

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



ANNELERİN AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI İLE İLGİLİ BİLGİ
TUTUM VE DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emel PEKER

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale, 2012

T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ANNELERİN AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI İLE İLGİLİ BİLGİ
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emel PEKER

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale, 2012

TEŞEKKÜR

Hastane BaŐhekimimiz Sayın Doç. Dr. Murat COŐAR' a,

Uzmanlık eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimleri ile yetiŐmemde bŸyŸk emeği geçen, karŐılaŐtıđım her sorunda yardımını esirgemeyen değerli hocam Aile Hekimliği A.D BaŐkanı Sayın Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN' e

Rotasyonlarım sırasında bana bilgi ve deneyimlerini aktaran İç Hastalıkları A.D BaŐkanı Sayın Doç. Dr. Kubilay ŸKİNÇ' e, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D BaŐkanı Sayın Doç. Dr. Emine COŐAR' a, Genel Cerrahi A.D BaŐkanı Sayın Prof. Dr. Yılmaz AKGŸN' e, Psikiyatri A.D BaŐkanı Sayın Yrd. Doç. Dr. Demet GŸLEÇ ŸYEKÇİN' e

Eğitimim sırasında ve tez çalıŐmamda emeği geçen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D BaŐkanı Sayın Yrd. Doç. Dr. Naci TOPALOğLU' na

Tez çalıŐmamda desteklerini esirgemeyen arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim sŸresince birlikte çalışma Őansı yakaladığım tŸm asistan arkadaşlarıma,

Varlığıyla hayatıma anlam katan kızım Defne Eda' ya,

TŸm yaŐamım boyunca desteklerini ve sevgilerini esirgemeyen ve bugŸnlere gelmemi sağlayan canım AİLEME,

Sonsuz TeŐekkŸrler

Dr. Emel PEKER

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmada ebeveynlerin akut solunum yolu hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyi, genel tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi; akut solunum yolu hastalıklarında acil ve şiddetli hastalık bulguları ve antibiyotik kullanımı ile ilgili mevcut bilgi düzeyleri ve tutumlarının ölçülmesi, ebeveynlerin bilgi eksiklikleri ve yanlışlarının belirlenmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışmaya Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ile Aile Hekimliği polikliniklerine 1-16 yaş çocuklarının rahatsızlıkları nedeniyle başvuran 122 anne alındı. Annelerin sosyo demografik özelliklerini, çocukluk çağı akut solunum yolu enfeksiyonları, ateş ve antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi düzeylerini tutum ve davranışlarını değerlendirmek üzere hazırlanmış anket formları uygulandı.

BULGULAR: Annelerin %34,4'ünün ilkökul, %13,1'nin ortaokul, %23,8'nin lise, %13,9'nun yüksekökol,%10,7'sinin fakülte düzeyinde eğitim seviyesine sahip olduğu görüldü. Çocukların %58,1 'i öksürük ve %40,9' u ateş şikayeti ile doktora başvurmuştur. Bu başvurudan önce annelerin %28,6'sı antibiyotik, %27,8'inin ateş düşürücü kullanmıştı. Annelerin %9'unun evinde ateş ölçüm cihazı olmadığı belirlendi. Annelerin %36'sı 38 derece, %24,5'i 37 derece, %19,6'sı 37,5 derece, %8,1'i 38,5 derece vücut sıcaklığını ateş olarak düşünmekteydi. Akut solunum yolu enfeksiyonu nedeni olarak en çok belirtilen etken %59,8 ile mikroplardı. Annelerin %41,8'i herhangi bir antibiyotik ismi bilmediğini belirtti. Reçetesiz antibiyotik kullanım oranı %12,3 olarak belirlendi.

SONUÇ: Annelerin akut solunum yolu hastalıklarının acil ve şiddetli bulgularını tam olarak bilmedikleri, ateş bilgi düzeyinin tutum ve davranışlarında eksiklikler olduğu, antibiyotik kullanımları konusunda yanlış tutumları olduğu görüldü.

Anahtar kelimeler: akut solunum yolu enfeksiyonları, ateş, anne, bilgi, tutum

İNGİLİZCE ÖZET(ABSTRACT):

AIM: In this study, it has been tried to evaluate parent's knowledge, general attitudes and behaviors on acute respiratory tract illnesses; to find out emergent and serious illness facts about acute respiratory tract illnesses; to calculate current knowledge on antibiotic usage and determine attitudes and show knowledge deficiencies and errors.

METHOD: In this study, 122 mothers applying to the Çanakkale Onsekiz Mart University Training and Research Hospital Pediatrics and Family Practice Unit because of their 1-16 year children's illness have been taken. Some questionnaires that have been prepared to evaluate socio-demographic features of mother's, childhood acute respiratory tract illnesses and mother's knowledge, attitude and behavior levels on fever and antibiotic usage have been used.

RESULTS: It has been seen that 34.4 % of mothers have primary school education level, while 13.1%, 23.8 %, 13.9 % and 10.7 % of them have secondary school, high school, college, faculty education levels respectively. While 58.1 % of children apply to the doctor due to coughing problem, 40.9 % of them do it for fever complaint. Before applying, 28.6 % of mothers use antibiotic and 27.8 % of them use antipyretic. It has been found that 9% of mothers do not have thermometer at their homes. According to 36% of mothers, body temperature of 38 degree could be called fever, while 24.5 %, 19.6 %, 37.5 % and 8.1 % define fever as something having the body temperature of 37, 37.5, 38.5 respectively. The most common factor given as the reason for acute respiratory tract illnesses was microbes with a percentage of 59.8 %. 41.8 % of mothers have stated that they did not know any antibiotic names. The percentage of antibiotic usage without prescription has been specified as 12.3 %.

CONCLUSION: It has been seen that mothers do not know exactly the emergent and serious illness facts about acute respiratory tract illnesses, that that have some deficiencies in fever knowledge level, attitude and behaviors and that they have some faulty attitudes in their usage of antibiotics.

Key Words: acute respiratory infections, mother, fever, knowledge, attitude

İÇİNDEKİLER

ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER	iii
İNGİLİZCE ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER (ABSTARCT AND KEY WORDS)	iv
KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
1-GİRİŞ VE AMAÇ	1
2-GENEL BİLGİLER	2
-AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI.....	2
-ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI.....	3
-ALT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI.....	12
-ATEŞ VE ANTİBİYOTİK KULLANIMI.....	24
3-GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
4-BULGULAR.....	32
5-TARTIŞMA.....	53
6-SONUÇ ve ÖNERİLER	55
7-KAYNAKLAR.....	57
8-EKLER	73

KISALTMALAR

ABS	: Akut bakteriyel sinüzit
AGHBS	: A grubu beta hemolitik streptokok
AOM	: Akut otitis media
ARA	: Akut romatizmal ateş
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EBV	: Epstein-Barr virüsü
HSV	: Herpes- Simplex virüs
RSV	: Respiratuvar sinsityal virüs
SYE	: Solunum yolu enfeksiyonu

TABLolar

Tablo1: Çocukların doktora başvuru şikayetleri

Tablo2: Solunum yolu enfeksiyonunda ebeveynlerin kullandığı tedavi yöntemleri

Tablo3: Annelerin akut solunum yolu enfeksiyonu özellikleri gösteren çocukları için kullandıkları geleneksel tedavi yöntemleri

Tablo4: Annelerin çocuklarını doktora gösterme kararına neden olan şikayetler

Tablo5: Çocukların hastanede yatış sebepleri

Tablo6: Annelerin ateşle ilgili bilgi kaynakları

Tablo7: Annelerin çocukları ateşlendiğinde ilk düşündükleri hastalıklar

Tablo8: Anneler göre akut SYE sebeplerinin dağılımı

Tablo9: Annelere göre akut SYE' nin belirtilerinin dağılımı

Tablo 10: Annelere göre akut SYE geçiren çocukları doktora götüren belirtiler

Tablo 11: Annelerin reçetesiz antibiyotik kullanma davranışları

Tablo 12: Annelerin antibiyotik kullanma davranışları

Tablo13: Annelerin akut SYE için antibiyotik kullanımı ile ilgili tutumları

GİRİŞ VE AMAÇ:

Akut solunum yolu enfeksiyonları(SYE) çocukluk çağında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Küçük çocuklarda hastaneye başvuruların yarısı akut solunum yolu enfeksiyonları nedeniyle olmaktadır. Okul öncesi dönemde her çocuk yılda yaklaşık 5-8 kez akut SYE geçirmektedir(1). Ülkemizde 0-4 yaştaki çocuklarda ilk sıradaki ölüm nedenidir. Ülkemizde 0-1 yaş bebek ölümlerinin %48,8'i, 1-4 yaş çocuk ölümlerinin %42,1'ini pnömoni oluşturmaktadır(1). Araştırma sonuçlarına göre akut SYE yaygınlığı, Kuzey ve Doğu Anadolu bölgelerinde %33, eğitimi olmayan annelerin çocuklarında %35 ve sigara içen annelerin çocuklarında %31 oranında diğer çocuklara göre daha yüksektir (2). Çoğunun hafif seyirli ve kendi kendine iyileşme özelliği olmasına karşın, gerek semptomatik tedavi için reçetelenen ilaçlar, gerekse uygunsuz antibiyotik kullanımı dolayısıyla akut SYE oldukça yüksek bir tedavi maliyetine sahiptir. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda annelerin ateş ve soğuk algınlığı semptomlarında antibiyotik kullanma eğiliminde oldukları, doktora danışmadan çocuklarına kendi kendilerine antibiyotik verdikleri saptanmıştır. Solunum yolu enfeksiyonlarında akılcı olmayan ilaç kullanımı bakteriyel direnç gelişimini kolaylaştırmaktadır. Bakteriyel direnç gelişimi nedeniyle hekimler daha geniş spektrumlu antibiyotikleri reçetelemeye yönelmekte bu da tedavi maliyetini büyük ölçüde arttırmaktadır.

Bu çalışmada ebeveynlerin akut solunum yolu hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyi, genel tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlandı. Ebeveynlere akut solunum yolu hastalıkları konusunda daha etkin ve pratik eğitim programlarının oluşturulmasına kaynak oluşturabilecek şekilde, ebeveynlerin akut solunum yolu hastalıklarında acil ve şiddetli hastalık bulguları ve antibiyotik kullanımı ile ilgili mevcut bilgi düzeyleri ve tutumlarının ölçülmesi, hangi konularda eksikliklerinin ve yanlışlarının olduğunun tespit edilmesi amaçlandı.

GENEL BİLGİLER:

AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLAR

Akut SYE solunum sistemini tutan bütün akut enfeksiyonları içermektedir. Akut solunum yolu enfeksiyonları üst solunum yolu enfeksiyonları ve alt solunum yolu enfeksiyonları olarak 2 grupta sınıflandırılabilir. Üst solunum yolları paranasal sinüsler ve orta kulağı da içerecek şekilde burun deliklerinden larinksteki vokal kordlara kadar olan hava yollarını içerir. Alt solunum yolları trakea ve bronşlardan bronşioller ve alveollere kadar olan hava yollarını içerir.

Nerede yaşadığına ve ekonomik durumuna bakılmaksızın 5 yaş altı çocuklarda (yeni doğan dönemi hariç) akut solunum yolu hastalıkları en sık mortalite ve hastalık nedenidir (3).

Tüm dünyada çocuklar kentsel alanlarda yılda 5-8 kez, kırsal alanlarda 2-5 kez akut SYE' ye yakalanmaktadır (2). Toplum taramalarında tanımlanan bütün hastalıkların %35-80'ini, sağlık kuruluşlarına başvuruların %20-60'ını, beş yaş altı çocuklarda görülen tüm hastalıkların yaklaşık %50'sini, 5-12 yaş arasındaki çocuklarda görülen tüm hastalıkların yaklaşık %30'unu akut solunum yolu enfeksiyonları oluşturmaktadır (4). Akut SYE gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki çocuklarda benzer sıklıkta görülmektedir. Ancak gelişmiş ülkelerde bu hastalıklar üst SYE şeklinde görülmekte iken, gelişmekte olan ülkelerde genellikle üst SYE' nun çeşitli sebeplerle ilerlemesi sonucu ortaya çıkan ve tedavi edilmediği zaman öldürücü seyredilebilen akut alt solunum yolu enfeksiyonları ilave olmaktadır. Akut SYE'ye yakalanma sıklıkları benzer olmakla birlikte, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelerin aksine akut SYE tehlikeli ve öldürücü bir hastalık olma özelliği kazanabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde beş yaş altı çocuk ölümlerinin %20'si akut alt SYE'ye (pnömoni, bronşit, bronşiolit) bağlıdır (3). Türkiye'de de 0-14 yaş çocuk ölümleri arasında nt SYE ikinci sırada yer almaktadır(5).

1980'li yıllarda gelişmekte olan ülkelerde akut SYE' na bağlı bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması amacıyla Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) akut

SYE global programı uygulanmaya başlamıştır. Ülkemizde de bu program uygulanmaya konulmuştur (6). DSÖ'nün akut SYE global programı amaçları;

1-Çocuklarda akut alt SYE' nin, özellikle pnömoninin şiddetini ve bunlardan ölüm oranını azaltmak

2-Akut SYE' nin tedavisi için antibiyotiklerin ve diğer ilaçların uygunsuz kullanımını azaltmak,

3-Akut alt SYE insidansını azaltmak,

4-Akut üst SYE' nin şiddetini ve bunlardan kaynaklanan komplikasyonları azaltmaktır.

ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI

Solunum yollarının ağız ve burundan glottise kadar olan bölümü(burun mukozası, nazofarenks, orofarenks, orta kulak, sinüsler, tonsiller ve epiglot) üst solunum yolları olarak tanımlanır(7-9).

Çocuklarda görülen hastalıkların %75' ini üst solunum yolu enfeksiyonları oluşturur(9). Genelde hafif seyirli ciddi mortalitesi olmayan enfeksiyonlar olmakla birlikte uygun şekilde tedavi edilmediklerinde önemli komplikasyonlara ve sekel oluşumlarına sebep olabilmektedir(9).

Üst solunum yolu enfeksiyonlarının çoğunluğunun virüslerle meydana gelmesi nedeniyle viral bakteriyel ayrımının iyi yapılması gereksiz antibiyotik kullanımının en aza indirgenmesi açısından önem taşımaktadır(7, 9).

Akut Nazofarenjit (Soğuk Algınlığı): Çocuklarda en çok rastlanan enfeksiyon hastalığıdır. Çocuklar yılda 6-8 kez akut nazofarenjit geçirirler. Daha çok görüldüğü yaş grubu 3 ay- 3 yaş arasındaki çocuklardır. Kalabalık yaşam koşullarında enfeksiyon sıklığı daha fazladır (1, 9, 10).Başta rhinovirüsler olmak üzere 150'den fazla virüs akut nazofarenjite neden olur. Virüslerin 1/3'ünden fazlasını rhinovirüsler oluşturur (1). Enfeksiyona yol açan başlıca bakteri grubu ise A grubu streptokoklardır. Corynebacterium diphteriae, Mycoplasma pneumoniae, Neisseria meningitis, Neisseria gonorrhoeae de etken olabilen diğer

bakterilerdir. Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae ve Staphylococcus aureus üst solunum yollarında sekonder enfeksiyon etkenleridir ve komplikasyonların gelişmesine yol açarlar (8).

Klinik: Küçük çocuklarda hastalık ateş, halsizlik, huzursuzluk, aksırma gibi belirtilerle başlar. Özellikle nazal semptomlar ön plandadır. Tek veya iki taraflı burun akıntısı (rinitis), burunda konjesyon ve bol ince seröz akıntı vardır, bazen mukoid karakter alabilir. Akut dönem 2-4 gün kadar sürer ve sonra belirtiler kaybolur. Eğer üç günden sonra ateş yine ortaya çıkmışsa otitis media gibi komplikasyonlar araştırılmalıdır. (1, 7, 11, 12)

Ayırıcı Tanı: Nazal akıntının devam etmesi ve akıntının kanlı olması durumunda burun difterisi ve yabancı cisim akla gelmelidir. Allerjik rinitte inatçı hapşırma, burun ve gözde kaşınma vardır. Nazal akıntı pürülan olmaz ve ateş eşlik etmez. Allerjik rinitte nazal mukoza soluktur ve nazal akıntıda eozinofil bulunur, antihistaminiklere cevap verir. Sinüzitte burun akıntısı ve öksürük şikayetleri on günden fazla süre ile devam eder. Beraberinde baş ağrısı veya yüz ağrısı eşlik edebilir (1, 7, 9)

Komplikasyonlar: Hastalığın kataral döneminde nekroze olan mukozal dokularda pnömokok, A grubu beta hemolitik streptokok (AGBHS), H. influenza ve stafilokok gibi bakteriler üreyerek çeşitli komplikasyonlara yol açabilirler. En sık komplikasyonu otitis media olup çocukların %25'inden fazlasında görülür. Ateşin devam ettiği her vakada otit düşünülmelidir.

Tedavi: Hastalığa özgül bir tedavi yoktur. Ateşi düşürmek ve bebeğin huzursuzluğunu azaltmak için parasetamol ve ibuprofen gibi antipiretik ilaçlar ve burun tıkanıklığını gidermek için serum fizyolojik kullanılabilir. Burun damlaları beslenmeden 15-20 dakika önce damlatılırsa beslenmeyi kolaylaştırır (13, 14) Hemen daima viral etkenlerce oluştuğundan hastalara antibiyotik vermeye gerek yoktur. Hemen antibiyotik başlamak ikincil bakteriyel enfeksiyonları önlemediği gibi bu bölgede dirençli bakterilerin yerleşmesine de neden olabilir. Ailelerin soğuk algınlığında antibiyotik kullanmaması yönündeki eğitim tedavinin en önemli bölümünü oluşturur (3, 8, 15).

Akut Tonsillofarenjit: Farenks ve tonsillerin akut enfeksiyonudur. Tonsillit, tonsillofarenjit, farenjit ve nazofarenjit tanılarının hepsini içerir. Bir yaşından küçüklerde nadirdir. En sık 4-7 yaşlarında görülür (2, 13).

Etiyoloji ve epidemiyoloji: Akut tonsillofarenjitin en sık nedeni viral etkenlerdir. Respiratuvar sinsityal virüs (RSV), İnfluenza A, Parainfluenza virüs, Adenovirüs, Epstein-Barr virüs (EBV), Herpes Simpleks virüs (HSV) Rhinovirüs, Coronavirüs, Cocksackie ve Echovirüs akut tonsillofarenjit yapan viral ajanlardır (7). Üç yaş altındaki tonsillofarenjitlerin büyük çoğunluğu virüslere bağlıdır. Parainfluenza, İnfluenza, RSV ve Rhinovirus sonbahar ve kış aylarında daha sık görülür. İnfluenza'ya tüm yaş gruplarında rastlanırken, Parainfluenza ve RSV çocuklarda daha sık hastalık yapar. EBV ve HSV genç erişkinlerde farenjite neden olur. Adenovirus enfeksiyonları özellikle kışla gibi toplu yaşam yerlerinde enfeksiyon etkenidir ve mevsimsel özellik göstermez (16). Tüm yaş gruplarındaki tonsillofarenjitin %15'inin, 5-18 yaş arasındaki çocuklarda ve adölesanlarda görülen tonsillofarenjit vakalarının ise %20-30'unun nedeni AGBHS' lardır. Epidemiler sırasında görülme oranı %50'lere kadar ulaşmaktadır (17).

Klinik: Etkenin viral ya da bakteriyel olmasına göre belirtiler farklılık gösterir. Tonsillofarenjitle birlikte ses kısıklığı, rinit, konjuktivit ve öksürük olması viral etyolojiyi düşündürür. Ateş, titreme, kas ağrısı belirgin değildir. Tonsil ve farenkste hiperemi ve eksudasyon görülebilir. Adenovirüs tip 3 enfeksiyonlarında farenjite konjuktivit eşlik eder. Tonsillerde folliküler görünüm adenovirüs enfeksiyonunu akla getirmelidir. İnfluenza farenjitinde şiddetli boğaz ağrısı, baş ağrısı, öksürük, rinit, ateş (>38,3°C) ve kas ağrısı görülür, farenkste eritem minimaldir. Viral tonsillofarenjitlerde semptomlar 2-4 günde geriler, bir hafta içinde kaybolur(18).

Ağız içinde ülseratif lezyonlar herpangina, HSV ve enteroviral enfeksiyonlarda sıktır. Primer herpetik gingivostomatit 1-4 yaş arası çocuklarda aniden başlar. Ateş, huzursuzluk, iştahsızlık belirgin bulgulardır. Boğazda hiperemi, diş etlerinde şişlik görülür ve kolaylıkla kanar. Orofarenks, ağız mukozası, dil, damak ve ağız kavitesi ön kısmında vezikülopapüler lezyonlar ve

ülserler ile karakterizedir. Hastalık 5-7 gün içinde kendiliğinden sonlanır. Enteroviral enfeksiyonlarda ateş, ekzantem veya menenjit bulguları ile beraber farenjit görülür. Yumuşak damak, uvula veya arka farenks duvarında ülseratif lezyon görülürse enteroviral enfeksiyondan kuşkulandırılmalıdır. Yumuşak damakta peteşi, kızamık, kızamıkçık, EBV ve AGBHS enfeksiyonlarını düşündürmelidir. Herpangina 1-7 yaş arası çocuklarda sıktır. Olası etkenler Echovirus ve Coxsackie virüstür. Ateş, disfaji, iştahsızlık, boğaz ağrısı yanında karın ağrısı, bulantı, kusma ve ishal olabilir. Fizik muayenede yumuşak damak, uvula, tonsiller ve anterior tonsiller bölgede ağrılı veziküller saptanır. Veziküllerin açılması ile ülserler oluşur (19).

Streptokokal tonsillofarenjit iki yaşından büyük çocuklarda sıklıkla baş ağrısı, karın ağrısı ve kusma ile birlikte başlar, iştahsızlık ve aktivitede azalma dikkati çeker. Ateş genellikle ilk 12 saat içinde belirir ve 40°C'ye kadar yükselebilir. Hastaların 1/3'ünde tonsiller büyümüştür. Eksüdasyon ve farenkste eritem görülür (2). Hastaların 2/3'ünde ise hafif bir eritem dışında tonsillerde büyüme ve eksüdasyon görülmez. Ateş 1-4 gün devam eder, ağır vakalarda hastalık 1-2 hafta kadar sürebilir Hastalığın en önemli bulguları, lenfadenomegali olsun veya olmasın tonsillerde ve tonsil pililerinde hiperemi, yumuşak damakta peteşi ve foliküler eksüdasyondur (19).

Tanı ve Ayırıcı Tanı: Tanıda en önemli amaç tedavi gerektirmeyen viral tonsillofarenjit olgularını, AGBHS'a bağlı akut tonsillofarenjit olgularından ayırt etmektir. Periferik kan beyaz küre sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı ve C Reaktif Protein gibi akut faz reaktanlarının tanı ve ayırıcı tanıda değeri yoktur. Hem bakteriyel hem de viral hastalıkların seyri sırasında lökositoz görülebilir ancak bu özgül olmayan bir laboratuvar bulgusudur. Klinik bulgularla da streptokok farenjitini diğer etyolojik ajanların neden olduğu farenjitlerden ayırmak güçtür (20). Kesin tanı etkenin izolasyonu ile konur. Eküvyon ile alınan boğaz sürüntü örneği %5 koyun kanlı agara ekilmelidir. %5-10 CO₂'li ortamda hemoliz daha belirgindir. Hemen ekim yapılamayacak ise materyal Stuart ve Amies transport besiyerlerine alınabilir. Uygun alınmış boğaz kültürü ile etken %95 izole edilebilir (21). Tek başına boğaz kültürünün AGBHS akut enfeksiyonu

ile taşıyıcılığı birbirinden ayırt etmediği unutulmamalıdır (21). Konağın streptokok antijenlerine karşı immünolojik cevabı Antistreptolysin O (ASO) titrasyonu ile ölçülür. ASO titresi streptokok farenjitinden 3-6 hafta kadar sonra olguların yaklaşık % 80'inde 166 Todd ünitesinin üzerine çıkar (8, 20).

Komplikasyonlar: Viral farenjitler genellikle komplikasyonsuz seyreder. Streptokokkal farenjit komplikasyonları ise süpüratif ve süpüratif olmayanlar şeklinde gruplanarak incelenirler. Süpüratif komplikasyonlar; peritonsiller apse, retrofaringeal apse, otitis media, sinüzit, mastoidit, servikal lenfadenit, bakteriyemi, sepsis, osteomyelit, pnömoni, menenjit, beyin apsesi, septik artrit, endokardit ve intrakraniyal venöz sinüs trombozunu kapsarken non-süpüratif komplikasyonlar olarak akut romatizmal ateş (ARA) ve akut glomerülonefrit sayılır. ARA epidemilerde %3, endemik olgularda %0,3 oranında görülür. ARA sadece tonsillit sonrasında gelişir, streptokokal deri infeksiyonu sonrasında görülmez (22, 23).

Tedavi: Viral tonsillofarenjitlerde tedavi semptomatiktir, antibiyotik tedavisi gereksizdir. Oral bir antipiretik ajan ateşi ve boğaz ağrısını azaltabilir; anestetik sprej ve pastiller lokal düzelme sağlayabilir (7).

Akut AGBHS tonsillofarenjitinin tedavisinde asıl amaç, çocukları ARA ve poststreptokoksik glomerülonefrit gibi ciddi non-pürülan komplikasyonlardan korumak, hastalığın yayılmasını önlemek ve süresini kısaltmaktır (7). AGBHS tonsillofarenjitinin tedavisinde penisilin ilk seçilecek ilaçtır. AGBHS'a karşı penisilin direnci literatürde rapor edilmemiştir (20). Leblebicioğlu tarafından yapılan bir çalışmada Türkiye'de penisilin direncinin %1 olduğu gösterilmiştir (24). Bakteriyel eradikasyon ve ARA gelişimini önlemek için oral penisilin tedavisi en az on gün sürmelidir. Penisilin V on gün boyunca günde iki ya da üç kez çocuklarda 250 mg/doz, ergen ve erişkinlerde 250-500 mg/doz verilir. On günden daha kısa süreli penisilin rejimi, 10 günlük penisilin tedavisi rejimine göre daha etkisizdir (24). Klinik yanıt alınsa bile tedavinin 10 günden önce kesilmesi eradikasyon olasılığını azaltır, tekrarlama riskini ve nonsüpüratif komplikasyon oranını artırır. Bulaşıcılık penisilin alımından birkaç saat sonra ortadan kalkar (24). Taşıyıcıların tedavisi için tek doz 1.200.000 Ü benzatin

penisilin ile günde tek doz rifampin 20mg/kg/gün 4 gün süreyle uygulanmalıdır (24).

Akut Otitis Media (AOM): Orta kulağın mukoperiostal epitelinin, otalji ve ateş gibi ani gelişen belirtilerin ve bulguların da eşlik ettiği yangıdır. İnsidansı iki yaşından küçük çocuklarda %50 civarındadır (10). AOM, erkek çocuklarda daha sık görülür (7). Çocukların %90'ı, iki yaşına gelene kadar en az bir kez AOM geçirmektedir (25- 27).

Etiyoloji: Tüm yaş gruplarında orta kulak hastalığı patojenezindeki en önemli faktör, üst solunum yolu enfeksiyonundaki anormalliklerdir (28). Çoğunlukla alerji veya üst solunum yolu enfeksiyonu sonucunda burun mukozasında, nazofarenkste ve üstaki borusunda konjesyon ve şişme meydana gelir. Üstaki borusunun en dar kesimi olan istmustaki tıkanma nedeniyle biriken orta kulak salgıları ile orta kulak efüzyonu oluşur. Orta kulak efüzyonundaki ikincil bakteri veya virüs enfeksiyonu, süpürasyona ve AOM'ye neden olur. AOM'nin öncülü olan orta kulak efüzyonu AOM'den sonra da haftalar veya aylarca sebat edebilir (29).

AOM olgularının %80-85'inden bakteriler sorumludur. Tüm çocukluk döneminde en sık görülen patojen %30-50 oranında Streptococcus pneumoniae'dir. Tiplendirilemeyen H. influenzae %20-30 ve M. catarrhalis %10-20 oranlarında sorumludur. Daha sonra AGBHS (yaklaşık %5 kadar), S. aureus (<%1) ve diğer etkenler gelir. Yenidoğanda gram negatif ve grup B streptokoklar önemlidir. AOM'ların %10-40'ında etken izole edilemez ve bunlarda viral etkenlerin rolü olduğu düşünülür. Viral etkenler arasında özellikle RSV, Rhinovirus, Adenovirus, ve İnfluenza virüs önemlidir (30- 32).

Klinik: Kulak ağrısı ve otore; diğer sistemik bulguların yanında en önemli lokalize edici bulgulardır. Otore AOM'da spontan perforasyon sonucu gelişir ve akıntı başlamasıyla ağrı hızla azalır. Perforasyon tanıda çok önemlidir. İlk 24 saatte alınan kültür doğru patojenin saptanmasında yardımcıdır ancak spontan perforasyon AOM olgularının %10'undan azında görülür. Ateş; bir yaş altı bebeklerin %70 kadarında görülürken, büyük çocukların yarısından azında

görülür. Ateş, birlikte viral enfeksiyon varsa daha sık görülür. 40°C üzeri ateş genellikle beklenmez, eğer çıkarsa bakteriyemi veya diğer bir komplikasyonu destekler (30, 33). Otoskopik muayenede zarda kırmızı veya sarı renk, bombeleşme, kalınlaşma, aberan ışık refleksi, perforasyon ve/veya akıntı ve pnömatik otoskopta azalmış mobilite görülür (32).

Tanı: Rutin laboratuvar testleri tanıda çok yardımcı olmaz, genel bakteriyel enfeksiyon bulgusu olarak lökosit, sedimantasyon, ve C reaktif protein düzeyinde artış%75 olguda beklenir. AOM'da spesifik etyolojik ajanı belirlemede tek güvenilir yöntem timpanosentez ile alınan kültürdür (34).

Komplikasyon: AOM seyri sırasında, timpan zarı perforasyonu, adeziv otit, enfeksiyonun komşu doku organlara yayılımı sonucu menenjit, ekstradural abse, subdural ampiyem, mastoidit, beyin absesi, labirintit ve lateral sinüs trombozu görülebilir.

Tedavi: AOM'da tedavinin amacı primer enfeksiyonun giderilmesinin yanı sıra işitme kaybı ve konuşma bozukluğu gibi komplikasyonların önlenmesidir. AOM doğal seyrende %86-92 oranında iyileşir. Etken bakteri bile olsa, AOM'nin tedavisinde antibiyotik kullanmanın gerekli olup olmadığı sorgulanmaktadır. AOM' li çocukların %80'i antibiyotik almadan 7-14 günde iyileşirler (28). Klinik iyileşme oranı, antibiyotik verilenlerde %95'tir. S. pneumoniae'ye bağlı AOM'lerin %20'si, H. influenzae'ya bağlı AOM'lerin %50'si, M. catarrhalis'e bağlı AOM'lerin %75'i kendiliğinden iyileşir. Kendiliğinden iyileşme oranı, iki yaşından büyüklerde daha yüksektir (35). Semptomlar sebat etmediği ya da kötüleşmediği takdirde AOM' li çocukları iki-üç gün boyunca antibiyotik vermeden gözlemek, tanı koyar koymaz antibiyotik başlama yaklaşımına bir seçenek olabilir; böylece antibiyotiklere bağlı yan etkiler ve antibiyotiklere direnç gelişme hızı da azalacaktır (36). Amoksisilin ampirik tedavide ilk seçilecek antibiyotiktir. Ortalama 10 günlük bir tedavi verilir. Penisilin dirençli pnömokokların durumu tedavi seçiminde rol oynar. Penisilin dirençli pnömokok sıklığı düşük toplumlarda düşük-normal dozda amoksisilin (40-45mg/kg/gün, 3 doza bölerek); sıklığın yüksek olduğu bölgelerde ise yüksek dozda (80-90 mg/kg/gün, 2 doza bölerek) verilir (37- 39).

Normal doz amoksisiline yetersiz yanıt veren olgularda 2. aşama tedavisi olarak, yüksek doz amoksisilin, amoksisilin klavulonat kombinasyonu, sefuroksim, seftriakson verilebilir. Penisilin dirençli pnömokok için en etkili tedaviler yüksek doz amoksisilin, klindamisin, rifampisin ve seftriaksondur. Trimetapirim/Sülfametaksazol, eritromisin/sulfizoksazol etkisizdir (34).

AOM tedavisi verilen çocukların çoğu 3-4 günde hızla düzelmeye başlar, %10-15 olguda tedavi başarısızlığı olabilir. İlk 24-48 saatte akut enfeksiyon bulguları düzelmeyen hatta artan çocuklarda supuratif komplikasyon olabilir. Çocuğun tekrar değerlendirilmesi, mümkünse timpanosentez ve kültür yapılması, yapılamıyorsa dirençli mikroorganizmalar dikkate alınarak tedavi değişikliği yapılması gerekir. Oral dekonjestan ve antihistaminik ilaçların otitis media tedavisinde yeri yoktur (40, 41).

Akut Rinosinüzit: Rinosinüzit burun boşluğu ve sinüsleri döşeyen müköz membranların (nöroepitel dahil), bu kavitelerdeki sıvıların, bu yapılar çevresindeki kemiklerin inflamasyonudur. Çocuklarda genellikle yukarıdaki yapıların hepsi beraber tutulduğu için sinüzit yerine rinosinüzit terimi kullanılmalıdır (42).

Etmoid ve maksiller sinüsler yenidoğan bir bebekte mevcutken, sfenoid sinüslerde genellikle beş yaş civarında havalanma saptanır, frontal sinüsler ise 6-8. yaşlarda görülür (43, 44).

Sinüzit viral üst solunum yolu enfeksiyonlarının en sık görülen komplikasyonudur ve viral üst SYE'nin %5- 10'unda gelişir. İki haftadan daha uzun süredir devam eden, burun akıntısı ve devamlı öksürük ile karakterize dirençli üst SYE bulguları olan çocuklarda akut sinüzit düşünülmelidir (43- 45).

Sinüzit vakalarının %97,8-99,5'u virüslerce oluşturulur ve antibiyotik tedavisi gerektirmez (7). Akut bakteriyel sinüzit(ABS) genellikle bir viral üst solunum yolu enfeksiyonu ve daha az olasılıkla allerjik rinit sonrası gelişir (1,10). Çocuklarda akut bakteriyel sinüzit en sık olarak Streptococcus pneumoniae, tiplendirilemeyen Haemophilus influenzae ve Moraxella catarrhalis suşları tarafından oluşturulur (43, 46, 47).

Klinik: 10 günden fazla sürüp 30 günden sonra kaybolan nazal veya post nazal akıntı, gündüz öksürüğü sinüzitin en önemli iki bulgusudur. Şiddetli belirtiler, hasta görünümlü bir çocukta 39 dereceden yüksek ateş ve 3-4 günden uzun süren pürülan burun akıntısıdır. Sinüzitte özellikle akşamları yattığı zaman belirginleşen öksürük ve nazal akıntı tipiktir. Büyük çocuklarda, adolosanlarda sinüsler üzerinde hassasiyet, diş ağrısı, baş ağrısı, halitozis gibi bulgular tanıyı pekiştirir. Sinüzitli bazı çocuklarda periorbital şişlik ve yüz ağrısı olabilir. Periorbital şişlik etmoidal sinüziti düşündürür. Sinüzit astımı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığını tetikleyebilir.

Tanı: 6 yaş ve altındaki çocuklarda ABS tanısı klinik kriterlere (üst solunum yolu enfeksiyonu semptomlarının beklenenden uzun sürmesi, devam etmesi veya şiddetli olması) dayanılarak konulur. Persistan semptomlar olarak nazal veya postnazal akıntı ve gündüzleri görülen ancak gece artabilen öksürük değerlendirilir (1,2). Burun akıntısı berrak, mukoid veya pürülan olabilir (1, 9). Nazal veya postnazal akıntının, öksürüğün veya her ikisinin 10 günden uzun sürmesi veya şiddetli semptomlar olan yüksek ateş (en az 39°C) ve pürülan burun akıntısının eş zamanlı olarak en az 3-4 gün boyunca görülmesi ABS düşündürmelidir (48).

Yapılan çalışmalar, klinik sinüzit bulgusu olan çocuklarda 6 yaşın altında sinüs grafisinin %90 civarında, 6 yaş üzerinde ise %70 oranında patolojik saptandığı göstermiştir. Bu nedenle klinik olarak akut sinüzit tanısı konulan bir çocukta komplikasyon düşünülmediği takdirde tedaviye başlamak için sinüs grafisinin çekilmesi şart değildir (30).

Komplikasyonlar: Sinüzitin komplikasyonları osteomyelit, periorbital sellülit, optik nörit, kavernoöz sinüs trombozu, menenjit, beyin absesi, epidural abse, subdural ampiyemdir (44).

Tedavi: Antibiyotik seçiminde ilk sırada amoksisilin (40 mg/kg/gün) ve beta-laktam antibiyotik allerjisi olan çocuklara trimetoprim/sulfometaksazol (8+40 mg/kg) ve klaritromisin (15 mg/kg/günde) veya azitromisin (5mg/kg/günde 5 gün) gibi yeni makrolid antibiyotikler verilebilir. Tedavi süresi 14 gündür (42).

ALT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1999 verilerine göre dünyada her yıl iki yaş altında 10,5 milyon çocuk önlenebilir ve tedavi edilebilir hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Bu ölümlerin %28'inden alt solunum yolu enfeksiyonları sorumludur (49, 50). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2003 verilerine göre ise 0-1 yaş grubunda bebek ölümlerinin %48,4'ünden, 1-4 yaş arasında %42,1'inden alt SYE sorumludur(50).

Krup Sendromları: Larenks ve trakeanın inflamatuvar reaksiyonlarına krup sendromları denir. Akut başlayan inspiratuvar stridor, boğuk ses ve havlar tarzda öksürük ile karakterizedir. Öncelikle enfeksiyonlar olmak üzere, mekanik veya alerjik nedenlerle de meydana gelebilir (1, 51, 52). Öksürük metalik niteliktedir (11). Krup anglosakson dilinde 'kropan' yani 'yüksek sesle ağlamak' anlamını taşır (1). Bu hastalıklar grubu içinde laringotrakeit, spazmodik krup, akut epiglottit, laringotrakeobronşit ve laringotrakeobronkopnömoni yer alır

Akut Laringotrakeobronşit (Viral krup): Çocukluk yaş grubunda en sık rastlanan krup nedenidir, genellikle üst SYE'yi izler, 3 ay ile 5 yaş arası erkek çocuklarda daha sık rastlanır(14). Krup çocukluk çağının alt SYE'nin %15 kadarını oluşturur. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl muayene edilen 1000 çocuktan 30'unun krup sendromlu olduğu, bunun yaklaşık %2'sinin hastaneye yatırıldığı ve bunlar arasından da % 0,5-1,5'inin entübasyon gerektirdiği bildirilmektedir (53). Vakaların % 65 - 75'inde Parainfluenza virüsleri rol oynar. RSV, İnfluenza A ve B, Adenovirüs ve Kızamık virüsleri sorumlu diğer etkenlerdir (11, 51).En ciddi krup tablosu İnfluenza A enfeksiyonu ile ilişkilidir.

Tipik olarak burun akıntısı, farenjit, öksürük, hafif ateş gibi nonspesifik viral üst SYE bulgularıyla başlar. 12-48 saat içinde solunum yolu obstrüksiyonuna ait belirtiler yani karakteristik havlar gibi öksürük, sesin kabalaşması ve inspiratuvar stridor başlar (1, 11, 51). Olguların %90'ından fazlasında tablo hafiftir, genellikle 3-7 günde düzelir. Ateş sıktır, genellikle 39°C'nin altındadır.

Laringotrakeobronşit genelde destek tedavisi ile düzelir. Tedavide yeterli hidrasyon, soğuk buhar uygulaması, rasemik epinefrin nebülizasyonu yanısıra sistemik steroid kullanımı da yer almaktadır (54). Tedavide antibiyotiklerin yeri yoktur (8, 14, 52).

Akut Epiglotit(Bakteriyel Krup): Ekstratorasik havayolunun ciddi, hayatı tehdit eden enfeksiyondur. Olay arka lingual yüzey ve ariepiglottik kıvrımları içeren supraglottik yapıların sellülitidir. Epiglotit 2-8 yaş arasında sıktır. Haemophilus influenzae tip B en sık etkendir (55).

Epiglotit olguları yüksek ateş, irritabilite, boğaz ağrısı, ekstratorasik havayolu obstrüksiyonu, solunum yetersizliği bulguları ile başvururlar. Bu semptomlar hızla ilerler. Epiglotiti olan olgu toksik görünümlü, endişelidir havayolu çapını genişletmek için tripod pozisyonunu (öne doğru eğilmiş oturur pozisyonda, elleri ile destekleyen, çenesi yukarda, ağzı açık) tercih eder. Blackstock ve arkadaşları epiglotit klinik bulgularını 4D olarak tanımlamışlardır: salya akışı (drooling), dispne, disfaji, disfoni (56).

Tanı direkt muayene veya laringoskopi aracılığı ile şiş ve kırmızı epiglot görülerek konur (9, 57, 58). Epiglotit şüphesinde abeslang ile ağız muayenesi yapılmamalı, çocuğu ajite edecek girişimlerden uzak durulmalıdır.

Bu hastalıkta dakikalar bile çok önemli olduğundan hemen yoğun bakım ünitesine alınmalı ve genel anestezi altında entübasyon yapılmalıdır. Bazen trakeostomi yapmak gerekebilir. Tedavide gecikmeden ikinci (sefuroksim) ya da üçüncü (sefotaksim, seftriakson) kuşak sefalosporinler başlanır. Genellikle 5-7 günlük bir tedavi yeterlidir. Ev halkına rifampin profilaksisi yapılmalıdır (2).

Diğer krup sendromları; spazmodik krup, difteri krubu, allerjik krup ve bakteriyel trakeittir.

Spazmodik krup: Akşam çocuk yatarken herhangi bir şeyi yokken, gece aniden havlar tarzda öksürükle uyanır. Stridor vardır. Ateş görülmez. Zaman zaman aynı durum yineleyebilir. Altta yatan allerjik yapının sorumlu olabileceği

düşünülmektedir. Tedavide soğuk buhar ve steroidler mukozadaki ödemi çözme açısından yararlı olabilir (53).

Bakteriyel trakeit: Ender görülen ancak tehlikeli bir tablodur. Klinik olarak ağır viral krup tablosuna benzer. Ancak bunda ateş yüksek olup toksik bir görünüm vardır; gittikçe ilerleyen solunum yolu obstrüksiyonu yapar. Etken genellikle S.aureus ya da H.influenzae'dir. Trakeal entübasyonda koyu ve yapışkan sekresyonlar gözlenir. Tedavide sefuroksim gibi ikinci kuşak sefalosporinler tercih edilir (53).

Akut Bronşiolit: Bronşiolit, bronşiolerin enflamasyonu olarak tanımlanabilir. Genellikle viral enfeksiyon sonucu gelişir. Süt çocukları ve küçük çocukların sık rastlanan, akut ve bulaşıcılığı yüksek alt SYE'dur. Mevsimsel prevalansı vardır (Kasım-Mart arası), yıllık epidemiler şeklinde görülür (55). Bronşiolit 2 yaş altı en sık gözlenen alt SYE'dur. 0-24 ay arasındaki çocukları etkiler, en sık 2-8 aylar arasında görülür. İlk bir yaştaki hastaneye yatışların %1'inden sorumludur. Erkek çocuklarda daha sıktır. % 60-90 olguda RSV primer patojendir (59). Bronşiyolit kendini sınırlayan bir hastalıktır. 24 aylıktan küçüklerde hastalığın ortalama süresi 12 gündür (60).

Bronşiolit başlangıcında çocukta 1-4 günlük saydam, temiz rinore ve konjesyon vardır. Genelde düşük düzeyde ateş olur. Hastalığın beşinci gününde klinik bulgular ağırlaşır. Taşipne, hışıltılı solunum ile birlikte öksürük atakları olur. Apne gelişebilir ve RSV enfeksiyonunun tek bulgusu olabilir. %2-7 çocuk bronşiolite bağlı solunum yetersizliği nedeniyle entübe edilebilir. Hastalık genellikle birkaç günde düzelir. İlk geçirilen enfeksiyon daha ağır seyretme eğilimindedir (2).

Fizik muayene bulguları; taşipne, ekspiryumda uzama, taşikardi, ateş, burun akıntısı, çekilmeler, hışıltı, sibilan ronküsler ve rallerdir (59).

Akut bronşiolit ile en çok karışan klinik tablo astım atağıdır. İlk bronşiolit atağında bu ayırımı yapmak zor olmakla birlikte, yineleyen hışıltı epizotları, öncesinde viral enfeksiyon bulgularının olmaması, ailede atopi ya da astım öyküsünün bulunması astım tanısını destekler. Üçten fazla bronşiolit atağı

geçiren çocuklarda, özellikle ailede atopi öyküsü de varsa, astım yönünden değerlendirme yapılmalıdır. Epidemiyolojik çalışmalar, ailede atopi öyküsü olmadığı halde bronşiolit öyküsü olan çocuklarda, astımın daha sık görüldüğünü göstermiştir (61).

Akut bronşiyolitte destek tedavi uygulanır. Hastanın sıvı ve kalori gereksinimi karşılanmalıdır. Nemlendirilmiş oksijen verilir. Pulse oksimetre ve çok küçük bebeklerde apne monitörü izlemde yararlıdır. Tedavide antibiyotik kullanımının yeri yoktur. İyileşmeye bir katkısı olmadığı gibi, sekonder enfeksiyonları önlemede de bir etkinliği olmadığı gösterilmiştir (61). Nebülize bronkodilatörlerin akut bronşiyolitte çok yararlı olmadığı söylenmekte ise de pratikte sık olarak kullanılmaktadır (2).

Pnömoni: Pnömoni, akciğer parankim dokusunun enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz etkenlerle oluşan inflamasyonudur (7, 61, 62). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl beş yaşından küçük 150 milyondan fazla çocuk pnömoniye yakalanmakta ve bunların 20 milyonunun hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekmektedir (63). Kuzey Amerika ve Avrupa'da pnömoni insidansı, 12-15 yaşındaki çocuklarda 7/1000 iken beş yaşından küçük çocuklarda 34-40/1000'dir (64). Bu da pnömoninin küçük çocuklarda çok daha sık görüldüğünün bir göstergesidir.

Çocukluk çağında pnömoniye neden olan enfeksiyon etkenleri hastanın yaşı, immün durumu, çevresel koşullar ve mevsime bağlı olarak değişir. Çocukluk çağı pnömonilerinin etiyolojisinde çok sayıda etken vardır. Bakteriyel etkenler arasında en yaygını *Streptococcus pneumoniae*'dir (65). Çocukluk çağı pnömonilerinin %14-35'inden sadece virüsler sorumludur. Beş yaşından küçüklerde pnömoni etkeni, daha çok, virüslerdir. Daha büyük çocuklarda ise önde gelen pnömoni etkeni *Mycoplasma pneumoniae* ve daha az sıklıkta olmak üzere *Chlamydia pneumoniae*'dir. Yenidoğanlarda B grubu Streptokoklar ve gram-negatif enterik bakteriler, en sık karşılaşılan etkenlerdir. Bu dönemde bulaş, daha çok, dikey yolla (anneden) olur. Bir-üç ay arası çocukların pnömonilerinde bakteriler, virüslere göre daha sık görülür. Bakterilerden S.

pneumoniae, en sık görülenidir. Üç ay - beş yaş arasında ise virüsler daha sıktır. En sık rastlanan virus RSV'dir (66).

Pnömoniler klinik bulgularına göre 3 ana grupta sınıflandırılabilirler (67):

1-Toplum kökenli pnömoniler:

a- Tipik Pnömoniler: Akut gürültülü başlangıç, ani ateş yükselmesi, öksürük, pürülan balgam, fizik muayenede ral ve ronküslerin yer alması, radyolojik olarak lobar konsolidasyon ve lökositozla karakterizedir.

b- Atipik Pnömoni: Okul çağı çocuklarında sıklıkla karşımıza çıkan subakut bir başlangıç, kuru mukoid balgam, öksürük hırıltılı solunum gibi yakınmalarla karakterize ve radyolojik olarak bilateral interstisyel bronkopnömonik tutulum gösteren, laboratuvar olarak lökositozun belirgin olmadığı, akciğer dışı sistemik organ tutulumlarının da olduğu pnömonilerdir.

2- Hastane kökenli pnömoniler: Hastaneye yattıktan ya da taburcu olduktan 48-72 saat sonra başlayan, bilinen herhangi bir hastalığın prodromunda olmayan hastalarda ateş, öksürük, solunum sistemi sekresyonlarında artma ile akciğer grafisinde yeni infiltrasyonlarla karakterize pnömonidir.

3- Bağışıklığı baskılanmış çocuklarda görülen pnömoniler: Bunlar primer veya sekonder immün yetmezlikte ortaya çıkan pnömonilerdir.

Normal şartlarda alt solunum yolları sterildir. Enfeksiyöz ajanlar alt solunum yollarına inhalasyon yoluyla üst solunum yollarındaki floranın aspirasyonu ya da daha az sıklıkla kan yoluyla ulaşırlar. Akut pulmoner enfeksiyonun gelişmesi organizmanın savunma sisteminde meydana gelen bir defekt ya da çok sayıda virülan mikroorganizmanın akciğerlere ulaşmasıyla olur. Anatomik ve mekanik bariyerler, hümmoral ve hüccresel bağışıklık ile fagosit etkinliği; vücudun pnömoniye karşı savunma hattını oluşturur (62, 67).

Belirtiler ve bulgular: Çocuklarda görülen pnömonilerde hiçbir patognomonik belirti veya bulgu yoktur. Alt solunum yolu enfeksiyonu

olduğundan şüphelenilen çocuk hastaya tanısal yaklaşımda iki amaç olmalıdır; klinik tablonun tanımlanması ve hastalığın ciddiyetinin değerlendirilmesi. Anamnezde aşağıda sıralanan özelliklerin uygun sorularla belirlenmesi önemlidir:

- Çocuğun yaşı
- Yakın zamanda geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu
- Ateş ve diğer semptomlar (örneğin başağrısı, konjonktivit, huzursuzluk, letarji, orofarenkste yangı bulguları, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, döküntü).
- Öksürük, göğüs ağrısı, nefes darlığı, soluk almakta zorlanma
- Solunum yükünde artma
- Boğulma nöbetleri (yabancı cisim aspirasyonu yönünden)
- Semptomların süreleri (kronik öksürük varlığı açısından)
- Daha önce geçirilmiş alt solunum yolu enfeksiyonları (aspirasyon, doğuştan gelen veya sonradan edinilmiş anatomik anomaliler, kistik fibrozis ve astım yönünden) (2, 62, 68)

Boğmaca aşılmasının, hastalık riskini tamamen ortadan kaldırmadığı unutulmamalıdır. Çocuğun yakın zamanda antibiyotik tedavisi görmüş olması, pnömoninin etkeninin, verilen antibiyotiklere dirençli bir bakteri olma olasılığını artırır. Annenin gebeliği sırasında *Chlamydia trachomatis* enfeksiyonu geçirmesi, ilk üç ayda bu etkenle pnömoni oluşması açısından bir risk etmenidir. Endemik patojenlerin (örn. *Mycobacterium tuberculosis*, *Coccidioides immitis*, *Histoplasma capsulatum*, Hantavirüs) bulunduğu bölgelerde yaşayan veya bu yerlere seyahat etmiş çocuklarda bu etkenler de göz önüne alınmalıdır. Hayvanlarla temas, temasın niteliğine göre histoplazmoz, psittakoz veya Q ateşi için ipucu olabilir. Yuvaya gitmek, virüsler ve antibiyotiğe dirençli bakterilerle temas etme olasılığını artırır. Beslenme güçlüğü veya kusma, küçük bebeklerde enfeksiyonun ciddiyetinin göstergesidir (63, 64, 69).

Fizik Muayene:

1. Genel görünüm: Etiyolojik ajanın ve hastanın nasıl tedavi edileceğinin belirlenmesinde çok önemlidir. Küçük bebeklerde genel görünüm denince bebeğin çevresel uyaranlara karşı uygun tepkiler verebilmesi, beslenebilmesi, sesli yanıt verebilmesi ve destekli oturabilmesi anlaşılır. Hipoksemi varlığı açısından siyanozun olup olmadığına dikkat edilmeli, fakat hipokseminin siyanozsuz da olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

2. Ateş: Pnömoniye özgü bir bulgu değildir. Pnömoni; 1-3 aylık bebeklerde, *C. trachomatis* veya bazı başka patojenlere bağlı ise, ateşsiz seyredebilir. Diğer yandan ateş, gizli pnömoninin tek bulgusu da olabilir. Bir çalışmada beş yaşın altında ve vücut sıcaklığı 39° C olan 146 çocuğun %26'sında pnömoninin hiçbir klinik bulgusu olmamasına ve beyaz küre sayısının 20000/ μ L' den düşük olmasına rağmen radyografik olarak pnömoni tespit edildiği bildirilmiştir (70).

3-Taşipne: Taşipne, özellikle 0-5 yaşındaki çocuklarda pnömoninin en duyarlı ve en özgül belirtisidir (2,11). Pozitif ve negatif prediktif değeri yüksek olan bu bulgu, tıp uygulamalarında ral gibi, rastlanma olasılığı çok daha düşük bulgular aranırken ihmal edilmektedir. Pnömonili bebeklerde solunum sıklığının 70/dakika'dan yüksek olması, hipoksemi ile ilişkilendirilebilir (14). Taşipnenin tanı değeri, hastalığın erken safhasında (ilk üç gün) daha azdır. Yaşa göre DSÖ tarafından belirlenmiş taşipne tanımları aşağıdaki gibidir (71):

- İki aydan küçükler: >60/dakika
- 2-12 aylık bebekler: >50/dakika
- 1-5 yaş: >40/dakika
- 5 yıl: >20/dakika

Solunum sıklığı, bebeklerde ve küçük çocuklarda fiziksel etkinlikle değişir. Solunum sıklığını belirlemede inspeksiyon, oskültasyona tercih edilmelidir; çünkü oskültasyon, çocuğu etkileyerek solunum sıklığının yanlış

olarak yüksek bulunmasına neden olabilir (64). Solunum hızı, pnömonisi olmayan çocuklarda ateşle birlikte her bir derecelik artışta 10/dakika kadar artabilir (76).

4. Dispne: Dispnenin bulguları hipoksemi (oksijen satürasyonunun oda havasında %94'ten düşük olması) ve nefes alışta zorlanma (interkostal, subkostal veya suprasternal çekilmeler; burun kanadı solunumu; hırıltılı; solunum sırasında solunum kaslarından başka kaslarında kullanılması) olarak sayılabilir. Oksijen satürasyonu, olanak varsa dispnesi olan her çocukta ölçülmelidir. Taşpneneden farklı olarak, dispne bulgularının olmamasına bakarak pnömoni tanısını dışlamak doğru değildir

5. Burun kanadı solunumu: Pnömonisi olmayanlara göre 2-12 aylık pnömonili bebeklerde beş kat, beş yaşından küçük pnömonili çocuklarda üç kat daha sık görülür (73).

6. Öksürük: Pnömonili çocukta genellikle mevcuttur; fakat tıpkı ateş gibi, özgüllüğü yüksek olmayan bir bulgudur. Taşpne ve dispne, tanıda öksürükten daha değerlidir.

Laboratuvar Tetkikleri:

- Tam kan sayımı ve periferik yayma: Bu tetkikler, bakteri pnömonisinin virüs pnömonisinden ayrılmasında yardımcı olabilir. Beyaz küre sayısının 15 000/ μ L' den düşük olması, bakteriyel olmayan bir etiyolojiyi düşündürür. Beyaz küre sayısının 15 000/ μ L' den yüksek olması, etkenin piyojen bir bakteri olduğu yönünde bir bulgudur; bununla birlikte M. pneumoniae, İnfluenza virüs ve Adenovirüs pnömonilerinde de beyaz kürenin 15 000/ μ L' nin üzerine çıktığı bilinmektedir (74). Periferik eozinofili, özellikle bebeklik döneminde (1-3 ay) ateşsiz pnömoniyle birlikte bulunduğu etkenin C. trachomatis olduğuna işaret eder.

- Akut faz reaktanları: Pnömoninin tanısında bakteriyel ve viral etiyolojiyi ayırmakta yetersiz kaldığı için akut faz reaktanlarının (örn. eritrosit

sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, prokalsitonin) rutin olarak bakılması tavsiye edilmemektedir (73).

- Direk grafiler: Göğüs radyogramındaki infiltrasyon görüntüsü, pnömoni tanısını destekler; ancak çocuklarda pnömoni tanısını koymak için radyolojik görüntüleme acil değildir (73). Radyolojik bulguların etiyolojik tanı değeri zayıftır; çünkü pnömonili hastaların akciğer grafileri tamamen normal olabileceği gibi, pnömonisi olmayan hastaların ön-arka akciğer grafilerinde infiltratif görünümler saptandığı da olur. Segmental konsolidasyon; bakteri pnömonisini düşündürmesi bakımından özgül, ancak duyarlılığı düşük bir bulgudur. Segmental konsolidasyonu akut bronşiolitli çocukların yaklaşık 1/4'ünde görülen segmental atelektaziden ayırt etmek her zaman kolay değildir. Radyolojik ve mikrobiyolojik kanıtlı 74 pnömonili hasta üzerinde yapılan bir araştırmada bakteriyel veya karışık bakteriyel-viral pnömoni varlığı, alveoler konsolidasyonu olan hastaların yalnızca %74'ünde gösterilmiştir (75).

Ayaktan takip edilen ve göğüs radyografisi çekilen hastalarla çekilmeyenler arasında iyileşme süresi bakımından bir fark yoktur. DSÖ'nün pnömoni ile ilgili bir durum raporunda 2-59 aylık, ayaktan takip edilen 522 pnömonili çocuktan rastgele seçilen bir kümeye göğüs radyografisi çekildiği, film çekilen kümedeki çocuklara daha fazla oranda (%60,8'e karşılık %52,2) antibiyotik verildiği, bununla birlikte ortalama iyileşme süresinin hem film çekilen hem de çekilmeyen küme için yedi gün olarak saptandığı belirtilmektedir (76). Bu nedenle radyolojik bulgular, tedaviye ait kararların alınmasında diğer klinik özellikler ile beraber kullanılmalıdır. Sonuç olarak, radyolojik bulgular, önem sırası bakımından klinik bulguların arkasında gelmelidir (77). Radyodiyagnostik inceleme, aşağıdaki durumlarda işe yarayabilir (70, 73, 77):

- Şiddetli pnömoni
- Klinik bulguların yetersiz olması durumunda tanıyı doğrulama
- Şüphelenilen başka hastalıkların dışlanması gereken durumlarda (örn. yabancı cisim aspirasyonu, kalp yetmezliği)
- Uzun süredir devam eden ve antimikrobiyal tedaviye yanıt vermeyen pnömoni

- 3-36 ay arasındaki çocuklarda vücut sıcaklığının 39°C'tan fazla ve beyaz küre sayısının 20 000/μL veya daha yüksek olması. 3-10 yaşındaki çocuklarda vücut sıcaklığının 38°C'tan fazla ve beyaz küre sayısının 15000/μL veya daha yüksek olması durumunda pnömoni tanısını koymak veya pnömoniyi dışlamak amacıyla

Tedavi: Klinik ve radyolojik olarak her zaman viral ya da bakteriyel pnömoni ayrımı yapılamadığından, pratik olarak pnömoni tanısı alan her çocuğa antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır. Pnömonili çocuğun tedavisinde çocuğun yaşı, hastalığının ağırlığı, görüntüleme ve laboratuvar bulguları, eşlik eden sorunlar ve olası etkenler dikkate alınmalıdır

Yenidoğan pnömonisi her zaman hastanede tedavi edilir. Bu dönemde en sık rastlanan patojen, grup B streptokoklar ve gram-negatif enterik bakterilerdir (E. coli, Klebsiella, Pseudomonas, Staphylococcus aureus). Hasta sepsis ve menenjit açısından da değerlendirilmelidir. Tedavide ampisilin + aminoglikozit (gentamisin, netilmisin, amikasin) ya da ampisilin + antipsödomonal olmayan bir üçüncü kuşak sefalosporin (örneğin sefotaksim) kullanılır.

1-3 ay bebeklerde pnömoni tedavisi hastanede yapılır. Pnömoni ateşsiz seyrediyorsa; viral enfeksiyon, lobar veya lobüler infiltrasyon ya da plevral sıvı bulguları yoksa olası etken C. trachomatis'tir. Tedavide makrolitler (eritromisin, azitromisin, klaritromisin) kullanılır. Bebek ateşli pnömoni geçiriyorsa, lobar veya lobüler infiltrasyon ya da plevral efüzyon varsa; olası etkenler Chlamydia veya Mycoplasma dışındaki bakterilerdir. Yenidoğan dönemindeki etkenler, bu dönemde de, sıklığı daha az olmakla birlikte görülebilir. Ampisilin + üçüncü kuşak sefalosporin (örn. sefotaksim veya seftriakson), uygun bir tedavi kombinasyonudur.

3 ay -5 yaş arası bebekler ve çocuklarda ağırlıklı olarak viral pnömoniler görülür; ancak virüs enfeksiyonlarının %30'unda ek olarak bakteriyel enfeksiyon da bulunur. Patojenin bir bakteri olduğuna ilişkin bir işaret yoksa; öksürük, hapşırık, burun tıkanması, burun akıntısı ve bronkokonstriksiyon bulguları gibi

viral etiyolojiyi düşündüren bulgular varsa ve hasta hekime rahatça ulaşabiliyorsa tedavide antibiyotik kullanılmayabilir. Bu hastalara yalnızca destek tedavisi (oksijen, burun açıcı serum fizyolojik, antipiretikler vb.) verilir. Bu yaş kümesindeki pnömonilerde en sık rastlanan bakteriler Streptococcus pneumoniae ve Haemophilus influenzae tip B'dir (65, 78). Dispne yoksa tedavi ayaktan verilir. İlk seçenek ilaçlar; ayaktan tedavide amoksisilin, hastanede ampisilin olabilir. Tip I aşırı duyarlık tepkimeleri dışındaki penisilin reaksiyonlarında sefdinir verilebilir. Penisiline karşı tip I aşırı duyarlık tepkimesi gelişmiş vakalarda klindamisin veya makrolit kullanılabilir (73, 78, 79). Bu yaş kümesinde M. pneumoniae ve C. pneumoniae, daha az görülen patojenlerdir (80). Verilen tedaviye yanıt alınamaması ya komplikasyon geliştiğini ya da pnömoni etkeninin penisiline dirençli S. pneumoniae veya metisiline dirençli S. aureus olduğunu düşündürür. Bu durumda antibiyotik, klindamisin veya bir glikopeptit (vankomisin, teikoplanin) ile değiştirilmelidir (73).

Beş yaşından büyük çocuklarda en sık karşılaşılan patojenler M. pneumoniae ve C. pneumoniae' dir (81). Ayaktan tedavide ilk seçilecek ilaçlar makrolitler olmalıdır. Sekiz yaşından büyük ve makrolitlere alerjisi olan çocuklar için doksisisiklin iyi bir seçenektir (78). Makrolitler bu yaş kümesinde sık rastlanan pnömoni patojenlerinden S. pneumoniae'ye de etkili olmalarına rağmen S. pneumoniae suşlarının %50'si makrolitlere dirençli hale gelmiştir (65). Bu durumda ek olarak yüksek dozaj amoksisilin veya sefalosporin verilebilir (67).

Tedaviye 48 saatte klinik yanıt alınamazsa, yani ateş düşmez ve solunum sıkıntısı devam ederse, hastanın olası komplikasyonlar (ampiyem, apse, perikardit, pnömosel, pnömotoraks, sepsis) ve tedavi yetersizliği açısından değerlendirilmesi ve yeni tedavilerin planlanması gerekir. Yeterli yanıt alınamayan hastalarda ayırıcı tanıda tüberküloz, yabancı cisim aspirasyonu, anatomik defektler, kistik fibroz, immotil silia sendromu, immün yetersizlik vb. durumlar düşünülmeli ve bunlara yönelik araştırmalar yapılmalıdır (82).

Klinik olarak iyi cevap alınan pnömonide antimikrobiyal tedavi klinik cevabın görülmesinden en az 3 gün sonra kesilebilir. Komplikasyonsuz bir pnömonide ortalama antimikrobiyal tedavi süresi 10-14 gündür. Pulmoner

komplikasyon geliştiyse (plevral sıvı, ampiyem) tedavi süresi 2-4 hafta, eğer stafilokok pnömonisi ise 3-4 hafta tedavi verilmelidir(62, 69).

Hastaneye sevk ve yatış ölçütleri ise şunlardır (67, 73):

1. Yaşı üç ayın altında olan her bebek
2. Toksik görünüm
3. Semptomların başlamasından başvuru anına kadar olan sürede veya başvuru sırasında konvülsüyon geçirme
4. Ağız yoluyla hiçbir şey alamama
5. Dehidratasyon
6. Birinci basamakta verilen iki günlük tedaviye rağmen klinik bulguların ilerleme göstermesi
7. Altta yatan hastalığı olan çocuklar; ağır malnütrisyon, doğumsal kalp hastalığı, süreğen solunum sistemi hastalığı, kas-sinir ve iskelet sistemi hastalığı, diyabet, kronik böbrek hastalığı, metabolik hastalıklar, bağışıklık sistemini baskılayan hastalıklar
8. Akciğer grafisi çekilen çocuklarda birden fazla lopta tutulum, atelektazi, apse, pnömatosel, plevral efüzyon veya hızlı radyolojik ilerleme
9. Yineleyen pnömoni
10. Oksijen gerektiren solunum sıkıntısı
11. Komplikasyon varlığı
12. Sosyal endikasyon

ATEŞ VE ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Normal vücut sıcaklığı 37°C'dir. Ancak sağlıklı insanların vücut sıcaklığı gün içinde 1,5°C değişiklik gösterebilir. Sıcaklık ölçümünün; rektal 38°C, oral 37,8°C, aksiler 37,2°C'nin üzerinde oluşu çoğu kaynakta ateş olarak tanımlanmaktadır (1, 9, 10).

Tüm çalışmalar göz önüne alındığında ateşin 41°C'nin altında zararsız olduğu düşünülmektedir. Çoğu insan 41-41,5°C ateşi tolere edebilmektedir. Ateş 42°C'nin üzerine çıktığında zararlı etkileri görülmeye başlar (83).

Ateş, çocuklarda genellikle kısa sürede kendiliğinden iyileşen basit viral hastalıklardan kaynaklanır. Ateşli çocukların çok az bir kısmında ise yaşamı tehdit eden veya ileride yaşam kalitesini etkileyebilecek olan ciddi bakteriyel enfeksiyonlar söz konusudur (84).

Ateş düşürücü kullanılması havale geçirmesini önlememekle birlikte, çocuk hekimleri havale geçiren çocuklarda ateşi düşürmeyi tercih etmektedir. Oysa ateşli dönemde çocukların sadece %2-4'ünde havale görülür, bunların çoğunda kalıcı nörolojik hasar oluşmaz.

Ateşi düşürülmeyen çocuklarda hastalığın daha çabuk iyileştiği klinik araştırmalarla gösterilmiştir. Uzmanların çoğu ateşin enfeksiyonla mücadelede yararlı olduğu ve sadece hastaya verdiği huzursuzluk ve fiziksel rahatsızlık nedeniyle, rektal 39°C üzerine çıktığı takdirde düşürülmesi gerektiği konusunda görüş birliğindedir. Titreme, halsizlik, güçsüzlük, baş ağrısı, cilt kuruluğu, susama, iştahsızlık, kalp hızında ve solunum sayısında artış, yaygın ağrılar gibi ateşe eşlik eden belirtiler çocukta fiziksel rahatsızlığa neden olur. Ateş düşürücüler çocukta ateşin neden olduğu bu belirtileri azaltır. Ebeveynlerin birçoğu çocuklarının ateşi düşürülmediği takdirde vücut sıcaklığının giderek artacağı, ateşin nöbete neden olacağı ve beyinde zarar oluşturacağı inancındadır. Bu inanç ciddi bir tedirginliğe neden olur. Ateşin düşürülmesi bu tedirginliği azaltır.

Çocuktaki en ufak ısı artışı, ateşin hemen düşürülmesi gerektiği fikrini tetiklemekte ve ailede paniğe neden olmaktadır. Ateş korkusu olarak tanımlanan bu telaş ve panik hali annelerin sağlık merkezlerini gereksiz kullanmalarına ve gereksiz tedavilere neden olabilmektedir (85, 86). Zaman zaman normal vücut ısılarında bile ateş düşürücü ilaç kullanmak, uyuyan çocuğu uyandırarak ateş düşürücü ilaç vermek, ateşi düşürmek için soğuk su, alkol veya sirke gibi uygulamalar yapmak, antibiyotikleri ateş düşürücü olarak kullanmak, birden fazla antipiretik kullanmak gibi gereksiz hatta zararlı olabilecek uygulamalar yapılmakta ve sonucunda çocukların sağlığı olumsuz olarak etkilenmektedir (86, 87).

Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda, annelerin ateş ile ilgili endişelerinin en sık nedeni çocuğun nöbet geçirme korkusu olarak tespit edilmiştir (88, 89).

Çocuklar en sık ilk 3 yaşta ateşlenir ve bu yaş grubu çocukların acil servis başvurularında ateş ilk neden olarak gözlenmektedir (90, 91). Ateş yakınması ile acil servis başvurularının önemli bir bölümünün aslında gerekli olmadığı, bu başvuruların nedeninin ateşin çocuğa zarar verebileceği düşüncesi olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda, bu çocukların çoğunda ateş yüksekliğinin saptanmadığı da bildirilmektedir (92, 93).

Ateşli bir çocukta ilk aşamada yapılabilecekler; sıvı verilmesi (soğuk sıvılar yararlı olabilir), ince giysiler giydirilmesi ve aktivitenin azaltılmasıdır. Çocuğun ateşi 39°C'yi geçmiş ve çocuk huzursuz ise antipiretik verilmelidir. Çocuk huzursuz değil ise ateş 39°C'yi geçse bile antipiretik vermeye gerek yoktur. Soğuk uygulama yapılacaksa 30-60 dakika öncesinde antipiretik verilmiş olmalıdır. Bu uygulama ateşin 40°C'yi geçtiği durumlarda yapılabilir. Su sıcaklığı 29,4-32,2°C arasında (ılık) olmalıdır. Ilık uygulamaya başladıktan sonra çocuk titremeye başlamışsa suyun sıcaklığını artırmak gerekir. Ateşli bir çocukta yalnızca üstünü soymanın tek başına etkili olmadığı gösterilmiştir. Ilık uygulama vücut sıcaklığını en hızlı düşüren yöntem olmakla birlikte, ateşin 37°C altında kalış süresi, yalnızca antipiretik (129 dakika) ya da antipiretik ve ılık uygulama (164 dakika) yapılan çocuklara göre (54 dakika) çok daha kısadır (2).

Çeşitli çalışmalarda çocukları ateşlendiğinde anneler tarafından en çok tercih edilen uygulamalar ılık su uygulama ve ateş düşürücü ilaç kullanma olarak bildirilmiştir (90, 94). Ailelerin ateşin tedavisi konusunda en sık yaptıkları hatalar çocuklarına yeterli sıvı vermemeleri, ilaç dozlarında yanlışlık yapmaları (genellikle düşük doz) ve ılık uygulamada olması gerekenden soğuk su kullanmalarındır. Bu nedenle gerek hasta gerek sağlam çocuk izlemlerinde ailelerin bu konularda bilgilendirilmeleri gerekir. Olağan sağlam çocuk muayenesinde ateş eğitimi için en uygun zaman dördüncü ya da altıncı ay kontrolleridir. Bu kontrollerde vurgulanması gereken konular şunlardır (83):

- Ateşin her zaman tedavisi gerekmez,
- Ateşin zararlı etkileri çok enderdir.
- Ateş vücudun enfeksiyona verdiği normal bir yanıttır, hatta bazen yararlı etkileri olabilir,
- Ateş bazı sık görülen virüslerin çoğalmasını engeller.

Ayrıca, ailelere ateş konusunda aşağıdaki bilgi ve becerilerin kazandırılması gerekir:

- Ateşin tanımı,
- Ateşli çocukta ateşin nasıl izleneceği,
- Ateşin, enfeksiyonla savaşta yararlı olabileceğinin anlatılması,
- Ateş 41°C 'nin üzerinde olmadıkça tek başına çocuğa zarar vermeyeceği,
- Antipiretiklerin ne zaman verilmesi gerektiği ve dozları,
- Ilık uygulamanın ne zaman yapılacağı,
- Klinisyenle ne zaman iletişim kurulması gerektiği,
- Rektal, aksiller ve oral ateş ölçümü.

Hekimler ayaktan başvuran ateşli çocuklara genellikle antibiyotik yazma eğilimi taşırlar. Antibiyotiklerin uygunsuz ve aşırı kullanımı hastanın iyileşmesine katkıda bulunmayacağı gibi, sık kullanılan ampirik antibiyotiklere karşı bakteriyel direnç gelişimine de yol açar. Bu direnç, söz konusu hasta veya başka hastalarda daha sonra gelişebilecek enfeksiyonların rutin antibiyotiklerle tedavisinde başarısızlıklara yol açma riski taşır (95). Çocuklarda ateşli durumların sık görüldüğü düşünülür ise bunun için kullanılan antibiyotikler yanında antipiretiklerinde aile ve topluma getireceği ekonomik yükün oldukça fazla olduğu söylenebilir.

Antibiyotik yazılan reçetelerde en sık yer alan hastalıkların üçünün (otit, sinüzit, tonsillit) çocuklarda yetişkinlere göre daha fazla görülmesi nedeniyle antibiyotiklerin en çok kullanıldığı dönem çocuk yaş grubudur (96). Aynı zamanda çocuklar gereksiz antibiyotik kullanımının ve dirençli bakteri oranlarının da yüksek olduğu bir gruptur (97, 98).

2004 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada, en fazla reçete edilen tanı olan “Viral Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu” için yazılan reçetelerin toplam maliyetlerinin %87,6’sının akılcı olmadığı (irrasyonel) tespit edilmiştir (99).

Antibiyotik kullanımı gerekmeyen birçok enfeksiyonda, örneğin “viral kökenli üst solunum yolu enfeksiyonlarında” bile hasta ya da yakınları semptomatik tedavi yanında antibiyotik reçete edilmesini isteyebilmekte, hatta antibiyotik talebi karşılanmadığı takdirde hekime olan güven sorgulanmakta, yeterli tedavi almadığı inancı ile iyileşme beklentisi azalmaktadır.

DSÖ, uygun antibiyotik kullanımını “klinik olarak tedavi etkisi maksimum, ilaçla ilgili yan etki ve antimikrobiyal direnç gelişim riski minimum olan antibiyotiklerin maliyet etkin kullanımı” olarak tanımlamaktadır (99). Akılcı antibiyotik kullanımı; morbidite ve mortalitenin azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile hasta için, yatış süresinin ve hastane dışı tedavi süresinin, toplam tedavi maliyetinin azaltılması ve direnç sıklığının düşürülmesi ile sağlık sistemi için, verimliliğin artması ile toplum için vazgeçilmez yararlar sağlamaktadır.

Üst SYE başlığı altında toplanan değişik klinik tabloların iyi tanınması ve etkenlerinin bilinmesi, gereksiz antibiyotik kullanımını azaltacak ve toplumda dirençli bakteriyel suşların gelişmesini önleyecektir.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan bu araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ve Aile Hekimliği polikliniklerinde yürütülmüştür. Çalışma için polikliniğe başvuran en az bir çocuğu bulunan anneler davet edilmiş ve kabul edenlere yüzyüze görüşmede araştırma için hazırlanan anket uygulanmıştır. Görüşmeler sakin ve sessiz bir ortamda 10-15 dakika arasında sürmüştür.

Çalışmaya katılım için davet edilen annelere çalışma hakkında sözel bilgi verilip onamları alınmıştır. Onam vermeyen hastalar çalışma dışı bırakılıp yerlerine uygun koşulları taşıyan yeni anneler davet edilmiştir.

Çalışma kriterlerine uygun bulunup katılmayı kabul eden hastalar uygun bir mekana alındıktan sonra çalışma için hazırlanan anket doldurulmuştur. Sorular hastalara araştırmacı tarafından okunup cevapları yine araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

Araştırmaya alma ölçütleri:

- >1 yaş çocuğu olmak
- Akut solunum yolu hastalığı ile polikliniğe başvurmuş olmak

Araştırmadan dışlama ölçütleri:

-Polikliniğe muayene için getirdikleri çocuklarında immün yetersizlik, diyabet, kistik fibroz, kronik böbrek yetersizliği, malabsorpsiyon sendromları gibi sık antibiyotik kullanımına neden olacak kronik hastalık olması

-Çalışma sırasında mental açıdan soruları anlayıp cevap verme yetisine sahip olamayacak durumdaki ve kolay iletişim kurulamayan ebeveynler

-Sağlıkla ilgili özel bir eğitim almış, sağlık hizmeti verilen bir kuruluştaki görevli veya daha önceden görev almış ebeveynler

Anket formu (Ek ?), annelerin sosyodemografik özelliklerini, çocukluk çağı akut solunum yolu enfeksiyonları ve antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi düzeylerini, bilgi edinme kaynaklarını, tutum ve davranışlarını değerlendirmek üzere yapılmış çeşitli bilimsel çalışmalardan elde edilen verilerle hazırlanmıştır.

Tutum sorularının yanıtları 5'li Likert skala yardımıyla toplanmıştır. Yanıtların analizinde, kesinlikle katılıyorum 5, katılıyorum 4, fikrim yok 3, katılmıyorum 2 ve kesinlikle katılmıyorum yanıtları 1 ile sayısal dönüşüme tabi tutulmuştur. Elde edilen sayısal değişkenler için önerilen yöntem uygun analizler yapılmıştır (Tezbaşaran A: Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1997). Elde edilen ortalamalar 4'ten büyük olduğunda kesinlikle katılıyorum, 3'ten 4'e kadar olanlar katılıyorum, 2'den 3'e kadar katılmıyorum ve 2'den küçük olanlar kesinlikle katılmıyorum alanı olarak yorumlanmıştır.

Hazırlanan anket formunun güvenilirliği ve anlaşılabilirliği açısından hazırlanan sorular 10 anne üzerinde denenerek, gerekli düzeltmeler sonrası çalışma grubuna uygulanmıştır.

Verilerin bilgisayar ortamına aktarılmasını takiben istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı veriler sıklık tabloları yardımıyla, sürekli değişkenler merkezilik ve yaygınlık ölçütleriyle tanımlanmışlardır.

Annelerin SYE tedavisinde antibiyotik kullanımına yönelik tutumlarını göstermek üzere hazırlanan tutum sorularına verdikleri yanıtlar birleştirilerek bir tutum endeksi puanı hesaplanmıştır. Bu hesaplamada antibiyotik tutumu açısından olumsuz kurgulanmış olan E4 ve E8 numaralı ifadelerle ait yanıtlar matematiksel olarak ters çevrildikten sonra toplam 8 yanıtın sayısal karşılıkları toplanıp sekize bölünmüştür. Elde edilen ortalamalar 3'ten büyük olduğunda antibiyotik yönünde, 3'ten küçük olanlar ide antibiyotik karşıtı yönde olarak yorumlanmıştır.

Değişkenler arası ilişkiler Mann Whitney U ve Kendall's Tau-b, testi analizleriyle incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyini göstermek üzere

mutlak 'p' değeri ilgili testlerle birlikte verilmiş ve $p < 0,05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4- BULGULAR

Bu çalışma için görüşülen 122 anneye ait veriler değerlendirildi.

Annelerin yaş ortalaması $31,9 \pm 5,2$ (21-45) idi.

Annelerin medeni durumuna bakıldığında %95,9'nun (117 anne) evli, %2,5'nin (3 anne) bekar, %0,8'nin (1 anne) dul ve %0,8'nin (1 anne) eşinden ayrı yaşadığı görüldü.

Annelerin %30,3'nün (37 anne) çalıştığı, %69,3'nün (85 anne) çalışmadığı görüldü.

Annelerin %68,9'u (84 kişi) ev hanımı iken; %21,3'ü (26 kişi) büro ve eğitim hizmetlerinde çalışmakta %9,8'i (12 kişi) kalifiye işçi veya serbest meslek sahibi idi.

Annelerin %34,4'ü (42 anne) ilkokul, %13,1'i (16 anne) ortaokul, %23,8'i (29 anne) lise, %13,9'u (17 anne) yüksekokul, %10,7'si (13 anne) fakülte düzeyinde eğitim almıştı. Yalnızca 1 anne (%0,8) okuryazar değildi ve 1 anne (%0,8) okuryazar ancak okula devam etmemişti.

Altmışüç (%51,6) ailenin evinde 3; 41 (%33,6) ailenin evinde 4, 9 (%7,4) ailenin evinde 5, 5 (%4,1) ailenin evinde 6, 2 (%1,6) ailenin evinde 2 ve 2 (%1,6) ailenin evinde 7 kişi yaşamaktaydı. Ailede yaşayan kişi sayısı ortalama $3,66 \pm 0,92$ (en az 2 – en çok 7 kişi) idi

Evde sigara kullanılmadığını ifade eden 60 anne bulunmaktaydı. Görüşülen annelerin ailelerinden %15,5'inde (19 aile) evde anne, %42,6'sında (52 aile) baba, %3,2'sinde (4 aile) diğer geniş aile üyelerinin sigara içtiği görüldü. Evde kapalı alanda sigara içilen 14(%11,5), içilmediğini ifade eden 108 (%88,5) anne vardı.

Annelerin çocuklarının sağlık kontrolleri için %47,5'i üniversite hastanesine, %22,1'i devlet hastanesine, %11,4'ü aile hekimine, %6,5'i özel doktora gittiğini, 15,5'i ise düzenli bir sağlık kuruluşuna başvurmadığını belirtti.

Çocuklarını kontrol sıklıkları değerlendirildiğinde %59'nun hasta oldukça, %19,7' sinin dört haftada bir kez, %10,72 sinin dört haftadan daha uzun, %9'nun iki haftada bir kez ve %1,6' sının haftada bir kez kontrole götürdüğü görüldü.

Çocukların doktora başvuru şikayetlerinin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Çocukların %5,7'sinin şikayeti yokken en sık doktora başvuru şikayetleri öksürük (%58,1), ateş (%40,9) ve boğaz ağrısı (%28,6) idi.

Tablo 1. Çocukların doktora başvuru şikayetleri

Şikayet	Sıklık	Yüzde
Şikayeti yok	7	%5,7
Öksürük	71	%58,1
Ateş	50	%40,9
Boğaz ağrısı	35	%28,6
Burun akıntısı	24	%19,6
Hırıltılı solunum	18	%14,7
Halsizlik	16	%13,1
Solunum sıkıntısı	6	%4,9
Balgam	6	%4,9
Kusma	4	%3,2
Burun tıkanıklığı	3	%2,4
Göz sulanması	2	%1,6
Hapşırık	2	%1,6
İştahsızlık	1	%0,8
Baş ağrısı	1	%0,8
Ses değişikliği	1	%0,8
Kırgınlık	1	%0,8
Diş ağrısı	1	%0,8
Karın ağrısı	1	%0,8
Kulak ağrısı	1	%0,8
Toplam	122	100

Solunum yolu enfeksiyonunda mevcut şikayetlerinin süresine bakıldığında %4,9'nun 1 gün, %23' nün 2 gün, % 25,4' nün 3 gün, %5,7'sinin 4

gün %17,2'sinin 7 gün, , %5,7'sinin 10 gün, %2,5'nin 15 gün %4,1'nin 30 gün, %3,3'nün 60 gün, %0,8'nin 150 gün ve %0,8'nin 365 gündür şikayetlerinin devam ettiği görüldü, Şikayetlerin süresi ortalama 11,59± 36,57 (en az 1 en çok 365 gün) idi.

Solunum yolu enfeksiyon tedavisinde %28,6'sının antibiyotik, %27,8'nin ateş düşürücü ve %16,3'nün öksürük şurubu kullandığı görüldü. Annelerin %26,2'sinin ise tedavi yöntemi uygulamadığı görüldü (Tablo 2).

Tablo 2.Solunum yolu enfeksiyonunda ebeveynlerin kullandığı tedavi yöntemleri

Tedavi	Sıklık	Yüzde
Tedavi kullanmayan	32	%26,2
Antibiyotik	35	%28,6
Ateş düşürücü	34	%27,8
Öksürük şurubu	20	%16,3
Antigribal	18	%14,7
Ağrı kesici	11	%9
Antialerjik	8	%6,5
Antiaastmatik	4	%3,2
Bitkisel ilaç	2	%1,6
Toplam	122	100

Annelerin doktora başvurmasına neden olan şikayetlerin dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Doktora başvuru için en sık belirtilen şikayetler öksürük (%54), ateş (%32,7) ve boğaz ağrısı(%6,5) idi.

Annelerin akut solunum yolu enfeksiyonu özellikleri gösteren çocukları için kullandıkları geleneksel tedavi yöntemleri sorgulandığında 122 annenin (%42,6) herhangi bir geleneksel yöntem uygulamadığı görülmüştür. En sık kullanılan geleneksel yöntemler %29,5 bal, %10,6 ıhlamur, %8,1 bitki çayı olduğu görülmüştür (Tablo 3)

Annelerin %46,7'sinin ateş düşürücü, %12,2'sinin antigripal, %7,3'nün ateş düşürücü, %6,5'nin antiastmatik, %4'nün öksürük şurubu, %1,6'sının antihistaminik ve %1,6'sının vitamin şurubu kullanımına kendisinin karar verdiği görüldü. Annelerin %32,7'sinin evde kullanımına kendisinin karar verdiği ilaç grubu olmadığı görüldü.

Tablo 3. Annelerin akut SYE' u özellikleri gösteren çocukları için kullandıkları geleneksel tedavi yöntemleri

Yöntem	Sıklık	Yüzde
Kullanmayan	52	%42,6
Bal	36	%29,5
Nane	5	%4
Zeytinyağı	5	%4
Pekmez	9	%7,3
Ihlamur	13	%10,6
Bitki çayı	10	%8,1
Vicks uygulama	5	%4
Zencefil	8	%6,5
Karanfil	2	%1,6
Tarçın	2	%1,6
Limon	6	%4,9
Buğu uygulama	2	%1,6
Sirke	7	%5,7
Soğuk duş	1	%0,8
İspirto	1	%0,8
Bıldırcın yumurtası	1	%0,8
Süt	1	%0,8
Kekik	1	%0,8
Okaliptus yağı	1	%0,8
Vücuda yumurta sürme	1	%0,8
Susam yağı	1	%0,8
Toplam	122	100

Çocukların geçen yıl %7,4'nün 1 kez, %13,1'nin 2 kez, %19,7'sinin 3 kez, %17,2'sinin 4 kez, %14,8'nin 5 kez, %9,8'nin 6 kez, %1,6'sının 7 kez , %2,5'nin

8 kez , %0,8'nin 9 kez, %3,3'nün 10 kez akut SYE geçirdiği öğrenildi. %9,8'nin ise hiç akut SYE atağı geçirmediği görüldü. Ortalama atak sayısı $3,66 \pm 2,3$ (0-10) olarak bulundu

Çalışmaya katılan çocukların %11,5'inin kronik hastalığının olduğu; %4,9'unda astım, %2,4'ünde alerji, %2,4'ünde bronşit, %0,8'inde talasemi, %0,8'inde epilepsi olduğu görüldü.

Çocukların sürekli kullandığı ilaç grubu dağılımına bakıldığında %4,9 antiastmatik, %3,2 antihistaminik, %0,8 antiepileptik ve %0,8 demir preparatı olduğu görüldü. %90,1 anne çocuklarının sürekli kullandığı ilaç bulunmadığını ifade etti.

Tablo 4. Annelerin çocuklarını doktora gösterme kararına neden olan şikayetler

Doktora başvuru nedeni	Sıklık	Yüzde
Öksürük	66	%54
Ateş	40	%32,7
Boğaz ağrısı	8	%6,5
Hırıltılı solunum	6	%4,9
Burun akıntısı	5	%4
Balgam	3	%2,4
Halsizlik	2	%1,6
Solunum sıkıntısı	2	%1,6
Şikayetlerin ilerlemesi	2	%1,6
Karın ağrısı	2	%1,6
Kulak ağrısı	2	%1,6
Nefes darlığı	1	%0,8
Bulantı	1	%0,8
Toplam	122	100

Annelere çocuklarının hastanede yatarak tedavi görüp görmediği sorulduğunda %43,4'nün yatarak tedavi görmediği, %5,7'sinin ise yatış sebebini hatırlamadığı görüldü. Yatarak tedavi gören grupta yatış sebeplerinin dağılımı Tablo 5'te verilmiştir

Tablo 5. Çocukların hastanede yatış sebepleri:

Yatış tanısı	Sıklık	Yüzde
Yatışı olmayan	53	%43,4
Bronşit	20	%16,3
İshal	14	%11,4
Ateş	8	%6,5
Sarılık	5	%4
Kusma	4	%3,3
İdrar yolu enfeksiyonu	4	%3,3
Boğaz enfeksiyonu	3	%2,4
Anemi	2	%1,6
Karın ağrısı	1	%0,8
Prematürite	1	%0,8
İshal	1	%0,8
Astım	1	%0,8
Bulantı	1	%0,8
Febril konvülsiyon	1	%0,8
Tonsillektomi op	1	%0,8
İnguinal herni	1	%0,8
Otit	1	%0,8
UPS darlık	1	%0,8
Öksürük	1	%0,8
Adenoid hipertrofi op	1	%0,8
ÜSYE	1	%0,8
Hatırlamıyorum	7	%5,7
Toplam	122	100

Çalışmaya katılanların %9'unda evinde ateş ölçer olmadığı saptandı. Ateş ölçüm cihazı bulunduranların %81,1'inde digital termometre, %21,3'ünde civalı termometre, %2,4'ünde kulaktan ölçer termometre olduğu görüldü.

Annelerin %2,4'ü kaç dereceye ateş denildiğini bilmiyordu. %36'sı 38 dereceye, %24,5'i 37 dereceye, %19,6'sı 37,5 dereceye, %8,1'i 38,5 dereceye, %4'ü 39 dereceye, %1,6'sı 36,5 dereceye, %0,8'i 36 dereceye, %0,8'i 37,2 dereceye, %0,8'i 39,5 dereceye, %0,8'i 40 dereceye ateş demektedir.

Annelerin ateş ile ilgili bilgi kaynakları Tablo 6'da verilmiştir. En sık bilgi kaynağının doktorlar (%72,9) olduğu görüldü.

Tablo 6. Annelerin ateşle ilgili bilgi kaynakları:

Bilgi kaynağı	Sıklık	Yüzde
Doktor	89	%72,9
TV/radyo	14	%11,4
Aile bireyleri	14	%11,4
Hemşire, sağlık çalışanı	13	%10,6
Eczane	13	%10,6
Arkadaşlar	7	%5,7
Gazete/dergi	5	%4
Belirtmeyen	4	%3,2
Akrabalar	3	%2,4
İnternet	1	%0,8
Toplam	122	100

Annelerin çocuklarının ateşi ilk çıktığında %51,6'sı ilaç verdiğini, %47,5'i soğuk uygulama yaptığını, %41,8'i giysilerini çıkarttığını, %30,3'ü ılık duş aldığını, %20,4'ü doktora götürdüğünü, %0,8'i ateşin seyrini izlediğini ve %0,8 limonlu su içirdiğini belirtti.

Annelerin %58,1'i çocuklarının ateşi ilk çıktığında soğuk uygulama yapmamaktadır. Soğuk uygulama yapan annelerin soğuk uygulamayı uyguladıkları yerlerin dağılımı %23,7 koltuk altından, %19,6 alından, %9 kasık, %9 eklem yerlerinden, %3,2 el ve ayaklardan, %3,2 baş ve boyundan, %2,4 tüm vücuttan ve %0,8 karın bölgesinden uygulamaktadır.

Annelerin %73,8'i ateşi fark ettiklerinde ilaç vermemektedir. Ateşi ilk fark ettiğinde ilaç veren annelerin tercih ettiği ilaç gruplarının dağılımı %18 parasetamol, %14,7 ibuprofen ve %2,4 supozatuvar şeklindedir.

Annelerin %98,4'ü ateş düşmeyince çocuklarını doktora götürdüklerini ve %1,6'sı ilaç verdiklerini ifade etmişlerdir Tablo 5. Çocukların hastanede yatış sebepleri:

Annelerde çocukları ateşlendiğinde bunun sebebi olarak ilk düşündükleri hastalıkların listesi Tablo 7’de verilmiştir. Annelerin %3,2’si herhangi bir tahminde bulunamazken en sık düşünölen hastalıklar boğaz enfeksiyonu (%36), havale (%13,9), üşütme (%12,2) ve soğuk algınlığı (%12,2) idi.

Tablo 7. Annelerin çocukları ateşlendiğinde ilk düşündükleri hastalıklar

Hastalık	Sıklık	Yüzde
Boğaz enfeksiyonu	44	%36
Havale	17	%13,9
Soğuk algınlığı	15	%12,2
Üşütme	15	%12,2
Bronşit	10	%8,1
Tonsillit	7	%5,7
Üst SYE	6	%4,9
İdrar yolu enfeksiyonu	5	%4
Diş çıkarma	2	%1,6
Menenjit	2	%1,6
Alerji	1	%0,8
Farenjit	1	%0,8
Viral enfeksiyon	1	%0,8
Bilmiyorum	4	%3,2
Toplam	122	100

Annelerin genelde tercih ettikleri ateş düşürücülerin %53,2 oranında ibuprofen, %42,6 oranında parasetamol, %1,6 oranında metimazol ve %1,6 oranında supozatuvar olduğu ve annelerin %9,8’inin ise bilmediğini ifade ettiği göröldü.

Annelerin ateş düşürücünün dozunu ayarlama şekline bakıldığında %53,2’si doktor önerisine göre,%21,3’ü prospektüse göre, %19,6’sı çocuğun yaşına göre, %13,9’u çocuğun kilosuna göre, %5,7’si ateş yüksekliğine göre ve %2,4’ü deneyimlerine göre ayarlamaktadır.

Annelerin ‘Akut solunum yolu enfeksiyonunun sebebi nedir?’ sorusuna verdikleri en sık yanıtlar %59,8 mikroplar, %24,5 vücut direncinin düşmesi,

%24,5 hava sıcaklığının düşmesi ve%20,4 soğuk gıdaların tüketilmesi olduğu görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. Annelere göre akut SYE sebeplerinin dağılımı

Sebeup	Sıklık	Yüzde
Mikroplar	73	%59,8
Hava sıcaklığının düşmesi	30	%24,5
Vücut direncinin düşmesi	30	%24,5
Soğuk gıdaların tüketilmesi	25	%20,4
Üşütme	2	%1,6
Çevresel faktörler	2	%1,6
Kreşe gidiyor olmak	1	%0,8
Terleme	1	%0,8
Salgın olması	1	%0,8
Toplam	122	100

Annelere göre akut SYE' nun belirtileri %64,7 ateş,%59 öksürük, %25,4 burun akıntısı, %20,4 boğaz ağrısı, %17,2 hırıltılı solunum, %12,2 solunum sıkıntısı, %8,1 halsizlik ve %6,4 çeşitli belirtiler olduğu görüldü (Tablo 9).

Tablo 9. Annelere göre akut SYE'nun belirtilerinin dağılımı:

Belirti	Sıklık	Yüzde
Ateş	79	%64,7
Öksürük	72	%59
Burun akıntısı	31	%25,4
Boğaz ağrısı	25	%20,4
Hırıltılı solunum	21	%17,2
Solunum sıkıntısı	15	%12,2
Halsizlik	10	%8,1
Burun tıkanıklığı	4	%3,2
Baş ağrısı	1	%0,8
Karın ağrısı	1	%0,8
İştahsızlık	1	%0,8
Kusma	1	%0,8
Toplam	122	100

Annelere akut SYE geçiren çocuklarını hangi belirtilerde doktora götürdükleri sorulduğunda %81,1'i ateş, %46,7'si öksürük, %29,5'i boğaz ağrısı, %18'i hırıltılı solunum, %13,1'i havale, %13,1'i burun akıntısı, %12,2'si solunum sıkıntısı, %8,1'i kusma ve %3,2'si balgam şeklinde yanıtlamıştır (Tablo 10).

Annelerin antibiyotik kullandıkları durumların dağılımı %28,6 ateş, %22,1 öksürük, %21,3 boğaz ağrısı, %18 kusma, %5,7 hırıltılı solunum, %2,4 havale, %1,6 solunum sıkıntısı ve %0,8 burun akıntısı olduğu görüldü. Annelerin %25,4'ü doktor önerisi ile antibiyotik kullanmakta iken %4,9'u antibiyotik vermediğini ifade etmiştir.

Tablo 10. Annelere göre Akut SYE geçiren çocukları doktora götüren belirtiler:

Doktora götüren belirti	Sıklık	Yüzde
Ateş	99	%81,1
Öksürük	57	%46,7
Boğaz ağrısı	36	%29,5
Hırıltılı solunum	22	%18
Burun akıntısı	16	%13,1
Havale	16	%13,1
Solunum sıkıntısı	15	%12,2
Kusma	10	%8,1
Balgam	4	%3,2
Toplam	122	100

Annelere göre antibiyotiklerin kullanım amacı %76,2 mikropları öldürmek, %14,7 hastalıktan korumak, %9 ateşi düşürmek, %8,1 ağrıyı kesmek, %0,8 hastalığın ilerlemesini önlemek, %0,8 havale geçirmesini önlemek, %0,8 vücut direncini arttırmak ve %0,8 ikincil enfeksiyon gelişmesini önlemek olduğu saptandı.

Annelerin %41,8'i herhangi bir antibiyotik ismi bilmediğini belirtmiştir. Bilinen antibiyotik gruplarının ise %31,1 amoksisilin+ klavulinik asit, %23,7

klaritromisin, %4 amoksisilin, %4 üçüncü kuşak sefalosporin, % 2,4 ikinci kuşak sefalosporin, %1,6 ampisilin sulbaktam ve %0,8 TMP/SMX olduğu görüldü.

Annelerin %75,4'ü(92 anne) 'Doktorun reçeteledikleri dışında kendiniz için antibiyotik kullandığınız oldu mu?' sorusuna 'asla' yanıtını vermiştir. 'Doktorun reçeteledikleri dışında çocuğunuz için antibiyotik kullandınız mı?' sorusuna ise annelerin %87,7'si(107 anne) 'asla' yanıtını vermiştir. Yanıtların dağılımı Tablo 11'de görülebilir.

Tablo11. Annelerin reçetesiz antibiyotik kullanma davranışları

	Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
Doktorun reçeteledikleri dışında kendiniz için antibiyotik kullandığınız oldu mu?	112 (%91,8)	11 (%9,0)	16 (%13,1)	3 (%2,5)	-
Doktorun reçeteledikleri dışında çocuğunuz için antibiyotik kullandığınız oldu mu?	107 (%87,7)	9 (%7,41)	6 (%4,9)	-	-

Annelerin antibiyotik kullanımında kimin görüşüne dikkat ettiklerinin dağılımı %19,6' sı kendim, %18,8 arkadaş/komşu, %%10,6 aile/akraba, %10,6 eczacı, %4,9 sağlık çalışanı tanıdıklar olarak görüldü. %41,8 anne doktor dışında hiç kimse olarak ifade etmiştir

Annelerin antibiyotik kullanımını sonlandırma durumları %45 doktorun söylediği sürede, %29,5 kutu bitince, %22,9 çocuk düzelince, %4 yedi gün ve % 3,2 prospektüse göre olduğu görüldü

Anneler 'Doktorun belirttiği antibiyotik dozunu değiştirdiğiniz oldu mu?' sorusuna %91,8(112 anne) oranında 'asla' yanıtını vermiştir. Annelerin 'Evinizde yedekte antibiyotik bulduğunuz olur mu?' sorusuna %74,6'ü (91 anne) 'asla' şeklinde yanıt vermiştir. Yanıtların dağılımı Tablo 12'de görülebilir.

Tablo12. Annelerin antibiyotik kullanma davranışları

	Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
Doktorun belirttiği antibiyotik dozunu değiştirdiğiniz oldu mu?	92 (%75,4)	8 (%6,6)	2 (%1,6)	-	-
Doktorun reçeteledikleri dışında çocuğunuz için antibiyotik kullandığınız oldu mu?	91 (%74,6)	16 (%13,1)	7 (%5,7)	7 (%5,7)	1 (0,8)

Anneler antibiyotik kullanımı ile ilgili tutumlarını değerlendiren 'Çocukta solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisi antibiyotik gerektirir.' önermesine %55,7 (68 anne) 'katılıyorum' ve %26,2 (32 anne) 'katılmıyorum' cevabını vermiştir. 'İğne ile uygulanan antibiyotik ağızdan alınanlara göre daha etkilidir.' önermesine %68,9 (84 anne) 'katılıyorum' ve %17,2 (21 anne) 'katılmıyorum' cevabını vermiştir. Annelerin %56,6'sı(69 anne) 'pahalı ilaçlar daha iyidir.' önermesine 'katılmıyorum' cevabı vermiştir. 'Gereksiz yere antibiyotik kullanımı ilaçların etkisinin düşmesine yol açar' önermesine %64,8'i (79 anne) 'katılıyorum' şeklinde cevap vermiştir. 'Doktorum solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuğuma antibiyotik reçete etmese tedavisini yetersiz düzenlemiştir.' önermesine %64,8'i (79 anne) 'katılmıyorum' cevabını vermiştir. 'Gerekli olduğunu düşündüğümde doktorumdan antibiyotik yazmasını isterim.' önermesine %59,8'i (73 anne) 'katılmıyorum' şeklinde cevap vermiştir. 'Doktorum solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuğuma reçete yazmazsa tedavisini yetersiz düzenlemiştir.' önermesine ise %55,7'si (68 anne) 'katılmıyorum' şeklinde, %27,9 (34 anne) 'katılıyorum' şeklinde cevap vermiştir. Annelerin %72,1'i (88 anne) 'Solunum yolu enfeksiyonu tedavisi doktorun muayene bulgularına göre değişir.' önermesine katılıyorum cevabını vermiştir. Yanıtların dağılımı Tablo 13'te görülebilir.

Tablo13. Annelerin akut SYE için antibiyotik kullanımı ile ilgili tutumları

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Çocukta solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisi antibiyotik gerektirir	1 (%0,8)	32 (%26,2)	21 (%17,2)	68 (%55,7)	-
İğne ile uygulanan antibiyotik ağızdan alınanlara göre daha etkilidir	-	21 (%17,2)	10 (%8,2)	84 (%68,9)	7 (%5,7)
Pahalı ilaçlar daha iyidir	9 (%7,4)	69 (%56,6)	31 (%25,4)	13 (%10,7)	-
Gereksiz yere antibiyotik kullanımı ilaçların etkisinin düşmesine yol açar	1 (%0,8)	15 (%12,3)	15 (%12,3)	79 (%64,8)	12 (%9,8)
Doktorum solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuğuma antibiyotik reçete etmezse tedavisini yetersiz düzenlemiştir	8 (%6,6)	79 (%64,8)	7 (%5,7)	28 (%23,0)	-
Gerekli olduğunu düşündüğümde doktorumdan antibiyotik yazmasını isterim	6 (%4,9)	73 (%59,8)	7 (%5,7)	36 (%29,5)	-
Doktorum solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuğuma reçete yazmazsa tedavisini yetersiz düzenlemiştir	8 (%6,6)	68 (%55,7)	10 (%8,2)	34 (%27,9)	2 (%1,6)
Solunum yolu enfeksiyonu tedavisi doktorun muayene bulgularına bağlı olarak değişir	-	16 (%13,1)	9 (%7,4)	88 (%72,1)	9 (%7,4)

Annelerin akut SYE antibiyotik kullanımı konusunda tutumlarını belirlemek için hazırlanan 8 sorunun birleştirilmesiyle elde edilen antibiyotik tutum değişkeni değeri ortalama $2,69 \pm 0,38$ (1,63-3,50) idi. Bu değer orta değer olan 3'den küçük olup antibiyotik karşıtı tutum alanına düşmekteydi.

Antibiyotik tutum değişkeninin çalışmada elde edilen çeşitli diğer değişkenlerle ilişkisi araştırıldı. Antibiyotik tutum değişkeni anne yaşı, aile geliri, çocuğun yaşı, çocuğun kontrol sıklığı, ocuğun Şikayetlerinin suresi, çocuğun geçen yıl kaç defa st SYE atağı geçirdiği ile anlamlı korelasyon göstermiyordu (sırasıyla Kendall's tau_b=-0,014; p=0,837; b=-0,119;p=0,075; b=0,101; p=0,133; b=-0,134; p=0,068; b=0,096; p=0,163; b=0,005; p=0,939).

Annelerin okudukları sınıf sayısı ile ifade edilen eğitim sureleri ile antibiyotik tutum değişkeni arasında anlamlı negatif korelasyon vardı (Kendall's tau_b=-0,197; p=0,005).

Ailede yaşayan kişi sayısı ile antibiyotik tutum değişkeni arasında anlamlı pozitif korelasyon vardı(Kendall's tau_b=0,248; p=0,001).

Kişi başına düşen gelir ile antibiyotik tutum değişkeni arasında anlamlı negatif korelasyon vardı(Kendall's tau_b=-0,183; p=0,0059).

Antibiyotik dozunu değiştirme ile antibiyotik tutum değişkeni arasında anlamlı negatif anlamlı pozitif korelasyon vardı(Kendall's tau_b=0,190; p=0,014).

Antibiyotik tutum puan ortalamaları annelerin çalışma durumuna, geleneksel tedavi kullanıp kullanmama durumlarına veya çocukların hastanede yatıp yatmama durumlarına göre anlamlı farklı değildi (sırasıyla Mann Whitney u= 1276,5; p=0,096; u=1587,0; p=0,224; u=1699,5; p=0,501)

5- TARTIŞMA

Ateş çocukluk çağında çok sık görülen ve aileleri en çok telaşa düşüren belirtilerden biri olmasına rağmen annelerin bu konudaki bilgileri birçok çalışmada yetersiz bulunmuştur (100, 101). Annelerin çocukları ateşlendiğinde paniğe kapılmadan çocuğun durumunu değerlendirerek uygun müdahalede bulunabilmeleri için öncelikle ateşin olup olmadığını anlamaları gerekir. Çalışmamıza katılanların %91'inin evinde ateş ölçer bulunduğu saptanmıştır.. Demir ve Bayat'ın çalışmasında %22,1'inin evinde termometresi olduğu saptanmıştır (92). Esenay ve Yiğit'in (2002) çalışmasında annelerin %57'sinin evinde termometre bulundurduğu; Yaramis ve ark. (2005)'nin yaptığı çalışmada da annelerin %57'sinin evde derece bulundurduğu belirlenmiştir(58, 102). Çalışmamızın yürütüldüğü bölge çalışmaya alınan anneler açısından bu konuda daha duyarlı bir örnekleme çeliştığımız sonucu çıkarılabilir. Daha kolay kullanımlı yeni termometrelerin yaygınlaşması ve ucuzlamasının da bu konuya katkı yapmış olması muhtemeldir.

Çalışmamızda ateş ölçüm cihazı olarak %81,1 oranında dijital termometre kullanıldığı saptanmıştır. Dalkıran'ın tez çalışmasında bu oran %48,4 oran ile dijital termometredir (103). Taşdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer oranlar bulunmuştur (104). Blumenthal' in İngiltere'de yaptığı çalışmada %50 oranında alından ölçüm yapan kristal likit termometrenin olduğu görülmüştür (105). Bu farklı oranın sebebi dijital termometrenin kullanımının daha kolay olması ve ülkemizde henüz kristal likit termometre kullanımının yaygınlaşmaması olabilir.

Bizim çalışmamızda annelerin %26,9'unun 37°C ve altını ateş olarak kabul ettiği görüldü. Esenay ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %36 olarak bulunmuştur (88). Baysoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılanların %16,2'sinin 37°C ve altını ateş olarak kabul ettiği görülmüştür, ateşi 38,5°C olarak kabul edenlerin oranı ise %37,7' dir (106). Linder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ateşi 38,5°C olarak kabul edenlerin oranı %96 olarak bulunmuştur (107). Bizim çalışmamızda ise 38°C'yi ateş kabul eden annelerin oranı %36 olarak bulundu. Evde termometre bulundurma oranlarındaki

yükseklığe rağmen annelerin ölçümleri geçerli değerlendirmelerini sağlayacak bilgiden büyük oranda yoksun oldukları izlenmektedir. Buna rağmen sağlık kuruluşuna ya da hekime başvurmadan önce geçerli vcut sıcaklığı ölçümleri elde edilmesi hekimlere hastalarıyla ilgili daha güvenli bilgiler sağlayacaktır.

Abdullah ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da yaptığı çalışmada annelerin %9'u hemşire ve doktor tarafından ateş hakkında bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir(108). İsrail'de Linder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %40'dır (107). Aynı çalışmada ateş konusundaki bilgiyi aile büyüklerinden öğrenenlerin oranı % 30, sağlıkla ilgili yayınlardan öğrenenlerin oranı %29,3 olarak bulunmuştur. Dalkıran'ın çalışmasında ise bilgi kaynakları doktor ve hemşire %59,4, aile büyükleri ve kulaktan dolma %24,8, sağlıkla ilgili yayınlar %15,8 olarak bulunmuştur (103). Bizim çalışmamızda da annelerin ateş konusunda bilgilerinin kaynağı %72,9 doktor, %11,4 aile bireyleri, %10,6 hemşire/sağlık çalışanı, %10,6 eczane olarak bulundu.

Ateş ve hastalık bilgisi, toplumların kültürleri, gelenek ve görenekleri ile yakından ilgilidir. Bu durum annelerin ateş konusundaki davranış ve tutumlarını da etkilemektedir. Dünyanın değişik bölgelerinde yapılan birçok çalışmada, annelerin ateşe müdahalede başvurduğu ilk yöntemin genellikle ateş düşürücü vermek olduğu tespit edilmiştir (109, 110). Çalışmamızda annelerin çocuklarının ateşini yüksek olarak hissettiklerinde ya da ölçtüklerinde ilk başvurdukları uygulamalar %51,6 ilaç vermek, %47,5 soğuk uygulama yapmak, %20,4 doktora götürmek olarak bulunmuştur.

Ertekin ve ark. (2000)'nin yaptığı çalışmada da annelerin %30,7'si soğuk su pansumanı yaptığı, %15,6'sı ateş düşürücü şurup, %15,6'sı aspirin, %9,2'si antibiyotik verdiği, %6,1'i çocuğun sadece elbiselerini çıkardığı, %3,1'i sirkeli su ve kolonya ile pansuman yaptığı ve %2,8'i ne yapması gerektiğini bilmedikleri belirlenmiştir (111).

Periferik soğutma doğru şekilde yapılırsa ateşe yaklaşımda olumlu bir uygulama olarak kabul edilir. Ayrıca evde uygulanabilir olması ve herhangi bir ilaç ya da araca ihtiyaç duymadan yapılabilmesi nedeniyle de oldukça önemlidir

Ateş karşısında antipiretik kullanımı oldukça sık karşılaşılan bir davranış şeklidir. Baysoy ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada annelerin %74,6'sı parasetamol tercih ederken, metamizol tercih edenlerin oranı %19,9, ibuprofen tercih edenlerin oranı %3,5, aspirin tercih edenlerin oranı ise %1,9 olarak bulunmuştur (106). Dalkıran'ın çalışmasında bu oranlar sırasıyla; %84,8, %0 , %12,8, %1,4 olarak bulunmuştur (103). Al Nouri ve arkadaşlarının 2006'da Irak'ta yaptıkları bir çalışmada antipiretik kullanan annelerin tümünün tercihinin parasetamol olduğu bulunmuştur (112). Bizim çalışmamızda ise annelerin çocuklarının ateşini düşürmede ilk tercihleri %53,2 ibuprofen, %42,6 parasetamol ve %1,6 metamizol olarak saptanmıştır.

Dalkıran'ın çalışmasında düşmeyen ateş durumunda annelerin %94'ü doktora götüreceğini belirtirken(103), bizim çalışmamızda da bu oran %98,4 olarak bulunmuştur. Bu yüksek oranlar eğitim düzeyine bakmadan annelerin düşmeyen ateş konusundaki endişelerinden kaynaklanmış olabilir.

Stanek ve arkadaşları Kenya'da yaptıkları çalışmada yıllık akut SYE atak sayısı ortalama ve ortancasını sırasıyla 7,5 ve 7 bulmuşlardır (113). Bashaur ve arkadaşları Suriye'de yaptıkları araştırmada çocuk başına 10 atak tespit etmişlerdir (114). Benzer çalışmalarda Fagbule ve arkadaşları Nijeryalı çocuklarda 4,6, Singh ve arkadaşları Yeni Delhi'de 3,6, Hortal ve arkadaşları Uruguay'da 5,2 bulmuşlardır (115, 116).

Yıllık ASYE atağı ortalamasının ülkeler arasında 3,6 ile 10 arasında geniş bir yelpazede değişiklik gösterdiği dikkati çekmektedir. Araştırmamızda bulunan 3,6 değeri bu verilerle uyumlu olduğu görülmüştür.

Diğer ülkelerde olduğu gibi, Türkiye'de de antibiyotikler en çok tüketilen ilaçlar arasında birinci sırada yer almaktadır (117). Türkiye İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenler Sendikasının 1999 yılı verilerine göre antibiyotiklerin bütün ilaçlar arasında reçetelenme oranı %19,5'dur. Reçete edilen antibiyotiklerin %75'i otitis media, sinüzit, farenjit, bronşit ve özgül olmayan üst SYE. İçin kullanılmaktadır(118). Antibiyotiklerin en çok kullanıldığı dönem çocukluk yaş grubudur. Bunun nedeni antibiyotik reçetelerinde otitis media, tonsillit, sinüzit

tanılarının çocuklarda yetişkinlere göre daha sık görülmesidir. Bu enfeksiyonların çoğunun etkeninin viral olmasına rağmen, etiyolojik tanıda güvenilir yöntemlerin yetersizliği nedeniyle, yaygın olarak antibiyotikle tedavi edilmesi sonucu, gereksiz ve yanlış antibiyotik kullanımı da esas olarak çocuklarda söz konusudur (96).

2006 yılında Pakistan'da yapılan bir çalışmada 2 ay - 5 yaş arası çocuklarda tahmini SYE insidansının %44 olduğu belirtilmiştir (119). Bu yaş hasta grubunda hekimlerin solunum yolu enfeksiyonlarının komplikasyonlarından daha çok çekindiği ve daha radikal antibiyotik reçetelendirdiği bir dönemdir.

2003 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde boğaz ağrısı nedeniyle doktora başvuran 3 - 17 yaş arası çocuk sayısının yaklaşık 7,3 milyon olduğu ve bu hastaların %54'üne antibiyotik verildiği saptanmıştır (120).

Kuzujanakis ve arkadaşlarının Massachusetts'de yaptığı çalışmada Alvarez ve arkadaşlarının İspanya'da yaptığı çalışmada da ebeveynlerin eğitim seviyesi arttıkça antibiyotik ile ilgili bilgi düzeyinin de arttığı saptanmıştır (121, 122).

Annelerin kullandıkları ilaçlar arasındaki antibiyotiğin farkındalığını anlamak için hatırladıkları antibiyotik isimleri sorulduğunda 122 annenin %58,2'sinin en az bir doğru antibiyotik ismi hatırlayabildiği saptandı. Mitsi ve arkadaşlarının çalışmasında ebeveynlerin %85,2'si doğru bir antibiyotik ismi söyleyebilmiştir Türkoğlu'nun çalışmasında bu oran %45 olarak bulunmuştur. (123, 124). Bu sonuç çoğu annenin antibiyotikleri diğer ilaçlardan en azından ismen ayırt edebildiklerini göstermektedir.

Annelerin en çok söyledikleri antibiyotikler %31,1 amoksisilin+ klavulunik asit ve %23,7 klaritromisin içeren preparatlardır. IMS Türkiye 2002 verilerine bakıldığında da ülkemizde en çok kullanılan antibiyotik grupları %27,5 ile birinci sırada geniş spektrumlu penisilinler, %26,5 ile ikinci sırada sefalosporinler ve üçüncü sırada %12 ile makrolidler gelmektedir (125). Amoksisilin-klavulunik asit dünyada en çok kullanılan ilaçlar listesinde 16.sırada, en çok kullanılan antibiyotikler arasında ise birinci sırada yer almaktadır (126).

Annelerin bilgi düzeyini ölçmek amacıyla antibiyotiklerin ne amaçla kullanıldığını sorduğumuzda %76,2'si mikropları öldürmek cevabını vermiştir. Chang ve arkadaşlarının Malezya'da yaptıkları araştırmada çalışmaya katılanların %76'sı antibiyotiklerin ateş için , %69'u öksürük için kullanıldığını belirtmiştir. Larson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada antibiyotiklerin kullanımıyla ilgili ciddi bilgi eksikliği olduğu ve antibiyotiklerin ağrı veya enfeksiyonların diğer bulgularını iyileştirmek için kullanıldığı belirtilmiştir (127, 128).

Annelerin antibiyotik kullanma süre ve doz talimatlarına uyumları sorgulandığında %91,8'i doktorun önerdiği dozu değiştirmeksizin kullandığını belirtirken %8,2'si ise dozu kendi kendine değiştirdiğini belirtti. Antibiyotik kullanım süresine ilişkin olarak annelerin yalnızca %45'i doktorun önerdiği süre kullandığını belirtti. Buna karşın %29,5'i kutu bitinceye kadar, %22,9'u çocuk düzeline kadar, %4'ü bir hafta ve %3,2'si kutunun üzerinde yazan süre kullandığını belirtti. Bir hafta, on gün gibi cevaplar annelerin her antibiyotiğin kullanım süresinin ve her enfeksiyonun tedavi süresinin aynı olduğu yönünde yanlış bir bilgiye sahip oluklarını göstermektedir. Enfeksiyon bulgularının kaybolması yani çocuğun hastalığa ait şikayetlerinin düzelmesi antibiyotiklerin kullanım süresinin yeterli olduğunu düşündürmektedir. Chan ve arkadaşlarının Malezya'da yaptığı çalışmada annelerin %85'inin çocuklarının şikayeti geçtiğinde antibiyotiği kestikleri saptanmıştır (127).

Çalışmamızda annelerin %74,5'i intravenöz antibiyotiklerin ağızdan alınanlardan daha etkili olduğunu düşünmekte iken, annelerin %10,7'si pahalı ilaçların daha etkin olduğuna inanmakta idi.

Çalışmamıza katılan annelerin %74,6'sı antibiyotik direnciyle ilgili gereksiz yere antibiyotik kullanımı ilaçların etkisinin düşmesine yol açar düşüncesindeydi. Bu da annelerin büyük çoğunluğunun antibiyotiklerin yanlış kullanımının ilaç etkisinde azalma gibi zararlı bir sonuca neden olabileceğinin farkında olduklarını göstermektedir. Collett ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ebeveynlerin %60'ının antibiyotik direnciyle ilgili hiçbir fikri olmadığı saptanmış (129).

Annelerin %12,3'ü doktorun reçeteledikleri dışında çocukları için reçetesiz antibiyotik kullandığını belirtmiştir. Kurugöl ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı çalışmada ebeveynlerin %46'sının, Akıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ebeveynlerin %60'ının, Mitsi ve arkadaşlarının Yunanistan'da yaptığı çalışmada ebeveynlerin %22,7'sinin, Borg ve arkadaşlarının Malta'da yaptığı bir çalışmada ebeveynlerin %11'inin, Okumura ve arkadaşlarının Vietnam'da yaptığı çalışmada toplumun %40-60'ının reçetesiz antibiyotik kullandığı saptanmıştır. (130, 131).

Reçetesiz antibiyotik kullanma kişilerin kendi beyanları olduğundan oranların yapılan diğer çalışmalarla farklılık göstermesi beklenebilir. Yapılan bazı çalışmalarda erişkinlerin kendileri için çocuklarına oranla daha sık reçetesiz antibiyotik kullandığı saptanmıştır; bu oran, erişkinlerde kendileri için %74,6, evli annelerde çocukları için %22,7'dir ve istatistiki olarak anlamlı farklıdır (132). Bizim çalışmamızda da annelerin %9'u nadiren, %13'i bazen ve %2,5'i sıklıkla kendilerine reçetesiz antibiyotik kullandığını belirtmiştir.

Anneler antibiyotik kullanırken doktor dışında %19,6'sı kendisinin, %18,8'i arkadaş/komşunun, %10,6'sı aile/akrabalarının ve %10,6'sı eczacının görüşüne göre davrandıklarını belirtmişlerdir. Anneler hem kendi kararlarına göre hem de çevresel etkilere uyarak çocuklarına antibiyotik başlayabilmektedirler(133). Bunu önlemek için öncelikle annelerin bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda annelerin evde yedek antibiyotik bulundurup bulundurmamaları ile ilgili soruya %25,4'ü bulundurduklarını belirtmiştir. Türkoğlu'nun çalışmasında annelerin %15,3'ü, Gonzalez ve arkadaşlarının İspanya'da yaptığı çalışmada %37'si evde yedek antibiyotik bulundurduğunu ifade etmiştir. (90, 124). Evde bulundurulan antibiyotiklerin %96,5'i geniş spektrumlu antibiyotikler olduğu (en çok Amoksisilin ve Amoksisilin-klavulunik asit) ve %15'inin reçetesiz alındığı saptanmıştır (134).

Kişiler, hasta olduklarında, daha önceki deneyimlerinden hareketle; ellerindeki mevcut ilaçlardan herhangi birini kullanabilmekte, yakınlarının

tavsiyesi ile ilaç alabilmekte ya da eczaneden doğrudan aldıkları bazı ilaçları kullanabilmektedirler. Bu yanlış davranışlar doktora başvurduktan sonraki aşamalarda da devam edebilmektedir. İlaçların; hekimin belirttiği veya prospektüste belirtilen doz ve biçimden farklı kullanılması, semptomların ortadan kalkmasına bağlı olarak öngörülen süreden önce kesilmesi olumsuz tıbbi sonuçlara neden olabileceği gibi, evde bulundurulmuş kullanılmayan ilaçların sayısını da zamanla artırmaktadır. Yanlış ilaç kullanımı ile ortaya çıkan bir diğer olumsuzluk oluşan ekonomik kayıplardır. Zira sağlığa ayrılan kaynakların önemli bölümü tedavi maliyetleri için harcanmakta, bu harcamalar içindeyse ilaç tüketimi önemli yer tutmaktadır.

Antibiyotiklere direnç artışı tüm dünyada önemli bir sorundur. Çalışmalarda, antibiyotik kullanımının fazla olduğu yerlerde değişik antibiyotiklere karşı direnç gelişiminin yüksek olduğu, antibiyotik kullanımının az olduğu bölgelerde dirençli enfeksiyon oranının düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca akılcı olmayan ilaç kullanımı, gereksiz ilaç tüketimi ve ekonomik kayıplar gibi birçok soruna yol açmaktadır (135, 136). Kanada'da 20.000 çocuğun sağlık kayıtlarından yararlanılarak yapılan bir çalışmada viral enfeksiyonların (akut bronşolit, akut bronşit, soğuk algınlığı) %45'inde antibiyotik reçete edildiği; AOM, farenjit ve pnömoni başlangıç tedavilerinin %20'sinde ikinci seçenek antibiyotiklerin verildiği bildirilmiştir (137).

Antibiyotiklerin en sık kullanıldığı olgular üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Unutulmaması gereken ancak yanlış algılar ile yaygın olarak karşılaşılan çok kritik bir yanlış, antibiyotiklerin virüslere etkili olmadığı ve ateş düşürücü olarak da kullanılmaması gerektiğidir. Fakat çocuk hasta olduğunda, hekimler antibiyotiğe gerek olmadığına inansa dahi, anne ve babanın istek ve ricası ile fikrini değiştirmektedir.

Hastaların antibiyotik taleplerinin altında yatan başlıca nedenler, kendi durumlarını çok ciddi olarak tanımlamaları/algılamaları veya daha önceki pozitif antibiyotik deneyimleridir (138).

Hekimin rasyonel bir şekilde planladığı antibiyotiği hasta ve hasta sahiplerinin de akılcı bir şekilde kullanması gerekmektedir. Antibiyotiğe uyumun analiz edildiği bir araştırmada, 9 ay boyunca izlenen hastaların %10-47'sinin tedaviyi tamamladığı, %4-41'inin antibiyotiği gelecekte kullanmak üzere sakladığı tespit edilmiştir. Uyumun zayıf olmasının nedeni tedavi süresinin uzunluğu ve günlük sık aralıklarla dozun tekrarlanması ile ilgilidir (139).

Ülkemizde antibiyotik grubu ilaçlar, ilaç tüketiminde birinci sırada yer almasına rağmen, enfeksiyon hastalıkları yüksek oranda görülmektedir. Bu bulgu enfeksiyon hastalıklarında, antibiyotiklerin rasyonel olarak kullanılmadığını düşündürmektedir (99). Reçetesiz ilaç alımındaki kolaylık, özellikle antibiyotiklerin uygun olmayan şekilde kullanımını da arttırabilmektedir (140).

Dünyada ilaç tüketimine ait 2001 yılı verileri incelendiğinde ilk sırada kalp damar sistemi ilaçları (%19,3), ikinci sırada merkezi sinir sistemi ilaçları, dördüncü sırada ise antibiyotiklerin (%15,3) yer aldığı görülmektedir. Ülkemizde ise aynı yıla ait verilere göre antibiyotikler (%18,1) en sık tüketilen ilaç grubudur. Takip eden dönemde yapılan değerlendirmelerde de 2003-2006 yıllarında yaklaşık %18'lik bir tüketim ile bu grup ilaçlar yine ilk sırada yer almıştır. Bu sonuçlar alınan önlem ve kısıtlamalara rağmen antibiyotik tüketme alışkanlığının değişmediğini göstermektedir (141).

Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamağa yönelik hazırladığı "Tanı ve Tedavi Rehberleri"nde de üst SYE'lerin tedavisinde geniş spektrumlu başta olmak üzere hekimlerin gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınmaları genel olarak tavsiye edilmiştir (142).

Sık ve gereksiz antibiyotik kullanımında birçok faktör bir arada rol oynamakla birlikte çalışmalarda ailelerin doktorlar üzerindeki baskısının en önemli etken olduğu belirtilmiştir (138). Çalışmamızda annelerin %29,5'nin gerekli olduğunu düşündüklerinde doktordan antibiyotik yazmasını istediklerini belirtti.

Fas, Tayland, Türkiye ve Kolombiya’da hastaların hekimden antibiyotik beklentisinin yüksek olduğu ve antibiyotik yazılması için hekime baskı yaptıkları, hatta antibiyotik kullanımı için yakınmalarını %11 oranında abarttıkları bildirilmiştir. Bu ülkelerde en sık kullanılan antibiyotikler ise geniş spektrumlu penisilinlerdir (138, 143).

Çalışmamızda annelerin %23’ü SYE geçiren çocuğuna doktorun antibiyotik reçete etmemesi durumunda tedavisinin yetersiz düzenlendiğine inandıklarını belirtmiştir.

Literatürde çocuklarda antibiyotik kullanımının oldukça fazla olduğu, son 6 ay içinde %71 çocuğa antibiyotik kullanıldığı bildirilmektedir (144, 145).

Çocukluk çağına hekimler ve aileler tarafından en sık tercih edilen antibiyotikler çalışmamızla uyumlu olarak ampisilin-sulbaktam, amoksisilin-klavulonat ve sefaklor etken maddeli antibiyotikler olarak bildirilmektedir (96, 122). Ebeveynlerin eğitim düzeyi ile antibiyotik kullanımı arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanmadı. Ancak literatürde eğitim düzeyi düşük annelerin çocuğun en ufak bir rahatsızlığında antibiyotikten beklentilerinin yüksek olabileceği ve hekimin antibiyotik yazması için şikayetlerini abartmış olabilecekleri düşünülen çalışmalar vardır (97, 145).

Ateş korkusu annelerin sağlık merkezlerini gereksiz kullanmalarına ve gereksiz tedavilere neden olabilmektedir (146). Çocuklarının ateşi olduğunda annelerin bu durumun mutlaka antibiyotikle iyileşeceği inancı nedeniyle antibiyotik beklentisi ön plandadır (117). Bizim çalışmamızda annelerin %28,6’sı ateş ve %22,1’i öksürük oluştuğunda antibiyotik kullandığını ifade etmiştir. Palmer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da annelerin %58’inin ateş için her zaman veya bazen antibiyotik kullanımının gerekli olduğunu düşündükleri saptanmıştır (147). Okumura ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin %58’inin öksürük için her zaman veya bazen antibiyotik gerekli olduğunu düşündükleri saptanmıştır (147). O’Conner ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin çocukları ishal olduğunda antibiyotik verilmesi için ısrarcı davrandıkları saptanmıştır (148).

SONUÇ VE ÖNERİLER:

Annelerin akut solunum yolu hastalıklarında bilgi düzeyi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ile Aile Hekimliği Polikliniği' nde 122 anne ile yaptığımız bu araştırmada

- Annelerin doktora başvuru şikayetlerinin %58,1'ini öksürük ve %40,9'unu ateşin oluşturduğu,
- Annelerin doktora başvurusundan önce çocuklarına %28'sinin antibiyotik ve %27,8'inin ateş düşürücü verdiği,
- Annelerin %57,4'nün ateşe geleneksel bir yöntem ile müdahale ettiği,
- Ortalama akut SYE atak sayısının 3,66 olduğunu,
- Annelerin %32,7'sinin kullanımına kendi karar verdiği herhangi bir ilaç grubu olmadığı ve %46,7'sinin ise ateş düşürücü ilaç grubunu doktora danışmadan verdiği,
- %9 annenin evde ateş ölçüm cihazı bulundurmadığı,
- Annelerin en çok faydalandığı en güvenilir bilgi kaynaklarının doktorlar olduğu,
- Annelerin çocukları ateşlendiğinde ilk yaptıkları uygulamanın soğuk uygulama olduğu
- Annelere göre akut SYE' nin en sık sebebinin mikroplar olduğu
- Akut SYE geçiren çocuklarını en çok ateş olduğunda doktora götürdükleri
- Ateş, öksürük ve boğaz ağrısı gibi çocukluk çağının en sık görülen şikayetlerinin anneleri kaygılandığı ve annelere antibiyotik kullanımının gerekli olduğunu düşündüğü

- Annelerin %19,6'sının antibiyotik kullanırken kendi deneyimlerinden faydalandığını belirledik.

Tüm bu verilere dayanarak

- Anneler doktor ve hemşireleri esas bilgi kaynağı olarak görmektedir. Dolayısıyla, sağlık çalışanları ebeveynlerin ateş ve ateşin hastalıklardaki rolünü kavramalarında önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık çalışanının ailelere ateşin tanımı, nedenleri, yüksek ateş ölçütleri, ateşli çocuğun evde bakımı, yapılacak ilk uygulamalar ve hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği gibi konularda eğitim vermeleri ve bu eğitimin devamlı olması, annelerin ateş korkularını azaltacak, böylece hatalı uygulamaların önlenmesine katkıda bulunacaktır.
- Solunum yolları enfeksiyonları başlığı altında toplanan değişik klinik tabloların iyi tanınması gereksiz antibiyotik kullanımını azaltarak hem ülke ekonomisine yarar sağlayacak hem de toplumda dirençli bakteriyel suşların gelişmesini önleyeceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR:

1-Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği: Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları. İstanbul, *Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Yayınları* 2002: 1-19. 3-76

2-AKŞİT S. Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları 2. *STED* 2002(11) 5: 181-183

3-World Health Organization: The World Health Report 2011-Health Related Millennium Developments Goal

4-ERTUĞRUL YT. Alt Solunum yolları ve hastalıkları. İçinde: Neyzi O, Ertuğrul YT (ed) *Pediatric (Üçüncü baskı)* İstanbul Nobel Tıp Kitapevleri, 2002 890-916

5-Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yükü Final Raporu, Aralık 2004, Ankara

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>

6-BERTAN M, GÜLER Ç. : Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Birinci baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 1995, s.163- 172

7-ERTUĞRUL T, TANMAN B. Solunum Sistemi Enfeksiyonları, N, Ertuğrul T: *Pediatric Cilt 2.* İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri 2002: 870-916

8-KENNA AM. Upper Respiratory Tract. Orenstein MD. Acute Inflammatory upper airway obstruction. In Nelson Textbook of Pediatrics, Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors Philadelphia. W.B. Saunders comp. 16th edition 2000: 1258-1270, 1274-1279

9-American Academy of Pediatrics Respiratory Syncytial Virus. In: Pickering LK, ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases, 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2003; 524

10-JOHNSON EC, KELLEY P, FRIEDMAN N, CHAN K, BERMAN S. Ear, nose and throat. LARSEN G, ACCURSO JF, DETERDING RR, HAWBOVER CA, KERBY SG, WHITE CW. Respiratory tract and mediastinum, In Jurrent Pediatric Diagnosis and Treadment 16th ed. 2003: 459-491, 492-501

11-ROBİN T, The ear, nose, pharynx and larynx, Rudolph's Pediatrics, Rudolph CD, Rudolph AM United States of America, MCGraw Hill, 2002: 1239-1280

12-HEİKKİNEN, T, JARVİNEN A, The Common cold, Ranced 2003 Jan 4; 361 (9351) : 51-9

13-AKSARAY N, ALHAN E, BAKIR M, CAMCIOĞLU Y, HACIMUSTAFAOĞLU M, SIDAL M, ÖNEŞ Ü,ÖRMECİ AR, YALÇIN I, Çocuklarda akut tonsillofarenjit. Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları. Çocuk İnfeksiyon Hastalıkları Derneği. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Çalışma Grubu Yayınları: İstanbul Elit Ofset, 2002: 35-48

14-CHERRY JD. Croup (laryngotracheitis, spasmodic croup, laryngotracheobronchitis, bacterial tracheitis and laryngotracheobronchopneumonitis). In: Feigin RD, Cherry JD, eds. Texbook of Pediatric Infectious Diseases, 5th ed. Philadelphia: Saunders, 2004: 252-65

15-MAİNONUS AG, CLARK JR, Antibiotics and upper respiratory infection: do some folks think there is a cure for the common cold, *The Journal of Family Practice* 1996,42(4): 357-361

16-CLEMENT A. Pharyngitis, Laryngitis, and Epiglottitis. In: Armstrong D, Cohen J, (eds). Infectious Diseases. 1 ed. London: Mosby. 1999: 2.24.

17-GREEN M, Nonstreptococcal Pharyngitis, Seminars in PID;1998: 56-59

18-ANNUNZIATO PW, POWELL KR. Infections of the upper respiratory tract. In: Reese RE, Betts RF, (eds). A Practical Approach to Infectious Diseases. 5 ed. London: Little Brown and Company. 1996: 211-239

19-GWALTNEY JM, JR, BİSNO AL. Pharyngitis. In: Mandell GL, Benneth JE, Dolin R, (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. 5 ed. New York: Churchill Livingstone. 2000: 656- 661

20-PİCHİCHERO ME, GREN JL, FRANCİS AB, MARSOCCİ SM et al. Recurrent group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatre Infect Dis J* 1998; 17: 809-15

21-CARROLL K, REİMER L. Microbiology and laboratory diagnosis of upper respiratory tract infections. *Clin Infect Dis* 1996; 23 (3): 442-448.

22-MANDEL JH. Pharyngeal infections. *Postgrad Med* 1985; 77: 187-193

23-BİSNO AL, STEVENS DL. Streptococcus pyogenes (Including Streptococcal Toxic Shock Syndrome and Necrotizing Fasciitis). In: Mandell GL, Benneth JE, Dolin R, (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. 5 ed. New York: Churchill Livingstone. 2000: 2102

24-LEBLEBİCİOĞLU H; Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Erişkinde Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlar Sempozyum Dizisi No: 31 • Kasım 2002; s. 167-182

25-BLUESTONE CD. Definitions of otitis media and related diseases. In: Alper CM, Bluestone CD, Casselbrant ML, Dohar JE, Mandel EM (eds): Advanced Therapy of Otitis Media. 2nd edition. Hamilton: BC Decker Inc; 2004. p. 1-8.

26-BUSSELL N, SKİLLMAN D. Otit. In: Gates RH (ed): Enfeksiyon Hastalıkları Sırları. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. p. 251-254

27-KERSCHNER JE. Otitis media. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds): Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. p. 2632-46

28-SALMAN N. Akut otitis media tedavisi. Türkiye Klinikleri, *Pediatric Özel Dergisi* 2004; 2(3): 198-200.

29-Ramakrishnan K, Sparks RA, Berryhill WE. Diagnosis and treatment of otitis media. *Am Fam Physician* 2007;76: 1650-8

30-Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (Otitis Media); Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Çalışma Grubu Raporu. *Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Yayınları*; İstanbul, 2002; 49-63.

31-KLEİN JO. Otitis media. In: Katz SL, Gershon AA, Hotes PJ (eds). *Krugman's Infectious Diseases of Children*. Tenth Ed. St Louis, Mosby, 1998, p; 302-311

32-BLUESTONE CD, KLEİN JO. Otitis Media in Infants and Children. Third Edition. WB Saunders Company, Philadelphia. 2001.p:180-298

33-GARBUTT J, JEFFE DB, SHACKELFORD P. Diagnosis and treatment of acute otitis media: an assessment. *Pediatrics*.2003; 112: 143-149

34-HACIMUSTAFAOĞLU M. Çocuklarda Akut otitis media Güncel pediatri 2003 1;29-34

35-PELTON SI. Otitis media. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG (eds): *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. 3rd ed. Philadelphia: Churchill-Livingstone; 2008. p. 221-230

36-SİEGEL RM, KİELY M, BİEN JP, et al. Treatment of otitis media with observation and a safety-net antibiotic prescription. *Pediatrics* 2003;112:527-530

37-JACOBS MR. Increasing importance of antibiotic-resistant *Streptococcus pneumoniae* in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1996;15:940-943

38-MARCY SM, WALD ER. Management of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J*. 2003; 22: 673-674

39-DAGAN R. Achieving bacterial eradication using pharmaco-kinetic/ pharmacodynamic principles. *Int J Infect Dis*. 2003; 7 (Suppl 1):21-25.

40-COLEMAN C, MOORE M. Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No: CD001727. DOI: 10.1002/14651858.CD001727.pub5

41-CHONMAITREE T, SAEED K, UCHIDA T, HEIKKINEN T, BALDWIN CD, FREEMAN DH Jr, et al. A randomized, placebo-controlled trial of the effect of antihistamine or corticosteroid treatment in acute otitis media. *J Pediatr* 2003;143:377-385

42-DEMİRSOY S. Çocuklarda rinosinüzitlerin tedavisi, *Klinik Pediatri*, 2003;2(2):64-68

43-BROOK I. Sinusitis. *Periodontol* 2000 2009; 49: 126-139.

44-American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: management of sinusitis. *Pediatrics* 2001; 108: 798-808

45-BROOK I. Current issues in the management of acute bacterial sinusitis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 1653-1661.

46-NOVEMBRE E, MORI F, PUCCI N, BERNARDINI R, VIERUCCI A, de MARTINO M. Systemic treatment of rhinosinusitis in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2007; 18 (suppl 18): 56-61

47-FİLE TM, HADLEY JA. Rational use of antibiotics to treat respiratory tract infections. *Am J Manag Care* 2000; 8: 713-727

48-CENGİZ BÜLENT A. Çocuklarda Sinüzit; *Çocuk Enfeksiyon Dergisi* 2009; 3 (Özel Sayı 1): 35-38

49-WHO: Integrated Management of Childhood Illness (2003).

<http://www.who.int/child-adolescent-health>

50-KOCABAŞ E, ERSÖZ DOĞRU D, KARAKOÇ F, TANIR G, CENGİZ BÜLENT A, GÜR D, PAMUKÇU UYAN A, GÜLER N, HALİLOĞLU M, ALABAZ D, Türk Toraks Derneği Çocuklarda Toplumda Gelişen Pnömoni Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu; *Türk Toraks Dergisi*, Eylül 2009, Cilt 10, Sayı 2, 3-24

51-KANRA G. Üst solunum yolu enfeksiyonları. *Enfeksiyon Hastalıkları*, Kanra G, Akalın HE. Güneş Kitabevi 1993: 66-91.

52-ÇOKUĞRAŞ H, AKÇAKAYA N. ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI: *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Cilt 1*, Onat T; İstanbul: Eksen Yayınları 1999: 515 -523

53-TAŞTAN Y. Krup. *Türk Pediatri Arşivi* 2003; 38: 195-200

54-LEBECQUE P. Childhood croup. *Pediatr Pulmonol* 1997 May; 23(5):370-374.

55-SOYSAL D, KARABÖCÜOĞLU M. Çocuklarda Solunum Acilleri *Pediatri Özel Dergisi*. 2004(2);529-541

56-BLACKSTOCK D, ADDERLEY RJ, STEWARD DJ. Epiglottitis in young infants. *Anesthesiology* 1987; 67: 97-100

57-PELTOLA V, MERTSOLA J, RUUSKANEN O. Comparison of total White blood cell count and serum C-reactive protein levels in confirmed bacterial and viral infections. *J Pediatr* 2006; 149: 721-724.

58-ESENAY F I, YİĞİT R. Annelerin yüksek ateş konusundaki bilgi ve uygulamaları. 46. Milli Pediatri Kongresi, 20. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi, 6. Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Kongresi, 2. Çocuk Hemşireliği Kongresi, 1.

Pediatric Assistants Congress Scientific Program and Abstract Book, Mersin, 2002: 380

59-ÖZTÜRK F. Acute bronchiolitis. *Klinik Pediatri*, Çizgi Tıp Yayınevi 2002; 1(1): 5-8.

60-KARAMAN Ö. Viral pneumonias and bronchiolitis, childhood age pneumonias, 39. Türk Pediatric Congress 17-22 Haziran 2003-Kapadokya: Kongre Kitabı 260-266.

61-OKUTAN Ö, ÇELTİK C. *Sted* 2005 (14); 1: 5-7

62-AKÇAKAYA N. Pneumonia, *Türkiye Klinikleri Özel Dergisi* 2004; 2(3): 207-209.

63-RUDAN I, TOMASKOVIĆ L, BOSCHI-PINTO C, CAMPBELL H. Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 895-903.

64-MARGOLIS P, GADOMSKI A. The rational clinical examination. Does this infant have pneumonia? *JAMA* 1998; 279: 308-313.

65-PELTON SI, HAMMERSCHLAG MR. Overcoming current obstacles in the management of bacterial community-acquired pneumonia in ambulatory children. *Clin Pediatr (Phila)* 2005; 44: 1-17.

66-JUVEN T, MERTSOLA J, WARIS M, LEINONEN M, MEURMAN O, ROIVAİNEN M, et al. Etiology of community-acquired pneumonia in 254 hospitalized children. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: 293-298.

67-MCINTOSH K, HARPER M. Acute uncomplicated pneumonia. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG (eds). *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 2003, p. 219-225.

68-GÜLER N, DEMİR E. Toplum kökenli pnömonilerde etiyoloji ve tanı yöntemleri, tedavi seçenekleri 38. Türk Pediatri Kongresi 10-14 Haziran 2002 İstanbul: Kongre Kitabı 243-255.

69-KİPER N, TANAÇ R, AKÇAKAYA N. Pnömonilerde patogenez, pnömonilerin klinik ve laboratuvar tanısı, pnömonilerde tedavi prensipleri, pnömonilerde güncel yaklaşım. Panel4 25. Pediatri günleri, 16-18 Nisan 2003 İstanbul: Kongre kitabı 89-98.

70-BACHUR R, PERRY H, HARPER MB. Occult pneumonias: empiric chest radiographs in febrile children with leukocytosis. *Ann Emerg Med* 1999; 33: 166-173.

71-World Health Organization. The management of acute respiratory infections in children. World Health Organization, Geneva, 1995.

72-SİNANİOTİS CA. Community-acquired pneumonia: Diagnosis and treatment. *Pediatr Pulmonol Suppl* 1999; 18: 144-145.

73-Community-acquired pneumonia guideline team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence-based care guidelines for medical management of community acquired pneumonia in children 60 days to 17 years of age.

<http://www.cincinnatichildrens.org/assets/0/78/1067/2709/2777/2793/9199/1633ae60-cbd1-4fbd-bba4-cb687fbb1d42.pdf>

74-PELTOLA V, MERTSOLA J, RUUSKANEN O. Comparison of total White blood cell count and serum C-reactive protein levels in confirmed bacterial and viral infections. *J Pediatr* 2006; 149: 721-724.

75-KORPPI M, KIEKARA O, HEISKANEN-KOSMA T, SOIMAKALLIO S. Comparison of radiological findings and microbial aetiology of childhood pneumonia. *Acta Paediatr* 1993; 82: 360-363.

76-SWİNGLER GH, HUSSEY GD, ZWARENSTEİN M. Randomised controlled trial of clinical outcome after chest radiograph in ambulatory acute lower-respiratory infection in children. *Lancet* 1998; 351: 404 -408.

77-MULHOLLAND EK, SİMOES EA, COSTALES MO, et al. Standardized diagnosis of pneumonia in developing countries. *Pediatr Infect Dis J* 1992; 11: 77-81.

78-British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in childhood. Available at <http://www.brit-thoracic.org.uk/Portals/0/Clinical%20Information/Pneumonia/Guidelines/CAP%20children%20October%202011.pdf>

79-KLEİN JO. History of macrolide use in pediatrics. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 427-431.

80-ESPOSITO S, BOSİS S, CAVAGNA R, et al. Characteristics of Streptococcus pneumoniae and atypical bacterial infections in children 2-5 years of age with community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis* 2002; 35: 1345-1352

81-MCINTOSH K. Community-acquired pneumonia in children. *N Engl J Med* 2002;346:429-437

82-ÇOKUĞRAŞ H. Bakteriyel pnömoniler, çocukluk çağı pnömonileri, 39. Türk Pediatri Kongresi 17-22 Haziran 2003 Kapadokya: Kongre Kitabı 251-254.

83-KARA B. Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *STED* 2003; 12 (1): 10-14.

84-TAŞTAN Y. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi, 14-15 Haziran 2001, İstanbul, s. 57-68

85-MAY A, BAUCHNER H. Fever phobia: the pediatrician's contribution. *Pediatrics* 1992;90: 851-854.

86-ROSTI L. Fever phobia. Pediatrics, 2002;109: 555-556

87-HUFFMAN GB. Parental misconceptions about fever in children. Am Fam Physician 2002; 65: 482-483.

88-ESENAY F, İŞLER A, KURUGÖL Z, CONK Z, KOTUOĞLU G. Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. Türk Pediatri Arşivi 2007;42: 57-63.

89-STUIJVENBERG M, VOS S, TJANG GCH et al. Parents' fear regarding fever and febril seizures. Acta Paediatr 1999; 88: 618-622.

90-BETZ MG, GRUNFELD AF. "Fever phobia" in the emergency department: a survey of childrens'caregivers. European Journal of Emergency Medicine 2006; 13: 129-133

91-LUSZCZAK M. Evaluation and management of infants and young children with fever. Am Fam Physician 2001; 64: 1219-1226.

92-DEMİR M, BAYAT M. Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0- 5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 2005; 14: 22-29

93-MCERLEAN M, BARTFIELD J, KENNEDY D, GILMAN E, STRAM R, RACCIO-ROBAK N. Home antipyretic use in children brought to the emergency department. Pediatric Emergency Care 2001; 17: 249-251.

94-CROCETTI M, MOGHBELI N, SERWINT J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics 2001;107:1240-1247

95-KUPPERMANN N. Occult bacteremia in young febrile children. Pediatr Clin North Am 1999; 46: 1073-1090

96-CEYHAN M. Çocuklarda Antibiyotik Kullanımı. *Farmakoloji Özel Dergisi* 2004; 2: 2

97-KILIÇ A, SÖNMEZER GG, KIRAN Ö, OĞUZ F, SIDAL M. Çocuklarda Antibiyotikler En Erken Ne Zaman ve Hangi Enfeksiyonda Başlanmaktadır? *ANKEM Dergisi* 2005;19(2):80-83

98-WERNER K, DEASY J. Acute respiratory tract infections: When are antibiotics indicated? *JAAPA* 2009 (22): 22-26

99- Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı Sonuç Raporu 29 Ocak 2007, ANKARA T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı

100-SARREL M, KAHAN E. Impact of a single-session education program on parental knowledge of and approach to childhood fever. *Patient Educ Couns* 2003;51: 59-64

101-What Greek mothers know about evaluation and treatment of fever in children. *International Journal of Nursing Studies* 2008(45): 829-836

102-YARAMİS N, ARITAN S, IŞIK H 0-6 yaş grubu çocuğa sahip annelerin yüksek ateşe ilişkin uygulamaları. 29th UMEMPS Congress Union of Middle Eastern and Mediterranean Pediatric Societies, 49. Milli Pediatri Kongresi, 5. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, 2005: 431–432

103-DALKIRAN ALTINKALEM Y.(2007). Annelerin ateş ve ateşli havale ile ilgili bilgi düzeyleri. Doktora tezi. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

104-TAŞDEMİR M, TAŞDEMİR Z, TELHAN L, ÖZTÜRK A, PALANDUZ A. Ateş ölçümünde ailelerin tutum ve davranışları. <http://www.millipediatri.org.tr/bildiriler/PP-056.htm>.

105-BLUMENTHAL I. What parents think of fever. *Fam Pract* 1998;15: 513-518.

106-BAYSOY G, AYDOĞMUŞ T, AKIN D, UYAN A. Annelerin, çocuklarındaki ateşle ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Türk Pediatri Arşivi* 2005;40: 282-287

107-LİNDER N, SİROTA L, SNAPİR A, EİSEN I, DAVIDOVİTCH N, KAPLAN G, BARZİLAI A: Parental knowledge of the treatment of fever in children. *Israel Med Assoc J* 1999, 1: 158–160.

108-ABDULLAH MA, ASHONG EF, AL HABİB SA, KARRAR ZA, AL JİSHİ NM. Fever in children: diagnosis by nurses, medical students, doctors and parents. *Annals of Tropical Paediatrics* 1987 Sep; 7(3):194-199.

109-RİSSER AL, MAZUR LJ. Use of folk remedies in a Hispanic population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149:978-3

110-VAN der STUYFT P, SORENSEN SC, DELGADO E, BOCALETTİ E. Health seeking behavior for child illness in rural Guatemala. *Trop Med Int Health* 1996; 161-169

111-ERTEKİN V, ÖZKAN S, ALTINKAYNAK S. Annelerin ateşli hastalıklar konusundaki ilgi ve davranışları. Uluslararası Katılımlı 44. Milli Pediatri Kongresi, 1. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi, 1. Pediatri Asistanları Toplantısı Özet Kitabı, Bursa, 2000: 42

112-AL-NOURİ L, BASHEER K. Mothers' Perceptions of Fever in Children. *Journal of Tropical Pediatrics* 2006 52(2):113-116

113-STANEK EJ 3rd, Wafula EM, Onyango FE: Characteristics related to the incidence and prevalence of acute respiratory tract infection in young children in Kenya. *Clin. Infect. Dis.* 1994; 18(4): 639-647

114-BASHOUR HN, WEBBER RH, MARSHALL TF: A community-based study of among preschool children in Syria. *J. Trop. Pediatr.* 1994 40(4): 207-213

115-FAGBULE D, Parakoyi DB and Spiegel R: ARI in Nigerian children: prospective cohort study of incidence and case management. *J.Trop. Pediatr.* 1994 40(5): 279-284

116-HORTAL M, CONTERA M, MOGDASY C and et al: ARI in children from a deprived urban population from Uruguay. *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo*.1994 36(1): 51-57

117-KARABAY O. Birinci Basamakta Antibiyotik Kullanımında Türkiye’de Durum. *ANKEM Derg* 2007;21(Ek 2): 252-256

118-LEBLEBİCİOĞLU H. Üst Solunum yolu Enfeksiyonlarında Ne zaman Antibiyotik Verelim? Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi 2008(61): 43-47

119-NİZAMİ SQ, BHUTTA ZA, HASAN R. Incidence of acute respiratory infections in children 2 months to 5 years of age in periurban communities in Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2006; 56: 163-167

120-LİNDER JA, BATES DW, LEE GM, FİNKELSTEİN JA. Antibiotic treatment of children with sore throat. *JAMA* 2005; 294: 2315-2322

121-KUZUJANAKİS M, KLEİNMAN K, RİFAS-SHİMAN S, FİNKELSTEİN JA. Correlates of Parental Antibiotic Knowledge, Demand, and Reported Use. *Ambul Peditr.* 2003;3(4):203-210

122-BUNUEL ALVAREZ JC, FORTEA GİMENO E, CORTES MARİNA RB, VİLA PABLOS C, BLANCH RİSEC F, ESTANY DELGADO M. Antibiotic Use In Primary Care. D We Know What Parents Think? *An Peditr (Barc)*. 2004;61(4):298-304

123-MİTSİ G, JELASTOPULU E, BASİARİS H, SKOUTELİS A, GOGOS C. Patterns Of Antibiotic Use Among Adults And Parents İn The Community: A Questionnaire-Based Survey in A Greek Urban Population. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2005;(25): 439-443

124-TÜRKOĞLU KOÇ F. (2008). Pediatri kliniğine başvuran annelerin çocuklarda antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi ve tutumlarının araştırılması. Doktora tezi. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

125-IMS Türkiye verileri, 2002 -2007. www.imshealth.com

126-Pharma Business, Top 500 Prescription Drugs By Worldwide Sales. 2001;34-43

127-CHAN GC, TANG SF. Parental Knowledge, Attitudes And Antibiotic Use for Acute Upper Respiratory Tract Infections in Children Attending A Primary Healthcare Clinic In Malaysia. *Singapore Med J* 2006; 47(4) : 266-270

128-LARSON EL, DILONE J, GARCIA M, SMOLOWITZ J. Factors Which Influence Latino Community Members to Self-Prescribe Antibiotics. *Nurs Res.* 2006; 55(2): 94-102

129-COLLETT CA, PAPPAS DE, EVANS BA, HAYDEN GF. Parental Knowledge About Common Respiratory Infections and Antibiotic Therapy in Children. *South Med J.* 1999;92(10):97;1-6

130-BORG MA, SCICLUNA EA. Over-The-Counter Acquisition Of Antibiotics InThe Maltese General Population. *Int J Antimicrob Agents.* 2002;20(4): 253-257

131-OKUMURA J, WAKAI S, UMENAI T. Drug Utilisation And Self-Medication In Rural Communities In Vietnam. *Soc Sci Med.* 2002; 54(12): 1875-1886.

132-AKICI A, KALAÇA S, UĞURLU M, OKTAY Ş. Prescribing Habits of General Practitioners in The Treatment of Childhood Respiratory Tract Infections. *Eur J Clin Pharmacol* 2004;60(3): 211-216

133-MİDYAT L, KURUGÖL Z, ASAR G, KOTUROĞLU G, Çocukluk çağı solunum yolu enfeksiyonlarında antibiyotik kullanımı ve ailelerin tutumu, *Çocuk Enfeksiyon Dergisi* 2007; 1: 135-138.

134-GONZÁLEZ J, ORERO A, PRIETO J. Storage of Antibiotics in Spanish Households. *Rev Esp Quimioter.* 2006;19(3): 275-285

135-SPACH DH, BLACK D. (1998) Antibiotic resistance in community-acquired respiratory tract infections: current issues. *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology.* 81: 293-303

136-ARASON VA, KRISTINSSON KG, SIGURDSSON JA, STEFANSDOTTIR G, MOLSTAD GUDMUNDSSON S. Do antimicrobials increase the carriage rate of penicillin resistant pneumococci in children? Cross sectional prevalence study. *BMJ* 1996;313: 387-391

137-KOZYRSKYJ AL, DAHL ME, CHATEAU DG, et al. Evidence based prescribing of antibiotics for children: role of socioeconomic status and physician characteristics. *CMAJ* 2004; 171: 139-145

138-BAUCHNER H, PELTON SI, KLEIN JO: Parents, physicians, and antibiotic use, *Pediatrics* 1999;103(2): 395-401

139-KARDAS P, DEVINE S, GOLEMBESKY A, ROBERTS C.A Systematic Review and Meta-Analysis of Misuse of Antibiotic Therapies in the Community. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2005: 8-16

140-KIRCAN N, BAYBEK H, EKSEN M. ve ERDEM D. (2004). "0-6 Yas Çocuğu Olan Annelerin Antibiyotik Kullanım İlkelerini Uyma Durumlarının Değerlendirilmesi", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN: 1303-5134, 1(1).

141-KARABAY O. Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı Onaylı Antibiyotik Kullanımının Kaliteye Katkısı. *ANKEM Dergisi* 2011; 25 (Ek 2): 119-122

142-AKICI A, KALAÇA S, UĞURLU Ü, TOKLU H, İSKENDER E, OKTAY Ş. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2004 13(12): 871-876

143-PECHERE JC. Patient's interviews and misuse of antibiotics. *Clin Infect Dis* 2001; 33(3): 170-173

144-PERZ JF, CRAIG AS, COFFEY CS, JORGENSEN DM, MITCHEL E, HALL S, et al. Changes in antibiotic prescribing for children after a community-wide campaign. *JAMA* 2002; 287(23): 3103-3109.

145-TOGOOBAATAR G, IKEDA N, ALI M, SONOMJAMTS M, DASHDEMBEREL S, MORI R. Survey of non-prescribed use of antibiotics for

children in an urban community in Mongolia. Bull World Health Organ 2010; 88(12): 930-936

146-EDWARDS DJ, RICHMAN PB, BRADLEY K, ESKIN B, MANDELL M. Parental Use and Misuse of Antibiotics: Are There Differences in Urban Vs. Suburban Settings? Acad Emerg Med. 2002; 9(1): 22-26

147-PALMER DA, BAUCHNER H. Parents' And Physicians' Views on Antibiotics. Pediatrics. 1997;99(6):E6

<http://pediatrics.aappublications.org/content/99/6/e6.full.pdf+html>

148-O'CONNOR S, RIFKIN D, YANG YH, WANG JF, LEVINE O, DOWELL S. Physician Control of Pediatric Antimicrobial Use in Beijing, China and Its Rural Environs. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 2001: 20(7); 679-684

EKLER

EK 1: Anket Soruları

AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARINDA ANNELERİN BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Emel PEKER

ÇOMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Danışman: Doç Dr Erkan Melih ŞAHİN

Sayın Katılımcı;

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak çocukları solunum yolu enfeksiyonu geçiren annelerin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla bilimsel bir araştırma yürütmekteyiz. Çalışma için gerekli kayıt ve izinler tamamlanmıştır.

Ekteki anket bu araştırma için hazırlanmıştır. Sizden aşağıdaki anketi doldurarak bu çalışmaya katılmanızı istiyoruz. Bu araştırma nedeniyle elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle eşleştirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız, size sağlanacak sağlık hizmetinin içeriği ve kalitesi de değişmeyecektir.

Lütfen ilgili direktiflere uygun olarak ekteki anketimizi doldurarak çalışmamıza katılınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Tarih:

Hasta adı:.....

İmza:

Form No:

A. Demografik veriler

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumunuz:

Okur Yazar değil Okur Yazar İlkokul

Ortaokul

Lise

Yüksek okul

Fakülte

Yüksek lisans

Doktora

(kaç sınıf okumuş).....

3. Medeni durumunuz:

Evli

Bekar

Dul

Ayrı yaşıyor

5. Mesleğiniz:

6. Çalışma durumunuz:

Çalışıyor

Çalışmıyor

7. Ailenin ortalama AYLIK geliri: YTL

8. Ailede yaşayan kişi sayısı :

9- Evde kimler sigara içer

Hiç kimse

Anne

Baba

Diğer

.....

10- Evde çocukların bulunduğu kapalı alanlarda sigara içilir mi?

Evet

Hayır

B. Çocukla İlgili Veriler

1. Çocuğun yaşı?

5- Çocuğunuzun sürekli sağlık kontrolünü hangi doktor/sağlık kuruluşu yürütür?

.....

6- Ne sıklıkta kontrol yaptırırsınız?

2- Şikayetleri nelerdir? Ateş Öksürük Boğaz ağrısı

Burun akıntısı Hırıltılı solunum Solunum sıkıntısı Halsizlik

Diğer

3- Şikayetlerin süresi?

4- Kullanılan tedaviler?

.....

5- Kullanılan geleneksel yöntemler?.....

.....

6- Doktora başvurmaya neden olan şey?

.....

7- Geçen yıl kaç kez ÜS YE geçirdi?

8- Evde kullanımına kendinizin karar verdiği hangi ilaçlar var?

.....

9- Çocuğun sürekli hastalığı var mı?

Hayır Evet

.....

10- Sürekli kullandığı ilaçlar nelerdir?

.....

.....

11- Çocuğunuz hastanede yattı mı?

Hayır Evet

C. Ateş

1- Evde ateş ölçüm cihazınız var mı?

- Hayır Evet: Digital Civalı
İnfrared
 Diğer
.....

2- Vücut sıcaklığı kaç derece olunca çocuk ateşlidir?

3- Ateşle ilgili bilginin kaynağı nedir?

- Doktor Hemşire vb sağlık çalışanı Eczane
 TV/radyo Gazete/dergi İnternet
 Aile bireyleri Akrabalar Arkadaşlar
 Diğer

4- Çocuk ateşlenince ne yaparsınız?

- Doktora götürürüm Giysilerini çıkarırım
 Soğuk uygulama yaparım (nereye)

.....

- İlaç veririm (hangisi)

.....

- Diğer

5- Çocuğun ateşini düşürmeyi başaramazsanız ne yaparsınız?

İlaç veririm (hangisi)

.....

Doktora götürürüm

Diğer

6- Çocuk ateşlendiğinde hangi hastalık aklınıza gelir?

.....

7- Ateş düşürücü ilaç için ilk tercihiniz nedir?

.....

8- Ateş düşürücü ilacın dozunu nasıl ayarlarsınız?

Ateşin yüksekliğine göre Çocuğun yaşına göre

Çocuğun kilosuna göre Prospektüse göre Doktor

önerisine göre

Diğer

D. ÜSYE ve Antibiyotik

1- Akut solunum yolu enfeksiyonunun sebebi nedir?

- Hava sıcaklığının düşmesi Soğuk gıdaların tüketilmesi
- Vücut direncinin düşmesi Mikroplar
- Diğer

2- Akut solunum yolu enfeksiyonunun belirtileri nelerdir?

- Ateş Öksürük Boğaz ağrısı
- Burun akıntısı Hırıltılı solunum Solunum sıkıntısı
- Halsizlik
- Diğer

3- Akut solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuğunuzu hangisi oluştuğunda doktora götürürsünüz?

- Ateş Öksürük Boğaz ağrısı Havale
- Burun akıntısı Hırıltılı solunum Solunum sıkıntısı
- Kusma
- Diğer

4- Akut solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuğunuzu hangisi oluştuğunda antibiyotik verirsiniz?

- Ateş Öksürük Boğaz ağrısı Havale
- Burun akıntısı Hırıltılı solunum Solunum sıkıntısı
- Kusma
- Diğer

5- Antibiyotiklerin kullanım amacı nedir?

- Ateşi düşürmek Mikropları öldürmek
 Hastalıktan korumak Ağrıyı kesmek
 Diğer

6- Bildiğiniz antibiyotik ismi var mı?

.....

7- Doktorun reçeteledikleri dışında kendiniz için antibiyotik kullandığınız oldu mu?

<input type="checkbox"/> asla	<input type="checkbox"/> nadiren	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sıklıkla	<input type="checkbox"/> hemen her zaman
-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--

8- Doktorun reçeteledikleri dışında çocuğunuz için antibiyotik kullandığınız oldu mu?

<input type="checkbox"/> asla	<input type="checkbox"/> nadiren	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sıklıkla	<input type="checkbox"/> hemen her zaman
-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--

9- Antibiyotik kullanırken doktor dışında kimin görüşüne göre hareket edersiniz?

- Kendim Aile/akrabalar Arkadaş/komşu
 Eczacı Sağlık çalışanı tanıdıklarım
 Diğer

10- Antibiyotik kullanımını ne zaman sonlandırırınız?

Kutu bitince

Çocuk düzelince

Doktorun söylediği sürede

Prospektüse göre

Diğer

11- Doktorun belirttiği antibiyotik dozunu değiştirdiğiniz oldu mu?

<input type="checkbox"/> asla	<input type="checkbox"/> nadiren	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sıklıkla	<input type="checkbox"/> hemen her zaman
-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--

12- Evinizde yedekte antibiyotik bulundurduğunuz olur mu?

<input type="checkbox"/> asla	<input type="checkbox"/> nadiren	<input type="checkbox"/> bazen	<input type="checkbox"/> sıklıkla	<input type="checkbox"/> hemen her zaman
-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--

E. Tutum Soruları

1. Çocukta solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisi antibiyotik gerektirir.

<input type="checkbox"/> kesinlikle katılmıyorum	<input type="checkbox"/> katılmıyorum	<input type="checkbox"/> kararsızım	<input type="checkbox"/> katılıyorum	<input type="checkbox"/> kesinlikle katılıyorum
--	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

2. İğne ile uygulanan antibiyotik ağızdan alınan haplara göre daha etkilidir.

<input type="checkbox"/> kesinlikle katılmıyorum	<input type="checkbox"/> katılmıyorum	<input type="checkbox"/> kararsızım	<input type="checkbox"/> katılıyorum	<input type="checkbox"/> kesinlikle katılıyorum
--	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

3. Pahalı ilaçlar daha iyidir.

<input type="checkbox"/> kesinlikle katılmıyorum	<input type="checkbox"/> katılmıyorum	<input type="checkbox"/> kararsızım	<input type="checkbox"/> katılıyorum	<input type="checkbox"/> kesinlikle katılıyorum
--	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

4. Gereksiz yere antibiyotik kullanımı ilaçların etkisinin düşmesine yol açar.

<input type="checkbox"/> kesinlikle katılmıyorum	<input type="checkbox"/> katılmıyorum	<input type="checkbox"/> kararsızım	<input type="checkbox"/> katılıyorum	<input type="checkbox"/> kesinlikle katılıyorum
--	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

5. Doktorum solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocuğuma antibiyotik reçete etmezse tedavisini yetersiz düzenlemiştir.

<input type="checkbox"/> kesinlikle katılmıyorum	<input type="checkbox"/> katılmıyorum	<input type="checkbox"/> kararsızım	<input type="checkbox"/> katılıyorum	<input type="checkbox"/> kesinlikle katılıyorum
--	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

6. Gerekli olduđunu dűşűndűđűmde doktorumdan antibiyotik yazmasını isterim.

<input type="checkbox"/> kesinlikle katılmıyorum	<input type="checkbox"/> katılmıyorum	<input type="checkbox"/> kararsızım	<input type="checkbox"/> katılıyorum	<input type="checkbox"/> kesinlikle katılıyorum
--	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

7. Doktorum solunum yolu enfeksiyonu geđiren ocuđuma reete yazmazsa tedavisini yetersiz dűzenlemiřtir.

<input type="checkbox"/> kesinlikle katılmıyorum	<input type="checkbox"/> katılmıyorum	<input type="checkbox"/> kararsızım	<input type="checkbox"/> katılıyorum	<input type="checkbox"/> kesinlikle katılıyorum
--	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

8. Solunum yolu enfeksiyonu tedavisi doktorun muayene bulgularına bağlı olarak değişir.

<input type="checkbox"/> kesinlikle katılmıyorum	<input type="checkbox"/> katılmıyorum	<input type="checkbox"/> kararsızım	<input type="checkbox"/> katılıyorum	<input type="checkbox"/> kesinlikle katılıyorum
--	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---