



T.C.

**MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**ANNELERİN ATEŞLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIMI; ATEŞ KONUSUNDA
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Alkan YERAL

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Fatmagül BAŞARSLAN

HATAY 2017

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	II
ŞEKİL LİSTESİ	III
KISALTMALAR.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET.....	VI
ABSTRACT.....	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Vücut Isısının Düzenlenmesi ve Ateş Tanımı.....	3
2.2. Ateş Patofizyolojisi.....	4
2.3. Ateşin Yararlı Etkileri.....	6
2.4. Ateşin Zararlı Etkileri.....	7
2.5. Vücut Isısı Ölçüm Yöntemleri.....	8
2.6. Ateş Şekilleri.....	9
2.7. Ateş Etyolojisi.....	10
2.8. Ateşli Çocuğa Yaklaşım.....	12
2.9. Ateş Tedavisi.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
4. BULGULAR	18
4.1 sosyodemografik bulgular.....	19
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	34
6.1. Sonuçlar.....	34
6.2. Öneriler.....	35
7. KAYNAKLAR.....	36
EKLER.....	41

II. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Endojen pirojenler.....	5
Tablo 2. Ekzojen pirojenler	6
Tablo 3. Ateş nedenleri.....	10
Tablo 4. Antipiretik Dozları	15
Tablo 5. Annelerin Sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	18
Tablo 6. Ateşle ilgili bilgi düzeylerini ölçmek için annelere yöneltilen soruların cevap dağılımları.....	20
Tablo 7. Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı.....	22
Tablo 8. Annelerin ateşten korkma nedenleri ve ateş düşürücülerle ilgili bilgi düzeyleri.....	23
Tablo 9. Annelerin yaş gruplarına göre ateş düşürücü tercihi.....	25
Tablo 10. Annelerin yaş gruplarına göre ateş düşürücü dozunu ayarlama şekli...	26
Tablo 11. Çocuk sayısı gruplarına göre annelerin ateş düşürücü verme nedenleri	27

III. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Anne yaşının yüzdelik dağılımı.....	19
Şekil 2. Annelerin eğitim düzeylerinin yüzdelik dağılımı.....	19
Şekil 3. Ateş sınırının yüzdelik dağılımı.....	21
Şekil 4. Ateş lm yeri verilerinin yüzdelik dağılımı.....	21
Şekil 5. Ateşte ilk gelen hastalıkların yüzdelik dağılımı.....	24
Şekil 6. Annelerin ateş düşürücü tercihlerinin yüzdelik dağılımı.....	24



KISALTMALAR

HAPN : Hipotalamus Anterior Preoptik Nükleus

PG : Prostaglandin

IL : İnterlökin

TNF : Tümor Nekroz Faktör

IFN: İnterferon

MIP: Makrofaj İnhibitör Faktör

LIF: Lökosit İnhibitör Faktör

CRP : C- Reaktif Protein

MSS : Merkezi Sinir Sistemi

SLE : Sistemik Lupus Eritematozis

COX : Siklooksijenaz

GİS: Gastrointestinal Sistem

JRA : Juvenil Romatoid Artrit

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ATN: Akut Tübüler Nekroz

CMV : Sitomegolovirus

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, tez hazırlama sürecimde çok şey öğrendiğim, tezimde beni destekleyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Fatmagül BAŞARSLAN'a,

Bilimsel ve mesleki deneyimlerini benimle paylaşan, uzmanlık eğitimim boyunca her zaman yanımda olan hocam Yr. Doç. Dr. Selda Arslan'a,

Uzmanlık eğitimimde bana hep destek olan bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, tez hazırlama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Dr Hasan AŞKAR'a,

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

Hayatımın her anında yanımda olan, eğitimim boyunca maddi, manevi desteklerini esirgemeyen, desteklerini hep hissettiğim annem, babam ve kardeşlerime,

Hayatıma anlam katan her konuda desteğini esirgemeyen sevgili eşim Nurcan YERAL ve ailemizin en küçük ferdi biricik oğlum Boran YERAL'a sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Alkan YERAL

Hatay, 2017

ÖZET

AMAÇ: Çocukluk çağında en sık karşılaşılan sorunlardan biri olan ateş çoğu zaman tedavi gerektirmeyen metabolizmanın savunma mekanizmalarından biridir. Çok yüksek olmayan ateş sırasında ateşin hemen düşürülmesi gerektiğini düşünen aileler, özellikle anneler bu telaş hali içerisinde çocuğa yanlış ve gereksiz uygulamalar yapabilir. Annelerin ateş hakkında bilgi düzeyleri ve ateşe yaklaşımının ortaya konması amacıyla Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı; ateş konusunda bilgi, tutum ve davranışları incelenmiştir. Çalışmanın amacı annelerin ateş konusunda verdikleri tepkileri ve endişelerini anlayarak sağlık personeli ve anneler arasında iletişimi sağlamaktır. Bu sayede ateşin ölçülmesi, evde doğru uygulamaların yapılması konusunda annelerin eğitim yoluyla bilinçlendirilmesi amaçlanmaktadır.

METOT: Çalışmada annelerin ateş konusunda bilgi düzeylerinin ve ateş sırasındaki uygulamalarının belirlenmesi amacıyla 2017 mayıs – haziran döneminde Mustafa Kemal Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran 328 anneye anket uygulanmıştır. Elde edilen bulguların istatistiksel analizleri SPSS 23.0 paket programı kullanılarak yapıldı. $P < 0,05$ olan değerler anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya % 73,1'si ilköğretim, %13,4'ü lise, %12,4'ü üniversite mezunu olmak üzere 328 anne katıldı. Annelerin %42,1'i 38°C üstünü ateş olarak kabul ettiğini, %85,4'ü ateşi koltuk altından ölçtüğünü, %81,1'i termometre kullandığını ifade etti. Annelerin % 39,6'sı ateş yüksekliğinde ilk yaptığı uygulamanın ateş düşürücü vermek olduğunu belirtti. Annelerin %88,7'sinin düşmeyen ateşte çocuğu doktora götürdüğü görüldü. Ateşli çocukta annelerin en önemli korku nedeni %81,7 ile havale geçirmesiydi. Annelerin %71'i ateş düşürücülerini doktor reçetesi ile aldığını, ateş düşürücü olarak %51,8'i parasetamol kullandığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan annelerin %68,6'sı ateş ile ilgili bildiklerini sağlık personelinin öğrendiğini ifade etmiştir.

SONUÇ: Çocukluk çağının en sık görülen bulgulardan biri olan ateş konusunda annelerin bilgi düzeyleri belirlenerek bu konuda bilinçlendirilmesi, doğru uygulamalar konusunda eğitilmesinin gereksiz ilaç kullanımını ve yanlış uygulamaları azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Çocuk, Yaklaşım

VI. ABSTRACT

AIM: Fever is one of most common issues in childhood and most of time it doesn't require treatments. The families- especially mothers- that think make low fever immediately can make wrong practices to child in a rush, although fever is not too high. The informations, attitudes and behaviors and approaching to fever child of mothers who applied Mustafa Kemal University Medical School Child Health and Diseases Polyclinics analysed to find out the level of knowledge about fever and their approach . The aim of study is communicate between mothers and health personnels by understanding worries and reactions of mothers about fever. Another aim of this study is to make measure fever and correct practices at home.

METHODS: In the study 328 mothers who apply Mustafa Kemal University Pediatric Department in May to June 2017 are surveyed in order to determine knowledge level of fever and their practices during the fever. Stastical analysis of obtained finding was performed using SPSS 23.0 packet program. Values of $p < 0.05$ were considered significant

RESULTS: 328 mothers participated to study. %73.1 of mothers graduated from primary school, %13.4 of mothers graduated from high school and %12.4 graduated from university. %42.1 of mothers said that accept it as fever over 38°C. %85.4 of mothers expressed that measure the fever from armpit. %81.1 of mothers said that use thermometer. %39.6 of mothers said their first action was using fever reducer when fever was high. %88.7 of mothers took their child to a doctor when fever couldn't reduce. Most scary reason for mother at fever children is convulsions (%81.7). %71 of mothers said that taking fever reducer with prescription and %51.8 of mothers said used paracetamol as fever reducer. %68.6 of participated mothers expressed that they get information about fever from health personnels.

CONCLUSIONS: Raising awareness of mothers about fever which is one of the most common finding in childhood by determining level of knowledge and educate mothers about correct practices are gonna decrease certainly use fever reducer and wrong practices.

Key Words: Fever, Child, Approach

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Vücutun savunma mekanizmalarının bir parçası olan ateş, çocuklarda en sık rastlanan problemlerdendir. İlk kez Hipokrat tarafından belirtilmiştir (1). Çocuklarda hafif ateş vücudun inflamasyona bir cevabıdır ve ateş her zaman zararlı olmayabilir (2). Enfeksiyon hastalıklarında en sık görülen bulgulardan biri olmasına rağmen, her ateş enfeksiyonlara bağlı ortaya çıkmaz. Enfeksiyon dışında birçok neden ateş oluşumunu tetikleyebilir. Çocuklarda ateşin en sık nedeni yaşa göre değişse de influenza benzeri üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır (3). Bu hastalıklar kendini sınırlayıcı ve genellikle tedavi gerektirmeyen enfeksiyonlardır. Bundan dolayı ateşli çocuğa yaklaşımda iyi bir öykü ve fizik muayeneyle gereksiz tedavilerin önüne geçilebilir.

Aileler tarafından ateşin yükselmesi bir hastalık olarak algılanmakta ve ateşi düşürmek için acele ile hatalı uygulamalar yapılabilmektedir, oysa ateş Vücutun doğal savunma mekanizmalarındandır (4).

Acil servise başvuruların en az yarısını oluşturan nedenlerden olan ateş, çoğunlukla acil servislerinin gereksiz meşgul edilmesine ve hastaya uygunsuz tedavilerin verilmesine neden olmaktadır.

Vücut ısısı diüurnal bir ritim gösterir. Sabah 04.00 – 06.00 saatlerinde en düşük değerlere sahipken akşam 16.00 – 18.00 arasında en yüksek değerleri gösterir Çocuklarda normal vücut sıcaklığı 36,2 – 37,8°C arasındadır. Son çalışmalar göstermiştir ki vücut sıcaklığının üst limiti 37,9°C olduğunu gösterdiği için, aksiler 38°C ve üzeri ölçümler ateş olarak kabul edilmiştir (5).

Çocuklarda her ateşli durum annelerde ciddi enfeksiyon korkusuna neden olur. Panik olan annelerde çocuklardaki bu ısı artışının hemen düşürülmesi gerektiği fikrini tetikler. Bu durum annelerin yanlış tedavilere yönelmelerine ve sağlık kuruluşlarının gereksiz yere kullanılmasına neden olabilmektedir (6).

Çocuklardaki ısı artışının hemen müdahale gerektirdiği, ateş düşürülmez ise çocukta beyin hasarı, nöbet geçirme, hatta ölüm gibi problemlere neden olabileceği düşüncesi ailelerde endişe ve korkuyu tetikler. Bu endişe ve korku fever phobia (ateş fobisi) teriminin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Ailenin, özellikle de annelerin çocuklarının vücut sıcaklığını uygun yöntemle ölçme ve ateşli çocuğa yaklaşım konusunda eğitilmesinde sağlık personeline önemli sorumluluk düşmektedir.

Bu çalışmada Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ateş konusunda bilgi, tutum ve davranışları incelenmiştir. Çalışmanın amacı annelerin ateş konusunda verdikleri tepkileri ve endişelerini anlayarak sağlık personeli ve anneler arasında iletişimi sağlamaktır. Bu sayede annelere ateşin ölçülmesi, evde doğru uygulamaların yapılması ve sağlık kuruluşlarının gereksiz kullanılması konusunda bilgi verilmesi hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Vücut Isısının Düzenlenmesi ve Ateşin Tanımı

Metabolik ve fiziksel aktivite ile beraber ısı oluşumu sağlanır. Tüm hücrelerin bazal metabolizmaları, kas aktiviteleri, tiroid hormonu ısı oluşumunun başlıca nedenleridir. Vücutta ısı kaybı ise radyasyon, evaporasyon, konveksiyon ve kondüksiyon şeklinde oluşur. Radyasyon temas olmaksızın iki cisim yüzeyi arasında ısı aktarımıdır. Oda sıcaklığında çıplak bir insanda toplam ısı kaybının %60'ından sorumludur.

Kondüksiyon (İletim): temas eden iki cismin doğrudan iletici ile birbirini ısı aktarması durumudur. Vücudun yüzeyinden kondüksiyon ile kaybedilen ısı miktarı %3'tür (7).

Konveksiyon (Yansıma): Vücutta ısı kaybının hava akımıyla sağlandığı durumdur. Isı öncelikle havaya iletir sonrasında hava akımıyla uzaklaştırılır. Vücut ısısının yaklaşık %12'si bu yolla kaybedilir. Yansıma çevre sıcaklığı ve vücut sıcaklığı arasındaki ısı farkına ve ortamın hava akım miktarına bağlıdır (8).

Evaporasyon (Buharlaştırma): vücut sıvılarının buharlaşmasıyla ısı kaybı oluşur. Deriden terleme, akciğerlerden solunum ile sıvı kaybı gerçekleşir. Yaklaşık vücut ısısının %22'si bu yolla gerçekleşir (7, 8).

Ateş; ölçüldüğü yere göre, vücut sıcaklığının ortalama 1°C veya daha yüksek olması olarak tanımlanır. Ancak gün içerisinde vücut sıcaklığı değişiklik gösterebilir. Sıcak yiyecek ve içecekler, egzersiz, sıcak hava, sıkı giyinme vücut sıcaklığının artışına neden olabilir (3)

Vücudun savunma mekanizmalarından biri olan ateş, bir hastalık değil, hastalık semptomlarından biridir.

Vücut ısısı ölçümü pratikte koltukaltı, ağız, kulak ve rektumdan yapılmaktadır. Vücut ısısı aorttaki ısı ile eşdeğerdedir. Klinikte bu ısı ancak özofagus yoluyla ölçülebildiğinden pratikte ölçülemez. Bu ısıya en yakın ölçüm dış kulak yolundan, timpan zarından yapılan ölçümdür. Ağızdan ölçülen ısı aorta ısısından 0,4°C, koltuk altı ısısı ise aorta ısısından 1°C daha düşüktür.

Sıcaklık ölçümünün; rektal 38°C, oral 37,8°C, aksiller 37,2°C'nin üzerinde olması ateş olarak tanımlanır (9).

Aksiller ölçüme göre alınan sıcaklık tanılamasında; Subfebril Ateş (37.2 – 38.4°C), Hafif Ateş (38 – 38.5°C), Orta Ateş (38.5 – 39°C), Yüksek Ateş (39 – 40°C), Hiperpireksi (40,5°C ve üzeri) olarak değerlendirilmektedir (9).

Ateş ölçümünde hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın tek bir yöntemle değerlendirilmemesi gerekir (9).

2.2 Patofizyoloji

Ateş immun sistem tarafından tehdit olarak algılanan durumlarda vücudun otonomik, davranışsal ve nöroendokrin olarak verdiği koordineli ve kompleks bir yanıttır. Enfeksiyon ve enfeksiyon dışı nedenlere bağlı olarak oluşabilir. Ön hipotalamus ısı kaybını kontrol ederken arka hipotalamus ısı üretimini kontrol eder.

Vücut ısı aralığı genellikle 36.0 – 37.8°C arasında tutulur. Bu merkez termosensitif nöronlar içerir ve diüurnal ateş ritmini ayarlar. Vücut sıcaklığının yükselmesi bu bölümdeki termostatik “set-point” noktası sıcaklığının yükselmesi ile oluşur (10).

Hipotalamusta vücutta ısı değişikliklerine karşı gösterdikleri yanıtla göre 3 çeşit nöron grubu mevcuttur:

1. Sıcağa duyarlı nöronlar: Beyin sapında etki gösteren bu nöronlar soluk sayısında artış ve terleme gibi değişiklikleri düzenleyerek vücudun ısı kaybını ayarlar.

2. Soğuğa duyarlı nöronlar: Sıcağa duyarlı nöronlardan sinaptik inhibisyon alan nöron grubudur.

3. Isıya duyarsız nöronlar: Anterior hipotalamustaki ısı değişimlerinden etkilenmez. Sıcağa ve soğuğa duyarlı nöronlar arasında inhibitör ve eksitator etkiye sahiptir

Ateşin oluş mekanizması, tam olarak bilinmemekle beraber vücudun endojen pirojen (Tablo 1) (enfeksiyöz ve inflamatuvar olaylara yanıt olarak salınan sitokinler) ve eksojen pirojen (Tablo 2) (bakteri ve viral toksinler) maddelere karşı savunma mekanizması ile oluşur. Eksojen pirojenler immun sistemi tetikleyerek endojen pirojen salınımını sağlar. Salınan bu IL-1, İL-6, TNF ve İFN gibi endojenler hipotalamustan PGE2 üretimini artırır. PGE2 başta olmak üzere prostoglandinler nörotransmitterlerin yardımıyla HAPN'daki ateş ayar düğmesinin daha yükseğe ayarlanmasına yol açarlar, bunun sonucunda hipotalamustan serebral kortekse ve vazomotor merkeze ateşin yükselmesine yol açacak uyarılar gönderilir. Korteksin etkilenmesiyle kişi ateşin artmasına veya ısı kaybının azaltılmasına (kalın giyinme, sıcak şeyler içme isteği, sıcak yere gitme, ısı kaybını azaltıcı vücut postürü alma gibi) yönelik davranışlar gösterir. Ayrıca otonomik sinyaller ile terleme azaltılır, endokrin etkilerle (azalmış vasopressin ile idrar artarak vücutta ısıtılması gereken sıvı miktarı azaltılır) ısı kaybı en aza indirilir. Ateşe yol açan etkenler ortadan kalkınca ve pirojen sitokin salınımı kesilince HAPN'daki ısı ayar düğmesi yine eski normal durumuna geçer ve söz konusu etkiler geriye döner ve normal ateş durumu sağlanır (10).

Tablo 1: Endojen Pirojenler

- **IL-1**
- **IL-6**
- **IL-11**
- **INF(alfa, beta,gama)**
- **TNF(alfa, beta)**
- **LIF(lökosit inhibitor faktörü)**
- **ONCOSTATİN M**

Tablo 2: Ekzojen Pirojenler

- **Viruslar (İnfluenza, CMV, EBV)**
- **Bakteriler**
- **Endotoksin**
- **Enterotoksinler**
- **Peptidoglikan**
- **Kapsül polisakkaritleri**
- **TŞS toksinleri**
- **Eritrojenik toksin**
- **Tüberkülin**
- **Fungal antijenler**
- **Antijen antikor kompleksleri**
- **İlaçlar**
- **Pirojenik steroidler (Etiokolanolon, safra tuzları)**

Son yıllarda yapılan araştırmalarda PGE2 dışında bir yolla etkisini gösteren, termosensitif ve pirojen sesnsitif nöronları uyaran makrofaj inflamatuvar proteinin (MIP-1) varlığı bulunmuştur.

Atropin zehirlenmesi, sıcak çarpması ve malign hipertermi gibi ısı üretiminin arttığı durumlar termoregülasyon yetmezliği olup ateşten ayırt edilmelidir (11, 12).

Hipertermi: Ateş termostat ayarından bağımsız olarak, ısı kaybı ve üretme dengesindeki bozulmaya bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur. Vücut ısısı 41°C'nin üzerindedir. Genellikle enfeksiyon yoktur ve antipiretikler etkisizdir. Sıcak arpması, zehirlenmeler, tirotoksikozis, nörolojik hastalıklar, feokromasitoma, gibi nedenlere bağlı olarak gelişir (13, 14).

2.3 Ateşin Yararlı Etkileri

Ateş organizmanın direncinin güçlü olduğunu gösteren akut faz yanıtlarından biridir. Akut faz proteinlerinden olan CRP ve amiloid A aracılığıyla opsonizasyonu, fagositozu ve kemotaksisi artırarak lökositlerden laktoferin ve lizozimim gibi bakteri öldürücü maddelerin salınımını artırır. Ateşin yüksekliği virüslerin ölümünü ve

interferon sentez artışını sağlar. Ateş ile beraber kandaki demir ve çinko iyonlarındaki azalmayla beraber mikroorganizmaların çoğalmalarını engeller. Ateş glikoz oluşumunu azaltarak kana glikoz geçişini azaltır buda bakteri üremesi üzerinde olumsuz etki yaratır. Ateşli dönemde karaciğerde akut faz reaktanlarının yapımı artar. Bu proteinlerden bazıları mikroorganizmalar için gerekli olan iki değerli katyonları bağlar. Konak organizmada gelişen bu etkiler mikroorganizmalara karşı direnci artırır (15).

2.4 Ateşin Zararlı Etkileri

Yüksek ateş özellikle beyin olmak üzere vücutta birçok dokuyu etkiler. Beynin oksijen gereksinimi ve intrakranial basıncı artırır. Yapılan birçok çalışmada yüksek ateş nedeniyle ölen hastaların beyin hücrelerinde dejenerasyon saptanmıştır (16, 17).

Ateş sırasında oksijen tüketimi artıp karbondioksit üretimi artar. Kalp her 1°C için yaklaşık 20 vuru artar. Bundan dolayı kalbin iş yükü artar. Periferik vazodilatasyon artması sonucunda kan basıncı düşer, solunum artar. Bu durum kronik kalp hastalığı olan çocuklarda yetersizlik belirtilerini artırır. Ateş kronik akciğer hastalığında akciğer yetmezliğini, orak hücre anemili hastalarda kronik anemiyi artırır.

Riskli yaş gruplarında febril konvulziyonlara neden olur. Yüksek ateşin en iyi bilinen komplikasyonlarından biridir. Görülme sıklığı yaklaşık %4'tür. Yapılan çalışmalarda febril konvuziyonlar genellikle ateşin ilk dönemlerinde oluşmaktadır. 40°C'nin üzerindeki yüksek ateş MSS ve diğer sistemler üzerinde olumsuz etkilere sahiptir (15,16).

Çocuklarda vücut ısısının artmasıyla beraber huzursuzluk, halsizlik, baş ağrısı, karın ağrısı, taşikardi, terleme ve deliryum gibi belirtiler ortaya çıkabilir (18, 19).

2.5 Vücut Isısı Ölçüm Yöntemleri

Çocuklarda ateş ölçümü kolay görünse de doğru vücut sıcaklığının belirlenmesini zorlaştıran birçok etmen vardır. Ateş vücut bölgesine, termometrenin türüne, ölçen kişiye, cinsiyete, çevresel faktörlere, hormonal faktörlere, fiziksel aktiviteye göre değişkenlik gösterebilmektedir (17, 20).

Ateşin ölçülmesinde kullanılan termometreler: Civalı termometreler, digital termometreler, elektronik termometreler, likid kristal termometreler ve plastik strip termometrelerdir. Bu ölçümler kullanılan termometreye göre rektal, aksiler, ağız, oral, kulak ve deriden yapılabilir (21). Son dönemlerde timpanik ölçümler giderek yaygınlık kazanmaktadır.

Rektal Ölçüm

Rektal ölçüm dış ortamdan etkilenmeyen bir bölge olduğundan altın standart olarak kabul edilir. Bu ölçüm için digital ve civalı cam termometreler kullanılır. Termometre 1,5 – 2 cm rektum içine ilerletilir. Termometre en az 3 dakika rektumda bekletilir. Rektal ölçümde ısının 37,6°C'nin üzerinde olması ateş olarak kabul edilir. Ancak çocuklar için korkutucu olması, ağrı, enfeksiyon riski taşınması, rektal travma, uygulanması uzun sürdüğünden dezavantajlıdır.

Aksiler Ölçüm

Uygulama kolaylığından dolayı avantajlı bir yöntem olsa da, güvenilirliği az bir ölçüm yöntemidir. Civalı veya digital termometreler kullanılabilir. Termometre en az 3 – 5 dakika aksiler bölgede bekletilmelidir. Rektal ısıya kıyasla 1°C, sublingual ısıya kıyasla 0,5°C düşüktür (22). Aksiler ölçümde 37,2°C'nin üzerinde ölçülen değerler ateş olarak kabul edilir. Çocukların hareketli olmasından dolayı takip zorluğu, çevresel faktörlerden etkilenmesi, terlemeye bağlı ateşin daha düşük değerler göstermesi dezavantajlarıdır (23). Yenidoğan döneminde rektum travması riski nedeniyle aksiler ölçüm önerilmektedir (17, 20).

Oral (Sublingual) Ölçüm

Anatomik olarak vücut sıcaklığının en iyi göstergesi olan eksternal karotid arterin ana dalı tarafından kanlanan bu bölge ortam sıcaklığından fazla etkilenmediği için avantajlıdır. Hastanın mutlak uyum gerektirmesinden dolayı dezavantajlıdır (24). Bu ölçüm için digital, cam veya civalı termometre kullanılabilir. Ölçüm termometre yaklaşık üç dakika bekletilerek yapılır. Oral ölçümde 37.5°C'nin üstü ateş olarak kabul edilir (20, 25). Bu ölçüm yöntemi 5 yaş ve üzerindeki çocuklar için uygundur.

Kulaktan Ölçüm

Vücudun ısı merkezi olan hipotalamusa anatomik olarak yakın olmasından dolayı teorik olarak en uygun bölgedir. Çevresel faktörlerden etkilenmemesi, ölçümün daha az süre gerektirmesi, enfeksiyon riskinin minimum olması nedeniyle avantajlı bir ölçüm yeridir. Bu ölçüm için infrared termometreler kullanılır. 38°C üzeri ölçüm ateş olarak kabul edilir (22, 25, 26, 27). 3 yaşın altında olan çocuklarda kullanılması önerilmemektedir.

2.6 Ateş Şekilleri

Sürekli Ateş: Sabah ve akşam saatlerindeki ateş farkının 1°C'den az olmasıdır. Ateş 38°C'nin üzerindedir. Tifonun 2. evresi, bruselloz, tularemi, enfektif endokardit bu grupta sınıflandırılabilir.

Aralıklı Ateş: Sabah ve akşam saatleri arasındaki ateş farkının 1°C'den fazla olmasıdır (28). Gün içerisinde ateş 37°C'nin altına iner. Sıtma, kala-azar, romatizmal ateş sepsis, piyojenik abse gibi hastalıklarda görülebilir (29).

Oynak Ateş: Sabah ve akşam ateşleri arasındaki fark 1°C'den yüksek olup, gün içerisinde ateşin 37°C'nin altına düşmediği ateş tipidir. Tüberküloz, bruselloz, kızamık, tifo, bruselloz, gribal enfeksiyonlarda görülebilmektedir (29).

Dönek Ateş: Ateşin aniden yükselip birkaç gün sürdüğü, aniden düşerek ateşsiz dönemlerin görüldüğü ateş şeklidir. Özellikle Borrelia enfeksiyonlarında görülür. Sıtma, brusella, kala-azar gibi enfeksiyonlarda da görülebilir (28).

Dalgalı Ateş: 5 gün içerisinde yavaş yavaş yükselerek ateş pik yapar. Bu şekilde yüksek seyredip yavaş yavaş azalır normale döner. 4 – 5 gün ateşsiz bir dönemden sonra tekrar aynı şekilde ateş yükselir. Brusellozda ve Hodgkin hastalığında görülen Pel-Ebstein ateşi bu şekildedir (28).

Subfebril Ateş: Ateşin 37 – 37.7°C arasında seyretmesidir. Tüberkülozda, sinüzit ve bazı neoplastik hastalıklarda görülebilir (28).

2.7 Ateş Etiyolojisi

Çocuklarda en sık görülen semptomlardan biri olan ateş genellikle kendiliğinden iyileşen basit viral enfeksiyonlara bağlıdır. Yaşamı tehdit edebilecek bakteriyel enfeksiyonlar ateşe neden olan durumlardan çok az bir kısmını içerir (30). Ateş acil servislere başvuruların yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Özellikle enfeksiyonlar olmak üzere birçok hastalık ateşe neden olabilir (tablo-3).

Tablo 3: Ateş Nedenleri

1. ENFEKSİYONLAR <ul style="list-style-type: none">• Virusler• Bakteriler• Mantar• Protozoon enfeksiyonları
2. MALİGN HASTALIKLAR <ul style="list-style-type: none">• Hodgkin lenfoma• Nonhodkin lenfoma• Lösemi• Solid ve metastatik tümörler
3. KOLLAGEN DOKU HASTALIKLARI <ul style="list-style-type: none">• SLE• Dermatomyozit• Kawasaki

<ul style="list-style-type: none">• Romatizmal ateş• Juvenil romatoid artrit (Still hastalığı)
4. METABOLİK HASTALIKLAR <ul style="list-style-type: none">• Hipertiroidizm
5. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARI <ul style="list-style-type: none">• İnflamatuvar bağırsak hastalıkları
6. KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARI <ul style="list-style-type: none">• Miyokard infarktüsü• Tromboemboli
7. DİĞER NEDENLER <ul style="list-style-type: none">• Tirotoksikoz• Sıcak çarpması

Enfeksiyonlar: Her türlü bakteri, virus, paraziter hastalıklar, mantar, iltihaplı – iltihapsiz enfeksiyonlar ateş nedenidir. Bu enfeksiyonlarda genellikle ateş 37 – 41°C arasında değişebilir. Altta yatan bağışıklık sistem hastalıklarında ve kronik böbrek yetmezliği gibi durumlarda ateş yanıtı gelişmeyebilir (31).

Malign hastalıklar: Solid ve metastatik tümörlerin çoğunda ateş görülebilir. Genellikle ateş tümörün neden olduğu enfeksiyona veya obstrüksiyona sekonder gelişir. Ateş bazı neoplazmlarda (karaciğer ve mide tümörleri). Ateş bazen de hastalığın ilk semptomu olarak görülebilir (hodking lenfoma). Tümörün kendisinden kaynaklanabilir.

İmmün mekanizmalara bağlı hastalıklar: Kollagen doku hastalıkları, ilaç ateşi, serum hastalığı ve psikojen ateş bu grupta sınıflandırılabilir.

Mekanik travma: 24 – 48 saat süreli ateşe sebep olabilir.

Akut metabolik bozukluklar: Gut, porfiriya, tiroid krizi ateşe neden olabilir (29).

İlaç ateşi: ateşin nedenleri arasında ilaçlar da bulunmaktadır. İlaç ateşi denen bu durum genellikle amfoterisin, penisilin, sülfonamid, sefalosporinler, atropin, metildopa gibi ilaçlara bağlı oluşabilir. Ateşle beraber döküntü, artrit, artralji

eozonofili gibi hipersensivite bulguları eşlik edebilir. İlacın kesilmesiyle beraber 24 – 48 saat içinde ateş kaybolur (32).

2.8 Ateşli Çocuğa Yaklaşım

Çocukluk çağında en sık görülen semptomlardan biri olan ateş acil servislere başvuruların yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Ateşli çocuğa yaklaşımda çocuğun yaşı, ateşin süresi ve ölçüm tekniği önemlidir. Tam bir öykü ve ayrıntılı bir fizik muayene tanı için en önemli basamaktır.

Öyküde; ateşin ölçülüp ölçülmediği ve süresi, ateşe eşlik eden baş ağrısı, ense sertliği, kulak ağrısı, kiloda değişiklik, boğaz ağrısı, öksürük, balgam, göğüs ağrısı, karın ağrısı, dizüri, eklem ağrısı gibi bulgu ve semptomların varlığı, hasta kişilerle teması, herhangi bir ilaç tedavisinin uygulanıp uygulanmadığı, kronik hastalık, beslenme durumunun değerlendirilmesi ve çocuğun aşılama durumu sorgulanmalıdır.

Hastanın fizik muayenesinde; hastanın genel görünümü (huzursuzluk, aşırı ağlama, uykuya eğilim veya baygınlık), vital bulgular (ateş, solunum, nabız, kan basıncı), cilt renginde değişiklik (solukluk, siyanoz, sarılık), solunum şekli, interkostal, subkostal çekilmeler, retraksiyon, dispne varlığı, stridor, takipne, taşikardi varlığı, ciltte döküntü, menenjit irritasyon bulgularının varlığı (kernig bulgusu, fontanel kabarıklığı, ense sertliği) açısından değerlendirilmelidir.

Anormal öykü ve pozitif fizik muayene bulguları mevcut olan ateşli hastalar tetkik ve tedaviye alınmalıdır. Hiperpireksi ($>41^{\circ}\text{C}$), dolaşım bozukluğu ve hemorajik döküntüleri mevcut ve immun yanıtı baskılanmış olan çocuklar genel durumları ne olursa olsun hastane de yatırılarak takip edilmelidir (1, 7, 33).

Ateşli çocuğa yaklaşımdaki esas amaç, ciddi bakteriyel enfeksiyonları tespit etmek belirlemek ve gerekli tedaviyi uygulamaktır. Her yaş grubunun farklı özellikler taşıdığı görülmektedir.

3 aylıktan küçük olan çocuklarda immün sistem ve nörolojik gelişimi tamamlanamadığından enfeksiyona yatkınlıkları mevcuttur. Bu yaş grubunda ateşin varlığı genellikle ciddi bir hastalığı gösterir. Yapılan çalışmalarda ciddi enfeksiyon

varlığında daha fazla yüksek ateş olduğu tespit edilmiştir. (34, 35). Ateşi 38°C'nin üzerinde olan üç aydan küçük çocuklarda ciddi bakteriyel enfeksiyon (idrar yolları enfeksiyonları, gastroenterit, menenjit, pnömoni, septik artrit, osteomyelit) oranı %10 – 15 civarındadır. Bundan dolayı bu çocuklarda ortaya çıkan ateş uzman hekim tarafından değerlendirilmeli ve ateş odağı bulunamayan hastalar hastaneye yatırılarak takip edilmelidir.

Ateşi olan her yenidoğan sepsis açısından hastaneye yatırılarak takip edilmelidir. Yenidoğan döneminde karşımıza çıkan en sık etkenler Grup B streptokok, Listeria monocytogenes, Gram (-) enterik mikroorganizmalar ve Enteroviruslardır. Kan, idrar ve beyin omurilik sıvısından kültür alınmalı ve hemen bu yaşa uygun patojenlere karşı antibiyotik başlanmalıdır (36, 37, 38).

3 ay – 3 yaş arasındaki çocuklarda immün sistemin daha iyi olgunlaşmış olmasından dolayı ciddi bakteriyel enfeksiyonlar daha nadirdir. Bu yaş grubunda ateşin en sık nedeni viral üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Gribal enfeksiyonlarda yüksek ateşle beraber bulantı, kusma, boğaz ağrısı, baş ağrısı, eklem ağrısı, burun akıntısı, burun tıkanıklığı gibi belirtiler görülebilir. Ateşi 39°C'nin altında olan ve toksik görünümde olmayan hastalar antibiyotik verilmeden izlenebilir. Orta kulak iltihabı, pnömoni, sinüzit, yumuşak doku enfeksiyonları, tonsillit, adenoid enfeksiyonu gibi durumlar daha nadir görülür. Ateşi 39°C'nin üzerinde olan ve ateş odağı belirlenemeyen bu yaş grubundaki çocuklar gizli bakteriyemi açısından araştırılmalıdır (26, 39). Bu hastalarda hemokültürde sıklıkla s.pnomoni, h.influenza, n. Menenjitidis üremektedir.

Bu yaş grubunda, kronik hastalığı olan yüksek riskli hastalar yatırılarak takip edilmelidir

3 yaşından büyük ateşli çocuklarda immün sistem tamamen geliştiğinden ciddi enfeksiyon görülme riski çok düşüktür. Bu yaşlarda en sık görülen ciddi enfeksiyon döküntülerle seyreden N.meningitidistir.

2.9 Ateş Tedavisi

Ateş tedavisinde esas amaç ateşi düşürmek değil altta yatan hastalığın tespit edilmesi ve tedavi edilmesine yönelik olmalıdır. Yapılan araştırmalarda ateşin faydalı etkilerinden dolayı sadece çok huzursuz olan çocuklarda ve ateşin çok yüksek seyrettiği durumlarda antipiretik verilmesi gerektiğine dair ortak bir görüş mevcuttur. Ancak ateşe bağlı tekrarlayan havale nöbetleri, ağır kalp ve akciğer hastalığı olanlarda ateş hemen düşürülmelidir (40).

Destek tedavisi: vücudun ısı kaybını sağlamak için çocuğa ince ve gevşek giysiler giydirilmesi ve uygun ortam ısısının sağlanması gerekir. Oda ısısı 21 – 22°C arasında tutulmalıdır. Çocuğun direk hava akımında bırakılmaması koşuluyla havalandırma cihazlara ve vantilatör kullanılabilir.

Ateşli çocuklarda enerji gereksinimi artığından dolayı beslenme desteklenmelidir. Terleme ve solunum sayısındaki artış çocukta sıvı kaybını arttıracığından çocuklar dehidrate kalır. Hastada dehidratasyon ateşi artıracığından sıvı kaybının karşılanması gerekir (41, 42). Fiziksel aktivite ısı artışına sebep olacağından çocuğun istirahati önemlidir.

Ateş düşürülmede kullanılan ilaç tedavileri dışında olan yöntemlerden bir tanesi de ılık uygulamadır. Kullanılan suyun sıcaklığı 29 – 30°C'den daha yüksek olmamalıdır. En az beş dakika en fazla otuz dakika uygulanmalıdır. Antipiretik tedavi verildikten 30 – 60 dakika sonra yüksek ateş devam ediyorsa uygulanmalıdır(17).

Antipiretik ilaç tedavisi: Ateşli çocuklarda antipiretik verilmesindeki esas amaç çocuğun fiziksel olarak rahatlamasını sağlamak ve ağrılarını azaltmaktır. Çocukluk çağında kullanılan antipiretik ilaçlar kısıtlıdır. Antipiretik ilaçlar PG2 üretimini azaltarak etki göstermektedir. İlaç seçiminde etkinliği kanıtlanmış, güvenilir, uygulama kolaylığı gibi kriterler öncelikli tercih edilmelidir.

Ateş düşürücü olarak kullanılan başlıca ilaçlar asetilsalisilik asit, parasetamol ve ibuprofendir (tablo-4). Ancak unutulmamalıdır ki antipiretikler altta yatan hastalığı tedavi etmez.

Tablo 4: Antipiretik Dozları

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

Asetilsalisilik Asit

Analjezik, antipiretik ve antienflamatuar etkinliği sahip olan salisilatlar en çok bilinen ve yaygın olarak kullanılan ilaçlardan biridir.

COX enzimini bloke ederek araziidonik asitten PG ve tromboksan üretimini engeller. Dozu 10mg/kg olup, her dört saatte bir verilebilir. Maksimum doz 3,6gr/gün'ü geçmemelidir (43). Salisilatlar karaciğerde metabolize edilerek böbrek yoluyla atılır.

Başlıca yan etkileri: Trombosit fonksiyonlarını bozduğundan kanamaya eğilim, GİS kanaması, hipersensivite, karaciğer ve böbreklerde toksisite, yüksek doz ve uzun süreli kullanımında baş ağrısı, baş dönmesi. Bulanık görme işitme kaybı akut böbrek yetmezliği, hiponatremi, hipokalemi ile kendini gösterebilen salisilat zehirlenmesi gibi yan etkiler karşımıza çıkabilir.

Suçiçeği ve viral enfeksiyon durumlarında antipiretik olarak kullanıldığında 100.000'de 1 – 2 oranında görülen, karaciğer ve beyin hasarı ile seyreden reye sendromuna neden olabilir. Ciddi bir yan etki olan reye sendromu %40 oranında ölümlerle sonuçlanabilir (34, 44).

Yan etkileri fazla olduğundan antipiretik olarak kullanılması önerilmemektedir.

Parasetamol:

Çocukluk çağında en sık kullanılan antipiretiklerden biridir. Uluslararası organizasyonlar (WHO, AAP), parasetamolu ağrı ve ateş tedavisinde ilk seçenek olarak önermektedir (45).

PGE2 sentezini inhibe ederek etki eder. Antipiretik dozu 10mg/kg/doz, 4 – 6 saat arayla verilir. Emilimi çok hızlıdır. 1saat içinde kanda pik seviyesine ulaşır. Vücut ısısında yaklaşık 1 – 2°C'lik düşme sağlar. Karaciğerde metabolize edilir. Önerilen tedavi dozunda ilacın güvenilirliği yüksektir. En sık bilinen yan etkisi alerjik reaksiyonlardır.

Çocuklarda 150 mg/kg tek doz toksik doz olarak kabul edilmektedir. Yüksek doz kullanımda ATN ve karaciğer yetmezliği ile seyreden parasetamol zehirlenmesine neden olabilir (34, 46). Nadir olsa da önerilen kullanım dozunda bile fulminan hepatite neden olabilir.

İbuprofen:

Son yıllarda ateş düşürücü olarak kullanımı yaygınlaşmakta olan ibuprofen 1989 yılından beri kullanılmaktadır. Etkinliğini PG2 üretimini inhibe ederek göstermektedir. İbuprofenin ateş düşürücü etkisi parasetamole göre %50-100 kat daha güçlüdür. Ayrıca antienflamatuar ve analjezik etkinliği de mevcuttur. Kullanım dozu 5 – 10mg/kg/doz 6 – 8 saatte bir verilebilir. İlacın plazmada maksimum dozu 1 – 2 saatte oluşur. Çoğunlukla idrar ile itrah edilir (1, 47).

İbuprofenin yan etkileri dispepsi, döküntü, GİS kanama ve trombositopenidir. Astımlı çocuklarda astım krizini tetikleyebileceğinden kontredikedir. Yüksek doz kullanımında toksik etkisi asetaminofene göre çok daha düşüktür (13, 48).

Yapılan birçok çalışmada ibuprofen ve asetaminofenin dönüşümlü kullanılmasının ateşi düşürme konusunda daha etkili olmadığı tespit edilmiştir.

Metamizol:

Ateş düşürücü etkisini nasıl oluşturduğu tam olarak bilinmemekle beraber yapılan çalışmalarda Santral sinir sistemine direk etkisiyle endojen pirojen sentezi üzerine periferik inhibisyon yaptığı tespit edilmiştir. Ciddi yan etkileri nedeniyle Avrupa başta olmak üzere birçok ülkede antipiretik olarak kullanılması yasaklanmıştır. Hipotermi ve hipotansiyona neden olabilir. En önemli yan etkisi agranülositozdur(48, 49).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma; Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ateş nedeniyle başvuran çocukların anneleri ile görüşülerek yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 328 anne ile anket yapılmıştır (EK-1). Çalışma öncesinde annelerin sosyoekonomik düzeylerini, ateş ile ilgili bilgi düzeylerini ve tutumlarını sorgulayan 16 sorudan hazırlanan bir anket düzenlenmiştir. Araştırmada anneler ile yüz yüze görüşülmüş ve açıklama gerektiren sorular açıklayıcı bir şekilde sorularak anket formu doldurulmuştur. Ailelerin sosyoekonomik düzeylerini belirlemek amacıyla anne yaşı, baba yaşı, çocuk sayısı, anne mesleği, annenin eğitim durumu ve ailenin gelir düzeyi sorgulanmıştır. Araştırmaya sağlık çalışanı, sağlık ile ilgili eğitim almış anneler dahil edilmemiştir.

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (statistical package for the social sciences) programı kullanılarak analizleri yapıldı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, frekans) ve niceliksel veri karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ şeklinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

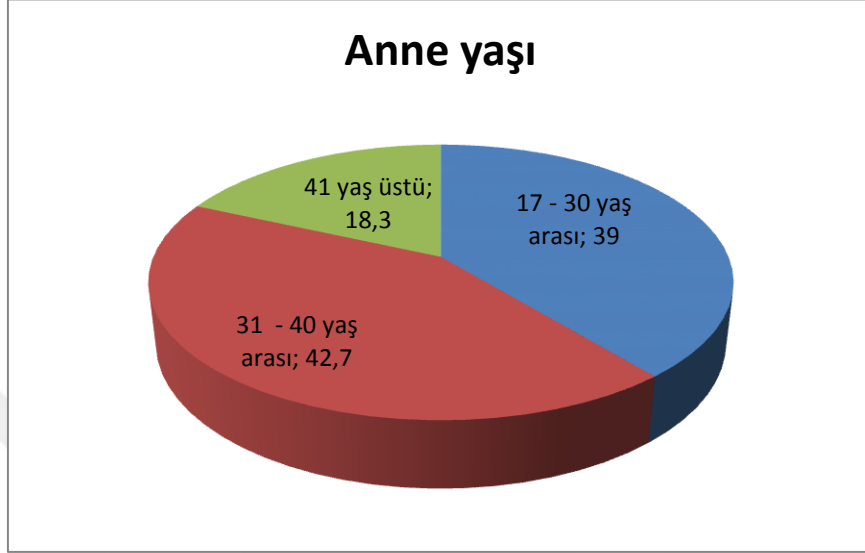
Çalışmaya ait veriler anket yöntemiyle hastanemize başvuran 328 anne ile yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Sosyo-demografik özellikler elde edilen verilerle belirlenerek tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5: Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

Soru		Sayı	Yüzdelik
Anne yaşı	30 ve altı	128	39,0
	31 – 40	140	42,7
	41 ve üstü	60	18,3
Anne eğitim durumu	İlkokul	193	58,8
	Ortaokul	49	14,9
	Lise	44	13,4
	Üniversite ve üstü	42	12,8
Anne mesleği	Ev hanımı	265	80,8
	Memur	32	9,8
	İşçi	27	8,2
	Esnaf	4	1,2
Çocuk sayısı	1	63	19,2
	2	117	35,7
	3 ve üstü	148	45,1

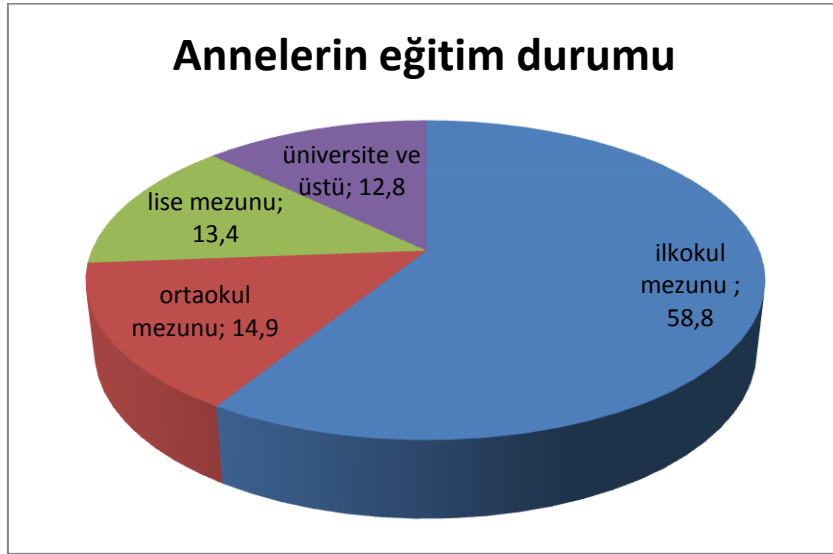
4.1. Sosyo-Demografik Özellikleri:

Çalışmamıza katılan annelerin yaş dağılımı 17 – 56 arasında, ortalama yaş 33,6 idi. 30 yaş altı 128 (%39), 31 – 40 yaş grubu 140 (%42.7), 40 yaş üstü 60 (%18.3) olarak bulundu (şekil 1). Ortalama baba yaşı 38.3 idi.



Şekil 1: Anne yaşının yüzdeleri dağılımı

Annelerin eğitim durumlarına bakıldığında: ilkokul mezunu 193 (%58.8), ortaokul mezunu 49 (%14.9), lise mezunu 44 (%13.4), üniversite ve üstü 42 (%12.8) idi (şekil 2).



Şekil 2: Annelerin eğitim düzeylerinin yüzdeleri dağılımı

Annelerin ortalama çocuk sayısı 2, tek çocuğu olanlar 63 (%19.2), iki çocuğu olanlar 117 (%35.7), 3 ve daha fazla çocuğu olanlar 148 (%45.1) idi. Çalışmaya katılan annelerin 112 (% 34,1)'nin ilk çocuğuydu.

Annelerin meslek gruplarına bakıldığında ev hanımı olanlar 265 (%80.8), memur olanlar 32 (%9.8), işçi 27 (%8.2), esnaf 4 (%1.2) olduğu görüldü.

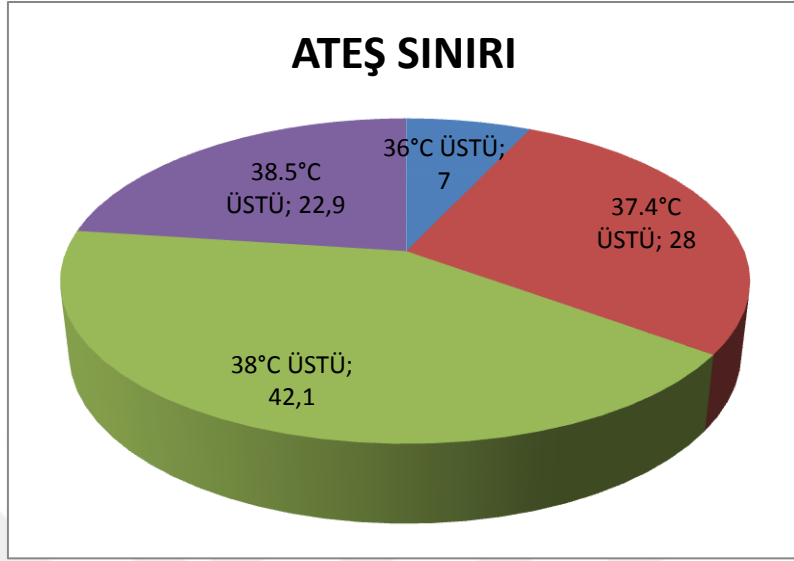
Çalışmaya katılan annelerin demografik özellik olarak çoğunlukla 30 – 40 yaş aralığında olduğu, 3 ve daha fazla çocuk sahibi, çoğunlukla ilkokul mezunu ve ev hanımı olduğu görülmüştür.

Ateşle ilgili bilgi düzeylerini ölçmek için annelere yöneltilen soruların cevapları tablo 6'da özetlenmiştir.

Tablo 6: Ateşle ilgili bilgi düzeylerini ölçmek için annelere yöneltilen soruların cevap dağılımları

Soru	Sayı	Yüzdeler
Ateş sınırı	36°C üstü	7
	37,4°C üstü	28
	38°C üstü	42,1
	38,5°C üstü	22,9
Ateş ölçüm yeri	Ağız	4,6
	Kulak	8,2
	Koltuk altı	85,4
	Makat	1,8
Ateş ölçüm aracı	Dijital	66,8
	Cıvalı	14,3
	Elle	16,2
	Bilmiyor	2,7
Ateş hakkında bilgi	Radyo, Tv	4,9
	Sağlık personeli	68,6
	Aile. Dost, komşu	16,2
	Diğer	10,4
Güvenirliliği en az olan yöntem	Rektal ölçüm	8,8
	Aksiler ölçüm	10,4
	Oral ölçüm	17,4
	Bilmiyor	63,4

Annelerin %42,1'i ateş sınırını 38°C üstü, %28'i 37,4 üstü, %22,9'u 38,5°C üstü, %7' si 36°C üstü olarak belirtmiştir (şekil 3).



Şekil 3: Ateş sınırının yüzdelik dağılımı

Annelere çocuğun ateşini nereden ölçtüğü sorulduğunda %85'i koltuk altı, %8,2'si kulaktan, %4,6'sı ağızdan, %1,8'i makattan ölçtüğünü ifade etmiştir (şekil 4).



Şekil 4: Ateş ölçüm yeri verilerinin yüzdelik dağılımı

Araştırmaya katılan annelerin ateş ölçüm aracı olarak en fazla digital termometre kullandığı görüldü (%66,8). Annelerin % 2,7'si ateş ölçüm aracını bilmediğini ifade etti.

Annelere ateş ölçümünde güvenilirliği en az olan yöntem sorulduğunda %63,4'ü bilmiyorum cevabını verdi. %17,4'ü oral, % 10,4'ü aksiler, % 8,8'i rektal ölçümün güvenilirliği en azdır şeklinde cevapladı.

Araştırmaya katılan annelerin ateş ile ilgili bildiklerini %68,6'sı sağlık personelinen, %16,2'si aile, dost, komşudan, %10,4'ü diğer, %4,9'u radyo, televizyondan öğrendiklerini ifade etti.

Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımını belirleyen soruların dağılımı tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı

Soru		Sayı	Yüzdeler
Ateş yüksekliğinde ilk yaptığı uygulama	Ateş düşürücü verme	130	39,6
	Periferik soğutma	107	32,6
	Ilık duş	73	22,3
	Doktora götürme	18	5,5
Ateş düşürücü verilmesi gerektiğini düşündüğü ısı değeri	36 – 36,9°C	21	6,4
	37 – 37,9°C	105	32
	38 – 38,9°C	171	52,1
	39°C üstü	31	9,5
Ateş düşürücü verilmesinin nedeni	Ateşi ve semptomları giderme	148	45,1
	Nöbet riskini azaltma	99	30,2
	Çocuğun genel durumunu düzeltme	47	14,3
	Hastalığı tedavi etme	32	9,8
Periferik soğutmayı nereden uyguluyor	Baş	88	26,8
	Koltuk altı	116	35,4
	Tüm vücut	115	35,1
	Gövde	9	2,7
Düşmeyen ateşte ne yapıyor	Doktora götürme	291	88,7
	Ateşin düşmesini bekleme	5	1,5
	Tekrar ateş düşürücü verme	11	3,4
	Soğuk uygulama	17	5,2
	Antibiyotik verme	4	1,2

Ateş yükselince ilk yaptığı uygulama sorusuna annelerin %39,6'sı ateş düşürücü verdiği, %32,6'sı soğuk uygulama yaptığı, %22,3'ü ılık duş aldırıldığı, %5,5'i doktora götürdüğü şeklinde cevapladığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan annelere ateş düşürücü verilmesi gereken ısı değeri sorulduğunda %52,1'i 38 – 38,9°C arasında %32'si 37 – 37,9°C arasında, %9,5'u 39°C üstü, %6,4'ü 36 – 36,9°C arasında ateş düşürücü verilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Periferik soğutmayı nereden uyguladığı sorusuna araştırmaya katılan annelerin %35,4'ü koltuk altı, %35,1'i tüm vücut, %26,8'i baş, %2,7'si gövde şeklinde cevaplamıştır.

Düşmeyen ateşte % 88,7'si doktora götürdüğü, % 5,2'si soğuk uygulama yaptığı, %3,4'ü tekrar ateş düşürücü verdiği, %1,5'i ateşin düşmesini beklediği şeklinde görülmüştür.

Annelerin ateşten korkma nedenleri ve ateş düşürücülerle ilgili bilgi düzeylerini gösteren istatistiksel dağılımlar tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Annelerin ateşten korkma nedenleri ve ateş düşürücülerle ilgili bilgi düzeyleri

Soru		Sayı	Yüzdeler
Ateş sırasında ilk akla gelen hastalık	Grip	149	45,4
	Tonsillit	110	33,5
	Faranjit	8	2,4
	Menenjit	12	3,7
	Diş çıkarma	24	7,3
Yüksek ateşte en önemli korku nedeni	Diğer	25	7,6
	Havale	203	62
	Beyin hasarı	69	21
	Ölüm	28	8,5
	Diğer	28	8,5
Ateş düşürücü olarak hangi ilacı kullanıyor	Aspirin	15	4,6
	Parasetamol	170	51,8
	Ibuprofen	91	27,7
	Diğer	11	3,4
	Bilmiyor	41	12,5
Ateş düşürücü ilacının dozunu neye göre ayarlıyor	Ateş yüksekliğine göre	28	8,5
	Kiloya göre	65	19,8
	Yaşa göre	62	18,9
	Reçeteye göre	173	52,7

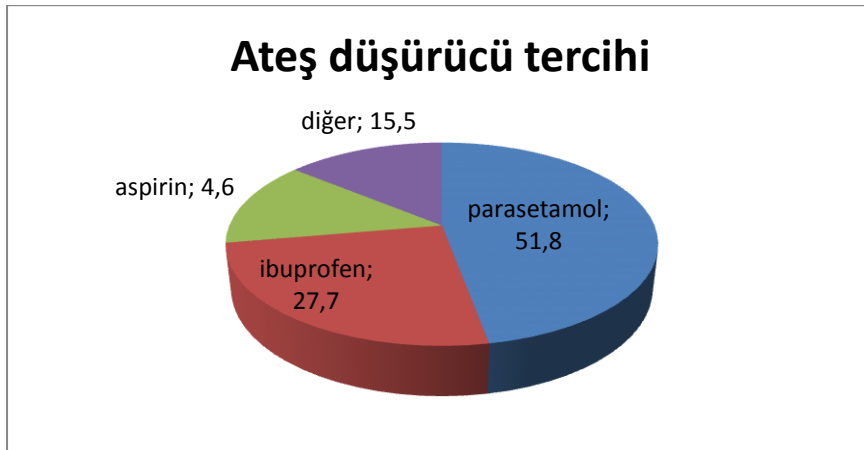
Çocuk ateşlenince annelerin aklına gelen ilk iki hastalık % 45,4 ile grip, %33,5 ile tonsillit olduğu görüldü (şekil 5).



Şekil 5: Ateşte ilk akla gelen hastalık yüzdeleri dağılımı

Annelerin % 62'si ateş yüksekliğinde en önemli korku nedeninin çocuğun havale geçirmesi olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan annelerin ateş düşürücü tercihleri sorulduğunda % 51,8'i parasetamol, %27,7'si ibuprofen, % 4,6'sı aspirini tercih ettiği görülmüştür (şekil 6).



Şekil 6: Annelerin ateş düşürücü tercihlerinin yüzdeleri dağılımı

İlacın dozunu %52,7'si reçeteye göre, % 19,8'i kiloya göre, %18,9'u yaşa göre, %8,5'u ateşi yüksekliğine göre ayarladığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan annelere ilacı nereden temin ettiği sorulduğunda, %71'i doktor reçetesiyle eczaneden, %20,1'i sürekli evde bulundurduğunu, %8,2' si direk eczaneden aldığını şeklinde cevaplamıştır.

Anne yaş gruplarına bakıldığında 31 – 40 yaş arasındaki annelerin sorulara daha doğru cevap verdiği görülmüştür.

Anne yaş gruplarına bakıldığında kaç derecenin üzeri ateş yüksekliğidir sorusuna 30 yaş altı annelerin % 43,8'i, 31 – 40 yaş arası annelerin % 41,4' ü, 41 yaş üstü annelerin %40'ı 38 °C'nin üzeri olarak cevaplamıştır.

Annelerin ateşli çocuğa yaptığı ilk uygulama sorulduğunda 30 yaş altı annelerin % 43,8'i, 31 – 40 yaş arası annelerin %38,6'sı, 41 yaş üstü annelerin % 33'ü ateş düşürücü verim şeklinde cevaplamıştır.

Düşmeyen ateşte ne yaparsınız sorusuna 30 yaş altı annelerin %89,8'i, 31 – 40 yaş arası annelerin %85,7'si, 41 yaş üstü annelerin %93,3'ü doktora götürürüm şeklinde cevaplamıştır. Araştırmaya katılan bütün yaş gruplarındaki annelerin çoğunda düşmeyen ateşte çocuğu doktora götürme fikrinin mevcut olduğu görülmüştür.

Anne yaş grupları arasında ateş düşürücü tercihleri açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Daha yaşlı annelerin aspirini tercih etme oranları % 11,7 iken, daha genç annelerin aspirin tercihi % 1,4 olarak görüldü (tablo 9).

Tablo 9: Annelerin yaş gruplarına göre ateş düşürücü tercihi

Ateş düşürücü tercihi	ANNE YAŞI					
	30 yaş altı		30 – 41 yaş arası		41 yaş üstü	
	Sayı	Yüzdellik	Sayı	Yüzdellik	Sayı	Yüzdellik
Aspirin	6	4,7	2	1,4	7	11,7
Parasetamol	62	48,4	76	54,3	32	53,3
Ibuprofen	37	28,9	44	31,4	10	16,7
Diğer	8	6,3	2	1,4	1	1,7
bilmiyor	15	11,7	16	11,4	10	16,7

Anne yaş grupları arasında ilaç dozunu ayarlama açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ateş düşürücünün dozunu, 30 yaş altı annelerin % 19,5'u, 30 – 41 yaş arası annelerin %25,7'si kiloya göre ayarlarken bu oran 41 yaş üstü annelerde % 6,7'de görülmüştür. 30 yaş altı annelerin %21,1'i, 31 – 40 yaş annelerin %10,7'si, 41 yaş üstü annelerin %33,3'ü İlacın dozunu yaşa göre ayarlarım şeklinde cevap vermiştir (tablo 10).

Tablo 10: Annelerin yaş gruplarına göre ateş düşürücü dozunu ayarlama şekli

Ateş düşürücü dozunu neye göre ayarlıyor	ANNE YAŞI					
	30 yaş altı		30 – 41 yaş arası		41 yaş üstü	
	Sayı	Yüzdelik	Sayı	Yüzdelik	Sayı	Yüzdelik
Ateşin şiddeti	10	7,8	11	7,9	7	11,7
Kiloya göre	25	19,5	36	25,7	4	6,7
Yaşa göre	27	21,1	15	10,7	20	33,3
Reçeteye göre	66	51,6	78	55,7	29	48,3

30 yaş altı annelerin %21,1'i ateş ile ilgili bildiklerini aile dost komşudan öğrendiğini belirtmekte, bu oran 31 – 40 yaş arasındaki annelerde %12,9, 41 yaş üstü annelerde %13,3 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan annelerin büyük bir kısmı ateşle ilgili bildiklerini sağlık personelinden öğrendiğini belirtmiştir.

Anne yaş grupları arasında diğer sorular açısından anlamlı bir fark bulunamadı.

Araştırmaya katılan annelere ateş ölçüm yeri sorulduğunda ilkokul mezunu annelerin %85'i, ortaokul mezunu annelerin 85,7'si, lise mezunu annelerin %90,9'u, üniversite ve üstü mezunu annelerin %81'i ateşi koltuk altından ölçtüğü görülmüştür. Görüldüğü gibi annenin eğitim seviyesi ne olursa olsun büyük çoğunluğu ateşi koltuk altından ölçmeyi tercih etmektedir.

Annelere yüksek ateşte en önemli korku nedeniz nedir sorusuna annelerin eğitimi ne olursa olsun çoğunluğunun cevabı çocuğun nöbet geçirmesi olmuştur.

Anne eğitim grupları arasında güvenilirliği en az olan ölçüm yöntemi açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Üniversite mezunu annelerin %31'i güvenilirliği en az olan yöntemin oral ölçüm olduğunu belirtti. Bu oran ilkokul mezunu annelerde %13,5,

ortaokul mezunu annelerde %20,4, lise mezunu annelerde %18,2 olarak bulundu. Aksiller ölçüm diyen annelerin oranı üniversite mezunu annelerde %23,8, lise mezunu annelerde %11,4, ortaokul mezunu annelerde %10,2, ilkokul mezunu annelerde 7,3 olarak bulundu.

Anne eğitim grupları arasında ilaç dozunu ayarlama açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Üniversite mezunu annelerin % 42,9'u ateş düşürücünün dozunu kiloya göre ayarladığını belirtirken, lise mezunu annelerde %25, ortaokul mezunu annelerde %16,3, ilkokul mezunu annelerde %14,5 olarak bulunmuştur.

Anne eğitim grupları arasında diğer sorular açısından anlamlı fark bulunamadı.

Annelerin çocuk sayısı gruplarına göre ateş yükselince ilk yaptığı uygulamalara bakıldığında 1 çocuğu olan annelerin % 38,1'i periferik soğutma yaptığı, 2 çocuğu olan annelerin %41,9'u, 3 ve daha fazla çocuğu olan annelerin %39,2' si ateş düşürücü verdiği görülmüştür.

Annelerin çocuk sayısı grupları arasında ateş düşürücü ilaç verilmesinin nedenleri açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). 1 çocuğu olan annelerin %31,7'si, 2 çocuğu olan annelerin %49,6'sı, 3 ve daha fazla çocuğu olan annelerin %47,3'ü ateş düşürücüyü ateşi ve semptomları gidermek için verdiğini ifade etti. Nöbet riskini azaltmak için ateş düşürücü verenlerin oranı ise 1 çocuğu olanlarda %39,7, iki çocuğu olanlarda %31,6, üç ve daha fazla çocuğu olanlarda %25 olarak görüldü (tablo 11).

Tablo 11: Çocuk sayısı gruplarına göre annelerin ateş düşürücü verme nedenleri

Ateş düşürücü ilacı verme nedeni	Çocuk sayısı					
	1 çocuk		2 çocuk		3 ve daha fazla	
	Sayı	Yüzdelik	Sayı	Yüzdelik	Sayı	Yüzdelik
Ateşi ve semptomları gidermek	20	31,7	58	49,6	70	47,3
Çocuğun genel durumunu düzeltmek	11	17,5	14	12	22	14,9
Nöbet riskini azaltmak	25	39,7	37	31,6	37	25
Hastalığı tedavi etmek	7	11,1	8	6,8	19	12,8

Anne çocuk sayısı grupları arasında diğer sorular açısından anlamlı fark bulunamadı.

Annelerin meslek gruplarına göre ateş sınırı sorulduğunda ev hanımı olan annelerin %42,6'sı, işçi olan annelerin % 48,1'i, memur olan annelerin %36,4'ü 38°C üstü olarak cevaplamıştır. Esnaf olarak çalışan annelerin %75'i ateş sınırını 38,5 °C üstü olarak cevaplamıştır.

Annelere çocuk ateşlenince akla ilk gelen hastalık sorulduğunda esnaf annelerin %75'i, ev hanımı annelerin %49'u, işçi olarak çalışan annelerin % 59,3'ü grip olarak cevaplarırken memur olan annelerin % 40,6'sı tonsillit olarak cevaplamıştır. Anne meslek grupları arasında çocuk ateşlenince akla gelen hastalık açısından anlamlı fark bulunamadı.

Anne meslek grupları arasında periferik soğutmayı uygulama yeri açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). İşçi olarak çalışan annelerin %59,3'ü, memur olan annelerin %46,9' u, ev hanımı olan annelerin % 31,3' ü, esnaf olan annelerin %25' i periferik soğutmayı tüm vücuda uyguladığı görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Çocukluk çağının en sık problemlerinden biri olan ateş aileleri en çok endişelendiren ve acil servislere en sık başvuru nedenlerinden biridir. Bu kadar sık görülmesinden dolayı ailenin ateşli çocuğa yaklaşımı, ateş ile ilgili bilgi düzeyi büyük önem arz etmektedir. Ateş çocukluk döneminde bu kadar sık görülmesine rağmen yapılan birçok araştırmada annelerin ateş ile ilgili bilgileri yetersiz olarak bulunmuştur (50, 51, 52). Ateş korkusu nedeniyle annelerin bilinçsiz ve yanlış uygulamalar ciddi problemlere neden olabilir (53). Yaptığımız bu çalışma ile annelerin ateşle ilgili bilgi düzeyi, yanlış uygulamaları belirlenerek bu konuda eğitim verilmesi amaçlanmaktadır.

Ateşin tanımlanması ve doğru müdahalenin yapılabilmesi için gerçekten ateşin olup olmadığının tespiti doğru bir ölçüm aracıyla yapılmalıdır. Bu amaçla annelerin evde termometre bulundurması ve doğru bir şekilde bunu kullanması önemlidir. Karwowska ve arkadaşlarının çalışmasında termometre kullanan annelerin oranı %84,2 olarak bulunmuştur (54). Baysoy ve arkadaşları termometre kullanan annelerin oranını %72 olarak bulmuştur (55). Çalışmamızda diğer çalışmalara paralel olarak termometre kullanımının yaygın olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza katılan annelerin %81,1'inin ateş ölçüm aracı olarak termometre kullandığı görülmüştür. İlkokul mezunu annelerin %21,8' i ateşi elle ölçtüğünü ifade etmiştir. Eğitim seviyesi Lise ve üstü olan annelerin termometre kullanma oranı %83,7 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda Annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe termometre kullanma ve ateşi doğru tanımlama oranının arttığı görülmüştür.

Esenay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ateş sınırını doğru tanımlayan annelerin oranını %25,5 olarak bulmuştur. Yine aynı çalışmada 38 °C ve altındaki aksiler ölçümleri ateş olarak kabul edenlerin oranı %61 bulunmuştur (50). Halıcıoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile ateşi tanımlama arasında anlamlı ilişki olduğu eğitim düzeyi arttıkça ateş kavramını doğru algıladığını belirtmişlerdir (56). Çalışmamızda annelerin %42,1'inin ateş sınırını doğru tanımladığı, 38°C ve altındaki ısı değerini ateş olarak kabul eden annelerin oranı %35 olarak

bulundu. Son yıllarda bu konuda yapılan çalışmalar ve annelerin bu konuda eğitilmesi ateş sınırını doğru tanımlayan annelerin oranının daha yüksek çıkmasının olası nedenlerindedir. Ateşe yaklaşımda ilk adım ateşin kaç derece olduğudur. Çalışmamızda lise ve üstü eğitim seviyesinde olan annelerin ateş sınırını doğru tanımlama oranı % 81 olarak bulundu. Anne eğitiminin ne kadar önemli olduğu görülmektedir. Kadınların eğitim seviyelerinin yükseltilmesinin önemini burada da görmekteyiz.

Baysoy ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin %89'unun ateşi aksiller bölgeden ölçtüğü tespit edilmiştir (55). Daha önce yapılan benzer araştırmalarla uyumlu olarak çalışmamıza katılan annelerin %85,4'ünün ateşi aksiller bölgeden, %1,2'sinin rektal bölgeden ölçtüğü görülmüştür. Pratik olarak aksiller ölçüm çok sık kullanılsa da yüzeysel bir ölçüm yöntemi olduğundan vücut ısısını tam olarak yansıtmaz bundan ötürü güvenilirliği yüksek değildir (57).

Yapılan birçok araştırmada annelerin ateşli çocuğa ilk yaptığı uygulamanın ateş düşürücü vermek olduğu gösterilmiştir (2, 58, 59). Nerkiz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, çocukların ateşlenme durumunda annelerin %12'sinin ateş düşürücü verdiğini, %68,5'inin ılık duş aldığını bulmuşlardır (60). Çalışmamızda annelerin %39,6'sının ateş sırasında ilk yaptığı uygulamanın antipiretik vermek olduğu, %22,3'nün ılık duş yaptığı görülmüştür. Çalışmamızda antipiretik kullanma oranının yüksek çıkmasının sebebi son yıllarda antipiretik kullanımının ciddi anlamda artmış olmasıdır. Gereksiz ilaç kullanımının önüne geçilebilmesi için annelere ateş ile ilgili doğru bilgilerin aktarılması ve bu konuda eğitimlerin yapılması önemlidir. Ateş düşürücü kullanımından önce uygulanması gereken yöntemler: oda sıcaklığının uygun olması, çocuğun giysilerinin çıkarılması, ılık duş aldırılması, sıvı desteği verilmesidir (61).

Stuijvenberg'in yaptığı çalışmada ailelerin ateşi evde tedavi edebilecekken sağlık kuruluşlarına gereksiz başvurduğu görülmüştür (62). Çalışmamızda annelerin %88,7'si düşmeyen ateşte çocuğu doktora götüreceğini belirtmiştir. Bu durum bize annelerin ateş korkusu nedeniyle sağlık kuruluşlarına sık başvurma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Özellikle 1 çocuk sahibi anneler de bu oran çok daha yüksek bulunmuştur. Bu durum bize tek çocuklu annelerin ateş korkusunun daha fazla

olduğunu göstermektedir. Düşmeyen ateşte doktora götürme fikri ateşin olası komplikasyonlarını önlemek açısından olumlu bir sonuç olsa da sağlık kuruluşlarına gereksiz başvurulara neden olabilir.

Yiğit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin ateşe en sık enfeksiyonların neden olduğunu düşündüğünü göstermektedir (63). Harmancı ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin, ateş nedeni olarak en sık soğuk algınlığını düşündükleri görülmüştür (64). Halıcıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada acil servise ateş nedeniyle başvuran çocuklarda en sık nedenler üst solunum yolu enfeksiyonu ve gastroenterit saptanmıştır (56). Ertekin ve arkadaşlarının çalışmasında da annelerin %78'i çocukları ateşlendiğinde bir enfeksiyon olduğunu düşünmektedir (65). Yapılan diğer araştırmalarla uyumlu olarak araştırmamızda çocuk ateşlenince annelerin aklına ilk gelen hastalıkların oranı %45 grip, %33,5 tonsillit olarak bulundu. Ateş sırasında akla ilk gelen hastalıkların basit üst solunum yolu enfeksiyonları olması olumlu bir sonuçtur. Annelerin ateş sırasında komplike hastalık değil de basit enfeksiyonları düşünmeleri çocuğu aşırı ve gereksiz uygulamalardan koruyan önemli bir faktör olabilir. Burada dikkat çekici olan sonuç tek çocuğu olan annelerin %17,4'ünün bu soruya menenjit, pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu gibi hastalıkları belirtmesidir. Bu durum bize tek çocuğu olan annelerde ateş korkusunun daha fazla olduğunu göstermektedir.

Esenay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin ateşli çocukta en önemli korku nedeni olarak %82,6 ile çocuğun nöbet geçirmesi olduğu görülmüştür (50). Çalışmamızda annelerin yüksek ateşte en önemli korku nedeni %81,7 oranında çocuğun havale geçirmesi olduğu görüldü. Tek çocuğu olan annelerde bu oran daha yüksek olarak bulundu. Salman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin %61'inin ateşin nöbet ile sonuçlanmasından endişe ettikleri bulunmuştur (66). Ulukol ve arkadaşlarının çalışmasında ateş korkusunun hekimlerin %62'sinde yüksek olduğu, bu korkunun kaynağı olarak da % 85 oranla febril konvulziyonu gösterdikleri bulunmuştur (52). Yapılan bu çalışmalar annelerin bu ateş korkusunun hekimlerden kaynaklandığını göstermektedir. Ayrıca ülkemizde febril konvülziyonların sık görülmesi bu oranın yüksek çıkmasının başlıca nedenlerinden biridir.

Baysoy ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin ateş düşürücü tercihleri parasetamol %74.6, ibuprofen %3.5 olarak bulunmuştur (55). Halıcıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise parasetamol kullanan annelerin oranı %48.8 olarak saptanmıştır (56). Crocetti M. ve arkadaşlarının Amerika’da yaptıkları bir çalışmada ibuprofen %44 oranla en sık tercih edilen antipiretik olarak bulunmuştur (53). Bizim çalışmamızda parasetamol kullanan annelerin oran %51,8, ibuprofen kullanan annelerin oranı %27,7 olarak bulunmuştur. Son yıllarda ibuprofen kullanımının ülkemizde de yaygınlaşması çalışmamızda bu şekilde yüksek çıkmasının nedeni olabilir. Aspirin kullananların oranı %4,6 olarak bulunmuştur. Eğitim seviyesi düştükçe aspirin kullanma oranının yükseldiği görülmüştür. Ateş düşürücü olarak aspirin ve metamizol kullanımının giderek düşmesi bu ilaçların yan etkileri açısından toplumun bilinç düzeyinin artmasına bağlıdır. Çalışmamızda aspirin kullanan annelerin özellikle 41 yaş üstü olması yaşça büyük annelerin geçmişteki ilaç alışkanlıklarını tam olarak terk etmediğini göstermektedir. Tek çocuklu annelerin %22,2’si kullandığı ateş düşürücüyü bilmiyor. Bizim çalışmamızda ateşle ilgili korkuları en fazla olarak tespit ettiğimiz tek çocuklu annelerin bu telaş haliyle hatalı uygulamalar yapma potansiyeline sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca 41 yaş üstü annelerin eğitim seviyelerine bakıldığında diğer yaş grubu annelerden daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum ateşli çocuğa yaklaşımda kadınların eğitiminin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Demir ve Bayat yaptıkları çalışmada annelerin ilaç dozunu %54.7 oranında doktor reçetesine göre ayarladığı bulunmuştur (67). Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin ilaç dozunu %52,7 oranında reçeteye göre ayarladığı görülmüştür. Eğitim seviyesinden bağımsız olarak annelerin nerdeyse yarısının doktor reçetesiyle değilde kendi kendine ilaç dozunu ayarlaması yanlış ilaç uygulamaları açısından düşündürücüdür.

Altinkalem’in çalışmasında ateş düşürücü ilaçları annelerin %61.4 oranında doktor reçetesi ile aldığı görülmüştür (68). Çalışmamızda ateş düşürücü ilaçların %71 oranında doktor reçetesi ile alındığı, % 20,1 oranında sürekli evde bulundurulduğu görüldü. Eğitim seviyesi ne olursa olsun ateş düşürücünün doktor reçetesiyle alınması olumlu bir sonuçtur.

Altinkalem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin 59,4 oranında ateş ile ilgili bildiklerini sağlık personelinden öğrendiğini bulmuşlardır (68). Benzer olarak çalışmamıza katılan annelerin %68,6 oranında ateş ile ilgili bildiklerini sağlık personelinden öğrendiği görülmüştür. Anne eğitimi düştükçe kulaktan dolma bilgilerin arttığı gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda ateş konusunda annelerin bilgilendirilmesi konusunda sağlık çalışanlarına büyük görev düştüğü görülmektedir.

Bu bulgulardan yola çıkarak annelerin ateş ile ilgili ciddi endişeler taşıdığı ve bu endişelerden dolayı gereksiz tutum ve davranışlar sergilediği görülmektedir. Annelerin ateş ile ilgili bilgileri geçmişe göre daha iyi olmasına rağmen hala yanlış uygulamaların ve yaklaşımların mevcut olduğu görülmektedir. Bu konuda annelerin bilinçlendirilmesi ve gerekli eğitimlerin verilmesi açısından sağlık personellerine büyük iş düşmektedir. Bu sayede annelerin gereksiz ilaç kullanımının önüne geçilebilir, uygunsuz yaklaşımlarla oluşabilecek sıkıntılar engellenebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar:

Araştırmamıza 328 anne katılmıştır. Elde edilen bulgular sonucunda:

1. Annelerin % 65'nin ateş sınırı olarak 38°C'nin üstünü ateş olarak kabul ettiği, eğitim seviyesi düştükçe ateş sınırını doğru tanımlama oranının daha da düştüğü görülmüştür.
2. Ateş ölçüm aracı olarak annelerin % 85,4'ü koltukaltını tercih etmiştir.
3. Annelerin çoğunluğunun digital termometre kullandığı, eğitim seviyesi düştükçe annelerin ateşi elle ölçme oranı arttığı görülmüştür.
4. Ateş sırasında annelerin %39,6'sı ilk olarak ateş düşürücü vermektedir.
5. Ateşin düşmemesi durumunda annelerin % 88,7'nin bir sağlık kuruluşuna başvurduğu görülmüştür.
6. Annelerin birçoğunda ateş korkusu mevcuttur. Ateşte annelerin en önemli korku nedeninin çocuğun nöbet geçirmesi olduğu görülmüştür. Tek çocuğu olan annelerin bu endişeyi daha yüksek oranda yaşadığı belirlenmiştir.
7. Annelerin%51,8'inin ateş düşürücü olarak parasetamol tercih etmektedir. Aspirin ve metamizol gibi yan etkileri fazla olan ilaçların toplumda ateş düşürücü olarak kullanımı azalmış olmasına rağmen, anne yaşı ilerledikçe aspirinin kullanılma oranı artmaktadır.
8. Annelerin çoğunluğunun kullandığı ilacı doktor reçetesi ile aldığı ve doz ayarlamasını reçeteye göre yaptığı görülmektedir.
9. Annelerin ateş ile ilgili bildiklerini sağlık personelinden öğrendiği tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler:

Annelerin ateş konusundaki bilgi düzeylerinin daha önce yapılan çalışmalara göre arttığı saptanmıştır. Buna rağmen annelerde ateş korkusunun yanlış tutum ve davranışlara neden olduğu görülmüştür. Annelerin ateş konusunda bilinç düzeyini arttırmak ve doğru uygulamalar konusunda verilecek eğitimin gereksiz ilaç kullanımı ve sağlık kuruluşlarına gereksiz başvuruları azaltacağı kesindir.



KAYNAKÇA

1. El-Radhi AS Carrol J. Fever and hyperthermia. In: El-Radhi AS, Carrol J, editors. Fever in pediatrics. Oxford: Blackwell Sci. 1994: 15-49.
2. Vanden Bosch T.M., Lahaie M., Rickelmann M.A. & Guttridge V. (1993) Redesigning fever management through research utilization. Michigan Nurse December, 9–11. .
3. Schmitt BD. Fever in childhood. Pediatrics 1984; 74: 929-36
4. Saz EU, Koturoğlu G, Duyu M, Ozananar Y, Kurugöl Z, Sever M. Türk ailelerinin ateş yönetimi ile ilgili bilinç düzeyi ve korkuları. Çocuk Enf Derg 2009;3:161-4.
5. Braff L J Bass JW, Fleisher GR, Klein JO, mcracker GH, Powell KR. Schriger DL.
6. May A, Bauchner H. Fever phobia: the pediatrician's contribution. Pediatrics 1992;90:851-4. .
7. Taştan Y. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi, 14-15 Haziran 2001, İstanbul, s. 57-68.
8. Kalaycı Ö. (1993) Ateş nedir? Katkı Pediatri Dergisi 14 (5) , 443–446.
9. Kara B. Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. Sted 2003;12(1):10-14.
10. Ng DK, Lam JC, Chow KW. Childhood fever revisited. Hong Kong Medical Journal. 2002;8(1): 39-43.
11. Keith RP. Fever without a focus. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (eds) Nelson Textbook of Pediatrics. 18th Edition Philadelphia: Saunders-Elsevier, 2007;1087-1093. .
12. Toprak D, Bakır M. Ateş: Patogenez ve tedavi. Klinik Çocuk Forumu 2006; 6; 1: 22 – 28.
13. Walsh A.M., Edwards H.E., Courtney M.D., Wilson J.E. & Monaghan S.J. (2006) Paediatric fever management: Continuing education for clinical nurses. Nurse Education Today 26, 71–77. .
14. Simon HB. Hyperthermia N Engl J Med 1993;329:483-7. .
15. Baker MD. Evaluation and management of infants with fever. Pediatric Clinical North Am 1999;46:1061-72. .
16. Robertson J; Management of the child with fever. Collegian; 2002; 9 (2) ; p40-2.
17. Saper CB, Breder CD. The neurologic basis of fever. N Engl J Med. 1994 Jun 30; 330 (26) : 1880-1886.

18. Nişli G. (1993) Ateş etyopatogenezi. Çocukluk Yaşlarında Ateş Sempozyumu Kitabı, Türk Milli Pediatri Derneği 1–6.
19. Kaiser P. Fever in children: fears and facts. Kaiser Permanente NW: Library of Publications, 2000. www.kaiserpermanente NW: Libraray of Publications, 2000.
20. Edwards H. E., Courtney M. D., Wilson J. E., Monaghan S. J. & Walsh A. M. (2003) Fever management: Australian nurses' antipyretic usage. *Pediatric Nursing* 29 (1) , 31–37.
21. Powell K.R. (2004) Fever. In: Behrman R.E., Kliegman R.M., Arvin A.M. (eds) *Nelson Textbook of Pediatrics* 17th.edition. 2004 Saunders pp 839–846. .
22. Neyzi O, Ertuğrul T, Demirkol M. Öykü ve fizik muayene. Neyzi O, Ertuğrul T(editörler). *Pediatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002: 6-7. .
23. Falzon A, Grech V, Caruana B, Magro A, Attard-Montalto. How reliable is axillary temperature measurement? *Acta Paediatrica* 2003;92(3): 309–4. .
24. El-Radhi ,W Barry. Thermometry in pediatric practice.*Archives of Disease in Childhood* 2006;91:351-5. .
25. Broydon Robert M, MD. Current Pediatric Diagnos and treatment. Textbook. 15th edition. Chapter 8. Office Pediatrics: p. 211.
26. Falzon A, Grech V, Caruana B, Magro A, Attard-Montalto. How reliable is axillary temperature measurement? *Acta Paediatrica* 2003;92(3): 309–4. .
27. Pagane, Joseph MD, Facep. Infrared ear thermometry.*Br J Gen Pract* 2004 November 1; 54(508): 869. .
28. Tabak F. Ateş Patogenezi, Ateş Tipleri, Erişkinde Ateş Yönetimi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi No: 53, Kasım 2006; s.27-36.
29. Cengiz B. Nedeni bilinmeyen ateş. *Katkı Pediatri Dergisi* 2007;29(4):425-2. .
30. Taştan Y. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi, 14-15 Haziran 2001, İstanbul, s. 57-68. .
31. Mackowiak AP. Temperature regulation and the pathogenesis of fever. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010: 765-78. .
32. Pahsa A. Ateşli hastaya yaklaşım. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/kitaplar/44.pdf> .
33. Vazuelle–Kervoedan F., Atris P., Pariente–Khayat A., Debregeas S., Olive G., Pons G. (1997) Equivalent antipyretic activity of ibuprofen and paracetamol in febril children. *The Journal of Pediatrics* 131, 683–687.

34. Sarıkayalar F. (1993) Çocuk acil polikliniklerinde ateşli çocuklara yaklaşım. Katkı Pediatri Dergisi 14(5), 415–421.
35. Powell K.R. (2004) Fever. In: Behrman R.E., Kliegman R.M., Arvin A.M. (eds) Nelson Textbook of Pediatrics 17th.edition. 2004 Saunders pp 839–846. .
36. Oğuz F. (2003) Ateşli Çocuğa Yaklaşım. In: Cantez T., Ömeroğlu R.E., Baysal S.U., Cantez T. (eds) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 5–10. .
37. Yalçın I. (2002) Ateş. In: Neyzi O., Ertuğrul T.Y. (eds) Pediatri–1, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 473-75. .
38. Kalaycı Ö. (1993) Ateş nedir? Katkı Pediatri Dergisi 14(5), 443–446. .
39. Bakır M. Çocuk hastalarda ateşe yaklaşım:tanı ve tedavi. Öztürk R, Mert A(editörler). Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi No:53: 9 Kasım 2006;İstanbul.2006;40-41. .
40. Alhan E. Ateş tedavisi. Ceyhan M, Yıldırım İ, Devrim İ, Hasan T(editörler). Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyumu:26 Mayıs 2006;Ankara.2006.p.7. .
41. Miles F. K., Kamath R., Dorney S. F., Gaskin K. J., O’Loughlin E. V. .
42. Kearns G. L., Leeder J. S., Wasserman G. S. (1998) Acetaminophen overdose with therapeutic intent. The Journal of Pediatrics 132, 5–8.
43. Cin Ş., Ulukol B. Çocukta ateş. Öncü Yayınevi, Ankara, 1999.
44. Yalçın I. (2002) Ateş. In: Neyzi O., Ertuğrul T.Y. (eds) Pediatri–1, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 473-75.
45. American Journal of Therapeutics, 2000 .
46. Oğuz F. (2003) Ateşli Çocuğa Yaklaşım. In: Cantez T., Ömeroğlu R.E., Baysal S.U., Cantez T. (eds) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 5–10. .
47. Salman N., Vehit H. E., Palanduz A. (2004) Ateşli süt çocuğuna yaklaşım: Hekimlerin bilgi, yaklaşım ve uygulamaları Çocuk Dergisi 4 (2) , 113–117.
48. Powell K.R. (2004) Fever. In: Behrman R.E., Kliegman R.M., Arvin A.M. (eds) Nelson Textbook of Pediatrics 17th.edition. 2004 Saunders pp 839–846. .
49. Anonymous. management of infants of childhood fever. Lancet 1991; 339: 1049-50.
50. Esenay FI, İşler A, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G. Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. Türk Ped Arş 2007;42:57-60.
51. Blumenthal I.What parents think of fever.Fam Pract 1998;15:513-8. .
52. Ulukol B, Köksal Y, Cin Ş. Ailelerin,doktorların ve tıp öğrencilerinin ateş korkusu ve bilgi düzeyleri.Sağlık ve Toplum 1999;9:42-5.

53. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parenteral misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics* 2001;107:1241-6.
54. Karwowska A, Nijssen-Jordan C, Johnson D, Davies HD. Parental and health care provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective. *CJEM* 2002;4:394-400. PMID:17637156 .
55. Baysoy G, Aydoğmuş T, Akın D, Uyan A. Annelerin, çocuklarındaki ateşle ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Türk Pediatri Arşivi* 2005;40:282-7. .
56. Halıcioğlu O, Koc F, Akman SA, Teyin A. Atesli çocuklarda; annelerin evde ateş yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi.* 2011;1:13-9.
57. Broydon Robert M, MD. *Current Pediatric Diagnos and treatment. Textbook. 15th edition. Chapter 8. Office Pediatrics: p. 211.*
58. Risser AL, Mazur LJ. Use of folk remedies in a Hispanic population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149:978-3. .
59. Van der Stuyft P, Sorensen SC, Delgado E, Bocaletti E. Health seeking behavior for child illness in rural Guatemala. *Trop Med Int Health* 1996; 161-9. .
60. Nerkiz P. Ailelerin Ateşli Çocuğa Yaklaşımı ve Ateş Bilinç Durumu, *Euras J Fam Med*, 1(1):11-16,2012.
61. Pediatric emergency department nurses' perspectives on fever in children. *Pediatric Emergency Care* 16, 9–12.
62. Stuijvenberg M, Vos S, Tjiang GCH, et al. Parents' fear regarding fever and febrile seizures. *Acta Paediatr* 1999; 88: 618-22.
63. Yiğit R, Esenay F, Şen E, Serinol Z. Annelerin yüksek ateş konusunda bilgi ve uygulamaları Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003;6:48-56.
64. Harmancı HG, Kalaça S, Kalaça Ç, Demirkol A. Sultançiftliğinde çocuklardaki karın ağrısı ve ateş ile ilgili düşünce ve inanışlar. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 1996:150-10. .
65. Ertekin V, Özkan S, Altınkaynak 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. .
66. Salman N, Vehit H, Palanduz A. Ateşli süt çocuğuna yaklaşım;hekimlerin bilgi,yaklaşım ve uygulamaları. *Çocuk Dergisi* 2004 ; 4(2):113-4.
67. Demir M, Bayat M. Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 05 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı)* 2005; 14: 2.

68. Altınkalem Dalkıran Y. Annelerin Ateş ve Ateşli Havale İle İlgili Bilgi Düzeyleri. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul. Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2007.



Ekler

mkü tıp fakültesi çocuk sağlığı ve hastalıkları a.b.d

‘‘annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı; ateş konusunda bilgi, tutum ve davranışları’’ konulu çalışmanın anket formu

bu çalışmada annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı, ateş konusunda bilgi düzeylerini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Kimliğiniz ve hastalığınız ile ilgili bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Elde edilen veriler çalışma amacı dışında kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

ANNE YAŞI:

ANNE MESLEĞİ:

BABA YAŞI:

ANNENİN EĞİTİM DURUMU:

ÇOCUK SAYISI:

KAÇINCI ÇOCUK:

1- ÇOCUKTA KAÇ DERECE NİN UZERİ ATEŞ YUKSEKLİĞİ SAYILIR?

A)36.C USTU B)37.4C USTU C)38C USTU D) 38.5C USTU

2-ÇOCUGUNUZUN ATEŞİNİ NEREDEN ÖLÇERSİNİZ?

A)Ağızdan B)Kulaktan C)Koltuk Altı D)Makattan

3- ATEŞ ÖLÇÜM ARACINIZ NEDİR?

A)Dıgıtal B)Cıvalı C)Elle D)Bilmıyorum

4- ÖLÇÜM YÖNTEMLERİNDEN HANGİSİNİN GÜVENİLİRLİĞİ EN AZDIR?

A) Rektal Ölçüm B) Aksiller Ölçüm C) Oral Ölçüm D) Bilmiyorum.

5-ATEŞ YUKSELİNCE İLK YAPTIĞINIZ UYGULAMA NEDİR?

A)Ateş Dusurcu Verırım B)Periferik Soğutma C)Ilık Duş D)Doktora Götürme
D)Antıbyotık Verme

6- ATEŞLİ ÇOCUKLARA ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ İLAÇ VERİLMESİNİN EN ÖNEMLİ NEDENİ NEDİR?

A) Ateşi Ve Semptomları Gıdermek B) Nobet Rısını Azaltmak C) Çocuğun Genel Durumunu Duzeltmek D) Hastalığı Tedavi Etmek

7-ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERİLMESİ GEREKTİĞİNİ DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ ISI DEĞERİ NEDİR?

A) 36,0 – 36,9 C° B) 37,0 – 37,9 C° C) 38,0 – 38,9 C° D) > 39,0 C°

8-PERİFERİK SOĞUTMAYI NEREDEN UYGULUYOR?

A)Baş B)Koltukaltı C)Tum Vucut D)Govde

9-DÜŞMEYEN ATEŞTE NE YAPARSINIZ?

A)Doktora Götürürüm B) Düşmesini Beklerim C)Tekrar Ateş Düşürücü Veririm D)Soğuk Uygulama Yaparım E) Antibiyotik Veririm

10-ÇOCUK ATEŞLENİNCE İLK AKLINIZA GELEN HASTALIK NEDİR?

A)Grip B) Tonsillit C) Faranjit D) Diş Çıkarma E) Diğer...

11-ATEŞ SONUCUNDA ÇOCUKTA NELER OLABİLİR?

A)Havale B) Menenjit, Zature C)Hastalığın Şiddeti Artabilir D) Bilmiyor.

12-YUKSEK ATEŞTE EN ÖNEMLİ KORKU NEDENİNİZ NEDİR?

A)Nobet Geçirme B) Beyın Hasarı C)Ölüm D)Diğer

13-ATEŞİ DÜŞÜRMEK İÇİN HANGİ İLACI KULLANIYORSUNUZ?

A)Aspirin B) Parasetamol C) Ibuprofen D) Bilmiyor E) Diğer

14- KULLANDIĞI ATEŞ DÜŞÜRÜCÜNÜN DOZUNU NEYE GÖRE AYARLIYOR?

A) Ateşin Yüksekliğine Göre B) Kiloya Göre C) Yaşa Göre D) Reçeteye Göre

15-KULLANDIĞI İLACI NERDEN TEMİN EDİYOR?

A)Doktor Recetesi İle B) Dırek E)Eczaneden C)Sureklı Evde Bulunuyor D)Diğer

16- ATEŞ İLE İLGİLİ BİLDİKLERİNİ NEREDEN ÖĞRENMİŞ?

A) Radyo Tv B) Sağlık Personelından C)Aile, Dost ,Komsu D) Dığer