

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**ANNELERİN ÇOCUKLARINDA
ATEŞ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mustafa Alp Özkan

(UZMANLIK TEZİ)
Dr. Yusuf İskender Coşkun
(Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları)

İstanbul - 2011

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
SUMMARY	V
1-GİRİŞ	1
2-AMAÇ	2
3-GENEL BİLGİLER	3
3.1.Ateşin Düzenlenmesi	4
3.2.Ateşin Yaraları	4
3.3.Ateşin Zararları	6
3.4.Ateşin Anlamı	7
3.5.Ateş Korkusu	7
3.6.Vücut Isısı Ölçümü ve Değerlendirilmesi	8
3.7.Ateşin Nedenleri ve Ateşli Çocuğa Yaklaşımı	11
3.8.Ateşli Çocuğa Tedavi Yaklaşımı	14
3.9.Ateşli Çocuğa Yaklaşım	18
4-GEREÇ VE YÖNTEM	21
4.1.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
4.2.Araştırmanın Evreni	21
4.3.Araştırmanın Sınırlılıkları	21
4.4.Çalışma Dışında Tutulma Kriterleri	21
4.5.Verilerin Toplanması	22
4.5.1.Veri Toplama Formu	22
4.5.2.Veri Toplama Formunda Değerlendirilen Başlıklar	22
4.5.3.Veri Toplama Formunun Uygulanması	22
4.5.4.Verilerin Değerlendirilmesi	22
5-BULGULAR	23
5.1.Sosyodemografik Bulgular	23
6-TARTIŞMA	40
7-SONUÇ VE ÖNERİLER	43
8-EKLER	45
9-KAYNAKLAR	46

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen Başhekimimiz Sn.Prof. Dr. Çavlan ÇİFTÇİ'ye,

Gerek çalışma hayatım, gerekse tez çalışmalarım boyunca, bilgisini ve deneyimlerini benimle paylaşan, her konuda desteğini gördüğüm Ana Bilim Dalı Başkanım Sn. Prof. Dr. Mustafa Alp ÖZKAN'a,

Eğitim dönemim boyunca en iyi şekilde yetişmemizi sağlayan Bilim Dalı Başkanlarımız Sn. Prof Dr.C.Atilla BÜYÜKGEBİZ ve Sn. Prof. Dr. Gülden KAFALI'ya,

Eğitim yılları boyunca iyi ve kötü günlerimde hep yanımda olan çok değerli dönem arkadaşlarım Sn. Dr. Fatma Başak NAMDAR ÇELİKKAN, Sn. Dr. Müşerref Banu ÖZVAR YAZICI'ya,

Tezimin planlanmasında, değerlendirilmesinde, oluşumunda manevi desteğini esirgemeyen Sn. Op. Dr. Zülfü Kılıç ve Sn. Op. Dr.M.Baki Doğan'a, Yard.Doç.Dr. Birol ÖZTÜRK'e,

Bugünlere gelmemi sağlayan anne, baba ve kardeşime,

Her zaman desteğini esirgemeyerek hayatımda en büyük paya sahip olan eşim Uzm.Dr.Nihal COŞKUN'a,

Ailemin küçük üyesi ve yaşama sevincim olan oğlum Ömer EREN'e,

en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Yusuf İskender Coşkun.

ÖZET

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. Buna rağmen ateşli çocuğun ailesi ateş konusunda telaşlanır ve ateşe hekimlerden daha fazla ilgi gösterme eğilimindedir. Ailelerin ateşle ilgili yanlış fikirleri çoğu zaman çocukların ateşine gereksiz şekilde agresif olarak tedavi etmelerine yol açar.

Yöntem : Gözlemsel, tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp fakültesi Avrupa Florance Nigtingale Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 1 ocak 2010 – 31 Aralık 2010 tarihleri arasında başvuran hastaların annelerinin ateşli çocuklara yaklaşımlarını, bilgi düzeylerini, ateş düşürmede kullandıkları yöntemleri araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Bulgular : Polikliniğe ateş şikayeti ile başvuran %18,3 ilköğretim, %33,7 lise, %48, 1 üniversite mezunu olan 104 anne çalışmamıza katılmıştır. Annelerinin %42, 1 çocukta ateş sınırını 38 – 38,9°C. olarak tanımlamıştır, 59 (%56,7) anne çocuklarında ideal ateş ölçüm yerinin koltuk altı olduğunu, 43 (%41,3) anne çocuğunun ateşli olduğunda ilk olarak ateş düşürücü verdiğini, 65 (%62,5) anne ateşin en çok korkuttuğu sebepler arasında çocuğun havale geçirmesini söylemiştir. (%56,7) 59 Anne 38 – 38,9°C’de ateş düşürücü verdiği tesbit edilmiştir.

Annenin ateşi düşürmek için ne zaman ılık uygulama yaptığı sorulduğunda 55 (%52,9) annenin 38 – 38, 9°C aralığında iken yaptığını işaretlemiştir.

Sonuç : Annelerin büyük çoğunluğunun ateş sınırını; 38 – 38,9°C (%46,2) olarak işaretlemiş ve ateşli çocuğunda ilk ne yaptığına bakıldığında..(%41,3) ateş düşürücü verdiği tesbit edilmiştir.

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

SUMMARY

Fever is one of the most common signs of childhood diseases. High body temperature generally shows defending answer of body to illnesses and mostly medical management may not be applied. Furthermore there are lots of evidence about beneficial effects of fever which is not that much high. However treatments suggested that fever is harmful for all patients are commonly administered in clinical practice contrary to this knowledge. Sudden drop of body temperature is a often wrong appliance. The parents of a child with fever worry about that and have a tendency to show greater interest than doctors. Their false opinions about fever give way to aggressive approach to their child's fever.

Material and Method: In this observational, descriptive study we aimed to search parents' approaches to their children with fever, knowledge status and methods for dropping fever of patients' mothers who attend Istanbul Bilim University, Avrupa Florence Nightingale Hospital Pediatrics Clinic.

Findings: 104 mothers who attended our clinic with complaint about their child's fever participated in our study. Participants' education profile is described as primary school, high school and university graduated; as %8.3, %33.7 and %48.1, respectively. 42.1% of them described fever as between 38-38.9°C of body temperature. Ideal body temperature measurement location is defined as underarm by 59 of them (56.7%). 43 of them (%41.3) said that they give anti-pyretic agents to their child with fever as a first reaction. 65 of them (%62.5) are afraid of fever because of febrile convulsion. It is demonstrated that 59 of mothers (%56.7) give antipyretic agents to their child between 38-38.9°C of body temperature. 55 of them (%52.9) gives external application of cold between 38-38.9°C of body temperature

Results: We demonstrated that most of the mother (46.2%) know that fever limitation is between 38-38.9°C of body temperature and again most of them (41.3%) firstly give antipyretic agents to their child.

Key Words: Fever, Fever management, Knowledge Status, Pediatrics.

1- GİRİŞ

Ateş çocuklarda en sık rastlanan problemlerden biridir. Vücudun savunma mekanizmasının bir parçasıdır. Ateşin vücutta bir savunma mekanizması olduğunu ilk kez Hipokrat kaydetmiştir. (1)

Çocuklarda ateşin nedeni sıklıkla, influenza benzeri hastalıklar ve akut üst solunum yolu hastalıkları gibi nisbeten zararsız kendini sınırlayıcı zararsız enfeksiyonlardır. (2). Dolayısı ile tıbbi açıdan bakıldığında çocuklarda antipiretik tedavi kullanımı için az sayıda neden mevcuttur. (3-4)

Ateşli çocuklarda doktor için en önemli sorun ciddi hastalıkların ayırıcı tanısını yapmaktır. Bunun için sıklıkla tıbbi öykü ve fizik muayene yeterlidir.

Çocuklarda normal vücut sıcaklığı 36,2-37,8°C arasındadır. Son çalışmalar göstermiştir ki vücut sıcaklığının üst limiti 37,9°C olduğunu gösterdiği için, aksiler 38°C ve üzeri ölçümler ateş olarak kabul edilmiştir. (5)

Hekimler sıklıkla ateşi düşürmek için farmakolojik ve farmakoloji-dışı yaklaşımlar önerirler. Ateş düşürücü ilaç vermekteki amaç sadece çocuğun huzursuzluğunu azaltmaktır, tedavi etmek değildir. (6-7-8). Buna rağmen ateşli çocuğun ailesi sıklıkla telaşlanır ve ateşe hekimden daha fazla ilgi gösterir. Ailelerin ateş ile ilgili yanlış bilgileri çoğu zaman çocuklarının ateşini gereksiz ve agresif tedavi etmelerine yol açar. Ailelerin çocuklarındaki ateşin, bir temele dayanmayan potansiyel zarar verici etkileri ile ilgili endişe ve yanlış fikirleri fever phobia (ateş korkusu) terimini ortaya çıkarmıştır.

Her zaman yüksek ateşin olması bir hastalık göstergesi değildir, yalnızca bir semptomdur ve kişinin savunma mekanizmasının bir parçasıdır. Enfeksiyonlar ateşin en sık nedenlerinden birisi olmakla birlikte enfeksiyon dışı nedenlerde ateş yükselebilir. Örneğin enflamatuvar, neoplastik, immünolojik hastalıklar çoğu kez ateşli seyreder. (8-11)

2- AMAÇ

Bu çalışmanın amacı annelerin çocuklarında ateş ile ilgili bilgi düzeylerini, ateşlenen çocuğa karşı tutumu, evde ateş tedavisi, ateş ölçüm yeri ve doktora başvurma kriterlerini belirlemektir.

Çalışmanın hedefleri arasında annelerin çocukları ateşli iken verdikleri tepkileri ve ateş konusundaki endişelerini daha iyi anlayarak, çocuk doktorları ve anneleri arasında iletişimi sağlamaktır. Aynı zamanda annelerin çocuklarındaki ateş gereksinimlerini belirlemek ve annelerin sağlık çalışanları tarafından, ateşin ölçülmesi, anlamı, evde akılcı tedavisi konusunda bilgi verilmesine ışık tutmaktır. Böylece hasta çocuk olmanın aileye verdiği ekonomik ve duygusal yük azaltılabilir.

3- GENEL BİLGİLER

Ateş basit olarak vücut ısısının normalin üzerine çıkması olarak ifade edilir. Ayrıca pirojenik sitokinler aracılığı ile hastalığa cevap olarak oluşan, vücut iç sıcaklığında artış, akut faz reatanlarının üretimi ve immünolojik sistemin aktivasyonu ile karakterize kompleks fizyolojik bir cevaptır. (17). Ateş interlökinler olarak bilinen endojen pirojenik sitokinlerin aracılık yaptığı bir inflamatuvar reaksiyonlar zinciri sonucu oluşur. Bu interlökinler, infeksiyöz bir ajana, toksine veya immünkomplekse karşı, kanda veya dokularda bulunan çeşitli fagositik hücreler tarafından üretilir. Kan dolaşımındaki bu pirojenlere cevap olarak hipotalamustaki sabit sıcaklık ayarının yükselmesi sonucunda da ateş ortaya çıkar.

Normal vücut ısısı sınırlarını belirlemek güçtür. Genel olarak 36,1 -37,8°C normal vücut ısısı olarak kabul edilir. Klinik olarak rektal sıcaklığın 38°C aksiler sıcaklığın 37,9°C üzerinde olması olarak tanımlanır. Aynı zamanda son çalışmalar çocuklarda normal vücut ısısının üst limitinin 37,9°C olduğunu göstermektedir. (19)

Ateşli durumda vücutta oluşan değişiklikler tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Ateşli durumda vücutta oluşan değişiklikler (20)

Endokrin ve Metabolik :

Glukokortikoidlerin üretiminde artış
Büyüme hormonunun salınımında artış
Aldosteron salınımındaki artış
Vazopressin salınımında azalma
Akut faz proteinlerinin salınımı

Otonomik :

Kan akımının ciltten, derin dolaşım yataklarına yönelmesi
Nabız ve kan sayımında artış
Terlemenin azalması

Davranışsal :

Kaslarda kasılma
Ürperme
İştahsızlık
Uyku hali
Halsizlik

3.1. 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 banyolara 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).

3.2. 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).

3.3. 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 beyinin 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 insensibile 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 idiyopatik 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°C) daha düşük febril konvülsiyon riski taşıdığı gösterilmiştir. Febril konvülsiyon genellikle ateşin yükselmeye başladığı ilk dönemde (37,5°C civarında) veya 40°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°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).

3.4. Ateşin Anlamı

Ateş bir uyarı işaretidir. Çocuklarda en sık görülen yakınmalardan biridir. çocuk poliklinikleri ve acillerine başvuruların %15 – 20'si yalnızca ateş sebebiyledir. çocuklarda ateş genellikle, kendini sınırlayıcı viral enfeksiyonların bir bulgusu olmakla birlikte, bakteriyemi, pnömoni, menenjit gibi bakteriyel enfeksiyonların da bir belirtisi olabilir. Uzamış ateşler ise malignenesi veya bağ dokusu hastalıkları gibi ciddi hastalıklara işaret edebilir. Ateşli bir çocukla karşılaşan doktorun en önemli hedefi ateşin ciddi ve tedavi edilebilir sebeplerini (bakteriyemi, menenjit, pnömoni, otit gibi) araştırmak ve bulmaktır (8).

Ateş bir hastalık değil bağışıklık sisteminin bir enfeksiyonla savaştığının ifadesi olan bir belirtidir. Yüksek bir vücut sıcaklığı sıklıkla bir enfeksiyon nedeniyledir. fakat nadiren enfeksiyonun ciddiyeti ile ilişkilidir. Bazı çocuklarda hafif viral enfeksiyonlar yüksek ateşlere yol açabilirken, ağır bir streptokokal boğaz enfeksiyonunda yüksek ateş görülmeyebilir. İnfeksiyonun ciddiyetinin ateşten çok daha önemli göstergesi çocuğun enerji düzeyidir. Çocuklardaki ateşin anlamı açık şekilde anlamamış olan anne – baba sıklıkla hemen ilaç vermek ister. Oysa, ateşin aslında çocuğun enfeksiyona yardımcı olabilecek karmaşık bir bağışıklık sistemi cevabı olduğunun farkında değillerdir (8).

3.5 Ateş korkusu

Ateş olarak bilinen ve çok hücreli canlılarda evrensel olan bu cevabın insan sağlığı ve hastalığındaki rolü halen tam anlaşılmamış olup, ateş çocuk doktorları için büyük bir tartışma, aileler içinse ciddi bir endişe kaynağıdır.

Kuzey Amerika’da yapılan çalışmalar ebeveynleri ateşle ilgili gerçekçi olmayan düşüncelere dayanan korkusunu ortaya koymuştur. Buna ateş korkusu (fever phobia) adı verilmiştir. Schmitt’in 1980’de yaptığı ilk çalışmada 81 ebeveynnin ateşe ilginç bakış açıları olduğunu göstermiştir. Örneğin %94’ü ateşin yan etkilere sebep olacağına, %18’i 39°C üzerindeki ateşin çocukta kalıcı beyin hasarı ile sonuçlanacağına, %16’sı vücut sıcaklığının tedavi edilmezse 43,3 – 48,9°C dereceye çıkacağına, %52’si 40°C üzerinde beyin hasarı oluşabileceği ya da çocuğun ölebileceğine inanmaktaydı. Ailelerin %63’ü ateşten kaynaklanacak ciddi hasarlardan oldukça korktuklarını ifade etmişlerdir (9).

Yirmi yıl sonra 2001 ’de yapılan başka bir çalışmada (66) 340 ebeveynin %52’si çocukları ateşlendiğinde saatte bir çocuğun ateşini ölçmekteydi, %25’i 37,8°C altındaki sıcaklıklar için çocuğa antipiretik vermekteydi ve %85’i antipiretik vermek için çocuklarını uykudan uyandırıyor. Araştırmacılar tüm bu davranışları “aşırı ve zorlayıcı” şeklinde ifade etmişlerdir. Yirmi yıl öncesi ile karşılaştırıldığında, daha büyük oranda ailelerin, konvulsyonların ateşin bir yan etkisi olduğuna inandığı ve ateşini ölçmek için çocuklarını daha sık uyandırıp, daha sık antipiretik verdiği gözlenmiştir.

Ailelerdeki ,ateşle ilgili, konvulsyonlara ve beyin hasarına yol açacağı endişesi sıklıkla doktorları ile paylaştığı bilmekteyiz. Daha yakın bir zamanda acil çocuk servis hemşireleri ile yapılan bir çalışmada benzer endişeler saptanmıştır. Hemşirelerin %57’sine göre konvulsyonlar ateşli bir çocuk için en önemli tehlikedir. %29’una göre yüksek ateş beyin hasarı veya ölüme neden olabilir.

3.6. 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°C, aksiller ateşten 1–1,5°C fazladır. Oral ateş; aksiller ateşten 0,5–1°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°C'den yüksek ise ateş olarak kabul edilir. Ateş derecelerine göre de hafif ateş (< 39°C), hipotermi (< 35°C), hipertermi (41°C ve üzeri) olarak gruplandırılır (21, 35, 37, 41, 42).

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°C, oral 37,5°C kulak ve rektal 38°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°C arasındadır. Bebeklerde, çocuklarda, bilinçsiz ve zayıf hastalarda vücut sıcaklığı rektal yolla ölçülür. Ancak normal yenidoğan bebekte termometrenin rektum duvarını perforasyon etme olasılığını önlemek amacıyla vücut sıcaklığının aksiller bölgeden ölçülmesi önerilmektedir.

Rektal anomali, rektum perforasyonu, anal fissür, apne, nasokomial enfeksiyon, rektum yada perianal enfeksiyonu, diyare, sepsis riski ve prematüre olanlarda önerilmez. Rektumda dışkı bulunması rektal ölçümü etkileyebilir (1, 21, 35, 37)

Aksiller Ölçüm:

En basit ölçüm tekniği olmasına rağmen güvenilirliği en az olanıdır. Vücut core ısı 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 Őey 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 dijital 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 termostatin 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 dijital göstergedeki değer okunur (21, 35, 42, 43).

Hipertermi:

Vücut sıcaklığının 41°C üzerinde olmasıdır. Bu bir ateş cevabı olarak değerlendirilemez. Ateş termostatin 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).

3.7. 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 ve 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 değışiklikler, menenjizm, fokal nörolojik bulgular, stridor, retraksiyon, dispne,

siyanoz, solukluk, takipne, taşikardi, hipotansiyon, hemorajik döküntü ve 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 ($> 41^{\circ}\text{C}$), 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 bakılmalı, 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 görünümü, 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).

3.8. 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 birlikte. 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, O₂ tüketimi, CO₂ 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 indometazinin 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 antiinflamatuarlardır. Salisilat, asetaminofen, ibuprofen en sık kullanılanlardır. Bu ilaçlar prostaglandin-E2 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 ibuprofendir (11, 31, 34).

Salisilatlar:

Salisilatlar çocuklarda kullanılan en eski ateş düşürücü ve ağrı kesicidir. Araşidonik asitin prostoglandin-E2'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 3,6 gr/günü 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 ölümlü 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 bozulma nedeniyle antipiretik olarak önerilmemektedir. 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. Asetaminofenden 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).

Tablo 2: Antipiretikler

İlaç	Dozaj (mg/kg/doz)	Doz aralığı	İlaç formu
Asetilsalisilik asit	10-15	4–6 saat	Tablet
Dipiron	15-20	4–6 saat	Damla ,şurup , tablet, supozituar
Asetaminofen	10-15	4–6 saat	Damla, şurup, tablet
İbuprofen	10	6–8 saat	Şurup

Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, hipotermi riski oluşturabileceği için diğer antipiretiklerle birlikte kullanılmamalıdır. Yapılan çalışmalarda asetaminofen ve ibuprofenin ateşli çocuğun tedavisinde dönüşümlü kullanımının daha etkili olmadığı ve bu uygulamanın tıbbi kanıttan yoksun olduğu sonucuna varılmıştır. İki ilacın dönüşümlü kullanımı, aynı zamanda doz hesaplamalarında ailenin yanlış yapma olasılığını da artırır ve ailelere güvenle önerilmez.

3.9. Ateşli Çocuğa Yaklaşım

Tıbbi yaklaşımlar ateş düşürme yöntemlerini uygulamayı ve destekleyici bakımı vermeyi içerir.

Ortam ısı: Ateşli çocuğun bulunduğu odanın ısı 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 ısı ile ilişkili bulunmasına rağmen doğum zamanı ile ilişkisi bulunmamıştır. Doğumdan 2–3 saat sonra vücut ısı 0,2°C artarken, 15–20 saat sonra bu artış 0,3°C' ye çıkmıştır. Yine aynı araştırmacılar 114 yenidoğanda banyo ile vücut ısısının 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. (50, 51, 52)

Beslenme: Ateş çocuğun kalori gereksinimini arttırdığından çocuğun beslenmesinin desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca ateş, terlemeyi ve solunum sayısını artırarak 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 artırılmalıdır. 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. (53, 54, 55)

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. Suyu kesinlikle alkol katılmamalıdır. Çünkü alkol deriden emilerek, buharı ise solunum yolu ile santral sinir sistemi depresyonuna neden olabilir. Ilık uygulama ile vücut ısı 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 sarılmamasına dikkat edilmelidir. Ilık su yerine kesinlikle soğuk su kullanılmamalıdır. Uygulama öncesi ve sonrası vücut ısısı kontrol edilmelidir (28,49)

4- GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk sağlığı ve Hastalıkları acil polikliniğine başvuran ateşli çocukların anneleri ile yapılmıştır.

Çalışma kapsamındaki hastane; Tıp Fakültesi Hastanesi

4.2. Araştırmanın Evreni

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 104 anne araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden anneler araştırmaya alındı.

4.4. Çalışma Dışında Tutulma Kriterleri

Ateşli çocuğun infeksiyon riskini artırabilecek kronik bir hastalık (malinite, bağ dokusu hastalıkları, metabolik hastalıklar, büyüme – gelişme geriliği, kistik fibrozis v.b..)

Annenin ifade veya işitme probleminin olması.

Annenin sağlık çalışanı olması.

Çocuğun yanında annesinin olmaması.

Annelere, ateş ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının sorgulanacağı sorulardan oluşan bir anket, aynı araştırmacı tarafından (çocuk doktoru) yüzyüze çocuk muayene olmadan önce yaklaşık 5 dakika süren bir anket çalışmasında annelerin sosyodemografik bilgileri, annelerin ateş hakkında bilgileri, çocukları ateşlendiğinde ilk ne yaptıkları, ateşlenen çocuklarına karşı tutumları, evde ateşe olan yaklaşımları (EK-1) 104 anne ile anket yapılmıştır.

4.5. Verilerin Toplanması

4.5.1. Veri Toplama Formu

Annelerin sosyo-demografik özelliklerini, ateş ve ateşin yönetimi ile ilgili bilgi ve yaklaşımlarını içeren 6 adet sorudan oluşan anket formu (EK 1) ilgili literatürlerden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlandı.

Anket formu, İstanbul 4 No'lu İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Danışma Kurulu Başkanlığı tarafından tıbbi etiğe uygunluğu yönünden değerlendirildi ve uygun görüldü. (21)

4.5.2. Veri Toplama Formunda Değerlendirilen Başlıklar

Anket formunda sorulan sorular ile; çalışmaya katılan annelere; ait sosyo-demografik özellikleri, yüksek ateş olarak kabul ettikleri vücut ısısı, ideal ateş ölçüm yerleri ; rektal bölge, aksiller bölge, oral bölge ve kulak bölgesi ve ateş derecesi hakkındaki bilgi düzeyleri, çocukları ateşli olduğunda ilk ne yaptıkları, vücut sıcaklığı yüksek olarak tesbit edildiğinde öncelikle ne zaman ılık uygulamayı tercih ettikleri, ateşli olduğunu düşündüğünde tercih ettikleri ilk yöntemi sıralandırma durumu, ateş düşürücü verilmesi gereken ısı aralığı düzeyini bilme seviyeleri, ateş düşürücü ilaç kullanma endikasyonunda en önemli tercihleri (EK 1: Anket formu).

4.5.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Çalışma için İstanbul Bilim Üniversitesi çocuk sağlığı ve hastalıkları ana bilim dalı ve Başhekimlik'den ve gerekli izinler alındı. Anket formları, çalışmaya katılmayı kabul eden annelere dağıtıldı ve daha sonra toplandı. Toplam 126 anneye anket formu elden ulaştırıldı. 104 anne anket formunu doldurarak çalışmaya katıldı.

4.6. Verilerin Değerlendirilmesi

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

5- BULGULAR

5.1. Sosyodemografik Bulgular

Araştırmaya katılan annelerin çocuklarında ateş şikayeti ile başvuran 104 anne katıldı. Annelerin yaşları 19 – 49 arasında, ortalama 29 yıldır, 30<yaş altı 26 (%25) anne, 30-34 yaş gurubu 47 (%45,2), 35 yaş ve üstü 31 (%29,1) anne çalışmaya katılmıştır (Tablo 3).

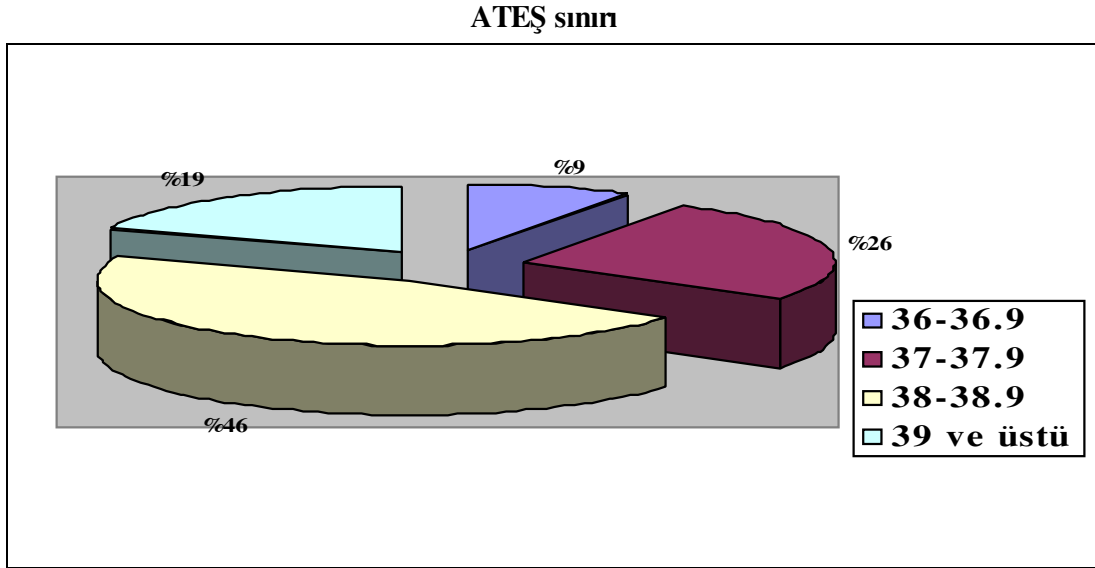
Çalışmaya katılan annelerin çoğu anne üniversite mezunuydu 50 (%48,1), lise mezunu 35 (%33,7), ilköğretim mezunu 19 (%18,3) idi. Çoğunun sağlık güvencesi bulunmaktadır. Çocukların 47 (%45,2) erkek, 57 (%54,8) kızdır. Çocukların yaşları 0 ay ile 13 yaş arasında, 0–2 yaş arası 52 (%50), 3-5 yaş arası 26 (%25), 6 yaş ve üzeri 26 (%25). (Tablo 3). Çalışmaya katılan annelerin 58 (%55,8)'nin tek çocuğu vardı, iki çocuğu olanlar 35 (%33,7), üç çocuğu ve daha fazla olan 11 (%10,6) idi (Tablo 3). Çalışmaya katılan annelerin 71 (%68,3)'ünün ilk çocuğuydu, iki ve daha fazla çocuğu olanlar 33 (%31,7) idi (Tablo 3).

Tablo 3: Annelere ve Çocuklara Ait İstatiksel Bilgiler

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	47	45,2
Kadın	57	54,8
YAŞ		
0-2 yaş	52	50,0
3-5 yaş	26	25,0
6 yaş ve üstü	26	25,0
ANNE YAŞI		
<30 yaş	26	25,0
30-34 yaş	47	45,2
35 yaş ve üstü	31	29,8
ANNE EĞİTİMİ		
İlköğretim	19	18,3
Lise	35	33,7
Üniversite	50	48,1
Çocuk sayısı		
1	58	55,8
2	35	33,7
3 ve daha fazla	11	10,6
Kaçıncı çocuk		
İlk	71	68,3
2 ve daha fazla	33	31,7

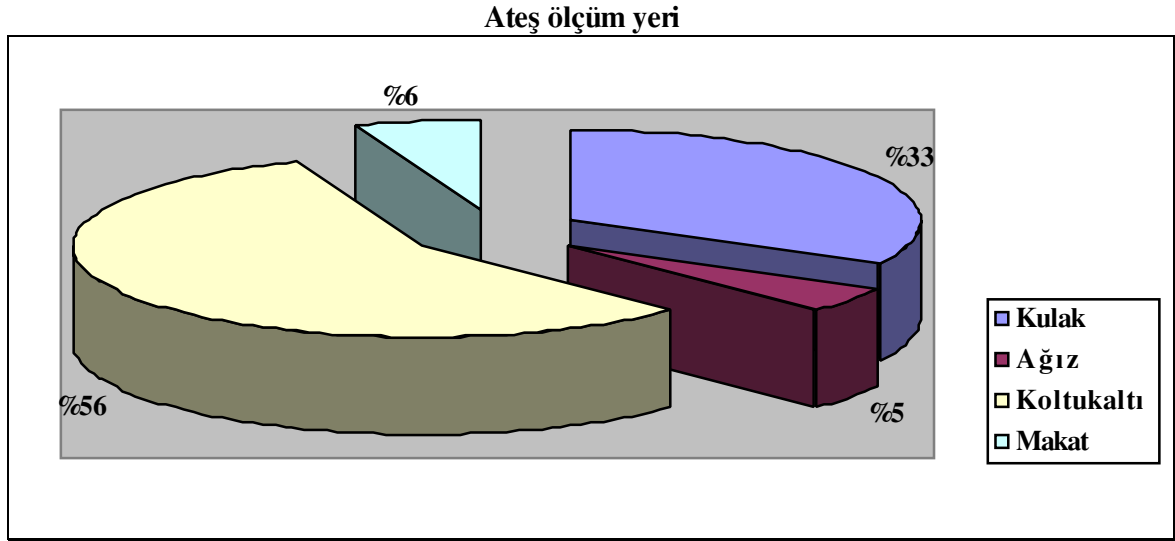
ATEŞ sınırı	n	%
36-36.9°C	9	8,7
37-37.9°C	27	26,0
38-38.9°C	48	46,2
39°C ve üstü	20	19,2

Şekil 1: Ateşli Çocukta Annenin Ateş Sınırı



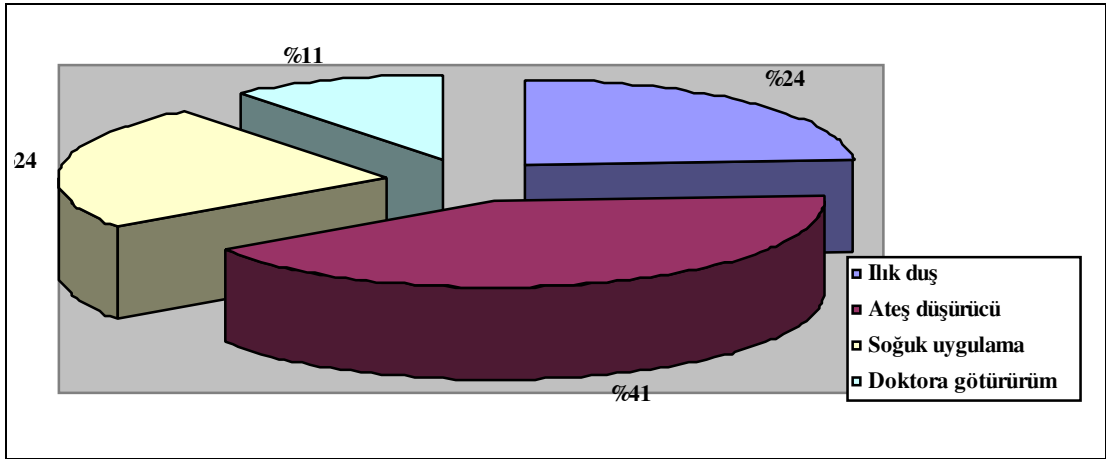
Ateş ölçüm yeri	n	%
Kulak	34	32,7
Ağız	5	4,8
Koltukaltı	59	56,7
Makat	6	5,8

Şekil 2: Ateşli Çocukta Annenin Ateş Ölçüm Yeri



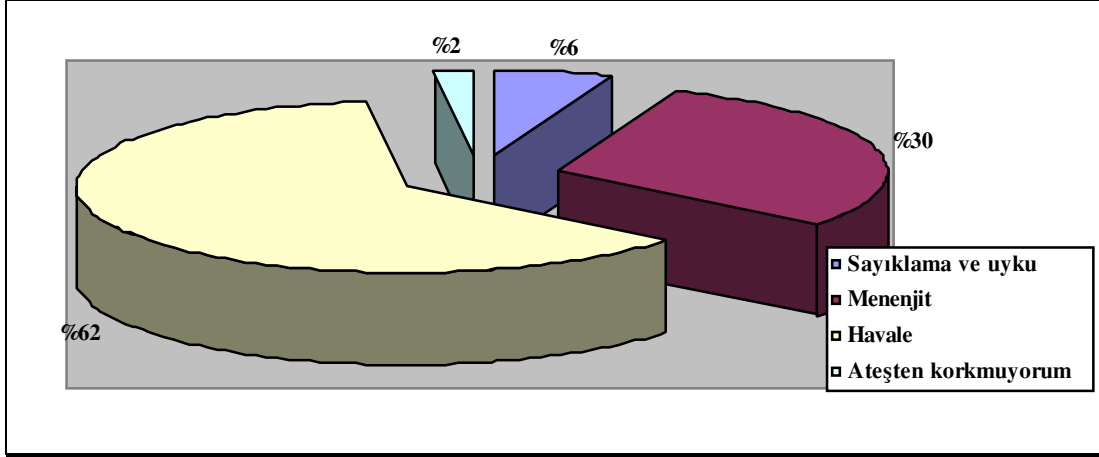
Ateş ilk yapılan	n	%
Ilık duş	25	24,0
Ateş düşürücü	43	41,3
Soğuk uygulama	25	24,0
Doktora götürürüm	11	10,6

Şekil 3: Ateşli Çocukta Annenin İlk Yaptığı



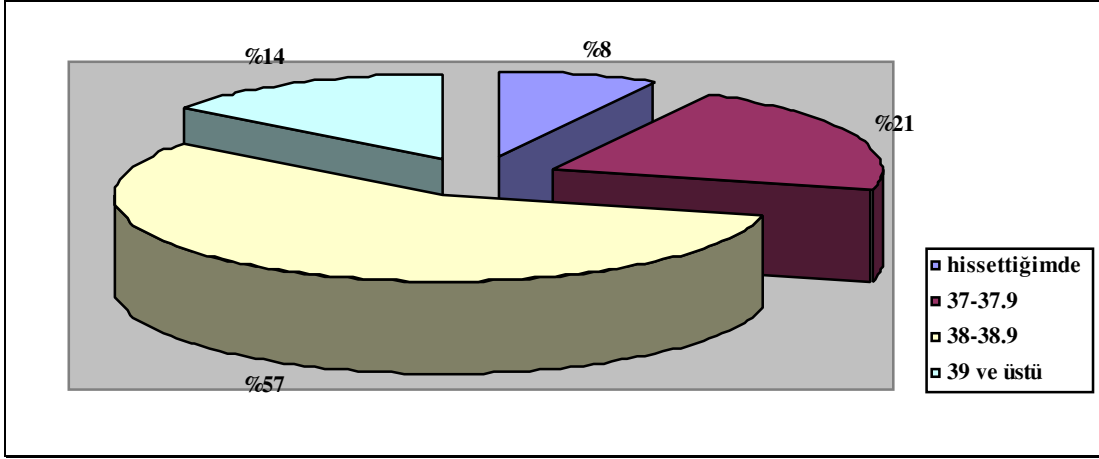
Neden korkutur	n	%
Sayıklama ve uyku	6	5,8
Menenjit	31	29,8
Havale	65	62,5
Ateşten korkmuyorum	2	1,9

Şekil 4: Ateşli Çocukta Anne Neden Korkar



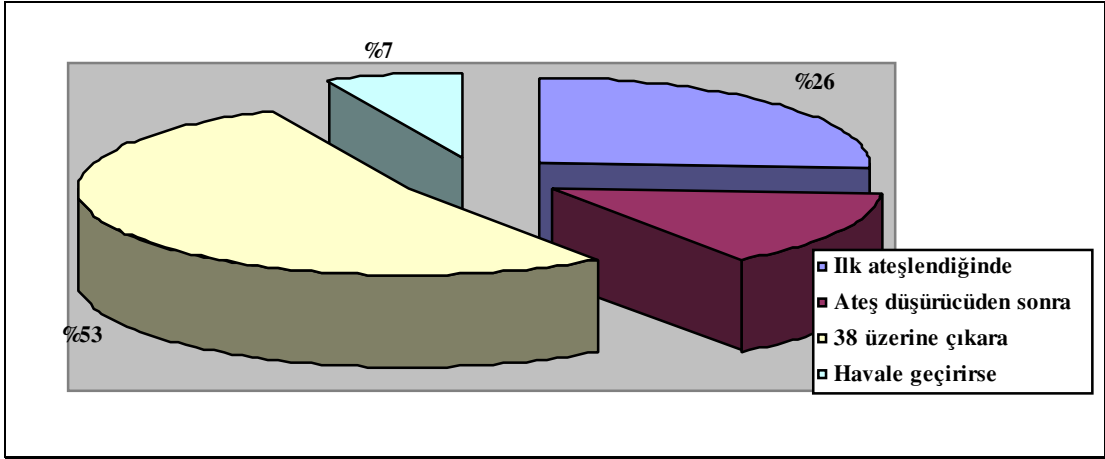
Ateş düşürücü verme	n	%
Hissettiğimde	8	7,7
37-37,9°C	22	21,2
38-38,9°C	59	56,7
39°C ve üstü	15	14,4

Şekil 5: Ateşli Çocukta Ateş Düşürücüyü Anne Ne Zaman Verir



Ne zaman ılık uygulama		
İlk ateşlendiğinde	27	26,0
Ateş düşürücüden sonar	15	14,4
38°C üzerine çıkarsa	55	52,9
Havale geçirirse	7	6,7

Şekil 6: Ateşli Çocukta Anne İlık Uygulamayı Ne Zaman Yapar



Anketimizde (anket soru 1.) annelere ateşli çocuğunuzda ateş sınırı nedir diye sorduğumuzda şekil 1’de görüldüğü gibi; 48 (%46,2)’i 38–38,9°C, 27 (%26,0)’ı 37-37,9°C 20 (%19,2)’si 39°C ve üstü, 9 (%8,7)’si 36-36,9°C olarak işaretlemiştir.

Anketimizde (anket soru 2.) annelere ateşli çocuğunuzda ideal ateş ölçüm yeri neresidir diye sorduğumuzda şekil 2’de görüldüğü gibi ;59 (%56,7)’si koltuk altından, 34 (%32,7)’si kulaktan, 6 (%5,8)’si makattan, 5 (%4,8)’si ağızda olarak işaretlemiştir.

Anketimizde (anket soru 3.) annelere çocuğunuz ateşli olduğunda ilk ne yaparsınız diye sorduğumuzda Şekil 3’de görüldüğü gibi ; 43 (%41,3)’ ateş düşürücü veririm, 25 (%24)’ ılık duş, 25 (%24)’ soğuk uygulama,11 (%10,6)’sı doktora gtrm olarak işaretlemiştir.

Anketimizde (anket soru 4.) annelere ateş sizi neden korkutur diye sorduğumuzda Şekil 4’de görüldüğü gibi ; 65 (%62,5)’i havale geçirmesinden, 31 (%29,8)’i kötü bir hastalığa geçirmesinden korkarım (menenjit..), 6 (%5,8)’i ateş yükseldiğinde sayıklaması ve uyku halinden, 2 (%1,9)’u ateş den korkmadığını söylemiştir.

Anketimizde (anket soru 5.) annelere hangi derecede ateş düşürücü verirsiniz diye sorduğumuzda Şekil 5’de görüldüğü gibi ; 59 (%56,7)’si 38-38,9°C arasında, 22 (%21,9)’u 37-37,9°C arasında, 15 (%14,4)’ 39°C ve üstünde, 8 (%7,7)’si ise hissettiğimde veririm demiştir.

Anketimizde (anket soru 6.) annelere ateş düşürmek için ne zaman ılık uygulama yaparsınız diye sorduğumuzda Şekil 6’da görüldüğü gibi 55 (%52,9)’u ateş 38°C ve üzerine çıkarsa, 27 (%26)’sı ateş kaç olursa olsun ilk ateşlendiğinde, 15 (%14,4)’ ateş düşürücüye rağmen düşmezse, 7 (%6,7)’si havale geçirirse yaparım demiştir.

Tablo 3’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan erkek ve kız ocuk sayısı birbirine yakın olup kız hastaların sayısı bir mikta fazladır (E :47, K : 57), (%45,2 ,%54,8) alıŐmaya katılan çocukları yarısı 0 – 2 yaş gurubundadır. (%50), 3 – 5yaş gurubu 26 (%25)’i, 6 yaş ve üstü 26 (%25) ni oluŐurmaktadır.çalışmaya katılan çocuklar çoğunlukla ailenin tek çocuğu olup (%55,8)’ni oluŐurmaktadır. Çalışmaya katılan çocukların (%68,3) ailenin ile ilk çocukları idi.

Tablo 4: Annelere ait sosyodemografik bulgular

ANNE YAŞI	n (104)	%
<30 yaş	26	25,0
30-34 yaş	47	45,2
35 yaş ve üstü	31	29,8
ANNE EĞİTİMİ		
İlköğretim	19	18,3
Lise	35	33,7
Üniversite	50	48,1
ÇOCUK SAYISI		
1	58	55,8
2	35	33,7
3 ve daha fazla	11	10,6

Çalışmaya katılan annelere ait sosyo – demografik özellikler Tablo 4’de görüldüğü gibi; Annelerin büyük kısmı 47 (%45,2)’si 30 – 34 yaş gurubunu oluşturmaktadır. < 30 yaş ve altında 26 (%25) anne, 35 yaş ve üstünde 31 (%29,8) anne bulunmaktaydı.

Eğitim durumuna göre; 50 (%48,1) anne üniversite mezunu, 35 (%33,7) anne lise mezunu, 19 (%18,3) ilköğretim mezunu olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan annelerden 58 (% 55,8)’nin bir çocuğu, 35 (%33,7) annenin iki çocuğu, 11 (%10,6) annenin üç veya daha fazla çocuğu vardı.

Sonuç olarak çalışmaya katılan annelerin sosyo – demografik olarak çoğunluğu 30 - 34 yaşında, üniversite mezunu, tek çocuk sahibi idi.

Tablo 5: Annelerin yaşlarına göre ateşe yaklaşımları

ANNE YAŞ	<30 yaş		30-34 yaş		35 yaş ve üstü		p
	n	%	n	%	n	%	
ATEŞ SİMRİ							
36°C-36.9°C.	2	7,7	2	4,3	5	16,1	
37°C-37.9°C.	8	30,8	10	21,3	9	29,0	
38°C-38.9°C.	11	42,3	24	51,1	13	41,9	
39°C ve üstü.	5	19,2	11	23,4	4	12,9	0,501
Ateş ölçüm yeri							
Kulak.	12	46,2	11	23,4	11	35,5	
Ağız.			3	6,4	2	6,5	
Koltuk altı.	11	42,3	31	66,0	17	54,8	
Makat.	3	11,5	2	4,3	1	3,2	0,228
Ateş ilk yapılan							
Ilık duş.	10	38,5	12	25,5	3	9,7	
Ateş düşürücü.	4	15,4	21	44,7	18	58,1	
Soğuk uygulama.	6	23,1	12	25,5	7	22,6	
Doktora götürürüm.	6	23,1	2	4,3	3	9,7	0,009**
Neden korkutur							
Sayıklama ve uyku.	1	3,8	4	8,5	1	3,2	
Menenjit,zatüre vb.	11	42,3	15	31,9	5	16,1	
Havale geçirmesi.	14	53,8	26	55,3	25	80,6	
Ateşten korkmuyorum.			2	4,3			0,159
Ateş düşürücü verme							
Hissettiğimde	2	7,7	4	8,5	2	6,5	
37°C-37.9°C.	5	19,2	9	19,1	8	25,8	
38°C-38.9°C.	14	53,8	31	66,0	14	45,2	
39°C ve üstü.	5	19,2	3	6,4	7	22,6	0,425
Ne zaman ılık uygulama							
İlk ateşlendiğinde	9	34,6	8	17,0	10	32,3	
Ateş düşürücüden sonra.	5	19,2	5	10,6	5	16,1	
38°C üzerine çıkarsa.	10	38,5	29	61,7	16	51,6	
Havale geçirirse.	2	7,7	5	10,6			0,202

Tablo 5’de görüldüğü gibi ankete katılan < 30 yaş olan anneler 11 (%42,3)’ü 30-34 yaş gurubunda 24 (% 51,1) anne 35 yaş ve üstü olanlardan 13 (%41,9)’ü ateş sınırını 38 C - 38,9°C olarak söylemiştir

Çalışmaya katılan anelere çocuklarınızda ateş ölçüm yeri neresidir diye sordüğümüzde kulak olarak işaretleyen < 30 annelerden 12 (%46,2)’ i, 30 – 34 yaş annelerin 11 (%23,4)’ü, 35 yaş ve üstü 13 (%41,9)’udur.

Çalışmaya katılan annelere ateşte ilk ne yaptığı sorulduğunda < 30 olan annelerin 10 (% 38,5) ılık duş yaptırdığını, 30 – 34 yaş arasındaki annelerin 21 (% 44,7)’si ve, 35 yaş ve üstü annelerin 18 (% 58,1)’i ise ateş düşürücü verdiğini söylemiştir.

Çalışmaya katılan annelere ateş neden korkutur diye sordüğümüzde < 30 olan annelerin 14 (%53,8)’ i, 30 – 34 yaş arasındaki annelerin 26 (% 55,3)’ü, 35 yaş ve üstü annelerin 25 (%80,6)’ı havale geçirmesi diye yanıtladı.

Çalışmaya katılan annelere ne zaman ateş düşürücü verirsiniz diye sordüğümüzde; <30’dan olan annelerin 14 (% 53,8)’i, 30 – 34 yaş arasındaki annelerin 31 (%66,0)’ ı, 35 yaş ve üstü annelerin 14 (% 45,2)’si ateşi 38 – 39 C olduğunda veririm demiştir.

Çalışmaya katılan annelere ne zaman ılık uygulama yaparsınız diye sorulduğunda <30 olan annelerin 10 (% 38,5)’ i, 30 – 34 yaş arasındaki annelerin 29 (% 61,7)’i, 35 yaş ve üzeri annelerin ise 16 (% 51,6)’sı ateşi 38 C ve üzerine çıkarsa veririm demiştir.

Tablo 5’da görüldüğü gibi annelerin yaşlarına göre ateşe yaklaşımlarına bakıldığında daha çok 30 – 34 yaş gurubu annelerin sorulara daha doğru yanıt verdiği görülmüştür

Tablo 5’da görüldüğü gibi 30 yaş üstü kadınlar ateş durumunda ilk olarak ateş düşürücüyü, 30 yaş altı kadınlara göre anlamlı derecede daha fazla vermektelerdir $p<0.01$.

Anne yaş gurupları arasında diğer sorunlar bakımından anlamlı bir farklılık yoktur $p>0.05$.

Tablo 6: Annelerin eğitimlerine göre ateşe yaklaşımları

ANNE EĞİTİMİ	İlköğretim		Lise		Üniversite		p
	n	%	n	%	n	%	
ATEŞ SINIRI							
36°C-36.9°C.	3	15,8	3	8,6	3	6,0	
37°C-37.9°C.	7	36,8	7	20,0	13	26,0	
38°C-38.9°C.	6	31,6	16	45,7	26	52,0	
39°C ve üzeri.	3	15,8	9	25,7	8	16,0	0,510
Ateş ölçüm yeri							
Kulak.	2	10,5	16	45,7	16	32,0	
Ağız.	1	5,3	2	5,7	2	4,0	
Koltuk altı.	16	84,2	13	37,1	30	60,0	
Makat.			4	11,4	2	4,0	0,041*
Ateş ilk yapılan							
Ilık duş.	6	31,6	7	20,0	12	24,0	
Ateş düşürücü vermek.	10	52,6	11	31,4	22	44,0	
Soğuk uygulama.	3	15,8	8	22,9	14	28,0	
Doktora götürürüm.			9	25,7	2	4,0	0,023*
Neden korkutur							
Sayıklama ve uyku.			3	8,6	3	6,0	
Meningit,zatüre vb..	1	5,3	14	40,0	16	32,0	
Havale geçirmesi.	18	94,7	17	48,6	30	60,0	
Ateşten korkmuyorum			1	2,9	1	2,0	0,073
Ateş düşürücü verme							
Hissettiğimde.	3	15,8	2	5,7	3	6,0	
37°C -37.9°C.	5	26,3	5	14,3	12	24,0	
38°C -38.9°C.	6	31,6	20	57,1	33	66,0	
39°C ve üstü.	5	26,3	8	22,9	2	4,0	0,037*
Ne zaman ılık uygulama							
İlk ateşlendiğinde	8	42,1	7	20,0	12	24,0	
Ateş düşürücüden sonra.	4	21,1	5	14,3	6	12,0	
38C ve üzerine çıkarsa.	7	36,8	20	57,1	28	56,0	
Havale geçirirse.			3	8,6	4	8,0	0,428

Tablo 6’de görüldüğü gibi; çalışmaya katılan annelerin eğitim durumlarına göre ateşe yaklaşımına bakıldığında ateş sınırını 38°C – 38,9°C olarak belirten ilköğretim mezunu 6 (%31,6), lise mezunu 16 (%45,7), üniversite mezunu 26 (%52,0) anne olmuştur.

Çalışmaya katılan annelere çocuğunuz ateşlendiğinde ateşini nereden ölçersiniz diye sorduğumuzda eğitim durumlarına göre, ilköğretim mezunu annelerin 16 (%84,2)’si koltuk altından, lise mezunu annelerin 16 (%45,7)’si kulaktan, üniversite mezunu annelerin 30 (%60)’ı koltuk altından ateş ölçtüğünü söylemiştir.

Çalışmaya katılan annelere eğitim durumlarına göre çocuğunuz ateşlendiğin de ilk ne yaparsınız diye sorulduğunda; ilköğretim mezunu 10 (%52,6)’sı, lise mezunu 11 (%31,4), üniversite mezunu 22 (%44) anne ateş düşürücü verdiğini söylemiştir.

Çalışmaya katılan annelere ateş sizi neden korkutur diye sorduğumuzda eğitim durumlarına göre ilköğretim mezunu 18 (%94,7), lise mezunu 17 (%48,6), üniversite mezunu 30 (%60) anne havale geçirmesinde korktuğunu söylemiştir.

Çalışmaya katılan annelere, çocuğunuz ateşlendiğinde ne zaman ateş düşürücü verirsiniz diye sorduğumuzda ilköğretim mezunu 6 (%31,6), lise mezunu 20 (%57,1), üniversite mezunu 33 (%66) anne ateşini 38.0°C – 38,9°C arasında ateşi olduğunda vereceğini söylemiştir.

Çalışmaya katılan annelere, çocuğuna ne zaman ılık uygulama yaparsınız diye sorduğumuzda, ilköğretim mezunu 8 (% 42,1) anne ilk ateşlendiğinde, lise mezunu 20 (%57,1)’i, üniversite mezunu 28 (%56)’sı ise 38°C üzerine çıkarsa ılık uygulama yaptığını söylemiştir.

Sonuç olarak; ilköğretim mezunu anneler ateşi koltuk altından, diğerleri ise kulaktan anlamlı derecede daha fazla ölçmektedirler. $p < 0.05$ İlköğretim mezunu anneler ateşli durdurmada ilk olarak ateş düşürücüyü, lise mezunu anneler ise doktora götürürüm yanıtlarını diğerlerine göre anlamlı derecede daha fazla vermektedir. $p < 0.05$

Lise ve üniversite mezunu olanlar ateş düşürücüyü 38°C ve üstü ateşte veririm yanıtını ilköğretim mezunlarına göre anlamlı derecede daha fazla vermektedir. $p < 0.05$ Anne eğitim grupları arasında diğer sorular arasında bakımından anlamlı bir farklılık yoktur $p > 0.05$.

Tablo 7: Annelerin kaçınıcı çocukları olmasına göre ateşe yaklaşımları

Kaçınıcı çocuk	İlk		2 ve daha fazla		p
	n	%	n	%	
ATEŞ sınırı					
36°C-36,9°C.	6	8,5	3	9,1	
37°C-37,9°C.	19	26,8	8	24,2	
38°C-38,9°C.	33	46,5	15	45,5	
39°C ve üzeri.	13	18,3	7	21,2	0,982
Ateş ölçüm yeri					
Kulak.	22	31,0	12	36,4	
Ağız.	4	5,6	1	3,0	
Koltuk altı.	41	57,7	18	54,5	
Makat.	4	5,6	2	6,1	0,904
Ateş de ilk yapılan					
Ilık duş.	21	29,6	4	12,1	
Ateş düşürücü vermek.	25	35,2	18	54,5	
Soğuk uygulama.	17	23,9	8	24,2	
Doktora götürürüm.	8	11,3	3	9,1	0,172
Neden korkutur					
Sayıklama ve uyku	5	7,0	1	3,0	
Menenjit,zatüre vb..	24	33,8	7	21,2	
Havale geçirmesi.	40	56,3	25	75,8	
Ateşten korkmuyorum	2	2,8			0,249
Ateş düşürücü verme					
hissettiğimde	4	5,6	4	12,1	
37-37,9°C	16	22,5	6	18,2	
38-38,9°C	41	57,7	18	54,5	
39°C ve üstü	10	14,1	5	15,2	0,684
Ne zaman ılık uygulama					
İlk ateşlendiğinde	16	22,5	11	33,3	
Ateş düşürücüden sonra.	11	15,5	4	12,1	
38°C üzerine çıkarsa.	38	53,5	17	51,5	
Havale geçirirse.	6	8,5	1	3,0	0,534

Tablo 7’de görüldüğü gibi polikliniğe başvuran ateşli çocukların annelerinin çocuk sırası grupları arasındaki ateşe yaklaşımlarına baktığımızda; İlk çocuklarında ateş sınırını 38°C-39°C olarak 33 (%46,5)’i, iki veya daha fazla çocuk sahibi olanlarda 15 (%45,5)’si kabul etmiştir.

Ateş ölçüm yeri neresidir diye sorduğumuzda tek çocuğu olan annelerden 41 (%57,7)’si koltuk altından, 2 veya daha fazla çocuğu olan annelerden 18 (%58,4)’ü de aynı cevabı vermiştir.

Ateş de ilk ne yaparsınız diye sorduğumuzda; tek çocuğu olanlar 25 (%35,2)’si, iki veya daha fazla çocuğu olanların 18 (%58,4)’ü ateş düşürücü verdiğini söylemiştir.

Ateş sizi neden korkutur diye sorduğumuzda tek çocuğu olanların 40 (%56,3)’ü ,iki veya daha fazla çocuğu olanlar 25 (%75,8)’i havale geçirmesi diye cevap vermiştir.

Çalışmaya katılan annelere ateş düşürücü ne zaman verirsiniz diye sorduğumuzda tek çocuğu olanların 41 (%57,7)’si, iki veya daha fazla çocuğu olanların 18 (%54,4)’ü 38°C – 38,9°C aralığında verdiğini söylemiştir.

Çalışmaya katılan annelere ateşli olan çocuğunuza ne zaman ılık uygulama yaparsınız diye sorduğumuzda tek çocuğu olanların 38 (%53,5)’i, iki veya daha fazla çocuğu olanların ise 17 (%51,5)’ü ,ateşi 38°C ve üzerene çıkınca verdiğini söylemiştir.

Bu çalışmada annelerin çocuk sırası grupları arasında sorular bakımından anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 8: Annelerin kaç çocuk sahibi olmalarına göre ateşe yaklaşımları

Çocuk sayısı	1		2		3 ve daha fazla		p
	n	%	n	%	n	%	
ATEŞ SİNİN							
36°C-36.9°C.	5	8,6			4	36,4	
37°C-37.9°C.	16	27,6	8	22,9	3	27,3	
38°C-38.9°C.	27	46,6	19	54,3	2	18,2	
39°C ve üzeri.	10	17,2	8	22,9	2	18,2	0,015*
Ateş ölçüm yeri							
Kulak.	19	32,8	13	37,1	2	18,2	
Ağız.	3	5,2	2	5,7			
Koltuk altı.	32	55,2	19	54,3	8	72,7	
Makat.	4	6,9	1	2,9	1	9,1	0,817
Ateş ilk yapılan							
İlk duş.	17	29,3	5	14,3	3	27,3	
Ateş düşürücü vermek.	20	34,5	18	51,4	5	45,5	
Soğuk uygulama.	13	22,4	10	28,6	2	18,2	
Doktora götürürüm.	8	13,8	2	5,7	1	9,1	0,474
Neden korkutur							
Sayıklama ve uyku	4	6,9	2	5,7			
Menenjit,zatüre vb..	22	37,9	8	22,9	1	9,1	
Havale geçirmesi.	31	53,4	24	68,6	10	90,9	
Ateşten korkmuyorum.	1	1,7	1	2,9			0,324
Ateş düşürücü verme							
Hissettiğimde.	4	6,9	2	5,7	2	18,2	
37°C -37.9°C.	12	20,7	6	17,1	4	36,4	
38°C -38.9°C.	34	58,6	22	62,9	3	27,3	
39°C ve üstü	8	13,8	5	14,3	2	18,2	0,500
Ne zaman ılık uygulama							
İlk ateşlendiğinde.	12	20,7	10	28,6	5	45,5	
Ateş düşürücüye rağmen düşmezse.	9	15,5	5	14,3	1	9,1	
Ateşi 38°C ve üzeri.	31	53,4	19	54,3	5	45,5	
Havale geçirirse.	6	10,3	1	2,9			0,498

Tablo 8’de görüldüğü gibi annelerin çocuk sayısına göre ateş sınırını bir çocuğu olanların 27 (%46,6)’sı, iki çocuk sahibi olanların 19 (%54,3)’ü 38°C – 38,9°C olarak belirtmiş, üç veya daha fazla çocuk sahibi olanlar 4 (%36,4)’ü ise (36°C-36.9°C) olarak cevap vermiştir.

Çalışmaya katılan annelere çocuk sayılarına göre ateş ölçüm yeri neresidir diye sorduğumuzda bir çocuk sahibi olanların 32 (%55,2)’si, iki çocuk sahibi olanların 19 (%54,3)’ü, üç çocuk sahibi olanların 8 (%72,7)’si ateşi koltuk altından ölçtüğünü söylemiştir.

Çalışmaya katılan annelere ateş de ilk ne yaparsınız diye sorduğumuzda bir çocuğu olanların 20 (%34,5)’i iki çocuğu olanların 18 (%51,4)’ü, üç çocuğu olanların 5 (%45,5)’i ateş düşürücü verdiğini söylemiştir.

Çalışmaya katılan annelere ateş sizi neden korkutur diye sorduğumuzda bir çocuk sahibi olanların 31 (%53,4)’ü, iki çocuk sahibi olanların 24 (%68,4)’ü, üç çocuk sahibi olanların 10 (%90,9)’u havale geçirmesinden korktuğunu söylemiştir.

Çalışmaya katılan annelere ateş düşürücüyü ne zaman verirsiniz diye sorduğumuzda bir çocuğu olanların 34 (%58,6)’sı, iki çocuğu olanların 22 (%62,9)’u 38°C – 39°C arasında verdiğini, üç çocuğu olanların 4 (%36,4)’ü 37°C – 37,9°C arasında verdiğini söylemiştir.

Çalışmaya katılan annelere çocuğunuz ateşlendiğin de ılık uygulamayı ne zaman diye sorduğumuzda bir çocuğu olanların 31 (%53,4)’ü, iki çocuğu olanların 19 (%54,3)’ü ateşi 38°C üzerine çıktığında yaptığını, üç çocuk veya daha fazla olanların 5 (%45,5)’i, ilk ateşlendiğinde ve 38°C ve üzerine çıktığında yaptığını söylemiştir.

Sonuç olarak iki ve altı çocuk sahibi olanlar ateş sınırını 38°C olarak, üç ve daha fazla çocuk sahibi olanlara göre anlamlı derecede daha fazla vermektedir (p<0.05)

Çocuk sayısı grupları arasında diğer sorular bakımından anlamlı bir farklılık yoktur (p>0.05).

6- TARTIŞMA

Yüksek ateş çocukluk çağında en sık görülen ve aileleri en çok telaşlandıran sorunlardan biridir. Tüm çocuklar, yaşamları boyunca yüksek ateşe maruz kalabilirler. Bu nedenle ateşli çocuğa annelerin yaklaşımı önemlidir. (8,10)

Bu çalışmada, annelerin 27 (%26)'sı 37-37,9°C ve 48 (%46,2)'si 38-38,9°C değerlerini yüksek ateş olarak tanımlamıştır. 39°C ve üzerini yüksek ateş olarak belirten annelerin oranın 20 (%19,2) gibi düşük olduğu belirlendi.

Çalışmamızda 30 yaş üstü kadınlar ateş durumunda ilk olarak ateş düşürücüyü ,30 yaş altı kadınlara göre anlamlı derecede daha fazla vermektedir.

Çalışmamızda ilköğretim mezunu anneler ateşi koltuk altından, diğerleri ise kulaktan anlamlı derecede daha fazla ölçmektedir. İlköğretim mezunu anneler ateşli durumda ilk olarak ateş düşürücüyü, lise mezunu olanlar ise doktora götürürüm yanıtlarını diğerlerine göre anlamlı derecede fazla vermektedir.

Lise ve üniversite mezunu olanlar ise ateş düşürücüyü 38°C ve üstü ateşte veririm yanıtını ilköğretim mezunlarına göre anlamlı derecede daha fazla vermektedir.

Çalışmamızda annelere çocuğunuz ateşlendiğinde ne zaman ılık uygulama yaptıklarını söylediğimizde annelerin %59,2'si ateşi 38°C ve üzerine çıktığında, %26'sı ilk ateşlendiğinde, %14,4 ateş düşürücüye rağmen düşmezse veririm cevabını vermiştir.

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)

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

Bizim çalışmamızda ise vücut ısısının ölçümünde annelerin %56,7'si koltuk altından ölçerken, annelerin ancak %5,8'i ateşi makattan ölçmüştür.

Çalışmamızda ilköğretim mezunu annelerin %84,2'si ateşi koltuk altında, lise mezunu annelerin %45,7'si ise ateşi kulaktan ölçmüştür. Annelerin çocuk sayısına göre baktığımızda çocuk sayısı artıkça annelerin ateşi koltuk altından ölçme yüzdesi artmaktadır.

Pratikte aksiller ölçümü sık yapılır, ancak aksiler ölçüm tekniğinde yüzeyden ölçüm yapıldığı için vücut sıcaklığını tam olarak yansıtmaz. Termometrenin aksiller bölgede sabit tutulması gerekir, bundan dolayı güvenilirliği az olan bir yöntemdir. (1,42,43) Bizim çalışmamızda ise annelerin büyük çoğunluğu ateş ölçüm yerini annenin eğitim durumuna veya yaşına göre incelediğimizde daha çok koltuk altından ölçmüştür.

Çocuklarda vücut sıcaklığını belirlenmesini zorlaştıran birçok faktör vardır. Vücut sıcaklığını ölçen kişiye, ölçümün yapıldığı vücut bölgesine, ölçüm tekniğine, termometrenin türüne, ölçümün yapıldığı ortama, günün saatine, çevresel faktörlere, yaşa, cinsiyete, ırka ve ölçüm öncesinde var olan fiziksel aktivitelere 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 düşürme yöntemleriyle ilgili zorluklar ve yanlış uygulamalar, annelerin sıkça karşılaştıkları sorunlardandır. Bu sorunlardan birisi antipiretik kullanımı ile ilgilidir. Antipiretik kullanımının gerekli olup olmadığını, etkinliğini, ateşin zarar ve yaraları gibi konular uzun yıllardır devam eden tartışmalardır. Antipiretik kullanmadan önce öncelikle yer alması gereken yöntemler; çocuğun giyisisinin çıkarılması, ılık uygulama ve ılık duş aldırma, oda ısısını ayarlama, aktiviteleri kısıtlama ve yeterli sıvı desteği verme gibi farmakolojik olmayan uygulamalardır. (11-34-52-53)

Çalışmamızda anneler çocukları ateşli olduğunda ilk olarak %41,3'ü ateş düşürücü verme, ikinci olarak %24'ü ılık duş veya soğuk uygulama yapmakta, üçüncü olarak %10,6'sı doktora götürmektedir. <30 yaş olan anneler çocukları ateşlendiğinde ılık duş'u daha çok tercih ederken; 30-34 yaş ve 30> den büyük anneler daha çok ateş düşürücü vermeyi tercih etmiştir. Yine bizim çalışmamızda

İlköğretim mezunu anneler çocukları ateşlendiğinde ilk olarak ateş düşürücüyü vermeyi lise ve üniversite mezunu annelere göre daha çok oranda tercih ettiklerini göstermiştir.

Bu durumda antipiretikler nasıl ve ne zaman kullanılmalıdır ? sorusu önem kazanmaktadır. Araştırmacılar çocuk kendini iyi hissediyorsa ve rahat görünüyorsa 39°C'nin altındaki değerlerde ateş düşürmek için acele edilmemesi gerektiğini bildirmiştir. (2,3,4,5) 39°C'nin üstünde ateş varsa antipiretik kullanımı önerilmektedir. (34,54,55). Yapılan bir çalışmaya göre pleseboya göre antipiretik kullananlarda kızamı ve suçiçeği tedavi süresi daha uzun bulunmuştur. (2)

Bizim çalışmamızda ise antipiretik kullanımını 39°C ve üzeri kabul edenler arasında eğitim, yaş ve çocuk sayısına göre baktığımızda çok az olduğunu görmekteyiz buda çalışmaya katılan anneler çocukları ateşleniğinde antipiretik kullanımını daha çok 38°C-38,9°C aralığında yapmaktadır.

Febril konvülsiyon, ateşin en iyi bilinen ve sık rastlanan bir komplikasyonudur. Altı ay – beş yaş arası çocukların %2-5'inde görülür. Bu konvülsiyonlar her zaman ölüme, beyin hasarına veya öğrenme bozukluğuna sebep olmasada anneler için çok korkutucu bir durumdur.

Antipiretik kullanımının bir amacında bu febril konvülsiyon korkusudur. Bizim çalışmamızda da annelere ateş sizi neden korkutur sorusuna yaş durumu, eğitim düzeyi ve kaç çocuğu olmasına bakmaksızın en çok çekindikleri durumun çocuklarının havale geçirmesi olduğunu işaretlemiştir. Yalnız annelerin eğitim düzeyi düşüldükçe bu korkuları %94,7'e çıkmıştır.

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

Oslo'da 1991'de 619 kadın ve 592 erkek ile yapılan bir çalışmada ise katılanların üçte birinin ateşi hayatı tehdit edici olduğuna inandığını göstermiştir. Yine 1999'da Ankara'da yapılan bir çalışmada 100 ailenin %87'sinde ateş korkusu saptanmıştır. (16) 1998'de İtalya'da 707 anne ile anket yapılmış %59'nun ateşten endişelendiğini %17'sinin ise çok endişelendiği saptanmıştır. Bu nedenle sağlık eğitiminin sunulacağı mekanlar olarak çocuk sağlığı ünitelerine yapılan her bir başvuru bir fırsat olarak görülmeye devam edilmeli ancak akraba veya komşulardan da yararlanılabileceği akılda tutulmalıdır.

7- SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çocukluk yaş gurubunda en sık görülen yakınmalardan biri ateştir ve çocuk hastalıkları polikliniklerine başvuru nedenlerinin başında gelir. Ateş çocukluk çağında sık görülmesine rağmen sağlık çalışanların 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 çocukları olan anneler için önemli bir olgudur. Ateşin, makul yönetimi için anneler uygun bilgi ve olumlu davranışlara sahip olmalıdır.

Ateş yönetimi anneler için çok sık karşılaşılan bir sorundur, bu konuda yanlış uygulamalar sıkça yapılmaktadır. Ateşin riski, yararı, antipiretik kullanımı, ve etkinliği tartışıla gelen konulardır.Genel eğilim, ateş ile ilgili bugünkü var olan görüşlerin yeniden değerlendirilmesi, gözden geçirilmesi ve değişiklik yapılması yönündedir.

Bu konuya katkıda bulunmak için bizim anneler ile yaptığımız çalışmada

Elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

- 39°C altındaki ateş ölçüm değerleri yüksek ateş kabul edilmekte.
- Ateş ölçümü, ateş ölçüm yöntemleri ve özellikleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları.
- Genel ateş yönetimi ve antipiretik kullanımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları.
- 39°C altındaki ateş değerlerinde antipiretik verme eğiliminde oldukları.
- Ateş korkusunu önemli boyutta olduğu.
- Ateşe bağlı en önemli korku nedeni olarak havale geçirme olduğu.

- Çocukların havale geçirmemesi için antipiretik verilmesinin gerekliliğine inanmalarına.

Bu sorunların çözümü için ateşli çocukları nedeniyle çocuk sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran annelere doğru bilgiye ve olumlu davranışlara götürecektir bilgiye sahip olmaları gerektiğini düşünmekteyiz. Bu konudaki eğitimin anneler için ateş ile ilgili yersiz korkuları ortadan kaldıracak ve uygun ateş yönetimini seçecektir.

EK – 1**İSTANBUL BİLİM ÜNV. TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.B.D
ANKET FORMU**

ADI-SOYADI:

YAŞ:

ANNE YAŞ:

EĞİTİM:

BABA YAŞ:

EĞİTİM:

ÇOCUK SAYISI:

KAÇINCI ÇOCUK:

TEL:

1) ÇOCUKTA ATEŞ SINIRI NEDİR:

- a) 36,0°C -36,9°C
- b) 37,0°C -37,9°C
- c) 38,0°C -38,9°C
- d) 39°C ve üzeri

2) İDEAL ATEŞ ÖLÇÜM YERİ NERSİDİR:

- a) Kulaktan
- b) Ağızdan
- c) Koltuk altından
- d) Makattan

3) ATEŞLİ OLDUĞUNU DÜŞÜNDÜĞÜNÜZDE İLK YAPTIĞINIZ NEDİR?

- a) Ilık duş yaptırım
- b) Ateş düşürücü veririm
- c) Koltuk altınana ve alınına soğuk uygulama yaparım
- d) Doktora götürürüm

4) ATEŞ SİZİ NEDEN KORKUTUR :

- a) Ateş yükseldiğinde sayıklaması ve uyku halinden korkarım
- b) Kötü bir hastalığa çevirmesinden korkarım (menenjit, zatüre..vb)
- c) Havale geçirmesinden
- d) Ateşden korkmuyorum

5) HANGİ DERECEDE ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERİRİM :

- a) Ateşini ölçmeden hissettiğimde veririm
- b) 37,0°C-37,9°C
- c) 38,0°C – 38,9°C
- d) 39°C ve üzeri

6) ATEŞİ DÜŞÜRMEK İÇİN NEZAMAN ILIK UYGULAMA YAPILIR

- a) Ateşi kaç olursa olsun ilk ateşlendiğinde yaparım
- b) Ateş düşürücüye rağmen düşmezse yaparım
- c) Ateşi 38°C ve üzerine çıkarsa yaparım
- d) Havale geçirirse yaparım

9- KAYNAKLAR

- 1- El-Radhi AS Carrol J. Fever and hyperthermia. In: El-Radhi AS, Carrol J, editors. Fever in pediatrice. Oxford: Blackwell Sci. 1994: 15-49.
- 2- Schmitt BD. Fever in chilhood. Pediatrics 1984; 74: 929-36.
- 3- Kluger MJ. Fever revisited. Pediatrics 1992; 90: 846-50.
- 4- Adam D. Stankov G. Treatment of fever in childhood. Eur J Pediatr. 1994; 153: 394-402.
- 5- Braff L J Bass JW, Fleisher GR, Klein JO, mccracker GH, Powell KR. Schriger DL.
- 6- Anonymous. management of infants of chilhood fever. Lancet 1991; 339: 1049-50.
- 7- Robertson J; Management of the child with fever. Collegian; 2002 Apr; 9 (2) ; p40-2.
- 8- Erin E Knoebel, Anuj S Narang, Jhon L Ey. fever: To treat or not to treat/Counterpoint/Commentary. ClinicalPediatrics Glen Head: Jan /feb 2002; vol41, iss 1; p9, 8. pages.
- 9- Schimitt BD. Fever phobia: miconception of parents about fevers. Am J Dis Child 1980; 134: 176-81.
- 10- Pursell E. Fever phobia re-visited. Archives of Dis. In Childhood. Jan 2004 vol 89, Iss. 1: p 89.
- 11- Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and Why: a gualitive study. BMJ 1996; 313: 983-6.
- 12- Blumenthal I. What parents think offever. Family practice 1998; 15: 513-518.
- 13- Linder N, Sirota L, Snapir A, Eisen I, Davitovitch N Kaplan G, Brazilai A. parenteral
- 14- Knowledge of the treatment of fever in children. Israel Med. Assoc J. 1999 nov; 1 (3): 158-63.
- 15- Impicciatore P, Nannini S, Pandolfini C, Bonati M. Mothers knowlege of Attitudies toward, and management of fever in preschool children in Italy. Preventive Medicine 1998; 27, 268-273.

- 16- Jhonsan, David, Davies, H Dele, Nijssen Jordan, Cheri, karwowska, Anna. Parental and health care provider understanding of childhood fever: a canadian perspecive. Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians. Ottawa: 2002. Vol. 4, Iss p 394.
- 17- Ulukol B, Köksal Y, Cin ş. Ailelerin, doktorların, ve tıp öğrencilerin ateş korkusu ve bilgi düzeyleri. Sağlık ve toplum Yıl: 9, sayı: 1, Ocak-Mart 1999; sayfa 42-45.
- 18- Stedmans Medical Dictinary. 26 th. ed. Baltimore, MD: Williams and Wilkins; 1995-638.
- 19- Kluger MJ, Kozak W, Conn CA, Leon LR, Soszynski D. The adaptive value of fever. Infect Dis Clin North Am. 1996; 10 (1) : 1-20.
- 20- Kaiser, Permanente. Fever in children: fears and facts. Kaiser Permanente NW: Library of Publications, 2000. www. kaiserpermanente NW: Libraray of Publications, 2000.
- 21- Saper CB, Breder CD. The neurologic basis of fever. N Engl J Med. 1994 Jun 30; 330 (26) : 1880-1886.
- 22- Kluger MJ. Photogeny of fever. Fedaration Proceedings. 1979; 38: 30-4.
- 23- Heinz F Eichenwald. World Healt Organization. Bulletin of the World Healt Organization. Geneva: 2003. Vol. 81, Iss. 5; pg. 372. (General information) .
- 24- Mackoviak PA Bartlett JG, Borden EC, Glodblum SE, Hasday JD, Monford RS, et Al. Concept of fever: Recent advences and lingering dogma. Clin Infect Dis. 1997; 25 (1) : 119-138.
- 25- Connell F. (1997) The causes and treatment of fever: A literature review. Nursing Standard 12, 40–43.
- 26- Lorin M. I. (1999) Pathogenesis of fever and its treatment. In: Oski's Pediatrics: Principles and Practices, 3rd edn (DeAngellis C. D., Feigin R. D.,
- 27- Robertson J., (2002) Management of the child with fever. Collegian 9, 40–42.
- 28- Pursell E., (2000) The use of antipyretic medications in the prevention of febrile convulsions in children. Journal of Clinical Nursing 9, 473–480.
- 29- Weber M. Open question in the management of sick children. Genova WHO; 1993.

- 30- 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.
- 31- Pursell E. (2000) Physical treatment of fever. *Arch Dis Child* 82, 238–239.
- 32- Kara B. (2003) Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* (sted) 12 (1) , 10–14.
- 33- Porier MP, Davis PH, Gonzales-del Rey JA, et al. Pediatric emergency departman nurse perspectives on fever in children. *Pediatr Emerg Care*. 2000; 16: 9-12.
- 34- Yalçın I. (2002) Ateş. In: Neyzi O., Ertuğrul T. Y. (eds) *Pediatrı-1*, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 473-75.
- 35- 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.
- 36- 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.
- 37- Kalaycı Ö. (1993) Ateş nedir? *Katkı Pediatrı Dergisi* 14 (5) , 443–446.
- 38- Taştan Y. (2001) Ateşli çocuklarda tanı ve tedavi yaklaşımı. In: Karböcüoğlu M., Uzel N., Üçsel R., Çıtak A. (eds) 2. *Acil Pediatrı ve Çocuk Yoğun Bakım Toplantı Kitabı*. Acil Pediatrı Derneği Yayınları, İstanbul.
- 39- Nişli G. (1993) Ateş etyopatogenezi. *Çocukluk Yaşlarında Ateş Sempozyumu Kitabı*, Türk Milli Pediatrı Derneği 1–6.
- 40- Vatansever Ü. (2001) Tedavi ve ampirik antibiyotikler. In: Karböcüoğlu M., Uzel N., Üçsel R., Çıtak A. (eds) 2. *Acil Pediatrı ve Çocuk Yoğun Bakım Toplantı Kitabı*. Acil Pediatrı Derneği Yayınları, İstanbul.
- 41- Sıdal M., Oğuz F., Ünüvar E. (2000) Ateşli çocuğa yaklaşım. In: Devocioğlu Ö., Cantez T. (eds) *Pediatride Rutinler*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 25–36.
- 42- Broydon Robert M, MD. *Current Pediatric Diagnos and treatment*. Textbook. 15th edition. Chapter 8. *Office Pediatrics*: p. 211.
- 43- Banco L, Vettri D. Ability of moterhers to subjectively assess the presence of fever in their children. *Am J Dis Child* 1984; 138: 976-8.

- 45- Vazuelle–Kervoedan F., Atris P., Pariente–Khayat A., Debregeas S., Olive G., Pons G. (1997) Equivalent antipyretic activity of ibuprofen and paracetamol in febril children. *The Journal of Pediatrics* 131, 683–687.
- 46- Singh S, Sood V. Reliability of subjective assessment of fever by mothers. *Indian Pediatr.* 1990 aug; 27 (8) : 811-5.
- 47- Salman N., Vehit H. E., Palanduz A. (2004) Ateşli s t  ocuğuna yaklaşım: Hekimlerin bilgi, yaklaşım ve uygulamaları. * ocuk Dergisi* 4 (2) , 113–117.
- 48- Knobel E. E., Narang A. S., & Ey J. L. (2002) Fever: totreat or not to treat. *Clinical Pediatrics* 41, 9–16.
- 49- Lorin M. I. (1999) Pathogenesis of fever and its treatment. In: Oski’s
- 50- *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.
- 51- Poirier M. P., Davis P. H., Gonzalez–del Rey J. A. & Monroe K. W. (2000)
- 52- Pediatric emergency department nurses’ perspectives on fever in children. *Pediatric Emergency Care* 16, 9–12.
- 53- Kearns G. L., Leeder J. S., Wasserman G. S. (1998) Acetaminophen overdose with therapeutic intent. *The Journal of Pediatrics* 132, 5–8.
- 54- Miles F. K., Kamath R., Dorney S. F., Gaskin K. J., O’Loughlin E. V. (1999).
- 55- Accidental parasetamol overdosing and fulminant hepatic failure children. *Medical Journal of Australia* 171, 472–475.
- 56- 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.
- 57- Ceyhan M. (1993) Enfeksiyon hastalıklarında ateş. *Katkı Dergisi* 5, 397–399.
- 58- Ural L., Aydan K., Kutay I., Yıldız M. (1997)  ocuklarda nedeni bilinmeyen ateş. *Sendrom Aralık*, 47–53,
- 59- Henker R. (1999) Evidence-based practice: Fever-related interventions (Review). *American Journal of Critical Care* 8 (1) , 481–487.