAYÖ ölçeğinden aldıkları puanların genellikle 17,2 ile

34,52 arasında değiştiği gözlemlenmiştir (99,100). ınar ve arkadaşları (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada EAYÖ puan ortalaması 33,54 olarak bulunmuştur. Gülcan'ın (2020) alışmasına göre, EAYÖ puanlarının ortalaması 33,39 olarak tespit edilirken, en düşük puan 19 ve en yüksek puan ise 40 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda ebeveynlerin EAYÖ ölçeğinden elde ettikleri puanların ortalaması yüksek bulunmuş olup literatürdeki çalışmalarla benzer sonuçlar olduğu tespit edildi. EAYÖ puanlarının yüksek olması, ebeveynlerin ateş takibi ve düşürme konularında aktif bir yaklaşım sergilediklerini ve ateşle ilgili endişeyi gösteren davranışlar sergilediklerini göstermektedir (37).

Araştırmamızda ebeveynlerin EAYÖ' den aldığı toplam puanların cinsiyete, yaş sınıflarına, çalışma durumuna, çocuğun cinsiyetine, çocuğun yaş sınıflarına, ailedeki ocuk sayısına ve ateşi hastalık olarak görme durumuna göre EAYÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$), (Tablo 4.3.2). Yazıcı'nın (2020) araştırmasına göre, anne yaşı ve çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken, eğitim durumu arttıkça EAYÖ puanlarının yüksek olduğu görölmüştür (95). Yiğit'in (2022) yapmış olduğu çalışmada da ebeveynlerin eğitim seviyesine orantılı olarak EAYÖ puan ortalamalarının yükseldiği görölmüştür (79). Walsh ve arkadaşları (2008) tarafından yürütölen çalışmada ebeveynlerin eğitim seviyesi yükseldikçe EAYÖ puan ortalamaları yükselmiştir (100). Araştırmamız, ebeveynlerin yükseköğrenim mezunu olanların EAYÖ puanlarının ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu, aynı şekilde lise mezunu ebeveynlerin puanlarının da ilkokul mezunu ebeveynlere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3.2). Çalışmamız literatüre uyumlu olarak, ebeveynlerin eğitim seviyelerinin artmasıyla EAYÖ puan ortalamalarının yükseldiği sonucunu desteklemektedir. Ebeveynlerin eğitim seviyesi arttıkça çocuğun ateşini daha iyi yönetebilmeleri, çocuklarda ateş ile daha fazla bilgiye sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamız, ebeveynlerin coğrafi bölgelerine göre EAYÖ puan ortalamalarının, kentte yaşayanların, kırsal bölgelerde yaşayanlara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3.2). Mevcut literatürdeki çalışmaları incelediğimizde (79,95), şehirde yaşayan ebeveynlerin EAYÖ puanlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Bu farklılığın, şehirde yaşayan ebeveynlerin eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasından ve sağlık kurumlarına daha kolay erişebilmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda, ebeveynlerin evlerinde ateş ölçer bulundurup bulundurmadıklarıyla ilişkilendirilen EAYÖ puanlarını incelediğimizde, ateş ölçer bulunduran ebeveynlerin, bu cihaza sahip olmayanlara kıyasla daha yüksek EAYÖ puanlarına sahip olduğu bulundu (Tablo 4.3.3). Bu sonuç, ateş ölçer bulunduran ebeveynlerin çocukların ateşiyle daha ilgili olduklarını ve ateş yönetimi uygulamalarını daha etkin gerçekleştirdiklerini göstermektedir. Bu tür ateş ölçer araçlarının bilinçli kullanımı, ebeveynlerin çocuklarının sağlığını korumalarına yardımcı olabilir ve bu kullanım konusunda ebeveynler sağlık profesyonelleri tarafından teşvik edilmelidir.

Araştırmamızda, ateşin ölçüm yerinin değişiminin ateş değerinin değiştiğini bilen ebeveynler ile doktora danışmadan antibiyotik kullanmaktan kaçınan ebeveynlerin EAYÖ puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.3.3). Bu bulgular, ebeveynlerin ateş konusunda doğru bilgilere sahip olmalarının, EAYÖ puanlarının artmasına ve daha fazla ateş yönetimi uygulaması gerçekleştirdiklerini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun (%86,8) ateş konusunda endişeli olduğu; ateşten endişelenme nedenlerine bakıldığında en büyük endişe nedenini (%79,2) ateşli havale olduğu belirlendi.

Ebeveynlerin yarısının (%54,4), çocuklarının ateşinin yükseldiğini cilt temasıyla fark etmektedir. Ayrıca, katılımcıların önemli bir kısmının (%60,8) evlerinde vücut sıcaklığını ölçmek için bir alet bulundurduğu ve çocuklarının ateşini genellikle alın bölgesinden ölçmeyi tercih ettikleri bulundu.

Ebeveynlerin büyük bir bölümünün (%58) çocuğun ateşi var yorumu yaptıran derecenin 38 derecede olduğunu düşünmekte olup, bu durumda %70,4'lük bir kesim ateşi düşürmek için ılık uygulama yapmayı ve ateş düşürücü ilaçları tercih etmektedir.

Ebeveynlerin %70,4'ü, ateşi düşürmek için ılık uygulama ve ateş düşürücü verdiği, ılık uygulamayı en yaygın olarak ılık suyla (%70,8) gerçekleştirdiği, ılık uygulamanın en çok baş bölgesine (%52,0) uygulandığı tespit edildi. Ebeveynlerin büyük bir kısmı (%81,2), çocuklarının ateşi düşmeden önce sağlık kurumuna danışmadan ateş düşürücü ilaçlar kullanmaktadır. Bu ilaçların en yaygın tercih edilenleri parasetamol (%78,4) ve İbuprofen'dir (%54,8).

Ateşli çocukların %16,8'inde febril konfüzyon öyküsünün bulunduğu tespit edildi. Ayrıca, ebeveynlerin konfüzyon anında en yaygın olarak yaptığı davranışın çocuğu kendi olanaklarıyla hastaneye götürmek olduğu saptandı.

Ebeveynlerin yarıdan fazlasının (%51,6) ateşle ilgili eğitim almamış olduğu tespit edildi. Eğitim almış olan ebeveynlerin %53,7'sinin sağlık profesyonellerinden eğitim aldığı belirlendi.

Araştırmamızda ebeveynlerin EAYÖ ölçeğinden elde ettikleri puanların ortalaması yüksek bulundu.

Öneriler

Ebeveynlerin ateş ve ateş yönetimiyle ilgili eksik ve yanlış bilgilere sahip oldukları görüldü. Bu nedenle, ebeveynlerin ateşle ilgili doğru bilgilere güvenilir kaynaklardan ulaşmaları son derece kritik bir öneme sahiptir. Sağlık profesyonelleri, ebeveynlere güvenilir bilgilendirme sunmak amacıyla seminerler, broşürler ve benzeri araçları kullanmalıdır.

Ayrıca, ebeveynlerin ilaçları bilinçli bir şekilde kullanmaları ve ateş düşürmek için gereksiz antibiyotik kullanımını azaltmaları son derece önemlidir. Sağlık profesyonelleri, çocukların sağlığı için gerekli olmayan ilaçların kullanımından kaçınılması gerektiği konusunda ebeveynlere yönlendirmelerde bulunmalıdır. Ateşi düşürme uygulamaları konusunda ebeveynlere detaylı bir şekilde bilgi sunulmalı ve güvenli uygulama yöntemleri hakkında eğitim programları hazırlanmalıdır. Bu, ebeveynlerin ateşli durumlarla başa çıkmalarına yardımcı olacak ve çocuklarının sağlığını daha iyi korumalarını sağlayacaktır.

Ateşi etkili ve doğru bir şekilde yönetebilmek amacıyla ebeveynlere ateşin doğru bir biçimde tanımlanması, ölçülmesi, semptomatik tedavi yöntemleri ve destekleyici tedavi yöntemleri hakkında eğitim verilerek, bu alandaki farkındalığı ve bilgi seviyesini artırmak gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. Çavuşoğlu, H., ve Erdem, Y. (2018). Çocuklarda Enfeksiyon Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Conk, Z., Başbakkal, Z., Yılmaz, H. B., ve Bolışık, B. (Eds.), *Pediatric Hemşireliği* (2. Baskı, ss. 745-770). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
2. Walsh, A., Edwards, H., & Fraser, J. (2009). Attitudes and subjective norms: Determinants of parents' intentions to reduce childhood fever with medications. *Health Education Research*, 24(3), 531-545.
3. Türker, Y., Baltacı, D., Yıldırım, F. B., Arslan, B., & Kara, İ. H. (2015). Yüksek ateş bulgusu olan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. *Düzce Medical Journal*, 17(1).
4. Dong, L., Jin, J., Lu, Y., Jiang, L., & Shan, X. (2015). Fever phobia: A comparison survey between caregivers in the inpatient ward and caregivers at the outpatient department in a children's hospital in China. *BMC Pediatrics*, 15(1), 163.
5. De Bont, E. G., Loonen, N., Hendrix, D. A., Lepot, J. M., Dinant, G. J., & Cals, J. W. (2015). Childhood fever: A qualitative study on parents' expectations and experiences during general practice out-of-hours care consultations. *BMC Family Practice*, 16(1), 131.
6. Arıkan, Z., Tekşam, Ö., Kara, A., & Kale, G. (2012). Ateş yakınması ile çocuk acile başvuran hastalarda uygunsuz dozda ateş düşürücü kullanma sıklığının ve nedenlerinin belirlenmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 47(2).
7. Alqudah, M., Johnson, M., Cowin, L., & George, A. (2014). An innovative fever management education program for parents, caregivers, and emergency nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(1), 52-61.
8. Martins, M., & Abecasis, F. (2016). Healthcare professionals approach paediatric fever in significantly different ways and fever phobia is not just limited to parents. *Acta Paediatr Int J Paediatr*, 105(7), 829-833.
9. Altınkalem, D. (2007). *Annelerin Ateş ve Ateşli Havale ile İlgili Bilgi Düzeyleri* [Uzmanlık Tezi]. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
10. Crocetti, M., Moghbeli, N., & Serwint, J. (2001). Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*, 107, 1241-1246.
11. Göbekli, A. (2021). *0-5 yaş grubu çocuğu olan annelerin ateş yönetimi konusundaki deneyim ve uygulamaları* [Yüksek lisans tezi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
12. Purssell, E., & Collin, J. (2015). Fever phobia: The impact of time and mortality – A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 81-89.
13. Yiğit, R., Esenay, F., Esine, Ş. E. N., & Serinol, Z. (2003). Annelerin yüksek ateş konusunda bilgi ve uygulamaları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3).
14. Celasin, N. Ş., Ergin, D., & Atman, Ü. (2008). Yüksek ateş şikâyeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(6), 315-322.
15. 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.

16. Arzu, İ. L. Ç. E., & Karabay, O. (2009). Ateş ölçümünde dört farklı vücut bölgesinin karşılaştırılması ve hasta tercihinin incelenmesi. *Duzce Medical Journal*, 11(3), 5-10.
17. Öztürk, Ö., Topan, A., & Ayyıldız, T. (2015). Ateş şikâyeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 285-296.
18. Özkan, H., & Öztürk, S. (2013). Doğu Anadolu bölgesinde bir kent merkezinde iki aile sağlığı merkezine başvuran annelerin çocukları ateşlendiğinde yaptığı uygulamalar. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 3(2), 121-126.
19. Akçam, M. (2004). Üç yaşından küçük çocuklarda odaksız ateş ve tedavisi. *Klinik Pediatri*, 3(1), 21-25.
20. 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.
21. Maraş, G. (2022). *Ebeveynlerin Çocuklarının Ateş Yönetimlerine İlişkin Durumlarının İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Kırşehir].
22. Çakayar, A. (2018). Olgü Eşliğinde Ateşli Hastaya Yaklaşım. *İç Hastalıkları Dergisi*, 25, 19-33.
23. Hacımustafaoğlu, M. (2018). Ateş; Klinik Kullanımda Tanımlamalar. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 12(1), 40-41.
24. Görgülü, S. (2001). Yaşamsal Bulgular. In Ulusoy, F., Görgülü, S. (Eds.), *Hemşirelik Esasları: Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler* (Cilt 1, 5. Baskı). Ankara: Çağın Ofset.
25. Tabak, F. (2006). Ateş patogenezi, ateş tipleri, erişkinde ateş yönetimi ve erişkinde ateş yönetimi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Ateşli hastaya yaklaşım sempozyum Dizisi, 53, 27-36.
26. Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., ... & Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *Jama*, 315(8), 801-810.
27. Dinçer, Ş. (2017). *Çocuk Kliniklerinde Hemşire Olarak Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgilerinin Belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Konya].
28. Demircan, C. (2022). Nedeni Bilinmeyen Ateş. In A. Ersoy (Ed.), *Uludağ İç Hastalıkları Kitabı* (Cilt 2, ss. 338). Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
29. Suluhan, D., Taşal, C., Yıldız, D., Eren Fidancı, B., Konukbay, D., Gök, F., & Sürer, İ. (2016). 0-6 arası çocuğa sahip annelerin ateş düşürücü ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(2), 90-96.
30. Çaka, S. Y., Çınar, N., & Altınkaynak, S. (2015). Ateşli çocuğa yaklaşım. *Journal of Human Rhythm*, 1(4), 133-138.
31. Kara, B. (2003). Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 12, 10-14.
32. Patricia, C. (2014). Evidence-based management of childhood fever: What pediatric nurses need to know. *Journal of Pediatric Nursing*, 29, 372-375.
33. Altınkalem Dalkıran, Y. (2007). *Annelerin ateş ve ateşli havale ile ilgili bilgi düzeyleri*. [Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi].
34. Chow, A., & Robinson, J. L. (2011). Fever of unknown origin in children: a systematic review. *World Journal of Pediatrics*, 7, 5-10.

35. Kayıran, S. M. (2020). Ateşli Çocuğa Yaklaşım. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 12(3), 154-157.
36. Akyıldız, M. Y., & Demiray, E. K. D. (n.d.). Pediyatrik Hastada Nedeni Bilinmeyen Ateş. *Phoenix Medical Journal*, 4(2), 48-51.
37. Cinar, 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.
38. Richardson, M., & Lakhanpaul, M. (2007). NICE guidelines: Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of NICE guidance. *BMJ: British Medical Journal*, 334(7604), 1163-1164.
39. Stanway, D. (2015). Fever in children. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 29(26), 51.
40. Sherman, J. M., & Sood, S. K. (2012). Current challenges in the diagnosis and management of fever. *Current Opinion in Pediatrics*, 24(3), 400-406.
41. Karaoğlu Asrak, H. (Ağustos 2017). *Normal vücut sıcaklığı. Ateş Kılavuzu*. Erişilebilir: <http://www.cocukenfeksiyondernegi.org/upload/documents/AtesKilavuzu.pdf>
42. Avner, J. R. (2009). Acute fever. *Pediatrics in review*, 30(1), 5-13.
43. Walter, E. J., Hanna-Jumma, S., Carraretto, M., & Forni, L. (2016). The pathophysiological basis and consequences of fever. *Critical Care*, 20(1), 1-10.
44. Kluger, M. J. (1986). Is fever beneficial? *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 59(2), 89.
45. Bierman, W. (1942). The history of fever therapy in the treatment of disease. *Bulletin of the new York Academy of medicine*, 18(1), 65.
46. El-Radhi, A. S. M. (2008). Why is the evidence not affecting the practice of fever management? *Archives of disease in childhood*, 93(11), 918-920.
47. Halıcıoğlu, O., Koc, F., Akman, S. A., & Teyin, A. (2011). Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 1(1), 13-19
48. Macit, F. (2020). *Ateş nedeniyle çocuk acil servise başvuran ebeveynlerin kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörler* [Yüksek lisans tezi, Yozgat Üniversitesi].
49. Pour, H. A., & Yavuz, M. (2010). Vücut sıcaklığındaki yükselmenin (ateşin) hemodinamik parametrelere etkisi. *Medical Journal of Hemodynamics*, 15(2), 75-80.
50. Yayla, M. E. (2010). *Çocuk Acil Servisine Başvuran 6 Ay-5 Yaş Arası Ateşli Hastalarda Aksiller, Rektal ve Timpanik Ateş Ölçümlerinin Karşılaştırılması* [Dr. Muhteşem Erol Yayla Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği].
51. Sullivan, J. E., Farrar, H. C., Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, & Committee on Drugs. (2011). Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*, 127(3), e20103852.
52. 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), 1-7.
53. Polat, M., Kara, S., Tezer, H., Tapısız, A., Derinöz, O., & Dolgun, A. (2014). A current analysis of caregivers' approaches to fever and antipyretic usage. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 8(03), 365-371.
54. Teng, C. L., Ng, C. J., Nik-Sherina, H., Zailinawati, A. H., & Tong, S. F. (2008). The accuracy of mother's touch to detect fever in children: a systematic review. *Journal of tropical pediatrics*, 54(1), 70-73.

55. Akinbami, F. O., Orimadegun, A. E., Tongo, O. O., Okafor, O. O., & Akinyinka, O. O. (2010). Detection of fever in children emergency care: comparisons of tactile and rectal temperatures in Nigerian children. *BMC Research Notes*, 3, 1-6.
56. Akkaş, M., Aksu, N. M., Gunalp, M., & Sardan, Y. C. (2012). Ateş Hissinin Doğruluğu ve Dokunarak Ateş Tahmini. [The Accuracy of Fever Perception and Estimation of Fever by Touch]. *Türk Pediatri Arşivi*, 47(3), 242-247.
57. Alayed, Y., Hommadi, A., Alkhalifah, M., & Bashir, M. (2022). Accuracy of The Axillary Temperature Screening Compared to Core Rectal Temperature.
58. Gülcan, M. K. (2020). *Çocuk acil servise ateş şikâyeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi].
59. Kara, B. (2003). Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 12(1), 10-14.
60. Gülen, U. D. A., & Hacımustafaoğlu, M. (2019). Çocuklarda ateş, değerlendirme ve yaklaşım. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa.
61. Yolcu, B. (2022). *Annelerin çocukluk çağı ateş yönetiminde bilgi tutum ve yaklaşımlarının incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi].
62. Geneva, I. I., Cuzzo, B., Fazili, T., & Javaid, W. (2019, April). Normal body temperature: a systematic review. , 6(4), ofz032. doi:10.1093/ofid/ofz032
63. Yeral, A. (2017). *Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı: Ateş konusunda bilgi, tutum ve davranışları*. [Uzmanlık tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay].
64. National Institute for Health and Care Excellence. (2019, Kasım). Fever in Under 5s: Assessment and Initial Management. İngiltere: NICE Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü. NICE Guideline (İnternette). Erişim tarihi: 20.04.2023, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143/chapter/recommendations>.
65. Göbekli, A., & Güney, R. (2022). 0-5 Yaş Grubu Çocuklarda Ateş Yönetimi: Güncel Yaklaşımlar. *Journal of Health Sciences and Management*, 2(2), 33-39.
66. Turan, G., Taş, B. A., Gazi, M., Yılmaz, E., & Akgün, N. (2016). İdeal Isı Monitörizasyonu, Nasıl. *Boğaziçi Tıp Dergisi*, 3(2), 60-63.
67. Khorshid, L., & Blumenthal, I. (1992). Should we ban the mercury thermometer? discussion. *Journal of The Royal Society of Medicine*, 85, 553-555.
68. Ayfer, E. K. İ. M., & Ocakçı, A. F. (2013). İnfrared temassız alın termometresi: çocukların ateş ölçümünde güvenilir bir yöntem mi? –sistemik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3), 68-76.
69. Kılınç, D. (2016). *Çocuk acil servisine başvuran hasta yakınlarının ateş yönetimi ve antipiretik kullanımı hakkında bilgi düzey ve tutumlarının belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
70. Saraçlı, S., & Çelik, H. (2012). Metot karşılaştırma çalışmalarında Bland-Altman ve Tıp II regresyon analizinin karşılaştırılması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 11-14.
71. Kara, B. (2003). Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 12 (1), 10-14.
72. Geneva II, Cuzzo B, Fazili T, Javaid W. (2019). Normal Body Temperature: A Systematic Review. *Open Forum Infectious Diseases*, 6(4), ofz032.
73. Ayfer, E. K. İ. M., & Ocakçı, A. F. (2013). İnfrared temassız alın termometresi: çocukların ateş ölçümünde güvenilir bir yöntem mi? –sistemik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3), 68-76.

74. Hebbbar, K., Fortenberry, J. D., Rogers, K., Merritt, R., & Easley, K. (2005). Comparison of temporal artery thermometer to standard temperature measurements in pediatric intensive care unit patients. *Pediatric Critical Care Medicine*, 6(5), 557-561.
75. Bozkaya, D., & Koçak, Ü. (2009, Gün, Ay). Fever of unknown origin during childhood. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 3(4), 57-61. Erişim tarihi: Gün, Ay, Yıl, <https://dergipark.org.tr/en/pub/tchd/issue/44442/550648>
76. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). (2013). Feverish illness in children: assessment and initial management in children younger than 5 years.
77. Sağer, S. G. (2010). *Annelerin ateş, ateş düşürücüler, ateşli hastalıklar, antibiyotik kullanımı ve ateşli havale hakkında bilgi düzeylerinin ölçülmesi* [Uzmanlık tezi, İstanbul Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği].
78. Niehues, T. (2013). The febrile child: diagnosis and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(45), 764.
79. Yiğit, P., & Sarıalioğlu, A. (2022). Ateşli Çocukların Ebeveynlerinin Kaygı Düzeyleri ile Ateş Yönetimlerinin İncelenmesi. *Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri*, 20(1).
80. Hsieh, P., Frazier, J. P., & Oholendt, K. (2018). Parental Education in Debunking Myths: Is Fever Still a Phobia. *J Pediatr Infants*, 1, 40-46.
81. Çataklı, T., Can, V., & Dallar, Y. (2012). Annelerin ateş düşürücü kullanma bilgileri yeterli mi. *J Pediatr Inf*, 6(4), 139-143.
82. Agrawal, R. P., Bhatia, S. S., Kaushik, A., & Sharma, C. M. (2017). Perception of fever and management practices by parents of pediatric patients. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 1(4), 397-400.
83. İyi, Z., & Kahriman, İ. (2019). Ateşli Çocuğa Hastane Öncesi Yaklaşım. Bildiri Sunulduğu 2. Uluslararası 19 Mayıs Yenilikçi Bilimsel Yaklaşımlar Kongresi, Samsun, Türkiye, 29 Aralık 2019, 642-646.
84. Edwards, H., Courtney, M., Wilson, J., Monaghan, S., & Walsh, A. (2003). Fever management audit: Australian nurses' antipyretic usage. *Pediatric Nursing*, 29(1), 31-37.
85. Walsh, A. M., Edwards, H. E., Courtney, M. D., Wilson, J. E., & Monaghan, S. J. (2006). Paediatric fever management: continuing education for clinical nurses. *Nurse Education Today*, 26(1), 71-77.
86. Mücahit, E. M. E. T. (2016). Asetaminofen (Parasetamol) zehirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Emerg Med-Special Topics*, 2(1), 51-57.
87. Kılınç, D. (2016). *Çocuk acil servisine başvuran hasta yakınlarının ateş yönetimi ve antipiretik kullanımı hakkında bilgi düzey ve tutumlarının belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
88. Sezici, E. (2019). Annelerin hastanede yatan çocuklarında ateş deneyimleri: niteliksel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 40-45.
89. Bölükbaşı, S. (2011). *0-4 yaş çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşleri* [Yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi]. Lefkoşa.
90. Green, R., Jeena, P., Kotze, S., Lewis, H., Webb, D., & Wells, M. (2013). Management of acute fever in children: Guideline for community healthcare providers and pharmacists. *South African Medical Journal*, 103(12), 948-954.

91. Edwards H, Walsh A, Courtney M, Wilson J, Monaghan S, Young J. Peer education program a fever management education program for paediatric nurses. *Australia: Queensland University of Technology*, 2003, 157-161.
92. Yüksel Terzi, P. (2019). Anket, Güvenilirlik – Geçerlilik Analizi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
<https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/yukselt/62069/GA%20CRONBACH%20ALFA.pdf> (19.09.2023).
93. Macit, F. (2020). *Ateş Nedeniyle Çocuk Acil Servise Başvuran Ebeveynlerin Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler* [Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, T.C. Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi].
94. Işık FE, İşler A, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G. Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. *Türk Ped Arş*, 2007, 42: 57-60.
95. Yazıcı, T. (2020). *Beş yaş altı çocukların annelerinde ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımının değerlendirilmesi* [Uzmanlık Tezi, TC Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Konya.]
96. Çiftçi, E. K., & Beklen, S. (2014). 0-6 yaş arası çocuğu olan annelerin ateş ve ateş düşürücüler ile ilgili bilgi ve inanışları. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2), 83-91.
97. Sert, H. E. (2021). *Ebeveynlerin Ateş Hakkındaki Bilgileri ve Ateşli Çocuğa Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi* [Tıpta Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi]. Denizli.
98. Yiğitalp, G. (2019). 0-6 yaş çocuğu olan annelerin ateş konusunda bilgi ve uygulamaları-Diyarbakır örneği. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 172-174.
99. Altun, İ., Cınar, N. D., & Walsh, A. M. (2011). Psychometric properties of the parents' fever management scale in a Turkish population. *HealthMED: Journal of Society for Development in New Net Environment in B&H*, 5(3), 567-575.
100. Walsh, A., Edwards, H., & Fraser, J. (2008). Parents' childhood fever management: community survey and instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 376-388.
101. Araz, N. Ç. (2013). Parents' approach to fever in childhood: knowledge, attitudes, and applications. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 7(1), 27-32.

EKLER

Ek 1- Etik Kurul İzni



Ek 2-Ölçek İzni



Ek 3- Araştırma Gönüllü Rıza Formu

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sevgili ebeveynler;

Çocukluk döneminin de en çok görülen bulgularından biri olan ateş, acil servise olan başvuruların önemli bir bölümünde yer alır. Çocuktaki minimal düzeydeki sıcaklık artışı ateşin en kısa sürede düşürülmesi gerektiği düşüncesini harekete geçirmekte ve ebeveynlerde korkuya neden olmaktadır. Ebeveynler çocuklarının vücut ısısı yükseldiğinde hemen tedirgin olmakta, yaşadığı endişe ve panikle hatalı ya da tehlikeli olabilecek ateşi azaltma tekniklerine yönelebilmektedir. Bu durum ebeveynlerde paniğe yol açmaktadır. Normal aralıktaki beden ısılarında dahi tehlike arz edebilecek uygulamalar yapılmakta ve sonuç olarak çocukların sağlığı negatif yönde etkilenmektedir. Ailelerin ateş konusundaki bilgi ve deneyimlerinin saptanması, eksikliklerin tamamlanıp hataların düzeltilmesi çocukluk evresi ateşin kontrolüne mühim katkılarda bulunabilmektedir. Bu araştırmada size ateş ile ilgili ve sizin ateşli durumlarda hangi uygulamaları yaptığınızla ilgili bazı sorular sorulacaktır. Bu form sizin çocuklarınızın ateşli durumlarındaki yaklaşımlarınız, yaptığınız uygulamalar ve ateşli ilgili bilgi durumunuzun belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmaya katılan kişinin bilgileri araştırma dışında kullanılmayacak ve araştırmacıda saklı kalacaktır.

Burada vereceğiniz tüm cevaplar sadece araştırmayı raporlandırmak amacıyla kullanılacaktır.

Bu nedenle form üzerine isminizi yazmayınız. Zamanınızı ayırıp araştırmaya katılımınızdan dolayı için teşekkür ederiz.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Ek 4- Anket Soruları

1) Cinsiyetiniz

☐ Kadın

☐ Erkek

2) Yaşınız

☐ 19-25

☐ 26-35 arasında

☐ 36-45

☐ 45 üstü

3) Çalışıyor musunuz

☐ Evet

☐ Hayır

4) Eğitim durumunuz

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Yükseköğrenim

5) Yaşadığınız bölge

☐ Kent

☐ Kırsal

6) Çocuğun cinsiyeti

☐ Kız

☐ Erkek

7) Çocuğun yaş aralığı ?

☐ 12-36 ay arası

☐ 36-72 ay

8) Ailedeki çocuk sayısı?

☐ 1

☐ 2

3 ☐

☐ 4 ve fazlası

9) Aylık gelirin ne kadar?

☐ 5000 bin ve altı

☐ 5- 10 bin arası

☐ 10 bin üstü

10) Çocuğunuz bugüne kadar hiç ateşlendi mi?

☐ Evet

☐ Hayır

11) Ateş bir hastalık mıdır?

☐ Evet

☐ Hayır

12) Çocuğunuzu daha önce ateş nedeniyle sağlık kurumuna götürdünüz mü?

☐ Evet

☐ Hayır

13) Çocuğunuzun ateşlenmesi sizi endişelendirir mi?

☐ Evet

☐ Hayır

Ek 4-Devam

- 14) Çocuğunuzun ateşlenmesi en çok hangi sebepten sizi endişelendirir?
- () Havale geçirmesinden () Ölmesinden
() Beyninin zarar görmesinden () Ciddi bir hastalıktan
() Çocuğun halsizliği- Huzursuzluğu () Diğer(Belirtiniz).....
- 15) Çocuğunuzun ateşinin yükseldiğini nasıl anlarsınız?
- () Cildine dokunarak
() Görünümüne bakarak
() Ateş ölçer ile ölçerek
- 16) Evinizde vücut sıcaklığını ölçen herhangi bir aracınız var mı?
- () Evet () Hayır
- 17) Çocuğunuzun ateşini nasıl ölçüyorsunuz?
- () Kulaktan ölçen otomatik derece ile () El ile
() Ağızdan ölçen otomatik derece ile () Cıvalı derece ile
() Koltuk altından ölçen otomatik derece ile
() Alından ölçen dijital termometre ile
() Diğer(Belirtiniz).....
- 18) Çocuğunuzun ateşini hangi bölgeden ölçmeyi tercih ediyorsunuz?
- () Koltuk altı () Kulaktan
() Ağızdan () Alından
() Rektal (poposundan)
- 19) Ateş ölçtüğünüz yerler değiştiğinde ateş değeri değişir mi?
- () Değişir () Değişmez
- 20) Çocuğunuzun vücut sıcaklığı kaç derecenin üzerindeyse 'ateşi var' şeklinde yorumlarsınız?
- () 37 () 38 () 39 () 40 ve üzeri
- 21) Ateşi düşürmek için neler yapıyorsunuz?
- () Sadece Ilık uygulama () sadece ateş düşürücü veririm
() Ilık uygulama ve ateş düşürücü veririm () Doktora götürürüm
() Çocuğun üzerini örterim () Diğer:
- 22) Ilık uygulamayı nereden uygularsınız?
- () Baş () Koltuk altı () Tüm vücut
() Gövde () El-yüz yıkama () Kasık bölgesi
() Bilmiyorum

Ek 4-Devam

23) Ilık uygulamayı ne ile yaparsınız?

() Soğuk su () Ilık su () Duş () Sirke () Alkol () Bilmiyorum

24) Doktora gitmeden ateş düşürücü veriyor musunuz?

() Evet () Hayır

25) Ateş düşürmek için doktora gitmeden antibiyotik kullandınız mı?

() Evet () Hayır

26) Ateş düşürücü ilaç verilmesi gerektiğini düşündüğünüz ısı değeri nedir?

() 37.0-37.9 () 38.0-38.9 () 39.0-40.0 () >40

27) Çocuğunuza ateş düşürücü ilacı neye göre verirsiniz?

- () Doktor reçetesine göre
- () Daha önce ateşlendiği dönemdeki doktorun verdiği ilacından veririm
- () Eczacının önerdiği ilacı veririm
- () Yakınlarımdan önerdiği ilacı veririm
- () Evde hangi ateş düşürücü ilaç varsa onu veririm
- () Diğer (Belirtiniz).....

28) Ateş düşürücü ilaçları kaç saat ara ile kullanırsınız?

- () Doktor önerisine uygun
- () 4 saatte bir
- () İlaç prospektüsünde yazan süreye göre
- () Yakınlarıma sorarım
- () Ateşinin yükseldiğini düşündüğüm her zaman
- () Diğer (Belirtiniz).....

29) Ateş düşürücü olarak ne veriyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- () Parasetamol (Calpol, Paranox, Pirofen veya Tamol)
- () İbuprofen (Pedifen, Nurofen veya Dolven)
- () Aspirin
- () Ketoprofen
- () Novalgin
- () Diğer(belirtiniz)

Ek 4-Devam

30) Çocuğun Ateşi düşmeyince ne yaparsınız?

☐ Sağlık kurumuna götürürüm ☐ Beklerim ☐
Diğer(Belirtiniz).....

31) Çocuğunuz veya çocuklarınızdan herhangi birisi ateşli havale geçirdi mi?

☐ Evet ☐ Hayır

32) Çocuğunuz havale geçirdiğinde ne yaptınız?

☐ Hemen 112'yi aradım
☐ Hava yolunu açık tuttum.
☐ Çocuğumu kendi imkanlarımla hastaneye ulaştırdım.
☐ Panik yaptım elim ayağıma dolaştı.
☐ Diğer(Belirtiniz).....

33) Yüksek ateş tespit ettiğinizde ölçümü tekrarlama sıklığınız nedir?

☐ 15 dk. ☐ 30dk ☐ 1 sa. ☐ 2sa ☐ 4sa.

34) Çocuğunuz ateşlendiğinde neler yapmanız konusunda eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

35) Evet ise kimden eğitim aldınız? (Birden fazla şık işaretlenebilir.)

☐ Aileden ☐ Dr., hemşire, diğer sağlık personeli
☐ Kitap-dergi-gazete ☐ Gazete, tv, radyo, internet
☐ Çevremdeki insanlardan ☐ Diğer(belirtiniz).....

Ek 5-Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeği

EBEVEYN ATEŞ YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ (PFMS-TR)

Çocuğunuz ateşlendiğinde genellikle yaptığınız uygulamayı en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

Çocuğum Ateşlendiğinde Genellikle	Daima	Çoğunlukla	Bazen	Nadiren	Asla
Ateşini ölçerim					
Ateşinin derecesini bilmeyi isterim					
Bol sıvı aldığından emin olmak isterim					
Ateş düşürücü ilaç kullanırım					
Gece boyunca kontrol ederim					
Onunla aynı odada uyurum					
Gece ateş düşürücü vermek için uyandırırım					
Doktora götürürüm					

EK 6-İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzinleri



Ek 7- İntihal Raporu

