



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ATEŞ VE ATEŞ YÖNETİMİNE İLİŞKİN
BİLGİ VE YAKLAŞIMLARI**

DEMET SÖKÜN
YÜKSEKLİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. DUYGU GÖZEN

İSTANBUL 2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Demet SÖKÜN tarafından hazırlanan “*Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimine İlişkin Bilgi ve Yaklaşımları*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 10.09.2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

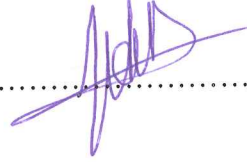
Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Duygu GÖZEN
: İstanbul Üniversitesi (Danışman)

.....



Jüri Üyesi : Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
: Haliç Üniversitesi

.....


Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Seda ÇAĞLAR
: İstanbul Üniversitesi

.....


Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.


Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

TEŐEKKÖR

Bu çalıŐmamın gerçekleŐmesi için engin bilgi ve becerileri ile beni yÖnlendiren, bilimsel katkılarını esirgemeyen, yardım ve desteğini her zaman yanımda bulduğum tez danıŐmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Duygu GÖzen'e

TÖm yaŐamım boyunca destekleri ve koŐsuz sevgileri sayesinde bugÖnlere gelmemi, dolayısıyla bu tez çalışmasının da ortaya çıkmasını sağlayan biricik aileme ve tezimde her aŐamasında bana bilgisini ve emeğini fedakarca sunan canım abim Sayın Hamza Ömit SÖkÖn'e sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Demet SÖKÖN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	IV
KISALTMALARIN LİSTESİ	VII
TABLolarIN LİSTESİ	VIII
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	X
ÖZET	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Çocuk	5
2.2. Vücut Sıcaklığının Fizyolojisi	5
2.2.1. Vücut sıcaklığının oluşumu	5
2.2.2. Vücut sıcaklığının düzenlenmesi	6
2.2.2.1. Sinirsel kontrol	6
2.2.2.2. Vücut sıcaklığının düzenlenmesinde derinin görevi	6
2.2.2.3. Terleme	7
2.3. Vücut Sıcaklığının Değerlendirilmesi (Hipotermi/Hipertermi)	8
2.4. Ateş Tanımı	8
2.5. Tarihçe	9
2.6. Ateşin Fizyopatolojisi	10
2.7. Ateşin Etiyolojisi	13
2.8. Vücut Sıcaklığı Ölçümü ve Değerlendirilmesi	17
2.9. Ateş Tipleri	19
2.10. Ateşin Tedavisi	20

2.10.1. Destek yaklaşımlar	20
2.10.2. Antipiretik Tedavi	21
2.11. Ateşli Çocukta Hemşirelik Yaklaşımı	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	25
3.4. Verilerin Toplanması	26
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	27
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	27
4. BULGULAR	28
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin dağılımı	29
4.2. Hemşirelerin Ateş Yönetimine İlişkin Bilgi ve Yaklaşımları	33
4.3. Hemşirelerin Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgi ve Yaklaşımlarını Etkileyen Faktörler	46
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER	
EK-1 Veri Toplama Formu	73
EK-2 Uzman Görüşleri	77

EK-3 T.C. Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzni	78
EK-4 T.C. Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzni	79
EK-5 T.C. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı İzni	80
EK-6 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü	81
EK-7 zel Gaziosmanpaşa Hastanesi İzni	82
EK-8 zel Bağcılar Hospitalist Hastanesi İzni	83
EK-9 Esenler zel Avicenna Hastanesi İzni	84
EK-10 Yedikule Surppirgiç Ermeni Hastanesi İzni	85
EK-11 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	86
9. ZGEÇMİş	87

KISALTMALARIN LİSTESİ

ATP	Adenozintrifosfat
AH/PO	Anterior Hipotalamus/Preoptik
ILAE	İnternational League Against Epilepsy
NCSS	Number Cruncher Statistical System
PAN	Pliarteritis Nodasa
PASS	Power Analysis and Sample Size
SLE	Sistemik Lupus Eritematozis
UNİCEF	The United Nations Children's Fund
YYBÜ	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
LH	Lüzum Hali
MSS	Merkezi Sinir Sistemi

TABLolarIN LİSTESİ

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 3. Hemşirelerin Mezuniyet Sonrası Mesleki Bilgi Edinme Kaynaklarına İlişkin Özellikler	32
Tablo 4. Hemşirelerin Çalıştıkları Klinikte Kullanılan Termometre Türlerinin Dağılımı	33
Tablo 5. Hemşirelerin Vücut Sıcaklığını Ölçmek İçin Tercih Ettikleri Termometre Türleri	34
Tablo 6. Hemşirelerin Tercih Ettiği Yaşa Uygun Vücut Sıcaklığı Ölçüm Bölgelerinin Dağılımı	35
Tablo 7. Hemşireleri Endişelendiren Ateşe Bağlı Komplikasyonların Dağılımı	36
Tablo 8. Hemşirelerin Vücut Sıcaklığını Kaydetme ve Raporlandırmaya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 9. Hemşirelerin Vücut Sıcaklığı Ölçümünde Güvenilir Bulmadığı Bölgelerinin Dağılımı	37
Tablo 10. Hemşirelerin Ateşli (37.9°C ve üzeri) Olan Süt Çocuğuna Uyguladıkları İlk Girişimlerin Dağılımı	37
Tablo 11. Hemşirelerin Ateşli (39 °C üzeri) Çocuklara Uyguladıkları İlk 3 Girişimin Dağılımı	38
Tablo 12. Hemşirelerin Ünitelerinde Ateşli ÇocuğA Uyguladıkları Yaklaşımların Değerlendirilmesi	39
Tablo 13. Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi İle İlgili Bilgilerine İlişkin Dağılımlar	41
Tablo 14. Hemşirelerin Vücut Sıcaklığını Değerlendirmelerine İlişkin Bilgilerinin Dağılımı	44

Tablo 15. Hemşirelerin Ünitelerinde En Sık Kullandıkları Ateş Düşürücü İlaçların Dağılımı	46
Tablo 16. Hemşirelerin Eğitim Durumu ve Çalışma Yıllarına Göre Ateş ve Ateş Yönetimi Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 17. Hemşirelerin Çalıştıkları Klinikler ile Ateş ve Ateş Yönetimi Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 18. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlar ile Ünitelerinde Ateşli Çocuğa Uyguladıkları Yaklaşım ve Ateş/Ateş Yönetimi Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 19. Hemşirelerin Bilimsel Kaynakları Takip Etme Durumları ile Ünitelerinde Uyguladıkları Yaklaşım ve Ateş/Ateş Yönetimi Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 20. Hemşirelerin Bilimsel Etkinliklere Katılma Durumları ile Ünitelerinde Uyguladıkları Yaklaşım ve Ateş/Ateş Yönetimi Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 21. Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu ile Ateş Yönetiminde Yeterli Hissetme Durumunun Karşılaştırılması	52

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

- Grafik -1** Hemşirelerin ünitelerinde ateşli çocuğa uyguladıkları doğru yaklaşımların dağılımları 40
- Grafik-2** Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi İle İlgili Bilgi Puanlarının Dağılımı 42

ÖZET

Bu araştırma; çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin vücut sıcaklığı ölçümü, vücut sıcaklığı verilerinin değerlendirilmesi ve değerlendirmeye yönelik uygun hemşirelik girişiminin yapılmasına ilişkin bilgi ve yaklaşımlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri Eylül 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan 2 Eğitim-Araştırma, 1 Üniversite Hastanesi ve 4 Özel Hastaneden elde edilmiştir. Verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan ve uzman görüşleri doğrultusunda düzenlenen anket formu, çalışmaya katılmayı kabul eden 167 hemşireye uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde %55,1 digital termometre, % 17,9 infrared(temassız), %10,2 timpanik termometre, %6,6 ısıya duyarlı film yöntemi, %6,6 monitöre bağlı termometre ve %3,6 civalı termometre kullandıkları görülmüştür. Hemşirelerin %37,7'si vücut sıcaklığı ölçümünde oral bölgeyi güvenilir bulmadığını ifade etmiştir. Ateşli (39°Cüzeri) çocuklara uygulanması gereken ilk 3 girişim değerlendirildiğinde %35,9'u antipiretik verilmesi, %45,5'i ılık uygulama yapılması, %36,5'i vücut sıcaklığı kontrolünün yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin çalışma yılı arttıkça ateş ve ateş yönetimine ilişkin bilgi düzeyinin arttığı (F=2,617; p=0,043) görülmüştür. Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile ünite ateşli çocuğa doğru yaklaşım uygulama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki (F=4,392; p=0,14) olduğu bulunmuştur. Özel hastanelerde ateşli çocuğa uygulanan doğru yaklaşım puanının diğer hastanelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre bireysel olarak sahip oldukları ateş/ateş yönetimine ilişkin bilgi puanları arasında istatistiksel fark (F=0,651; p=0,523) bulunmamıştır. Sonuç olarak hemşirelerin ateş yönetiminde bilgi ve yaklaşım durumlarının ortalamanın üzerinde olduğu ancak yeterli olmadığı, hemşirelerin yaklaşımlarını daha çok kurum politikalarının etkilediği belirlenmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin ateş yönetimi ve ateşli hastaya yaklaşım konusunda bilgilerini artırmak, olumlu davranışlarını güçlendirmek için eğitime gereksinim duydukları düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Ateş, ateş yönetimi, çocuk hasta, hemşire, hemşirelik yaklaşımları

SUMMARY

Pediatric nurse' knowledge and attitudes towadrs fever and fever management

This descriptive study is conducted with the aim of defining the pediatric nurses' knowledge and approach towards body temperature measurement, body temperature data evaluation and the appropriate aproaches based on the data evaluation. Research data are collected between September, 2013 and May, 2014. A questionnaire in line with the expert opinions is prepared by the researcher in order to collect data. Then, it is carried out for 167 nurses who accept to participate in this study. NCSS, PASS and Statistical Software are used for statistical analyses of the collected data. We observe that participants use digital thermometer (55,1%), infrared thermometer (17,9%), tympanic thermometer (10,2%), tempreature sensitive film administration (6,6%) and thermometer attached to monitor and mercuric thermometer (6,6%). 37,7 % of participants think that oral measurement is not trustable to take the body tempreature. When the first three attempts for febril children (above 39°C) is asked to nurses; they indicate to use antipyretics (35,9%), to apply warm-water (45,5%)and to be needed body tempreature control (36,5%) are evaluatet. It is seen that as nurses' working year increase, their knowledge level on fever and fever management improves ($F=2,617$; $p=0,043$). On the other hand, it is obtained that there is a statistically significant correlation between nurses' working institution and department ($F=4,392$; $p=0,14$). It is also determined that in private hospitals, the score of appropriate approach is higher than the other hospitals. Furthermore, according to nurses' working institution, there is no statistical significant difference between their individual knowledge score on fever/fever management ($F=0,651$; $p=0,523$). In conclusion, it is determined that nurses' knowledge on fever management and approach towards fever is not enough even above the average, and nurses' approach is predominantly affected by the institution policy. In this direction, it is concluded that to increase nurses' knowledge on fever management and approach toward febril patient, and enhance the positive attitudes, the education is needed.

Key words: Fever, fever management, child patient, nurse, nursing approaches

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Ateş, vücut sıcaklığının normalin üzerinde olması şeklinde tanımlanmaktadır (Pul ve Bükülmez, 2006). Bebeklik ve çocukluk dönemlerinde sık olarak karşılaşılan, çocukta sekel bırakabilen, hastalığın ilk belirtilerinden biri olan ateş önemli bir sağlık sorunudur (Yiğit ve ark.,2003; Kara, 2003).

Neredeyse tüm çocuklar, çocuklukları boyunca 37,8°C ile 40°C değerleri arasında ateş deneyimlemektedirler (Yiğit ve ark., 2003; Esenay ve ark 2007; Öztürk ve Özkan, 2013). Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, dünyada acil servislere getirilen ateşli çocuk oranının %20-30 arasında değiştiği, ülkemizde ise bu oranın %71'e kadar yükseldiği belirlenmiştir (Taştan, 2001; Demir ve Bayat, 2005). Özellikle, 6 ay ile 5 yaş arasındaki çocuklarda basit febril konvülsiyonlar açısından risk yaratan ateş, acil servise başvurular arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Sünter ve ark., 1997). Ateşli çocuk, çocuk polikliniklerine başvurularının da önemli bir bölümünü oluşturur (Koçoğlu Barlas, 2009; Considine ve Brennan, 2006).

Normal vücut içi sıcaklığı ağızdan ölçüldüğünde 36.7°C ile 37.0°C, timpanik ölçümde 37.5°C ile 37.9°C, koltuk altında 36°C ile 37.2°C, rektumdan ölçüldüğünde ise 37.3 ile 37.6°C aralığındadır (Halıcıoğlu ve ark, 2011; Bölükbaşı ve Uçar, 2011). Vücut sıcaklık ölçümünün; rektal 38 °C, oral 37,8 °C, aksiller 37,2 °C ve timpanik 38 °C'in üzerinde oluşu ise ateş olarak tanımlanmaktadır (Kara, 2003; Koçoğlu Barlas, 2009; İlçe ve Karabay, 2009; Halıcıoğlu ve ark, 2011; Celasin Şen ve ark., 2008).

Ateşin organizmaya hem yararlı hem de zararlı bazı etkileri vardır. Yararlı etkilerinin en önemlisi bazı bakterilerin yüksek ateşte daha az üremesi ve hastalık yapıcı etkilerinin daha az olmasıdır. Zararlı etkileri ise vücut sıcaklığının bir derece yükselmesi ile oksijen tüketiminin yüzde 15 artması ve bunun sonucunda ise kalori ve sıvı ihtiyacının da artmasıdır. Ateş orantılı olarak solunum ve kalp hızını da arttırmaktadır. Kalp yetmezliği, kronik anemisi olan hastalarda kalp yetmezliğini arttırabilir, kronik akciğer hastalığı ve doğumsal metabolik hastalığı olan hastalarda ise akciğer yetmezliğini arttırabilir (Altinkalem Dalkıran, 2007; Bölükbaşı ve Uçar, 2011).

Fransız fizyolog Claude Bernard, 19. yüzyılda vücut sıcaklığı değerinin 5-6°C'lik ani yükselmenin deney hayvanlarında ölüme yol açtığını göstermiştir. Bu deney

sonrası ateş, vücut için zararlı olarak kabul görmüş ve kesinlikle ateş düşürücü ilaçlar ile tedavi edilmesi gerektiğine inanılmıştır (Crocetti ve et al., 2001).

Hastanelerde ateş ve ateş yönetimine ilişkin yaklaşımlar incelendiğinde büyük çoğunluğun ilk girişim olarak antipiretik verdiği bildirilmektedir. Bu konudaki yetersiz bilgi, yüksek ateşi algılamadaki hatalar, çocuklara birçok gereksiz girişimlerin yapılmasına ve zarara yol açabilmektedir (Pul ve Bükülmez, 2006). Ülkemizde; (Altinkalem Dalkıran, 2007; Celasin Şen ve ark., 2008; Öztürk ve Özkan, 2013) ve yurt dışında (Edwards, 2006) yürütülmüş olan çalışmalarda, ateşli çocuğa yaklaşım konusunda ailelerin ve sağlık personelinin hatalı yaklaşımlarının yaygın olduğunu bildirmektedirler.

Çocuklarda ateşin uygun zamanda ve doğru yöntemle düşürülmesi önemlidir. Vücut sıcaklığının düşürülmesinde klinik uygulamada sürekli hasta ile birlikte olan hemşirelerin yaklaşımı çok önemlidir. Çocuğun normal sıcaklık değerini bilmek, ateşi etkileyecek çevresel faktörlerin farkında olmak, vücut sıcaklık ölçümünü doğru yapmak, belirlenen vücut sıcaklığı değerine yönelik doğru girişimi uygulamak ve ateş yönetimini bilmek hemşirenin önemli sorumluluklarında biridir. Ateş düşürme teknikleri hakkında yetersiz ve yanlış uygulamalar, ateşin uzun süre devam etmesine ya da aksine hızlı bir şekilde düşürülmesine neden olarak tıbbi hatalara yol açabilir. Ayrıca, ateşin uygun zamanda düşürülmemesi çocuğun tedavisinin uzamasına, ateşe bağlı komplikasyonlara ve maliyetin artmasına neden olur (Pul ve Bükülmez, 2006).

Bu araştırma; çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin vücut sıcaklığı ölçümü, vücut sıcaklığı verilerinin değerlendirilmesi ve değerlendirmeye yönelik uygun hemşirelik girişiminin yapılmasına ilişkin bilgi ve yaklaşımları belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

Yüksek ateş, bebeklik ve erken çocukluk döneminde çocuklarda, yaşamı tehdit edebilen ve sonraki dönemlerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir (Crocetti ve ark., 2001; Taştan, 2001). Acil tedavi gerektiren bir durumdur. Tedavisi kolay olmasına rağmen bilinçsizce, yerinde ve zamanında yapılmayan uygulamalar, olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Celasin Şen ve ark., 2008). Bu kapsamda genel bilgilerde çocuk, vücut sıcaklığının fizyolojisi, vücut sıcaklığının değerlendirilmesi, ateşin tanımı ve tarihçesi, ateşin fizyopatolojisi, ateşin etiyolojisi, ateş tipleri, ateş tedavisi, ateşli çocuğa hemşirelik yaklaşımları konuları yer almaktadır.

2.1. Çocuk

UNICEF'e göre 18 yaşın altındaki her kişi çocuk olarak kabul edilir (Hodgkin and Newell, 2007). Çocuklar fiziksel, fizyolojik, duygusal, sosyal ve psikolojik özellikleri nedeni ile yetişkinlerin bakım ve desteğine gereksinimi olan bireylerdir. Çocuğu yetişkinden ayıran en önemli özellik büyüme ve gelişmesidir (Gözen ve Artan, 2012).

2.2.Vücut Sıcaklığının Fizyolojisi

2.2.1.Vücut Sıcaklığının Oluşumu

Vücutta sıcaklık, metabolizma sonucu üretilmektedir. Metabolizma basit olarak vücudun bütün hücrelerindeki tüm kimyasal reaksiyonlar anlamına gelir. Metabolizma hızı ise kimyasal reaksiyonlarda ısının serbestleme hızını ifade etmektedir. Vücutta metabolizma için temel olan kaynak besin maddeleridir. Karbonhidrat, protein ve yağlar vücuda alındıktan sonra sindirim sürecinden geçerler; hücrelere ulaşmadan önce karbonhidratlar monosakkaritlere, proteinler aminoasitlere, yağlar da yağ asitleri ve gliserole parçalanmaktadır. Besin maddeleri kan dolaşımı ile hücreye ulaştığında, hücrede özel enzimlerin etkisi ile oksidasyon meydana gelir. Hücrede meydana gelen oksidasyon sonucunda ise karbondioksit, su ve enerji açığa çıkar. Açığa çıkan enerjinin yaklaşık olarak %50'si ısı enerjisi formundadır. Kalan enerji birçok hücresel işlev için enerji kaynağını oluşturan ATP (adenozintrifosfat) sentezine harcanır. Hücrelerde enerji ATP'den işlevsel sistemlere aktarılırken bir miktar daha ısı oluşmaktadır. Bu sebeple en

iyi koşullarda bile tüm enerjinin %20-25'inden fazlası işlevsel sistemlerce kullanılamaz. Vücutta açığa çıkan tüm enerji ısı enerjisine dönüşür (Bölükbaşı ve Uçar,2011).

2.2.2.Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesi

Vücutta üretilen ve kaybedilen ısı arasındaki denge çeşitli kontrol mekanizmaları ile sağlanmaktadır. Bu mekanizmalar sinirsel kontrol, derinin vücut sıcaklığı düzenleyici görevi ve terleme olarak üç grupta toplanır.

2.2.2.1.Sinirsel Kontrol: Vücut sıcaklığı tamamen sinirsel geribildirim mekanizması ile düzenlenir. Beyin yarım küreleri arasında yerleşmiş olan hipotalamus, ısı üretimi ve kaybının fiziksel ve kimyasal süreçlerini bir arada düzenleyen başlıca merkezdir. Hipotalamus termostat gibi çalışarak vücut sıcaklığının düzenlenmesinde çok önemli bir görev yapar (Bölükbaşı ve Uçar, 2011).

Vücut sıcaklığı anterior hipotalamus/preoptik (AH/PO) bölgede bulunan termoregülatör merkez başta olmak üzere hipotalamustan beyin sapı ve medulla spinalise uzanan hiyerarşik bir yapı tarafından düzenlenmektedir (Boulant,2000). Ön ve arka preoptik hipotalamusta bulunan nöronlar periferel sıcak ve soğuk reseptörlerden gelen sinyalleri dengeleyerek vücut sıcaklığını kontrol ederler. Hipotalamusun vücut sıcaklığını kontrol eden mekanizmasının tümüne hipotalamik termostat adı verilmektedir. Normalde hipotalamustaki ayar noktası vücut sıcaklığını 37°C'de tutmaya ayarlamıştır (Bölükbaşı ve Uçar, 2011; Taştan, 2001).

Hipotalamik termostat, vücut sıcaklığı yükseldiği zaman sıcaklığı düşürmek için; vazodilatasyon, terleme ve ısı üretiminin azalmasını sağlamaktadır. Vücut sıcaklığı düştüğü zaman yukarıda sayılan mekanizmaların tam tersine vücut sıcaklığı yükseltilmeye çalışılır. Bu mekanizmalar; vazokonstriksiyon, piloereksiyon, ısı üretiminin artmasıdır.

2.2.2.2.Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesinde Derinin Görevi: Vücut sıcaklığının düzenlenmesinde rol alan derinin üç önemli görevi vardır.

Vücutun Yalıtkan Sistemi: Deri vücudun yalıtım sistemidir. Deri, derialtı dokusu ve yağ dokusu ile sıcaklığı vücut içinde tutmaya çalışır. Yağ, sıcaklığı diğer dokulara göre üçte bir oranında daha az iletmediğinden önemlidir

Isıyı Toplamak ve Dağıtmak: Isı üretimi, normal iç sıcaklık değerini yükseltecek kadar fazla olduğunda, bu ısı kan dolaşımı yoluyla deriye taşınarak deriden

çeşitli ısı kaybı yolları ile kaybedilir. Böylece iç sıcaklık güvenlik sınırları içinde kalmaktadır. Ayrıca vücut sıcaklığının düşmesi veya yükselmesi durumunda derideki damarlarda oluşan vazokonstriksiyon ya da vazodilatasyon, ısının vücutta tutulmasını ya da kaybedilmesini sağlamaktadır.

Isı Duyusunu Alma: Deride bulunan sıcak ve soğuk reseptörleri yolu ile alınan sıcaklık bilgileri hipotalamusa iletilerek gerekli düzenlemeler yapılır.

2.2.2.3. Terleme: Ter bezleri sodyum, potasyum, klor, üre ve laktik asit gibi maddeleri içeren sulu bir solüsyon olan teri salgırlar. Salgılanan ter ince kanallar yoluyla deri yüzeyine akıtılır. Vücut sıcaklığı yükseldiği zaman hipotalamustan çıkan uyarılar ter bezlerini uyararak terlemeyi başlatır. Ter deri yüzeyinden buharlaşırken, onunla beraber ısı kaybı da gerçekleşmiş olur (Bölükbaşı ve Uçar, 2011).

Ateş düşüş döneminde ısı vücuttan çeşitli şekilde kaybedilir. Bunlar; radyasyon, evaporasyon, konveksiyon ve kondüksiyondur.

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

Kondüksiyon: Temas eden iki cismin birbirlerine ısı aktarımıdır. Isı aktarımı, sıcaklığı yüksek olan cisimden düşük olan cisme doğru olur. Aktarılan ısı enerjisi miktarı cisimlerin arasındaki sıcaklık farkına ve temasın süresine bağlıdır. Suya iletim yoluyla ısı kaybı daha fazladır. Bu nedenle vücut sıcaklığı yükselen kişilerin özellikle ılık banyolarla ateşinin düşürülmeye çalışılması yararlı olmaktadır. Kondüksiyon ısı kaybının %3' lük kısmından sorumludur.

Konveksiyon: Isının vücuttan hava akımı ile kaybına konveksiyonla ısı kaybıdır. Bu yolla ısı kaybında, ısının önce havaya iletilmesi (kondüksiyon) sonrasında hava akımıyla uzaklaştırılması gerekir. Konveksiyon, vücut sıcaklığı ile çevre sıcaklığı arasında sıcaklık farkına ve ortamdaki hava akımının miktarına bağlıdır. Cam açılarak ya da vantilatör kullanılarak hava akımının artırılması veya bireyin ayakta dolaşması konveksiyon ile ısı kaybını artırır. Total vücut ısısının %12'lik kısmı konveksiyon ile kaybedilir.

Evaporasyon: Vücut sıvıları ile ısı kaybı oluşmaktadır. Vücut yüzeyinde buharlaşan her bir gram su için 0,58 kalori kaybedilmektedir. Isı kaybının %22'lik kısmından sorumludur. Deriden terleme ile akciğerlerden solunumdaki nem ile ısı kaybı

oluşur. Deriden ve akciğerden fark edilmeden buharlaşmakta olan su miktarı günde 600 ml'yi bulur. Bu miktardaki sıvının kaybı saatte 12–16 kalori ısı kaybına neden olmaktadır. (Taştan,2001).

2.3.Vücut Sıcaklığının Değerlendirilmesi (Hipotermi/Hipertermi)

Hipertermi: Vücut sıcaklık değerinin 41° C üzerinde olmasıdır. Hipertermi ateş cevabı olarak değerlendirilemez. Ateş termostat ayarının yükselmesi sonucu ortaya çıkarken, hipertermi ise ısı kaybetme ve üretme dengelerinin düzenlenmemesinden kaynaklanmaktadır (Pul ve Bükülmez, 2006). Hipertermi nörolojik hastalıklar, sıcak çarpması (genellikle çok sıcak ve nemli ortamlarda yapılan egzersizler neden olur), zehirlenmeler, malign hipertermi, tirotoksikoz, feokromasitoma, nöroleptik malign sendrom gibi nedenlere bağlıdır (Altınkalem Dalkıran, 2007; Koçoğlu Barlas,2009).

Hipotermi: Vücut sıcaklığının 35°C altına inmesi olarak tanımlanmaktadır. Hipotermi daha çok küçük prematüre bebeklerde görülmektedir. Üremi, miksödem, açlık, travma, sepsis, ensefalit, metabolik hastalıklar, şok ve ağır sedasyona bağlı olarak gelişebilir. Yaşanabilir en düşük vücut sıcaklığı değeri 26 °C, en yüksek sıcaklık ise 43 °C'dir (Altınkalem Dalkıran, 2007; Koçoğlu Barlas, 2009).

2.4.Ateş Tanımı

Ateş vücudun enflamatuvar savunma sistemine karşı yapılan bir etkiye cevap olarak fizyolojik cevaptan kaynaklanan vücut sıcaklığında yükselmesidir (Koçoğlu Barlas, 2009).

Vücut sıcaklığı, ısı üretimi ile ısı kaybı arasındaki denge ile elde edilmektedir. Isı üretimi egzersiz, kasların kasılması, yüksek metabolizma, besinler, titreme ve bazal ısı ile oluşmaktadır. Isı kaybı ise terleme, yüzeysel kan dolaşımının fazla olması, ince ve hafif giysilerin giyilmesi, hava hareketi ile oluşmaktadır. Isı kaybı mekanizmaları ise radyasyon, kondüksiyon, konveksiyon ve buharlaşmadır (Asgar Pour ve Yavuz, 2010).

Vücuttaki derin dokuların sıcaklığı (iç sıcaklığı), kişide ateşli bir hastalık olmadığı müddetçe 37±0.6°C içinde, hemen hemen sabit kalır (Asgar Pour ve Yavuz, 2010). Vücut sıcaklığının üst limiti 37.9'dir (Pul ve Bükülmez, 2006). Isı üretimi ile ısı kaybını sağlayan tüm ısı kontrol mekanizmaları bu değeri sürdürmeye çalışırlar. Çıplak bir kişi

kuru havada 13°C kadar düşük veya 55°C kadar yüksek sıcaklıklara maruz kalsa bile vücudun iç sıcaklığı hemen hemen sabittir (Asgar Pour ve Yavuz, 2010).

Sıcaklık ölçümünün; rektal 38 °C, oral 37,8 °C, aksiller 37,2 °C'nin üzerinde oluşu ateş olarak tanımlanır (Kara, 2003; Koçoğlu Barlas, 2009; İlçe ve Karabay, 2009; Halıcıoğlu ve Diğerleri, 2011; Celasin Şen ve ark., 2008).

Ateş Kademeleri (aksiller ölçüme göre):

- Subfebril Ateş: 37,2- 38 °C
- Hafif Ateş: 38- 38,5 °C
- Orta Ateş: 38,5- 39 °C
- Yüksek Ateş: 39- 40 °C
- Hiper Ateş: 40-43 °C (Altinkalem Dalkıran, 2007).

Vücut sıcaklığı değeri bireyden bireye, yaşa, vücut bölgesine ve günün saatine göre değişkenlik gösterir. Sabah 06: 00'da en düşük sıcaklık, akşam 18: 00'de ise en yüksek düzeydedir. Akşamları sabaha kıyasla 0.5-1°C daha yüksektir. Vücut sıcaklığı uyku ve uyanıklık haline bağlı olarak da döngüsel ritim sergilemektedir. Çocuklarda vücut sıcaklığının gün içindeki değişkenliği hayatın ilk aylarında belirgin değildir, 2 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. Kızlarda 13-14 yaşlarında, erkeklerde ise 17-18 yaşlarında stabil hale gelir (Kurugöl, 2007; Pul ve Bükülmez, 2006). Vücut sıcaklığı ölçümün yapıldığı vücut bölgesine, ölçüm yapıldığı saate ve bireyin hayat döngüsüne bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Fizyolojik etkenlerin yanı sıra egzersiz, yemek yeme, kronik böbrek hastalığı, şok ve ölçümün yapıldığı bölgede lokal enfeksiyon varlığı vücut sıcaklığı ölçümlerini etkileyebilir (Bakır, 2006).

2.5. Tarihçe

Tarihin ilk çağlarından beri ateş insanoğlunun dikkatini çeken bir konu olmuştur. Hipokrat (MÖ 5. yy) ateşin önemini nabız hızına bağlamış ve hastanın hissettiklerine göre tahminler yapmıştır.

Galen (MS 2. yy) vücutta sıcak, soğuk, kuruluk ve nemden oluşan dört niteliğin bulunduğunu, bunların oranı düzgün ise kişinin sağlıklı olabileceğini düşünüyordu.

Romalı Celsus (MS 50. yy) vücut sıcaklığının ateş için özgül olmadığını, yazın sıcak havalarda da vücut ısısının yükselebileceğini belirtmiştir.

Onuncu yüzyıl başlarında Türk hekimi Razi ateşin bir hastalık olmadığını vevücudun hastalığı atmak için bir mücadelesi olduğunu öne sürerek ateşli hastalıklarda soğuk su tedavisi uygulamıştır.

Onbirinci yüzyılda İbni Sina ateşin kalpte yanıp, ruh (sinir), arter ve venlerdeki kan vasıtasıyla bütün bedene yayıldığını, bu yayılışın vücudun tabii fonksiyonlarını bozduğunu, ortaya çıkan hararetin de gazap ve yorgunluğa yol açtığını bildirerek ateşi patolojik ve semptomatik olarak ikiye ayırmıştır.

Onyedinci ve onsekizinci yüzyılda ise ateşin kimyasal kaynaklı olduğu vekandaki fermentasyondan ileri geldiğine inanılıyordu.

Ateşin oluşum mekanizmalarını ortaya çıkartan önemli buluşlar ve çalışmalar son 50-60 yıl içinde gerçekleştirilmiş. Bu konu üzerindeki çalışmalar hala devam etmektedir (Tabak, 2006).

2.6. Ateşin Fizyopatolojisi

Vücut, sıcaklığı yükseldiğinde yada düştüğünde yeni bir vücut sıcaklığı oluşturmak için hipotalamik, metabolik, otonomik ve davranışsal komponenti olan seri fizyolojik değişimi başlatır. Bu fizyolojik değişimler sonucu olarak febril yanıtı başlatan fiziksel ve davranışsal değişimler oluşur. Kan akımının periferden santrale doğru kaydırılması ile ekstremiteler soğurken vücut sıcaklığı yükseltilmiş olur (Bölükbaşı ve Uçar, 2011).

Ateşin yükselmesine yol açan maddelere pirojen denmektedir. Set-pointi (merkezi ısı ayarı eşiği, termostat derecesi, öz ısı) yükselterek ateşin oluşmasına neden olan pirojenler, endojen ve eksojen olarak ikiye ayrılır (Yıldız ve Tural, 2001). Hastalık koşullarında ateş oluşmasına neden olan, toksik bakteriler tarafından salgılanan ya da dejenere dokulardan serbestlenen pirojenlerdir (Asgar Pour ve Yavuz, 2010).

Endojen pirojenler enfeksiyona, yaralanmaya, inflamasyona ve antijenik değişikliklere karşı konak yanıt olarak üretilen polipeptit yapıdaki lenfosit ürünleridir. Endojen pirojenlerin açığa çıkmasına neden olan maddelere ise eksojen pirojen adı verilir. Bu pirojenler hipotalamustaki biyokimyasal değişiklikleri tetikleyerek ateşe neden olmaktadır. Eksojen pirojenler, ekzojen veya endojen birçok maddenin monosit ve makrofajlara etkisiyle açığa çıkarlar. Monosit ve makrofajlarda açığa çıkan endojen pirojenik maddelere, pirojenik sitokinler de denmektedir. Sitokinler ise

antijenik uyarıya yanıt olarak üretilen, bağışıklık olaylarını düzenleyen, başlıca makrofaj ve etkinleşmiş lenfositlerden salınan hormon benzeri polipeptitlerdir (Tabak, 2004; Tabak, 2006). Ateş yükselmesinde etkili sitokinler; interlökin 1, interlökin 6 ve tümör nekrozis faktörleridir (Sıdal, 2004; Tabak, 2004; Taştan, 2001).

Bu sitokinlerin birbirleri ile etkileşimleri komplekstir, her biri kendi başına ateşi yükseltebilir yada düşürebilirler. Sitokinler, ön hipotalamusun preoptik bölgesine yakın olan bölgedeki spesifik reseptörlerine bağlanırlar. Bu bölgedeki sitokin reseptörleri fosfolipaz A2'yi aktive eder, bu etkileşim siklooksijenaz yolunun bir substratı olan plazma membranından araşidonik asitin salınımıyla sonuçlanır. Bazı sitokinler siklooksijenazda direkt artışa neden olarak prostoglandin E2'nin serbest kalmasını sağlarlar. Bu küçük lipit mediator, kan-beyin bariyerini geçerek ısıya duyarlı preoptik nöronları aktive eder, ısı kaybında azalmaya, dolayısıyla ısı artışına sebep olur ve ateş yükselir (Sıdal, 2004).

Ateşin Zararları:Ateşin yararlı bir reaksiyon olduğunu gösteren bulgulara karşılık zararlı olabileceği durumlarda bulunmaktadır. Ateş hakkındaki birçok çalışma 40° C ya da daha yüksek ateşlerin bağışıklık sistemini artırmadığını göstermiştir (Pul ve Bükülmez, 2006). 40° C derece üzerindeki ateş, MSS ve diğer sistemlere zarar verebilir (Altinkalem Dalkıran, 2007; Koçoğlu Barlas, 2009). Yüksek ateş birçok vücut dokusunu özellikle ise beyni etkiler. Ateş intrakraniyal basıncı ve beynin oksijen gereksinimini de artırmaktadır. Vücut sıcaklığı 42° C değeri üzerine çıkarsa beyinde kalıcı nörolojik hasar oluşabilir. Yapılan çalışmalarda yüksek ateş nedeni ile ölen çocukların beyin hücrelerinde dejenerasyon olduğu saptanmıştır (Walsh et al., 2006 a; Edwards et al., 2003)

Vücut sıcaklığının artırılması invazyon yapan bakterilerin makrofajlarca öldürülmesini artırır, birçok mikroorganizmanın replikasyonunu önler. Ateşli hastada serum demiri minimuma iner, serum ferritini artar ve serbest demir azalmış olur; bu da yüksek ısıda demir ihtiyacı artmış olan patojen bakterilerin üremesini azaltır. Ateş varlığında metabolizma, bakteriyel büyüme için gerekli olan glikozun yakılmasından çok, proteoliz ve lipolize yönelir. Ateş sırasında gelişen iştahsızlık nedeni ile glikoz gereksinimi, hareketlerde azalma geliştiği için de kasların enerji substratı gereksinimleri azaltılır, konağın olumsuz etkilenme riski azalmış olur. Kana serbest glukoz geçişinin azalması bakteri üremesini olumsuz etkiler. Ateş döneminde karaciğerde akut faz

reaktanlarının yapımı artar. Bu proteinlerden bazıları çoğu mikroorganizma için gerekli olan iki değerli katyonu bağlar. Sonuçta gelişen net etki olarak konak organizması, mikroorganizmalara karşı uyumsal bir üstünlük sağlamış olur (Koçoğlu B., 2009). Ayrıca deneysel çalışmalar insan bağışıklık sisteminin ateş döneminde normal sıcaklığa göre daha iyi çalıştığını göstermiştir (Klugeri, 1992).

Normal vücut sıcaklığında her 1 °C artış olması; bazal metabolizmada yaklaşık olarak %10-12, günlük sıvı ihtiyacında 7.5 ml/kg/gün, kalp atım hızında 25 atım/dk, solunum hızında 3,4 solunum sayısı/dk, oksijen tüketiminde ve karbondioksit üretiminde artışa yol açmaktadır (Altinkalem Dalkıran, 2007).

Kalp yetersizliği olan hastaların yetersizlik belirtileri ağırlaşabilir. (Alhan ve Alabaz, 2004) Ateş orak hücreli anemisi olan hastalarda 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 ise ateş daha fazla zarar verebilir. Ateş idiopatik epilepside kasılmaların sıklıklarını artırmaktadır. 6 ay–5 yaş arasındaki çocuklarda ateş görülmesi, febril konvülsiyon riskini artırmaktadır. Yüksek ateşin en çok bilinen komplikasyonudur (Walsh et al., 2005; Walsh et al., 2006; Pursell, 2000 a).

Febril konvülsiyon; Febril konvülsiyonlar, süt çocuğu ve erken çocukluk döneminde, santral sinir sisteminde herhangi bir hastalık ve elektrolit düzensizliği olmaksızın ateşin eşlik ettiği nöbet tipi olarak tanımlanmaktadır (Ayata, 2004). Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (International League Against Epilepsy; ILAE) febril konvülsiyonu; '5 ay - 6 yaş arasındaki çocuklarda görülen, santral sinir sistemi enfeksiyonu haricindeki ateşli hastalıklara eşlik eden ve öncesinde neonatal konvülsiyon, afebril konvülsiyon hikayesi olmayan, diğer akut semptomatik konvülsiyon kriterlerine uymayan konvülsiyonlar' olarak tanımlanmıştır (Ceceli, 2008; Altinkalem Dalkıran, 2007; Karande, 2007; Öztürk, 2007). Beyin dokusunun oksijenlenmesini önemli ölçüde engellediği için tekrarlayan ve uzun süren konvülsiyonlar; epilepsiye, motor ve mental bozukluklara neden olabilmektedir. Birçok çalışmada, 0-4 yaş grubu arasındaki çocuklarda febril konvülsiyon gelişme oranının ortalama %4 olduğu saptanmıştır (Kara, 2003; Taştan, 2001; Yüksel, 2006). Febril konvülsiyon, genellikle ateşin yükselmeye başladığı dönemde gelişir ve basit veya komplike olarak iki şekilde görülür (Bölükbaşı ve Uçar, 2011).

Vücut sıcaklığının yükselmesi durumunda; çocuklarda baş dönmesi, baş ağrısı karın ağrısı, dehidratasyon, fotofobi, kusma, huzursuzluk, taşikardi, takipne, halsizlik, terleme ve febril deliryum gibi belirtiler ortaya çıkabilir (Huang et al., 1998).

Dehidratasyon nedeniyle vücutta sıvı-elektrolit dengesizlikleri kolayca oluşabilmekte, dehidratasyondan dolayı böbrek işlevleri olumsuz yönde etkilenmekte ve böbrek yetmezliği gelişebilmektedir (Altinkalem Dalkıran, 2007; Sıdal, 2004).

Isı Şoku: Genellikle ateşin 42° C değerinin üzerinde olduğu durumlarda deliryum,koma ve anhidrozla karakterize tehlikeli bir durumdur. Isı şoku hipotalamustaki ısıregülasyon merkezinde oluşan hasar sonucu gelişir. Tedavi edilmediğinde ise mortalite%80'lerin üzerindedir. Sağ kalanlarda serebral ataksi, ağır dizatri gibi nörolojikdefisitler kalabilmektedir. Rutin olarak 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 (Kara, 2003).

2.7.Ateşin Etiyolojisi

Ateş, çocuklarda genellikle kısa sürede kendiliğinden iyileşebilen basit viral hastalıklardan kaynaklanır. Ateşli çocukların çok az bir kısmında ise bu durum yaşamı tehdit eden veya ileride yaşam kalitesini etkileyebilecek olan ciddi bakteriyel enfeksiyonlar söz konusudur (Koçoğlu Barlas, 2009).

Ateşin nedenlerine bakıldığında;infeksiyonlar (bakteri, virüs, mantar,protozon enfeksiyonları), kollagen doku hastalıkları (SLE: sisitemik lupus eritematozis, PAN: pliarteritis nodosa,dermatomyozit, romatizmal ateş, juvenil romatoid artrit (still hastalığı), malign hastalıklar(hodgkin hastalığı,non hodgkin lenfoma, lösemi, solid tümörler), metabolik hastalıklar (hipertiroidizm), kardiyovasküler sistem hastalıkları(miyokard infarktüsü, tormboemboli), gastrointestinal sistem hastalıkları (inflamatuvar barsak hastalıkları) (Altinkalem Dalkıran, 2007).

Ateş Sınıflaması:

1- Lokalize bulgu olan ateş: Kısa süreli ateştir. Öykü, fizik muayene ile basitlaboratuar tetkikleri yapılarak veya yapılmadan tanı konulabilir.

2- Lokalize bulgu olmadan ateş: Yedi günden daha kısa süreli olan bir ateş vardır.Öykü ve fizik muayene ile ateş odağı saptanamaz. Basit laboratuvar tetkikleri ile tanıkonulabilir veya konulamaz.

3- Nedeni bilinmeyen ateş: Öykü, fizik muayene ve ilk laboratuvar araştırmalarıile tanı konulamayan, yedi gün ve daha fazla süredir olan ateştir. Deneyimler,nedeni bilinmeyen ateş tanısıyla hastaneye yatırılan çocuklarda sistemikenfeksiyonların ilk sırada yer aldığıını, ikinci ve üçüncü sırada kollajen dokuhastalıklarının bulunduğunu göstermiştir (Pul ve Bükülmez, 2006). Başta enfeksiyonlar olmak üzere birçok sebepten dolayı hasta karşımıza ateşli olarak gelebilir (Kayısı, 2004; Pul ve Bükülmez, 2006). Çocuklarda ateşin en sık sebebi solunum sistemi enfeksiyonlarıdır.

Tam bir öykü ve fizik muayene tanı için en önemli ipuçlarını vermektedir.Ateşin yüksek derecesi, başlangıç tarihi, süresi, ölçüm şekli değerdendirmedeözellikle önemli konulardır. Eşlik eden bulgu ve semptomlar, antipiretik, antibiyotik verilip verilmediğı, hasta kişiyle temas olup olmadığı, seyahat öyküsü, hayvan ve böcekısırığı, aspleni, malignite nedeniyle kemoterapi, radyoterapi alıp almadığı, renalhastalık, uzun süreli steroid kullanımı, vücut içi kateter veya ventrikülo-peritenealşant varlığı, AIDS durumları sorgulanmalıdır.

Hastanın ailesi sorgulanırken bir taraftan da çocuğun çevre ile ilgisi, kişi veobjelere yanıtı, solunum şekli, renk, beslenme aktivitesi, sosyal aktivite ve motorfonksiyonlarının yaşına uygunluğu değerdendirilmelidir. Huzursuz veya letarjikgörünüm, duyuşal değerişiklikler, menenjizm, fokal nörolojik bulgular, stridor,retraksiyon, dispne, siyanoz, solukluk, takipne, taşikardi, hipotansiyon, hemorajikdöküntü, ciltte döküntü açısından da değerdendirilmelidir.

Anormal öykü, fizik muayene ve gözlem bulguları değerdendirilirken ateşli oldukları belirlenen riskli çocuklar tetkik ve tedaviye alınmalıdır. Anormal öyküde hızlı solunum, wheezing, hareket ettirince ağlama ve konvülsiyon hikâyesi gibi kriterler önemli kriterlerdir. Anormal fizik muayenede ise; interkostal çekilmeler, burun kanadı solunumu, solunum seslerinde azalma, dolgun fontanel ve kernig bulgusu görülür.

Aşırı hiperpireksi ($> 41^{\circ} C$), dolaşım bozukluğu, hemorajik döküntü vegörünümleri ne olursa olsun immün sistemi baskılanmış çocuklar hastaneyeyatırılarak tedavi edilmelidir.

Üç aylıktan küçük süt çocuklarında bağışıklık sistemi ve nörolojik sistem gelişimini tamamlamadığı için enfeksiyonlara yatkınlıkları ve ateş cevabının oluşmasında yetersizlik görülür. Ateş, bu çocuklarda büyük olasılıkla ciddi bir hastalık olduğunu gösterir. Üç aydan küçük süt çocukları ağır enfeksiyonlara karşından çok riskli gruptadır. Ateşli küçük süt çocuklarının %70' inde ateşten bakteriyel bir ajans sorumludur ve %10–15' inde ağır bakteriyel hastalık saptanmaktadır. Bu enfeksiyonlar ise piyogenik menenjit, üriner sistem enfeksiyonları, gastroenterit, fasiyal selülit, osteomyelit, pnömoni ve septik artrit olabilir. Ağır enfeksiyon bulguları var ise hastaneye yatırılmalıdır.

Ateşi olan tüm yenidoğanların sepsis çalışmalarının yapılması, laboratuvar bulgularına göre düşük ve yüksek risk gruplarının belirlenmesi önemlidir. Ayrıca dehidratasyon da yenidoğan döneminde vücut ısısının yükselmesine neden olabilmektedir. Her ateşli bir yenidoğan gözlem ve antibiyotik tedavisi için hastaneye yatırılmalıdır. Hastanın 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.

Sepsis üç ayın altında bulunan febril süt çocuklarının %5' inde saptanır. Sorumlu organizmalar arasında en başta 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 sıklıkları mevsimlere göre değişir. RSV ve İnfluenza A enfeksiyonları kışın daha sık görülürken, Enterovirüs enfeksiyonları (özellikle aseptik menenjit) yaz ve sonbahar aylarında daha sıktır.

Bütün yaş gruplarında toksik yada hasta görünenler ile yenidoğanlar, immün yetersizliği olanlar ile kemoterapi alanlarda sepsis protokolü uygulanmalıdır. 3–24 ay arası çocuklarda genel yaklaşım ise öncelikli olarak ateş için bakteriyel odak araştırılmalı ve var ise tedavi edilmelidir. Bakteriyel odaktan enfeksiyonun yaygınlaşma riski, immün olgunlaşma nedeni ile oldukça azdır. Bu yaş grubunda bakteriyel enfeksiyon en sık otitis media, pnömoni, menenjit, osteomyelit, gastroenterit ve idrar yolu enfeksiyonu şeklinde ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bu yaş grubundaki çocukların yüksek ateşli olmasına karşın iyi görünen ve belirli bir ateş odağı saptanamayan çocukların %5' inde hemokültür pozitifliği saptanabilmektedir. Buna gizli bakteriyemi

denir. Pnömonili febril çocukların %11' inde, otitis media veya farenjitli çocukların %1,5' inde bakteriyemi bulunmaktadır. Gizli bakteriyemili çocukların %85' inde S. Pneumoniae, ikinci sıklıkta H.İnfluenza (%10) daha az oranda ise N.Menengitis ve Salmonella türleri saptanır.

Enfeksiyon fokusunu göstermeyen ve genel durumu bozulmayan yüksekateşli 3–24 aylık çocuklarda da %4 oranında sepsis görülmektedir. H. İnfluenzae b aşısının rutin aşılama programlarına alınmış olduğu toplumlarda 3–24 ay arası çocuklarda H. İnfluenzae b enfeksiyonları belirgin olarak azaldığı görülmüştür.

Ateşi 39,4° C' nin değerinin 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 düşündürülen bulgulardır.

3–36 ay arasındaki yüksek riskli (fokal belirti vermeyen) çocuklar hastaneyeyatırılmalı. kan, idrar, bos kültürleri alınmalı, röntgen çekilmeli ve antibiyotiktedavisine başlanmalıdır. Fokus saptanamayan iyi görünen, ancak gizli bakteriyemidüşünülen çocuklar yakın izleme koşuluyla eve yollanabilir. Kültürde üreme olduğundatedavi başlanmalıdır (Pul ve Bükülmez, 2006).

Genel Olarak Vücut Sıcaklığı Yüksek Olan Çocuklarda Fiziksel Değerlendirme ve Tanılama

Öykü Gözlem: Yüksek ateş ile birlikte görülen diğer belirtiler (döküntü, öksürük, boğaz ağrısı, eklem ağrıları, konvülsiyon vb), kullanılan ilaçların neler olduğu, yakın zamanda seyahat edip etmediği, içinde buldukları ortamın koşulları, ailede başka kişilerde benzer belirtilerin yada hastalığın olup olmadığı araştırılır.

Fiziksel Değerlendirme

Vücut sıcaklığının ölçülmesi: Çocuğun yaşına ve durumuna göre uygun olan ölçümün yapılması ve değerlendirilmesi

Derinin değerlendirilmesi: Deri döküntü, kızarıklık, üşüme belirtileri açısından değerlendirilir.

Lenf nodülleri: Lenf nodüllerinin büyüklüğü, hareketliliği, sertliği, palpasyon yapıldığında ağrıyıp ağrımadağı değerlendirilir.

İnfeksiyona yönelik diğler belirtilerin incelenmesi: Gözlerde akıntı, kızarıklık, burun akıntısı, öksürük, boğaz ağrısı, boğazda kızarıklık, kulak ağrısı, akıntısı, idrar miktarı, rengi, idrar yapmada yada defekasyonda zorlanma ve benzer belirtiler yönünden değerlendirilir (Varol ve Öztürk, 2000).

2.8.Vücut Sıcaklığı Ölçümü ve Değerlendirilmesi

Çocuklarda vücut sıcaklığının ölçülmesi kolay görülse de aslında doğru vücut sıcaklığının belirlenmesini zorlaştıran birçok faktör bulunmaktadır. Vücut sıcaklığı ölçüm yapan kişiye, ölçüm yapılan vücut bölgesine, yapılan ölçümün tekniğine, kullanılan 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 (Pul ve Bükülmez, 2006).

Vücut sıcaklığı termometre ile ölçülmektedir. Vücut sıcaklığı ölçümünde kullanılan termometre türleri ise şunlardır: Civalı termometreler, elektronik termometreler, infrared termometreler, dijital termometreler, likid kristal deri temas termometreleri, plastik strip termometreleridir. Vücut sıcaklığı rektal, aksiller, oral, kulaktan ve alından ölçülebilir (Pul ve Bükülmez, 2006; Bölükbaşı ve Uçar,2011).

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. Rektal ısı bütün çocuklarda 38° C'den yüksek ise ateş olarak kabul edilmektedir (Pul ve Bükülmez, 2006).

Normal vücut sıcaklığı ağızdan ölçüldüğünde 36.7°C ile 37.0°C, timpanik ölçümde 37.5°C ile 37.9°C, koltuk altında ölçüldüğünde 36°C ile 37.2°C, rektumdan ölçüldüğünde ise 37.3 ile 37.6°C değerleri aralığındadır (Halıcıoğlu ve ark, 2011; Bölükbaşı ve Uçar, 2011). Genel olarak 36,1–37,8° C değerleri arasında normal vücut sıcaklığı olarak kabul edilir. Yapılan son çalışmalar normal vücut sıcaklığının üst limitinin 37,9° C olduğunu göstermektedir (Pul ve Bükülmez, 2006).

Değişik kaynaklarda ateşin farklı vücut bölgelerinde yapılan ölçümlere göre farklı ateş tanımlamaları yer almaktadır (Barton et al., 2003). Bununla birlikte en çok kabul gören tanımlama tüm çocuk yaş grupları için sıcaklık ölçümünün; rektal 38 °C,

oral 37,8 °C, aksiller 37,2 °C'nin üzerinde oluşu ise ateş olarak tanımlanmaktadır(Kara, 2003; Koçoğlu Barlas, 2009; İlçe ve Karabay, 2009; Halıcıoğlu ve Diğerleri, 2011; Celasin Şen ve ark., 2008).

Oral Ölçüm (Ağız Yolu,Sublingual):Genellikle 5 yaş üzerinde kullanılan ölçümdür. Bu bölge merkezi vücut sıcaklığının direkt göstergesi olan eksternal karotid arterin ana dalı tarafından kullanıldığı bunun yanında ortam sıcaklığından fazla etkilenmediği için avantajlıdır. Ancak sıcak veya soğuk besin alındığında, sakız çiğnendiğinde ölçüm yapmak için 30 dakika beklenmelidir. Bu yolla yapılan vücut sıcaklığı ölçümü hastadan hastaya enfeksiyon taşıma olasılığını artırır. Oral yolla bakılan vücut sıcaklığının ortalama değeri 37 °C'dir. Sublingual ölçülen sıcaklık 37,4-38,4 °C ise subfebril ateş, 38,5- 39,0 °C arasında hafif ateş, 39- 40 °C yüksek ateş, 41 °C ve üzeri ise çok yüksek ateş olarak kabul edilir (Koçoğlu Barlas,2009). Termometre çocuğun dilinin altına yerleştirilir, üç dakika dilaltında kalması sağlanır. Beş yaşından küçük çocuklarda, bilinci kapalı olan ve kooperasyon göstermeyenlerde önerilmemektedir (Barton et al., 2003; Pul ve Bükülmez, 2006).

Aksiller (Koltuk Altı Yolu) Ölçüm:Vücut kor ısısını tam olarak yansıtmasına ve çevresel faktörlerden etkinlenmesi nedeni ile güvenilirliği en az olan ancak pratikte en çok kullanılan tercih edilen bölgedir (Hay et al., 2004; Pul ve Bükülmez, 2006).

Takip zorluğu (yerinden oynaması), uzun uygulanma zamanı , ciltte ateş sonucu oluşan vazokonstriksiyona ve terlemeye bağlı olarak gerçekten daha düşük değerler gösterebilmesi dezavantajdır (Altinkalem Dalkıran, 2007). Termometre koltuk altına yerleştirildikten sonra koltuk altında sabit tutulmalı, koltuk altının terli olmamasına dikkat edilmelidir. Eğer koltuk altı terliyse silinmelidir. Ancak silme sırasında kullanılan suyun sıcaklığı, silme ve kurulama hareketleri bölgeye olan kan akımını değiştireceğinden bir süre bekledikten sonra vücut sıcaklığının ölçümü yapılmalıdır (Bölükbaşı ve Uçar, 2011). Aksiller ölçümde ateş 37,2 °C' nin üzerindeki değerler kabul edilir. Aksiller bölgeden elde edilen değerler rektal ısıya kıyasla 1 °C, sublingual ısıya kıyasla ise 0,5 °C daha düşüktür (Koçoğlu Barlas, 2009).

Rektal Ölçüm:Dış ortam sıcaklığından etkilenmeyen bir bölge olması ve yaş ile kullanım kısıtlılığı olmamasından dolayı avantajlıdır (Bölükbaşı ve Uçar, 2011). Küçük çocuklar için korkutucu, büyük çocuklar içinse psikolojik olarak örseleyici

oluşu, hijyenik olmaması, nötropenik hastalar için riskli olması, ağrı, daha uzun süre gerektirmesi ise dezavantajlarıdır. (Koçoğlu Barlas,2009; Altinkalem Dalkıran, 2007). Özellikle bebeklerde en çok kullanılan bölgedir. Ancak rektal yolla vücut sıcaklığı ölçümü yenidoğan bebeklerderekum perforasyonuna neden olabilmektedir. Rektal yolla normal vücut sıcaklığı ortalamadeğeri 37 °C'dir ve 38°C değeri üzeri ateştir (Bölükbaşı ve Uçar,2011).

Kulaktan Ölçüm: Ateş tayini için hipotalamusun termoregülatuar merkezine anatomikolarak yakınlığından teorik anlamda en ideal bölgedir. Hızlı ölçüm olanağı, ortam sıcaklığından etkilenmemesi ve enfeksiyon riski taşımaması nedeniyle de avantajlıdır. 3 yaşın altında değişken sonuçlar vermesi, kullanıcı eğitimi gerektirmesi nedeniyle dezavantajıdır(Bölükbaşı ve Uçar,2011; Koçoğlu Barlas., 2009; Altinkalem Dalkıran, 2007; El-Radhi ve Barry,2006). İnfrared termometreler (Lazer veya Uzaktan ölçüm termometresi olarak da adlandırılır) kullanılır ve 38 °C değerinin üzerinde oluşu ateş kabul edilir (Altinkalem Dalkıran, 2007; El-Radhi ve Barry,2006).

Çocukların vücut sıcaklığı ölçümünden önce sıcak duş yapmış ise, soğuk ortamda kalmışsa veya kulağın üzerine yatmışsa ölçüm 10–15 dakika bekledikten sonra yapılmalıdır. Kulaktanölçüm yapılırken, çocuğun kulak kepçesi üst kısmından tutularak arkaya veya yukarıya doğruhafifçe çekilir. Termometrenin sensör kısmı hafifçe kulak içine doğru itilir. Termometreninsensör kısmının kulak zarına yakın olması doğru ölçüm sonucunu verir.

Termometrenin ölçümü başlat düğmesine basıldıktan birkaç saniye sonra kulaktançıkartılıp digital göstergedeki değer okunur (Pul ve Bükülmez, 2006).

Alından Ölçüm:Oldukça hızlı bir şekilde ateşi ölçebilirler ancak yüksek değersaptandığında koltuk altı veya rektal ölçümle doğrulanmaları gerekmektedir. Pahalı bir yöntemdir (Bölükbaşı ve Uçar,2011).

2.9. ATEŞ TIPLERİ

Subfebril Ateş : Ateşin 36,8- 38 °C değerleri arasında uzun süre seyretmesidir. Bu ateşfokal infeksiyon dediğimiz olgularda da görülür. Prostatit, diş granülomu, sinüzit veyakronik tüberkülozda saptanabilir. Hastalarda halsizlik, iştahsızlık, belli belirsiz ateş veterleme vardır. Hastalar sabahları rahat ve dinlenmiş olarak uyanamazlar.

Sürekli Ateş (Febris continua) : Ateş 38 °C nin üstünde olup sabah ve akşamateşleri arasında 1 °C den az ısı farkı vardır. Enfektif endokardit, tifüs, tularemi,milier tüberküloz, tifonun 2. haftası ve serebral ateşte görülen ateş tipidir.

Oynak Ateş (Febris remittens) : Sabah ve akşam ateşleri arasında 1 °C den fazla fark olup sabah ateşlerinin 37 °C nin altına inmemesidir. Tüberküloz,kızamık, tifo, bruselloz, falsiparum sıtması, lejyoner hastalığı, mikoplazmapnömonisi ve grip gibi enfeksiyon hastalıklarında görülebilen ateş tipidir.

Aralıklı Ateş (Febris intermittens) : Sabah ve akşam ateşleri arasında 1 °Cden fazla fark olup, sabah ateşleri 37 °C nin altına inmesi ile seyreden ateş tipidir. Sıtma, Kala-azar, bruselloz, romatizmal ateş, infektif endokardit, sepsis, pyojenik apseler gibi hastalık durumlarında görülebilmektedir.

Dönek Ateş (Febris Recurrens) : Birdenbire yükselip birkaç gün süren,birdenbire düşerek ateşsiz dönemlerin ardından birkaç günlük ateşli dönemleringörüldüğü ateş tipidir. Karakteristik olarak Borrelia infeksiyonlarda görülür.

Dalgalı Ateş (Febris undulans) : Brusellozda görülen bir ateş tipi olup,hergün bir önceki günden biraz fazla olmak üzere yavaş yavaş remittan olarak yükselir. Birkaç gün bu şekilde kalır sonra tekrar yavaş yavaş düşer. 4-5 günateşsiz dönemden sonra tekrar aynı şekilde ateş yükselir. Borrelia infeksiyonundan farkı ateşin yavaş yavaş yükselmesi ve yavaş yavaş düşmesidir. Borrelia infeksiyonunda ateş birdenbire yükselmekte ve kriz şeklinde birdenbire düşer. Hodgkin hastalığında görülen Pel-Ebstein ateşi bazen ondulan karakter gösterebilir.

Hektik (Septik) Ateş : Diurnal ritmin çok abartılı bir şekilde yaşandığı ateş tipidir. Ateş genellikle sabahları düşük akşamları yüksek olurken, bazıtüberküloz olgularında ise sabahları yüksek akşamları düşük olabilir.

Günde İki Zirveli Ateş : Ateşin günde iki defa yükselmesi gözlenebilmektedir.Kala-Azar, malarya olgularında, gonokokkal endokardit ve milier tüberkülozda görülmektedir (Koçoğlu Barlas, 2009).

2.10.Ateşin Tedavisi

2.10.1.Destek Yaklaşımlar

Ateşin tedavisi yalnızca ateş düşürücü ilaçlarla değil,aynı zamanda nonfarmakolojik uygulamalarla desteklenmelidir. Fakat bu tip uygulamalar bazen çocuğun

huzursuzluğunu daha da artırabilir, bu nedenle uygulamanın yapılıp yapılmayacağına bireysel bazda karar verilmelidir. Aslında hastaların çoğunda ateş kısa sürelidir ve ateşin zararlı etkileri vücut sıcaklığı ancak 40°C'nin üzerine çıktığında görülmeye başlar. Ateşli bir çocuğun tedavisinde öncelik, ateşin kendisinden çok ateşe neden olan hastalığa yönelik özgün tedavinin verilmesi olmalıdır. Uygun koşullarda çocuklarda ateşin kontrolü ve düşürülmesi için yapılabilecek nonfarmakolojik uygulamalar ve gerekçeleri şunlardır (Matziou et al., 2008; Oshikoya ve Senbanjo, 2008; Saz ve ark, 2009; Bölükbaşı ve Uçar, 2011)

Vücuttan ısı kaybına izin vermek için ateşli çocuğun giysileri çok sıkı olmamalı ve tamamen de çıkarılmamalıdır. Üzerine hafif bir giysi giydirilmelidir. Odanın iyi havalandırılması sağlanmalı, oda sıcaklığı 21–22° C civarında tutulmalıdır. Ateşli çocuğun metabolizma hızı arttığı için, sıvı kaybı artmaktadır. Dehidratasyon da ateşi artırması nedeniyle çocuklara alabildikleri kadar su, meyve suyu gibi sıvılar verilmelidir. Yeterli kalori alması sağlanmalıdır (Pul ve Bükülmez, 2006). Ilık uygulama yapılırken ise ateş 40 °C yi geçtiğinde, 30-60 dakika öncesinde antipiretik verilmiş olması koşulu ile yapılabilir (Deliryum, konvulsiyon ya da hiperpireksi durumunda ılık uygulamaya hemen başlanmalıdır)(Kara, 2003). Ilık uygulama yapılacak olan su ılık (29-32°C) olmalıdır (Koçoğlu Barlas, 2009; Pul ve Bükülmez, 2006).

2.10.2. Antipiretik Tedavi

Diğer ilaçlarda olduğu gibi antipiretik ilaç seçiminde de; etkinliğinin kanıtlanmış olması, yan etkilerinin az, güvenilir, kolay uygulanabilir ve ucuz olmasına dikkat edilmelidir (Altinkalem Dalkıran, 2007).

Parasetamol (Asetaminofen): Çocuklarda en sık olarak kullanılan ateş düşürücüdür. İki aylıktan büyük bebeklerde ve çocuklarda kullanılır. Günde kilo başına en az 40 mg ve en fazla 60 mg kullanılır. Günlük doz 4-6 eşit doza bölünerek 4-6 saat ara ile uygulanır. İlaç ağızdan verildikten 60 dakika sonra kanda en yüksek düzeye ulaşır ve 1-2 saat sonra bu düzeyin yarısına düşer. Karaciğer tarafından vücutta etkisizleştirilir. Yukarıda önerilen tedavi dozlarında kullanıldığı takdirde karaciğere zarar vermez. Günde kilo başına 150 mg'dan fazla verildiğinde hastada karaciğer hasarına yol açabilir. Bu yüzden uygun doz ve uygun zaman aralığında kullanılmalıdır. Parasetamole bağlı olarak bilinen en sık yan etki, hastaların %1'inden daha azında

görülen allerjik deri reaksiyonlarıdır. Parasetamol zehirlenmeleri ilaç dozuna bağlı olarak hayati tehlike riski taşımaktadır. Bu sebeple zehirlenme şüphesi varsa en yakın çocuk acil polikliniğine başvurulmalıdır.

İbuprofen: 1989 yılından beri çocuklarda ateş düşürücü olarak kullanılmakta ve etkisi parasetamole benzemektedir. Altı aylıktan daha büyük bebek ve çocuklarda kullanılır. Günde kilo başına 5-10 mg dozda kullanılır. Günlük olarak en yüksek doz kilo başına 50 mg'dır. Günlük doz 3-4 eşit doza bölünerek 6-8 saat ara ile uygulanır. Ağızdan alındıktan bir saat sonra kanda en yüksek düzeyine ulaşır ve 2-4 saat içinde en yüksek ateş düşürücü etkisi ortaya çıkar. Erişkinlerde sindirim sistemi yakınmaları, deri döküntüleri, görme bozuklukları ve baş ağrısı en sık rastlanan yan etkileri olmasıyla birlikte, çocuklarda tedavi dozlarında mideye ve böbreğe ait yan etki bildirilmemiştir. Bunun yanında, aspirin gibi nadiren astım ataklarına ve allerjik reaksiyonlara neden olabilmektedir. Parasetamolden daha pahalı, ateş düşürücü etkisi ise onunla aynıdır. Bu ilaç bebeklerde parasetamol kadar fazla kullanılmamıştır (Koçoğlu Barlas, 2009). Bu gibi nedenlerden dolayı ibuprofen çocuklarda ateş düşürmede parasetamolden sonra ikinci seçenektir (Arıkan ve ark.2008; Koçoğlu Barlas, 2009).

Ateş düşürücü ilaçlarla vücut sıcaklığı normale seviyesine dönmez, sadece 1-2°C azalır. Ateş düşürücü ilaç vermedeki amaç çocuğu fiziksel olarak rahatlatmak, ağrılarını azaltmaktır. Parasetamol ile ibuprofenin ateş düşürücü etkileri birbirine eşittir.

Salisilat (Aspirin): Anneler tarafından geleneksel olarak sık olarak tercih edilen bir ateş düşürücüdür. Etkin bir ateş düşürücü olmasının yanında yan etkileri parasetamole göre çok daha fazladır. Örneğin, midede gastrit, ülser, kanama ve delinme riskini artırmaktadır. Kanamayı kontrol eden hücrelerin fonksiyonları üzerine olumsuz etkisi vardır ve kanama riskini artırır. Bazı bireylerde astım bulgularının artmasına ve kötüleşmelerine neden olur. En önemli yan etkilerinden biriside su çiçeği ve grip 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. Bu yüzden 1980'li yıllardan sonra gelişmiş ülkelerde aspirinin çocuklarda ateş düşürücü olarak kullanılması kaldırılmıştır (Li et al., 2000; Koçoğlu Barlas, 2009).

2.11. Ateşli Çocukta Hemşirelik Yaklaşımı

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

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

Çocuğun giysileri: Ateşli çocuğun üzerinin sarılması ve aşırı giydirilmesi doğru bir uygulama değildir. Az sayıda ve gevşek giysiler çocuğun ısısının düşürme mekanizmalarına yardımcı olmaktadır. Eğer çocuk üşüyor ve titriyorsa ise üzerine ince bir örtü örtülebilir.

Beslenme: Ateş çocuğun kalori gereksinimini arttırmışından dolayı çocuğun beslenmesinin desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca ateş, terlemeyi ve solunum sayısını artırarak sıvı kaybının da artışına yol açmaktadır. Bu durum dehidratasyona vevücut ısısının daha da artmasına neden olacağı için çocuğa bol miktarda sıvı verilmelidir. Su, meyve suyu ve sulu meyveler verilmelidir. Bebek anne sütü ile besleniyor ise beslenme sıklığı artırılmalıdır. Ateş sindirimi yavaşlattığı için çocuklara yağlı ve zor sindirilen gıdalar verilmemelidir. Eğer ateşli çocuğun sıvı alımı iyi değilse en kısa sürede sağlık kuruluşuna götürülmesi konusunda aileler bilgilendirilmelidir.

Fizik aktivite: Çocuğun aşırı fiziksel aktivitesi vücut ısısının daha da artmasına neden olabileceğinden dolayı fazla fiziksel aktiviteden kaçınılmalıdır. Yine de çocukların evde basit oyunlar oynamalarına izin verilmelidir.

Ilık Uygulama: Bu uygulama ateşin düşürülmesinde kullanılan non-farmakolojik bir yöntemdir. Vücut yüzeylelerinin geniş olması sebebiyle küçük çocuklarda daha etkindir. Ilık uygulamada kullanılacak olan suyun sıcaklığı 29–30° C olmalıdır. Suya kesinlikle alkol katılmaması gerekir. Çünkü alkol deriden emilir, buharı ise solunum yolu ile santralsinir sistemi depresyonuna neden olabilir. Ilık uygulama ile vücut sıcaklığı bir saat içinde 1,5–2° C den fazla düşürülmemelidir. Eğer vücut sıcaklığı fazla düşürülürse hipotalamusetkilenecektir. Ilık uygulama beş dakikadan az otuz dakikadan ise fazla yapılmamalıdır. İşlem uzun sürdürüldüğünde, ateşin çok yüksek

olmadığı durumlarda ve uygun olmayan yöntemlerle yapıldığında çocuğun üşmesine ve titremesine neden olarak ateşin daha da artmasına yol açabilir. Çünkü bu durumda damarlarda vazodilatasyon oluşmaktadır. Ilık uygulama daha çok koltuk altı ve kasık bölgelerine uygulanmalıdır. Bu bölgelerdeki kan damarları daha yüzeyseldir. Bu bölgelere konulmuş olan ıslatılmış bezlersaat yönünde ısındıkça değiştirilerek yapılır. Bu uygulama yapılırken çocuğun ıslak havlu ile sarılmasına dikkat edilmelidir. Ilık suyun yerine kesinlikle soğuk su kullanılmamalıdır. Uygulama öncesinde ve sonrasında vücut ısısı kontrol edilmelidir (Pul ve Bükülmez, 2006).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma çocuk hastalıkları ünitelerinde çalışan hemşirelerin, ateşli çocuğa yaklaşımlarını ve bilgi durumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul ilinde bulunan özel,eğitim-araştırma ve üniversite hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Kurum izni için birçok hastaneye başvurulmuş olup araştırmacının kolay ulaşımında düşünülerek izin veren hastanelerden veriler elde edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastaneler; İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yedikule Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi, Esenler Özel Avicenna Hastanesi, Özel Bağcılar Hospitalist Hastanesi,Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi'dir. Araştırma verileri bu hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitesi(YYBÜ), çocuk acil, çocuk cerrahi ve çocuk dahiliye (çocuk servisi, süt çocuğu çocuk, çocuk yoğun bakım, çocuk hematoloji ve onkoloji) servislerinde çalışan hemşireler ile görüşülerek, Eylül 2013 – Mayıs 2014 tarihleri arasında elde edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini verilerin toplandığı hastanelerin çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan toplam 285 hemşire oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü

belirlemek için hedef kitledeki birey sayısının (evren) bilindiği $n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$

formülü kullanılarak $n = \frac{(285)(1,96)^2 (0,30)(0,70)}{(0,05)^2 (285 - 1) + (1,96)^2 (0,30)(0,70)}$ işlemi doğrultusunda

%95 güven aralığı ve $\pm 0,05$ örneklem hatası ile evreni temsil edecek örneklem sayısı minimum 152 kişi bulunmuştur.

Verilerin güvenilirliği açısından veri toplama formunu gönüllü olarak dolduran toplam 167 hemşirenin tamamı örneklem grubuna alınmıştır. Bu hemşirelerin 103'ü

YYBÜ, 22'si çocuk acil ünitesinde, 9'u çocuk cerrahi ve 33'ü çocuk dahiliye servislerinde çalışan hemşirelerden oluşmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanan ve uzman görüşleri (EK-2) doğrultusunda düzenlenen anket formunun birinci bölümünde “16” sosyo-demografik özelliklere ilişkin soru, ikinci bölümde ise “35” hemşirelerin ateş yönetimine ilişkin bilgi ve yaklaşımları ile ilgili soru olmak üzere toplam 51 sorudan oluşan anket formu (EK-1) kullanılmıştır.

Birinci bölümde; hemşirelerin sosyo-demografik özellikler ve çalışma alanına ilişkin durum, seçim ve mesleki gelişimlerini yansıtan sorular sorulmuştur. Sosyo-demografik özelliklerde; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, eğitim durumu gibi sorular bulunmaktadır. Çalışma alanına ilişkin durum, seçim ve mesleki gelişimlerinin olduğu kısımda, çalıştığı kurum, çalıştığı klinik, hemşire olarak çalışma süresi, çocuk kliniğinde çalışma süresi, çocuk kliniğinde çalışmayı tercih etme durumu, gelişimini destekleyici yayın takip etme durumu, seminer/kongre gibi etkinliklere katılma durumu, hizmet içi eğitim alma durumuna ilişkin sorular yer almıştır.

İkinci bölümde; ateş kontrolüne ilişkin bireysel ve çevresel faktörleri belirlemek amacıyla sorulan “10” çoktan seçmeli, hemşirelerin ünitelerinde ateşe yaklaşımla ilgili “9” evet-hayır, ateş ile ilgili bilgilerinin değerlendirmek amacıyla sorulan “9” doğru-yanlış ve hemşirelerin ateşe yaklaşımları ile ilgili “6” boşluk doldurma ve “1” ünite ateşli çocuğa sıklıkla verilen ilaçlara ilişkin açık uçlu soru tipinde olmak üzere toplam 35 soru yer almıştır. Hemşirelerin ateşle ilgili bilgilerini değerlendirmek amacıyla sorulan doğru-yanlış olarak yanıtlanması istenen sorulara verilen cevaplarda; hiçbir doğru cevap vermeyen hemşirelere “0” puan, herbir bölümdeki 9 sorunun tamamını doğru cevaplayan hemşirelere “100” puan olacak şekilde örneklem sayısı doğrultusunda hesaplanarak değerlendirilmiş ve hemşirelerin ünitelerinde ateşli çocuğa uyguladıkları olası yaklaşımlar “doğru-yanlış” şeklinde cevaplayacakları cümleler olarak yöneltilmiş ve bu cümlelerdeki bilgileri hiçbir doğru cevap vermeyen hemşirelere “0” puan, herbir bölümdeki 9 sorunun tamamını doğru cevaplayan hemşirelere “100” puan olacak şekilde örneklem sayısına orantılanarak değerlendirilmiştir..

Veriler anket formunun araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile hemşirelerle görüşmesi sonucu elde edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemini İstanbul ilinde bulunan verilerin elde edildiği hastanelerin, çocuk kliniklerinde çalışan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan hemşirelerle sınırlıdır.Araştırmanın bulguları kullanılan anket formunun kapsamı ve örnekleme grubunda yer alan hemşirelerin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Fisher's Exact test ve Yates' Continuity Correction test kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test kullanıldı; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği (EK-3) ve İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği (EK-4), T.C Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Dekanlığı (EK-5) T.C Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü (EK-6) izinler alınmış, özel hastaneler için hastanelerin hemşirelik hizmetleri (EK-7, EK-8, EK-9, EK-10) ile görüşülerek izinleri alınmıştır. T.C Haliç Üniversitesi Giriřimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan (EK-11) ise etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca araştırma evrenindeki hemşirelere araştırma amacı ve veri toplama formu ile ilgili açıklama yapılmıştır. Araştırmaya katılmada gönüllü olan hemşirelerin sözlü onamı alınarak örnekleme grubu bu hemşirelerden oluşturulmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın örneklem grubunu oluşturan çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerle yapılan yüz yüze görüşmeler sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır. Araştırma bulguları 3 bölüm altında değerlendirilmiştir.

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin dağılımı

4.2. Hemşirelerin Ateş Yönetimine İlişkin Bilgi ve Yaklaşımları

4.3. Hemşirelerin Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgi ve Yaklaşımlarını Etkileyen Faktörler

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N:167)

Bu bölümde hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, çalışma durumuna ilişkin özellikleri ve mesleki bilgi edinme kaynaklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı incelenmiştir.

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	153	91,6
Erkek	14	8,4
Eğitim Düzeyi		
Lise	52	31,1
Ön lisans	20	12,0
Lisans	80	47,9
Yüksek lisans	14	8,4
Doktora	11	0,6
Medeni Durum		
Evli	50	29,9
Bekar	117	70,1
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Hayır	130	77,8
Evet	37	22,2
Çocuk Sayısı (n=37)		
1 çocuk	17	45,9
2 çocuk	19	51,4
3 ve üzeri	1	2,7
TOPLAM	167	100

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde hemşirelerin yaşları 17 ile 49 arasında değişmekte olup, ortalama $27,02 \pm 6,48$ yıldır. Hemşirelerin %91,6'sının (n=153) kadın, %8,4'ünün (n=14) erkek olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; %31,1'nin (n=52) lise, %12,0'sinin (n=20) ön lisans, %47,9'u (n=80) lisans, %8,4'ü (n=14) yüksek lisans ve %0,6'sının (n=11) doktora mezunu olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin %29,9'u (n=50) evli iken, %70,1'i (n=117) bekindir. Hemşirelerin 77,8'inin (n=130) çocuğu bulunmazken, %22,2'sinin (n=37) çocuğu vardır. Hemşirelerin %45,9'unun (n=17) bir çocuğu, %51,4'ünün (n=19) iki çocuğu ve %2,7'sinin (n=1) dört çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N:167)

Çalışma Durumu Özellikleri	n	%
Çalışma Süresi (yıl)		
< 1 yıl	29	17,4
1-5 yıl	75	44,9
5-10 yıl	37	22,1
≥ 11 yıl	26	15,6
Çocuk Kliniğinde Çalışma Süresi (yıl)		
< 1 yıl	36	21,6
1-5 yıl	88	52,7
5-10 yıl	30	17,9
≥ 11 yıl	13	7,8
Çalıştığı Kurum		
Üniversite Hastanesi	26	15,6
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	78	46,7
Özel Hastane	63	37,7
Çalıştığı Klinik		
YYBÜ	103	61,7
Çocuk Acil	22	13,2
Çocuk Cerrahi	9	5,4
Çocuk Dahiliye	33	19,8
Çocuk Kliniğinde Çalışmayı Tercih Etme		
Kendi tercih etmiş	104	62,3
Hastane yönetimi görevlendirmiş	63	37,7
TOPLAM	167	100

Hemşirelerin çalışma süreleri 1 hafta ile 29 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $5,81 \pm 5,84$ yıldır. Hemşirelerin %17,4'ünün (n=29) çalışma süresi bir yıldan az iken; %44,9'unun (n=75) 1-5 yıl, %22,1'inin (n=37) 5-10 yıl, %15,6'sının (n=26) 11 yıl ve üzeri olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin çocuk kliniğinde çalışma süreleri 4 gün ile 29 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $4,29 \pm 4,72$ yıldır. Hemşirelerin %21,6'sının (n=36) çocuk kliniğinde çalışma süreleri bir yıldan az iken; %52,7'sinin (n=88) 1-5 yıl, %17,9'unun (n=30) 5-10 yıl, %7,8'inin (n=13) 11 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar incelendiğinde; %15,6'sının (n=26) üniversite hastanesi, %46,7'sinin (n=78) eğitim ve araştırma hastanesi, %37,7'sinin (n=63) ise özel hastanelerde çalışmakta olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları klinikler incelendiğinde; %61,7'sinin (n=103) YYBÜ, %13,2'sinin (n=22) Çocuk Acil, %5,4'ünün (n=9) Çocuk Cerrahi, %19,8'inin (n=33) Çocuk Dahiliye ünitesinde çalışmakta olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin %62,3'ü (n=104) çocuk kliniğinde çalışmayı kendi isteğiyle tercih ederken, %37,7'sinin (n=63) hastane yönetimi tarafından görevlendirildiği görülmüştür.

Tablo 3. Hemşirelerin Mezuniyet Sonrası Mesleki Bilgi Edinme Kaynaklarına İlişkin Özellikleri (N:167)

Bilgi Edinme Kaynakları (Bilimsel Yayın, Kongre, İnternet, Eğitim vb.)	n	%
Bilimsel kaynakları takip etme		
Evet	112	67,1
Hayır	55	32,9
En sık takip edilen kaynaklar (n=112)		
Kongre/sempozyum	47	42,0
Sürekli yayınlar	19	17,0
Kitaplar	57	50,9
İnternet	20	17,9
Çocuk sağlığı ve hastalığı ile ilgili kongre/ seminer gibi etkinliklere katılma		
Evet	88	52,7
Hayır	79	47,3
Hizmet içi eğitim alma		
Evet	145	86,8
Hayır	22	13,2
Ateş yönetimine ilişkin hizmet içi alma (n=145)		
Evet	84	57,9
Hayır	61	42,1
Ateş yönetiminde kendini yeterli hissetme		
Evet	144	86,2
Hayır	23	13,8
TOPLAM	167	100

•Birden çok seçenek işaretlenmiştir

Hemşirelerin %32,9'u (n=55) mesleği ile ilgili kendi gelişimini destekleyici yayınları takip etmezken, %67,1'i (n=112) takip etmektedir. Hemşirelerin en sık kullandıkları kaynaklar incelendiğinde; %42,0'si (n=47) kongre/sempozyumlardan,

%17,0'si (n=19) süreleri yayınlardan, %50,9'u (n=57) kitaplardan ve %17,9'u (n=20) internetten takip ettiğini ifade etmiştir.

Hemşirelerin %52,7'si (n=88) çocuk sağlığı ve hastalığı ile ilgili kongre/ seminer gibi etkinliklere katılırken, %47,3'ü (n=79) katılmadığını belirtmiştir.

Hemşirelerin %86,8'i (n=145) hizmet içi eğitim alırken, %13,2'si (n=22) almamaktadır. Hizmet içi eğitim alan hemşirelerden %57,9'nun (n=84) hizmet içi eğitimde ateş yönetimi ile ilgili eğitim aldıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin %86,2'si (n=144) çocuklarda ateş yönetiminde kendilerini yeterli görürken, %13,8'i (n=23) kendini yeterli görmediğini belirtmiştir.

4.2. Hemşirelerin Ateş Yönetimine İlişkin Bilgi ve Yaklaşımları

Bu bölüm hemşirelerin çalıştıkları klinikte kullandıkları termometre türü, tercih ettikleri termometre türü, vücut sıcaklığını ölçmede tercih ettikleri vücut bölgesi, hemşireleri endişelendiren ateşe bağlı komplikasyonlar, vücut sıcaklığını kaydetmeye /raporlandırmaya ilişkin özellikler, vücut sıcaklığı ölçümünde hemşirelerin güvenilir bulmadığı vücut bölgesi, ünitelerinde ateşli çocuğa yaklaşımları ve ateşle ilgili bilgilerine ilişkin dağılımlar yer almaktadır.

Tablo 4. Hemşirelerin Çalıştıkları Klinikte Kullanılan Termometre Türlerinin Dağılımı (N:167)

Termometre Türü	n	%
Civalı termometre	6	3,6
Timpanik termometre	17	10,2
Isıya duyarlı film yöntemi	11	6,6
Infrared (temassız) termometre	30	17,9
Digital termometre	92	55,1
Monitöre bağlı termometre	11	6,6
TOPLAM	167	100

Hemşirelerin buldukları klinikte kullanılan termometre türleri incelendiğinde; %3,6'sında (n=6) civalı termometre, %10,2'sinde (n=17) timpanik termometre, %6,6'sında (n=11) ısıya duyarlı film yöntemi, %17,9'unda (n=30) infrared (temassız) termometre, %55,1'inde (n=92) digital termometre ve %6,6'sında (n=11) monitöre bağlı termometre kullanıldığı görülmüştür.

Tablo 5. Hemşirelerin Vücut Sıcaklığını Ölçmek İçin Tercih Ettikleri Termometre Türleri (N:167)

Tercih Ettikleri Termometre Türü	n	%
Civalı termometre	35	21,0
Timpanik termometre	30	17,9
Isıya duyarlı film yöntemi	12	7,2
Infrared (temassız) termometre	25	15,0
Digital termometre	65	38,9
TOPLAM	167	100

Hemşirelerin vücut sıcaklığını ölçmek için tercih ettikleri termometre türleri incelendiğinde; %21,0'i (n=35) civalı termometre, %17,9'u (n=30) timpanik termometre, %7,2'si (n=12) ısıya duyarlı film yöntemini, %15,0'i (n=25) infrared (temassız) termometre ve %38,9'u (n=65) digital termometre kullanmayı tercih ettiğini ifade etmiştir.

Tablo 6. Hemşirelerin Tercih Ettiği Yaşa Uygun Vücut Sıcaklığı Ölçüm Bölgelerinin Dağılımı (N:167)

Vücut Sıcaklığı Ölçüm Bölgesi	n	%
6 yaşından küçük		
Oral	8	4,8
Aksiller	93	55,7
Kulak	31	18,5
Rektal	32	19,2
Alın/Temporal(temassız)	3	1,8
6 yaş ve üzeri		
Oral	8	4,8
Aksiller	127	76,0
Kulak	24	14,4
Rektal	2	1,2
Alın/Temporal(temassız)	6	3,6
TOPLAM	167	100

Hemşirelerin 6 yaşından küçük çocuklarda vücut sıcaklığını ölçmek için tercih ettiği vücut bölgeleri incelendiğinde; %4,8'nin (n=8) oral, %55,7'sinin (n=93) aksiller, %18,5'i (n=31) kulak, %19,2'sinin (n=32) rektal ve %1,8'inin (n=3) alın/temporal (temassız) bölge yanıtını verdiği görülmüştür.

Hemşirelerin 6 yaşından büyük çocuklarda vücut sıcaklığını ölçmek için tercih ettiği vücut bölgeleri incelendiğinde; %4,8'inin (n=8) oral, %76,0'sının (n=127) aksiler, %14,4'ünün (n=24) kulak, %1,2'sinin (n=2) rektal, %3,6'sının (n=6) alın/temporal (temassız) bölge yanıtını verdiği görülmüştür.

Tablo 7. Hemşireleri Endişelendiren Ateşe Bağlı Komplikasyonların Dağılımı (N:167)

Hemşirelerin Düşünceleri	n	%
Endişelendirme Durumu		
Evet	158	94,6
Hayır	9	5,4
Komplikasyonlar (n=158)		
Dehidratasyon	37	23,4
Konvülsiyon	118	74,7
Beyin hasarı	47	29,7
Ölüm	12	7,6

•Birden çok seçenek işaretlenmiştir

Yüksek ateş hemşirelerin %94,6'sını (n=158) endişelendirirken, %5,4'ünü (n=9) endişelendirmediği görülmüştür. Hemşireler ateşin komplikasyonu olarak; %23,4'ü (n=37) dehidratasyon, %74,7'si (n=118) konvülsiyon, %29,7'si (n=47) beyin hasarı, %7,6'sı (n=12) ölüm olarak gördükleri belirlenmiştir.

Tablo 8. Hemşirelerin Vücut Sıcaklığını Kaydetme ve Raporlandırmaya İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N:167)

Kaydetme / Raporlandırma	n	%
Kaydedilmeyen Veriler		
Ölçümün yapıldığı vücut bölgesi	7	4,2
Termometrenin türü	24	14,4
Ölçümün yapıldığı gün/saat	4	2,4
Ölçüm öncesinde çocuğun aktivitesi	28	16,7
Hepsini kaydederim	104	62,3
TOPLAM	167	100

Hemşirelere “Vücut Sıcaklığını ölçtüktan sonra hangisini kaydetmeye gerek duymazsınız? ” diye sorulduğunda; %4,2'si (n=7) ölçümün yapıldığı vücut bölgesini,

%14,4'ü (n=24) termometrenin türünü, %2,4'ü (n=4) ölçümün yapıldığı günün saatini, %16,7'si (n=28) ölçüm öncesinde çocuğun aktivitesini kaydetmeye gerek duymadığını ve %62,3'ü (n=104) hepsini kaydettiğini bildirmiştir.

Tablo 9. Hemşirelerin Vücut Sıcaklığı Ölçümünde Güvenilir Bulmadığı Bölgelerinin Dağılımı (N:167)

Bölgeler	n	%
Rektal	15	9,0
Aksiller	16	9,6
Oral	63	37,7
Timpanik	55	32,9
Cevapsız	18	10,8
TOPLAM	167	100

Hemşirelere “Size göre hangi vücut bölgesinden yapılan vücut sıcaklığı ölçümünün güvenilirliği en azdır? “ diye sorulduğunda; %9,0'u (n=15) rektal, %9,6'sı (n=16) aksiller, %37,7'si (n=63) oral, %32,9'u (n=55) timpanik ölçümün güvenilir olmadığını ifade ederken, %10,8'nin (n=18) bilmiyorum yanıtını verdikleri görülmüştür.

Tablo 10. Hemşirelerin Ateşli (37.9°C ve üzeri) Olan Süt Çocuğuna Uyguladıkları İlk Girişimlerin Dağılımı (N:167)

Ateşli Çocuğaya Uygulanan	n	%
Kıyafetlerini çıkartma ve odayı havalandırma	126	75,4
Ilık uygulama	19	11,4
Antipiretik verme	4	2,4
Antipiretik verme ve ılık uygulama	18	10,8
TOPLAM	167	100

Hemşirelere vücut sıcaklığı 37.9°C olan süt çocuğuna uyguladıkları ilk girişimler sorulduğunda; %75,4'ü (n=126) ilk olarak kıyafetlerinin çıkarıp, odayı havalandıracağını, %11,4'ü (n=19) ılık uygulama yapacağını, %2,4'ü (n=4) antipiretik vereceğini, %10,8'i (n=18) ise antipiretik verip, ılık uygulama yapacağını ifade etmiştir.

Tablo 11. Hemşirelerin Ateşli (39 °C üzeri) Çocuklara Uyguladıkları İlk 3 Girişimin Dağılımı (N:167)

İlk 3 Hemşirelik Girişimi	1. Girişim	2. Girişim	3. Girişim
	n (%)	n (%)	n (%)
Antipiretik verme	60 (%35,9)	33 (%19,8)	45 (%26,9)
Sıvı alımını artırma	0 (%0)	22 (%13,2)	33 (%19,8)
Vücut sıcaklığı kontrolü	52 (%31,1)	36 (%21,6)	61 (%36,5)
Ilık uygulama	55 (%32,9)	76 (%45,5)	28 (%16,8)
TOPLAM	167 (100)	167 (100)	167 (100)

Hemşirelerin ateşi 39 °C üzerinde olan çocuğa uygulayacakları ilk 3 girişim sorulduğunda; %35,9'u (n=60) ilk girişim olarak antipiretik verilmesi, %45,5'i (n=76) ikinci girişim olarak ılık uygulama yapılması ve %36,5'i (n=61) üçüncü girişim olarak vücut sıcaklığının kontrolünün yapılması gerektiği yanıtını vermiştir.

Tablo 12. Hemşirelerin Ünitelerinde Ateşli Çocuğa Uyguladıkları Yaklaşımların Değerlendirilmesi (N:167)*

Ateşli Çocuğa Uygulanan (n=167)	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
Vücut sıcaklığı 1.5 - 2 °C düşünceye kadar ılık uygulama yaparım.	124 (%74,3)	43 (%25,7)
Ilık uygulama yaparken suya bir miktar alkol koyarım.	15 (%9,0)	152 (%91,0)
Ilık uygulamada kullanacağım suyun sıcaklığını ölçerim.	117 (%70,1)	50 (%29,9)
Çocuğun diğer fiziksel belirtilerini değerlendiririm (döküntü, kızarıklık vb.).	158 (%94,6)	9 (%5,4)
Çocuğun lenf nodüllerini değerlendiririm.	102 (%61,1)	65 (%38,9)
Çocuğun yattığı odanın sıcaklığını kontrol ederim.	160 (%95,8)	7 (%4,2)
Taburculuk öncesi annelere vücut sıcaklığı ölçümü hakkında eğitim veririm.	160 (%95,8)	7 (%4,2)
4-6 saatte bir parasetamol verilir.	86 (%51,5)	81 (%48,5)
4 saatte bir salisilat verilir.	132 (%79,0)	35 (%21,0)
TOPLAM	167(100)	167(100)

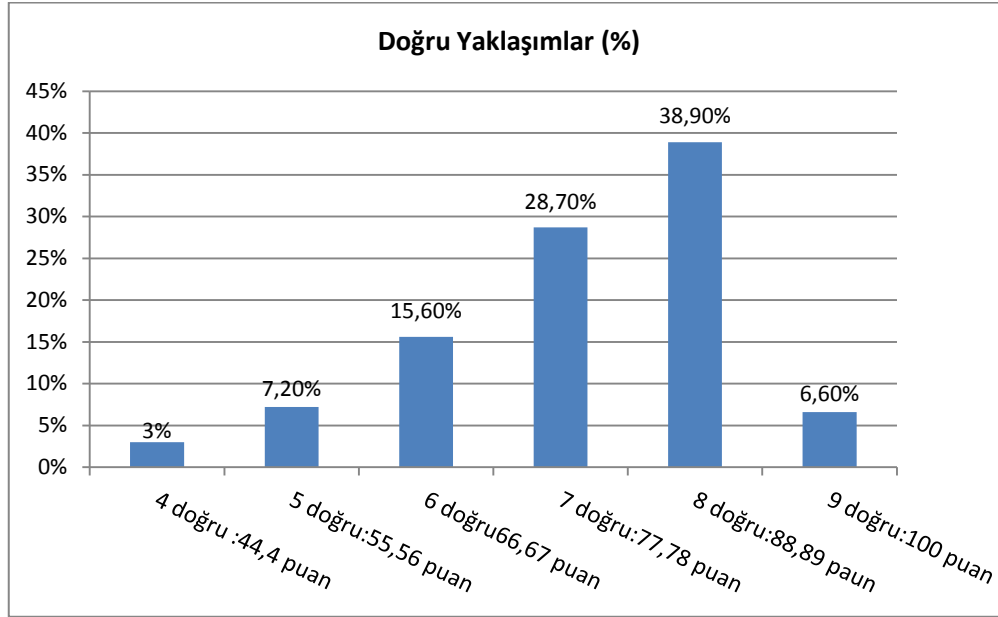
*Doğru cevap olarak kabul edilen seçenekler koyu renk olarak belirtilmiştir.

Hemşirelere ünitelerinde ateşli çocuğa uyguladıkları olası yaklaşımlar ‘doğru ve yanlış’ şekilde cevaplandırılacakları cümleler olarak yöneltilmiş ve bu cümlelerdeki bilgileri doğru yaklaşım olarak bilen hemşireler tablo üzerinde koyu renkle işaretlenmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin ateşli çocuklara ünitelerinde uygulamış oldukları yaklaşımlar incelendiğinde; %74,3’ünün (n=124) vücut sıcaklığı 1.5-2 °C düşünceye kadar ılık uygulamaya devam ettiği, %9’unun (n=15) ılık uygulamaya yaparken suyun içine alkol koyduğu, %70,1’nin (n=117) ılık uygulama yaptığı suyun sıcaklığını ölçtüğü, %94,6’sının (n=158) ateşli çocuğu diğer belirtiler açısından

değerlendirdiği, %61,1'nin (n=102) ateşli çocuğun lenf nodüllerini kontrol ettiği, %95,8'nin (n=160) annelere vücut sıcaklığı ölçümü hakkında bilgi verdiği görülmüştür. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde ateşli çocuğa verilen antipiretikler ve verilme aralığı sorulduğunda %51,5'i (n=86) 4-6 saatte bir parasetamol ve %79'u (n=132) 4 saatte bir salisilat verdiklerini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin ünitelerinde ateşli çocuğa uyguladıkları olası yaklaşımlar 'doğru-yanlış' şeklinde cevaplayacakları cümleler olarak yöneltilmiş ve bu cümlelerdeki bilgileri doğru yaklaşım olarak bilen hemşireler grafik-1'de örneklem sayıları doğrultusunda değerlendirilmiştir. Tüm sorulara doğru cevap veren hemşirelere '100' hiçbir soruya cevap veremeyen hemşireler '0' puan olacak şekilde değerlendirilmiştir.

Grafik 1. Hemşirelerin Ünitelerinde Ateşli Çocuğa Uyguladıkları Doğru Yaklaşımların Dağılımları



Sorulan 9 sorudan hepsine doğru yanıt veren %6,6 (n=11), 8 doğru yanıt veren %38,9 (n=65), 7 doğru yanıt veren %28,7 (n=48), 6 doğru yanıt veren 15,6 (n=26), 5 doğru yanıt veren %7,2 (n=12), 4 doğru yanıt veren %3 (n=5) hemşire bulunmaktadır.

Hemşirelerin ünitelerinde ateşli çocuğa uyguladıkları olası yaklaşım bilgi puanı 44,4 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama $79,24 \pm 12,94$ puan aldıkları görülmüştür.

Tablo 13. Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi İle İlgili Bilgilerine İlişkin Dağılımları (N=167)*

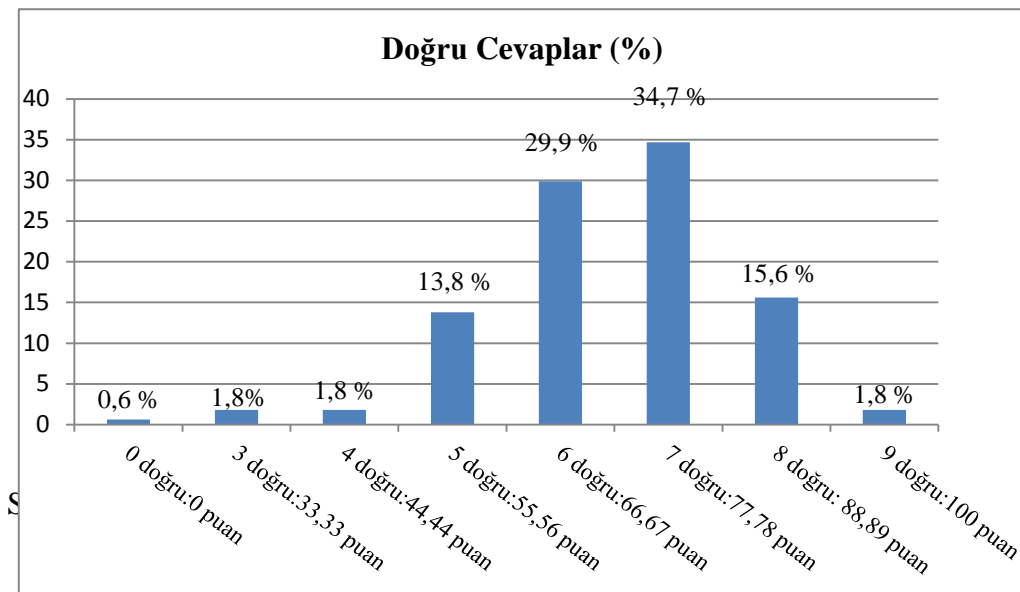
Ateşe İlişkin Bilgiler (n=167)	Doğru	Yanlış
	n (%)	n (%)
Ateş 42 °C çıkarsa beyinde kalıcı nörolojik oluşabilir.	162 (%97,0)	5 (%3,0)
Ilık uygulama antipiretik verildikten hemen sonra yapılır.	45 (%26,9)	122 (%73,1)
Ilık uygulamada kullanılan suyun sıcaklığı 29.4 - 32.2 °C olmalıdır.	125 (%74,9)	42 (%25,1)
Enfeksiyon dışı çeşitli durumlarda da ateş yükselir.	152 (%91,0)	15 (%9,0)
Ateşli çocuklarda oksijen tüketimi artar.	150 (%89,8)	17 (%10,2)
Ateşli çocuklarda sıvı ve kalori gereksinimi azalır.	34 (%20,4)	133 (%79,6)
Uzun süreli yüksek ateş çocuklarda febril konvülsiyona neden olabilir.	160 (%95,8)	7 (%4,2)
Vücut sıcaklığı 06:00 ile 10:00 saatleri arasında en düşük düzeydedir.	111 (%66,5)	56 (%33,5)
Vücut sıcaklığı 17:00 ile 19:00 saatleri arasında en yüksek düzeydedir.	100 (%59,9)	67 (%40,1)
TOPLAM	167 (100)	

*Doğru cevap olarak kabul edilen seçenekler koyu renk olarak belirtilmiştir.

Hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi ile ilgili bilgi durumlarını değerlendirmek amacıyla ‘doğru’ ve ‘yanlış’ olarak işaretleyecekleri sorular yöneltilmiştir ve bu sorulara vermiş oldukları cevapların değerlendirilmesinde ‘doğru bilgiler’ tablo üzerinde koyu renkle işaretlenmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin %97’si (n=162) ateşin 42 °C üzerine çıktığında nörolojik sekel bırakacağını, %73,1’i (n=122) ılık uygulamanın antipiretik verildikten hemen sonra yapılması gerektiğini, %25,1’i (n=42) ılık uygulamada kullanılan suyun 29,4-32,2 °C olduğu bilgisinin yanlış olduğunu, %91,0’nin (n=152) enfeksiyon dışı çeşitli durumlarda da ateşin yükselebileceği, %89,8’nin (n=150) ateşte oksijen tüketiminin arttığını, % 95,8’nin (n=160) ateşin febril konvülsiyona neden olabileceğini ve %59,9’nun (n=100) vücut sıcaklığının 17:00-19:00 saatleri arasında en yüksek olduğunu doğru bildikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin %79,6’sının (n=133) ateşli çocuklarda sıvı ve kalori gereksiniminin azaldığı bilgisinin yanlış olduğunu, %33,5’nin (n=56) vücut sıcaklığının en düşük olduğu saatlerin 06:00-10:00 arası olduğu bilgisinin yanlış olduğunu doğru şekilde değerlendirdikleri görülmüştür.

Hemşirelerin vermiş olduğu doğru cevaplar grafik-2’de hemşire sayılarına göre dağılım yapılmış olup tüm sorulara doğru cevap veren hemşireler ‘100’ hiçbir soruya doğru cevap veremeyen hemşireler ‘0’ puan alacak şekilde değerlendirilmiştir.

Grafik 2. Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi İle İlgili Bilgi Puanlarının Dağılımı



Sorulan 9 sorudan hepsine doğru yanıt veren %1,8 (n=3) hemşire, 8 doğru yanıt veren %15,6 (n=26), 7 doğru yanıt veren %34,7 (n=58), 6 doğru yanıt veren %29,9 (n=50), 5 doğru yanıt veren %13,8 (n=23), 4 doğru yanıt veren %1,8 (n=3), 3 doğru yanıt veren %1,8 (n=3) ve hiçbirine doğru cevap veremeyen % 0,6 (n=1) hemşire bulunmaktadır.

Hemşirelerin ateş ile ilgili bilgi puanı 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama $71,65 \pm 13,72$ puan olduğu belirlenmiştir.

Tablo 14. Hemşirelerin Vücut Sıcaklığını Değerlendirmelerine İlişkin Bilgilerinin Dağılımı (N=167)

Vücut Sıcaklığı Değerlendirme ve Ateşle İlgili Bilgiler	Min Mak	Ort±SD	Doğru n %	Yanlış n %	
Sağlıklı çocuklarda vücut sıcaklığı değeri (°C)	Aksiller	35,0 38,0	36,57±0,43	132 (%79,0)	35 (%21)
	Rektal	35,8 38,0	37,13±0,43	15 (%9,0)	152 (%91)
	Oral	35,5 38,0	36,95±0,46	107 (%64,1)	60 (%35,9)
Aksiller vücut sıcaklığında ateş kabul edilen değeri (°C)	36,0 39,0	37,65±0,48	131 (%78,4)	36 (%21,6)	
Aksiller vücut sıcaklığında kaç hipertermi kabul edilen değeri (°C)	35,0 40,0	38,16±0,82	5 (%3,0)	162 (%97)	
LH(Lüzum Hali) order edilen ateş düşürücüyü vermede min vücut sıcaklığı değeri (°C)	35,0 39,5	38,00±0,52	15 (%9,0)	152 (%91)	
Ateşi olan çocuklarda vücut sıcaklığı takip sıklığı / dk	2 180	32,65±19,0 8	128 (%76,6)	39 (%23,4)	
Cıvalı termometre ile aksiller vücut sıcaklığı ölçmede bekleme süresi (dk)	0,5 10	4,06±1,96	116 (%69,5)	51 (%30,5)	

Hemşirelerin vücut sıcaklığını değerlendirme ile ilgili bilgi durumlarını belirlemek amacıyla toplam 6 açık uçlu soru yöneltilmiştir. Hemşirelere “Sağlık çocuklarda aksiller bölgede vücut sıcaklığı değeri sorulduğunda; verdikleri yanıtlar 35-38°C arasında değişmekte olup, ortalama 36,57±0,43°C’dir. Doğru cevap “36-37,2°C” aralığında değerlendirilmiş ve bu değerleri doğru bilen 132 (%79,0) hemşire olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelere “Sağlık çocuklarda rektal bölgede vücut sıcaklığı değeri” sorulduğunda; verdikleri yanıtlar 35,8-38°C arasında değişmekte olup, ortalama 37,13±0,43°C’dir. Doğru cevap aralığı “37,3-37,6°C” olarak değerlendirilmiş ve bu değerleri doğru bilen 15 (%9,0) hemşire olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelere “Sağlık çocuklarda oral bölgede vücut sıcaklığı değeri” sorulduğunda; verdikleri yanıtlar 35,5-38,0°C arasında değişmekte olup, ortalama 36,95±0,46 °C’dir. Doğru cevap “36-37 C” aralığında değerlendirilmiş ve bu değerleri doğru bilen 107 (%64,1) hemşire olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelere “Aksiller vücut sıcaklığı kaç °C olursa ateş olarak kabul edersiniz?” diye sorulduğunda; verdikleri yanıtlar 36-39°C arasında değişmekte olup, ortalama 37,65±0,48 °C olduğu belirlenmiştir. Doğru cevap aralığı olan “37,2-38,0°C” değerini doğru bilen 131 (%78,4) hemşire olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelere “Aksiller vücut sıcaklığı kaç °C olursa hipertermi olarak kabul edersiniz?” diye sorulduğunda; verdikleri yanıtlar 35-40°C arasında değişmekte olup, ortalama 38,16±0,82°C olduğu belirlenmiştir. Doğru cevap aralığı olan “40-43°C” değerini doğru bilen 5 (%3,0) hemşire olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelere “Çocuk hastaya lüzum halinde reçete edilmiş ateş düşürücü ilacı vücut sıcaklığı kaç derece olduğunda verirsiniz?” diye sorulduğunda; verdikleri yanıtlar 35-39,5°C arasında değişmekte olup, ortalama 38,00±0,52°C olduğu belirlenmiştir. Doğru cevap aralığı olan “39-39,5°C” değerini doğru bilen 15 (%9,0) hemşire olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelere “Ateşi olan çocuklarda vücut sıcaklığı takibini hangi sıklıkta yaparsınız” diye sorulduğunda; verdikleri yanıtlar 2 ile 180 dk da bir arasında değişmekte olup, ortalama 32,65±19,08 dakikada bir olduğu belirlenmiştir. Doğru cevap olan “0-30 dakika” aralığında değerlendirilmiş ve doğru bilen 128 (%76,6) hemşire olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelere “Civalı termometreler ile aksiller vücut sıcaklığını ölçerken kaç dk beklersiniz“ diye sorulduğunda; verdikleri yanıtlar 0,5-10 dk arasında değişmekte olup,

ortalama $4,06 \pm 1,96$ dakika olduğu belirlenmiştir. Doğru cevap “3-8 dakika” aralığında değerlendirilmiş ve doğru bilen 116 (%69,5) hemşire olduğu belirlenmiştir.

Tablo 15. Hemşirelerin Ünitelerinde En Sık Kullandıkları Ateş Düşürücü İlaçların Dağılımı (N:167)

En Sık Kullanılan Ateş Düşürücü İlaçlar	n	%
Oral Pasetamol	133	79,7
Oral İbuprofen	68	40,8
Supp Pasetamol	25	15

•Birden çok seçenek işaretlenmiştir

Hemşirelere ünitelerinde ateş düşürücü olarak en sık kullanılan ilaçlar sorulduğunda birden çok yanıt vermiş oldukları görülmüştür. En sık kullanılan ilaçlar olarak ise %79,7’si (n=133) oral parasetamolu, %40,8’si (n=68) oral ibuprofeni, %15’i (n=25) supp. formundaki parasetamolleri kullandıklarını ifade etmişlerdir.

4.3. Hemşirelerin Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgi ve Yaklaşımlarını Etkileyen Faktörler

Bu bölümde hemşirelerin eğitim düzeyleri, çalışma süreleri, çocuk kliniğinde çalışma süreleri, çalıştıkları klinik, çalıştıkları kurum, kendi gelişimlerini destekleyici yayınları takip etme durumu, seminer/kongre etkinliklere katılma, ateş yönetiminde kendini yeterli görme durumları, mesleği ile ilgili gelişimini destekleyici yayınları takip etme durumları ile hemşirelerin ünitelerinde ateşli çocuklara uygulanan yaklaşım ve bilgi düzeylerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Ayrıca hemşirelerin hizmet içi eğitim alma durumları ile ateş yönetiminde kendilerinin yeterli hissetme durumları arasında da karşılaştırma yapılmıştır.

Tablo 16. Hemşirelerin Eğitim Durumu ve Çalışma Yıllarına Göre Ateş ve Ateş Yönetimi Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim ve Çalışma Yılları	Ateş ve Ateş Yönetimi	Test P
	Bilgi Puanı Ort±SD	
Eğitim Düzeyleri		
Lise (n=52)	69,02±12,32	*F=1,441 p=0,233
Ön lisans (n=20)	72,78±13,23	
Lisans (n=80)	73,61±12,79	
Lisansüstü (n=15)	68,89±21,50	
Toplam Hizmet Yılı		
< 1 yıl (n=29)	68,20±12,14	F=2,617 p=0,043
1-5 yıl (n=75)	70,52±14,67	
5-10 yıl (n=37)	72,37±14,01	
≥ 11 yıl (n=26)	77,78±10,42	
Çocuk Kliniğinde Çalışma Süresi		
< 1 yıl (n=36)	68,21±12,78	**$\chi^2=6,489$ p=0,090
1-5 yıl (n=88)	71,72±14,38	
5-10 yıl (n=30)	72,96±14,20	
≥ 11 yıl (n=13)	77,78±7,86	

*F; Oneway ANOVA test ** χ^2 ; Kruskal Wallis test

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre ateş ve ateş yönetimi bilgi puanlarının ortalamaları incelendiğinde, lise mezunu olan hemşirelerin 69,02±12,32 puan, ön lisans mezunu hemşirelerin 72,78±13,23 puan, lisans mezunu hemşirelerin 73,61±12,79 puan, lisansüstü eğitim almış hemşirelerin ise 68,89±21,50 puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre ateşle ilgili bilgi puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (F=1,441; p= 0,233).

Hemşirelikte hizmet yıllarına göre hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (F=2,617,p=0,043; p<0,05). Çalışma süresi 1 yıldan az olan hemşirelerin bilgi puanı ortalama 68,20±12,14

iken çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan hemşirelerin bilgi puanı ortalamasının 77,78±10,42 olduğu görülmüştür.

Çocuk kliniğinde çalışma süresi 1 yıldan az olan hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi bilgi puanı ortalama 68,21±12,78 iken çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan hemşirelerin bilgi puanı ortalama 77,78±7,86 olduğu görülmüştür. Çocuk kliniğinde çalışma yılına göre hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi bilgi puanı karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı görülmüştür ($p>0,05$; $\chi^2=6,489$; $p=0,090$).

Tablo 17. Hemşirelerin Çalıştıkları Klinikler ile Ateş ve Ateş Yönetimi Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (N:167)

Çalıştıkları Klinik	Ateş ve Ateş Yönetimi İlgili
	Bilgi Puanı
	Ort±SD
Çocuk Acil (n=22)	70,71±15,52
YYBÜ (n=103)	71,74±12,62
Çocuk Cerrahi (n=9)	74,07±13,61
Çocuk Dahiliye (33)	71,38±17,35
χ^2	1,465
p	0,690

Kruskal Wallis Test

Çalıştıkları kliniklere göre hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi ile ilgili ortalama bilgi puanları incelendiğinde çocuk acil ünitesinde çalışan hemşirelerin 70,71±15,52 puan, YYBÜ 71,74±12,62 puan, çocuk cerrahisinde 74,07±13,61 puan, çocuk dahiliye servislerinde ise 71,38±17,35 puan aldıkları belirlenmiştir. Çalıştıkları kliniklere göre hemşirelerin ateş ile ilgili bilgi puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($\chi^2 =1,465$; $p=0,690$).

Tablo 18. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumlar ile Ünitelerinde Ateşli Çocuğa Uyguladıkları Yaklaşım ve Ateş/Ateş Yönetimi Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (N:167)

Çalıştıkları Kurum	Ünitelerde Uygulanan Yaklaşım Bilgi Puanı	Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi Bilgi Puanı
	Ort±SD	Ort±SD
Üniversite Hastanesi (n=26)	74,78±11,99	74,36±8,18
Eğitim Araştırma Hastanesi (n=78)	77,92±13,58	71,51±15,47
Özel Hastane (n=63)	82,72±11,77	70,72±13,28
F	4,392	0,651
p	0,014*	0,523

Oneway ANOVA Test

*p<0,05

Çalıştıkları kurumlara göre hemşirelerin ünitelerinde ateşli çocuğa uygulanan yaklaşım ortalama bilgi puanı incelendiğinde, üniversite hastanelerinde uygulanan doğru yaklaşımların puan ortalamasının 74,78±11,99, eğitim araştırma hastanesinde 77,92±13,58 puan, özel hastanelerde ise 82,72±11,77 puan olduğu görülmüştür. Çalıştıkları kurumlara göre hemşirelerin ünitelerinde ateşli çocuğa uygulanan doğru yaklaşım puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandığı belirlenmiştir (F=4,39;p=0,014; p<0,05).

Çalıştıkları kurumlara göre hemşirelerin ünitelerinde ateş ve ateş yönetimi ile ilgili bilgi durumları incelendiğinde, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin 74,36±8,18 puan, eğitim araştırma hastanesinde çalışanların 71,51±15,47 puan, özel hastanede çalışanların ise 70,72±13,28 puan aldıkları görülmüştür. Çalıştıkları kurumlara göre hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi ile ilgili bilgi puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı görülmüştür (F=0,651; p=0,523; p>0,05).

Tablo 19. Hemşirelerin Bilimsel Kaynakları Takip Etme Durumları ile Ünitelerinde Uyguladıkları Yaklaşım ve Ateş/Ateş Yönetimi Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (N:167)

Bilimsel Kaynakları Takip Etme	Ünite Uygulanan Yaklaşım Bilgi Puanı	Hemşirelerin Ateş Yönetimi Bilgi Puanı
	Ort±SD	Ort±SD
Evet (n=112)	79,96±12,19	72,12±13,26
Hayır (n=55)	77,7±14,34	70,71±14,72
T	1,025	0,625
p	0,307	0,533

Student t test

Hemşirelerin bilimsel kaynakları takip etme durumlarına göre ünitelerinde ateşli çocuğa uygulanan yaklaşım bilgi puanı karşılaştırıldığında bilimsel kaynakları takip etmeyen hemşirelerin aldıkları ortalama puan $77,77 \pm 14,34$ iken takip eden hemşirelerin aldıkları ortalama puan $79,96 \pm 12,19$ olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bilimsel kaynakları takip etme durumları ile ünitelerinde ateşli çocuğa uygulanan yaklaşım bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (t=1,025; p=0,125, p>0,05).

Hemşirelerin bilimsel kaynakları takip etme durumlarına göre ateş ve ateş yönetimi bilgi puanı karşılaştırıldığında bilimsel kaynakları takip etmeyen hemşirelerin aldıkları ortalama puan $70,71 \pm 14,72$ iken takip eden hemşirelerin aldıkları ortalama puan $72,12 \pm 13,26$ bulunmuştur. Hemşirelerin bilimsel kaynakları takip etme durumlarına göre ateş ve ateş yönetimi bilgi puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (t=0,625; p=0,533).

Tablo 20. Hemşirelerin Bilimsel Etkinliklere Katılma Durumları ile Ünitelerinde Uyguladıkları Yaklaşım ve Ateş/Ateş Yönetimi Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (N:167)

Bilimsel Etkinliklere Katılma	Ünitelerde Uygulanan Yaklaşım Bilgi Puanı	Ateş ve Ateş Yönetimi Bilgi Puanı
	Ort±SD	Ort±SD
Evet (n=88)	80,93±11,17	73,23±11,50
Hayır (n=79)	77,35±14,50	69,90±15,73
<i>t</i>	1,796	1,573
<i>p</i>	0,079	0,124

Student t test

* $p < 0,05$

Hemşirelerin bilimsel etkinliklere katılma durumları göre ünitelerinde ateşli çocuğa uygulanan yaklaşım bilgi puanları incelendiğinde bilimsel etkinliklere katılmayan hemşirelerin aldıkları ortalama puanı 77,35±14,50 iken katılan hemşirelerin aldıkları ortalama puan 80,93±11,17 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bilimsel etkinliklere katılma durumlarına göre ünitelerinde ateşli çocuğa uygulanan yaklaşım bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($t=1,796$; $p=0,079$).

Hemşirelerin bilimsel etkinliklere katılma durumlarına göre hemşirelerin ateş/ateş yönetimi ile ilgili bilgi puanları karşılaştırıldığında bilimsel etkinliklere katılmayan hemşirelerin aldıkları ortalama puan 69,90±15,73 iken katılan hemşirelerin aldıkları ortalama puan 73,23±11,50 bulunmuştur. Hemşirelerin bilimsel etkinliklere katılma durumları ile hemşirelerin ateş/ateş yönetimi bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($t=1,573$; $p=0,124$, $p > 0,05$).

Tablo 21. Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Alma Durumu ile Ateş Yönetiminde Yeterli Hissetme Durumunun Karşılaştırılması (N:167)

Hizmet İçi Eğitim	Ateş Yönetiminde Yeterli Hissetme				Test p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Ateş/ateş yönetimi					*$\chi^2_{yates'}=0,001$
Evet	78	92,85	6	7,15	p=0,079
Hayır	51	83,60	10	16,40	

* $\chi^2_{yates'}$ = Yates' Continuity Correction test

Hemşirelerin ateş yönetimi ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumları ile ateş yönetiminde kendini yeterli hissetme durumu karşılaştırıldığında ateş ile ilgili hizmet içi eğitim alan hemşirelerin %92,85'i (n=78) ateş yönetiminde kendini yeterli hissettiğini, ateş ile ilgili hizmet içi almayan hemşirelerin %83,60'ı (n=51) ateş yönetiminde kendini yeterli hissettiğini ifade etmiştir. Ateş yönetimi ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumu ile ateş yönetiminde kendini yeterli hissetme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2_{yates'} = 0,001$; p=0,079).

5.TARTIŞMA

Yüksek ateş, çocukluk çağının sık görülen sorunlarından biri olup gerek sağlık personellerini gerekse aileleri korkutan sorunlardan biridir. Tüm çocuklar, yaşamları boyunca yüksek ateşe maruz kalabilmektedir. Bu nedenle ateşli çocuğa tedavi hizmeti sunan hemşirelerin, ateşli hastaya yaklaşımları önemlidir (Pul ve Bükülmez, 2006). Sağlık personelleri ailelerin ateş yönetimi konusundada en temel kaynaklarıdır (Crocetti et al., 2001). Eğer sağlık personelleri ateş konusunda kapsamlı bilgiye sahibi değiller ise aileleri ateş yönetimi konusunda eğitemezler (Greensmith, 2013). Bu nedenle bu araştırma, çocuk hastalıkları ünitelerinde çalışan hemşirelerin, ateşli çocuğa yaklaşımlarını ve bilgi durumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar tartışılarak literatür sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin yaşları 17 ile 49 yaş arasında değişmekte olup, büyük çoğunluğunun kadın (%91,6; n=153), lisans mezunu (%47,9; n=80) ve bekar (%70,1; n=117) oldukları görülmüştür. Evli olan hemşirelerin (%29,9; n=50) büyük çoğunluğunun çocuğu bulunmazken (%77,8; n=130), çocuk sahibi olan hemşirelerin ise (%22,2; n=37) büyük çoğunluğunun 2 çocuk sahibi (%51,4; n=19) olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Hemşirelerin çalışma durumuna ilişkin özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin çoğunluğunun 1-5 yıl sürecinde (%44,9; n=75) hemşirelik yaptığı, çocuk hemşiresi olarak ise büyük çoğunluğunun yine 1-5 yıl sürecinde (%52,7; n=88) çalıştığı görülmüştür. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlara bakıldığında ise çoğunluğun eğitim araştırma hastanesinde (%46,7; n=78) çalıştıkları görülmüştür. Hemşirelerin buldukları kurumlardaki çalıştıkları alanlar incelendiğinde ise büyük çoğunluğunun YYBÜ (%61,7; n=103) çalıştığı ve çalıştıkları klinikleride yüksek oranda kendilerinin seçtiği (%62,3; n=104) görülmüştür (Tablo 2).

Hemşirelerin mezuniyet sonrası mesleki bilgi edinme kaynakları incelendiğinde büyük çoğunluğunun (%67,1; n=112) bilimsel kaynakları takip ettiği, en sık takip ettikleri kaynakların ise kitaplar olduğu görülmüştür. Hemşireleri en sık takip ettikleri kaynaklar arasında ikinci sırada olan kongre/sempozyuma katılan hemşirelerin (%42, n=47), çocuk sağlığı ve hastalıkları ile kongre/sempozyum gibi etkinliklere katılmaması

(%47,3, n=79) dikkat çekici bir durumdur. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalıştıkları kurumlarda hizmet içi eğitim aldığı (%86,8, n=145) ancak ateş yönetimi ile ilgili yarıya yakınının eğitim almadığı (%42,1, n=61) görülmüştür. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ateş yönetiminde kendilerini yeterli hissettiklerini ifade ettikleri (%86,2, n=144) görülmüştür (Tablo 3).

Hemşirelerin ateş yönetimine ilişkin bilgi ve yaklaşım durumları incelendiğinde hemşirelerin büyük çoğunluğunun buldukları klinikte digital termometreyi (Tablo 4; %55,1; n=92) kullandıkları ve kendilerine hangi termometreyi tercih edecekleri sorulduğunda ise digital termometre (Tablo 5; %38,9; n=65) cevabını verdikleri görülmüştür. Araştırmada dikkat çeken bir konu ise civalı termometrenin 09.01.2007 tarihinde kaldırıldığı (Tıbbi Cihaz Yönetmeliği) halde hala bazı kliniklerde civalı termometre kullanıldığı (Tablo 4; %3,6; n=6) ve hemşirelerin civalı termometrenin kırılması durumunda zararlı olacağını bilmelerine rağmen yüksek oranda civalı termometreyi tercih ettikleri (Tablo 5; %21; n=35) görülmüştür. Pul ve Bükülmez(2006)'inyaptıkları çalışmada ise bizim çalışmamızdan farklı olarak hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%94) civalı termometreyi tercih ettikleri görülmektedir. Ancak bu çalışma 2007 yılından önce yapılmış ve civalı termometre ile ilgili yönetmelik henüz yürürlüğe girmemiş olabileceğinden civalı termometrenin tercih edildiği düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin vücut sıcaklığı ölçümünde yaşa uygun olarak tercih ettikleri vücut bölgesi incelendiğinde büyük çoğunluğunun 6 yaşından küçük (%55,7; n=93) ve büyük çocuklarda (%76, n=127) aksiller bölgeyi tercih ettikleri görülmüştür (Tablo 6). Pul ve Bükülmez (2006)'inyaptıkları çalışmada ise hemşirelerin büyük çoğunluğunun 6 yaşından küçük çocuklarda vücut sıcaklığı ölçümünde rektal bölgeyi (%60,8; n=110), 6 yaşından büyük çocuklarda ise (%93,9; n=170) aksiller bölgeyi tercih ettikleri görülmüştür. Pul ve Bükülmez'in çalışmasıyla araştırma bulguları karşılaştırıldığında; 6 yaş üzerindeki çocuklarda benzer şekilde hemşirelerin aksiller yolla ölçüm yapmayı tercih ettikleri ancak 6 yaş altı çocuklarda farklı olarak daha çok hemşirelerin rektal yolla ölçüm yapmayı tercih ettikleri görülmüştür. Bu farklılığın Pul ve Bükülmez'in (2006) çalışmalarının farklı bölgede ve daha önceki yıllarda yapılmış olduğundan kaynaklanmış olduğu düşünülmüştür.

Sağlık personelleri ve aileler febril konvülsiyonların ateşe bağlı temel tehlike olduğuna inanmaktadır. Bu bilgi uluslararası çalışmalarla desteklenmektedir (Greensmith, 2013; Edwards et al.,2007; Karwowska et al., 2002; Sarrell, 2002; Pul ve Bükülmez, 2006; Sullivan and Farrar, 2011). Araştırma sonuçlarımıza göre de araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun ateşten endişendikleri (%94,6; n=158) ve endişelenme nedeni olarak ise büyük çoğunluğunun (%74,7; n=118) çocuğun konvülsiyon gelişeceğini düşündükleri görülmüştür (Tablo 7). Ulukol ve ark. (1999) ve Salman ve ark.(2004) doktor ve tıp öğrencileri arasında yapılan iki çalışmada da katılımcıların en önemli korkularının yüksek ateş ve buna bağlı konvülsiyon olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Aynı şekilde Taştan ve ark.(1999) yaptıkları çalışmada da hekimlerin büyük çoğunluğunun (uzman %77, asistan %81, pratisyen %45) ateşin en önemli zararının konvülsiyon olduğunu düşündükleri, verdiği diğer zararlarınise sırasıyla beyin hasarı, felç ve dehidratasyonolduğunu ifade ettikleri görülmüştür.Araştırma sonuçlarıyla literatür (Ulukol ve ark., 1999; Salman ve ark., 2004; Taştan ve ark., 1999) karşılaştırıldığında benzer şekilde tüm sağlık çalışanlarının ateşe bağlı komplikasyonlar içinde en çok konvülsiyondan endişe ettikleri görülmüştür.

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, strese, hormona vb. bağlı olarak değişkenlik gösterir. Hemşirelerin ateş yönetiminde bu faktörlerin farkında olmaları gerekmektedir. Vücut sıcaklığında kaydedilen parametreler bir sonraki verilere ışık tutması nedeniyle önemlidir. Bu yüzden hemşirelerin vücut sıcaklığını ölçtükten sonra neleri kaydetmeleri gerektiğini bilmeleri önemlidir. Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğu (Tablo 8; %62,3; n=104) ölçümün yapıldığı vücut bölgesi, termometrenin türü, ölçümün yapıldığı gün/saat ve ölçüm öncesinde çocuğun aktivitesini kaydettikleri görülmüştür. Pul ve Bükülmez (2006)'un yaptıkları çalışmada da hemşirelerin büyük çoğunluğu, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin belirtmesi gereken en önemli durumun ölçümün yapıldığı vücut bölgesi olduğunu ifade ettikleri (%78,6; n=143) görülmüştür. Bu veriler araştırma bulgularına benzer bulunmuştur.

Pratikte aksiller ölçüm sık yapılmaktadır. Ancak, aksiller ölçüm tekniğinde yüzeyden ölçüm yapıldığı için vücut iç sıcaklığını tam olarak yansıtmaz. Doğru ölçüm

yapabilmek için termometrenin aksiller bölgede sabit tutulması bölgede hareketin engellenmesi gerekir. Bu nedenle güvenilirliği en az olan bir ölçüm tekniğidir. Bizim çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun oral bölgeyi güvenilir bulmadığı saptanmıştır (Tablo 9; %37,7; n=63). Araştırmada hemşirelerin %9,6 oranında (Tablo 9) aksiller yolla vücut sıcaklığı ölçümünü güvenilir bulmadığı görülmüştür. Bunun yanında büyük çoğunluğunun (6 yaş altı %55,7; 6 yaş üzeri, %76; Tablo 6) aksiller ölçüm yapmayı tercih ettikleri görülmüştür. Pul ve Bükülmez (2006)'un yaptıkları çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun timpanik membran bölgesini (%44,3) güvenilir bulmadıkları ve vücut sıcaklığı ölçümünde aksiller bölgeyi tercih ettikleri görülmüştür. Bu bulgu araştırma bulgusuyla benzerlik (%32,9; Tablo 9) göstermiştir

Ateş düşürme yöntemleriyle ilgili zorluklar ve yanlış hemşirelik uygulamaları, çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin sık karşılaştıkları sorunlardandır. Bu sorunlardan birisi antipiretik kullanımı ile ilgilidir. Antipiretik kullanımının gerekli olup olmadığı, etkinlikleri, ateşin risk ve yararları uzun yıllardır devam eden tartışmalardır. Antipiretik kullanmadan önce öncelikli yapılması gerekenler; çocuğun giysisini çıkarma, yeterli sıvı desteği sağlama, oda ısısını ayarlama, aktivitelerini kısıtlama gibi non-farmolojik uygulamalardır (Walsh et al., 2005, Edward et al., 2003). Araştırmamıza katılan hemşirelerin ateşli süt çocuğuna uyguladıkları ilk girişim sorulduğunda büyük çoğunluğunun kıyafetlerini çıkarıp, odayı havalandıracağını (Tablo 10; %75,4; n=126) ifade ettikleri görülmüştür. Hemşirelerin bu soruyu doğru olarak cevaplamalarına rağmen, ateşli çocuklara (39 °C) uyguladıkları ilk üç girişim sorulduğunda ise birinci girişim olarak (Tablo 11; %35,9; n=60) antipiretik verme, ikinci girişim olarak (Tablo 11; %45,5; n=76) ılık uygulama, üçüncü girişim olarak (Tablo 11; %36,5; n=61) vücut sıcaklığının kontrolünü belirttikleri görülmüştür. Bu sonuç hemşirelerin ateşli çocuğa yaklaşımı doğru bilmelerine rağmen klinik uygulamada farklı yaklaşımlar gösterdiklerini ve bu durumu etkileyen kurum politikası, kliniğin gelenekleri gibi başka faktörler olabileceğini düşündürmüştür. Pul ve Bükülmez (2006) yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin ateşi düşürmek için tercih ettikleri uygulamaların başında, giysi çıkarma ardından ılık uygulama ve ateş düşürücü verme sırasını izledikleri görülmüştür. Daha eski bir yılda yapılmış olmakla birlikte hemşirelerin ateşli çocuğa yaklaşımına ilişkin uygulamaların Pul ve Bükülmez'in çalışmasında bizim araştırma sonuçlarına göre daha doğru bir sıralamada olduğu görülmüştür. Bu durum hemşirelerin geçmiş

yıllarda bağımsız bakım yaklaşımı kararlarını daha fazla gerçekleştirdikleri, günümüzde daha bağımlı fonksiyonları olan antipiretik verme yaklaşımını ilk sırada uyguladıklarını göstermiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ünitelerinde ateşli çocuğa uyguladıkları yaklaşımlar incelendiğinde, büyük çoğunluğunun vücut sıcaklığı 1.5-2 °C düşünceye kadar ılık uygulamaya devam ettiği (%74,3; n=124), ılık uygulama yaparken suyun içine alkol koymadığı (%91; n=15), ılık uygulama yaptığı suyun sıcaklığını ölçtüğü (%70,1; n=117), ateşli çocuğu diğer belirtiler açısından değerlendirdiği (%94,6; n=158), ateşli çocuğun lenf nodüllerini kontrol ettiği (%61,1; n=102), annelere vücut sıcaklığı ölçümü hakkında bilgi verdiği (%95,8; n=160) görülmüştür. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde ateşli çocuğa verilen antipiretikler ve verilme aralığı sorulduğunda ise büyük çoğunluğunun 4-6 saatte bir parasetamol (%51,5; n=86) ve 4 saatte bir salisilat (%79; n=132) verdiklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin ünitelerinde uyguladıkları ateşli çocuğa yaklaşım puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu ancak yeterli olmadığı ve üniteler de halen yanlış uygulamaların yapıldığı görülmüştür (Tablo 12). Ünitelerde ateşli çocuğa uygulanan doğru yaklaşımlar değerlendirildiğinde tam doğru uygulama oranının sadece %6,60 olması da yanlış uygulamaların oldukça fazla yapıldığını destekleyen bir bulgudur (Grafik 1). Hemşirelerin ünitelerinde yaptıkları uygulamaları annelerinde rol model olarak benimseyecekleri düşünüldüğünde ateşli çocuğa doğru yaklaşım daha da önem kazanmaktadır. Nitekim, Bölükbaşı ve Uçar (2011) yaptıkları çalışmada ebeveynlerin büyük bir çoğunluğuna sağlık personeli tarafından (%94.6) ateş düşürücü önerildiği, ebeveynlerin verdiği cevaplara göre, çoğunluğunun (%64.3) ateş düşürücü olarak parasetamolü tercih ettiği ve parasetamolü (%66.8) 4-6 saat ara ile verdiği görülmüştür. Araştırma sonuçlarıyla benzer şekilde genel olarak ateşi olan çocuğa ilk uygulamada ateş düşürücü verildiği, ateşin yeterli izleniminin yapılmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi ile ilgili bilgi durumları incelendiğinde, büyük çoğunluğu ateşin 42 °C üzerine çıktığında nörolojik sekel bırakacağını (%97; n=162), ılık uygulamanın antipiretik verildikten hemen sonra yapılması gerektiğini (%26,9; n=45), ılık uygulamada kullanılan suyun 29,4-32,2 °C olduğu bilgisinin yanlış olduğunu (%25,1; n=42), enfeksiyon dışı çeşitli durumlarda da ateşin yükslebileceğini (%91,0; n=152), ateşte oksijen tüketiminin arttığını (%89,8;

n=150), ateşli çocuklarda sıvı ve kalori gereksiniminin azaldığını (%79,6; n=133), ateşin febril konvülsiyona neden olabileceğini (% 95,8; n=160), vücut sıcaklığının en düşük olduğu saatlerin 06:00-10:00 arası (%33,5; n=56) ve vücut sıcaklığının en yüksek olduğu saatlerin 17:00-19:00 saatleri arası olduğunu (%59,9; n=100) ifade ettikleri görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi ile ilgili bilgi durumlarının ortalamanın üzerinde olduğu ancak hala yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Aynı şekilde hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi ile ilgili bilgi durumları değerlendirildiğinde tam doğru bilgiye sahip hemşire oranının sadece %1,8 olduğu sonucu doğrular nitelikte bulunmuştur (Grafik 2).

Araştırmada hemşirelere lüzum halinde order edilen ateş düşürücüyü vermede min vücut sıcaklığı değeri sorulmuş ve ortalama $38\pm 0,52^{\circ}\text{C}$ cevabı alınmıştır. Bu soruya hemşirelerin %91'i yanlış cevap vermiştir. Ateşli çocuklarda ılık uygulama-antipiretik, antipiretik uygulama yöntemleri karşılaştırıldığında Pursell (2000 b) yaptığı çalışmada ateşli çocuklarda bir gruba parasetamol, diğer gruba da parasetamol ve ılık uygulama yapılmış ve bir saatin sonunda ortalama derece farkının parasetamol grubuna göre 0.4°C daha fazla olduğu görülmüştür. Parasetamol ve ılık uygulama yapılan grupta daha hızlı bir düşüş görülmüştür. Kinmonth et al.(1992) yaptıkları çalışmada da ateşi olan 52 çocukta bir gruba ılık uygulama, bir grubuna parasetamol, diğer grubada da parasetamol ve ılık uygulama ile vücut sıcaklıkları karşılaştırılmış ve ılık uygulamayı daha düşük derecede başlatmalarına rağmen en uzun sürede normal vücut sıcaklık sınırlarına ılık uygulama ile ateşi düşürülen çocuklarda ulaştıkları görülmüş, antipiretik grubunun, antipiretik ve ılık uygulama grubuna göre daha yüksek ateşte uygulanmasına rağmen daha başarılı olduğunu, etkisinin daha kısa sürede gösterdiklerini bildirmişleridir. Tural ve Yıldız'ın (2001) ateşi düşürmede 4 farklı yöntemin etkinliğini saptamak için yaptıkları çalışmada elde ettikleri sonuçlara bakıldığında ise, vücut ısısının $38.2-38.9^{\circ}\text{C}$ arasındaysa kurallarına uygun yapıldığında ılık uygulamanın ateşi düşürmede etkili bir yöntem olduğu, diğer yöntemlere göre daha istikrarlı bir şekilde ateşi düşürdüğü, yüksek ateşlerde ateş düşürmede tek başına antipiretik verilmesinin diğer yöntemlere göre daha başarılı olduğu, antipiretiklerin etki sürelerinin, ılık uygulama ve ılık uygulama ve antipiretik yöntemlerinde ki etki sürelerine göre daha kısa sürede oluştuğu, uygun ateş sınırları içerisinde antipiretik verilmesi ile çocuğun üşüme ve titremesi engellenerek, ateşin daha da artmasının önlendiği, ateş düşüş farklarının antipiretik

verilen grupta en fazla, ılık uygulama ve antipiretik verilen grupta en az olduğu görülmüştür. Literatür (Tural ve Yıldız, 2001; Pursell, 2000b; Kinmonth et al., 1992) doğrultusunda vücut sıcaklığı 38 °C olduğunda çocuğun sadece sıvı kaybının yerine konması, 38,2°C-38,9°C arasında ılık uygulama yapılması önerilirken araştırmada hemşirelerin %91'nin 38 °C ateşte antipiretik vermesinin yanlış olduğu düşünülmüştür. Bu durumun da daha çok ünite uygulama prosedürlerinden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Çünkü ünitelerde yapılan uygulamalar incelendiğinde de 4-6 saatte bir parasetamol verme oranı (%51,5; Tablo 12) oldukça yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin vücut sıcaklığını değerlendirmelerine ilişkin bilgileri incelendiğinde, sağlıklı çocuklarda vücut sıcaklığı değerini ortalama olarak aksiller bölgede 36,57 °C, rektal bölgede 37,13°C ve oral bölgede ise 36,95°C kabul ettikleri görülmüştür. Hemşirelerin aksiller bölgede ateş kabul edilen değeri ortalama olarak 37,65°C kabul ettikleri belirlenmiştir. Aksiller vücut sıcaklığında hipertermi olarak kabul ettikleri ortalama değer ise 38,16°C bulunmuştur (Tablo 14). Pul ve Bükülmez (2006) çalışmasında hemşirelerin büyük çoğunluğunun 38,0-38,9°C değerlerini yüksek ateş olarak kabul ettikleri, Edwards et al. (2001) yaptıkları çalışmada ise 37,2-39,0°C değerlerinin yüksek ateş kabul ettikleri saptanmıştır. Bu değerler araştırma bulgularına benzer bulunmuştur.

Hemşireler ateş ve ateş yönetiminde bazen uygun bazen uygun olmayan davranış göstermektedir. Bu sonucun birçok çalışmada benzer şekilde bildirilmiştir (Greensmith, 2013; Edward et al., 2001; Poirier et al., 2000; Walsh et al., 2006). Araştırmaya katılan hemşirelerin LH order edilen ateş düşürücüyü vermede min vücut sıcaklığı değeri ortalama olarak 38,0°C verdiklerini ifade etmektedirler ve 39°C ateşte ilk girişim olarak antipiretik verdikleri görülmüştür (Tablo11; Tablo14). Bu doğrultuda, çalışmamızda hemşirelerin, ateşi düşürmek için ilk olarak antipiretik kullanımını tercih etmeleri uygun olmayan tutumlar içinde olduklarını göstermektedir. Pul ve Bükülmez'in (2006) ve Greensmith (2013) çalışmalarında hemşirelerin ateşle ilgili gereksiz korkuları olduğu ve ilk girişim olarak antipiretik verdikleri görülmüştür. Greensmith (2013) çalışmasında hemşirelerin %74 uyuyan çocuğu uyandırıp antipiretik tedavisi alması gerektiğine inandıkları bildirilmiştir. Bu tutum Sarrell et al. (2002) çalışmasındaki hemşirelerin %52'sinde (n=243) görülmektedir. Taştan ve ark. (1999) hekimlerle yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar görülmüştür. Araştırma

sonuçlarına göre uzmanların % 28'i, asistanların % 41'i ve pratisyenlerin % 51'i iyi görünen çocuklarda 38.4°C veya altındaki ateşte ateş düşürücü önermektedirler. Aynı çalışmanın bir diğer sonucu ise asistan ve pratisyenlerle karşılaştırıldığında uzman hekimlerin daha yüksek ateşte ateş düşürücü önerdikleri görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda antipiretikler nasıl ve ne zaman kullanılmalıdır sorusu önem taşımaktadır. Antipiretik kullanımında, çocuk kendini iyi hissediyorsa ve rahat görünüyorsa 39 °C'den altındaki değerlerde ateşi düşürmek için acele edilmemesi gerekmektedir. Yüksek seviyede ateş varsa (39 °C'den yüksek) antipiretik kullanımı önerilmektedir (Edward et al., 2003; Watts et al., 2003). Tüm bu sonuçlar ve araştırma verileri, antipiretik kullanımında aceleci davranıldığı, ateş izleniminin yeterli yapılmadığı, vücut sıcaklığının yeterince yükselmeden ateş düşürücü önerildiği ve klinik uygulamalarında ateş düşürücüyü yeterli ateş düzeyine ulaşmayı beklemeksizin verme yönünde olduğunu göstermektedir (Tablo 12, Tablo 14).

Parasetamol, ibuprofen gibi ilaçlar hemşirelerin çocuklarda ateş düşürücü olarak sık kullandıkları ilaçlar arasındadır. Çocukların durumlarına göre bu ilaçlar reçete edildikleri taktirde hemşireler tarafından verilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin ünitelerinde en sık kullandıkları ilaçlar incelendiğinde büyük çoğunluğunun birinci tercih olarak oral parasetamolu (Tablo 15; %79,7; n=133) ikinci tercih olarak ise oral ibuprofeni (%40,8; n=68) kullandıkları görülmüştür. Sağlık personelleri gibi ailelerinde en çok tercih ettikleri ateş düşürücü ilacın parasetamol olduğu bildirilmiştir. (Bölükbaşı ve Uçar, 2011; Dalkıran, 2007; Esenay ve ark, 2007). Hemşirelerin büyük çoğunluğunun parasetamolu 4-6 saatte (%51,5; n=86) bir verdikleri görülmüştür. Ancak dikkat çekici bir konu ise 1980'li yıllardan sonra gelişmiş ülkelerde aspirinin çocuklarda Reye Sendromuna neden olması nedeniyle ateş düşürücü olarak kullanılmasının uygun görülmemesine rağmen hemşirelerin ünitelerinde %79 oranında ateşli çocuklara salisilat tercih ettiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 12). Bu sonuç değerlendirildiğinde hemşirelerin çalıştıkları ünitelerde tutarsız uygulamalar olduğu düşünülmüştür. Çünkü hemşirelere en sık kullandıkları ateş düşürücü ilaçlar sorulduğunda %79,7 oranında parasetamol cevabı alınırken (Tablo 15), ünitelerinde ateşli çocuğa yaklaşımları arasında 4 saatte bir salisilat verme oranı %79 (Tablo 12) bulunmuştur. Bu sonuçlar arasında bir tutarsızlık olduğu hemşirelerin parasetamol ile salisilatı karıştırmış olabileceği düşünülmüştür.

Ateş, tedavi sırasında izlenmesi gerekmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuklarda vücut sıcaklığı takibini ortalama olarak 32 dk bir yaptıkları görülmüştür (Tablo14). Edward et al (2003) yaptıkları çalışmada ateş nedeniyle hastaneye yatırılan çocukların en sık ateş ölçümünün hastaneye yatışını takip eden ilk 24 saat içinde yapıldığı bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun lisans mezunu olduğu görülmüş ve hemşirelerin eğitim düzeyleri ile ateş ve ateş yönetimi ile ilgili bilgi durumları karşılaştırıldığında eğitim düzeyleri arttıkça ateşle ilgili bilgi puanının artmadığı görülmüştür (Tablo 16; $F=1,441$; $p=0,233$). Greensmith (2013) ve Considine ve Brennan'nın (2007) yaptıkları çalışmada benzer şekilde hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça bilgi puanı arasında çok büyük bir fark bulunmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda ateş yönetimine ilişkin eğitimlerin uygulama alanlarında güncel olarak verilmesinin daha uygun olacağı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin toplam hizmet yılları ile ateş ve ateş yönetimi bilgi puanları incelendiğinde, hemşirelerin toplam hizmet yılı arttıkça ateş ve ateş yönetimi hakkında bilgi durumlarında artış olduğu gözlenmiş, sonuç anlamlı bulunmuştur (Tablo 16; $F=2,617$; $p=0,043$). Hemşirelerin çocuk kliniğinde çalışma süreleri ile ise ateş ve ateş yönetimi bilgi puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($x^2=6,489$; $p=0,090$). Bunun yanında anlamlı olmamakla birlikte hizmet yılı arttıkça hemşirelerin bilgi puanında arttığı görülmüştür. Çocuk kliniğinde çalışma süresi 1 yıldan az olan hemşirelerin ateş ile ilgili bilgi puanı, çalışma süresi 11 ve üzeri hemşirelerden düşük olması dikkat çekici düzeydedir. Greensmith (2013) ve Walsh et al. (2006) yaptıkları çalışmalarda çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin deneyimleri arttıkça, bilgi durumları arasında az düzeyde olumlu artış olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar araştırmaya benzer bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun YYBÜ (Tablo 2; $n=103$, %61,7) ünitesinde çalıştıkları saptanmış ve hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre ateş ve ateş yönetimi konusundaki bilgi puanları incelendiğinde; kliniklerin aralarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür (Tablo17; $x^2=1,465$; $p=0,690$). YYBÜ'lerinin ciddi sağlık sorunları olan hastalara bakım verilen üniteler olması ve bu ünitelerde çalışan hemşirelerin sürekli güncel bilgilerle donanımlı olmaları gerektiğinden, araştırmada YYBÜ'de görev yapan hemşirelerin ateş/ateş yönetimi konusunda daha fazla bilgi

sahibi olacakları beklenirken, diğer kliniklerde çalışan hemşirelerle benzer bilgi puanı almaları da şaşırtıcı bir bulgudur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumlar ile ünitelerinde ateşli çocuğa uygulanan yaklaşımları bilgi puanları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 18; $F=4,392$; $p=0,014$; $p<0,05$). Özel hastanede çalışan hemşirelerin ünitelerinde ateşli çocuğa uygulanan yaklaşım bilgi puanları, üniversite hastanesindeki hemşirelerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,022$; $p<0,05$), Eğitim araştırma hastanesindeki hemşirelerin de bilgi durumunun özel hastanede çalışan hemşirelere yakın bulunmuştur (Tablo 18). Bu sonuç şunu göstermektedir ki kurumların uyguladıkları yaklaşımlar birbirinden farklıdır ve hemşireler daha çok hastane politikalarına göre yaklaşımda bulunmaktadır.

Yapılan araştırmalar da hemşirelerin önceliklerinin belirlenerek ateş yönetimi eğitimlerinin sürekli eğitim programları ile verilmesi gerektiği bildirilmiştir (Poirier et al., 2000; Edward et al., 2001; 2003; Walsh et al., 2005). Araştırmamıza katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun (Tablo 3; %67,1; $n=112$) bilimsel kaynakları takip ettikleri görülmüştür. Bilimsel kaynakları takip eden ve etmeyen hemşirelerin ünitelerinde uyguladıkları yaklaşımlar ($t=1,025$; $p=0,307$) incelendiğinde anlamlı fark görülmemiştir. Bilimsel kaynakları takip eden ve etmeyen hemşirelerin bilgi durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (Tablo 19). Hemşirelerin büyük çoğunluğunun bilimsel etkinliklere (Tablo 3; %52,7; $n=88$) katıldığı görülmüştür. Bilimsel etkinliklere katılan ve katılmayan hemşirelerin ünitelerinde uyguladıkları yaklaşımların bilgi puanı arasında anlamlı olmamakla birlikte anlamlılığa yakın farklılık saptanmıştır ($t=1,796$; $p=0,079$; Tablo 20). Bilimsel etkinliklere katılan hemşirelerin ünitelerinde doğru yaklaşımlarının katılmayan hemşirelere göre yüksek olması dikkat çekici bulunmuştur. Ancak bilimsel etkinliklere katılan ve katılmayan hemşirelerin bilgi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık görülmemiştir (Tablo 20; $t=1,573$; $p=0,124$). Bu veriler doğrultusunda kongre/sempozyum gibi etkinliklerin hemşirelerin ünitelerindeki yaklaşımlarını olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Hemşirelerin ateş yönetimine ilişkin hizmet içi eğitim alma durumu incelendiğinde büyük çoğunluğunun bu konuda eğitim aldığı görülmüştür. Ancak ateş yönetimine ilişkin eğitim alan ve almayan hemşirelerin ateş yönetimin de kendini yeterli bulma durumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamıştır. Bunun yanında fark anlamlılık düzeyine yakın ($p=0,079$; Tablo 21) bulunmuş ve sürekli eğitim güncellemesinin ateş yönetiminde doğru uygulamaları arttıracakı düşünölmüştür. Bu konu ile alakalı Edward (2007) yaptığı çalışmada bilimsel etkinliklere katılamamış olan hemşirelerin aldıkları akran eğitimi programı ile hemşirelerin ateşin fizyoloji ve genel ateş bilgilerinin artmış olduğu ve ateş/ateş yönetimine karşı tutumları/uygulamalarında bu durumun yansıdığı görölmüştür. Walsh et al. (2006) yaptıkları çalışmada ise çocuk sağlığı konusunda eğitim almış hemşirelerin diğer alanlarda olmasa da ateş fizyolojisi konusunda daha bilgili olduğu bunu destekler niteliktedir.

Sonuç olarak ateş yönetimine ilişkin hizmet içi eğitim programlarının etkili yürütölmese gerektiği, ateş yönetimi konusunda hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarını ortaya çıkartacak girişimlerinin desteklenmesinin doğru yaklaşımları arttırmada etkili olacağı düşünölmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ateşli çocuğa yaklaşımlarını ve bilgi durumunu belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırma doğrultusunda aşağıda ki sonuçlar belirlenmiştir;

- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun bilimsel kaynakları takip edip, bilimsel toplantılara katıldıkları ve ateş yönetimi ile ilgili hizmet içi eğitim aldıkları,
- Hemşirelerin ünitelerinde kullandıkları ve tercih ettikleri termometre türünün digital termometre olduğu,
- Hemşirelerin vücut sıcaklığı ölçümünde aksiller bölgeyi tercih ettikleri ve oral bölgeyi güvenilir bulmadıkları,
- Ateşin hemşireleri endişelendirdiği ve büyük çoğunluğunun en çok ateş komplikasyonu olarak konvülsiyondan endişe ettikleri,
- Hemşirelerin toplam hizmet yılı arttıkça ateş ve ateş yönetimi bilgi durumunun olumlu yönde arttığı,
- Hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre ünitelerinde ateşli çocuğa uyguladıkları doğru yaklaşım bilgi puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu,
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ünitelerinde ateşli çocuğa uyguladıkları yaklaşım ve ateş/ateş yönetimi ile ilgili bilgi durumlarının ortalamanın üzerinde olduğu ancak uygulamalarda yetersizlik ve tutarsızlık olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık kurumlarında ateş yönetimi protokollerinin oluşturularak uygulamaya konulması,
- Mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle hemşirelerin ateş yönetimi ile ilgili bilgilerinin güncel tutulması,
- Gerçekleştirilen araştırma sonuçlarının klinik hemşireleriyle paylaşılarak uygulamaya yansıtılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Alhan E., Alabaz D. (2004) Çocukta ateşin tedavisi. *Ankem Dergisi*,18(2):208-210

Altinkalem Dalkıran Y. (2007) Annelerin ateş ve ateşli havale ile ilgili bilgi düzeyleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Artan A. (2012) Kocaelinde çocuk hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuklarda ağrı kontrolüne ilişkin bilgi durumları.Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Tez Danışmanı:Yrd.Doç.Dr. Duygu Gözen).

Arıkan Z., Tekşam Ö., Kara A., Kale G. (2012) Ateş yakınması ile çocuk acile başvuran hastalarda uygunsuz dozda ateş düşürücü kullanma sıklığının ve nedenlerinin belirlenmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 47:114-8

Asgar Pour H., Yavuz M. (2010) Vücut sıcaklığındaki yükselmenin (ateşin) hemodinamik parametrelere etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt 3, Sayı 3, 73-79.

Ayata, A. (2004) Febril konvülsiyonda yeni yaklaşımlar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3): 27-30.

Bakır M. (2006) Çocuk hastalarda ateşe yaklaşım: tanı ve tedavi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi, No.53, s. 37-56.

Barton SJ., Gaffney R., Chase T., Rayens MK., Piyabanditkul L. (2003) Pediatric temperature measurement and child/parent/nurse preference using three temperature measurement instruments. *Journal of Pediatric Nursing*,18(5):314–320.

Boulant JA (2000) Role of the pre-optic-anterior hypothalamus in thermoregulation and fever. Clin Infect Dis, 31:s 157-61.

Bölükbaşı S.(2011) 0-4 yaş çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşleri.Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Yüksek lisans Tezi.Lefkoşa. (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hülya Uçar).

Ceceli, G. (2008) Febril konvülsiyon geçiren çocukların ailelerinin bilgi tutum ve davranışları. T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Celasin Şen N., Ergin D., Atman Ü. (2008) Yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(6): 315-322.

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.

Considine J and Brennan D (2007) Effect of evidence-based paediatric fever education program on emergency nurses' knowledge. Accident and Emergency Nursing 15: 10-19.

Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. (2001) Fever phobia revisited: have parental isconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics,107(6): 1240-1247.

Demir M., Bayat M. (2005) Tokat Karşiyaka doğum ve çocuk hastanesi acil servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14 (Ek sayı: Hemşirelik Özel Sayısı): 22-29.

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.

Edwards HE., Courtney MD., Wilson JE., Monaghan SJ. & Walsh AM. (2003) Fever management: Australian nurses' antipyretic usage. *PediatricNursing*,29(1):31–37.

Edwards H, Walsh A, Courtney M, Monaghan S, Wilson J and Young J (2007) Improving paediatric nurses' knowledge and attitudes in childhood fever management. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3): 257–269

El-Radhi., Barry W. (2006) Thermometry in pediatric practice. *Archives of Disease in Childhood*, 91:351-356

Esenay FI., İşler A., Kurugöl Z., Conk Z., Koturoğlu G. (2007) Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. *Türk Pediatri Arşivi*, Cilt 42, Sayı 2: 57-60.

Greensmith L. (2013) Nurses' knowledge of and attitudes towards fever and fever management in one Irish children's hospital. *Journal of Child Health Care*.<http://chc.sagepub.com/>

Halıcıoğlu O., Koç F., Akman SA., Teyin, A. (2011) Ateşli çocuklarda;annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 1 (1):13-19.

Hay AD, Peters TJ, Wilson A, Fahey T.(2004) The use of infrared thermometry for the detection of fever. *Br J Gen Pract*, 54: 448-50.

Huang MH., Liu C., Huang C. (1998) Effects of an educational program on parents with febrile convulsive children. *Pediatric Neurology*, 18(2):150–155.

Hodgkin R., Newell P. (2007) Implementation Hand Book for the Convention on the Rights of the Child, UNICEF, p:1-15.

İlçe A., Karabay O. (2009) Ateş ölçümünde dört farklı vücut bölgesinin karşılaştırılması ve hasta tercihinin incelenmesi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1(3): 5-10.

Kara B. (2003) Çocuklukta ateş ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. Sted, 12(1): 10-14.
Karande, S. (2007) Febril seizures a review for family physicians. Indian Journal of Medical Sciences, V o l 6, No. 3,:161-172.

Karwowska A, Nijssen-Jordan C, Johnson D and Davies HD (2002) Parental and healthcare provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective. Canadian Journal of Emergency Medicine, 4(6): 394–400.

Kaysı A. (2004) Nedeni Bilinmeyen ateş. Ankem Dergisi, 18(2):133-3

Kinmonth AL., Fulton Y., Campbell MJ. (1992) Management of feverish children at home. BMJ, 305:1134-1136

Kluger MJ. (1992) Fever revisited. *Pediatrics* 90:846–850.

Koçoğlu Barlas Ü. (2009) Çocuk acil servisine ateş şikayeti ile başvuran hastaların kısa dönem sonuçları. İstanbul Sağlık Müdürlüğü. Uzmanlık tezi.

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/cocuk_sagligi/dr_ulkem_kocoglu_barlas.pdf
Erişim tarihi; 14.04.2012

Kurugöl Z. (2007) Ateşli çocukta hangi durumlarda antipretik kullanalım?. Çocuk Enfeksiyon Dergisi, 1:124-127.

Li SF., Lacher B., Crain EF. (2000) Acetaminophen and ibuprofen dosing by parents. *Pediatr Emerg Care*,16: 394–7.

Matziou V., Brokalaki, H., Kyritsi H., Perdikaris, P., Gymnopoulou, E., Merkouris, A. (2008) What greek mothers know about evaluation and treatment of fever in children: An interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 45: 829-836, Erişim: 25 Ekim 2009, Science Direct.

Oshikoya, KA., Senbanjo IO. (2008) Fever in children: Mothers Perceptions and Their Home Management. *Iran J Pediatr*, V o l 18, (No 3):229-236.

Özkan H. ve Öztürk S. (2013) Doğu Anadolu bölgesinde bir kent merkezinde iki aile sağlığı merkezine başvuran annelerin çocukları ateşlendiğinde yaptığı uygulamalar. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 3(2):121-126

Öztürk B. (2007) 2006 - 2007 yılları arasında çocuk acil ünitesine febril konvülsiyon tanısıyla başvuran 5 ay - 5 yaş arasındaki çocukların retrospektif olarak incelenmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Ulukol B., Köksal Y., Cin ř. (1999) Ailelerin, doktorların ve tıp öğrencilerinin ateş korkusu ve bilgi düzeyleri. *Sağlık ve Toplum* Ocak-Mart, 42-45.

Pul S. (2006) Çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalışan hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi hakkındaki bilgi düzeyleri, yaklaşımları ve etkileyen faktörlerin araştırılması. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Bükülmez).

Pursell E. (2000 a) The use of antipyretic medications in the prevention of febrile convulsions in children. *Journal of Clinical Nursing*, 9: 473-480.

Pursell E. (2000 b) Physical treatment of fever. *Arch Dis Child*, 82:238-239

Poirier MP, Davies PH, Gonzalez-del Rey JA and Monroe KW (2000) Paediatric emergency department nurses' perspectives on fever in children. Paediatric Emergency Care, 16: 9–12.

Salman N., Vehit H.E., Palanduz A. (2004) Ateşli süt çocuğuna yaklaşım:Hekimlerin bilgi, yaklaşım ve uygulamaları. Çocuk Dergisi 4(2), 113–117.

Sarrell M, Cohen HA and Kahan E (2002) Physicians' nurses' and parents' attitudes to and knowledge about fever in early childhood. Patient Education and Counselling, 46: 61–65.

Saz EU., Koturoğlu G., Duyu M., Ozananar Y., Kurugöl Z., Sever M. (2009) Türk ailelerinin ateş yönetimi ile ilgili bilinç düzeyi ve korkuları. Çocuk Enfeksiyon Dergisi, Cilt 3:161-164.

Sıdal M. (2004) Çocukta ateş etiyopatogenezi. Ankem Dergisi, 18 (Ek2): 200-202.
<http://www.ankemdernegi.org>

Sullivan JE and Farrar HC (2011) Clinical report – fever and antipyretic use in children. Pediatrics, 127: 580–587

Sünter AT., Ağaç R., Uysal S., Dünder C., Gürses N. (1997) Annelerin ateş hakkında bilgi ve davranışları. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 14(2): 106-111.

Tabak F. (2004) Ateş patogenezi. Ankem Dergisi, 18 (Ek2): 123-127.
<http://www.ankemdernegi.org>

Tabak F. (2006) Ateş patogenezi, ateş tipleri, erişkinde ateş yönetimi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi. Kasım. No: 53; s.27-36.

T.C Sağlık Bakanlığı. Tıbbi Cihaz Yönetmeliği. 09.01.2007. B10.0.IEG.0.09.00.02-253.04.02. Ankara. www.iegm.gov.tr

Taştan Y., Türkçü F., Erginöz E., Yapıcı Ertürk G., Alikaş M., İter Ö., Kayıpmaz A. (1999) Ateş ve tedavisi: Hekimler ne biliyor, nasıl davranıyorlar? Türk Pediatri Arşivi. [özet]. 34:21-8

Taştan Y. (2001) Ateşli çocuk ve sepsis. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Pediatrik Aciller Sempozyumu, 57-68.

Tural E. (2001) Ateş Düşürmede Uygulanan Dört Farklı Yöntemin Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Tez Danışmanı: Doç .Dr. Suzan Yıldız).

Varol D., Öztürk N. (2000) Yüksek Vücut Isısının Düşürülmesi.22.Pediatri Günler ve 2.Pediatri Hemşireliği Günleri Program ve Özet Kitabı.18-21 Nisan. İstanbul, 339-344

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.

Yüksel A. (2006) Febril konvülsiyonlara güncel yaklaşım. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi, No; 53:57-66.

Walsh AM., Edwards HE., Courtney MD., Wilson JE. & Monaghan SJ. (2005) Fever management: paediatric nurses' knowledge, attitudes and influencing factors. Journal of Advanced Nursing,49(5): 453–464.

Walsh AM., Edwards HE., Courtney MD., Wilson JE. & Monaghan SJ. (2006 a)Paediatric fever management: Continuing education for clinical nurses. Nurse Education Today, 26:71–77.

Watts R, Robertson J and Thomas G (2003) Nursing management of fever in children: a systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 9: 51–58.

8. EKLER

EK 1

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ATEŞ VE ATEŞ YÖNETİMİNE İLİŞKİN BİLGİ VE YAKLAŞIMLARI

VERİ TOPLAMA FORMU

Sevgili meslektaşım, bu araştırma çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalışan hemşirelerin ateş ve ateş yönetimi konusundaki bilgi ve yaklaşımlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Burada vereceğiniz tüm cevaplar sadece araştırmayı raporlandırmak amacıyla kullanılacaktır. Bu nedenle form üzerine isminizi yazmayınız. Zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Demet SÖKÜN

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Duygu GÖZEN

Soru 1: Kaç yaşındasınız?

Soru 2: Cinsiyetiniz
a) Kadın b) Erkek

Soru 3: Medeni durumunuz nedir?
a) Evli b) Bekar

Soru 4: Çocuğunuz var mı?
a) Hayır b) Evet ; Varsa kaç tane?.....

Soru 5: Eğitim durumunuz nedir?
a) Lise
b) Önlisans
c) Lisans
d) Yüksek Lisans
e) Doktora

Soru 6: Çalıştığınız kurum
a) Üniversite hastanesi
b) Eğitim araştırma hastanesi
c) Vakıf hastanesi
d) Özel hastane
e) Diğer

Soru 7: Hemşire olarak çalışma sürenizay/yıl

Soru 8: Çalıştığınız çocuk kliniği
a) Çocuk acil
b) Çocuk yoğun bakım ünitesi
c) Yenidoğan yoğun bakım ünitesi
d) Çocuk cerrahi
e) Çocuk dahiliye.....
f) Diğer.....

Soru 9: Çocuk kliniğinde çalışma sürenizay/yıl

Soru 10: Çocuk kliniğinde çalışmayı kendiniz mi seçtiniz?

- a) Evet b) Hayır

Soru 11: Mesleğinizle ilgili kendi gelişiminizi destekleyici yayınları takip ediyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

Soru 12: Cevabınız evet ise en sık hangi kaynaktan takip ediyorsunuz?

- a) Kongre / Sempozyum
b) Süreli yayınlar
c) Kitaplar
d) Diğer (Belirtiniz.....)

Soru 13: Çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili seminer/kongre gibi etkinliklere katılıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

Soru14: Hizmet içi eğitim alıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

Soru 15: Cevabınız evet ise,
Hizmet içi eğitimde ateş kontrolü ve yaklaşıma yönelik eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

Soru 16:Çocuklarda ateş kontrolünde/yönetiminde kendinizi yeterli görüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

Soru 17:Bulduğunuz klinikte hangi termometreyi kullanmaktasınız?

- a) Civalı termometreler
b) Timpanik termometreler
c) Isıya duyarlı film yöntemi (likit kristal veya plastik bant)
d) Infrared(temassız) termometreler
e) Digital termometreler
f) Diğer (Belirtiniz.....)

Soru 18: Siz vücut ısısını ölçmek için hangi termometreyi tercih edersiniz?

- a) Civalı termometreler
b) Timpanik termometreler
c) Isıya duyarlı film yöntemi (likit kristal veya plastik bant)
d) Infrared (temassız) termometreler
e) Digitaltermometreler
f) Diğer (Belirtiniz.....)

Soru 19: 6 yaşından küçük çocuklarda vücut sıcaklığını ölçmek için hangi vücut bölgesini tercih edersiniz?

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

Soru 20: 6 yaşından büyük çocuklarda vücut sıcaklığını ölçmek için hangi vücut bölgesini tercih edersiniz?

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

Soru 21:Yüksek ateş sizi endişelendirir mi?

- a) Hayır b) Evet

Soru 22: Cevabınız Evet ise nedenini işaretleyiniz

- a) Dehidratasyona yol açar
b) Konvülsiyon gelişir
c) Beyin hasarı oluşur
d) Ölüm
e) Diğer (Belirtiniz.....)

Soru 23: Vücut sıcaklığını ölçtükten sonraşağıdakilerden hangisini kaydetmeye gerek duymazsınız?

- a) Ölçümün yapıldığı vücut bölgesi
b) Termometrenin türü
c) Ölçümün yapıldığı günün saati
d) Ölçüm öncesinde çocuğun aktivitesi
e) Hepsini kaydederim

Soru 24: Size göre hangi vücut bölgesinden yapılan vücut sıcaklığı ölçümünün güvenilirliği en azdır?

- a) Rektal ölçüm
b) Aksiller ölçüm
c) Oral ölçüm
d) Timpanikmembrandan ölçüm
e) Bilmiyorum

Soru25: Vücut sıcaklığının 37.9° C olan süt çocuğuna uygulayacağınız ilk girişim hangisidir?

- a) Kıyafetlerinin çıkartılması+ odanın havalandırılması
b) Ilık uygulama yapılması
c) Antipiretik verilmesi
d) Antipiretik verilmesi+ Ilık uygulama yapma
e) Diğer

Soru 26: 39 ° C üzeri ateşi olan bir çocuğa uygulayacağınız ilk 3 hemşirelik girişimini uygulama sırasına göre1'den 3'ekadar işaretleyiniz.

- a) Antipiretik verilmesi 1.() 2.() 3.()
b) Sıvı alımının arttırılması 1.() 2.() 3.()
c) Vücut sıcaklığının kontrolü 1.() 2.() 3.()
d) Ilık uygulama 1.() 2.() 3.()

Aşağıda ateşli çocuğa uygulanan/uygulanmayan yaklaşımlar yer almaktadır. Ünitenedeki yaptığınız uygulamalar için 'evet' yapılmayanlar için 'hayır' sütununu işaretleyiniz.	Evet	Hayır
Soru 27:Ilık uygulamaya vücut sıcaklığı 1.5-2 ° C düşünceye kadar devam ederim		
Soru 28:Ilık uygulama yaparken suya bir miktar alkol koyarım		
Soru 29:Vücut sıcaklığını düşürmek amacıyla uygulayacağım ılık uygulamada kullanacağım suyun sıcaklığını ölçerim.		
Soru 30:Vücut sıcaklığı yükselen çocuğun derisini döküntü,kızarıklık,üşüme belirtileri açısından mutlaka değerlendiririm.		
Soru 31:Ateşi yükselen çocuğun lenf nodüllerini palpasyon yaparak değerlendiririm.		
Soru 32:Vücut sıcaklığı yükselen çocuğun yattığı odanın sıcaklığını mutlaka kontrol ederim.		
Soru 33:Taburcu olmadan önce annelere vücut sıcaklığı ölçümü hakkında eğitim veririm		
Soru 34:Parasetamol ateşli çocuğa 4-6 saatte bir verilir		
Soru 35:Salisilatlar ateşli çocuğa 4 saatte bir verilir		

Aşağıda ateşle ilgili bilgiler yer almaktadır. Bu bilgilerden sizce doğru olanlarda 'doğru' sütununu, yanlış olanlarda 'yanlış'sütununu işaretleyiniz.	Doğru	Yanlış
Soru 36:Ateş 42 ° C↑ çıkarsa beyinde kalıcı nörolojik hasar oluşabilir		
Soru 37:İlık uygulama antipiretik verildikten hemen sonra yapılır		
Soru 38: İlık uygulamada kullanılan suyun sıcaklığı 29.4-32.2 ° C olmalıdır		
Soru 39:Enfeksiyon dışı çeşitli durumlarda da ateş yükselir		
Soru 40:Ateşli çocuklarda oksijen tüketimi artar		
Soru 41:Ateşli çocuklarda sıvı ve kalori gereksinimi azalır		
Soru 42:Uzun süreli yüksek ateş çocuklarda febrilkonvülsiyon neden olabilir		
Soru 43 :Vücut sıcaklığı 06:00 ile 10:00 saatleri arasında en düşük düzeydedir		
Soru 44 :Vücut sıcaklığı17:00 ile 19:00 saatleri arasında en yüksek düzeydedir		

Aşağıdaki ateş ve ateş yaklaşım ile ilgili bazı sorular yer almaktadır.Lütfen boş bırakılan yerleri size göre doğru olan şekilde doldurunuz.
Soru 45:Sağlıklı çocuklarda ortalama vücut sıcaklığı değerlerini aşağıda verilen bölgelere göre yazınız. Aksiller..... Rektal..... Oral
Soru 46:Aksiller vücut sıcaklığı kaç ° C olursa ateş olarak kabul edersiniz?.....
Soru 47:Aksiller vücut sıcaklığı kaç °C olursa yüksek ateş (hipertermi) olarak kabul edersiniz?.....
Soru 48:Çocuk hastaya lüzum halinde reçete edilmiş ateş düşürücü ilacı vücut sıcaklığı kaç derece olduğunda verirsiniz?.....
Soru 49:Ateşi olan çocuklarda vücut sıcaklığı takibini hangi sıklıkta yaparsınız?...../dkda bir
Soru 50:Cıvalı termometreler ile aksiller vücut sıcaklığını ölçerken kaç dk beklersiniz?.....

Soru 51:Ünitenizde ateş düşürücü olarak en sık kullanılan ilaç hangisidir?.....

EK-2

Veri toplama formunu oluştururken g6r6şleri alınan uzmanlar aşağıdadır:

1.Doç. Dr. G6lçin Bozkurt

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak6ltesi
Ebelik B6l6m6

2. Doç. Dr. Sevil İnal

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak6ltesi
Ebelik B6l6m6

3.Doç.Dr.6zg6r Alparılan

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tokat Sağlık Y6ksekokulu
Ebelik B6l6m6

4. Yrd. Doç.Dr. Serap Balcı

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak6ltesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

5.Yrd. Doç.Dr. Melahat Akg6n Kostak

Trakya niversitesiSağlık Bilimleri Fak6ltesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

6.Yrd. Doç.Dr. Ayşe Karakoç

Marmara niversitesiSağlık Bilimleri Fak6ltesi
Ebelik B6l6m6

7.6đr.G6r.Selmin K6se

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Y6ksekokulu
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

EK-3

İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 97175836-799-
Konu : Araştırma İzni (Demet SÖKÜN)


HALİÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : 07.11.2013 tarih ve 404 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Demet SÖKÜN'ün, Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. Duygu GÖZEN danışmanlığında "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgi Düzeyleri" konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istediğine dair başvurusu incelenmiş ve tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Aşkın AYVAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkan V.

21.11.13
- Sağlık Bil. Enst.


Genel Sekreter
Tarih: 22.11.13
Sayı: 026
Ek -

Genel Sekreterliği
İzmitli Ateş ile Ayrılmış.

14/11/2013

T.K.M.K.
İstanbul Beyoğlu Genel Sekreterliği
Gülser KARA
Uzman

Fulya Mah. Mehmetçik Cad. No:63 Şişli/İstanbul
Telefon:0212 386 13 30 Faks:0212 386 13 31
e-Posta: gulser.serbetci@beyoglubirlik.gov.tr
Elektronik imzalı suretine: <http://ebys.beyoglubirlik.gov.tr/envision/Dogrula/SPZR1N> erişebilirsiniz.

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Gülser ŞERBETÇİ
Staj ve Eğitim Birimi

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 95273397-770-39554
Konu : Demet SÖKÜN'ün Araştırma İzni Hk.

09/12/2013

İSTANBUL BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : Halic Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 07/11/2013 tarih ve 404 sayılı yazısı

İlgi yazı ile Halic Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Demet SÖKÜN'ün Yrd.Doç.Dr. Duygu Gözen danışmanlığında "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşireleri Ateş ve Ateş Yönetimi Konusunda Bilgi Düzeyleri" konulu Yüksek Lisans Tez Çalışmasını 15 Aralık 2013 - 27 Haziran 2014 tarihleri arasında kurumunuzda yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Anketlerin uygulanması sırasında gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;
Gereğini rica ederim.


Şevket TOPDEMİR
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER :
Anket (5 Sayfa)
Protokol (1 Sayfa)
Taahhütname (1 Sayfa)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI		
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
KAYIT	TARİH	
	SAYI	
HAVALE	GEREĞİ	
	BİLGİ	

Eğitim ve Sını Birimi
Zuhuratbaba Mahallesi, Doktor Tevfik Sağlam Caddesi, 25/2. Blok
Sağlık ve Sınıir Hastanesi, Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği Binası

Ayrıntılı bilgi için iritibat: Emine KARAKURT

e-Posta: khbbakirkoyegitim@gmail.com

EK-5



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı: 50200903/ 32113
Konu: Demet Sökün'ün
anket yap.hak.

İstanbul.../.../...

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

18 Kasım 2013

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Demet SÖKÜN'ün Yard.Doç.Dr.Duygu GÖZEN'in danışmanlığında yüksek lisans tezi olarak hazırladığı "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgi Düzeyleri" konulu araştırmasının anketlerini Fakültemizde uygulayabilmesi hakkında adı geçen enstitü müdürlüğünden alınan 07.11.2013 tarihli, 404 sayılı yazı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

İST. U. REKTÖRLÜĞÜ

EK:15

18 Kasım 2013

Yazı İşleri ve
Genel Evrak Md
Gelen Evrak
Sayı: 64875

Prof.Dr.Özgün ENVER
Dekan

Not: Yanıtlarımızda yazımızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa/İSTANBUL
Telefon 0 (212) 414 30 00



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı: 19274766- 245

İstanbul 17.03.2014

Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusuna

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek Lisans Öğrencisi Demet SÖKÜN, "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgi Düzeyleri" başlıklı tez çalışmasının anketlerini biriminizde uygulayacağına dair bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Dr.Hem.Leman KUTLU
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

EK-7



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 20
KONU: Anket İzin Yazısı

13.01.2014

**ÖZEL GAZİOSMANPAŞA HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE**

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Demet SÖKÜN' ün Yrd.Doç.Dr.Duygu GÖZEN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı **"Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgi Düzeyleri"** konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Inst. Müdür V.

Ek(1):Anket Formu

ÖZEL GAZİOSMANPAŞA HASTANESİ
Sağlık Bilimleri
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
Yardımcısı

Büyükdere Cad. No:101-34394 Mecidiyeköy-Şişli- İstanbul Tel: 0212 275 20 20 Fax:0212 347 30 84
e-mail : saglikenstitusu@halic.edu.tr İnternet: www.halic.edu.tr



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-404
KONU: Anket İzin Yazısı

07.11.2013

**ÖZEL BAĞCILAR HOSPİTALİST HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE**

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Demet SÖKÜN' ün Yrd.Doç.Dr.Duygu GÖZEN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "*Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgi Düzeyleri*" konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdür V.

Ek(1):Anket Formu

ÖZEL HOSPİTALİST HASTANESİ
Günay ÇELEBİ
BAŞHEMŞİRE

EK-9



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-404
KONU: Anket İzin Yazısı

07.11.2013

**ESENLER ÖZEL AVİCENNA HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE**

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Demet SÖKÜN' ün Yrd.Doç.Dr.Duygu GÖZEN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgi Düzeyleri**" konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdür V.

Uygun dur.
Melike MALI
Hemşirelik Hizmetleri Direktör Yardımcısı

Ek(1):Anket Formu



EK-10



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00- 404
KONU: Anket İzin Yazısı

07.11/2013

YEDİKULE SURP PİRGİÇ HASTANESİ
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRLÜĞÜ' NE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Demet SÖKÜN' ün Yrd.Doç.Dr.Duygu GÖZEN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "*Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgi Düzeyleri*" konulu araştırmasının anketlerini hastanenizde uygulayabilmesi için gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enst. Müdür V.

Uygunca

30.01.2014
YEDİKULE SURP PİRGİÇ
ERMENİ HASTANESİ
Uzm. Hemş. Nilit KARACA
Başhekim
1577 - 1079

Ek(1):Anket Formu

EK-11



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 20
KONU:

26 /02 /2014

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Duygu GÖZEN

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Demet SÖKÜN'ün "*Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ateş ve Ateş Yönetimine İlişkin Bilgi ve Yaklaşımları*" isimli araştırması kurulumuzun 21.02.2014 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ
Etik Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı: Demet SÖKÜN

Doğum Yeri ve Tarihi: Bakırköy/02.05.1990

Medeni Hali: Bekar

Yabancı Dil:İngilizce

E-Posta Adresi: s.demet@hotmail.com.tr

Tel: 05376408213

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
İbrahim Turhan Lisesi	2006
Haliç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2012
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2014--

İş Tecrübesi

Kurum	Görev	Süre (yıl)
Yedikule Surppirgiç Ermeni Hastanesi	Hemşire	2012-