

**AFYONKARAHİSAR KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN ATEŞ VE ATEŞİN YÖNETİMİ HAKKINDAKİ  
BİLGİ DÜZEYLERİ, YAKLAŞIMLARI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

**Saadet PUL**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Ayşegül BÜKÜLMEZ**

**Tez No: 2006-043**

**2006-AFYONKARAHİSAR**

## ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince engin bilgi ve becerileri ile beni yönlendiren, bilimsel katkılarını esirgemeyen, yardım ve desteğini her zaman yanımda bulduğum tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Bükülmez'e sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Hayatımın her alanında bana destek olan, maddi ve manevi hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan sevgili aileme en içten dileklerle teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın benden sonra gelecek arkadaşlara bir fikir verebilmesi ve yardımcı olması dileklerle.

Saadet PUL

**İÇİNDEKİLER**

|  | Sayfa No   |
|--|------------|
| <b>KABUL VE ONAY .....</b>                                   | <b>II</b>  |
| <b>ÖNSÖZ.....</b>  | <b>III</b> |
| <b>İÇİNDEKİLER .....</b>                                     | <b>IV</b>  |
| <b>TABLolar DİZİNİ .....</b>                                 | <b>V</b>   |
| <b>ÖZET.....</b>   | <b>VII</b> |
| <b>SUMMARY .....</b>   | <b>IX</b>  |
| <br>   |            |
| <b>1. GİRİŞ .....</b>  | <b>1</b>   |
| <b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>                                | <b>3</b>   |
| 2.1. Ateş Düzenlemesi .....                                  | 4          |
| 2.2. Ateşin Yararları.....                                   | 5          |
| 2.3. Ateşin Zararları .....                                  | 6          |
| 2.4. Vücut Isısı Ölçümü ve Değerlendirilmesi.....            | 7          |
| 2.5. Ateş Nedenleri ve Ateşli Çocuğa Yaklaşım.....           | 10         |
| 2.6. Ateşli Çocuğa Tedavi Yaklaşımı .....                    | 14         |
| 2.7. Ateşli Çocukta Hemşirelik Yaklaşımı.....                | 18         |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>                               | <b>20</b>  |
| 3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....          | 20         |
| 3.2. Araştırmanın Evreni .....                               | 20         |
| 3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları .....                       | 20         |
| 3.4. Verilerin Toplanması .....                              | 20         |
| 3.4.1. Veri Toplama Formu.....                               | 20         |
| 3.4.2. Veri Toplama Formunda Değerlendirilen Başlıklar ..... | 21         |
| 3.4.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması .....               | 21         |
| 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....                       | 21         |
| <b>4. BULGULAR.....</b>                                      | <b>22</b>  |
| <b>5. TARTIŞMA .....</b>                                     | <b>52</b>  |
| <b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>                         | <b>57</b>  |
| <b>7. KAYNAKLAR .....</b>                                    | <b>59</b>  |
| <b>8. EKLER.....</b>   | <b>66</b>  |

## 1.GİRİŞ

Ateş, vücut ısısının normalin üzerinde olması şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuklarda en sık görülen semptomlardan biridir ve vücudun savunma mekanizmasının bir parçasıdır. Ateşin vücutta bir savunma mekanizması olduğunu ilk kez Hipokrat kaydetmiştir (1–5).

Çocukluk yaşlarında sık görülen ateş, çocuk polikliniklerine başvuru nedenleri içinde en fazla karşılaşılan sorunlardan biridir (6–9). Mc Carthy pediatrik acil servislere başvuran çocuklardan %20'sinin başvuru nedeninin ateş olduğunu, ancak bu çocukların sadece %18'inin ateşininin 40° C'nin üzerinde olduğunu bildirmiştir (10).

Çocuklarda normal vücut sıcaklığı 36,2–37,8° C arasındadır. Son çalışmalar çocuklarda normal vücut sıcaklığının üst limitinin 37,9° C olduğunu gösterdiği için, aksiller 38° C üzeri ölçümler ateş olarak kabul edilmiştir. Ateş derecelerine göre hipotermi (< 35° C), hafif ateş (< 39° C), hipertermi (41° C ve üzeri) olarak gruplandırılır (9, 11–13).

Ateş vücut ısısını önceden belirlenmiş bir limit arasında artırır. Çocuklarda, çok yüksek olmayan vücut ısıları vücudun inflamasyona bir cevabını gösterir ve ateş her zaman zararlı olmayabilir (14–16). Enfeksiyonla karşılaşıldığında ateş sık olmayarak 40° C 'yi aşar. Nadiren 41° C' den fazladır. Asla 42° C' yi geçmez (17–20).

Ateşin 39° C ve üzerinde olduğu durumlarda bağışıklık fonksiyonları düşük düzeydedir. Bu yüzden 39° C üzerindeki yüksek sıcaklıklar önlenmelidir.

Çocuklarda; 39° C üzerindeki yüksek ateşte huzursuzluk, halsizlik, baş ağrısı gibi belirtiler vardır. Nörolojik, kardiyopulmoner ve metabolik hastalıklar gibi bir hastalık ile birlikte olan veya febril konvülsiyon riski taşıyan hastalarda ateş tedavisi önemlidir (21–25).

Yüksek ateş genellikle sağlık personeli ve ailelerde korkuya neden olmaktadır. Bu durumda genel yaklaşım, yüksek olmasa da, ateşin mutlaka düşürülmesidir. Sağlık personeli arasında çocukla ilgilenen hemşirenin ateş ve ateş yönetimi, antipiretik kullanımı ile ilgili tedavi yaklaşımında benzer yaklaşım vardır.

Bu konudaki yetersiz bilgi, yüksek ateşi algılamada hatalar, çocuklara birçok gereksiz girişimlerin yapılmasına ve zarara yol açabilmektedir.

Araştırmalar ateşin seviyesinden çok vücuda verdiği fayda ve zararı göz önüne alarak hastaya yaklaşımı önerir. Bu tür bir yaklaşım, ateşin bağışıklık yönünden yararlarının en yüksek düzeye çıkarılmasını, hastanın semptomatik rahatlığının sağlanmasını, aşırı su kaybının önlenmesini, enerjinin korunmasını, febril konvulsiyondan korunma ve ebeveynlerin bilgilendirilmesini içerir (11, 24, 26, 27).

Çocuğun ateşinin uygun zamanda ve doğru yöntemle düşürülmesi önemlidir. Vücut ısısının düşürülmesinde klinik pratikte hemşirelerin tedavi yaklaşımı çok önemlidir. Çocuğun normal ısı değerini bilmek, ateşi etkileyecek çevresel faktörlerin farkında olmak, ölçümü doğru yapmak, ateş yönetimini bilmek önemli sorumluluklarından biridir. Ateş düşürme teknikleri hakkında yetersiz ve yanlış uygulamalar, ateşin uzun sürede ya da aksine hızlı bir şekilde düşürülmesine neden olarak tıbbi hatalara yol açabilir. Ayrıca, ateşin uygun zamanda düşürülmemesi çocuğun tedavisinin uzamasına ve maliyetin artmasına neden olur (28–30).

Bu araştırmanın amacı, çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde görev yapan hemşirelerin ateş konusundaki bilgi düzeylerini, ateşli çocuklara yaklaşımlarını, ateş düşürmede kullandıkları yöntemleri ve bu yöntemleri seçerken nelerden etkilendiklerini belirlemektir.

**ÖZET****Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateşin Yönetimi Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, Yaklaşımları ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması**

Ateş çocukluk çağı hastalıklarının çok sık rastlanan belirtilerinden biridir. Yüksek ateş çoğu zaman vücudun hastalığa verdiği savunma yanıtını gösterir ve bu durumda çoğunlukla tıbbi tedavi gerekmeyebilir. Hatta çok yüksek olmayan ateşin yararlı etkilerini destekleyen güçlü kanıtlar vardır. Ancak, klinik pratikte bu yaklaşımın aksine, ateşin her hasta için zararlı olduğunu yansıtan tedaviler sık uygulanır. Ateş seviyesinin acilen düşürülmesi yapılan yanlışlardan biridir.

Bu çalışma, Trabzon ve Afyon ilindeki hastanelerin çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde görev yapan hemşirelerin ateş ve ateşli çocuklara yaklaşımlarını, bilgi düzeylerini, ateş düşürmede kullandıkları yöntemleri ve bu yöntemleri seçerken nelerden etkilendiklerini belirlemek ve bu konuda eğitim ihtiyaçlarına gereksinimlerinin ne düzeyde olduğunu araştırmak amacıyla yapıldı.

Çalışmada, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, ateş ve ateşin yönetimi ile ilgili bilgi ve yaklaşımlarını içeren 33 adet sorudan oluşan anket formu kullanıldı. Anket formu, çalışmaya katılmayı kabul eden 182 hemşireye uygulandı.

Verilerin istatistiksel analizi Ki-Kare ve Fisher Ki-Kare testleri kullanılarak yapıldı.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; hemşirelerin %10,7'sinin  $> 39^{\circ} C$  aralığını yüksek ateş olarak kabul ettiği bulundu.

Hemşirelerin ateşi düşürmek için tercih ettikleri ilk 3 yöntemi sıralandırma durumları değerlendirildiğinde; ilk tercihini hastanın giysisini çıkarma, ikinci tercihini ılık uygulama yapma, üçüncü tercihini ateş düşürücü verme yöntemlerini belirttikleri görüldü.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %77,6'sında ateş korkusu saptandı. Hemşirelerin %87,7'sinin ateş düşürücü verilmesi gereken ısı değerini  $< 39^{\circ} C$  aralığını belirttiği gözlemlendi. Hemşirelerin %56'sı ateş düşürücü ilaç tedavi uygulamasına gerekçe olarak ateşe bağlı konvülsif nöbet riski olduğunu belirttiler.

Hemşirelerin, ateş ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları gözlemlendi. Araştırmada özellikle eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma

durumlarının bilgi ve davranışlara önemli ölçüde yansıdığı görüldü ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0,05$ ).

Bu sonuçlar, hemşirelerin ateşli hastaya yaklaşım konusunda bilgilerini artırmak, olumlu davranışlarını güçlendirmek için eğitime gereksinim duyduklarını göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ateş, Ateş Yönetimi, Bilgi Düzeyi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Hemşirelik

## SUMMARY

### **Investigation on the level of knowledge and approach of pediatric nurses about fever and fever management influencing factors**

Fever is one of the most common symptoms of childhood illnesses. It usually signifies the defense reaction of the body to the illness, requiring no medical treatment. Furthermore, there are strong evidence justifying the benefits of moderate fever. However, contrary to this approach, treatments reflecting that fever is harmful for all patients; are frequently applied in clinical practice. Reducing the temperature is one of the mistakes done quite often.

This study aimed to find out the attitudes of the nurses in the services of pediatrics and pediatric illnesses towards fever and children with fever, in the hospitals in Trabzon and Afyon, to identify the methods they use to reduce the temperature and what affects the choice of the methods to be used, and to define their level of required assistance for training in this subject.

A questionnaire of 33 questions was used for the study. The questionnaire was applied to 182 volunteered nurses.

The statistical analysis of data was done by using Ki-square and Fisher ki square tests.

The results of the study showed that 10,7 % of the nurses consider > 39 celcius to be high for fever.

The first three methods used by the nurses to reduce the temperature were stated as, taking off the clothes of the patient, applying warm water, and giving antipyretics, respectively.

It was found out that 77,6 % of the nurses volunteered in the study had the fear of fever, and also that 87,7% of them stated the temperature required for antipyretics application as < 39 Celsius. They gave the reason for using antipyretics is the risk of having convulsive attacks due to fever.

It was found out that the nurses don't have information on fever and its treatment. It was realized that education level, marital status and, having children was reflected on the knowledge and behaviour notably and that the difference was statistically meaningful ( $p < 0,05$ ).



The results revealed that nurses need to be trained to improve their attitudes towards the patients with fever and develop their positive behaviour.

**Key Words:** Fever, Fever management, Knowledge, Pediatrics, Nursing.

## 2. GENEL BİLGİLER

Ateş, basit olarak vücut ısısının normalin üzerine çıkması olarak ifade edilir. Bu tanımın, hipotalamusun preoptik bölgesindeki termoregülasyon merkezinin (PAOH) kontrolünde olan ve interlökin-1 (IL-1) tarafından yönetilen termoregülasyon sonucu yükselen vücut ısısı için kullanılması daha uygundur. Bu termoregülasyonun açık bir göstergesi olarak 41° C' nin üzerinde ateş çok ağır enfeksiyonlarda bile nadirdir (1, 31-33).

PAOH içerisinde birbirinden ayrı olarak termostat, normal ateş için düzenleme noktası, ısı üretimini kontrol eden nokta ve ısı harcanmasını sağlayan nokta olmak üzere dört ayrı bölge olduğu düşünülür. Bir polipeptid veya polipeptidler grubu olan ve kan monosit, fagosit hücreleri tarafından yapılan ve endojen pirojen olarak adlandırılan IL-1 ateş yanıtını yöneten en önemli maddedir ve akut faz enflamatuar yanıtın başlıca medyatörüdür. Bakteri, endotoksin, virüs, mantar, antijen-antikor kompleksleri ve bazı ilaçlar gibi eksojen pirojenler vücuda girip polimorf nüveli lökositler veya makrofajlar tarafından fagosite edildikten sonra IL-1 sentez edilerek salınır ve bu, kanla PAOH'a ulaşarak buradan prostaglandin-E2 başta olmak üzere prostaglandinler, monoaminler ve siklik adenozin monofosfat üretimi uyarılır. Bu uyarı sonucunda düzenleme eşiği yükselir ve periferik vazokonstriksiyon, ısı üretimi artışı ve ısı harcanmasının azalması ile ateş ortaya çıkar (1, 31, 34, 35).

Yüksek ateş bir hastalık değil, yalnızca bir semptomdur ve kişinin savunma mekanizmasının bir parçasıdır. Enfeksiyonlar ateşin en sık nedenlerinden birisi olmakla birlikte enfeksiyon dışı çeşitli durumlarda da ateş yükselir. Örneğin; enflamatuar, neoplastik, immünolojik hastalıklar çoğu kez ateşli seyreder (32, 33).

Çocuk hekimlerine başvurularda yakınmaların %15-20'sini ateşli çocuklar oluşturmaktadır. İlk üç ayda sıklığı daha azdır. Büyük kısmında viral enfeksiyonlar, az kısmında ciddi bakteriyel enfeksiyonlar ateşe neden olmaktadır (8, 11, 34, 35).

Ateş patogenezi iyi bilinmez. Bu konu ile ilgili araştırmalar yıllardır sürdürülmekle birlikte her basamakta tam olarak çözümlenememiştir. Isı regülasyonunda hipotalamustaki merkezlerin rolü olduğu, ateş yükselmesinin moleküler düzeyde değişikliklerle ilişkili olduğu bilinmektedir (33).

Normal vücut ısısı sınırlarını belirlemek güçtür. Genel olarak 36,1–37,8° C normal vücut ısısı olarak kabul edilir. Son çalışmalar çocuklarda normal vücut ısısının üst limitinin 37,9° C olduğunu göstermektedir (1, 5, 12, 32).

Çocuklarda vücut ısısı, erişkinlerden daha yüksektir. Vücut ısısı sabahın erken saatlerinde en düşük (04–07), akşamüstü (16–19) en yüksek düzeydedir. Akşamları sabaha göre 0,5–1° C daha yüksektir. Bu günlük varyasyon vücut ısı düzeyinin de “sirkadiyen” bir ritmi olduğunu gösterir. Ateşli dönemlerde de sabah saatlerindeki düşüklük ile akşam saatlerindeki yükseklik devam eder. Süt çocuklarında genellikle sabah-akşam vücut ısılarında fark yoktur. İlk yaşlarda gündüz ve uyanık durumda iken vücut ısısı, uyku halindeki ısıdan 0,6° C kadar yüksek olabilir. 1 yaş civarında vücut ısısı kademeli olarak erişkin düzeye doğru düşmeye başlar. Kızlarda 13–14, erkeklerde 17–18 yaşlarında stabil hale gelir (1, 5, 12, 15, 21, 36).

## 2.1. Ateş Düzenlemesi

Isı oluşumu; metabolik ve fiziksel aktivite ile sağlanır. Bazal metabolizmanın önemli bir bölümü ısı oluşumuna gider. Fiziksel aktivite kasların kasılması ile önemli miktarda ısı üretir. Soğuğa maruz kalma ile katekolaminler ısı üretimini %20–40 oranında artırır. Yenidoğanda kahverengi doku sayesinde ısı titremesiz yükselir.

Isı kaybı; radyasyon, evaporasyon, konveksiyon, kondüksiyon şeklindedir.

Radyasyon: İki cisim arasında herhangi bir temas olmaksızın ısının bir cismin yüzeyinden diğer bir cismin yüzeyine aktarımıdır. Radyasyonla ısı kaybı bir çeşit elektromanyetik dalga ile olur.

Kondüksiyon: Temas eden iki cismin birbirine ısı aktarmasıdır. Isı aktarımı, sıcaklığı yüksek olan cisimden sıcaklığı düşük olan cisme doğru olur. Aktarılan ısı enerjisi miktarı cisimler arasındaki sıcaklık farkına ve temasın süresine bağlıdır. Suya iletim yolu ile ısı kaybı daha fazladır. Bu nedenle vücut sıcaklığı yükselen kişilerin özellikle ılık banyolarla ateşinin düşürülmeye çalışılması yararlı olur. Kondüksiyon ısı kaybının %3’ ünden sorumludur.

Konveksiyon: Isının vücuttan hava akımıyla kaybına konveksiyonla ısı kaybı denir. Bu yolla ısı kaybında, ısının önce havaya iletilmesi (Kondüksiyon) sonrada hava akımıyla uzaklaştırılması gerekir. Konveksiyon, vücut sıcaklığı ile çevre

sıcaklığı arasındaki sıcaklık farkına ve ortamdaki hava akımının miktarına bağlıdır. Cam açılarak ya da vantilatör kullanılarak hava akımının artırılması yada bireyin ayakta dolaşması konveksiyon ile ısı kaybını artırır. Total vücut ısısının %12'si konveksiyon ile kaybedilir.

Evaporasyon: Vücut sıvıları ile ısı kaybı vardır. Vücut yüzeyinde buharlaşan her bir gram su için 0,58 kalori kaybedilir. Isı kaybının %22'sinden sorumludur. Deriden terleme ile akciğerlerden solunumdaki nem ile ısı kaybı olur. Deriden ve akciğerden fark edilmeden buharlaşan su miktarı günde 600 ml'yi bulur. Bu miktardaki sıvının kaybı saatte 12–16 kalori ısı kaybına neden olur (13, 37, 38).

## 2.2. Ateşin Yararları

Ateşin fayda mı, zarar mı getirdiği yoksa nötral etkisi mi olduğu henüz tam açıklık kazanmamıştır. Memeliler, sürüngenler, omurgasızlar ve balıklar, mikropla karşılaştıkları zaman vücut iç sıcaklıklarının arttığı saptanmıştır. Bu gözlem ve bulgulara göre canlılar âleminde ateş yanıtının organizma üzerine yararlı etkilerinin olabileceği varsayılmıştır. Kertenkelelere mikroorganizma enjekte edildikten sonra vücut sıcaklığının yüksekliğinin hayatta kalma şansını artırdığı ateş düşürüldüğünde yaşam şanslarının azaldığı görülmüştür. Aynı bulgular balıklar üzerinde yapılan çalışmalarda da elde edilmiştir. Farelerde yapılan bir başka çalışma da ateşin farelerde herpes simplex, polyomiyelit, kuduz virüsü enfeksiyonlarına karşı direnci artırdığı gözlenmiştir. Kan akımı enfeksiyonu olan insanlar içinde ateşi en yüksek olanların yaşam şansının en fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca deneysel çalışmalar insan bağışıklık sisteminin ateşli dönemde normal sıcaklığa göre daha iyi çalıştığını göstermiştir (2, 35, 36, 39).

Vücut sıcaklığında ki artışın yararlı etkileri şöyle özetlenebilir:

- 1- Lökosit ve nötrofil migrasyonunu artırır.
- 2- Nötrofillerde antibakteriyel madde üretimi artar.
- 3- Fagositoz ve interferon oluşumunu artırır
- 4- İnterferonun antiviral ve antitümör aktivitesi artar.
- 5- Mitojene lenfosit transformasyon yanıtını artırır.
- 6- Makrofajların bakterileri öldürme yeteneklerini artırır.
- 7- Ateşli hastalarda Fe düşer, ferritin artar, serbest serum Fe minimuma iner.

- 8- Patojen bakterilerin yüksek ısıda Fe ihtiyaçları artar. Azalan Fe, en fazla ihtiyaçları oldukları anda bakterilerin üremesini olumsuz etkiler.
- 9- Mikroorganizmaların replikasyonunu azaltır.
- 10- Glikoz oluşumu azalır, proteoliz ve lipolize bir kayış olur
- 11- Çocukta iştahsızlık kana serbest glikoz geçişini azaltır.
- 12- Ateşli hastada halsizlik ve dinlenme isteği kasların enerji gereksinimini azaltır,
- 13- Konağın olumsuz etkilenme isteği azalır.
- 14- Ateş yanıtı sırasında karaciğerden salınan bazı proteinler mikroorganizmalar için gerekli olan divalan katyonları bağlar.
- 15- Stres hormonlarının salınması adaptif mekanizmalara katkıda bulunur
- Bazı klinik çalışmalar ateşi düşürülmeyen çocukların düşürülenlere göre daha kısa sürede iyileştiğini göstermiştir.
- 16- T ve B hücre yanıtı, sitolitik T hücre oluşumu artar (7, 31, 33, 35).

### 2.3. Ateşin Zararları

Ateşin yararlı bir reaksiyon olduğunu gösteren bulgulara karşılık zararlı olabileceği durumlarda vardır. Ateş hakkındaki çoğu çalışmalar 40° C ya da daha yüksek ateşlerin bağışıklık sistemini artırmadığını göstermiştir. Yüksek ateş birçok vücut dokusunu özellikle beyini etkiler. Ateş intrakraniyal basıncı ve beyin oksijen gereksinimini de artırır. Vücut sıcaklığı 42° C üzerine çıkarsa beyinde kalıcı nörolojik hasar oluşabilir. Yapılan çalışmalarda yüksek ateş nedeniyle ölen çocukların beyin hücrelerinde dejenerasyon olduğu saptanmıştır (7, 14, 21, 34, 35).

Ateş oksijen tüketimini artırır. Ateş sırasında karbondioksit oluşumu, organik asit yapımı ve insensible su kaybı artar. Kalp hızı her 1° C için dakikada 20 vuruş artar. Bunun sonucunda kardiyak yük artar. Periferik vazodilatasyon sonucunda sistemik kan basıncı düşer, solunum hızlanır. Kalp yetersizliği olan hastalarda yetersizlik belirtileri ağırlaşabilir. Ateş orak hücreli anemisi olanlarda kronik anemiyi, kronik akciğer hastalığında akciğer yetersizliğini, diabetes mellitus' ta veya doğumsal metabolizma hastalığında metabolik bozukluğu olumsuz yönde etkiler. Akut nörolojik hastalıklar ve endotoksik şokta da ateş daha fazla zarar verebilir. Ateş idiopatik epilepside kasılmaların sıklığını artırmaktadır. 6 ay–5 yaş arasındaki çocuklarda ateş, febril konvülsiyon riskini artırır. Yüksek ateşin en iyi bilinen

komplikasyonudur. Görülme sıklığı yaklaşık %4' tür. Febril konvülsiyon geçiren çocuklarda epilepsi gelişme sıklığı %2' dir. Bu sıklık genel epilepsi sıklığına göre (%1) daha fazladır (11, 14, 21, 27, 35, 40).

Febril konvülsiyonlu olgularda ateş başladıktan sonra geçen süre %61 çocukta 12 saatten, %81 çocukta ise 24 saatten daha kısadır. Yapılan bir çalışmada febril konvülsiyon geçiren çocuklarda yüksek ateşin ( $> 40^{\circ} C$ ) daha düşük febril konvülsiyon riski taşıdığı gösterilmiştir. Febril konvülsiyon genellikle ateşin yükselmeye başladığı ilk dönemde ( $37,5^{\circ} C$  civarında) veya  $40^{\circ} C$  gibi yüksek ısı düzeyinde oluşmaktadır. Febril konvülsiyonlar genellikle kendiliğinden düzelir ve kalıcı nörolojik hasar bırakmaz (7, 14, 31, 33).

Vücut ısısının yükselmesi durumunda; çocukta baş dönmesi, baş ağrısı karın ağrısı, dehidratasyon, fotofobi, kusma, huzursuzluk, taşikardi, takipne, halsizlik, terleme ve febril deliryum gibi belirtiler ortaya çıkabilir (21, 35, 40,41).

Isı Şoku: Genellikle ateşin  $42^{\circ} C$ ' nin üzerinde olduğu durumlarda deliryum, koma ve anhidrozla karakterize tehlikeli bir durumdur. Isı şoku hipotalamustaki ısı regülasyon merkezindeki hasar sonucu gelişir. Tedavi edilmediğinde mortalite %80'lerin üzerindedir. Sağ kalanlarda serebral ataksi, ağır dizartri gibi nörolojik defisitler kalabilir. Rutin çocukluk çağı hastalıklarında çocuk aşırı giydirilmedikçe, merkezi sinir sistemi enfeksiyonu olmadıkça ya da ektodermal displazi gibi terlemeyi engelleyen bir hastalık olmadıkça ısı şoku gelişmesi beklenmez (31).

#### **2.4. Vücut Isısı Ölçümü ve Değerlendirilmesi**

Çocuklarda vücut sıcaklığının ölçülmesi kolay görülse de aslında doğru vücut sıcaklığının belirlenmesini zorlaştıran birçok faktör vardır. Vücut sıcaklığı ölçen kişiye, ölçümün yapıldığı vücut bölgesine, ölçüm tekniğine, termometrenin türüne, yaşa, günlük ısı döngüsüne, cinsiyete (erkek>kız), ırka (siyah>beyaz), hormonal faktörlere, strese, çevresel faktörlere (aşırı giyinme, fiziksel aktivite, sıcak hava, dehidratasyon, bir saat içinde beslenme vb.) göre değişkenlik gösterir (21, 35, 37).

Vücut sıcaklığı termometre ile ölçülür. Vücut sıcaklığı ölçümünde kullanılan termometre türleri şunlardır: Civalı termometreler, elektronik termometreler, infrared termometreler, digital termometreler, likid kristal deri temas termometreleri, plastik

strip termometreleridir. Vücut sıcaklığı rektal, aksiller, oral, deri ve kulaktan ölçülebilir (35).

Rektal ateş; oral ateşten  $0,5-1^{\circ}\text{C}$ , aksiller ateşten  $1-1,5^{\circ}\text{C}$  fazladır. Oral ateş; aksiller ateşten  $0,5-1^{\circ}\text{C}$  daha fazladır. Vücut sıcaklığını ölçmede altı yaşından küçük çocuklarda rektal bölge ya da aksiller bölge, altı yaşından büyük çocuklarda oral bölge ya da aksiller bölge tercih edilmelidir. Rektal ısı bütün çocuklarda  $38^{\circ}\text{C}$ 'den yüksek ise ateş olarak kabul edilir. Ateş derecelerine göre de hafif ateş ( $< 39^{\circ}\text{C}$ ), hipotermi ( $< 35^{\circ}\text{C}$ ), hipertermi ( $41^{\circ}\text{C}$  ve üzeri) olarak gruplandırılır (21, 35, 37, 41, 42).

Normal vücut ısı sınırlarını belirlemek güçtür. Normal vücut ısı değerleri rektal  $36,6-38^{\circ}\text{C}$ , kulak  $35,8-38^{\circ}\text{C}$ , oral  $35,5-37,5^{\circ}\text{C}$ , aksiller  $34,7-37,3^{\circ}\text{C}$  olarak kabul edilmektedir. Genel olarak  $36,1-37,8^{\circ}\text{C}$  normal vücut ısı olarak kabul edilir. Son çalışmalar normal vücut sıcaklığının üst limitinin  $37,9^{\circ}\text{C}$  olduğunu göstermektedir.

Değişik kaynaklarda ateşin farklı vücut bölgelerindeki ölçümlerine göre farklı ateş tanımlamaları yer almaktadır. Bununla birlikte en çok kabul gören siyasal tanımlama tüm çocuk yaş grupları için aksiller  $37,3^{\circ}\text{C}$ , oral  $37,5^{\circ}\text{C}$  kulak ve rektal  $38^{\circ}\text{C}$  üzerindeki vücut sıcaklıklarıdır (21, 35, 36, 43).

### **Rektal Ölçüm:**

Vücut sıcaklığının ölçülmesinde geleneksel olarak kullanılan ve altın standart olarak kabul edilen vücut bölgesidir. Vücut core ısı ile korelasyonu en iyi olan bölgedir. Bu bölgeden vücut sıcaklığını ölçmek için digital veya civalı cam termometreler kullanılabilir.

Cam termometre kullanılacaksa, termometrenin temiz olduğundan emin olunmalıdır. Termometrenin ucu hafifçe vazelin gibi bir jel ile yağlanır ve rektum içine  $1,5-2$  cm kadar nazik bir şekilde ilerletilir. Termometre en az üç dakika rektumda bekletilmelidir. Ölçümde digital termometre kullanılacaksa termometre bip sesi verene kadar tutulmalıdır.

Rektal ölçümde normal vücut sıcaklığı  $36,6-38^{\circ}\text{C}$  arasındadır. Bebeklerde, çocuklarda, bilinçsiz ve zayıf hastalarda vücut sıcaklığı rektal yolla ölçülür. Ancak normal yenidoğan bebekte termometrenin rektum duvarını perforate etme olasılığını

önlemek amacıyla vücut sıcaklığının aksiller bölgeden ölçülmesi önerilmektedir. Rektal anomali, rektum perforasyonu, anal fissür, apne, nosokomial enfeksiyon, rektum yada perianal enfeksiyonu, diyare, sepsis riski ve prematüre olanlarda önerilmez. Rektumda dışkıının bulunması rektal ölçümü etkileyebilir (1, 21, 35, 37, 43).

### **Aksiller Ölçüm:**

En basit ölçüm tekniği olmasına rağmen güvenilirliği en az olanıdır. Vücut core ısısı ve korelasyon yeterince iyi değildir. Ölçüm çevresel faktörlerden etkilenebilir. Digital veya civalı cam termometreler kullanılabilir.

Civalı termometre aksiller bölgeye yerleştirilirken renkli ucu aksiller bölgenin merkezine gelecek şekilde deriye doğrudan temas etmeli, giysilere değmemeli ve sabit tutulmalıdır. Aksiller bölgenin terli olmamasına dikkat edilmelidir. Termometre aksiller bölgede en az 3–5 dakika tutulmalıdır. Aksiller ölçümde normal vücut sıcaklığı 34,7–37,3° C olmalıdır. Yenidoğan döneminde rektal termometrelere bağlı rektum yırtılması riski nedeniyle aksiller ölçüm önerilmektedir (21, 35, 37, 42, 43).

### **Oral Ölçüm:**

Termometre çocuğun dilinin altına yerleştirilir, üç dakika süre ile dilaltında kalması sağlanır. Eğer çocuk sıcak veya soğuk bir şey yemiş ise ateş ölçümü on dakika bekledikten sonra yapılmalıdır. Beş yaşından küçük çocuklarda, bilinci kapalı olan ve kooperasyon göstermeyen hastalarda önerilmemektedir. Oral ölçüm için civalı cam veya digital termometreler kullanılır. Oral ölçümde normal sıcaklık 35,5–37,5° C arasındadır (35,43).

### **Kulaktan Ölçüm:**

Kulaktan ölçüm vücut core sıcaklığını yansıtmada duyarlı bir yöntemdir. Temiz ve hızlı bir ölçüm sağlamaktadır. Beyinde termostat mekanizmasının bulunduğu hipotalamus bölgesi ile kulak zarının kanlanması birbirine çok yakın atardamarlardan sağlandığı için kulak zarında ölçülen sıcaklık termostatın sıcaklığını yansıtır. Çocuk ölçümden önce sıcak duş yapmış ise, soğuk ortamda kalmışsa veya



kulağın üzerine yatmışsa ölçüm 10–15 dakika bekledikten sonra yapılmalıdır. Üç ayın altında yanlış negatiflik %30 iki yaşın üzerinde yanlış negatiflik daha azdır.

Kulaktan ölçümde normal vücut sıcaklığı 35,8–38° C arasındadır. Kulaktan ölçüm, çocuğun kulak kepçesi üst kısmından tutularak arkaya veya yukarıya doğru hafifçe çekilir. Termometrenin sensör kısmı hafifçe kulak içine itilir. Termometrenin sensör kısmının kulak zarına yakın olması doğru ölçüm değerini verir. Termometrenin ölçümü başlatan düğmesine basıldıktan birkaç saniye sonra kulaktan çıkarılıp digital göstergedeki değer okunur (21, 35, 42, 43).

### **Hipertermi:**

Vücut sıcaklığının 41° C üzerinde olmasıdır. Bu bir ateş cevabı olarak değerlendirilemez. Ateş termostatın ayarının yükselmesi sonucu ortaya çıkarken, hipertermi ise ısı kaybetme ve üretme dengelerinin düzenlenmemesinden kaynaklanmaktadır. Hipertermi genellikle enfeksiyonlara bağlı değildir, nörolojik hastalıklar, sıcak çarpması, zehirlenmeler gibi nedenlere bağlıdır (21, 37).

### **2.5. Ateşin Nedenleri ve Ateşli Çocuğa Yaklaşım**

Çocuklarda sık görülen bir semptom olan ateş çocuk acil birimlerine başvuruların %20'sini oluşturmaktadır. Acile getirilen ateşli çocukların %80'inde ateş odağı saptanırken, yaklaşık %20'sinde neden bulunamamaktadır. Bundan dolayı da akut ateşli çocuklara tedavi yaklaşımı yaş gruplarına göre yapılmaktadır. Bu yaş grupları klinik çalışma, deneyimler ve immunolojik olgunlaşma derecesi göz önüne alınarak sınıflandırılmıştır. Ayrıca bu grupları etkileyen bakteriyel etkenlerde farklıdır (7, 38, 44).

### **Ateş Sınıflaması:**

- 1- Lokalize bulgu olan ateş: Kısa sürelidir. Öykü, fizik muayene ile basit laboratuvar tetkikleri yapılarak veya yapılmadan tanı konur.
- 2- Lokalize bulgu olmadan ateş: Yedi günden daha kısa süreli bir ateş vardır. Öykü ve fizik muayene ile ateş odağı saptanamaz. Basit laboratuvar tetkikleri ile tanı konulabilir veya konulamaz.

3- Nedeni bilinmeyen ateş: Öykü, fizik muayene ve ilk laboratuvar araştırmaları ile tanı konulamayan, yedi gün ve daha fazla süredir var olan ateştir. Deneyimler, nedeni bilinmeyen ateş tanısı ile hastaneye yatırılan çocuklarda sistemik enfeksiyonların ilk sırada yer aldığını, ikinci ve üçüncü sırada kollajen doku hastalıklarının bulunduğunu göstermiştir (1, 33, 35).

Başta enfeksiyonlar olmak üzere birçok nedenden dolayı hasta karşımıza ateşli olarak gelebilir. Çocuklarda ateşin en sık nedeni solunum sistemi enfeksiyonlarıdır.

Tam bir öykü ve fizik muayene tanı için en önemli ipuçlarını verecektir. İlk anlarda özellikle yaşamı tehdit eden nedenlerin belirlenmesi en önemli noktadır. Ateşin yüksek derecesi, başlangıç tarihi, süresi, ölçüm şekli değerlendirmede özellikle önemlidir. Eşlik eden bulgu ve semptomlar, antipiretik, antibiyotik verilip verilmediği, hasta kişiyle temas olup olmadığı, seyahat öyküsü, hayvan ve böcek ısırığı, aspleni, malignite nedeniyle kemoterapi, radyoterapi alıp almadığı, renal hastalık, uzun süreli steroid kullanımı, vücut içi kateter veya ventrikülo-peritoneal şant varlığı, AIDS sorgulanmalıdır. Aşılama durumu da belirlenmelidir.

Hasta ailesi sorgulanırken bir taraftan da çocuğun çevre ile ilgisi, kişi ve objelere yanıtı, solunum şekli, renk, beslenme aktivitesi, sosyal aktivite ve motor fonksiyonlarının yaşına uygunluğu değerlendirilmelidir. Huzursuz veya letarjik görünüm, duyuşal değişiklikler, menenjizm, fokal nörolojik bulgular, stridor, retraksiyon, dispne, siyanoz, solukluk, takipne, taşikardi, hipotansiyon, hemorajik döküntü, ciltte döküntü açısından değerlendirilmelidir.

Anormal öykü, fizik muayene ve gözlem bulguları değerlendirilirken ateşli olduğu belirlenen riskli çocuklar tetkik ve tedaviye alınmalıdır. Anormal öyküde hızlı solunum, wheezing, hırıltı, hareket ettirince ağlama ve konvülsiyon hikâyesi gibi kriterler önemlidir. Anormal fizik muayenede ise; interkostal çekilmeler, burun kanadı solunumu, solunum seslerinde azalma, dolgun fontanel ve kernig bulgusudur.

Aşırı hiperpireksi ( $> 41^{\circ}$  C), dolaşım bozukluğu, hemorajik döküntü ve görünümleri ne olursa olsun immün sistemi baskılanmış çocuklarda hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir (1, 7, 35, 38, 39, 45).

Üç aylıktan küçük süt çocuklarında bağışıklık sistemi ve nörolojik sistem gelişimini tamamlamadığı için enfeksiyonlara yatkınlıkları ve ateş cevabının

oluşmasında yetersizlik vardır. Ateş, bu çocuklarda büyük bir olasılıkla ciddi bir hastalık olduğunu gösterir. Üç aydan küçük süt çocukları ağır enfeksiyonlar açısından çok risklidir. Ciddi enfeksiyonlarda daha fazla yüksek ateş görüldüğü saptanmıştır (1, 6, 33, 35).

Ateşli küçük süt çocuklarının %70' inde ateşten bakteriyel bir ajan sorumludur ve %10–15' inde ağır bakteriyel hastalık saptanır. Bu enfeksiyonlar piyogenik menenjit, üriner sistem enfeksiyonları, gastroenterit, fasiyal selülit, osteomyelit, pnömoni ve septik artrit olabilir. Ağır enfeksiyon bulguları var ise hastaneye yatırılmalıdır.

Ateşi olan tüm yenidoğanlarda sepsis çalışmalarının yapılması, laboratuvar bulgularına göre düşük ve yüksek risk gruplarının belirlenmesi önemlidir. Ayrıca dehidratasyon da yenidoğan döneminde vücut ısısının yükselmesine neden olabilir. Her ateşli yenidoğan gözlem ve antibiyotik tedavisi için hastaneye yatırılmalıdır. Hastadan tam kan sayımı, periferik kan yayması, kan kültürü, tam idrar tetkiki ve kültürü, lomber ponksiyon, beyin omurilik sıvısı incelemesi ve kültürü, dışkıda lökosit bakılması, dışkı kültürü yapılmalı, akciğer grafisi çekilmelidir (1, 33, 35).

Sepsis üç ayın altındaki febril süt çocuklarının %5' inde saptanır. Sorumlu organizmalar arasında en önde gelenleri L. Monocytogenes, Grup B Streptokoklar (sepsis, menenjit ), Salmonella (gastroenterit ), E. coli (üriner sistem enfeksiyonu ), S. Aureus (osteo-artiküler enfeksiyon) dur. Bakteriyel enfeksiyonların aksine viral enfeksiyonların sıklığı mevsimlere göre değişir. RSV ve İnfluenza A enfeksiyonları kışın daha sık görülürken, Enterovirüs enfeksiyonları (özellikle aseptik menenjit) yaz ve sonbaharda daha sıktır (1, 33, 35, 36).

Üç ayın altındaki febril bir hastaya yaklaşımda öykü ve fizik muayene ile otitis media, gastroenterit, selülit ve iskelet enfeksiyonları araştırılmalı, laboratuvar incelemesi yapılmalıdır. Fizik muayene ve rutin laboratuvar (lökosit sayısı, band şekillerinin sayısı, idrar sedimenti, sedimentasyon hızı) bulguları normal bulunan bebeklerde de sepsis gelişme olasılığı vardır. Toksik görünen üç aylıktan küçük febril süt çocukları hastaneye yatırılmalıdır. Kan, idrar ve serebrospinal sıvıdan kültür yapılmalı ve hemen IV antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. Antibiyotik seçimi bu yaşa uygun patojenleri kapsamalıdır (1, 6, 33, 36, 46–48).

Bütün yaş gruplarında toksik veya hasta görünenler ile yenidoğanlar, immün yetersizliği olanlar ile kemoterapi alanlarda sepsis protokolü uygulanmalıdır (37, 39).

3–24 ay arası çocuklarda genel yaklaşım, öncelikli olarak ateş için bakteriyel odak araştırılmalı ve var ise tedavi edilmelidir. Bakteriyel odaktan enfeksiyonun yaygınlaşma riski, immün olgunlaşma nedeniyle oldukça azdır. Bu yaş grubunda bakteriyel enfeksiyon en sık otitis media, pnömoni, menenjit, osteomyelit, gastroenterit ve idrar yolu enfeksiyonu şeklinde ortaya çıkar. Ayrıca bu yaş grubunda yüksek ateşli olmasına karşın iyi görünen ve belirli bir ateş odağı saptanamayan çocukların %5' inde hemokültür pozitifliği saptanabilmektedir. Bu duruma gizli bakteriyemi denir. Pnömonili febril çocukların %11' inde, otitis media veya farenjitli çocukların %1,5' inde bakteriyemi vardır. Gizli bakteriyemili çocukların %85' inde S. Pneumoniae, ikinci sıklıkta H.İnfluenza (%10) ve daha az oranda N.Menengitis ve Salmonella türleri saptanır (1, 6, 33, 38).

Enfeksiyon fokusunu göstermeyen ve genel durumu bozulmayan yüksek ateşli 3–24 aylık çocuklarda da %4 oranında sepsis görülür. H. İnfluenzae b aşısının rutin aşılama programlarına alınmış olduğu toplumlarda 3–24 ay arası çocuklarda H. İnfluenzae b enfeksiyonları belirgin olarak azalmıştır (1,33).

Ateşi 39,4° C' nin üstünde, total lökosit sayısı 5000'den az veya 15000'den fazla olan, band / nötrofil oranının 1,6 ve üzerinde olması, aspleni, malignite, immün yetersizlik gibi kronik bir bozukluğun varlığı, N. Menengitis ile temas öyküsü, klinik olarak çocuğun hasta görünümlü, letarjik veya huzursuz olması ve yemek yemeyi, su içmeyi reddetmesi ayrıca peteşi varlığı sepsis için yüksek risk olduğunu düşündüren bulgulardır (1, 33, 35, 44, 48, 50).

3–36 ay arasında yüksek riskli (fokal belirti vermeyen) çocuklar hastaneye yatırılmalı. Kan, idrar, bos kültürleri alınmalı, röntgen çekilmeli ve antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. Fokus saptanamayan iyi görünen, ancak gizli bakteriyemi düşünülen çocuk yakın izleme koşuluyla eve yollanabilir. Kültürde üreme olduğunda tedaviye başlanmalıdır (1, 33, 44, 48, 49).

## 2.6. Ateşli Çocuğa Tedavi Yaklaşımı

### Destek Tedavisi

Vücuttan ısı kaybına izin vermek için ateşli çocuğun giysileri çok sıkı olmamalı, tamamen de çıkarılmamalıdır. Hafif bir giysi giydirilmelidir. Odanın iyi havalanması sağlanmalı, oda sıcaklığı 21–22° C civarında tutulmalıdır. Ateşli çocuğun metabolizma hızı arttığı için, sıvı kaybı artmaktadır. Dehidratasyon da ateşi artıracağı için çocuklara alabildikleri kadar su, meyve suyu gibi sıvılar verilmelidir. Yeterli kalori alması sağlanmalıdır. Ateşli çocuğa ılık uygulama yapılmalıdır veya ılık su ile duş aldırılmalıdır. Bulaşıcı hastalık olasılığı yüksek olduğu için ateşli çocuk veya bebek 24 saat boyunca ateşsiz kalana kadar başkalarıyla teması önlenmelidir (1, 21 33, 35).

### Antipiretik Tedavi

Ateşin normal bir korunma mekanizması mı yoksa rastlantısal biyolojik bir yanıt mı olduğu henüz tam anlamıyla yanıtlandırılmamıştır. Ayrıca birçok durumda ateşin fayda mı, zarar mı getirdiği yoksa nötral bir etkisi mi olduğu henüz bilinmemektedir.

Orta derecede ateş yükselmesi, fagositoz, lökosit migrasyonu, lenfosit transformasyonu ve interferon yapımında artma, immün yanıtta güçlenme ile birliktedir. Kantitatif olarak küçük derecede olan bu klinik değişikliklerin önemi halen bilinmemektedir. Buna karşın 40° C ve üzerindeki ateşli durumlarda immün yanıtın azaldığı bildirilir.

Ateşin metabolik etkisi normal çocuklar tarafından iyi tolere edilmesine karşın, bazı klinik durumlar vardır ki metabolik etkiler kötüleşebilir ve tehlike yaratabilir. Ateşin her 1° C artışında bazal metabolizma %10–12 oranında arttığı gibi, O<sub>2</sub> tüketimi, CO<sub>2</sub> üretimi, sıvı ve kalori gereksinimi de artar, Ateş ve eşlik eden metabolik değişiklikler kardiyopulmoner sistemde strese neden olabilir. Özellikle 6 ay–6 yaş arasındaki çocuklarda febril konvülsiyona yol açabilmekte, ayrıca çocuklarda iritabilite, deliryum, dezoryantasyon ve halüsinasyon gibi diğer nörolojik bulgular da görülebilmektedir. Çalışmalarda, endotoksik şok ve gram negatif sepsiste ateşin, mortaliteyi artırdığı gösterilmiştir. Bunların dışında ateşin düşürülmesi ateşe

bağlı taşikardi, takipne ve nörolojik bulguların düzelmesini ve çocuğun daha sağlıklı değerlendirilmesini sağlayacaktır (35).

Antipiretikler hiçbir zaman ciddi bakteriyel enfeksiyonların diğer viral enfeksiyonlardan ayrılmasında yardımcı olmaz.

Nedeni bularak buna etkin tedaviyi planlama esas yaklaşım olmasına karşılık febril konvülsiyon geçirme riski olan, klinik olarak hasta, sepsis, septik şok şüphesi olan ve kalp veya solunum yetersizliği riski olan, nörolojik hasar veya hastalığı, sıvı–elektrolit dengesizliği, metabolik bozukluğu olan veya 40° C ve üzerinde ateş saptanan çocuklarda ateşin semptomatik olarak acil tedavisi uygundur (6, 34–36, 47).

### **Santral Antipiretikler**

Hipotalamik maddelerden bazıları ateşi düşürmektedir. Bunlar; somatostatin, arjinin, vazopressin ve alfa melanosit faktördür. Ateş olduğunda bu maddeler daha fazla üretilmektedir. Bunlar hipotalamik düzeyde etki etmektedir. Bu maddelere santral antipiretikler denir. Son zamanlarda yapılan çalışmanın arjinin, vazopressin reseptör antagonistlerinin indometazin antipiretik etkisini ortadan kaldırdığını ve salisilatların antipiretik etkilerini, arjinin vazopressin salımını artırarak gösterdikleri saptanmıştır. Ayrıca bazı durumlarda bu maddelerin eksikliğinde vücut ısısının normale dönemeyeceği düşünülmektedir (6, 36, 47).

### **Sistemik Antipiretikler**

Sistemik antipiretikler nonsteroid antiinflamatuvarlardır. Salisilat, asetaminofen, ibuprofen en sık kullanılanlardır. Bu ilaçlar prostaglandin-E<sub>2</sub> sentezini bloke ederler. Periferik vazodilatasyon ve terleme ile ısı kaybını artırır. Böylece hipotalamik termoregülatör merkezin yükselmiş olan derecesini normale düşürürler. Bundan dolayı hipertiroidi, atropin entoksikasyonu, maling hipertermi ve sıcak çarpması gibi ısı yapımının artması veya ısı kaybının azalmasına bağlı oluşan ateşlerde kullanılmasında yararı yoktur (6, 36, 47).

Antipiretik tedavi genelde ateşin patofizyolojik temeline uygun olmalıdır. Hipotalamusun preoptik bölgesindeki termoregülasyon merkezindeki (PAOH) düzenleme eşiğinin yükselmesine bağlı olarak gelişen ateşte en uygun tedavi bu eşiği

normale indirmektedir. Bu amaçla en çok kullanılan ilaçlar salisilatlar, parasetamol ve ibuprofen'dir (11, 31, 34).

### **Salisilatlar:**

Salisilatlar çocuklarda kullanılan en eski ateş düşürücü ve ağrı kesicidir. Araşidonik asitin prostoglandin-E<sub>2</sub> 'ye dönüşümünde katalizör görevi yapan maddeyi inhibe ederek prostoglandin düzeyinde düşüş sağlanır ve bu düşüş de set-pointi düşürerek ateşin düşmesine neden olur. Ayrıca antienflamatuar etkisinin güçlü olması nedeniyle enflamasyonla birlikte ateşin yüksek olduğu hastalarda çok etkilidir. Doz 10mg/kg olup, her dört saatte bir verilebilir. Maksimum doz 3,6gr/gün geçmemelidir (49).

Yan etkileri; uzun süreli ve yüksek doz kullanımında salisilizm (baş dönmesi, baş ağrısı, bulanık görme, işitme kaybı, kulak çınlaması, tremor, takipne, hiperpne, akut böbrek yetmezliği, pulmoner ödem, hipopotasemi, hiponatremi ve hipernatremi) görülebilir. En önemli yan etkilerinden biride suçiçeği ve influenza gibi viral enfeksiyonlarda ateş düşürme amacı ile kullanıldığında 100.000'de 1–2 oranında "Reye Sendromu" adı verilen karaciğer ve beyin hasarı ile seyreden, yaklaşık %40 oranında ölümle sonuçlanan hastalığa neden olabilmesidir (1, 6, 33).

Amerika da 1980 yılında aspirin ile Reye sendromu arasındaki ilişki rapor edildi ve suçiçeği, influenza gibi hastalıklarda çocuklarda kullanımı 1982 yılından itibaren yasaklandı. 1980–1997 yıllarında Reye Sendromu görülme sıklığında azalma saptanmıştır. Reye Sendromu ile olan ilişkisinden dolayı da çocuklarda basit antipiretik olarak aspirin önerilmemektedir.

Salisilatlar ayrıca trombosit fonksiyonlarında antipiretik olarak önerilmemektedir. Bozulma, gastrointestinal sistemde enflamasyon ve kanama, karaciğer ve böbrek toksisitesi, immün sistemin baskılanması ve duyarlılığı olan kişilerde artma atağı oluşturma gibi yan etkileride vardır. Kan valproat düzeyini artırır. Kortikosteroid ile kullanıldığında gastrointestinal kanama riski daha fazladır (1, 6, 21, 33, 36, 47).

**Parasetamol:**

Çocuklarda en sık kullanılan ateş düşürücüdür. Ateş düşürücü etkisini beyinde prostoglandin sentezini azaltarak gösterir. Ancak periferde prostoglandin sentezini inhibe etmediği için antienflamatuar etkisi yoktur.

Parasetamol ve salisilatların ateş düşürücü etkisinin başlangıcı, pik etkisi ve etki süresi açısından fark yoktur. Aspirine göre atılımı daha hızlı, bu nedenle orta dereceli doz aşımında birikim özelliği daha azdır. Dehidrate olmayan, karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal olan çocuklarda antipiretik dozu: 10–15 mg/kg/doz, 4–6 saat ara ile verilebilir. Günlük doz toplam 60 mg/kg şeklinde önerilmektedir.

Yaşamın ilk bir ayında, yarılanma süresi tam bilinmediğinden çok dikkatli kullanılmalıdır. İki aydan büyük çocuklarda güvenle kullanılabilir. Ayrıca önerilen tedavi dozunda ciddi yan etkisi olmadığı ifade edilse de uzun süre kullanımda böbrek hasarı, yüksek doz kullanımda ise akut tübüler nekroz ve akut karaciğer yetmezliği oluşmaktadır. Etkisi 0,6–0,9. saatlerde başlar ve en az üç saat devam eder (1, 6, 11, 21, 34–36, 47).

**İbuprofen:**

1989 yılından beri çocuklarda ateş düşürücü olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda ateş düşürücü olarak kullanımı daha da artmıştır. İbuprofen çeşitli propionik asitten üretilmiştir. Antipiretik etkisi yanında analjezik ve antienflamatuar etkiside vardır. İbuprofen de prostaglandin sentezini inhibe ederek etkisini gösterir. Altı aylıktan küçük çocuklarda kullanılmamalıdır. Doz 5–10 mg/kg 6–8 saat ara ile verilir. Total dozun 40–60 mg/kg/günü geçmemesi önerilir. İbuprofen kolaylıkla oral yolla sindirilir. İlaç alındıktan 1–2 saat içinde en yüksek plazma konsantrasyonuna ulaşır. İlacın %90'ı idrarla atılır. 1–2 saat sonra karaciğerde metabolize edilir (1, 21, 47).

İbuprofenin parasetamole göre ateş düşürücü etkisinin %50–100 kat daha güçlü olduğu araştırmalarda gösterilmiştir. Bazı araştırmacılar ise her iki ilacında etkinliğinin benzer olduğunu ancak etki süresinin ibuprofende 6–8 saat, parasetamolde ise 4–6 saat olduğunu bildirmektedir. Reye Sendromu dışında aspirinin tüm yan etkilerine sahiptir. Gastrointestinal iritasyon şikâyetleri aspirin ve indometazine göre daha az görülür. Asetominofenden tek üstünlüğü aşırı doz alımı



durumunda daha az toksik etkisinin olmasıdır. Başlıca ölüm nedeni akut böbrek yetersizliği ve apne dahil merkezi sinir sistemi değişiklikleridir. Tüm bunlar kolay tedavi edilebilir (21, 35, 46, 49–51).

### **Metamizol:**

Ateş düşürücü etkisinin mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Bazı çalışmalara göre santral sinir sistemi üzerine direkt etkili olduğu ve endojen pirojenlerin sentezi ve salımının periferik inhibisyonunu da yapabileceği üzerinde durulmaktadır. Çocuklarda eliminasyonu hızlıdır.

Yan etkileri; en önemli yan etkisi agranülositozdur. İngiltere ve Avrupa’da kullanımı yasaklanmıştır. Yan etkilerinin çokluğu nedeniyle çocuklarda metamizol antipiretik olarak kullanılmamalıdır (6, 21, 33, 36, 47).

### **2.7. Ateşli Çocukta Hemşirelik Yaklaşımı**

Hemşirelik yaklaşımları ateş düşürme yöntemlerini uygulamayı ve destekleyici bakımı vermeyi içerir.

**Ortam ısısı:** Ateşli çocuğun bulunduğu odanın ısısı 21–22° C arasında tutulmalıdır. Bu düzeydeki ısı, çocuğun ısı kaybının en üst düzeyde olmasını sağlar. Oda ısısının değerini azaltmak için cam açılmalıdır. Havalandırma cihazları ve vantilatörlerde kullanılabilir. Ancak çocuğun direk olarak hava akımının karşısında bırakılmamasına dikkat edilmelidir.

**Çocuğun giysileri:** Ateşli çocuğun üzerinin sarılması ve aşırı giydirilmesi doğru değildir. Az sayıda ve gevşek giysiler çocuğun ısısının düşürme mekanizmalarına yardımcı olur. Eğer çocuk üşüyor ve titriyorsa üzerine ince bir örtü örtülebilir. Vücut ısısına etki eden bazı faktörleri incelemek amacıyla Takayama ve ark. (12) 203 sağlıklı term bebeklerin aksiller vücut ısılarını ölçmüşler, çevresel ve diğer faktörlerin vücut ısısına etkilerini araştırmışlardır. Term bebeklerin doğumdan sonraki ortalama vücut ısıları 36° C bulunmuş. Bebeklerin vücut ısıları doğum ağırlığı ve annenin vücut ısısı ile ilişkili bulunmasına rağmen doğum zamanı ile ilişkisi bulunmamıştır. Doğumdan 2–3 saat sonra vücut ısısı 0,2° C artarken, 15–20 saat sonra bu artış 0,3° C’ ye çıkmıştır. Yine aynı araştırmacılar 114 yenidoğanda banyo ile vücut ısısın da 0,2 C°’lik düşüş saptamışlar ve bebeklerin %17’sinde

hipotermik değer ölçülmüştür. Hipotermisi olan bu bebeklerin çevre faktörleri düzeltildiğinde vücut ısıları normale dönmüştür.

**Beslenme:** Ateş çocuğun kalori gereksinimini arttırdığından çocuğun beslenmesinin desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca ateş, terlemeyi ve solunum sayısını arttırarak sıvı kaybının da artışına yol açar. Bu durum dehidratasyon ve vücut ısısının daha da artmasına neden olacağı için çocuğa bol miktarda sıvı verilmelidir. Su, meyve suyu, sulu meyveler verilmelidir. Bebek anne sütü ile besleniyorsa beslenme sıklığı arttırılmalıdır. Ateş sindirimi yavaşlattığı için yağlı ve zor sindirilen gıdalar verilmemelidir. Eğer ateşli çocuğun sıvı alımı iyi değilse en kısa sürede sağlık kuruluşuna götürülmesi konusunda aile bilgilendirilmelidir.

**Fizik aktivite:** Çocuğun aşırı fiziksel aktivitesi vücut ısısının daha da artmasına neden olacağından fazla fiziksel aktiviteden kaçınılmalıdır. Yine de çocukların evde basit oyunlar oynamasına izin verilmelidir (49).

**Ilık Uygulama:** Bu uygulama ateş düşürülmede kullanılan non-farmakolojik bir yöntemdir. Vücut yüzeyleri geniş olduğu için küçük çocuklarda daha etkindir. Ilık uygulamada kullanılan suyun sıcaklığı 29–30° C olmalıdır. Suya kesinlikle alkol katılmamalıdır. Çünkü alkol deriden emilerek, buharı ise solunum yolu ile santral sinir sistemi depresyonuna neden olabilir. Ilık uygulama ile vücut ısısı bir saat içinde 1,5–2° C den fazla düşürülmemelidir. Eğer vücut ısısı fazla düşürülürse hipotalamus etkilenecektir. Ilık uygulama beş dakikadan az otuz dakikadan fazla yapılmamalıdır. İşlem uzun sürdürüldüğünde, ateşin çok yüksek olmadığı durumlarda ve uygun olmayan yöntemlerle yapıldığında çocuğun üşümesine titremesine neden olarak ateşin daha da artmasına yol açabilir. Çünkü bu durumda damarlarda vazodilatasyon oluşur. Ilık uygulama daha çok koltuk altı ve kasıklara uygulanmalıdır. Bu bölgelerde kan damarları daha yüzeyseldir. Bu bölgelere konulan ıslatılmış bezler saat yönünde ısındıkça değiştirilerek yapılır. Bu uygulama yapılırken çocuğun ıslak havlu ile sarılmasına dikkat edilmelidir. Ilık su yerine kesinlikle soğuk su kullanılmamalıdır. Uygulama öncesi ve sonrası vücut ısısı kontrol edilmelidir (28, 47, 49).

## TABLOLAR DİZİNİ

|   | <b>Sayfa No</b> |
|---|-----------------|
| <b>Tablo 4.1.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelere Ait Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı.....   | 22              |
| <b>Tablo 4.2.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin; Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yüksek Ateş Olarak Kabul Ettikleri Vücut Isısı Aralığının Karşılaştırılması.....  | 23              |
| <b>Tablo 4.3.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Vücut Isısını Ölçmek İçin Tercih Ettikleri Termometrelerin Dağılımı .....  | 24              |
| <b>Tablo 4.4.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin 6 Yaşından Küçük Çocuklarda Vücut Sıcaklığını Ölçmek İçin Tercih Ettikleri Vücut Bölgelerinin Dağılımı .....   | 25              |
| <b>Tablo 4.5.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin 6 Yaşından Büyük Çocuklarda Vücut Sıcaklığını Ölçmek İçin Tercih Ettikleri Vücut Bölgelerinin Dağılımı .....   | 25              |
| <b>Tablo 4.6.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Termometrenin Rektal Bölgede Kalma Süresini Bilme Durumuna Göre Dağılımı .....   | 26              |
| <b>Tablo 4.7.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Termometrenin Aksiller Bölgede Kalma Süresini Bilme Durumuna Göre Dağılımı .....   | 28              |
| <b>Tablo 4.8.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Termometrenin Oral Bölgede Kalma Süresini Bilme Durumuna Göre Dağılımı .....   | 30              |
| <b>Tablo 4.9.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Termometrenin Kulak Bölgesinde Kalma Süresini Bilme Durumuna Göre Dağılımı .....   | 32              |
| <b>Tablo 4.10.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin “Vücut Sıcaklığını Ölçen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşiresinin Belirtmesi Gereken En Önemli Durum Hangisidir?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı ..... | 33              |
| <b>Tablo 4.11.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin “Ölçüm Yöntemlerinden Hangisinin Güvenilirliği En Azdır?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....  | 34              |

|                    |   |    |
|--------------------|---|----|
| <b>Tablo 4.12.</b> | Çalışmaya Katılan Hemşirelerin; Ateşi Düşürmek İçin Tercih Ettikleri İlk 3 Yöntemi Sıralandırma Durumlarına Göre Dağılımı .....                                       | 35 |
| <b>Tablo 4.13.</b> | Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Ateş Düşürücü Verilmesi Gereken Isı Aralığı Düzeyini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı.....              | 38 |
| <b>Tablo 4.14.</b> | Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Ateşli Çocuklara Ateş Düşürücü İlaç Verilmesinin En Önemli Nedenini Belirtme Durumlarına Göre Dağılımı .....                           | 40 |
| <b>Tablo 4.15.</b> | Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Eğitim Durumu ve “Vücut Isısının Değerlendirilmesinin En Uygun Olduğu Durum Hangisidir?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı ..... | 41 |
| <b>Tablo 4.16.</b> | Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Ateşle İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru–Yanlış Yanıtların Dağılımı .....   | 42 |
| <b>Tablo 4.17.</b> | Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve “41°C ↑ Ateşin Nedeni Enfeksiyon mu dur?” Sorusunu Bilme Durumuna Göre Dağılımı .....                  | 46 |
| <b>Tablo 4.18.</b> | Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Febril Konvülsiyon Geçiren Çocuğa Yapılmaması Gereken Uygulamayı Bilme Durumuna Göre Dağılımı .....    | 48 |
| <b>Tablo 4.19.</b> | Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Antipiretik Tedavi İle İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru-Yanlış Yanıtların Dağılımı.....  | 50 |

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Çalışma, Trabzon ve Afyon ilindeki hastanelerin çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde görev yapan hemşirelerle yapılmıştır. Çalışmaya katılan hemşireler, hastanelerin çocuk acil, çocuk cerrahisi, hematoloji, onkoloji, süt çocuğu, adölesan, yenidoğan, yenidoğan yoğun bakım, enfeksiyon servislerinde görev yapmaktadırlar. Çalışma kapsamındaki hastaneler; Tıp Fakültesi Hastaneleri, Devlet Hastaneleri, Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanelerinden oluşmakta idi.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni**

Trabzon ve Afyon ilindeki hastanelerin çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 182 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Trabzon ve Afyon ilindeki hastanelerin çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde görev yapan hemşirelerden araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırma kapsamına alındı.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

##### **3.4.1. Veri Toplama Formu**

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, ateş ve ateşin yönetimi ile ilgili bilgi ve yaklaşımlarını içeren 33 adet sorudan oluşan anket formu (EK 1) ilgili literatürlerden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlandı.

Anket formu, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı tarafından tıbbi etiğe uygunluğu yönünden değerlendirildi ve uygun görüldü.

### 3.4.2. Veri Toplama Formunda Değerlendirilen Başlıklar

Anket formunda sorulan sorular ile; çalışmaya katılan hemşirelere; ait sosyo-demografik özellikleri, yüksek ateş olarak kabul ettikleri vücut ısısı, vücut ısısını ölçmek için tercih ettikleri termometreler, altı yaşından küçük ve büyük çocuklarda vücut sıcaklığını ölçmek için tercih ettikleri vücut bölgeleri, termometrenin rektal bölge, aksiller bölge, oral bölge ve kulak bölgesinde kalma süresi ve ateş derecesi hakkındaki bilgi düzeyleri, vücut sıcaklığı ölçümünde öncelikle tercih ettikleri durum, ölçüm yöntemlerinin güvenilirliği hakkındaki bilgileri, ateşi düşürmek için tercih ettikleri ilk üç yöntemi sıralandırma durumu, ateş düşürücü verilmesi gereken ısı aralığı düzeyini bilme seviyeleri, ateş düşürücü ilaç kullanma endikasyonunda en önemli tercihleri, vücut ısısının ölçümü için en uygun zaman hakkındaki bilgileri, ateşle ilgili genel bilgi seviyeleri, 41° C'nin üstündeki ateşin nedeni enfeksiyon mu dur? sorusuna yanıtları, febril konvülsiyon tedavisinde yapılmaması gerekenler, antipiretik tedavi ile ilgili bilgi seviyeleri değerlendirildi (EK 1: Anket formu ).

### 3.4.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Çalışma için Trabzon ve Afyon ilindeki hastanelerin Başhekimlik ve Başhemşirelik'lerinden gerekli izinler alındı. Anket formları, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere dağıtıldı ve daha sonra toplandı. Anket formu, 03.2006–06.2006 tarihleri arasında üç ay süresince uygulandı. Toplam 264 hemşireye anket formu elden ulaştırıldı. 182 hemşire anket formunu doldurarak çalışmaya katıldı.

### 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verilerinin değerlendirilmesinde Ki-Kare analizi ve Fisher Ki-Kare analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p değeri 0,05 olarak belirlendi.

## TARTIŞMA

Yüksek ateş çocukluk çağında en sık görülen ve sağlık personellerini ve aileleri en çok korkutan sorunlardan birisidir. Tüm çocuklar, yaşamları boyunca yüksek ateşe maruz kalabilirler. Bu nedenle ateşli çocuğa tedavi hizmeti sunan hemşirelerin, ateşli hastaya yaklaşımları bu sık rastlanan semptomun tedavisinde önem arz etmektedir (8, 10).

Bu çalışmada, hemşirelerin %13,9'unun 37,0–37,9° C, %75,3'ünün 38,0–38,9° C değerlerini yüksek ateş olarak belirttikleri saptandı. 39° C ve üzeri değerleri yüksek ateş olarak belirten hemşirelerin oranının (%10,3) düşük olduğu belirlendi.

Çalışmada lisans/yüksek lisans mezunu, bekâr ve çocuğu olmayan hemşirelerin, lise ve ön lisans mezunu, evli ve çocuğu olan hemşirelere göre daha yüksek oranda 39° C ve üzeri değerleri yüksek ateş olarak kabul ettikleri tespit edildi. Bu durumda, eğitim düzeyinin önemli olduğu, evli ve çocuğu olan hemşirelerin çocuklarına karşı koruyucu davrandıkları için ateş korkusunun daha yüksek düzeyde olduğu ve yüksek ateşle ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı belirlendi.

Helen ve ark. yaptıkları çalışmada hemşirelerin 37,2–39,0° C ateş değerlerini yüksek ateş olarak kabul ettiklerini saptamışlardır (86).

Vücut ısısı termometre ile ölçülür. Vücut ısısı ölçümünde kullanılan değişik türde birçok termometre mevcuttur. En sağlıklı ölçüm, civalı cam termometre ile rektal ölçümdür (1, 43).

Bizim çalışmamızda, vücut ısısının ölçümünde hemşirelerin %94'ünün civalı termometreyi tercih ettiği görüldü. Ulukol ve ark. doktor ve tıp öğrencileri ile yaptıkları çalışmada vücut ısısının ölçümünde doktorların %94'ünün, tıp öğrencilerinin ise %88'inin civalı termometreyi tercih ettiklerini saptamışlardır (32).

Vücut ısısı ölçümü rektal, aksiller, oral, deri ve kulaktan ölçülebilir. Vücut sıcaklığı ölçmede altı yaşından küçük çocuklarda; rektal bölge yada aksiller bölge, altı yaşından büyük çocuklarda oral bölge yada aksiller bölge tercih edilmelidir (35, 43, 50).

Bizim çalışmamızda; hemşirelerin altı yaşından küçük ve büyük çocuklarda vücut ısısını ölçmek için yüksek oranda doğru bölgeyi tercih ettikleri bulundu. Aynı zamanda hemşirelerin, termometrenin rektal ve aksiller bölgede kalma süresini doğru bildiği, oral bölge ve kulak bölgesinde kalma süresini bilemediği gözlemlendi.

Evli ve çocuğu olan hemşirelerin, bekâr ve çocuğu olmayan hemşirelere göre daha yüksek oranda termometrenin rektal ve aksiller bölgede kalma süresini doğru bildiği gözlemlendi. Bu durumda evli ve çocuk sahibi olan hemşirelerin vücut ısısının ölçümü ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit ettik. Ancak hemşirelerin, oral ve kulak bölgesi ölçümü ve kulak bölgesi ateş derecesi ile ilgili bilgi düzeyleri düşük olarak değerlendirildi.

Hemşirelerin, çocuk hemşireliği yapma süresi arttıkça termometrenin aksiller bölgede kalma süresini daha yüksek oranda doğru bildikleri görüldü. Bu doğru bilme oranının yüksekliği klinik pratikte aksiller ve rektal bölge ölçümünün daha sık kullanımı ile açıklanabilir.

Pratikte aksiller ısı ölçümü sık yapılır Ancak, aksiller ölçüm tekniğinde yüzeyden ölçüm yapıldığı için vücut core sıcaklığını tam olarak yansıtmaz. Termometrenin aksiller bölgede sabit tutulması gerekir. Bundan dolayı güvenilirliği en az olan bir ölçüm yöntemidir (1, 42, 43). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %13,6'sı aksiller ölçüm yönteminin güvenilirliğinin az olduğunu kabul ettiler.

Çocuklarda vücut sıcaklığının belirlenmesini zorlaştıran birçok faktör vardır. Vücut sıcaklığını ölçen kişiye, ölçümün yapıldığı vücut bölgesine, ölçüm tekniğine, termometrenin türüne, ölçümün yapıldığı ortama, günün saatine, ölçüm öncesinde var olan fiziksel aktivitelere, çevresel faktörlere, yaşa, cinsiyete, ırka, strese, hormona vb. faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterir. Vücut ısısı sabah (05–07) en düşük, akşam (17–19) en yüksek düzeydedir. Akşamları sabaha göre 0,5–1° C daha yüksektir.

Ateş ölçülürken hasta ince giyimli olmalıdır. Yarım saatlik bir dinlenme süresinden sonra ölçüm yapılmalıdır. Bizim çalışmamızda yüksek seviyede eğitim almış olan hemşirelerin bu kurala daha fazla uydukları gözlemlendi. Yine bu gruptaki hemşireler ateşin diurnal değişkenlik özelliğini daha yüksek oranda doğru bildiler. Bununla birlikte, hemşirelerin büyük bir çoğunluğu vücut ısısı ölçümünde ölçülen bölgeyi belirtmenin gerekliliğini doğruladılar.



Ateş düşürme yöntemleriyle ilgili zorluklar ve yanlış hemşirelik uygulamaları, çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin sık karşılaştıkları sorunlardır. Bu sorunlardan birisi antipiretik kullanımı ile ilgilidir. Antipiretik kullanımının gerekli olup olmadığı, etkinlikleri, ateşin risk ve yararları gibi konular uzun yıllardır devam eden tartışmalardır. Antipiretik kullanmadan önce öncelikli yer alması gereken yöntemler; çocuğun giysisini çıkarma, ılık uygulama yapma, ılık duş aldırma, oda ısısını ayarlama, aktiviteleri kısıtlama ve yeterli sıvı desteği gibi non-farmakolojik uygulamalardır (11, 34, 52, 53).

Bizim çalışmamızda, hemşirelerimizin ateşi düşürmek için birinci tercihleri giysi çıkarma, ikinci tercihleri ılık uygulama, üçüncü tercihleri ateş düşürücü verme şeklinde gözlemlendi. Lisans/yüksek lisans mezunu, bekâr ve çocuğu olmayan hemşirelerin; lise ve ön lisans mezunu, evli ve çocuğu olan hemşirelere göre ateşi düşürmek için antipiretik kullanmayı daha az tercih ettikleri gözlemlendi. Ayrıca yaş oranı ve çocuk hemşireliği yapma süresi arttıkça antipiretik verme oranı da artmaktadır.

Avusturalya’ da yapılan bir çalışma da, benzer yanlış yaklaşımlar gösterilmiştir. Çalışmaya katılanların yarısından çoğunun ateşten gereksiz korktukları gözlemlenmiştir. Ayrıca, bu çalışmada daha yaşlı ve daha tecrübeli olanların yanlış bir şekilde daha kolayca antipiretik kullandıkları belirtilmektedir (11). Benzer şekilde; Helen ve ark. hemşirelerin 39° C’den düşük ateşlerde yüksek oranda antipiretik kullandıklarını belirtmektedirler (34).

Bu durumda “antipiretikler nasıl ve ne zaman kullanılmalıdır?” sorusu önem kazanmaktadır. Araştırmacılar çocuk kendini iyi hissediyorsa ve rahat görünüyorsa 39° C’ nin altındaki değerlerde ateşi düşürmek için acele edilmemesi gerektiğini bildirmiştir (2, 3, 4, 5). Yüksek seviyede ateş varsa (39° C’ den yüksek) antipiretik kullanımı önerilmektedir (34, 54, 55). Yapılan bir çalışmada, plaseboya göre antipiretik kullananlarda kızamık ve suçiçeği tedavi süresi daha uzun bulunmuştur (2).

Bizim çalışmamızda ise antipiretik kullanımı için > 39° C aralığını kabul edenler arasında lisans/yüksek lisans mezunu, bekâr ve çocuğu olmayan hemşireler daha fazla sayıda gözlemlendi. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun antipiretik kullanımı için 38–38,9° C aralığını belirttikleri saptandı.

Febril konvülsiyon, ateşin en iyi bilinen ve sık rastlanan bir komplikasyonudur. Altı ay–beş yaş arası çocukların %2-5’inde görülür. Bu konvülsiyon her zaman ölüme, beyin zararına ya da öğrenme bozukluklarına sebep olmamasına rağmen hekim, hemşire ve ailelerin en çok korktukları bir belirtidir. Febril konvülsiyon tedavisinde yapılanlar; vücut ateşini düşürmek, yumuşak ve güvenli bir yerde korumaya almak, çocuğu yan yatırmak, sakin olmak, kriz görünümünü ve süresini gözlemlemek gibi önlemlerdir. Febril konvülsiyon sırasında yapay solunum ve kalp masajı gibi uygulamalar yapılmamalıdır (31, 34, 35, 40, 41, 55).

Bizim çalışmamızda hemşirelerin yüksek oranda febril konvülsiyon sırasında yapılmaması gereken uygulamayı doğru bildiği gözlemlendi. Evli ve çocuğu olan hemşirelerin, bekâr ve çocuğu olmayan hemşirelere göre febril konvülsiyon sırasında yapılmaması gereken uygulamayı daha yüksek oranda doğru bildiği belirlendi. Çocuk hemşireliği yapma süresi arttıkça febril konvülsiyon sırasında yapılmaması gereken uygulamayı doğru bilme oranının da arttığı saptandı.

Antipiretik kullanımının bir amacı da bu febril konvülsiyon korkusudur. Üç ayrı çalışmada; hemşirelerin çoğunun ateşli havale tedavisi için antipiretik kullanım gereği duydukları gösterildi (11, 34, 52). Ancak, birçok araştırma tekrarlayan febril konvülsiyonu önlemek için antipiretiğin yeterli ve etkili olmadığını göstermiştir (6, 53, 54, 56).

Bizim çalışmamız da, benzer korku gözlemlendi. Hemşirelerin %56’sı ateş düşürücü ilaç kullanım amaçlarının febril konvülsiyon riskini azaltmak olduğunu belirttiler. Hemşirelerin %42,9’u ateşi ve belirli semptomları azaltmak, %1’i ebeveynlerin endişesini azaltmak, çocuğun rahatını, aktivitesini ve iştahını arttırmak için ateş düşürücü ilaç verdiklerini ifade ettiler. Hemşirelerin yüksek ateşe bağlı febril konvülsiyon ve beyin hasarı korkusunun önemli boyutlarda olduğunu belirledik.

Ülkemizde doktor ve tıp öğrencileri ile yapılan iki çalışmada da (Ulukol ve ark. ve Salman ve ark.) katılımcıların en önemli korkularının yüksek ateş ve buna bağlı konvülsiyon olduğu saptanmıştır (32, 57).

Polikliniklere ateşle başvuran çocukların çoğunda belirgin bir enfeksiyon kaynağı saptanır. Ülkemizde beş yaş altı ölüm nedenlerinin başında ateş semptomu

olan solunum sistemi enfeksiyonu ve gastroenterit gelir (58, 60). Bizim çalışmamızda da hemşirelerin çoğunluğu ateşin en sık nedeninin solunum sistemi enfeksiyonlarından kaynaklandığını belirttiler.

Çalışmamızda hemşirelerin “41° C ↑ ateşin nedeni enfeksiyon mu dur?” sorusunu doğru bilme oranının düşük olduğu gözlemlendi. Lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin, lise ve ön lisans mezunu hemşirelere göre “41° C ↑ ateşin nedeni enfeksiyon mu dur?” sorusunu daha yüksek oranda doğru bildiği belirlendi. Bu durum eğitim düzeyinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Ateş tedavisinde ateş düştükten sonraki dönemde ateşin izlenmesi gereklidir. Helen ve ark. ateş nedeniyle hastaneye yatırılan çocukların en sık ateş ölçümünün hastaneye yatışını takip eden ilk 24 saat içinde yapıldığını bildirmişlerdir (34). Biz ise, hemşirelerin %68,1’inin ateşi düşürdükten sonra, ateş takibi yapmadıklarını tespit ettik.

Çalışmamızda hemşirelerin ateş düşürücü olarak sık kullanılan Metamizol, Parasetamol, İbuprofen, Aspirin hakkındaki bilgileri değerlendirildi. Hemşirelerin yaklaşık %60’ı Metamizol’un kullanılmaması gerektiğini belirttiler. “Antipiretik tedavi enfeksiyon hastalıklarında yararlıdır” sorusunu doğru bilme oranı %38,5 idi. Parasetamolün yan etkileri karaciğer ve böbrek zehirlenmesidir” sorusunu doğru bilme oranı %76,9 idi. Parasetamol ve İbuprofenin ateş düşürücü etkisi birbirine eşittir” sorusunu doğru bilme oranları düşük gözlemlendi. “Aspirin Reye sendromuna neden olur” sorusu çoğu hemşire tarafından doğru cevaplandırıldı. “Nörolojik hastalıklarda kesinlikle antipiretik kullanılmamalıdır” sorusunu doğru bilme oranı %65,8 idi. Hemşirelerin yaklaşık %90’ı antipiretiklerin prostoglandin aktivitesini azaltarak ateşi azalttıklarını belirttiler. “Parasetamolün absorbe zamanı 10–60 dakika arasındadır sorusu çoğu hemşire tarafından doğru cevaplandırıldı. Hemşirelerin %72,1’i İbuprofenin kusması olan çocuklarda kullanılmaması gerektiğini belirttiler. Hemşirelerin çoğu antipiretik ilaçların çocukları fiziksel olarak rahatlattığını kabul etti.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelere ait sosyo-demografik özellikler Tablo 4.1’de görüldüğü gibi; 75 (%41,2) hemşire ön lisans, 56 (%30,7) hemşire lisans/yüksek lisans, 51 (%24,5) hemşire lise mezunu olarak belirlendi. Araştırmaya dahil olanların 124’ünün (%67,5) genel eğitim kurslarına katıldığı tespit edildi. Hemşirelerin 123’ü (%67,6) evli ve bunların 114’nün (%67,1) çocuk sahibi olduğu saptandı.

**Tablo 4.1.** Çalışmaya Katılan Hemşirelere Ait Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

| Sosyo-Demografik Özellikler     |                 | n          | %            |
|---------------------------------|-----------------|------------|--------------|
| <b>Eğitim Durumu</b>            | Lise            | 51         | 28           |
|                                 | Ön lisans       | 75         | 41,2         |
|                                 | Lisans/Y.Lisans | 56         | 30,7         |
|                                 | <b>Toplam</b>   | <b>182</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Medeni Durum</b>             | Evli            | 123        | 67,6         |
|                                 | Bekâr           | 59         | 32,4         |
|                                 | <b>Toplam</b>   | <b>182</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b> | Evet            | 114        | 67,1         |
|                                 | Hayır           | 56         | 32,9         |
|                                 | <b>Toplam</b>   | <b>170</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Kursa Katılma Durumu</b>     | Evet            | 124        | 72,5         |
|                                 | Hayır           | 47         | 27,5         |
|                                 | <b>Toplam</b>   | <b>171</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Sertifika Alma Durumu</b>    | Evet            | 71         | 41,5         |
|                                 | Hayır           | 100        | 58,5         |
|                                 | <b>Toplam</b>   | <b>171</b> | <b>100,0</b> |

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaşlarının ortalaması 30,24 (standart sapma 5,93); en küçük hemşirenin 19, en büyük hemşirenin 51 yaşında olduğu belirlendi. Hemşirelerin ortalama çocuk sayısı 1,54 (standart sapma 0,583); en fazla 3, en az 1 çocuğa sahip oldukları gözlemlendi. Ortalama çocuk hemşireliği yapma süresi 5,99 (standart sapma 6,3); en fazla 38, en az 1 yıl çocuk hemşireliği yaptıkları saptandı.

**Tablo 4.2.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin; Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yüksek Ateş Olarak Kabul Ettikleri Vücut Isısı Aralığının Karşılaştırılması

| Sosyo-Demografik Özellikler |                 | Yüksek ateş olarak kabul edilen vücut ısısı aralığı |             |            |             |           |             |            |              |
|-----------------------------|-----------------|---|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                             |                 | 37-37,9° C  |             | 38-38,9° C |             | > 39° C   |             | Toplam     |              |
|                             |                 | n   | %           | n          | %           | n         | %           | n          | p            |
| Eğitim Durumu               | Lise            | 8   | 15,7        | 38         | 74,5        | 5         | 9,8         | 51         |              |
|                             | Ön lisans       | 11  | 14,7        | 59         | 78,7        | 5         | 6,7         | 75         |              |
|                             | Lisans/Y.lisans | 6   | 10,7        | 41         | 73,2        | 9         | 16,1        | 56         |              |
|                             | <b>Toplam</b>   | <b>25</b>   | <b>13,7</b> | <b>138</b> | <b>75,8</b> | <b>19</b> | <b>10,4</b> | <b>182</b> | <b>0,486</b> |
| Medeni Durum                | Evli            | 19  | 15,4        | 96         | 78          | 8         | 6,5         | 123        |              |
|                             | Bekâr           | 6   | 10,5        | 40         | 70,2        | 11        | 19,3        | 57         |              |
|                             | <b>Toplam</b>   | <b>25</b>   | <b>13,9</b> | <b>136</b> | <b>75,6</b> | <b>19</b> | <b>10,3</b> | <b>180</b> | <b>0,030</b> |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu    | Evet            | 17  | 14,9        | 90         | 78,9        | 7         | 6,1         | 114        |              |
|                             | Hayır           | 7   | 12,5        | 38         | 67,9        | 11        | 19,6        | 56         |              |
|                             | <b>Toplam</b>   | <b>24</b>   | <b>14,1</b> | <b>128</b> | <b>75,3</b> | <b>18</b> | <b>10,6</b> | <b>170</b> | <b>0,027</b> |
| Kursa Katılma Durumu        | Evet            | 17  | 13,7        | 92         | 74,2        | 15        | 12,1        | 124        |              |
|                             | Hayır           | 7   | 14,9        | 36         | 76,6        | 4         | 8,5         | 47         |              |
|                             | <b>Toplam</b>   | <b>24</b>   | <b>14,0</b> | <b>128</b> | <b>74,9</b> | <b>19</b> | <b>11,1</b> | <b>171</b> | <b>0,797</b> |
| Sertifika Alma Durumu       | Evet            | 9   | 12,7        | 51         | 71,8        | 11        | 15,5        | 71         |              |
|                             | Hayır           | 15  | 15          | 77         | 77          | 8         | 8           | 100        |              |
|                             | <b>Toplam</b>   | <b>24</b>   | <b>14,0</b> | <b>128</b> | <b>74,9</b> | <b>19</b> | <b>11,1</b> | <b>171</b> | <b>0,300</b> |

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin yüksek ateş aralığını > 39° C olarak daha yüksek oranda (%16,1)

belirttiği fakat eğitim durumuna göre aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir.

Medeni duruma göre bekâr hemşirelerin %19,3'ünün (11), evli hemşirelerin %6,5'inin (8) > 39° C aralığını yüksek ateş olarak belirttiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p=0,03).

Çocuk sahibi olma durumuna göre çocuğu olmayan hemşirelerin %19,6'sının, çocuğu olan hemşirelerin %6,1'inin > 39° C aralığını yüksek ateş olarak belirttiği ve çocuk sahibi olma durumuna göre aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p=0,027).

Kursa katılma ve sertifika alma durumuna göre hemşirelerin > 39° C aralığını yüksek ateş olarak çok düşük oranda (%11,1) belirttikleri görülmektedir ve belirtilen ısı aralığına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %94'ünün (171) civalı cam termometreleri tercih ettiği gözlenmektedir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Vücut Isısını Ölçmek İçin Tercih Ettikleri Termometrelerin Dağılımı

| Termometre Çeşitleri                  | n          | %            |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| Digital termometreler                 | 8          | 4,4          |
| Elektronik termometreler              | 2          | 1,1          |
| Civalı termometreler                  | 171        | 94           |
| Likid kristal deri temas termometresi | 1          | 0,5          |
| <b>Toplam</b>                         | <b>182</b> | <b>100,0</b> |

**Tablo 4.4.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin 6 Yaşından Küçük Çocuklarda Vücut Sıcaklığını Ölçmek İçin Tercih Ettikleri Vücut Bölgelerinin Dağılımı.

| 6 Yaşından Küçük Çocuklarda Vücut Sıcaklığı Ölçümünde Tercih Edilen Vücut Bölgeleri | n          | %            |
|---|------------|--------------|
| Oral Bölge  | 2          | 1,1          |
| Aksiler Bölge   | 66         | 36,5         |
| Rektal Bölge  | 110        | 60,8         |
| Kulak Bölgesi   | 3          | 1,7          |
| <b>Toplam</b>   | <b>181</b> | <b>100,0</b> |

Tablo 4.4' te görüldüğü gibi altı yaşından küçük çocuklarda vücut sıcaklığı ölçümünde hemşirelerin %60,8' inin (110) rektal bölgeyi, %36,5' inin (66) aksiller bölgeyi tercih ettiği gözlenmektedir.

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile altı yaşından küçük çocuklarda vücut sıcaklığı ölçümünde tercih edilen bölgenin doğru ya da yanlış seçimi açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 4.5.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin 6 Yaşından Büyük Çocuklarda Vücut Sıcaklığını Ölçmek İçin Tercih Ettikleri Vücut Bölgelerinin Dağılımı.

| 6 Yaşından Büyük Çocuklarda Vücut Sıcaklığı Ölçümünde Tercih Edilen Vücut Bölgeleri | n          | %            |
|---|------------|--------------|
| Oral Bölge  | 2          | 1,1          |
| Aksiller Bölge  | 170        | 93,9         |
| Rektal Bölge  | 6          | 3,3          |
| Kulak Bölgesi   | 3          | 1,7          |
| <b>Toplam</b>   | <b>181</b> | <b>100,0</b> |

Tablo 4.5'de görüldüğü gibi altı yaşından büyük çocuklarda vücut sıcaklığı ölçümünde hemşirelerin %93,9'unun (170) aksiller bölgeyi, %3,3'ünün (6) rektal bölgeyi tercih ettiği gözlenmektedir.

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile altı yaşından büyük çocuklarda vücut sıcaklığı ölçümünde tercih edilen bölgenin doğru ya da yanlış seçimi açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 4.6.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Termometrenin Rektal Bölgede Kalma Süresini Bilme Durumuna Göre Dağılımı

| Sosyo-Demografik Özellikler |                      | Termometrenin Rektal Bölgede Kalma Süresi |             |           |             |            |              |
|-----------------------------|----------------------|---|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                             |                      | Doğru                                     |             | Yanlış    |             | Toplam     |              |
|                             |                      | n   | %           | n         | %           | n          | p            |
| Eğitim Durumu               | Lise                 | 36  | 75,0        | 12        | 25,0        | 48         |              |
|                             | Ön lisans            | 60  | 85,7        | 10        | 14,3        | 70         |              |
|                             | Lisans/Y.lisans      | 46  | 86,8        | 7         | 13,2        | 53         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>142</b>                                | <b>83,0</b> | <b>29</b> | <b>17,0</b> | <b>171</b> | <b>0,213</b> |
| Medeni Durum                | Evli                 | 99  | 84,6        | 18        | 15,4        | 117        |              |
|                             | Bekâr                | 35  | 67,3        | 17        | 32,7        | 52         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>134</b>                                | <b>79,3</b> | <b>35</b> | <b>20,7</b> | <b>169</b> | <b>0,010</b> |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu    | Evet                 | 92  | 84,4        | 17        | 15,6        | 109        |              |
|                             | Hayır                | 32  | 64,0        | 18        | 36,0        | 50         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>124</b>                                | <b>78,0</b> | <b>35</b> | <b>22,0</b> | <b>159</b> | <b>0,004</b> |
| Kursa Katılma Durumu        | Evet                 | 93  | 80,9        | 22        | 19,1        | 115        |              |
|                             | Hayır                | 31  | 68,9        | 14        | 31,1        | 45         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>124</b>                                | <b>77,5</b> | <b>36</b> | <b>22,5</b> | <b>160</b> | <b>0,103</b> |
| Sertifika Alma Durumu       | Evet                 | 55  | 84,6        | 10        | 15,4        | 65         |              |
|                             | Hayır                | 69  | 72,6        | 26        | 27,4        | 95         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>124</b>                                | <b>77,5</b> | <b>36</b> | <b>22,5</b> | <b>160</b> | <b>0,075</b> |
| Yaş Durumu                  | 26 ve altı           | 30  | 66,7        | 15        | 33,3        | 45         |              |
|                             | 27-32                | 74  | 83,1        | 15        | 16,9        | 89         |              |
|                             | 33 ve üstü           | 31  | 83,8        | 6         | 16,2        | 37         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>135</b>                                | <b>78,9</b> | <b>36</b> | <b>21,1</b> | <b>171</b> | <b>0,062</b> |
| Hemşirelik Süresi           | 3 ve Daha az         | 63  | 80,8        | 15        | 19,2        | 78         |              |
|                             | 4-10 yıl arası       | 46  | 75,4        | 15        | 24,6        | 61         |              |
|                             | 11 yıl ve daha fazla | 22  | 84,6        | 4         | 15,4        | 26         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>131</b>                                | <b>79,0</b> | <b>34</b> | <b>21,0</b> | <b>165</b> | <b>0,573</b> |

Eğitim durumuna göre hemşirelerin %83'ünün (124) termometrenin rektal bölgede kalma süresini doğru bildiği gözlenmekte ve eğitim durumuna göre doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir (Tablo 4.6).

Medeni duruma göre evli hemşirelerin %84,6'sının (99), bekâr hemşirelerin ise %67,3'ünün (35) termometrenin rektal bölgede kalma süresini doğru bildiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p=0,010).



Çocuk sahibi olma durumuna göre çocuğu olan hemşirelerin termometrenin rektal bölgede kalma süresini daha yüksek oranda doğru bildiği (%84,4) gözlenmekte ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmektedir ( $p=0,04$ ) (Tablo 4.6).

Kursa katılma ve sertifika alma durumuna göre hemşirelerin %77,5'inin (124) termometrenin rektal bölgede kalma süresini doğru bildiği gözlenmektedir ve aralarında doğru bilme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.6).

Yaş durumuna göre hemşirelerin %78,9'unun (135) termometrenin rektal bölgede kalma süresini doğru bildiği görölmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.6).

Çocuk hemşireliği yapma süresine göre hemşirelerin %79'unun (131) termometrenin rektal bölgede kalma süresini doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Termometrenin Aksiller Bölgede Kalma Süresini Bilme Durumuna Göre Dağılımı

| Sosyo-Demografik Özellikler |                      | Termometrenin Aksiller Bölgede Kalma Süresi |             |           |             |            |              |
|-----------------------------|----------------------|---|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                             |                      | Doğru                                       |             | Yanlış    |             | Toplam     |              |
|                             |                      | n   | %           | n         | %           | n          | p            |
| Eğitim Durumu               | Lise                 | 43  | 86,0        | 7         | 14,0        | 50         |              |
|                             | Ön lisans            | 62  | 82,7        | 13        | 17,3        | 75         |              |
|                             | Lisans/Y.lisans      | 48  | 88,9        | 6         | 11,1        | 54         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>153</b>                                  | <b>85,5</b> | <b>26</b> | <b>14,5</b> | <b>179</b> | <b>0,608</b> |
| Medeni Durum                | Evli                 | 102   | 83,6        | 20        | 16,4        | 122        |              |
|                             | Bekâr                | 37  | 67,3        | 18        | 32,7        | 55         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>139</b>                                  | <b>78,5</b> | <b>38</b> | <b>21,5</b> | <b>177</b> | <b>0,014</b> |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu    | Evet                 | 92  | 81,4        | 21        | 18,6        | 113        |              |
|                             | Hayır                | 40  | 74,1        | 14        | 25,9        | 54         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>132</b>                                  | <b>79,0</b> | <b>35</b> | <b>21,0</b> | <b>167</b> | <b>0,276</b> |
| Kursa Katılma Durumu        | Evet                 | 98  | 81,0        | 23        | 19,0        | 121        |              |
|                             | Hayır                | 34  | 72,3        | 13        | 27,7        | 47         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>132</b>                                  | <b>78,6</b> | <b>36</b> | <b>21,4</b> | <b>168</b> | <b>0,220</b> |
| Sertifika Alma Durumu       | Evet                 | 54  | 78,3        | 15        | 21,7        | 69         |              |
|                             | Hayır                | 78  | 78,8        | 21        | 21,2        | 99         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>132</b>                                  | <b>78,6</b> | <b>36</b> | <b>21,4</b> | <b>168</b> | <b>0,935</b> |
| Yaş Durumu                  | 26 ve altı           | 32  | 68,1        | 15        | 31,9        | 47         |              |
|                             | 27–32                | 73  | 81,1        | 17        | 18,9        | 90         |              |
|                             | 33 ve üstü           | 36  | 85,7        | 6         | 14,3        | 42         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>141</b>                                  | <b>78,7</b> | <b>38</b> | <b>21,3</b> | <b>179</b> | <b>0,095</b> |
| Hemşirelik Süresi           | 3 ve Daha az         | 61  | 77,2        | 18        | 22,8        | 79         |              |
|                             | 4–10 yıl arası       | 51  | 79,7        | 13        | 20,3        | 64         |              |
|                             | 11 yıl ve daha fazla | 25  | 83,3        | 5         | 16,7        | 30         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>137</b>                                  | <b>79,0</b> | <b>36</b> | <b>21,0</b> | <b>173</b> | <b>0,775</b> |

Eğitim durumuna göre hemşirelerin %85,5'inin (153) termometrenin aksiller bölgede kalma süresini doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.7).

Medeni duruma göre evli hemşirelerin termometrenin aksiler bölgede kalma süresini daha yüksek oranda (%83,6) doğru bildiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p=0,014$ ) (Tablo 4.7).

Çocuk sahibi olma durumuna göre çocuğu olan hemşirelerin termometrenin aksiler bölgede kalma süresini daha yüksek düzeyde (%81,4) doğru bildiği

gözenmektedir fakat doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.7).

Kursa katılma ve sertifika alma durumuna göre hemşirelerin %78,6'sının (132) termometrenin aksiller bölgede kalma süresini doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.7).

Yaş durumuna göre hemşirelerin %78,7'sinin (141) termometrenin aksiller bölgede kalma süresini doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çocuk hemşireliği yapma süresine göre hemşirelerin %79'unun (137) termometrenin aksiller bölgede kalma süresini doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Termometrenin Oral Bölgede Kalma Süresini Bilme Durumuna Göre Dağılımı

| Sosyo-Demografik Özellikleri |                      | Termometrenin Oral Bölgede Kalma Süresi |             |           |             |            |              |
|------------------------------|----------------------|---|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                              |                      | Doğru                                   |             | Yanlış    |             | Toplam     |              |
|                              |                      | n                                       | %           | n         | %           | n          | p            |
| Eğitim Durumu                | Lise                 | 18                                      | 37,5        | 30        | 62,5        | 48         |              |
|                              | Ön lisans            | 20                                      | 39,2        | 31        | 60,8        | 51         |              |
|                              | Lisans/Y.lisans      | 21                                      | 55,3        | 17        | 44,7        | 38         |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>59</b>                               | <b>43,1</b> | <b>78</b> | <b>56,9</b> | <b>137</b> | <b>0,200</b> |
| Medeni Durum                 | Evli                 | 39                                      | 43,8        | 50        | 56,2        | 89         |              |
|                              | Bekâr                | 19                                      | 40,4        | 28        | 59,6        | 47         |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>58</b>                               | <b>42,6</b> | <b>78</b> | <b>57,4</b> | <b>136</b> | <b>0,703</b> |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu     | Evet                 | 36                                      | 43,9        | 46        | 56,1        | 82         |              |
|                              | Hayır                | 17                                      | 37,8        | 28        | 62,2        | 45         |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>53</b>                               | <b>41,7</b> | <b>74</b> | <b>58,3</b> | <b>127</b> | <b>0,503</b> |
| Kursa Katılma Durumu         | Evet                 | 41                                      | 45,6        | 49        | 54,4        | 90         |              |
|                              | Hayır                | 16                                      | 39,0        | 25        | 61,0        | 41         |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>57</b>                               | <b>43,5</b> | <b>74</b> | <b>56,5</b> | <b>131</b> | <b>0,484</b> |
| Sertifika Alma Durumu        | Evet                 | 26                                      | 49,1        | 27        | 50,9        | 53         |              |
|                              | Hayır                | 31                                      | 39,7        | 47        | 60,3        | 78         |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>57</b>                               | <b>43,5</b> | <b>74</b> | <b>56,5</b> | <b>131</b> | <b>0,291</b> |
| Yaş Durumu                   | 26 ve altı           | 17                                      | 44,7        | 21        | 55,3        | 38         |              |
|                              | 27–32                | 31                                      | 41,3        | 44        | 58,7        | 75         |              |
|                              | 33 ve üstü           | 11                                      | 45,8        | 13        | 54,2        | 24         |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>59</b>                               | <b>43,0</b> | <b>78</b> | <b>57,0</b> | <b>137</b> | <b>0,900</b> |
| Hemşirelik Süresi            | 3 ve Daha az         | 31                                      | 49,2        | 32        | 50,8        | 63         |              |
|                              | 4–10 yıl arası       | 19                                      | 36,5        | 33        | 63,5        | 52         |              |
|                              | 11 yıl ve daha fazla | 5                                       | 31,3        | 11        | 68,8        | 16         |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>55</b>                               | <b>42,0</b> | <b>76</b> | <b>58,0</b> | <b>131</b> | <b>0,187</b> |

Eğitim durumuna göre lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin termometrenin oral bölgede kalma süresini daha yüksek oranda doğru bildiği (%55,3) gözlenmekte fakat aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (Tablo 4.8).

Medeni duruma göre hemşirelerin %42,6'sının (58) termometrenin oral bölgede kalma süresini doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çocuk sahibi olma durumuna göre hemşirelerin %41,7'sinin (53) termometrenin oral bölgede kalma süresini doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.8).

Kursa katılma ve sertifika alma durumuna göre hemşirelerin %43,5'inin (57) termometrenin oral bölgede kalma süresini doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.8).

Yaş durumuna göre hemşirelerin %43'ünün (59) termometrenin oral bölgede kalma süresini doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.8).

Çocuk hemşireliği yapma durumuna göre hemşirelerin %42'sinin (55) termometrenin oral bölgede kalma süresini doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.8).

**Tablo 4.9.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Termometrenin Kulak Bölgesinde Kalma Süresini Bilme Durumuna Göre Dağılımı

| Sosyo-Demografik Özellikleri |                      | Termometrenin Kulak Bölgesinde Kalma Süresi |             |           |             |           |              |
|------------------------------|----------------------|---|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
|                              |                      | Doğru                                       |             | Yanlış    |             | Toplam    |              |
|                              |                      | n   | %           | n         | %           | n         | p            |
| Eğitim Durumu                | Lise                 | 7   | 35,0        | 13        | 65,0        | 20        |              |
|                              | Ön lisans            | 10  | 31,3        | 22        | 68,8        | 32        |              |
|                              | Lisans/Y.lisans      | 7   | 30,4        | 16        | 69,6        | 23        |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>24</b>                                   | <b>32,0</b> | <b>51</b> | <b>68,0</b> | <b>75</b> | <b>0,943</b> |
| Medeni Durum                 | Evli                 | 17  | 32,7        | 35        | 67,3        | 52        |              |
|                              | Bekâr                | 7   | 31,8        | 15        | 68,2        | 22        |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>24</b>                                   | <b>32,4</b> | <b>50</b> | <b>67,6</b> | <b>74</b> | <b>0,941</b> |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu     | Evet                 | 17  | 34,7        | 32        | 65,3        | 49        |              |
|                              | Hayır                | 3   | 15,0        | 17        | 85,0        | 20        |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>20</b>                                   | <b>29,0</b> | <b>49</b> | <b>71,0</b> | <b>69</b> | <b>0,102</b> |
| Kursa Katılma Durumu         | Evet                 | 15  | 31,3        | 33        | 68,8        | 48        |              |
|                              | Hayır                | 9   | 40,9        | 13        | 59,1        | 22        |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>24</b>                                   | <b>34,3</b> | <b>46</b> | <b>65,7</b> | <b>70</b> | <b>0,429</b> |
| Sertifika Alma Durumu        | Evet                 | 6   | 21,4        | 22        | 78,6        | 22        |              |
|                              | Hayır                | 18  | 42,9        | 24        | 57,1        | 42        |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>24</b>                                   | <b>34,3</b> | <b>46</b> | <b>65,7</b> | <b>70</b> | <b>0,064</b> |
| Yaş Durumu                   | 26 ve altı           | 7   | 36,8        | 12        | 63,2        | 19        |              |
|                              | 27-32                | 14  | 30,4        | 32        | 69,6        | 46        |              |
|                              | 33 ve üstü           | 3   | 30,0        | 7         | 70,0        | 10        |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>24</b>                                   | <b>32,0</b> | <b>51</b> | <b>68,0</b> | <b>75</b> | <b>0,872</b> |
| Hemşirelik Süresi            | 3 ve Daha az         | 14  | 45,2        | 17        | 54,8        | 31        |              |
|                              | 4-10 yıl arası       | 9   | 29,0        | 22        | 71,0        | 31        |              |
|                              | 11 yıl ve daha fazla | 1   | 11,1        | 8         | 88,9        | 9         |              |
|                              | <b>Toplam</b>        | <b>24</b>                                   | <b>34,0</b> | <b>47</b> | <b>66,0</b> | <b>71</b> | <b>0,124</b> |

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumuna göre hemşirelerin %32’sinin (24) termometrenin kulak bölgesinde kalma süresini doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Medeni duruma göre hemşirelerin %32,4’ünün (24) termometrenin kulak bölgesinde kalma süresini doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çocuk sahibi olma durumuna göre hemşirelerin %29’unun (20) termometrenin kulak bölgesinde kalma süresini doğru bildiği gözlenmektedir ve

doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Kursa katılma ve sertifika alma durumuna göre hemşirelerin %34,3'ünün (24) termometrenin kulak bölgesinde kalma süresini doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Yaş durumuna göre hemşirelerin %32'sinin (24) termometrenin kulak bölgesinde kalma süresini doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çocuk hemşireliği yapma süresine göre hemşirelerin %34'ünün (24) termometrenin kulak bölgesinde kalma süresini doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 4.10.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin “Vücut Sıcaklığını Ölçen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşiresinin Belirtmesi Gereken En Önemli Durum Hangisidir?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

| Vücut sıcaklığını ölçen çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin belirtmesi gereken en önemli durum | n          | %            |
|---|------------|--------------|
| Ölçümün yapıldığı vücut bölgesi   | 143        | 78,6         |
| Termometrenin türü  | 5          | 2,7          |
| Ölçümün yapıldığı günün saati   | 23         | 12,6         |
| Ölçüm öncesinde var olan vücut aktivitesi   | 9          | 4,9          |
| Bilmiyorum  | 2          | 1,1          |
| <b>Toplam</b>   | <b>182</b> | <b>100,0</b> |

Çalışmaya katılan hemşirelere, vücut sıcaklığını ölçen çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin belirtmesi gereken en önemli durumun ne olduğu sorulduğunda; %78,6'sının (143) ölçümün yapıldığı vücut bölgesini belirttiği görülmektedir. Bu durumda hemşirelerin %21,4'ünün (39) ise bilemediği görülmektedir (Tablo 4.10).

**Tablo 4.11.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin “Ölçüm Yöntemlerinden Hangisinin Güvenilirliği En Azdır?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

| Ateş Ölçüm Yöntemleri     | n          | %            |
|---------------------------|------------|--------------|
| Oral ölçüm                | 65         | 36,9         |
| Aksiller Ölçüm            | 24         | 13,6         |
| Timpanik membrandan ölçüm | 78         | 44,3         |
| Bilmiyorum                | 9          | 5,1          |
| <b>Toplam</b>             | <b>181</b> | <b>100,0</b> |

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan hemşirelerin %13,6’sının (24) güvenilirliği en az olan ölçüm yönteminin aksiller ölçümü olduğunu belirterek doğru yanıt verdiği görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre güvenilirliği en az olan yöntemi tercih etme durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.



**Tablo 4.12.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin; Ateşi Düşürmek İçin Tercih Ettikleri İlk 3 Yöntemi Sıralandırma Durumlarına Göre Dağılımı.

| Ateş Yönetimi                              | Hemşirelerin; ateşi düşürmek için tercih ettikleri ilk 3 yöntemi sıralandırma durumları |              |            |              |            |              |
|--|---|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
|  | 1.Tercihi   |              | 2.Tercihi  |              | 3.Tercihi  |              |
|  | n   | %            | n          | %            | n          | %            |
| Giyisileri çıkarma                         | 175   | 96,2         | 3          | 1,6          |            |              |
| Odayı havalandırma                         | 1   | 0,5          | 49         | 26,9         |            |              |
| Alabildiği kadar sıvı verme                | 2   | 1,1          | 29         | 15,9         | 4          | 2,2          |
| Ilık uygulama yapma                        | 1   | 0,5          | 59         | 32,4         | 43         | 23,6         |
| Ilık duş aldırma                           |   |              | 33         | 18,1         | 25         | 13,7         |
| Ateş düşürücü verme                        | 1   | 0,5          | 8          | 4,4          | 62         | 34,1         |
| Antibiyotik verme                          |   |              | 1          | 0,5          |            |              |
| İki ateş düşürücü ilacı aynı anda kullanma |   |              |            |              | 2          | 1,1          |
| Ateş düşürücü verme + ılık uygulama yapma  | 2   | 1,1          |            |              | 46         | 25,3         |
| <b>Toplam</b>                              | <b>182</b>  | <b>100,0</b> | <b>182</b> | <b>100,0</b> | <b>182</b> | <b>100,0</b> |

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan hemşirelerin, ateşi düşürmek için tercih ettikleri ilk üç yöntemi sıralandırma durumları incelendiğinde; %96,2’si (175) ilk tercihini giysisini çıkarma, %32,4’ü (59) ikinci tercihini ılık uygulama yapma, %34,1’i (62) üçüncü tercihini ateş düşürücü verme şeklinde belirttiği görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumuna göre ateşi düşürmek için tercih ettikleri ilk üç yöntemi sıralandırma durumları incelendiğinde; lise mezunu hemşirelerin %100’ün(51) ilk tercihini giysisini çıkarma, %25,5’i (13) ikinci tercihini odayı havalandırma, %35,7’si (18) üçüncü tercihini ateş düşürücü verme şeklinde belirttiği gözlenmektedir. Ön lisans mezunu hemşirelerin %94,7’si (71) ilk tercihini giysisini çıkarma, %34,7’si (26) ikinci tercihini ılık uygulama yapma, %36’sı (27) üçüncü tercihini ateş düşürücü verme şeklinde tercih ettiği görülmektedir. Lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin %94,6’sı (53) ilk tercihini giysisini çıkarma, %35,7’si (20) ikinci tercihini odayı havalandırma, %32,1’i (18) üçüncü tercihini ılık uygulama yapma şeklinde sıralandığı görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin medeni durumuna göre ateşi düşürmek için tercih ettikleri ilk üç yöntemi sıralandırma durumları değerlendirildiğinde; evli hemşirelerin %96,7'si (119) ilk tercihini giysisini çıkarma, %35,8'i (44) ikinci tercihini ılık uygulama yapma, %36,6'sı (45) üçüncü tercihini ateş düşürücü verme şeklinde tercih ettikleri gözlenmektedir. Bekâr hemşirelerin %94,9'u (56) ilk tercihini giysisini çıkarma, %32,2'si (19) ikinci tercihini odayı havalandırma, %33,9'u (20) üçüncü tercihini ılık uygulama yapma yöntemlerini tercih ettikleri görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre ateşi düşürmek için tercih ettikleri ilk üç yöntemi sıralandırma durumları değerlendirildiğinde; çocuğu olan hemşirelerin %96,5'i (110) ilk tercihini giysisini çıkarma, %39,5'i (45) ikinci tercihini ılık uygulama yapma, %37,7'si (43) üçüncü tercihini ateş düşürücü verme şeklinde tercih ettikleri gözlenmektedir. Çocuğu olmayan hemşirelerin %96,4'ü (54) ilk tercihini giysisini çıkarma, %33,9'u (19) ikinci tercihini odayı havalandırma, %32,1'i (18) üçüncü tercihini ılık uygulama yapma şeklinde sıralandıkları gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş durumuna göre ateşi düşürmek için tercih ettikleri ilk üç yöntemi sıralandırma durumları değerlendirildiğinde; 26 ve ↓ yaş grubundaki hemşirelerin %95,8'i (46) ilk tercihini giysisini çıkarma, %41,7'si (20) ikinci tercihini odayı havalandırma, %33,3'ü (16) üçüncü tercihini ılık uygulama yapma şeklinde sıralandıkları gözlenmektedir. 27–32 yaş grubundaki hemşirelerin %95,6'sı (87) ilk tercihini giysisini çıkarma, %28,6'sı (26) ikinci tercihini ılık uygulama yapma, %39,6'sı (36) üçüncü tercihini ateş düşürücü verme şeklinde tercih ettikleri görülmektedir. 33 ve ↑ yaş grubundaki hemşirelerin %97,7'si (42) ilk tercihini giysisini çıkarma, %41,9'u (18) ikinci tercihini ılık uygulama yapma, %30,2'si (13) üçüncü tercihini ateş düşürücü verme şeklinde sıralandırma yaptıkları görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çocuk hemşireliği yapma süresine göre ateşi düşürmek için tercih ettikleri ilk üç yöntemi sıralandırma durumları değerlendirildiğinde; üç yıl ve daha az çocuk hemşireliği yapanların %95'i (76) ilk tercihini giysisini çıkarma, %31,3'ü (25) ikinci tercihini odayı havalandırma, %32,5'i (26) üçüncü tercihini ılık uygulama yapma şeklinde sıralandıkları görülmektedir.

4–10 yıl arası çocuk hemşireliği yapanların %96,9'u (63) ilk tercihini giysisini çıkarma, %35,4'ü (23) ikinci tercihini ılık uygulama yapma %33,8'i (22) üçüncü tercihini ateş düşürücü verme şeklinde sıralandırma yaptıkları gözlenmektedir. 11 yıl ve daha fazla çocuk hemşireliği yapanların %100'ü (31) ilk tercihini giysisini çıkarma, %51,6'sı (16) ikinci tercihini ılık uygulama yapma, %45,2'si (14) üçüncü tercihini ateş düşürücü verme şeklinde sıralandırdıkları görülmektedir.

**Tablo 4.13.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Ateş Düşürücü Verilmesi Gereken Isı Aralığı Düzeyini Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

| Sosyo-Demografik Özellikler |                      | Ateş Düşürücü Verilmesi Gereklili Olan Isı Aralığına Verilen Yanıtlar |             |            |             |            |              |
|-----------------------------|----------------------|---|-------------|------------|-------------|------------|--------------|
|                             |                      | Doğru   |             | Yanlış     |             | Toplam     |              |
|                             |                      | n   | %           | n          | %           | n          | p            |
| Eğitim Durumu               | Lise                 | 5   | 9,8         | 46         | 90,2        | 51         |              |
|                             | Ön lisans            | 3   | 4,0         | 72         | 96,0        | 75         |              |
|                             | Lisans/Y.lisans      | 14  | 25,0        | 42         | 75,0        | 56         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>22</b>   | <b>12,1</b> | <b>160</b> | <b>87,9</b> | <b>182</b> | <b>0,001</b> |
| Medeni Durum                | Evli                 | 10  | 8,1         | 113        | 91,9        | 123        |              |
|                             | Bekâr                | 12  | 20,3        | 47         | 79,7        | 59         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>22</b>   | <b>12,1</b> | <b>160</b> | <b>87,9</b> | <b>182</b> | <b>0,034</b> |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu    | Evet                 | 11  | 9,6         | 103        | 90,4        | 114        |              |
|                             | Hayır                | 10  | 17,9        | 46         | 82,1        | 56         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>21</b>   | <b>12,4</b> | <b>149</b> | <b>87,6</b> | <b>170</b> | <b>0,200</b> |
| Kursa Katılma Durumu        | Evet                 | 12  | 9,7         | 112        | 90,3        | 124        |              |
|                             | Hayır                | 10  | 21,3        | 37         | 78,7        | 47         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>22</b>   | <b>12,9</b> | <b>149</b> | <b>87,1</b> | <b>171</b> | <b>0,077</b> |
| Sertifika Alma Durumu       | Evet                 | 9   | 12,7        | 62         | 87,3        | 71         |              |
|                             | Hayır                | 13  | 13,0        | 87         | 87,0        | 100        |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>22</b>   | <b>12,9</b> | <b>149</b> | <b>87,1</b> | <b>171</b> | <b>0,950</b> |
| Yaş Durumu                  | 26 ve altı           | 8   | 16,7        | 40         | 83,3        | 48         |              |
|                             | 27-32                | 12  | 13,2        | 79         | 86,8        | 91         |              |
|                             | 33 ve üstü           | 2   | 4,7         | 41         | 95,3        | 43         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>22</b>   | <b>12,0</b> | <b>160</b> | <b>88,0</b> | <b>182</b> | <b>0,193</b> |
| Hemşirelik Süresi           | 3 ve Daha az         | 14  | 17,5        | 66         | 82,5        | 80         |              |
|                             | 4-10 yıl arası       | 5   | 7,7         | 60         | 92,3        | 65         |              |
|                             | 11 yıl ve daha fazla | 2   | 6,5         | 29         | 93,5        | 31         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>22</b>   | <b>12,0</b> | <b>155</b> | <b>88,0</b> | <b>177</b> | <b>0,113</b> |

Eğitim durumuna göre lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin ateş düşürücü verilmesi gereken ısı aralığını daha yüksek oranda (%25) doğru bildiği

gözlenmekte ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p=0,001$ ) (Tablo 4.13).

Medeni duruma göre bekâr hemşirelerin ateş düşürücü verilmesi gereken ısı aralığını doğru bilme oranının %20,3 (12) olduğu, evli olan hemşirelerde ise bu oranın anlamlı derecede azaldığı (%8,1) görülmekte ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmektedir ( $p=0,034$ ).

Çocuk sahibi olma durumuna göre hemşirelerin %12,4'ünün (21) ateş düşürücü verilmesi gereken ısı aralığını doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.13).

Kursa katılma ve sertifika alma durumuna göre ateş düşürücü verilmesi gereken ısı aralığını hemşirelerin %12,9'unun (22) doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.13).

Yaş durumuna ve çocuk hemşireliği yapma süresine göre hemşirelerin yaş oranı ve çocuk hemşireliği yapma süresi arttıkça ateş düşürücü verilmesi gereken ısı aralığını doğru bilme oranı azalmaktadır. Yaş durumuna ve çocuk hemşireliği yapma süresine göre hemşirelerin %12'sinin (22) ateş düşürücü verilmesi gereken ısı aralığını doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Tablo 4.13).

**Tablo 4.14.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Ateşli Çocuklara Ateş Düşürücü İlaç Verilmesinin En Önemli Nedenini Belirtme Durumlarına Göre Dağılımı.

| Ateşli çocuklara ateş düşürücü ilaç verilmesinin en önemli nedenini belirtme durumu | n          | %            |
|---|------------|--------------|
| Ateşi ve belirli semptomları azaltmak   | 78         | 42,9         |
| Ateş nöbeti riskini azaltmak  | 102        | 56,0         |
| Ebeveynlerin endişesini azaltmak  | 1          | 0,5          |
| Çocuğun rahatını, aktivitesini ve iştahını artırmak                                 | 1          | 0,5          |
| <b>Toplam</b>   | <b>182</b> | <b>100,0</b> |

Ateşli çocuklara ateş düşürücü ilaç verilmesinin en önemli nedenini çalışmaya katılan hemşirelerin %56'sının (102) ateş nöbeti riskini azaltmak olduğunu belirttiği görülmektedir (Tablo 4.14).

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumuna ve medeni duruma göre yüksek ateş korkusunu belirtme durumları değerlendirildiğinde hemşirelerin %76,9'unun (140) yüksek ateş korkusu olduğu gözlenmektedir. Medeni duruma göre yüksek ateş korkusunu belirtme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır

Çocuk sahibi olma durumuna göre hemşirelerin %77,1'inin (131), yüksek ateş korkusu olduğu gözlenmektedir ve yüksek ateş korkusunu belirtme durumuna göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Kursa katılma durumuna göre hemşirelerin %76,6'sının (131), yüksek ateş korkusu olduğu görülmektedir ve yüksek ateş korkusunu belirtme durumuna göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Sertifika alma durumuna göre hemşirelerin %83'ünün (142), yüksek ateş korkusu olduğu görülmektedir ve yüksek ateş korkusunu belirtme durumuna göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Yaş durumuna göre hemşirelerin %77'sinin (140), çocuk hemşireliği yapma durumuna göre hemşirelerin %76'sının (134) yüksek ateş korkusu olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yüksek ateş korku nedeninin yüksek oranda konvülsiyon olduğu ve daha sonrada beyin hasarından korkulduğu görülmektedir.

Yüksek ateş korku nedenini ölüm ve diğer başlığı altında belirten hemşirenin hiç olmadığı gözlenmektedir.

**Tablo 4.15.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Eğitim Durumu ve “Vücut Isısının Değerlendirilmesinin En Uygun Olduğu Durum Hangisidir?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

| Eğitim Durumu   | Vücut ısısının değerlendirilmesinin en uygun olduğu durum |      |        |      |        |       |
|-----------------|---|------|--------|------|--------|-------|
|                 | Doğru   |      | Yanlış |      | Toplam |       |
|                 | n   | %    | n      | %    | n      | p     |
| Lise            | 37  | 72,5 | 14     | 27,5 | 51     |       |
| Ön lisans       | 65  | 89,0 | 8      | 11,0 | 73     |       |
| Lisans/Y.lisans | 51  | 91,1 | 5      | 8,9  | 56     |       |
| <b>Toplam</b>   | 153   | 85   | 27     | 15,0 | 180    | 0,013 |

Eğitim durumuna göre lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin “Vücut ısısının değerlendirilmesinin en uygun olduğu durum hangisidir?” sorusuna daha yüksek oranda (%91,1) doğru cevap verdiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p=0,013) (Tablo 4.15).

Çalışmaya katılan lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin “Günün hangi saatleri arasında vücut ısısı en düşüktür?” sorusunu daha yüksek düzeyde (%75) doğru bildiği görülmektedir fakat eğitim durumuna göre aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin “Günün hangi saatleri arasında vücut ısısı en yüksektir?” sorusunu daha yüksek düzeyde (%41) doğru bildiği görülmektedir. Ancak eğitim durumuna göre aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmektedir.

**Tablo 4.16.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Ateşle İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru–Yanlış Yanıtların Dağılımı.

|   | Ateşle İlgili Bilgi Durumu |      |        |      |        |       |
|---|----------------------------|------|--------|------|--------|-------|
|   | Doğru                      |      | Yanlış |      | Toplam |       |
|   | n                          | %    | n      | %    | n      | %     |
| Ateş 41° C aşarsa beyinde kalıcı nörolojik hasar oluşabilir   | 175                        | 97,2 | 5      | 2,8  | 180    | 100,0 |
| Ateş beyin hipotalamus bölgesinde kontrol edilir  | 149                        | 96,8 | 5      | 3,2  | 154    | 100,0 |
| Enfeksiyon dışı çeşitli durumlarda da ateş yükselir   | 159                        | 91,4 | 15     | 8,6  | 174    | 100,0 |
| Ateş ve ateşin gidişi hastalıkların tanısında her zaman yol göstericidir  | 106                        | 61,6 | 66     | 38,4 | 172    | 100,0 |
| Çocuklardaki birçok yüksek ateş viral enfeksiyonların sonucudur   | 133                        | 77,3 | 39     | 22,7 | 172    | 100,0 |
| Ateşli çocuklarda oksijen tüketimi artar  | 170                        | 97,7 | 4      | 2,3  | 174    | 100,0 |
| Kalp debisi azalır  | 42                         | 24,6 | 129    | 75,4 | 171    | 100,0 |
| Kalori ihtiyacı azalır  | 29                         | 17,9 | 133    | 82,1 | 162    | 100,0 |
| Ateş, kalp yetersizliği olan hastalarda yetersizlik belirtisini artırır   | 137                        | 90,1 | 15     | 9,9  | 152    | 100,0 |
| Ateş, orak hücre anemisi olan hastalarda kronik anemiyi olumsuz yönde etkiler                                   | 123                        | 87,9 | 17     | 12,1 | 140    | 100,0 |
| Ateşin yükselmesi ile havale geçirme arasında her zaman bir ilişki vardır                                       | 69                         | 39,7 | 105    | 60,3 | 174    | 100,0 |
| Febril konvülsiyon geçiren çocuklarda mutlaka bir beyin hasarı kalır  | 27                         | 15,3 | 149    | 84,7 | 176    | 100,0 |
| Rutin yapılan aşilar sonucu, 5 ay -2,5 yaş arasındaki çocukların dış çıkarmaları dönemlerinde ateş yükselebilir | 171                        | 97,7 | 4      | 2,3  | 175    | 100,0 |
| Ateşli hastalarda Fe düşer, Ferritin artar, serbest serum Fe minimumuna iner                                    | 87                         | 70,2 | 37     | 29,8 | 124    | 100,0 |

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi çalışmaya katılan hemşirelerin %97,2’sinin (175) “Ateş 41° C ’yi aşarsa beyinde kalıcı nörolojik hasar oluşabilir” sorusunu doğru bildiği görülmektedir. Hemşirelerin %96,8’inin (149) “Ateş beyin hipotalamus bölgesinde kontrol edilir” sorusunu doğru bildiği gözlenmektedir. Hemşirelerin %91,4’ünün (159) “Enfeksiyon dışı çeşitli durumlarda da ateş yükselir” sorusunu doğru bildiği görülmektedir. “Ateş ve ateşin gidişi hastalıkların tanısında her zaman yol göstericidir” sorusunu hemşirelerin çok düşük oranda (%38,4) doğru bildiği görülmektedir. Hemşirelerin %77,3’ünün (133) “Çocuklardaki birçok yüksek ateş viral enfeksiyonların sonucudur” sorusunu doğru bildiği gözlenmektedir. Hemşirelerin %97,7’sinin (170) “Ateşli çocuklarda O<sub>2</sub> tüketimi artar” sorusunu doğru bildiği görülmektedir. Hemşirelerin %75,4’ünün (171) “Ateşli çocuklarda kalp debisi azalır” sorusunu doğru bildiği gözlenmektedir. Hemşirelerin %82,1’inin (133)



“Ateşli çocuklarda kalori ihtiyacı azalır” sorusunu doğru bildiği görülmektedir. Hemşirelerin %90,1’inin (137) “Ateş, kalp yetersizliği olan hastalarda yetersizlik belirtisini arttırır” sorusunu doğru bildiği gözlenmektedir. Hemşirelerin %87,9’unun (123) “Ateş, orak hücre anemisi olan hastalarda kronik anemiyi olumsuz yönde etkiler” sorusunu doğru bildiği görülmektedir. “Ateş yükselmesi ile havale geçirme arasında her zaman bir ilişki vardır” sorusunu doğru bilme oranının düşük olduğu (% 60,3) görülmektedir. Hemşirelerin %84,7’sinin (149) “Febril konvülsiyon geçiren çocuklarda mutlaka bir beyin hasarı kalır” sorusunu doğru bildiği gözlenmektedir. Hemşirelerin %97,7’sinin (171) “Rutin yapılan aşılardan sonucunda, 5 ay–2,5 yaş arasındaki çocukların dış çıkarmaları dönemlerinde ateş yükselebilir” sorusunu doğru bildiği görülmektedir. “Ateşli hastalarda Fe düşer, Ferritin artar, serbest serum Fe minimumuna iner” sorusunu doğru bilme oranının %70,2 olduğu gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin vücut sıcaklığına etki eden faktörleri bilme durumları değerlendirildiğinde; hemşirelerin sadece %8,2’sinin (15) vücut sıcaklığına etki eden 8 faktörün hepsini doğru bildiği gözlenmektedir. Hemşirelerin %24,2’sinin (44) vücut sıcaklığına etki eden 3 faktörü bildiği, %20,9’unun (38) 4 faktörü bildiği, %18,1’inin (33) 5 faktörü bildiği, %17’sinin (31) 6 faktörü bildiği görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre ateşin en sık nedeni olan solunum sistemi enfeksiyonunu doğru bilme durumları değerlendirildiğinde; eğitim durumuna göre lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin daha yüksek oranda (%75) doğru bildiği gözlenmektedir. Ancak eğitim durumuna göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Medeni duruma göre hemşirelerin %66,9’unun (121) ateşin en sık nedeni olan solunum sistemi enfeksiyonunu doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çocuk sahibi olma durumuna göre hemşirelerin %66,3’ünün (112) ateşin en sık nedeni olan solunum sistemi enfeksiyonunu doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Kursa katılma ve sertifika alma durumuna göre hemşirelerin %65,3’ünün (111) ateşin en sık nedeni olan solunum sistemi enfeksiyonunu doğru bildiği

görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Yaş durumuna göre hemşirelerin %66,9'unun (121) ateşin en sık nedeni olan solunum sistemi enfeksiyonunu doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çocuk hemşireliği yapma süresine göre hemşirelerin %66,3'ünün (116) ateşin en sık nedeni olan solunum sistemi enfeksiyonunu doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumuna göre acilen ateşin düşürülmesi gereken durumları doğru bilmeleri değerlendirildiğinde; "Ateşli çocuk hiçbir şey yutamıyor ise acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin daha yüksek oranda (%19,6) doğru bildiği gözlenmektedir.

"Ateşli çocuk > 2ay ise acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin daha yüksek düzeyde (%82,1) doğru bildiği görülmektedir.

"Ateş > 39° C ve hasta görünümlü ise acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu eğitim durumuna göre hemşirelerin %95,6'sının (174) doğru bildiği görülmektedir.

"Ateşli çocuk dalgın ise acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu eğitim durumuna göre hemşirelerin %67'sinin (122) doğru bildiği gözlenmektedir.

"Ateşi olan çocuk daha önce havale geçirmişse acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu eğitim durumuna göre hemşirelerin %99'unun (180) doğru bildiği görülmektedir.

"Ateşli çocuğun ciltte döküntüleri var ise acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin daha yüksek oranda (%28,6) doğru bildiği gözlenmektedir.

Eğitim durumuna göre acilen ateşin düşürülmesi gereken durumları doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çocuk hemşireliği yapma süresine göre acilen ateşin düşürülmesi gereken durumları doğru bilmeleri değerlendirildiğinde; "Ateşli

çocuk hiçbir şey yutamıyor ise acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu hemşirelerin %12,5'inin (22) doğru bildiği gözlenmektedir.

"Ateşli çocuk > 2ay ise acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu hemşirelerin %78,4'ünün (138) doğru bildiği görülmektedir.

"Ateş > 39° C ve hasta görünümlü ise acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu hemşirelerin yüksek oranda (%93,8) doğru bildiği gözlenmektedir.

"Ateşli çocuk dalgın ise acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu hemşirelerin %66'sının (116) doğru bildiği görülmektedir.

"Ateşi olan çocuk daha önce havale geçirmişse acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu hemşirelerin yüksek oranda (%98,9) doğru bildiği gözlenmektedir.

"Ateşli çocuğun ciltte döküntüleri var ise acilen ateşinin düşürülmesi gerekir mi?" sorusunu hemşirelerin %23,9'unun (42) doğru bildiği görülmektedir.

Çocuk hemşireliği yapma süresine göre acilen ateşin düşürülmesi gereken durumları doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 4.17.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve “41° C ↑ Ateşin Nedeni Enfeksiyon mu dur?” Sorusunu Bilme Durumuna Göre Dağılımı

| Sosyo-Demografik Özellikler |                      | 41 °C ↑ ateşin nedeni enfeksiyon mu dur? |             |            |             |            |              |
|-----------------------------|----------------------|--|-------------|------------|-------------|------------|--------------|
|                             |                      | Doğru                                    |             | Yanlış     |             | Toplam     |              |
|                             |                      | n  | %           | n          | %           | n          | p            |
| Eğitim Durumu               | Lise                 | 10                                       | 19,6        | 41         | 80,4        | 51         |              |
|                             | Ön lisans            | 4  | 5,5         | 69         | 94,5        | 73         |              |
|                             | Lisans/Y.lisans      | 13                                       | 24,1        | 41         | 75,9        | 54         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>27</b>                                | <b>15,2</b> | <b>151</b> | <b>84,8</b> | <b>178</b> | <b>0,009</b> |
| Kursa Katılma Durumu        | Evet                 | 17                                       | 14,0        | 104        | 86,0        | 121        |              |
|                             | Hayır                | 9  | 19,6        | 37         | 80,4        | 46         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>26</b>                                | <b>15,6</b> | <b>141</b> | <b>84,4</b> | <b>167</b> | <b>0,380</b> |
| Sertifika Alma Durumu       | Evet                 | 10                                       | 14,5        | 59         | 85,5        | 69         |              |
|                             | Hayır                | 16                                       | 16,3        | 82         | 83,7        | 98         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>26</b>                                | <b>15,6</b> | <b>141</b> | <b>84,4</b> | <b>167</b> | <b>0,748</b> |
| Hemşirelik Süresi           | 3 ve Daha az         | 9  | 11,5        | 69         | 88,5        | 78         |              |
|                             | 4–10 yıl arası       | 11                                       | 17,2        | 53         | 82,8        | 64         |              |
|                             | 11 yıl ve daha fazla | 4  | 13,3        | 26         | 86,7        | 30         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>24</b>                                | <b>14,0</b> | <b>148</b> | <b>86,0</b> | <b>172</b> | <b>0,623</b> |
| Yaş Durumu                  | 26 ve altı           | 12                                       | 25,5        | 35         | 74,5        | 47         |              |
|                             | 27–32                | 11                                       | 12,2        | 79         | 87,8        | 90         |              |
|                             | 33 ve üstü           | 4  | 9,8         | 37         | 90,2        | 41         |              |
|                             | <b>Toplam</b>        | <b>27</b>                                | <b>15,0</b> | <b>151</b> | <b>85,0</b> | <b>178</b> | <b>0,065</b> |

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi eğitim durumuna göre lisans/yüksek lisans mezunu hemşirelerin “41° C ↑ ateşin nedeni enfeksiyon mu dur?” sorusunu doğru bilme oranının daha yüksek (%24,1) olduğu görülmekte ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmektedir (p=0,009).

Kursa katılma ve sertifika alma durumuna göre hemşirelerin “41° C ↑ ateşin nedeni enfeksiyon mu dur?” sorusunu çok düşük oranda (%15,6) doğru bildikleri görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çocuk hemşireliği yapma süresine göre hemşirelerin “41° C ↑ ateşin nedeni enfeksiyon mu dur?” sorusunu çok düşük oranda (%14) doğru bildikleri

gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Yaş durumuna göre hemşirelerin “41° C ↑ ateşin nedeni enfeksiyon mu dur?” sorusunu çok düşük oranda (%15) doğru bildikleri görülmekte ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemektedir.

**Tablo 4.18.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Febril Konvülsiyon Geçiren Çocuğa Yapılmaması Gereken Uygulamayı Bilme Durumuna Göre Dağılımı

| Sosyo-Demografik Özellikler     |                      | Febril konvülsiyon geçiren çocuğa yapılmaması gereken uygulamayı bilme durumu |             |           |             |            |              |
|---------------------------------|----------------------|---|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                                 |                      | Doğru   |             | Yanlış    |             | Toplam     |              |
|                                 |                      | n   | %           | n         | %           | n          | p            |
| <b>Eğitim Durumu</b>            | Lise                 | 42  | 84,0        | 8         | 16,0        | 50         |              |
|                                 | Ön lisans            | 62  | 82,7        | 13        | 17,3        | 75         |              |
|                                 | Lisans/Y.lisans      | 48  | 85,7        | 8         | 14,3        | 56         |              |
|                                 | <b>Toplam</b>        | <b>146</b>  | <b>80,7</b> | <b>35</b> | <b>19,3</b> | <b>181</b> | <b>0,427</b> |
| <b>Medeni Durum</b>             | Evli                 | 106   | 86,2        | 17        | 13,8        | 123        |              |
|                                 | Bekâr                | 40  | 69,0        | 18        | 31,0        | 58         |              |
|                                 | <b>Toplam</b>        | <b>146</b>  | <b>80,7</b> | <b>35</b> | <b>19,3</b> | <b>181</b> | <b>0,006</b> |
| <b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b> | Evet                 | 97  | 85,1        | 17        | 14,9        | 114        |              |
|                                 | Hayır                | 44  | 80,0        | 11        | 20,0        | 55         |              |
|                                 | <b>Toplam</b>        | <b>141</b>  | <b>83,4</b> | <b>28</b> | <b>16,6</b> | <b>169</b> | <b>0,405</b> |
| <b>Kursa Katılma Durumu</b>     | Evet                 | 104   | 84,6        | 19        | 15,4        | 123        |              |
|                                 | Hayır                | 36  | 76,6        | 11        | 23,4        | 47         |              |
|                                 | <b>Toplam</b>        | <b>140</b>  | <b>82,4</b> | <b>30</b> | <b>17,6</b> | <b>170</b> | <b>0,224</b> |
| <b>Sertifika Alma Durumu</b>    | Evet                 | 62  | 88,6        | 8         | 11,4        | 70         |              |
|                                 | Hayır                | 78  | 78,0        | 22        | 22,0        | 100        |              |
|                                 | <b>Toplam</b>        | <b>140</b>  | <b>82,4</b> | <b>30</b> | <b>17,6</b> | <b>170</b> | <b>0,075</b> |
| <b>Hemşirelik Süresi</b>        | 3 ve Daha az         | 57  | 72,2        | 22        | 27,8        | 79         |              |
|                                 | 4–10 yıl arası       | 56  | 86,2        | 9         | 13,8        | 65         |              |
|                                 | 11 yıl ve daha fazla | 28  | 90,3        | 3         | 9,7         | 31         |              |
|                                 | <b>Toplam</b>        | <b>141</b>  | <b>80,6</b> | <b>34</b> | <b>19,4</b> | <b>175</b> | <b>0,034</b> |
| <b>Yaş Durumu</b>               | 26 ve altı           | 33  | 70,2        | 14        | 29,8        | 47         |              |
|                                 | 27–32                | 79  | 86,8        | 12        | 13,2        | 91         |              |
|                                 | 33 ve üstü           | 34  | 79,1        | 9         | 20,9        | 43         |              |
|                                 | <b>Toplam</b>        | <b>146</b>  | <b>81,0</b> | <b>35</b> | <b>19,0</b> | <b>181</b> | <b>0,062</b> |

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi eğitim durumuna göre hemşirelerin %80,7’sinin (146) febril konvülsiyon geçiren çocuğa yapılmaması gereken uygulamayı doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Medeni duruma göre evli hemşirelerin febril konvülsiyon geçiren çocuğa yapılmaması gereken uygulamayı daha yüksek düzeyde (%86,2) doğru bildiği görülmekte ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmektedir (p=0,006).

Çocuk sahibi olma durumuna göre hemşirelerin %83,4'ünün (141) febril konvülsiyon geçiren çocuğa yapılmaması gereken uygulamayı doğru bildiği görülmekte ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Kursa katılma ve sertifika alma durumuna göre hemşirelerin %82,4'ünün (140) febril konvülsiyon geçiren çocuğa yapılmaması gereken uygulamayı doğru bildiği gözlenmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çocuk hemşireliği yapma süresine göre, 11 yıl ve daha fazla çalışan hemşirelerin daha yüksek oranda (%90,3) febril konvülsiyon geçiren çocuğa yapılmaması gereken uygulamayı doğru bildiği gözlenmekte ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p=0,034$ ).

Yaş durumuna göre hemşirelerin %81'inin (146) febril konvülsiyon geçiren çocuğa yapılmaması gereken uygulamayı doğru bildiği görülmektedir ve doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin febril konvülsiyonların tekrarlama riskini artıran durumları bilme düzeyleri değerlendirildiğinde; 136 (%100) hemşirenin “İlk nöbet 15 aydan önce geçirilmiş ise artar”, 154 (%100) hemşirenin “Kompleks febril konvülsiyon geçirilmiş ise artar”, 86 (%98,9) hemşirenin “Anne veya baba febril konvülsiyon geçirmiş ise artar”, yine 86 (%100) hemşirenin “Ailede epilepsi hastası var ise artar” şeklinde belirttikleri görülmektedir.

**Tablo 4.19.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Antipiretik Tedavi İle İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Doğru-Yanlış Yanıtların Dağılımı

| Antipiretik Tedavi İle İlgili Bilgi Durumu                           |               | n          | %            |
|--|---------------|------------|--------------|
| Çocuklarda Metamizol antipiretik olarak kullanılmamalıdır            | Doğru         | 104        | 59,1         |
|  | Yanlış        | 72         | 40,9         |
|  | <b>Toplam</b> | <b>176</b> | <b>100,0</b> |
| Antipiretik ilaçlar, çocukları fiziksel olarak rahatlatır            | Doğru         | 157        | 89,7         |
|  | Yanlış        | 18         | 10,3         |
|  | <b>Toplam</b> | <b>175</b> | <b>100,0</b> |
| Parasetamol ve İbuprofenin ateş düşürücü etkisi birbirine eşittir    | Doğru         | 42         | 24,7         |
|  | Yanlış        | 128        | 75,3         |
|  | <b>Toplam</b> | <b>170</b> | <b>100,0</b> |
| Antipiretik tedavi enfeksiyon hastalıklarında yararlıdır             | Doğru         | 104        | 61,5         |
|  | Yanlış        | 65         | 38,5         |
|  | <b>Toplam</b> | <b>169</b> | <b>100,0</b> |
| İbuprofen kusması olan çocuklarda kullanılmamalıdır                  | Doğru         | 111        | 72,1         |
|  | Yanlış        | 43         | 27,9         |
|  | <b>Toplam</b> | <b>154</b> | <b>100,0</b> |
| Aspirin Reye sendromuna neden olur                                   | Doğru         | 149        | 94,3         |
|  | Yanlış        | 9          | 5,7          |
|  | <b>Toplam</b> | <b>158</b> | <b>100,0</b> |
| Antipiretikler prostoglandin aktivitesini engelleyerek ateşi azaltır | Doğru         | 110        | 88,7         |
|  | Yanlış        | 14         | 11,3         |
|  | <b>Toplam</b> | <b>124</b> | <b>100,0</b> |
| Parasetamolun absorbe zamanı 10–60 dakika arasındadır                | Doğru         | 142        | 89,9         |
|  | Yanlış        | 16         | 10,1         |
|  | <b>Toplam</b> | <b>158</b> | <b>100,0</b> |
| Parasetamolun yan etkileri karaciğer ve böbrek zehirlenmesidir       | Doğru         | 110        | 76,9         |
|  | Yanlış        | 33         | 23,1         |
|  | <b>Toplam</b> | <b>143</b> | <b>100,0</b> |
| Nörolojik hastalıklarda kesinlikle antipiretik kullanılmamalıdır     | Doğru         | 50         | 34,2         |
|  | Yanlış        | 96         | 65,8         |
|  | <b>Toplam</b> | <b>146</b> | <b>100,0</b> |

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi hemşirelerin “Çocuklarda Metamizol antipiretik olarak kullanılmamalıdır” sorusunu düşük oranda (%59,1) doğru bildiği gözlenmektedir. Hemşirelerin %89,7’sinin (157) “Antipiretik ilaçlar, çocukları fiziksel olarak rahatlatır” sorusunu doğru bildiği gözlenmektedir. “Parasetamol ve İbuprofenin ateş düşürücü etkisi birbirine eşittir” sorusunu doğru bilme oranının çok düşük (%24,7) olduğu gözlenmektedir. “Antipiretik tedavi enfeksiyon hastalıklarında yararlıdır” sorusunu doğru bilme durumlarının çok düşük olduğu (%38,5) görülmektedir. Hemşirelerin %72,1’inin (111) “İbuprofen kusması olan çocuklarda kullanılmamalıdır” sorusunu doğru bildiği gözlenmektedir. Hemşirelerin



%94,3'ünün (149) "Aspirin Reye Sendromuna neden olur" sorusunu doğru bildiği, %88,7'sinin (110) "Antipiretikler prostoglandin aktivitesini engelleyerek ateşi azaltır" sorusunu doğru bildiği, %89,9'unun (142) "Parasetamolün absorbe zamanı 10–60 dakika arasındadır" sorusunu doğru bildiği görölmektedir. Hemşiirelerin %76,9'unun (110) "Parasetamolün yan etkileri karaciğer ve böbrek zehirlenmesidir" sorusunu doğru bildiği gözlenmektedir. "Nörolojik hastalıklarda kesinlikle antipiretik kullanılmamalıdır" sorusunu doğru bilme oranının düşük olduğu (%65,8) görölmektedir.

Hemşiirelerin sosyo-demografik özellikleri ve antipiretik tedavi ile ilgili bilgi durumları karşılaştırıldığında doğru bilme açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

## SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çocukluk yaş grubunda en sık görülen yakınmalardan biri ateştir ve çocuk hastalıkları polikliniklerine başvuru nedenlerinin başında gelir. Çocukluk çağında sık görülmesine ve kişinin savunmasını güçlendiren bir semptom olmasına karşın ateş hekim, hemşire ve ailelerde korku ve kaygıya neden olmaktadır. Yüksek ateş korkusunun temelinde; ateşin yararlı etkilerinin ve gerçekten zararlı olabilecek ateş düzeyinin yeterince bilinmemesi yatmaktadır.

Ateş yönetimi çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin tamamlayıcı bir yönüdür. Ateşin tutarlı makul yönetimi için, hemşireler uygun bilgi ve olumlu davranışlara sahip olmalıdır. Bu, ateş yönetiminde ilerleyen eğitim ihtiyacına ışık tutar.

Ateş yönetimi, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireleri için her gün karşılaşılan bir sorundur. Bu konuda yanlış hemşirelik uygulamaları sıkça yapılmaktadır. Ateşin riski, yararı, antipiretik kullanımı ve etkinliği tartışıla gelen konulardandır. Genel eğilim; ateş ve ateş yönetimi hakkındaki bu günkü var olan görüşlerin tekrar gözden geçirilmesi ve değişiklik yapılması yönündedir.

Bu konuya katkıda bulunmak amacı ile yaptığımız çalışmada bizim elde ettiğimiz karakteristik sonuçlar şu başlıklar altında özetlendi.

- 39° C altındaki ateş ölçüm değerlerini yüksek ateş olarak kabul ettikleri,
- Ateş ölçümü, ateş ölçüm yöntemleri ve özellikleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları,
- Genel ateş yönetimi, ateş yönetiminde antipiretik kullanımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları,
- 39° C'nin altındaki ateşlerde antipiretik verilmesi gerektiğini düşündükleri,
- Ateş korkusunun önemli boyutlarda olduğu,
- Ateşe bağlı en önemli korku nedeni olarak febril konvülsiyonu belirttikleri,
- Febril konvülsiyonları önlemek için antipiretik verilmesinin gerekli ve önemli olduğu konusunda ısrarlı davrandıkları,
- Ateş ve ateşin fizyolojisi hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları belirlendi.

Bu sorunların çözümü için; hemşirelerin doğru bilgiye ve olumlu davranışlara götürecek bilgi donanımına sahip olmaları gerektiğini düşünmekteyiz. Bunun için

ocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalışan hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi ile ilgili konularda eğitilmelerinin gerekli olduğuna inanıyoruz. Bu konudaki eğitimin hemşirelik ğrenciliğinin ilk yıllarında başlanılmasının önemi de açıktır. Ulaşılan noktada ateş ile ilgili yersiz korkular ortadan kalkacak ve uygun ateş yönetimi seçilebilecektir.

## EK 1

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN ATEŞ VE ATEŞİN YÖNETİMİ HAKKINDAKİ BİLGİ  
DÜZEYLERİ, YAKLAŞIMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN  
ARAŞTIRILMASI**

## ANKET FORMU

Kaç yaşındasınız?.....

SORU 1: Eğitim durumunuz nedir?

- a) Lise
- b) Önlisans (Açık Öğretim: Örgün Eğitim: )
- c) Lisans
- d) Yüksek Lisans

SORU 2: Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Diğer(Belirtiniz.....)

SORU 3: Çocuğunuz var mı?

- a) Hayır
- b) Evet ; Varsa kaç tane?.....

SORU 4: Örgün eğitimde herhangi bir kursa katıldınız mı?

- a) Hayır
- b) Evet

SORU 5: Evet ise bir sertifika aldınız mı?

- a) Hayır
- b) Evet

SORU 6: Kaç yıldır çocuk hemşireliği yapıyorsunuz?.....

SORU 7: Vücut ısısı aralığı kaç C° olursa yüksek ateş olarak kabul edersiniz?

- a) 36,0 – 36,9 C°
- b) 37,0 – 37,9 C°
- c) 38,0 – 38,9 C°
- d) > 39,0 C°
- e) Bilmiyorum

SORU 8: Çocukların vücut ısısını ölçmek için hangi termometreyi tercih edersiniz?

- a) Digital termometreler
- b) Elektronik termometreler
- c) Cıvalı termometreler
- d) Likid kristal deri temas termometresi
- e) Diğer (Belirtiniz.....)

SORU 9: 6 yaşından küçük çocuklarda vücut sıcaklığını ölçmek için hangi vücut bölgesini tercih edersiniz?

- a) Oral Bölge
- b) Aksiler Bölge
- c) Rektal Bölge
- d) Kulak Bölgesi
- e) Diğer (Belirtiniz.....)

SORU 10: 6 yaşından büyük çocuklarda vücut sıcaklığını ölçmek için hangi vücut bölgesini tercih edersiniz?

- a) Oral Bölge
- b) Aksiler Bölge
- c) Rektal Bölge
- d) Kulak Bölgesi
- e) Diğer (Belirtiniz.....)

SORU 11: Vücudun farklı bölgelerinden yapılan ölçümlerde termometrenin ölçüm yerlerinde kalma süresi ne kadar olmalıdır?

- a) Rektal Bölge: .....
- b) Aksiler Bölge: .....
- c) Oral Bölge : .....
- d) Kulak Bölgesi: .....

SORU 12: Vücut sıcaklığını ölçen bir pediatri hemşiresinin belirtmesi gereken en önemli durum hangisidir?

- a) Ölçümün yapıldığı vücut bölgesi
- b) Termometrenin türü
- c) Ölçümün yapıldığı günün saati
- d) Ölçüm öncesinde var olan vücut aktivitesi
- e) Bilmiyorum

SORU 13: Aşağıdaki farklı vücut bölgelerinden yapılan ölçümlere göre kaç dereceye ateş denir?

- a) Aksiller:.....
- b) Oral:.....
- c) Rektal:.....
- d) Kulak:.....

SORU 14: Ölçüm yöntemlerinden hangisinin güvenilirliği en azdır?

- a) Rektal ölçüm
- b) Aksiller ölçüm
- c) Oral ölçüm
- d) Timpanik membrandan ölçüm
- e) Bilmiyorum.

SORU 15: Ateşi düşürmek için tercih ettiğiniz ilk 3 yöntemi sıraladınız?

- Giysilerini çıkarma
- Odayı havalandırma
- Alabildiği kadar sıvı verme
- Ilık uygulama yapma
- Ilık duş aldırma
- Ateş düşürücü verme
- Antibiyotik verme
- İki ateş düşürücü ilacı aynı anda kullanma
- Ateş düşürücü verme + Ilık uygulama yapma
- Bilmiyorum

SORU 16: Ateş düşürücü verilmesi gerektiğini düşündüğünüz ısı aralığı değeri kaç C° olmalıdır?

- a) 36,0 – 36,9 C°
- b) 37,0 – 37,9 C°
- c) 38,0 – 38,9 C°
- d) > 39,0 C°
- e) Bilmiyorum

SORU 17: Ateşli çocuklara ateş düşürücü ilaç verilmesinin en önemli nedenini belirtiniz?

- a) Ateşi ve belirli semptomları azaltmak
- b) Ateş nöbeti riskini azaltmak
- c) Ebeveynlerin endişesini azaltmak
- d) Çocuğun rahatını, aktivitesini ve iştahını artırmak
- e) Hastalığı tedavi etmek

SORU 18: Yüksek ateşten korkuyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet
- c) Kısmen

SORU 19: Cevabınız Evet ise en önemli korku nedeniniz nedir?

- a) Dehidratasyon
- a) Konvülsiyon
- b) Beyin hasarı
- c) Ölüm
- d) Diğer (Belirtiniz.....)

SORU 20: Yüksek ateş bir hastalık mıdır?

- a) Hayır
- b) Evet
- c) Bilmiyorum

SORU 21: Vücut ısısının değerlendirilmesinin en uygun olduğu durum hangisidir?

- a) Kıyafetlerinin tamamen çıkartılarak ölçüm yapılması.
- b) Oda ısısının çok sıcak olduğu bir durumda ölçüm yapılması
- c) İnce giyimli ve en az 30 dakikalık bir sürede dinlenmiş olması
- d) Hava akımının olduğu bir odada ölçüm yapılması.
- e) Bilmiyorum

SORU 22: Günün hangi saatleri arasında vücut ısısı en düşüktür?

- a) 05–07
- b) 01–03
- c) 10–11
- d) 17–19
- e) Bilmiyorum

SORU 23: Günün hangi saatleri arasında vücut ısısı en yüksektir?

- a) 01–03
- b) 10–11
- c) 17–19
- d) 12–14
- e) Bilmiyorum

SORU 24: Ateşle ilgili verilen bilgilerden doğru (D) ve yanlış (Y) olanları belirtiniz? (Her soruyu ayrı ayrı cevaplandırın lütfen)

- Ateş 41 C° ↑ çıkarsa beyinde kalıcı nörolojik hasar oluşabilir
- Ateş beynin hipotalamus bölgesinde kontrol edilir.
- Enfeksiyon dışı çeşitli durumlarda da ateş yükselir.
- Ateş ve ateşin gidişi hastalıkların tanısında her zaman yol göstericidir.
- Çocuklardaki birçok yüksek ateş viral enfeksiyonların sonucudur.
- Ateşli çocuklarda oksijen tüketimi artar.
- Kalp debisi azalır.
- Kalori ihtiyacı azalır.
- Ateş, kalp yetersizliği olan hastalarda yetersizlik belirtisini artırır.
- Ateş, orak hücre anemisi olan hastalarda kronik anemiye olumsuz yönde etkiler.
- Ateşin yükselmesiyle havale geçirme arasında her zaman bir ilişki vardır.
- Febril konvülsiyon geçiren çocuklarda mutlaka bir beyin hasarı kalır.
- Rutin yapılan aşılardan sonucunda, 5 ay -2,5 yaş arasındaki çocukların dış çıkarmaları dönemlerinde ateş yükselebilir.
- Ateşli hastalarda Fe düşer, Ferritin artar, serbest Serum Fe minimumuma iner.

SORU 25: Aşağıdaki faktörlerden, vücut sıcaklığına etki edenleri (X) belirtiniz?

- Yaş
- Fiziksel aktivite
- Hormonal faktörler
- Günlük ısı döngüsü
- Stres
- Çevre
- Cinsiyet
- Irk

SORU 26: Çocuklarda ateşin en sık nedeni hangisidir?

- a) Merkezi sinir sistemi enfeksiyonları
- b) Döküntülü viral hastalıklar
- c) İdrar yolu enfeksiyonları
- d) Solunum sistemi enfeksiyonları
- e) Bilmiyorum



SORU 27: Vücuttan ısı kaybını sağlamak için yapılan uygulamalardan hangisi doğru değildir?

- a) Odanın iyi havalanması sağlanmalı, oda ısısı 25°C civarında tutulmalıdır.
- b) Çocuğun giysileri tamamen çıkarılmalıdır.
- c) Çocuklara alabildikleri kadar sıvı verilmelidir.
- d) Ilık su ile duş yaptırılmalıdır.
- e) Bilmiyorum

SORU 28: Çocuğun ateşini düşürdükten sonra ateş yönünden takip eder misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

SORU 29: Acilen ateşin düşürülmesi gereken durumları (X) belirtiniz?

- ( ) Hiçbir şey yutamıyor
- ( ) > 2ay
- ( ) > 39° C ve hasta görünümlü
- ( ) Dalgın
- ( ) Havale
- ( ) Ciltte döküntü

SORU 30: 41 °C ↑ ateşin nedeni enfeksiyon mu dur?

- a) Hayır
- b) Evet
- c) Bilmiyorum

SORU 31: Febril konvülsiyon geçiren çocuğa hangi uygulama yapılmamalıdır?

- a) Yan yatırılmalı.
- b) Ağızda herhangi bir şey varsa parmakla çıkarılmalıdır.
- c) Nöbet sırasındaki hareketleri durdurulmaya çalışılmamalıdır.
- d) Yapay solunum ve kalp masajı gibi uygulamalar yapılmalıdır.
- e) Bilmiyorum

SORU 32: Febril konvülsiyonların tekrarlama riskini artıran durumları (X) belirtiniz?

- ( ) İlk nöbet 15 aydan önce geçirilmiş ise artar.
- ( ) Anne veya baba febril konvülsiyon geçirmiş ise artar.
- ( ) Ailede epilepsi hastası var ise artar.
- ( ) Kompleks febril konvülsiyon geçirmiş ise artar.

SORU 33: Antipiretik tedavi ile ilgili verilen bilgilerden doğru (D) ve yanlış (Y) olanları belirtiniz? (Her soruyu ayrı ayrı cevaplandırın lütfen)

- ( ) Çocuklarda Novalgin antipiretik olarak kullanılmalıdır.
- ( ) Antipiretik ilaçlar, çocukları fiziksel olarak rahatlatır.
- ( ) Parasetamol ve İbuprofenin ateş düşürücü etkisi birbirine eşittir.
- ( ) Antipiretik tedavi enfeksiyon hastalıklarında yararlıdır.
- ( ) İbuprofen kusması olan çocuklarda kullanılmalıdır.
- ( ) Aspirin Reye Sendromuna neden olur.
- ( ) Antipiretikler prostoglandin aktivitesini engelleyerek ateşi azaltır.
- ( ) Parasetamolün absorbe zamanı 10-60 dakika arasındadır.
- ( ) Parasetamolün yan etkileri karaciğer ve böbrek zehirlenmesidir.
- ( ) Nörolojik hastalıklarda kesinlikle antipiretik kullanılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. 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.
2. Kluger M.J. (1992) Fever revisited. *Pediatrics* **90**, 846–850.
3. Adam D., Stankov G. (1994) Treatment of fever in childhood. *Eur. J. Pediatr*, **153**, 394–402.
4. Headley R.M., Lusting J.V. (1997) *Ambulatory Pediatrics*. In: Current pediatric diagnosis and treatment 13. Edition Ed. By Hay WW., Groothuis JR., Hayward AR., Levin MJ. Appleton and Lange, A Simon and Schuster Company, London, pp: 215–233.
5. Hirtz D.G. (1993) Generalize tonic-clonic and febrile seizures. *Pediatr Clinic of North America*, 375–381.
6. Sarıkayalar F. (1993) Çocuk acil polikliniklerinde ateşli çocuklara yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi* **14(5)**, 415–421.
7. Uzel N. (1988) Ateş. *Katkı Dergisi* **9(3)**, 261–270.
8. Yiğit R., Esenay F., Şen E., Serinol Z. (2003) Annelerin yüksek ateş konusunda bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **6(3)**, 48–56.
9. Considine J., Brennan D. (2006) Emergency nurses' opinions regarding paediatric fever: The effect of an evidence-based education program. *Australasian Emergency Nursing Journal* **9**, 101–111.
10. Mc Carthy P.L. (1999) Fevers and evaluation of the child with who has fever. In: *Ambulatory Pediatrics*, 5 th edn (Gren M., Haggerty R.J. & Weitzman M., eds), W.B. Saunders Co., Philadelphia, PA, pp. 157–163.
11. Walsh A.M., Edwards H.E., Courtney M.D., Wilson J.E. & Monaghan S.J. (2005) Fever managment: paediatric nurses' knowledge, attitudes and influencing factors. *Journal of Advanced Nursing* **49(5)**, 453–464.
12. Takayama J.I., Teng W., Uyetomo J., Newman T., Pantell R.H. (2000) Body temperature of newborns: What is normal?. *Clinical Pediatrics* **39**, 503–510.

13. Ulukol B. (2001) Nedeni belli olmayan ateşe yaklaşım. In: Karböcüoğlu M., Uzel N., Üçsel R., Çıtak A. (eds) 2. *Acil Pediatri ve Çocuk Yoğun Bakım Toplantı Kitabı*. Acil Pediatri Derneği Yayınları, İstanbul.
14. Conk Z., Kılıç M. (1996) Çocukluk çağlarında ateş. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2(3)**, 67–73.
15. Şen T.A., Erbek N., Çetinkaya Y. (2004) Annelerin evde ateşli çocuklara yaklaşımları. *Demet Sağlık Ocak*, 38–43.
16. Vanden Bosch T.M., Lahaie M., Rickelmann M.A. & Guttridge V. (1993) Redesigning fever management through research utilization. *Michigan Nurse* **December**, 9–11.
17. Lorin M.I. (1986) Is fever a friend or a foe? *Contemporary Pediatrics* **3**, 35–46.
18. Bruce J.L. & Grove S.K. (1992) Fever: Pathology and treatment. *Critical Care Nurse* **12**, 40–49.
19. Scheifele D.W. (1994) Infectious disease: Fever. In: *Handbook of Pediatric Emergencies*, 2nd edn (Baldwin G.A., ed.) , Little, Brown Co., Newyork, 248–249.
20. Casey G. (2000) Fever Management in children. *Pediatric Nursing* **12**, 38–42.
21. 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.
22. Lorin M.I. (1990) Pathogenesis of fever and its treatment. In: *Principles and Practices of Pediatrics* (Oski F., DeAngelis C.D., Feigin R.D., McMillan J.A. & Warshaw J.B.,eds), Lippincott, Philadelphia, PA, 1111–1113.
23. Holtzclaw B.J. (1992) The febrile response in critical care: State of the science. *Heart and Lung* **21**, 482–501.
24. Connell F. (1997) The causes and treatment of fever: A literature review. *Nursing Standard* **12**, 40–43.
25. Lorin M.I. (1999) Pathogenesis of fever and its treatment. In: *Oski's Pediatrics: Principles and Practices*, 3rd edn (DeAngelis C.D., Feigin R.D.,

- McMillan J.A. & Warshaw J.B.,eds), Lippincott, Philadelphia, PA, pp. 848–850.
26. Robertson J., (2002) Management of the child with fever. *Collegian* **9**, 40–42.
27. Pursell E., (2000) The use of antipyretic medications in the prevention of febrile convulsions in children. *Journal of Clinical Nursing* **9**, 473–480.
28. Ocakçı A. (1994) Vücut ısısına yeni yaklaşımlar. *Türk Hemşireler Dergisi* **14**, 7–9.
29. Prior J.M., Nelson E., Temple A.R. (2000) Pediatric Ibuprofen use increases while incidence of Reye’s Syndrome continues to decline. *Clinical Pediatrics* **39**, 245–247.
30. Purssell E. (2000) Pyhsical treatment of fever. *Arch Dis Child* **82**, 238–239.
31. Kara B. (2003) Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (sted)* **12(1)**, 10–14.
32. Ulukol B., Köksal Y., Cin Ş. (1999) Ailelerin, doktorların ve tıp öğrencilerinin ateş korkusu ve bilgi düzeyleri. *Sağlık ve Toplum Ocak-Mart*, 42–45.
33. Yalçın I. (2002) Ateş. In: Neyzi O., Ertuğrul T.Y. (eds) *Pediyatri–1, 3. Baskı*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 473-75.
34. 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.
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. Kalaycı Ö. (1993) Ateş nedir? *Katkı Pediyatri Dergisi* **14( 5 )**, 443–446.
37. Ulusoy M.F., Görgülü R.S. (2000) *Hemşirelik Esasları–Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. 4. Baskı*, TDFO Ltd. Şti., Ankara.
38. Taştan Y. (2001) Ateşli çocuklarda tanı ve tedavi yaklaşımı. In: Karböcüoğlu M., Uzel N., Üçsel R., Çıtak A. (eds) *2. Acil Pediyatri ve Çocuk Yoğun Bakım Toplantı Kitabı*. Acil Pediyatri Derneği Yayınları, İstanbul.
39. Nişli G. (1993) Ateş etyopatogenezi. *Çocukluk Yaşlarında Ateş Sempozyumu Kitabı*, Türk Milli Pediyatri Derneği 1–6.

40. Gözüm S., Arıkan D. (1993) Febril konvülsiyonlar ne kadar tehlikeli. *Türk Hemşireler Dergisi* **1**, 15–17.
41. Huang M.H., Liu C., Huang C. (1998) Effects of an educational program on parents with febrile convulsive children. *Pediatric Neurology* **18(2)**, 150–155.
42. Görgülü S. (1995) Vücut ısısı ölçümünde kullanılan yöntem ve araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2(1)**, 21–29.
43. Barton S.J., Gaffney R., Chase T., Rayens M.K. and Piyabanditkul L. (2003) Pediatric temperature measurement and child/parent/nurse preference using three temperature measurement instruments. *Journal of Pediatric Nursing* **18(5)**, 314–320.
44. Vatansever Ü. (2001) Tedavi ve ampirik antibiyotikler. In: Karböcüoğlu M., Uzel N., Üçsel R., Çıtak A. (eds) *2. Acil Pediatri ve Çocuk Yoğun Bakım Toplantı Kitabı*. Acil Pediatri Derneği Yayınları, İstanbul.
45. Sıdal M., Oğuz F., Ünüvar E. (2000) Ateşli çocuğa yaklaşım. In: Devecioğlu Ö., Cantez T. (eds) *Pediatric Rutinler*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 25–36.
46. Schmitt B.D. (1984) Fever in childhood. *Pediatrics*, **74** (suppl): 929–936.
47. Özbağ E. (1993) Antipiretik tedavi. *Katkı Pediatri Dergisi* **14(5)**, 438–441.
48. Baraff L.J., Bass J.W., Fleisher G.R., et al. (1993) Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. *Pediatrics* **92**, 1–12.
49. Cin Ş., Ulukol B. (1999) Çocukta ateş. Öncü Yayınevi, Ankara.
50. Vazuelle–Kervoedan F., Atris P., Pariente–Khayat A., Debregeas S., Olive G., Pons G. (1997) Equivalent antipyretic activity of ibuprofen and paracetamol in febrile children. *The Journal of Pediatrics* **131**, 683–687.
51. Smon R.E. (1996) Ibuprofen suspension: Pediatric antipyretic. *Pediatric Nursing* **22**, 118–125.
52. Watts R., Robertson J., Thomas G., Panel R., (2001) The nursing management of fever in children: A systematic review. *The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery*: Adelaide, Australia.
53. Thomas V., Riegel B., Andrea J., Murray P., Gerhart A. & Gocka I. (1994) National survey of pediatric fever management practices among emergency department nurses. *Journal of Emergency Nurses* **20**, 505.

54. Watts R., Robertson J., Thomas G. (2003) Nursing management of fever in children: a systematic review. *Int. J. Nurs. Prac.* **9**, 1–8.
55. Schmitt B.D. (1994) Behavioral aspects of temperature-taking. *Clinical Pediatrics*, **30** (4 Suppl.), 8–10.
56. Abdullah M.A., Ashong E.F., Al Habib S.A., Karrar Z.A. & Al Jishi N.M. (1987) Fever in children: Diagnosis and management by nurses, medical students, doctors and parents. *Annals of Tropical Paediatrics* **7**, 194–199.
57. Salman N., Vehit H.E., Palanduz A. (2004) Ateşli süt çocuğuna yaklaşım: Hekimlerin bilgi, yaklaşım ve uygulamaları. *Çocuk Dergisi* **4(2)**, 113–117.
58. Türkiye’de Çocuk ve Kadınların Durumu Raporu. TC. Hükümeti-Unicef 2000–2005 İşbirliği Programı. Kuban Matbaası, İstanbul, Aralık 2000.
59. Dünya Çocuklarının Durumu. Unicef. 2003.
60. Yaman Ş. (2000) Çocuklarda yüksek ateş ve tedavisi. *Medikal Network Actüel Medicine Aylı Tıp Dergisi* **9**, 40–42.
61. Knobel E.E., Narang A.S., & Ey J.L. (2002) Fever: totreat or not to treat. *Clinical Pediatrics* **41**, 9–16.
62. Lorin M.I. (1999) Pathogenesis of fever and its treatment. *In: Oski’s Pediatrics: Principles and Practices*, 3rd edn (DeAngelis C.D., Feigin R.D., McMillan J.A. & Warshaw J.B., eds), Lippincott, Philadelphia, PA, pp. 848–850.
63. Poirier M.P., Davis P.H., Gonzalez–del Rey J.A. & Monroe K.W. (2000) Pediatric emergency department nurses’ perspectives on fever in children. *Pediatric Emergency Care* **16**, 9–12.
64. Uhari M., Rantala H., Vainionpaa L. & Kurttila R. (1995) Effect of acetaminophen and of low intermittent doses of diazepam on prevention of recurrences of febrile seizures. *The Journal of Pediatrics* **126**, 991–995.
65. Van Esch A., Steyerberg E.W., Moll H.A., Offringa M., Hoes A.W., Habbema J.D. & Derksen – Lubsen G. (2000) A study of the efficacy of antipyretic drugs in the prevention of febrile seizure recurrence. *Ambulatory Child Health* **6**, 19–26.
66. Rantala H., Tarkka R. & Uhari M. (2000) Preventive treatment for recurrent febrile seizures. *Annals of Medicine* **32**, 177–180.

67. Plaisance K.I., Mackowiak P.A. (2000) Antipyretic therapy: Physiologic rationale, diagnostic implications, and clinical consequences. *Archives of Internal Medicine* **160** (4), 449–456.
68. Kearns G.L., Leeder J.S., Wasserman G.S. (1998) Acetaminophen overdose with therapeutic intent. *The Journal of Pediatrics* **132**, 5–8.
69. Miles F.K., Kamath R., Dorney S.F., Gaskin K.J., O'Loughlin E.V. (1999) Accidental parasetamol overdosing and fulminant hepatic failure children. *Medical Journal of Australia* **171**, 472–475.
70. Sarrell M., Cohen H.A., Kahan E. (2002) Physicians', nurses' and parents' attitudes to and knowledge about fever in early childhood. *Patient Education and Counselling* **46**, 61–65.
71. Ceyhan M. (1993) Enfeksiyon hastalıklarında ateş. *Katkı Dergisi* **5**, 397–399.
72. Ural L., Aydan K., Kutay I., Yıldız M. (1997) Çocuklarda nedeni bilinmeyen ateş. *Sendrom Aralık*, 47–53,
73. Henker R. (1999) Evidence-based practice: Fever-related interventions (Review). *American Journal of Critical Care* **8** (1), 481–487
74. Lorin M.I. (1994) Pathogenesis of fever and its treatment. In F. Oski, C.D. DeAngelis, R.D. Feigin, J.A. McMillan & J.B. Warshaw (eds.), *Principles and practice of pediatrics* (2nd ed.) (pp.1111–1113). Philadelphia: J.B. Lippincott.
75. Wassmer E., Hanlon M. (1999) Effects of information on parental knowledge of febrile convulsions. *Seizure* **8**, 421–423.
76. Ak A.R., Sancak R., Totan M., Öztürk F., Belet N., Bay A. (1998) Febril konvülsiyonlu olguların klinik ve risk faktörleri yönünden değerlendirilmesi. *On dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* **15**(2), 120–124.
77. Aydemir G., (1992) 0–6 yaş çocuğu olan annelerin ateşlenme durumunda evde bakıma ilişkin uygulamalarının belirlenmesi. *Türk Hemşireler Dergisi* **3**, 27–31.
78. Gilboy N., Tanabe P., Travers D.A., Hill C. The emergency severity index version 4: Changes to ESI level 1 and pediatric fever criteria. *Journal Of Emergency Nursing* **31**(4), 357–362.



79. Pek H. (1988) 0–5 Yaş Arası Yüksek Ateşli Çocuklarda Sağlık Kurumuna Başvuru Öncesi Ailenin Aldığı Önlemler, Uygulamalar ve Hemşirelik Yaklaşımı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
80. Esra T. (2001) Ateş Düşürmede Uygulanan Dört Farklı Yöntemin Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
81. Demir M. (2003) Tokat Karşyaka Doğum Ve Çocuk Hastanesi Acil Servisine Yüksek Ateş Şikâyetiyle Getirilen 0–5 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Yüksek Ateşle İlgili Bilgi ve Tutumları. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri.
82. Baumann R.J. (1999) Technical report: Treatment of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics* **103**, 86.
83. Baumann R.J. (2001) Prevention and management of febrile seizures. *Pediatrics Drugs* **3**, 585–592.
84. Casey G. (2000) Fever Management in children. *Pediatric Nursing* **12**, 38–42.
85. Provisional committee on quality improvement, subcommittee on febrile seizures practise parameter: The neurodiagnostic evaluation of the child with a first simple seizure. *Pediatrics* **1996; 97**: 769–775.
86. Edwards H.E., Courtney M.D., Wilson J.E., Sarah J.M., Walsh A.M. (2001) Fever management: What pediatric nurses say. *Nursing and Health Sciences*, **3**, 119–130.
87. Smith B. (1999) Survey of management of fever without source in young children in Australasian emergency departments. *Emergency Medicine*, **11**, 150–154.

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı  
çerçevesinde yürütülmüş bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
**Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29.12.2006



Yrd. Doç. Dr. Ayşegül BÜKÜLMEZ

ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Nihal ÇENGİZ

ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Reşit KÖKEN

ÜYE

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Saadet PUL'un "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateşin Yönetimi Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Yaklaşımları ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması" başlıklı tezi 29/12/2006 günü saat:15:00'da Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Fevzi Sefa DEREKÖY

Enstitü Müdürü