

T.C  
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUK ACİL SERVİSE ATEŞ ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN 1-5  
YAŞ ARASI ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN ATEŞ İLE İLGİLİ  
BİLGİ VE UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ**

**Meryem KAYHANLAR GÜLCAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

**Danışman**  
**Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER**

**KARAMAN-2020**

T.C  
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUK ACİL SERVİSE ATEŞ ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN 1-5  
YAŞ ARASI ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN ATEŞ İLE İLGİLİ  
BİLGİ VE UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ**


**Meryem KAYHANLAR GÜLCAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

**Danışman**  
**Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER**

**KARAMAN-2020**

	<b>TEZ ONAY FORMU</b>	Doküman No	FR-285
		İlk Yayın Tarihi	05.02.2018
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	00
		Sayfa No	1/1

**ÇOCUK ACİL SERVİSE ATEŞ ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN 1-5 YAŞ  
ARASI ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN ATEŞ İLE İLGİLİ BİLGİ VE  
UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ**

Tezin Kabul Ediliş Tarihi: 16 / 12 / 2019

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

Başkan : Doç. Dr. Ayşe Sonay TÜRKMEN

Üye : Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Dilek MENEKŞE

İmzası



Bu tez, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 29/11/2019 tarih ve 15... sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü: Dr. Öğr. Üyesi Fatma ÇOLAKOĞLU



Hazırlayan

Kalite Sistem Onayı

## TEZ BİLDİRİMİ

Yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Meryem KAYHANLAR GÜLCAN



## ÖNSÖZ

Mesleki hayatım ve tez sürecim boyunca her türlü sıkıntıyla ilgilenen, en zorlu zamanlarımda destek veren, her zaman pozitif bakış açısı ile bana yol gösteren, üzerimde çok büyük emeği olan canım hocam Sayın Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER' e,

Hem eğitimci kimliği hem de mesleki deneyimiyle bana çok şey katan insani, mesleki ve ahlaki değerlerini örnek aldığım kıymetli hocam ve jüri üyem Sayın Doç. Dr. Ayşe Sonay TÜRKMEN'e,

Araştırma sürecince kullandığım ölçek ve anket formu için benden yardımını esirgemeyen hocalarım Sayın Prof. Dr. Nursan ÇINAR ve Sayın Doç. Dr. İnsaf ALTUN'a,

Tez savunma sınavı sürecindeki değerli katkılarından dolayı değerli hocam ve jüri üyem Sayın Dr. Öğr. Üyesi Dilek MENEKŞE' ye,

Tez kapsamındaki tanımlayıcı çalışmalar için tüm olanaklarını kullanımına açan Karaman Devlet Hastanesi personeline,

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, desteklerini, sevgilerini her an hissettiğim ve benim için hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, hayatımdaki en kıymetlilerim olan, çok sevdiğim ve saygı duyduğum anneme, babama, kardeşlerime ve biricik eşime,

**SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM.**

Meryem KAYHANLAR GÜLCAN

Aralık, 2019

## İÇİNDEKİLER

<b>SİMGELER VE KISALTMALAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>ŞEKİL VE ÇİZELGELER.....</b>	<b>vii</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>viii</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>ix</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Ateş .....	3
1.1.1. Ateşin etiyojisi .....	4
1.1.2. Ateşin fizyopatolojisi .....	5
1.1.3. Vücut sıcaklığının değerlendirilmesi .....	6
1.1.4. Ateşin yararlı etkileri.....	6
1.1.5. Ateşin zararlı etkileri .....	6
1.1.6. Ateş ölçüm yöntemleri .....	7
1.1.7. Çocukluk yaş gruplarına özgü ateş.....	10
1.1.8. Ateşli çocuğa tedavi yaklaşımı.....	12
1.1.9. Ateşli çocukta antipiretik kullanımı .....	15
1.1.10. Ateşli çocukta hemşirelik yaklaşımı .....	18
1.1.11. Aile öğretimi ve ev bakımı.....	21
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>24</b>
2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	24
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	24
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	265
2.4. Verilerin Toplanması .....	27
2.5. Soru Formu .....	27
2.6. Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Ölçeği .....	28
2.7. Etik Durum.....	28
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	28

<b>3. BULGULAR .....</b>	<b>29</b>
3.1. Ebeveynlerin ve Çocukların Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular .....	29
3.2. Annelerin Ateşe Yönelik Tecrübe ve Uygulamaları ile İlişkili Bulgular .....	31
3.3. Annelerin Eğitim Durumu ile Ateş Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması ile İlişkili Bulgular .....	33
3.4. Annelerin Bazı Özellikleri ile Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlişkili Bulgular .....	37
3.5. Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeği Puanları ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonu ile İlgili Bulgular .....	39
<b>4. TARTIŞMA.....</b>	<b>41</b>
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>52</b>
<b>6. KAYNAKLAR.....</b>	<b>56</b>
<b>7. EKLER.....</b>	<b>63</b>
EK A: Etik Kurul Kararı .....	63
EK B: Kurum İzin Yazısı .....	64
EK C: PFMS-TR Kullanım İzin Yazısı .....	66
EK D: Soru Formu ve Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Türk Versiyonu .....	67
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>71</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ark: Arkadaşları

°C: Santigrad derece

dk: Dakika

HAPN: ön preoptik çekirdeği

kg: Kilogram

max: Maksimum

min: Minimum

mg: Miligram

ml: Milimetre

PFMS: Parental Fever Management Scale

PFMS-TR: Parental Fever Management Scale-Türk Versiyonu

+: Pozitif

>: Büyük

<: Küçük

≥: Büyük eşit

≤: Küçük eşit

%: Yüzde



## ÇİZELGELER LİSTESİ

	Sayfa
Çizelge 1.1. Ateşli çocuğun değerlendirilmesi.....	14
Çizelge 3.1. Ebeveynlerin ve çocukların demografik özelliklerine ait bilgiler.....	30
Çizelge 3.2. Annelerin ateşe yönelik tecrübe ve uygulamaları.....	32
Çizelge 3.3. Anne eğitim durumu ile ateş bilgi ve uygulamalarının karşılaştırılması .....	35
Çizelge 3.4. Annelerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları min-maks puanlar, puan ortalamaları ve chronbach alfa değeri.....	37
Çizelge 3.5. Annelerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile eğitim durumlarının karşılaştırılması.....	37
Çizelge 3.6. Annelerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile ekonomik durumlarının karşılaştırılması.....	38
Çizelge 3.7. Annelerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları puan ortanca değer ile ateş ölçüm tekrar sıklığı durumlarının karşılaştırılması.....	38
Çizelge 3.8. Annelerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile ateş düşmeyince yapılan girişimin karşılaştırılması.....	39
Çizelge 3.9. Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puanları ile çocuk sayısı, çocuk yaşı, evdeki ateş ölçüm değerinin korelasyonu.....	40

## ÖZET

T.C.  
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

### Çocuk Acil Servise Ateş Şikayeti ile Başvuran 1-5 Yaş Arası Çocuğa Sahip Annelerin Ateş ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi

Meryem KAYHANLAR GÜLCAN

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KARAMAN-2020

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte bir araştırma olup, Mart – Mayıs 2019 tarihleri arasında ateş şikayeti ile 1-5 yaş arası çocuklarını Karaman Devlet Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne getiren ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü annelerle gerçekleştirildi. Veriler, literatür taranarak oluşturulan annelerin tanıtıcı özelliklerini ve çocukları ateşlendiğinde annelerin yaptıkları uygulamaları değerlendirmek üzere altısı açık uçlu olmak üzere toplam 36 sorudan oluşan bir anket formu ve Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği- Türk Versiyonu (PFMS-TR) ile toplandı. Veriler SPSS 21 paket programında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-maks değer, ki kare, chronbach alfa, ANOVA, t testi, Kruskall Wallis testi, bonferonni ileri analizi ve korelasyon analizi ile değerlendirildi,  $p<0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırma kapsamındaki annelerin %36,9'u (n=118) 33-39 yaş arasında, %33,4' ü (n=107) yükseköğrenim mezunu ve %57,2' si (n=183) ev hanımı idi. Evde yaşayan kişi sayısı ortalama  $4,26\pm 1,24$  (min=3, maks=8), çocuk sayısı ortalama  $2,01\pm 0,97$  (min=1, maks=6), çocukların yaş ortalaması ise  $2,90\pm 1,37$  (min=1, maks=5) idi. Annelerin çocukları ateşlendiğinde yaptıkları en sık uygulamalar sırasıyla giysilerini çıkartma, ateş düşürücü ilaç verme idi. Ancak %11,9 sirkeli suyla silme, %8 soğuk uygulama yapma gibi yanlış uygulamalar da yapılmaktaydı. Annelerin %55,9'u çocuğun ateşlenme sonrası havale, %25,9'u beyin hasarı geçireceğinden endişelenmekteydiler. Annelerin PFMS-TR ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile eğitim ve ekonomik durumları arasında anlamlı ilişki bulundu ( $p<0,05$ ).

Annelerde ateş korkusunun yaygın olduğu, ancak ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarının bazılarında hata/eksiklikler olduğu belirlendi. Özellikle hemşireler tarafından güncel bilgiler ile annelerin ateş konusunda bilgilendirilmesi, bu konuda doğru tutumun oluşturulması gerekmektedir. Etkin eğitim çalışmaları yapılarak annelerin ateş korkuları azaltılabilir ve hatalı uygulamalar önlenir.

**Anahtar Sözcükler:** Anne; Ateş; Çocuk; Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği; PFMS-TR.

## SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY  
KARAMANOGLU MEHMETBEY UNIVERSITY  
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

### **Determination of the Knowledge and Practice of Mothers with Children Among One and Five Years-old Presenting to the Pediatric Emergency Department with Fever Complaints**

**Meryem KAYHANLAR GÜLCAN**

**Department of Nursing**

**Child Health and Diseases Nursing Program**

**MASTER THESIS / KARAMAN-2020**

This study was descriptive and relationship-seeking study, it was conducted between March and May 2019 with mothers over the age of 18 who brought their children aged 1-5 years to the Karaman State Hospital Pediatric Emergency Department with fever complaint. In order to evaluate the descriptive characteristics of the mothers and the applications of mothers when their children were fired, data were collected with a questionnaire form consisting of 36 open-ended questions and the Parental Fever Management Scale-Turkish Version (PFMS-TR). The data were evaluated by SPSS 21 software with number, percentage, mean, standard deviation, min-max value, chi-square, cronbach alpha, ANOVA, t test, Kruskal Wallis test, bonferonni advanced analysis and correlation analysis,  $p < 0.05$ . was considered significant.

Of the mothers included in the study, 36.9% ( $n = 118$ ) were between the ages of 33-39, 33.4% ( $n = 107$ ) were graduates of higher education and 57.2% ( $n = 183$ ) were housewives. The average number of people living at home was  $4.26 \pm 1.24$  (min = 3, max = 8), the average number of children was  $2.01 \pm .97$  (min = 1, max = 6), and the mean age of children was  $2.90 \pm 1.37$  (min = 1, max = 5). The most common applications of mothers when their children were fever were taking off their clothes and giving antipyretic drugs. However, 11.9% of the vinegar with water, 8% of the cold applications, such as making the wrong application. 55.9% of the mothers were worried that the child would suffer post-fever referral and 25.9% of them would suffer brain damage. A significant relationship was found between the mean scores of mothers on the PFMS-TR scale and their educational and economic status ( $p < 0.05$ ).

Fears of fever are common in mothers, but their knowledge and practices about fever are inaccurate / incomplete. Parents should be informed about the fever with the up-to-date information by health professionals and the right attitude should be established on this issue. Efficient educational activities can reduce fears of mothers and prevent misconduct.

**Key Words:** Mother; Fever; Child; Parent Fever Management Scale; PFMS-TR.

## 1. GİRİŞ

Bedenin savunma mekanizmalarından olan ateş; tek başına bir hastalık olmayıp, hastalığın semptomlarından biridir. Ateş; enfeksiyon, vücutta sıvı toplanması, doku hasarı, aşı gibi nedenlerle vücut sıcaklığını ayarlayan termoregülatör merkezdeki dengenin hasarıyla meydana gelir. Hemen hemen bütün çocuklar, çocukluk sürelerinde 37,8°C ile 40°C arasında en az bir kez ateşlenmektedirler (Yiğit ve ark., 2003). Artmış vücut ısısı olan çocuklarda nadir olarak hayatı tehdit eden ya da sonraki safhalarda hayat kalitesini etkileyen enfeksiyonlar görülebilir (Crocetti ve ark., 2001; Halıcıoğlu ve ark., 2011). Kanıtlar, ateşle seyreden durumların birçoğunun zararlı olmadığını ve gerçekte vücuttaki inflamasyona karşı gösterilen yararlı bir yanıt olduğunu belirtmektedir (Pursell ve Collin, 2016; Anonim, 2019). Bu sebeple çocukluk döneminin de en çok görülen bulgularından biri olan ateş, acil servise olan başvuruların önemli bir bölümünde yer alır (Esenay ve ark., 2007; Halıcıoğlu ve ark., 2011).

Çocuktaki minimal düzeydeki sıcaklık artışı ateşin en kısa sürede düşürülmesi gerektiği düşüncesini harekete geçirmekte ve ebeveynlerde korkuya neden olmaktadır. Ateş korkusu şeklinde ifade edilen bu panik hali annelerin ateşin düşmesini sağlayan ilaçları uygunsuz sıklıkta ve dozlarda kullanılmalarına yol açabilmektedir (Betz ve Grunfeld, 2006; Esenay ve ark., 2007; Matziou ve ark., 2008; Walsh ve ark., 2008; Chiappini ve ark., 2012; Çöl, 2013). Vücut ısısının artması, küçük çocuğu olan ebeveynler açısından mühim bir endişe sebebi haline geldiğinde yanlış uygulamalar yapılmasına sebep olabilmektedir (Celasin ve ark., 2008; Halıcıoğlu ve ark., 2011). Ebeveynler çocuklarının vücut ısısı yükseldiğinde hemen tedirgin olmakta, yaşadığı endişe ve panikle hatalı ya da tehlikeli olabilecek ateşi azaltma tekniklerine yönelebilmektedir. Çocuktaki çok az ısı artışı bile ateşin çabucak düşürülmesi gerektiğini akla getirmekte ve bu durum ebeveynlerde paniğe yol açmaktadır. Normal aralıktaki beden ısılarında dahi vücut ısısını düşürücü ilaç vermek, uyuyan çocuğu uyandırmak, ateşi azaltmada buzdolabındaki suyun, alkol ya da sirkenin kullanımı gibi yöntemlere başvurmak, antipiretik olarak antibiyotik vermek, çok çeşitli ateş düşürücü ilaç vermek gibi gereği olmayan hatta tehlike arz edebilecek uygulamalar yapılmakta ve sonuç olarak çocukların sağlığı negatif yönde etkilenmektedir (Edwards ve ark., 2007; Celasin ve ark., 2008; Özkan ve Öztürk,

2013; Yurdakök, 2013). Ailelerin bu uygulamalarına eğitim seviyesi, daha önceki tecrübeleri, bulunduğu çevredeki sosyokültürel faktörler gibi durumlar tesir etmektedir (Karwowska ve ark., 2002). Bunun yanında, ateşin doğru zamanda azaltılmaması çocuğun tedavi süresinin artmasına, ateşe bağlı komplikasyonlara ve maddi olarak artışa neden olur (Pul, 2006).

Ailelerin çocukların ateşi ile ilgili duydukları korku ve hatalı müdahalelere yönelik araştırmalar 1980'lerden bugünlere kadar uzanmaktadır (Crocetti ve ark., 2001; Yiğit ve ark. 2003; Celasin ve ark., 2008; Vitrinel, 2009; Halıcıoğlu ve ark., 2011; Çataklı ve ark., 2012; Polat ve ark., 2012; Bebiş ve ark., 2013; Öztürk ve ark., 2015; Peetoom ve ark., 2016). Çocukluk evresi ateşin erken safhada anlaşılması, doğru müdahalenin, uygun zamanda ve doğru yöntemle gerçekleştirilmesi çocuğun ateşe yönelik komplikasyonlardan korunmasında etkili olmaktadır (Yiğit ve ark., 2003; Yıldırım, 2007). Bu sebeple ateş, ebeveynlerin sıklıkla sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu belirtilerden birisidir (Karwowska ve ark., 2002; Yiğit ve ark., 2003). Ailelerin ateş konusundaki bilgi ve deneyimlerinin saptanması, eksikliklerin tamamlanıp hataların düzeltilmesi çocukluk evresi ateşin kontrolüne mühim katkılarda bulunabilmektedir (Altınkalem, 2007).

Yüksek ateşte ilk müdahalelerin önemini anlatmak ve uygun bir müdahale ile ateşe bağlı oluşabilecek hasarları azaltmak, ebeveynlere sağlık eğitiminin verilmesiyle mümkün hale gelebilir. Çocuk bakımında bu rolü alan ebeveyn sıklıkla anne olduğu için, özellikle annelerin vücut ısısı artışında ilk müdahale uygulamalarını bilmeleri konusunda sağlık personeline önemli sorumluluklar düşmektedir. Annelere yapılacak sağlık eğitiminde, öncelikle annelerin ateş hakkında bilgilerinin ve evdeki ilk uygulamalarının belirlenmesine gereksinim vardır (Celasin ve ark., 2008). Hemşireler, ateş yakınmasıyla çocuğunu sağlık kuruluşuna getiren ailelerle ilk karşılaşan sağlık profesyonelidir. Ailelerin ateş durumunda ne yapacağına dair müdahalelerinin saptanması ve uygun yöntemi aktarmada önemli derecede etkili olabilirler. Bilhassa çocuk yaş kesimine bakım veren hemşirelerin, bakım verdikleri toplumsal grubun ateşe dair uygulamalarını saptaması, hataların ve noksanlıkların giderilmesi açısından gereklidir (Altınkalem, 2007; Edwards ve ark., 2007; Celasin ve ark., 2008; Özkan ve Öztürk, 2013).

Bu çalışma ile Çocuk Acil Servisine ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğu olan annelerin çocukluk çağı ateşinin yönetimi konusundaki bilgi ve uygulamalarının değerlendirilerek belirlenmesi amaçlanmıştır.

### 1.1. Ateş

Ateş, vücudun inflamatuvar etkisine karşı fizyolojik bir tepkidir ve beden ısısının, ölçülen bölgeye göre 1°C veya daha üzerinde olmasıdır (Asgar Pour ve Yavuz, 2010; Rupe ve ark., 2010; Smith, 2014). Vücut ısısı gün içinde değişir. Isı üretimi fiziksel aktivite, kasların gerilmesi, artan metabolizma, besin tüketimi ve titremeyle gerçekleşmektedir. Özellikle akşamları sıcak hava, fiziksel aktivite, dar kıyafetler, sıcak içecek ve yiyecek alımıyla beden ısısı artabilir (Patricia, 2014; Smith, 2014). Isı düşmesi ise terleme, yüzeysel kan dolaşımının artışı, ince kıyafetlerin tercih edilmesi ve hava sirkülasyonu ile gerçekleşmektedir. Bedendeki dokuların iç sıcaklığı, bireyde ateşli bir rahatsızlık olmadığı sürece  $37\pm 0,6^{\circ}\text{C}$  içinde, neredeyse sabit seyrederek (Asgar Pour ve Yavuz, 2010). Isı üretimiyle ısı düşmesini sağlayan bütün ısı kontrol mekanizmaları bu değeri devam ettirmeye çalışırlar (Asgar Pour ve Yavuz, 2010). Vücut sıcaklığının üst limiti  $37,9^{\circ}\text{C}$ 'dir (Pul, 2006). Vücut sıcaklığının; rektal  $38^{\circ}\text{C}$ , oral  $37,8^{\circ}\text{C}$ , aksiller  $37,2^{\circ}\text{C}$ 'nin üstünde oluşması ateş şeklinde değerlendirilmektedir (Kara, 2003; Celasin ve ark., 2008; İlçe ve Karabay, 2009; Koçoğlu Barlas, 2009; Halıcıoğlu ve ark., 2011).

Vücut ısısı kişiden kişiye, bireyin yaşına, ölçülen bölgeye ve hangi saatte ölçüldüğüne göre değişir. Sabahları 06.00'da sıcaklık en az seviyede, akşamları 18.00'daysa en yüksek seviyededir. Sıcaklık akşam saatlerinde sabah saatlerine oranla  $0,5-1^{\circ}\text{C}$  daha fazladır. Çocuklarda vücut ısısının gün içerisindeki değişimi yaşamın ilk aylarında belirgin olmamakla birlikte, 2 yaşından sonra meydana gelmektedir. Kızlarda 13-14, erkeklerdeyse 17-18 yaşlarında stabilleşir (Kurugöl, 2007; Pul, 2006).

Vücut Isısı Aralıkları ( aksiller ölçüme göre);

Normal vücut ısısı:  $36,5-37,2^{\circ}\text{C}$

Subfebril ateş:  $37,2- 38,4^{\circ}\text{C}$

Hafif ateş:  $38- 38,5^{\circ}\text{C}$

Orta ateş:  $38,5- 39^{\circ}\text{C}$

Yüksek ateş:  $39- 40^{\circ}\text{C}$

Hiper ateş: 40-43 °C şeklinde değerlendirilmektedir (Kara, 2003).

Beden ısını artıran bir uyarı meydana geldiğinde dört safhadan oluşan bir klinik belirti serisi oluşur.

- 1.Ön belirti safhası: Çocukta halsizlik olmasına karşılık beden ısısı normal seyreder.
- 2.Titreme safhası: Çocuk üşür ve soğukluk hisseder, ama beden ısısı artar. Hipotalamik alanda yeni bir değer saptanır ve vücut ısısı eşik değere çıkarılmaya çalışılır. Bunun amacı mevcut hastalığı artan beden ısısıyla ortadan kaldırmaktır.
- 3.Kızarma (flushing) safhası: Bu safhada beden ısısı hipotalamik eşik seviyeye eşitlenir. Deri kuru ve sıcaktır. Çocuk kendisini iyi hisseder.
- 4.Terleme safhası: Isı oluşumu sürdüğü için hipotalamus ısı kaybını artıran vazodilatasyon ve terleme gibi oluşumları harekete geçirir. Deri nemlidir ve beden ısısı azalmaya başlar (Ceyhan, 2007).

### **1.1.1. Ateşin etiyolojisi**

Ateş, çocuklarda sıklıkla kısa zamanda kendiliğinden iyileşebilen basit viral hastalıklardan oluşur. Vücut ısısı artmış çocukların az bir kısmındaysa bu durum hayatı tehlikeye sokan ya da zamanla hayat standartını etkileyebilecek olan ciddi bakteriyel enfeksiyonlar sonucu oluşur (Koçoğlu ve Barlas, 2009). Ateşin nedenleri;

1. Enfeksiyonlar: Bakteri, mantar, virüs, riketsiya, klamidya, parazit enfeksiyonları ve septisemik, iltihapsız-iltihaplı bütün enfeksiyonlar vücut ısısının artmasına yol açabilir.
2. Kollajen doku hastalıkları: Romatizmal ateş, Sistemik lupus eritematozis, Juvenil romatoid artrit.
3. Malign hastalıklar: Hodgkin lenfoma, Non hodgkin lenfoma, lösemi, metastatik kitleler, sarkom, melanom gibi rahatsızlıkların bir çoğunda ateş olur. Bu durum, çoğunlukla tümörün yol açtığı tıkanıklığa ya da enfeksiyona bağlıdır. Bazen tümörün kendisine bağlı ateş olabilir.
4. Metabolik hastalıklar: Hipertiroidizm, gut, tiroid krizi gibi durumlarda ateş olabilir.
5. Kardiyovasküler sistem hastalıkları: Miyokard enfarktüsü, tromboemboli, dissekan anevrizmalar, hematom gibi durumlarda ateş olabilir.
6. Gastrointestinal sistem hastalıkları: İnflamatuvar barsak hastalıkları.

7. İlaç ateşi: İlaçlar, çoğunlukla ateş sebebi olarak görülüp tanı karışıklıklarına yol açabilir. Bu durumun en yaygın nedeni antibiyotiklerdir. İlaç ateşine yol açanlar ise; atropin, barbitürat, penisilinler, sefalosporinler, salisilatlar, sülfonamidler gibi ilaç gruplarıdır.

8. Diğer faktörler: Konvülsiyonlar, dehidratasyon, aşı sonrası komplikasyonlar, çevre ısısının artması vb (Seçmeer, 2007).

### **1.1.2. Ateşin fizyopatolojisi**

Ateş, vücudun bağışıklık sistemine tehdit olarak algıladığı herhangi bir şekilde otonom, davranışsal ve nöroendokrin olarak verdiği normal, koordineli ve karmaşık bir fizyolojik tepkidir (Thompson ve Kagan, 2011; Patricia, 2014). Ateş, hipotalamusun ön preoptik çekirdeği (HAPN) tarafından ayarlanır. Beden ısısının artması ve bu bölgedeki termostatik eşik değerinin tekrardan düzenlenmesi ile oluşur. Ateşin oluşmasında ekzojen pirojenler (çeşitli mikro organizmalar, ilaçlar gibi) ve endojen pirojenler rol alır (Powell, 2008). Başta prostoglandin-E2 yer almak üzere prostaglandinler doğrudan ya da tam bilinmeyen nörotransmitter maddelerin vasıtasıyla HAPN'daki ateş ayar noktasının daha yükseğe ayarlanmasına sebep olurlar. Bu durumda hipotalamustan serebral kortekse ve vazomotor merkeze ateşin artırılmasına neden olacak sinyaller iletilir. Korteksin etkilenmesi ile birey ateşin yükseltilmesine ya da ısı kaybının düşmesine (sıcak alana geçme, sıcak içecekler içme, kalın kıyafetler giyinme, ısı kaybını düşürücü beden duruşu alma gibi) yönelik davranışlar sergiler (Saper ve Breder, 1994). Vazomotor merkez impulslarıyla ciltten ısı kaybını düşürücü vazokonstriksiyon, ısı yapımını artırıcı kas titremesi meydana gelir. Ateşe neden olan faktörler kaybolunca ve pirojen sitokin salınımı durunca ön preoptik çekirdeği ısı ayar noktası eski haline döner (Saper ve Breder, 1994; Richardson ve Lakhanpaul, 2007; Patricia, 2014).

Normal değerinin üstünde her bir derece vücut sıcaklığı artışı; bazal metabolizmada tahmini %10-12, günlük sıvı alımında 7,5 ml/kg/gün, nabız atım değerinde dakikada 20, solunum sayısında dakikada 3-4 solunum, oksijen kullanımında ve karbondioksit üretiminde yükselişe neden olur (Powell, 2008).



### 1.1.3. Vücut sıcaklığının değerlendirilmesi

Hipertermi vücut sıcaklık değerinin 41°C üstünde seyretmesidir. Hipertermi ateş yanıtı olarak tanımlanmaz. Ateş termostat değerinin artması sonucu meydana gelirken, hipertermi ısı kaybetme ve üretme dengelerinin ayarlanamamasından kaynaklanmaktadır. Ateş düşürücü ilaçlar etkisizdir. Deri sıcak fakat kurudur. Isı oluşumunun artması ya da ısı kaybının düşmesi durumu vardır. Hipertermi nörolojik rahatsızlıklar, sıcak çarpması, zehirlenmeler, kötü huylu hipertermi ve feokromasitoma gibi durumlara bağlıdır.

Hipotermi beden ısısının 35°C altına düşmesi olarak ifade edilmektedir. Hipotermi çoğunlukla ağırlığı düşük prematüre bebeklerde gözlenmektedir. Hipotermi; üremi, miksödem, aç kalma, doku zedelenmesi, sepsis, beyin enfeksiyonu ve şoka bağlı olarak meydana gelebilir (Simon, 1993).

### 1.1.4. Ateşin yararlı etkileri

Ateş, çocukların genel durumunu ağırlaştırmasına rağmen, bağışıklık sisteminin bazı bileşenleri üzerinde faydalı bir etkiye sahiptir ve bilhassa virüs kaynaklı enfeksiyonlarda vücudun korunma altına alınmasına ve iyileşmesine destek olur.

- ✓ Ateş ile birlikte inflamasyon sistemi daha iyi çalışır.
- ✓ Enfeksiyon alanına kan akımı ve nötrofil göçü artar.
- ✓ Ateş sırasındaki iştahsızlık sebebiyle, mikro organizmanın glikoz ihtiyacı düşer. Kana serbest glukoz geçişindeki azalma bakteriyel gelişmeyi olumsuz yönde etkiler.
- ✓ Ateşli bireyde halsizlik ve dinlenme isteğinin olması kasların enerji ihtiyacını düşürür (Altınkalem, 2007; Asgar Pour ve Yavuz, 2010; Sullivan ve Farrar, 2011).

### 1.1.5. Ateşin zararlı etkileri

- ✓ Yüksek vücut ısısı, %13 oksijen gereksinimi, %10 kalori ve sıvı gereksinimini artırmaktadır. Kalp atım hızı her bir derece için dakikada 20 atım yükselir. Bu durum oksijen tüketimini ve kardiyak yükü artırır. Periferik vazodilatasyon sonucunda sistemik tansiyon düşer, solunum sayısı artar.

- ✓ Kalp ve beyin kanlanması sorun olan bireylerde genel durumun ağırlaşmasına sebep olabilir.
- ✓ Kas yıkımı artar ve beden ağırlığı düşer.
- ✓ Yüksek ateş akıl faaliyetlerinin geçici şekilde azalmasına, bilinç değişikliklerine (baygınlık, sayıklama) yol açabilir ve konvülsiyona neden olabilir.
- ✓ Vücut sıcaklığının 42°C'nin üzerine çıkması nörolojik sekellere sebep olabilir.
- ✓ Vücut sıcaklığının artması halinde; çocukta baş ağrısı, baş dönmesi, karın ağrısı, dehidratasyon, ışığa duyarlılık, kusma, ajite olma, kalp atım hızının artması, solunum sayısının artması, halsizlik ve terleme gibi semptomlar meydana gelebilir (Yanlızoğlu ve ark., 2005; Walsh ve ark., 2006; Powell, 2008).

#### **1.1.6. Ateş ölçüm yöntemleri**

Çocukluk evresinde ateş, en çok karşılaşılan belirtilerden bir tanesidir ve ailelerin çocuklarını sağlık kurumuna götürme sebeplerinin başında yer almaktadır. Uygun bir ısı ölçümü güvenilir, non-invaziv, uygun maliyetli, zaman açısından verimli kullanımı olan, uygulaması kolay ve iç vücut ısısını doğru olarak yansıtabilir olmalıdır (Teller ve ark., 2014). Chiappini ve ark. (2012) yaptıkları sistematik bir derlemede, hastane ve ayaktan muayene edilen birimlerde, koltuk altı bölgesinden vücut ısısı ölçümünün dijital veya infrared termometre (timpanik, temporal/temassız) ile 4 haftadan daha büyük çocuklarda tavsiye edilebileceğini belirtmişlerdir.

Mevcut kanıtlar ile 2 yaşından büyük çocuklar için timpanik arter termometresi ve tüm yaş gruplarında temporal arter termometresi diğer yöntemlere göre öncelik kazanmaktadır (Hockenberry, 2013). Sıcaklığın doğruluğu konusunda en önemli etkenlerden biri, uygun olmayan ısı ölçme tekniğidir. Çocuklarda vücut ısısı; rektal, oral, aksillar, timpanik, temporal arterden, temaslı/ temassız infrared yolla (alından/ciltten) ölçülebilir (Hockenberry, 2013; Raj ve Lodha, 2013).

#### **Rektal yol ile ısı ölçümü**

İç ısıya en yakın değere yaklaşabileceğinden ve fiziki çevre şartlarından en az etkilendiği için klinik olarak önemli bir yeri bulunmaktadır. Bebeklerde en çok kullanılan bölgedir (Craig ve ark., 2000; Smith, 2014). En büyük artışı çevre ısısı değişikliklerine karşı duyarlılığının az olmasıdır. Fakat bu yola, prematürelere ve yenidoğan bebeklerde rektal yırtılma riski taşıması sebebiyle, kısa zaman içinde

rektal alandan operasyon olmuş olan bireylerde, ishali olan, kemoterapi tedavisi alan ve trombositopenik çocuklarda başvurulmaz (Hockenberry, 2013; Raj ve Lodha, 2013). Küçük çocuklar açısından endişe verici, büyük çocuklar açısından ise psikolojik olarak rahatsız edici olması, hijyenik olmama durumu, ağrıya sebep olabilmesi ise dezavantajlarıdır (İlçe ve Karabay, 2009; Koçoğlu Barlas, 2009).

### **Aksiller yol ile ısı ölçümü**

Kullanımı basittir fakat koltukaltı alanının büyük arterlere yakın olmaması ve çevre şartlarından etkilenmesi sebebiyle neticeleri istikrarsız sonuçlanabilmektedir. Yenidoğan bebekler ve 1 yaş altı çocuklarda tutarsız ve hassasiyeti düşük sonuçlar elde edilebilir. Buna rağmen kullanımının kolay ve güven vermesi sebebiyle rektal yolla vücut ısısı ölçümüne alternatif olarak kullanılmaktadır. Derece koltuk altına koyulduktan sonra sabit tutulmalı, koltuk altının terli olmamasına dikkat edilmeli, terli ise silindikten sonra kan akımı bölgede değişebileceği için belirli bir süre beklendikten sonra ölçülmelidir (Raj ve Lodha, 2013; Smith, 2014).

### **Oral yol ile ısı ölçümü**

İç ısıdaki ani değişimleri gösterebilmektedir fakat rektal yol ile ısı ölçümüne kıyasla güvenilirliği daha azdır. Konuşamayan, oral yol ile oksijen tedavisi alan, ağız içerisinde ülser, travmatize alan ya da cerrahi bir müdahalede bulunulan ve 5 yaş altı çocuklarda tavsiye edilmemektedir (Hockenberry, 2013; Raj ve Lodha, 2013; Smith, 2014).

### **Kulaktan ısı ölçümü**

Ateşin hipotalamusa yakın bir bölgeden ölçülmesini sağladığından ateş ölçümünde daha güvenilir sonuçlar elde edilebilir. Enfeksiyon riski taşımaz, hızlı ölçüm olanağı avantajlarıdır. 3 yaş altı çocuklarda farklı sonuçlar vermesi, kullanan bireyin eğitimini gerektirmesi dezavantajlarındandır. Kulaktan ölçümde propların yenidoğana uygun olmaması sebebiyle ölçülen değerlerin değişkenlik gösterebileceği belirtilmektedir (El-Radhi ve Barry, 2006; Koçoğlu Barlas, 2009; Raj ve Lodha, 2013).

Çocukların vücut ısısı ölçümünden önce sıcak bir duş almaları, soğuk bir ortamda bırakılmaları ya da kulak üstüne yatmaları durumunda, ölçüm 10-15 dakika

geçtikten sonra yapılmalıdır. Kulaktan ölçüm yapılırken, çocuğun kulağı, kulağın üst kısmından tutulup hafifçe yukarı doğru geri çekilir. Termometrenin sensör bölümü kulağa hafifçe itilir. Termometrenin sensör bölümünün kulak zarına yakın olma durumu güvenilir ölçüme ulaşmayı sağlar. Termometrenin ölçümü başlatıldıktan birkaç saniye sonrasında kulaktan alınıp digital ekranda okunan değer sonucu verir (Pul, 2006).

### **Alından/deriden ısı ölçümü**

Karotis arterden yüksek seviyede kan dolaşımının olduğu yüzeysel temporal arter vasıtasıyla gerçekleştirilir. Çocuğa rahatsızlık vermeden, çabuk ve basit kullanımı olan bir ölçüm yoludur. Fakat güvenilirliğine dayalı araştırmalar kısıtlıdır (Smith, 2014). Teller ve ark. (2014)'nın çalışmasında alından, kulaktan ve rektal yoldan kullanılan ateş ölçerler kıyaslanmış, temporal ve timpanik ateş ölçerlerin, rektal alandan ölçüm yapan ateş ölçere karşın daha düşük değerde ölçtüğü tespit edilmiştir.

Standart ısının hangi değerde olması gerektiği hususunda uzmanlar arasında ortak bir yol mevcut değildir (Hockenberry, 2013). Diğer yandan, tüm yaş grupları için en yaygın olarak kabul edilen sıcaklık ölçümü tanımı; rektal 38°C, oral 37.8°C, 37.2°C'nin üstündeki aksiller sıcaklık, ateş olarak tanımlanır (Kara, 2003; Koçoğlu Barlas, 2009; Celasin ve ark., 2008; Halıcıoğlu ve ark., 2011; İlçe ve Karabay, 2009).

Koltuk altı sıcaklık ölçümü oral ısıdan 0,5°C, rektal ısıdan 1°C daha azdır. Isı ölçümünün; oral 37,8°C, aksiller 37.2°C, rektal 38°C'nin üstünde seyretmesi ateş olarak ifade edilmektedir (Kara, 2003).

### **Subjektif değerlendirme ile ateş ölçümü**

Uzun yıllardan günümüze kadar insanların ateşi ölçmedeki karar verme yöntemi dokunmaktır. Geleneksel bir uygulama olan dokunarak ölçmek ayrıca vücut ısısının ölçülmesinde kullanılan en eski yöntemdir (Teng ve ark., 2007). Günümüzde farklı, daha gelişmiş teknikler fazlalaşsa da vücut ısısının subjektif olarak değerlendirilmesinden hala vazgeçilememektedir. Fakat, bazı değerlendirmelerin neticesine göre sağlık çalışanlarının bu teknik ile vücut ısısı yüksek olan bir çocuğu tespit etme olasılığı %42, annelerin oranının ise %80'in üstünde olduğu tespit

edilmiştir. Bu sebeple sağlık çalışanı bakımından doğru bir ölçüm tekniği olmamaktadır (Akinbami ve ark., 2010).

### **1.1.7. Çocukluk yaş gruplarına özgü ateş**

Fiziksel ve biyolojik gelişimin adım adım tamamlandığı çocukluk dönemi de, ateş olgusunun yetişkinlerden daha çok karşılaştığı bir safhadır (Bakır ve Toprak, 2006). Yapılan araştırmaların neticelerine göre dünyada acil kliniklere getirilen ateşli çocuk oranının %20-30 olduğu (Halıcıoğlu ve ark., 2011; Polat ve ark., 2012), ülkemizde ise bu oranın %71-76,8'e kadar yükseldiği bildirilmiştir. Yaş gruplarına özgün farklı risklere yatkınlıkları olması sebebiyle araştırmacılar çocuklarda ateş yaklaşımının, yaşına göre farklılıklar göstermesi gerektiğini savunmuşlardır (Bakır ve Toprak, 2006; Pul, 2006; Dalkıran, 2007; Polat ve Beyazova, 2009).

### **0-28 günlük bebeklerde (yenidoğan dönemi) ateş ve tedavisi**

Yenidoğan dönemini içeren bu yaş grubunda bir haftadan küçük bebeklerin  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ateş tablosu; erken dönem sepsis yönünden, dört haftaya kadar olanların da geç dönem sepsis, toplumsal kaynaklı enfeksiyonlar ve perinatal herpes simpleks enfeksiyonları açısından risk altında olduğu bildirilmektedir. Yenidoğanların çoğunda viral kaynaklı %12'sinde bakteri enfeksiyonları, en sık idrar yolu enfeksiyonları ve gizli bakteriyemiler bildirilmektedir (Polat ve Beyazova, 2009; Wing ve ark., 2013).

Bağışıklık sistemi yeterince gelişmemiş olan yenidoğanda ciddi enfeksiyon bulgularının tanımlanması kolay olmayabilir. İyi bir fizik incelemeden sonra yenidoğanın hastaneye yatırılarak ve antibiyotik verilerek tedavi edilmesi gerekir. Ateş bulgusuyla hastaneye başvuran tüm yenidoğanlarda, bakteriyel enfeksiyonların ayırıcı tanısında kullanılsa da lökosit sayımı, idrar tetkiki ve idrar kültürü, kan kültürü ve beyin omurilik sıvısı incelenmesi ve 24 saat içinde tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir (Ekim, 2008; Robyn Wing ve ark., 2013).

### **29-90 günlük bebeklerde (1-3 ay arası bebekler) ateş ve tedavisi**

Bu yaş grubu çocuklarda immün sistemin olgunlaşmaması, gelişimsel ve biyolojik farklılıklar nedeniyle enfeksiyon hastalıkları ve dolayısıyla yüksek ateş, diğer çocukluk yaş gruplarından daha yüksek oranda görülmektedir. Bu yaş

grubunda, rektum ateşi 38°C ve üzerinde olanlarda, %10-15 oranında ciddi bakteriyel hastalık tanımlanırken, %70 viral enfeksiyonlar görülmektedir. Üç ay altındaki bebeklerde, vücut ısısının artması acil bir durumu ifade etmektedir (Polat ve Beyazova, 2009).

De ve ark. (2014), yaptıkları araştırmada; 1-3 ay  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  ateşi olan bebeklerde, viral enfeksiyonların ilk sırada, üriner enfeksiyonların ikinci sırada ve bakteriyel enfeksiyonların üçüncü sırada en fazla görüldüğü bildirilmektedir. Bakteriyel enfeksiyonlar; sepsis, menenjit, idrar yolu enfeksiyonu, ishal, osteomyelit kaynaklı olabileceği bildirilmektedir (Polat ve Beyazova, 2009). Yine bir araştırmada 3 ay altındaki bebeklerde nedeni bilinmeyen ateşi olan ve iyi görünümü olan 1112 bebek araştırmaya alınmış ve şiddetli bakteriyel kaynaklı enfeksiyon %26 yayılım gösteren bakteriyel enfeksiyon %2 saptanmıştır (Karlı, 2015). Bu grup ateşlenen bebekler en çabuk sürede bir çocuk doktoru tarafından muayene edilmelidir. Ateşin nedeni belirlenemezse bebek sağlık kurumuna yatırılarak gözlenmeli, kan, idrar ve serebrospinal sıvı kültürü, diyare varsa gaita tetkiki, solunum sistemi bulguları varsa akciğer grafisi, kültür sonuçları negatif çıkana kadar antibiyotik tedavisi önerilmektedir (Bakır ve Toprak, 2006; Dalkıran, 2007; Polat ve Beyazova, 2009; Wing ve ark., 2013).

### **3-36 aylık bebek ve çocuklarda ateş ve tedavisi**

Öykü ve fizik muayene 3 yaş öncesine göre daha belirleyicidir. Çocuğun genel durumunun iyi olması ciddi bakteriyel enfeksiyon odağından uzaklaştırır (Polat ve Beyazova, 2009). Bu yaş grubunun bağışıklık sistemi daha iyi gelişmiş olduğu için hastaların %0,5-2'sinde ciddi bakteriyel enfeksiyon görülmektedir (Bakır ve Toprak, 2006). Virüs kaynaklı üst solunum yolu enfeksiyonları en çok rastlanılan ateş sebeplerindendir. Gribal enfeksiyonlar çocuklarda yüksek ateş, bulantı, kusma, yutma güçlüğü, kuru öksürük, burun akıntısı, burun tıkanıklığıyla birlikte seyreder. Ateş genellikle  $39^{\circ}\text{C}$ 'nin altındadır. Diyare ve üst solunum yolu enfeksiyonu etkeni kolaylıkla saptanan ve antibiyotik tedavisine gerek olmayan hastalıklardır. Pnömoni, orta kulak ve yumuşak doku enfeksiyonları, sinüzit ve bademcik enfeksiyonu daha az sıklıkta görülür ve hastalığın tanı konulma aşaması kolaylıkla gerçekleşmektedir (Bakır ve Toprak, 2006; Altinkalem Dalkıran, 2007).

Bu yaş grubunun ayrıntılı fizik muayenesinde; hastanın yaşı, ateşin süresi ve şekli, antipiretik kullanımı ve dozu, eşlik eden bulgular, altta yatan hastalık varlığı, aşı takvimi, ailedeki genetik hastalıklar, hasta insanlarla temas mutlaka sorulması gerekenler arasındadır. 3-36 ay arası yüksek risk grubunda yer alan çocukların sağlık kurumuna yatışı yapılmalı, kan, idrar, serebrospinal sıvı kültürleri alınmalı, röntgen tetkiki yapılmalı ve antibiyotik tedavisine geçilmelidir (Wing ve ark., 2013). Gizli pnömokok düşünülen çocuklarda kan tetkikinde lökositoz olması destekleyici bir bulgudur. Ancak, lökosit sayısından ziyade artmış nötrofil sayısı daha güvenilir bir göstergedir. Önceden sağlıklı olduğu bilinen genel durumu iyi, ateşi 39°C altında olan çocuklar sık kontrole çağrılarak test yapmadan tedavisiz izlenebileceği bildirilmektedir (Polat ve Beyazova, 2009).

### **1.1.8. Ateşli çocuğa tedavi yaklaşımı**

Çocuklarda, ateşin birçok şekilde ortaya çıkması nedeniyle, (viral, ciddi bakteriyel enfeksiyonlar ve nedeni bilinmeyen ateş) ateşin kaynağını bulmak ve ateşi tanımlamak zor olabilmektedir (Celasin ve ark., 2008; Anonim, 2019). Bu nedenle ateşli çocukta, öykü ve fizik muayene çok önemlidir.

### **Öykü**

Bebeklerde, annesini emmede isteksizlik, emerken çok çabuk yorulma, aşırı ağlama, huzursuz ya da uykuya meyilli olma, soğuk siyanotik görünümlü cilt, özellikle vücudun uç kısımlarında (el-ayak) soğukluk ciddi enfeksiyon kaynaklı ateş açısından önemli bulgulardır (Yavuz, 2016). Çocuğun yaş grubu, bağışıklama durumu, ikincil bir hastalığının olması, ateşin hangi değerde olduğu ve ne kadar sürdüğü, beraberinde başka belirtilerin olması, besin alımı, seyahat, ilaç kullanımı, konvülziyon durumu, çocuğun hareketleri, besin alım rejimi, oyun oynama sırasındaki uyumu, uyku düzeni, çevreye karşı ilgisinde değişiklik, burun akıntısı, öksürme, soluk almada zorluk, hırıltılı soluk alıp verme, enterit, yürüme sırasında zorluk, baş bölgesinde ağrı, kalıtsal, metabolik ve kronik bir hastalığın varlığı sorgulanmalıdır (Karlı, 2015).

## **Fizik muayene**

Amaç; çocuğun yaş grubuna özgü ciddi bakteri kaynaklı enfeksiyon riski altında olup olmadığını belirlemek ve ateşin nedenini sorgulamaktır. Kulak ve ağız muayenesi, akciğer ve kardiyovasküler sistem bulguları, lenfadenopati ve organomegali oluşumu, meningeal bulgular, deride döküntü, kas iskelet sistemi muayenesi tam olarak gerçekleştirilerek çocuğun toksik görünümünün olup olmadığına karar verilmelidir (Polat ve Beyazova, 2009; Anonim, 2019).

Vücut ısısı yüksek olan çocuğun değerlendirilme aşamasında semptomların olması veya olmaması vaziyetinde, alta yatan ciddi bir hastalığı tanımlamak için bir trafik ışığı sistemi geliştirilmiştir. Ateşi olan çocukta, yaşamı riske sokan hava yolu, solunum ve dolaşım sistemi problemleri veya bilinç seviyesindeki düşme belirtilerini, olası acil bir durum bakımından kontrol etmek gereklidir. Ateşi olan çocukta, hayati değerler (solunum sayısı, kalp atım hızı) ve kapiller dolun süresi kesinlikle dikkatlice değerlendirilip çocuğun bulguları kayıt altına alınmalıdır. Çocuğun dolaşım problemi bulguları varsa, anormal kalp atım hızı, kapiller dolun zamanının uzaması ve kan basıncının değerlendirilmesi gerekmektedir (Anonim, 2019).

Çizelge 1.1’de ateşli çocuğun değerlendirmesinde kullanılan trafik ışığı modeli verilmiştir. Ateşli çocuğun değerlendirmesinde trafik ışığı sistemindeki yeşil sütun çocuğun düşük risk altında olduğu durumlarını, koyu sarı sütun çocuğun orta risk bulgularını ve kırmızı sütun çocuğun yüksek risk altında olduğu bulgularını ve bulgulara yönelik yaklaşımları vermektedir (Anonim, 2019).



**Çizelge 1.1.** Ateşli çocuğun değerlendirilmesi (Anonim, 2019).

	<b>Yeşil düşük risk</b>	<b>Koyu sarı orta risk</b>	<b>Kırmızı yüksek risk</b>
<b>Renk</b> (cilt, dudak veya dil)	Normal cilt rengi	Ebeveyn tarafından bildirilen ciltte solgunluk	Cilt soluk, benekli, kül gibi, mavi
<b>Aktivite</b>	Sosyal uyaranlara normal tepki Gülümseyen yüz ifadesi Çabuk uyanma ve rahat uyuma Normal ağlama veya ağlamama	Sosyal uyaranlara tepki vermeme Gülümsememe Sadece uzun uyaranlarla uyanma Aktivitede azalma	Sosyal uyaranlara hiçbir şekilde tepki vermeme Hasta görünümlü olma Uyanamama ya da uyarılma durumunda uyanık kalamama Zayıf, tiz, sürekli ağlama
<b>Solunum</b>		Burun kanatlarının solunuma katılması Taşipne Solunum sayısı >50/dk, 6-12 ay > 40 / dk, yaş> 12 ay Oksijen saturasyonu ≤ %95 Solunum seslerinde raller (+)	Homurdanma Takipne Sol sayısı >60/dk Derin ya da şiddetli interkostal çekilmeler (+)
<b>Dolaşım ve hidrasyon</b>	Normal cilt ve gözler Nemli mukoza zarları	Taşikardi >160/dk, <12 ay >150/dk, 12-24 ay >140/dk, 2-5 yaş Kapiller dolun zamanı ≥ 3 saniye Kuru mukoz membran Bebeklerde zayıf beslenme İdrar çıkışında azalma	Cilt turgorunda azalma
<b>Diğer</b>	Sarı ve kırmızı kategorisine girmeyen semptomlar	3-6 aylık, sıcaklık ≥39 ° C ≥5 gün boyunca ateş Bir uzuv veya eklem şişmesi Bir ekstremitayı kullanamama	Yaş <3 ay, sıcaklık ≥38°C Şişkin fontanel Solmayan kızarıklık Boyunda sertlik Status epileptikus Fokal nörolojik işaretler Fokal nöbetler

Anonim (2019), kriterlerine göre; 41°C den yüksek vücut ısısı, bakteriyel sepsis düşüncesi, orak hücre anemisi, savunma sistemini baskılayan bir olay, konjenital kalp hastalığı, ciddi baş yaralanması varlığı ateşin önemli olduğunu düşündürmektedir.

Anonim (2019), kriterlerine göre yüksek risk ölçütleri aşağıdaki şekilde verilmiştir;

- ✓ Çocuğun cansız ve uykulu görünümü,
- ✓ Sürekli olarak zayıf bir şekilde tiz bir ağlama,

- ✓ Soluk ve siyanotik ya da döküntülü görünüm,
- ✓ Azalmış cilt turgoru,
- ✓ Safralı kusma,
- ✓ Göğüste orta- şiddetli çöküntü,
- ✓ Solunum sayısının 60 dakikanın üstünde olması,
- ✓ Homurdanma,
- ✓ Fontanelde kabarıklık,
- ✓ Hasta görünüm.

### **1.1.9. Ateşli çocukta antipiretik kullanımı**

Dünya Sağlık Örgütü 38,5°C üzerindeki vücut sıcaklığında tedaviyi önermektedir. Daha düşük vücut sıcaklığında ilaç kullanımı, antipiretiklerin aşırı kullanımına yol açmaktadır. Antipiretiklerin kaç derece ateşte ve ne amaçla verilmesi gerektiği göz önünde bulundurulması gereken en önemli husustur. Sarell ve ark. (2002)'nin yaptığı araştırmada; 38-40°C ateşte doktorların %92, hemşirelerin %84 gibi yüksek bir oranda antipiretik kullandığı görülürken, annelerin büyük bir kısmının <38°C ateşin tedavi edilmesi gerektiğini ifade ettiği bildirilmektedir. Yapılan bir başka çalışmada ise; annelerin yarısının, iki ilacı birleştirerek (asetaminofen+ibuprofen) kullanmanın daha yararlı olduğuna inandıkları tespit edilmiştir. Aynı araştırmada, sağlık profesyonellerinin antipiretik kullanım oranlarının yüksek bulunması; sağlık bakım hizmeti verenlerin, antipiretik kullanım bilgilerindeki yetersizliğin günümüzdeki göstergesi olması açısından önemli bir sonuçtur (Öztürk ve ark., 2015). Bu iki araştırma, gerek ebeveynlerin gerekse sağlık profesyonellerinin antipiretik kullanımını konusundaki eksiklikleri olduğuna işaret etmesi açısından önemlidir.

Türkiye'de antipiretik kullanım oranı her geçen yıl artmaktadır. Her geçen gün artmasının sebebi; ailelerin vücudun doğal savunma mekanizmalarından birinin ateş olduğunu bilmemeleri, ateşten ürkmeleri ve ateşi olan çocuk karşısında kendilerini biçare hissetmelerinin sonucudur. Ebeveynlerin çoğu, çocuklarının ateşinin azalmaması durumunda vücut sıcaklığının kademeli olarak artacağı, ateşin nöbetlere neden olacağı ve beyine zarar vereceği düşüncesindedir. Bu düşünce ciddi bir endişeye yol açar. Bu anksiyeteye endikasyon dışı ateş düşürücü ilaç kullanılabilir (Esenay ve ark., 2007; Halıcıoğlu ve ark., 2011).

Ateş düşürücü ilaç kullanmanın bir başka nedeni ateşin metabolik zararını düşürmek olabilmektedir. Altta kalp-damar ya da akciğer hastalıkları bulunan hastaların ateşin komplikasyonlarına karşı bilhassa hassas olabildikleri belirtilmiştir (Sullivan ve Farrar, 2011). Ateşin her bir derece yükselmesinde bazal metabolizma % 10-12 civarında yükseldiği gibi, oksijen kullanımı, karbondioksit üretimi, sıvı ve besin ihtiyacı da artar (Arıkan ve ark., 2012).

Hafif ateşte, antipiretik gerekli olmayıp, ateşin antipiretiklerle düşürülmesi, ateşe neden olan hastalığın diğer belirtilerini maskeleyebilmesi ve tanı konulmasını güçleştirmesi açısından, sadece vücut sıcaklığını düşürmek amacıyla rutin kullanımı önerilmemektedir (Anonim, 2019).

Yüksek ateşte, antipiretik önerilir (Mollahüseyinoğlu, 2013). Çocuklarda ateş düşürücü olarak kullanılan ilaç sayısı oldukça sınırlıdır. Antipiretikler, ateşli çocukla karşı karşıya kalan ebeveynler, doktorlar ve çocuk hemşirelerinin ateşi düşürmek, hastanın konforunu sağlamak amacıyla kullandığı bir tedavi yöntemidir. Unutulmaması gereken kural, antipiretiklerin beyindeki termostat değerini artıran prostoglandin üretimini düşürmek şartıyla vücut sıcaklığını 1-2°C azaltma etkisine sahip olduğudur. Ateş değerinin azalması var olan hastalığın tedavisi anlamına gelmediği gibi ciddi bakteriyel enfeksiyonlu viral hastalığın ayırıcı tanısına da yardımcı bulunmamaktadır (Mollahüseyinoğlu, 2013; Yavuz, 2016).

Parasetamol ve ibuprofen gibi antipiretikler, çocuklarda vücut sıcaklığını düşürmek için yaygın kullanılmaktadır. Fakat sadece sıcaklığı azaltmak amacıyla rutin kullanımı tavsiye edilmemektedir. Bu ilaçlar ateşin nedenini etkilemediği gibi sadece hastanın daha konforlu hissetmesini sağlar. Antipiretik ajanların febril konvülziyonu önlemediği ve bu amaçla kullanılmaması gerektiği de bildirilmektedir (Anonim, 2019).

Antipiretiklerin doğru dozda ve kısa süreli kullanımında zararlarının olmadığı ancak, farklı marka ilaçların karıştırılarak kullanılmasının aşırı doz için potansiyel bir tehlike oluşturduğu bildirilmektedir (Vitrinel, 2009; Anonim, 2019). Yapılmış araştırmalarda, ibuprofen ve asetominofenin peşi sıra kullanımının ateşi azaltmada sadece asetominofen ya da ibuprofen kullanılmasının avantajının olmadığı belirtilmiştir (Edwards ve ark., 2007; Mollahüseyinoğlu, 2013). Edwards ve ark. (2007), araştırmalarında hemşirelerin farklı dozlarda antipiretik ilaç uygulaması

antipiretiklerin kullanımının sağlık çalışanları arasındaki tutarsızlığına örnek olmaktadır. Athemnah ve ark. (2014), çalışmalarında ebeveynlerin çocukların ağırlığındaki değişimleri göz ardı ederek, pediatristin önceki hastalığında verdiği dozu kullandığı tespit edilmiştir. Çocuğun ağırlığındaki artış ya da eksilmenin dikkate alınmamasının, doğru dozda antipiretik verilmemesine neden olabileceği vurgulanmıştır. Yine aynı çalışmada üç çocuktan daha fazla sayıda ocuk sahibi olan annelerin antipiretik ilaçları doğru yönetimi ile annelik deneyiminin artması arasında olumlu bir ilişki saptanmıştır.

Mide kanaması ve ülser riski nedeniyle yüksek doz ibuprofen kullanımından kaçınılması önerilmektedir. Serebral palsili, dehidrate bir ocuğa İbuprofen verilmesi, böbrek yetmezliği ya da renal hasara yol açabilirken, parasetamol kullanımı daha güvenlidir (Anonim, 2019).

Bebek ve çocuklarda yaygın kullanılan antipiretikler aşağıda verilmiştir. Günümüzde de çocuklarda ateş düşürücü ilaçlar arasında sadece parasetamol ve ibuprofen yer almaktadır (Anonim, 2019).

### **Parasetamol (Asetaminofen)**

Çocuklarda en fazla tercih edilen ateş düşürücü ilaç olup, günde kilo başına 150 mg'dan yüksek dozda verildiğinde, karaciğer zedelenmesine neden olabilir. Parasetamol 30-60 dakikada kandaki yeterlilik dozuna ulaşır. Bu nedenle doğru dozda ve doğru zaman zarfında kullanılmalıdır (Bakır ve Toprak, 2006; Vitrinel, 2009; Mollahüseyinoğlu, 2013; Karlı, 2015). Gün işığından korunarak 25°C saklanmalıdır. Son kullanma tarihi geçen ilaçlar kullanılmamalıdır. Hayatın ilk bir ayında, yarılanma süresi tam olarak belirlenemediğinden çok dikkat edilerek kullanılmalıdır, iki ay üstü bebek ve çocuklarda güvenle kullanılabilir (ataklı ve ark., 2012).

Çocukluk döneminde yaşanan yüksek ateşin ebeveynleri tedirgin etmesi sonucu ebeveynlerin bilinçsiz antipiretik kullanımına yöneldiği bilinmektedir. Bilinçsiz antipiretik kullanımı ve ilaçların saklanma koşullarına uyulmaması, ebeveynlerin dikkatsizliği gibi sebeplerle, ocuk acile başvuran zehirlenme vakalarının büyük çoğunluğunun ilaç zehirlenmeleri oluşturduğu, ilk sırada parasetamol intoksikasyonları olduğu görülmektedir (Genç ve ark., 2007; Kasem ve Kale, 2010).

## **İbuprofen**

Etkisi parasetamol ile benzerdir. İbuprofen çocuklarda ateşi düşürmede parasetamolden sonra ikinci seçenektir. Kandaki azami yoğunluğuna 2 saatte ulaşır bu sebeple 6-8 saat aralıklarla verilmesi önemlidir (Vitrinel, 2009). Ateş düşürücü etkisi asetaminofene göre daha güçlü, yan etkiler bakımından asetaminofene göre daha çok risk taşır (Bakır ve Toprak, 2006; Mollahüseyinoğlu, 2013; Karlı, 2015).

## **Aspirin (Asetilsalisik asit)**

Etkili bir ateş düşürücü olmasına karşın yan etkileri asetaminofene göre daha çoktur. Gastrointestinal sistem üzerinde olumsuz etkileri vardır. Kanamaya eğilimi artırır. Çocuklarda en önemli yan etkisi, viral enfeksiyonlarda ateş düşürücü olarak kullanıldığında 100,00'de/1-2 oranında karaciğer ve beyin hasarı ile seyreden, %40 ölümlle sonuçlanan "Reye Sendromu"na sebep olabilmektedir. Bu sebeple 1980'li yıllarda gelişmiş ülkelerde ateş düşürücü olarak kullanımı kaldırılmıştır (Bakır ve Toprak, 2006; Mollahüseyinoğlu, 2013; Karlı, 2015).

## **Metamizol sodyum**

Antipiretik etki mekanizması tam anlamıyla bilinmemektedir. En önemli yan etkisi lökopenidir. İngiltere ve Avrupa'da kullanımı kaldırılmıştır. Yan etkilerinin çok olması sebebiyle çocuklarda metamizol ateş düşürücü olarak kullanılmamalıdır (Saper ve Breder, 1994; Kara, 2003; Powell, 2008; Salman ve ark., 2004).

### **1.1.10. Ateşli çocukta hemşirelik yaklaşımı**

Çocuk hemşirelerinin ateş konusunda ailelerle iletişim kurmada önemli bir yeri vardır. Fakat bilhassa bu alanda çalışan hemşirelerin ateşe verilen cevap, ateşin yararları ve doğru bir şekilde müdahale edilmesi açısından bilgili olmaları önemlidir. Ateş karşısında ebeveynin gösterdiği yanlış tutum ve davranışlarını değerlendirmeli ve çocukların ateşi olduğu durumda gerçekleştirdikleri uygulamaların kültürel özelliklerine göre değişiklikler olabileceğinin farkında olmalıdır (Patricia, 2014).

Ailelerin gerek ateşli çocuğun yönetimindeki korku ve endişelerini, gerek ateş yönetimindeki yanlış inanç ve uygulamalarını değerlendiren araştırmalar incelendiğinde (Crocetti ve ark., 2001; Sarrell ve ark., 2002; Kara, 2003; Walsh ve

ark., 2005; Edwards ve ark., 2007) günümüzde halen devam eden yanlış uygulamalar olduğu gözlenmektedir (Halıcıoğlu ve ark., 2011; Mohamed ve Ali, 2012; Polat ve ark., 2012; Patrica, 2014; Öztürk ve ark., 2015; Yalnızoğlu ve ark., 2015; Peetoom ve ark., 2016). Yapılan çalışmalar ateşin zararsız olduğuna dair kanıtlara rağmen, sağlık çalışanlarının ateşin fayda ve zararları konusunda karmaşık düşüncelere sahip olduklarını, hemşireler ve ebeveynlerin yanlış algı ve korkularının olduğunu en çok çocukta ateşli konvülsiyona yol açacağı endişesini duyduklarını göstermektedir (Walsh ve ark., 2005; Patrica, 2014). Bu veriler bilhassa çocuk ve çocuk acil kliniklerinde hizmet veren sağlık profesyonellerinin; bedenin ateşe verdiği tepki, ateşin yararları, doğru açıdan yönetimi hususunda aralıksız ve verimli eğitim programlarına gereksinim duyulduğunu göstermektedir (Sarrell ve ark., 2002; Edwards ve ark., 2007; Öztürk ve ark., 2015; Yalnızoğlu ve ark., 2015).

Öztürk ve ark. (2015), yaptıkları çalışmada, acil servise başvuran çocukların ateş seviyelerinin çok yüksek olmamasına rağmen, evde annelerin, acil kliniğinde sağlık profesyonellerinin ateş düşürücü kullanım seviyeleri yüksek bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgulardan yola çıkılarak; çocuklarda ateş yönetimiyle ilgili en son çıkan literatürlere bakılması ve kanıta dayalı verilerin, uygulamalara aktarılmasına yönelik çocuk ve çocuk acil servis hemşirelerinin etkin eğitimi tavsiye edilmektedir. Ek olarak çocuk hemşirelerinin, primer bakım verici rollerini kullanarak; hizmet verdikleri sağlık kuruluşlarında eğitim toplantıları ayarlayarak aileleri ateş yönetimi hususunda bilinçlendirmeleri önerilmektedir.

### **Ateşli çocuğun bakımına yönelik uygulamalar**

Ateşi olan çocuğun bulunduğu ortamın sıcaklığı 21-22°C değerleri arasında olmalıdır. Bu seviyedeki sıcaklık, çocuğun ısı kaybının en üst değerinde olmasını sağlar. Odanın ısı değerini düşürmede havalandırma için cam açılmalıdır. Havalandırma cihazları ya da vantilatörlerden de yararlanılabilir. Fakat çocuğun direk hava akımına maruz bırakılmamasına dikkat gösterilmelidir (Anonim, 2019).

Çocuğun kıyafetleri; ateşi olan çocuğun üstünün bastırılması ve çok fazla giydirilmesi doğru olmayan bir uygulamadır. Az miktarda ve sıkı olmayan giysiler çocuğun sıcaklığını azaltma mekanizmalarına yardımcı olmaktadır. Eğer çocukta üşüme belirtileri görülüyor ve çocuk titriyorsa üstüne ince bir örtü verilebilir (Anonim, 2019).

Beslenme ve sıvı alımı; ateşin çocuğun kalori ihtiyacını artırması açısından çocuğun besin alımının önemle takip edilmesi gerekmektedir. Bu açıdan ateşi olan çocuğun aç bırakılmaması ve besin alımına dikkat edilmesi gerekir. Fakat beslenme için çok fazla zorlanmamalıdır. Bunun yanında ateş, ter miktarını ve solunum hızını artırarak sıvı kaybının da artışına sebep olmaktadır. Bu durum dehidratasyona ve beden sıcaklığının daha da yükselmesine yol açacağı için çocuğa bol miktarda sıvı takviyesi yapılmalıdır. Su, meyve suyu ve sulu meyveler tercih edilmelidir. Bebek anne sütü ile besleniyor ise beslenme aralığı artırılmalıdır. Ateş sindirim sistemi çalışmasını yavaşlattığından çocuklara yağlı ve zor sindirilen gıdalar verilmemelidir. Oral mukoz membran korunmalı, dehidratasyon belirtileri (basık fontanel, kuru ağız, gözyaşı yokluğu, kötü genel görünüm) izlenmeli ve gerekli sıvı alımı (oral ya da intravenöz) sağlanmalıdır. Eğer ateşi olan çocuğun sıvı alımı yeterli değilse en kısa zamanda sağlık kurumuna götürülmesi hususunda aileler bilgilendirilmelidir (Anonim, 2019).

Fiziksel aktivite durumu; çocuğun çok fazla hareket etmesi vücut sıcaklığının daha da yükselmesine yol açabileceğinden aşırı hareketten uzak durulmalıdır. Yine de çocukların evde yorucu olmayan oyunlar oynamalarına müsaade edilmelidir (Anonim, 2019).

Ilık su banyosu ve ılık su ile silme; bu uygulama ateşin düşürülmesinde kullanılan non-farmakolojik bir yöntemdir. Vücut ısısının  $>39,4^{\circ}\text{C}$ -  $41,1^{\circ}\text{C}$  olduğu, antipiretiklere cevap vermeyen ve antipiretik verilmesinden 30 dakika sonrasında değişim olmayan çocuklarda önerilebilir. Vücut yüzeylerinin geniş olması sebebiyle küçük çocuklarda daha etkindir. Ilık küvet banyoları için, genellikle ılık su ile başlanması ( $37^{\circ}\text{C}$ ), istenen su sıcaklığına ulaşılan kadar yavaş yavaş soğuk su ilave edilebilir. Çocuk 15 ila 20 dakika boyunca ılık su küvetine yerleştirilirken, su nazikçe bir bez yardımıyla sırt ve göğüs üzerine sıkılır veya bir püskürtücünden vücuda yavaşça püskürtülür. Küvet veya sünger banyosundan sonra, çocuk kurutulur ve hafif pijamalar, bir gecelik veya bir çocuk bezi giydirilir ve kuru bir yatağa yerleştirilir. Dolaşımı uyarmak için cilt yüzeyi bir havlu ile hafifçe silinerek çocuk kurutulur. Sıcaklık küvet ya da sünger banyosundan 30 dakika sonra tekrar alınır. Küvet veya sünger banyosu, cilt yüzeyi ılık olana veya çocuk üşüylene kadar sürdürülmemeli veya yeniden başlatılmamalıdır. Üşüme, bu uygulamaların amacını bozan vazokonstriksiyona neden olur (Anonim, 2019).

Ilık uygulamada kullanılacak olan suyun ısısı 29-30°C olmalıdır. Suya asla alkol katılmaması gerekir. Eğer katılırsa alkol ciltten emilir, buharıysa solunum yolu ile santral sinir sistemi baskılanmasına yol açabilir. Ilık pansuman ile beden sıcaklığı bir saat içinde 1,5-2°C den fazla azaltılmamalıdır. Aksi takdirde beden sıcaklığı çok düşürüldüğünde hipotalamus bu durumdan etkilenebilir. Ilık pansuman beş dakikadan az otuz dakikadan fazla uygulanmamalıdır. Uygulama uzun süre devam ettirildiğinde, ateşin çok yüksek seyretmediği durumlarda ve doğru olmayan uygulamalarla gerçekleştirildiğinde çocuğun kendini soğuk hissetmesine ve titremesine yol açarak vücut ısısının daha da yükselmesine neden olabilir. Ilık uygulama çoğunlukla koltuk altı ve kasık bölgelerine uygulanmalıdır. Bu bölgelerdeki kan damarları daha yüzeyseldir. Bu alanlara konulmuş olan ıslatılmış pansumanlar saat yönünde ısındıkça değiştirilerek gerçekleştirilir. Ilık su yerine asla soğuk su kullanılmamalıdır. Uygulama öncesi ve sonrası vücut sıcaklığına bakılmalıdır.

Özetlenecek olunursa;

- ✓ 0-5 yaş aralığındaki çocuklarda oral termometre tercih edilmemelidir.
- ✓ 1-5 yaş arası çocuklarda, aksiller ölçüm yapan elektronik ya da infrared termometre kullanılmalıdır.
- ✓ Yenidoğan evresinin sona ermesinden (ilk 4 hafta) itibaren 5 yaşa kadar koltuk altı bölgesinden ölçen elektronik termometre ya da timpanik termometre kullanılmalı, civalı termometreler kullanılmamalıdır.
- ✓ Çocuğun genel durumu iyi ve ateş sınır seviyeye yükselmediyse, antipiretikler kullanılmamalıdır.
- ✓ Ateş düşürücü ilaçlar kombine veya dönüşümlü kullanılmamalıdır.
- ✓ Ateşin altta yatan sebebi belirlenmeden ve reçetesiz antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır (Sarrell ve ark., 2002; Pul, 2006; Edwards ve ark., 2007; Halıcıoğlu ve ark., 2011; Greensmith, 2013; De ve ark., 2014; Öztürk ve ark., 2015; Yalnızoğlu ve ark., 2015; Peetoom ve ark., 2016).

#### **1.1.11. Aile öğretimi ve ev bakımı**

- ✓ Ateş, ebeveynlerin sağlık hizmeti aldıkları en yaygın sağlık sorunlarından biridir. Ebeveynlerde nöbetler ve dehidratasyon gibi ateşle ilgili olası komplikasyonları



içeren yüksek düzeyde anksiyete (ateş fobisi) yaygındır ve bu durum aşırı antipiretik kullanımı ile sonuçlanabilir.

- ✓ Ebeveynlerin sünger ile silmenin ateşten ziyade hipertermiden yüksek sıcaklıklar için endike olduğunu ve buzlu su ile alkolün uygun olmadığını bilmesi gerekir.
- ✓ Ebeveynler çocuğun sıcaklığının nasıl alınacağını, termometrenin nasıl doğru bir şekilde okunacağını ve profesyonel bakım için ne zaman ve nereye başvurulacağını bilmelidir.
- ✓ Ebeveynler açısından plastik şerit ya da dijital termometreler gibi sıcaklık ölçüm cihazı, ev kullanımı için daha uygun olabilir.
- ✓ Asetaminofen veya ibuprofen kullanımı belirtilirse, ebeveynler ilacı uygulama konusunda talimatlara ihtiyaç duyarlar. Hem verilen ilaç miktarında hem de ilacın uygulandığı zaman aralıklarında doğruluğun önemi vurgulanabilir. Çocuğun azaltılmış aktiviteyle birlikte, sık sık azar azar sıvı alması teşvik edilir. Çocuğa hafif kıyafetler giydirilebilir; üşüyen ya da titreyen çocuklar için hafif bir battaniye kullanılabilir (Anonim, 2019).

Ateşli çocukta;

- ✓ Çocuk iki aylıktan küçükse,
- ✓ Ateş 40,6°C'nin üzerindeyse,
- ✓ Çocukta, ense sertliği varsa, sürekli kusuyorsa, ciltte morumsu lekeleri varsa, bilinç bulanıklığı mevcutsa, burnu temizlendikten sonra nefes alma sorunu varsa veya rahatta bozulmayı da içeren çok hasta gibi görüldüğü veya davrandığı durumlar acil yardım için hemen aranması gereken durumlar olarak kabul edilmektedir.

24 saat içinde aranması gereken durumlar olarak;

- ✓ Özellikle çocuğun iki yaşından küçük, ateşin 40-40,6°C arasında olduğu durumlar,
- ✓ Çocuk 24 saatten fazla bir süredir belli bir neden veya enfeksiyon odağı olmayan bir ateş geçirdiyse,
- ✓ Çocuğun üç günden fazla bir süredir ateşi varsa,
- ✓ Çocuğun idrara çıkma sırasında yanma ve ağrısı varsa,
- ✓ Çocuğun ateşli nöbet öyküsünün var olması sayılabilir.

Aşağıdaki işaret ve semptomlar, sağlık hizmeti sunucusuyla iletişim kurma ihtiyacını işaret edebilir;

- ✓ Ateş: İki ayın altında 38°C, 3 ila 6 ay 38,3°C, 6 aydan fazla 39,4°C,

- ✓ Yetersiz beslenme: İlgisi eksikliği, yetersiz emme çabası, beslenme için uyanamama,
- ✓ Kusma,
- ✓ Azalmış aktivite veya uyanıklık: Etrafa ilgisiz görünmesi,
- ✓ Teselli edilemeyen ağlama,
- ✓ Anormal hareket: Vücutta sıra dışı sıçrama, titreme,
- ✓ Sıra dışı cilt rengi: Soluk veya benekli cilt rengi, dudakların etrafında mavimsi renk,
- ✓ Dehidrasyon belirtileri: Gözyaşı yokluğu, normalden daha az ıslak çocuk bezi, ağız kuruluğu (Anonim, 2019).

Ateşli çocuğun yönetimi evde ebeveyn tutum ve davranışlarıyla başlayan ve hastanede izlenmesinin sonrasında yine evde devam ettirilen bir bakım sürecidir. Bu sürecin başarılı sürdürülmesinde sağlık profesyonelleri kadar ebeveyn eğitimlerinin rolü ve önemi büyüktür. Sağlık profesyonelleri, ailelerin "çocukta ateş yönetimi" konusunda bilinçlendirilmesini ve desteklenmesini sağlayarak ateş yönetim başarısını arttırabilir.

Birçok araştırmada, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının ateşin ne olduğu, yönetimi ve ateş düşürücü kullanımı, ateş düşürücü ilaçların febril konvülsiyonları geçirmedeki etkisiyle alakalı hatalı bilgi, tutum ve davranış içerisinde buldukları ve bu durumun da ebeveynlerdeki ateş endişesini arttırabileceği vurgulanmaktadır (Walsh ve ark., 2005; Edwards ve ark., 2007; Demir ve Sekreter, 2012). Sağlık profesyonellerinin çocuklarda ateş yönetiminde danışmanlık yaparken, ebeveynlerdeki ateş endişesini en az seviyeye düşürmeleri gereklidir. Bununla birlikte, sağlık personelleri ateşin ciddi bir hastalık sonucu oluşabileceği ihtimalini varsayarak çocuğun genel durumunu gözlemlemeli, sıvı alımını destekleyerek bireyin rahatını arttırmalıdır. Ek olarak ebeveynlere doğru antipiretik kullanımı, doğru doz ve sıklıkta kullanımı ve uygun şartlarda muhafaza edilmesiyle ilgili eğitimler vermelidir (Sullivan ve Farrar, 2011).

## **2. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu çalışma, çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapıldı.

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

Araştırma, Karaman İli şehir merkezinde bulunmakta olan Karaman Devlet Hastanesi Çocuk Acil Servisi'nde yapıldı.

Karaman Devlet Hastanesi 1947 yılında Millet Hastanesi olarak hizmet vermeye başlamış olup, İl Merkezinde yaşayan 135 000 nüfusa ve Ayrancı İlçesi, Başyayla İlçesi, Ermenek İlçesi, Kazımkarabekir İlçesi, Sarıveliler İlçesi ile Mersin İl'i Mut İlçesinde ikamet eden yaklaşık 250 000 nüfusa hizmet vermektedir. Doğumevi ve Çocuk Hastanesi 01.06.2009 tarihinde, 82. Yıl Devlet Hastanesi 01.01.2009 tarihinde, hastane bünyesinde birleştirilmiştir. Yeni hizmet binasına 01.02.2013 tarihinde taşınmıştır ve halen 455 yatak ile hizmet vermektedir. Karaman Devlet Hastanesi Acil Serviste 61 sağlık personeli ile günlük ortalama 1 500'ün üzerinde hastaya hizmet verilmektedir.

Acil servis; triyaj, dokuz yataklı sarı alan 1, dokuz yataklı sarı alan 2, yeşil alan, on yataklı çocuk müşahede, iki yataklı kadın doğum müşahede, enjeksiyon ve pansuman odası, resüsitasyon odası, çocuk hasta muayene odaları, hekim ve hemşire dinlenme odası, acil röntgen, hasta kayıt birimi ve depo alanlarından oluşmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastalara triyaj uygulanmaktadır. Acil servis triyajı, triyaj eğitimi almış sağlık görevlisi tarafından yapılır. Triyaj görevlisi bekleme salonuna acil servis girişine acil servisin diğer alanlarına yakın yerde bulunmaktadır. Triyaj görevlisi hasta başvurusunda hastanın yakınmalarını dinler genel durumu ve vital bulgularını dikkate alarak aldığı eğitim doğrultusunda hastayı polikliniklere veya acil servise yönlendirir ve her hasta için "Acil Hasta Triyaj ve Gözlem Formu" doldurulur ve ilgili acil bölümüne teslim edilir. Acil müdahale gerektiren hallerde hastayı triyaj alanında bekletmeksizin acil servise alır. Resüsitasyon gerektiren hallerde hasta bekletmeksizin ve resüsitasyon ekibine haber vererek resüsitasyon alanına alır.

Hastanın her türlü yönlendirmelerinde hastanın güvenli nakli ve taşınması için gerekli tedbirleri almaktadır.

Çocuk Acil Servis’de triaj sonrası değerlendirilen çocuk hastaların, çocuk hasta muayene odalarında sırasıyla muayenesi yapılır. Doktor tarafından müşahede altına alınmasına karar verilen çocuklar müşahedeye alınır ve tedavileri burada yapılır. Müşahede altındaki çocukların tedavi ve takiplerini müşahedede görevli sağlık personeli yapar. Bu alanda görevli 3 hemşire çalışmaktadır.

### **2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Karaman Devlet Hastanesi Çocuk Acil Servisine ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğa sahip 18 yaş üstü anneler oluşturmaktadır. 2018 yılında çocuk acil servise herhangi bir nedenle başvuran 1-5 yaş arası çocuk sayısı 36 344, ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuk sayısı 1 386’dır. Mart-Nisan-Mayıs aylarında çocuk acil servise 1-5 yaş arası başvuran çocuk sayısı 9 668, ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuk sayısı 849’dur.

Örneklem büyüklüğü Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan sağlık çalışmalarında örneklem hesaplaması rehberine göre; %95 güven aralığında, 0,03 hata payı ve %95 güç ile 203 kişi olarak belirlendi (Lwanga ve Lemeshow, 1991). Ancak veri kaybı olabileceği düşünüldüğünden 320 anneye ulaşılması hedeflendi.

Araştırmanın verileri Mart-Mayıs 2019 tarihleri arasında toplandı. Araştırmada toplam 320 anneden elde edilen veriler değerlendirildi.

#### **Araştırmaya dahil edilme kriterleri**

- ✓ Annelerin 19 yaş ve üzerinde olması,
- ✓ Annelerin 1-5 yaş arası çocuğa sahip olması,
- ✓ Araştırmaya katılmayı isteme,
- ✓ Belirlenen tarihler arasında Karaman Devlet Hastanesine ateş şikayeti ile başvurma,
- ✓ İletişimle ilgili problemi olmaması (Türkçe biliyor olmak).

#### **Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri**

- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmeme
- ✓ 1-5 yaş arası çocuğa sahip olmama

✓ 19 yaş altında anne olma

### **Araştırmanın kısıtlılıkları**

Çalışmanın tek merkezde yapılacak olması, katılımın gönüllülük esasına dayanması, ankete verilecek yanıtların annelerin söylemine bağlı olup, gözleme dayanmaması araştırmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

### **2.4. Verilerin Toplanması**

Çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğa sahip annelere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi aktarılmış, yüz yüze görüşme yapılarak soru formu ve Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Ölçeği Türkçe Versiyonu uygulanmıştır. Çalışma verileri, kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra, annelerle çocukları muayene olmadan önce 10-15 dakika süresince bekleme salonunda yüz yüze görüşülerek ve annelere veri toplama formundaki sorular yöneltilerek elde edildi. Annelerin, Çocuk Acil Servis'in yoğun ve çocuklarının ateşli olmasından dolayı endişe düzeyleri yüksek seviyede idi. Veri formundaki soruların atlanma ihtimaline karşılık soru formu yüz yüze soru-cevap şeklinde dolduruldu. Araştırma evrenindeki Çocuk Acil Servis gündüz, gece ve haftasonu vardiyası dikkate alınarak daha çok mesai çıkışı olmak üzere haftada 4 kere ziyaret edildi.

### **2.5. Soru Formu**

Araştırmada kullanılacak soru formu, Çocuk Acil Servisine ateş şikayetiyle başvuran 1-5 yaş arası çocuğu olan annelerin çocukluk çağı ateşinin yönetimi konusundaki bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Yiğit ve ark., 2003; Altinkalem Dalkıran, 2007; Esenay ve ark., 2007; Celasin, 2008; Koçoğlu Barlas, 2009; Altun ve ark., 2011; Bölükbaşı, 2011; Halıcıoğlu ve ark., 2011; Demir, 2012; Polat ve ark., 2012; Çınar ve ark., 2014; Özkan ve Öztürk, 2015; Yalnızoğlu ve ark., 2015).

Soru formu; annelerin tanıtıcı özelliklerini ve çocukları ateşlendiğinde annelerin yaptıkları uygulamaları değerlendiren altısı açık uçlu olmak üzere toplam 36 sorudan oluşmaktadır. 36 sorunun 14 tanesi annenin ve çocukların sosyodemografik özelliklerini, 22 tanesi annelerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarını ölçmeyi amaçlamıştır.

## 2.6. Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Ölçeği Türkçe Versiyonu

Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Ölçeğinin Türkçe versiyonu (Parent Fever Management Scale Turkish version), Türk ebeveynlerinin çocukluk çağı ateş yönetimi uygulamalarını belirlemede etkili bir araçtır. Bu 8 maddelik ölçek, anne-baba eğitiminin, ateşli dönemlerde bakım yükünü azaltacak ve reçete edilmemiş ilaçların ve sağlık hizmetlerinin aşırı kullanılmasının azaltılabileceği alanları tanımlamaktadır.

Ebeveynlerin çocukluk çağı ateşi yönetimiyle ilgili uygulamalarını ölçmek için orijinal Ebeveyn Ateşi Yönetimi Ölçeği (Parent Fever Management Scale) Walsh ve ark. (2008) tarafından Avustralya nüfusunda pediatri ve ölçek geliştirme konusunda Avustralyalı uzmanlardan oluşan bir panelde içerik geçerliliği için test edilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonu Altun ve ark. (2011) tarafından yapılmış, kapsam geçerliliği üç uzman, bir çocuk doktoru, bir akademisyen pediatri hemşiresi ve temel hemşirelik alanında bir akademisyen tarafından incelenmiş ve geçerliliği yüksek bulunmuştur ( $\alpha = 0.80$ ). Küçük değişiklikler yapılan ölçek, dilin kolay anlaşılıp anlaşılmadığının değerlendirilmesi için ana çalışmaya dahil edilmeyen 10 ebeveyn ile pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Yapısal / yakınsak geçerlilik doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanmıştır ( $\alpha = 0.80$ ) (Altun ve ark., 2011).

Ölçek; çocuk ateşlendiğinde ateşini ölçerim, ateşinin kaç derece olduğunu bilmek isterim, bol bol su içiririm, ateş düşürücü ilaç kullanırım, gece boyunca onu kontrol ederim, onunla aynı odada uyurum, gece ateş düşürücü ilaç vermek için uykudan uyandırırım ve doktora götürürüm şeklinde 8 maddeden oluşmaktadır (1; asla, 2 ; nadiren, 3; bazen, 4 ; çoğunlukla, 5; her zaman). Ölçekten alınabilecek en küçük-en yüksek puan değeri 8-40 aralığında olmaktadır. Yüksek puanlar daha fazla oranda ateş yönetimi uygulamalarını, düşük puanlar daha az oranda ateş yönetimi uygulamalarını ifade etmektedir (Altun ve ark., 2011).

## 2.7. Etik Durum

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'dan 2019/07 tarih sayılı etik izin, Karaman Valiliği İl Sağlık

Müdürlüğü Karaman Devlet Hastanesi'nden yasal izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden anneler bilgilendirilmiş onay formu imzalatılmıştır.

## **2.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler SPSS 21 paket programında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-maks değer, ki kare, cronbach alfa, ANOVA, t testi, Bonferonni İleri Analizi ve Korelasyon analizi ile değerlendirildi.



### 3. BULGULAR

Bulgular beş bölümde verildi.

#### 3.1. Ebeveynlerin ve Çocukların Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Araştırma kapsamındaki annelerin %36,9'u (n=118) 33-39 yaş arasında, %33,4' ü (n=107) yükseköğrenim mezunu ve %57,2' si (n=183) ev hanımı, babaların %43,1' i (n=43,1) yükseköğretim mezunu ve %34,4' ü serbest meslek sahibi idi. Annelerin %84,1' i il merkezinde yaşamakta, %54,7' si (n=175) geliri giderine eşit ekonomik durumuna sahip, %86,3'ü (n=276) çekirdek aile tipinde olduğunu bildirdi (Çizelge 3.1).

Evde yaşayan kişi sayısı ortalama  $4,26 \pm 1,24$  (min=3, maks=8), çocuk sayısı ortalama  $2,01 \pm 0,97$  (min=1, maks=6), çocukların yaş ortalaması ise  $2,90 \pm 1,37$  (min=1, maks=5) idi. Anneler, %50,3 (n=161) oranında erkek ve %72,2 (n=231) tek çocuğa sahip idi. Hastaneye başvurdıkları çocuklarının sırası %42,8 (n=137) oranında ilk çocuk idi (Çizelge 3.1).



**Çizelge 3.1.** Ebeveynlerin ve çocukların demografik özelliklerine ait bilgiler (n=320).

Demografik Özellikler	Sayı (%)
<b>Yaş</b>	
19-25 yaş	60 (18,8)
26-32 yaş	104 (32,5)
33-39 yaş	118 (36,9)
40 ve üstü yaş	38 (11,9)
<b>Annenin eğitim durumu</b>	
İlkokul	57 (17,8)
Ortaokul	66 (20,6)
Lise	90 (28,1)
Yükseköğrenim	107 (33,4)
<b>Annenin mesleği</b>	
Memur	90 (28,1)
İşçi	35 (10,9)
Serbest	12 (3,8)
Ev hanımı	183 (57,2)
<b>Babanın eğitim durumu</b>	
İlkokul	39 (12,2)
Ortaokul	47 (14,7)
Lise	96 (30)
Yükseköğrenim	138 (43,1)
<b>Babanın mesleği</b>	
Memur	106 (33,1)
İşçi	97 (30,3)
Serbest	110 (34,4)
Emekli	7 (2,2)
<b>Yaşanılan yer</b>	
Köy	16 (5)
İlçe	35 (10,9)
İl merkezi	269 (84,1)
<b>Ekonomik durum</b>	
Geliri giderinden az	52 (16,3)
Geliri giderine eşit	175 (54,7)
Geliri giderinden fazla	93 (29,1)
<b>Aile tipi</b>	
Çekirdek	276 (86,3)
Geniş	44 (13,8)
<b>Çocuğun cinsiyeti</b>	
Kız	159 (49,7)
Erkek	<b>161 (50,3)</b>
<b>1-5 yaş arası çocuk sayısı</b>	
1 çocuk	<b>231 (72,2)</b>
2 ve üzeri çocuk	89 (27,8)
<b>Çocuğun sırası</b>	
1.çocuk	<b>137 (42,8)</b>
2.çocuk	126 (39,4)
3.çocuk	37 (11,6)
4 ve üzeri çocuk	20 (6,3)

### 3.2. Annelerin Ateşe Yönelik Tecrübe ve Uygulamaları ile İlişkili Bulgular

Çocukların (n=65) ateş şikayetlerine ek olarak halsizlik (%24,6, n=16), boğaz ağrısı (%27,7, n=18), ishal kusma (%47,7, n=31) şikayetlerinin olduğu belirlendi. Anneler %98,4 oranında çocuklarının daha önce de ateşlendiğini ve sağlık kuruluşuna başvurduklarını (%97,5, n=312), ateş durumunda en fazla çocuğun havale geçirmesinden (%55,9, n=179) endişe ettiklerini, çocuğun vücudu sıcaksa ateşli olduğunu anladıklarını (%33,4, n=107), çocuğun ateşli olduğunu anladıklarında ateşini ölçtüklerini (%95,6, n=306) ve %37,8 (n=121) ateşi koltuk altından otomatik derece ile ölçtüklerini bildirdi. Anneler %44,1 (n=141) oranında koltuk altı ölçümü tercih etmekte idi. Vücut sıcaklığının normal değerini anneler %88,4 (n=283) oranında bildiklerini ifade etti ve 38-38,9°C vücut sıcaklığını ateş olarak değerlendirdi.

Çocuklarının ateşi yükseldiğinde annelerin %32,2'si (n=103) ilk uygulama olarak çocuğun üzerindeki kıyafetleri çıkardıkları, ılık uygulamayı %30 oranında (n=96) tüm vücuda ve ılık su ile (%41,3, n=132) yaptıkları, %45 (n=144) 38-38,9°C ateşte doktorun daha önceden verdiği (%46,9, n=150) ateş düşürücüyü, 4 saatte bir (%44,4, n=142) verdikleri, çocuğun ateşi düşmezse hastaneye başvurdukları (%89,7, n=287) ve çocuklarının ateşini 15 dakikada bir (%44,1, n=141) ölçtükleri belirlendi. Annelerin %64,4'ünün (n=206) ateş yönetimi konusunda bilgi almadığı, bilgi alanların %36,3'ünün doktordan bilgi aldığı belirlendi. Annelerin ateşle ilgili tecrübe ve uygulamaları Çizelge 3.2' de verildi.

Annelerin evdeki ateş ölçümleri ortalama  $38,36 \pm 0,79$  (min=36,79, maks=42), hastanede ölçülen ateş ölçüm değeri ortalama  $38,13 \pm 0,78$  (min=36,40, maks=40,1) idi ve 39°C' de anneler endişe ettiklerini (n=100) bildirdi.

**Çizelge 3.2.** Annelerin ateşe yönelik tecrübe ve uygulamaları (n=320).

<b>Tecrübe ve Uygulamalar</b>	<b>Sayı (%)</b>
<b>Ateşle birlikte görülen şikayet (n=65)</b>	
Halsizlik	16 (24,6)
Boğaz ağrısı	18 (27,7)
İshal kusma	<b>31 (47,7)</b>
<b>Çocuğun daha önce de ateşlenme durumu</b>	
Evet	<b>315 (98,4)</b>
Hayır	5 (1,6)
<b>Daha önce ateş nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurulma durumu</b>	
Evet	<b>312 (97,5)</b>
Hayır	8 (2,5)
<b>Çocuğunun ateşlenmesinin endişelendirme durumu</b>	
Evet	<b>320 (100)</b>
Hayır	<b>0 (0)</b>
<b>Ateşin en çok endişelendirme sebebi</b>	
Havale	<b>179 (55,9)</b>
Ölüm	58 (18,1)
Beyin zararı	83 (25,9)
<b>Çocuğun ateşi olduğunu anlama şekli</b>	
Vücut sıcaksa	<b>107 (33,4)</b>
Cildine dokunarak	70 (21,9)
Bakarak	57 (17,8)
El ayak soğuk ise	49 (15,3)
Üşüyorsa	37 (11,6)
<b>Ateş ölçme durumu</b>	
Evet	<b>306 (95,6)</b>
Hayır	14 (4,4)
<b>Ateş ölçme yöntemi</b>	
Kulaktan ölçen otomatik termometre ile	59 (18,4)
Koltuk altından ölçen otomatik termometre ile	<b>121 (37,8)</b>
Ağızdan ölçen otomatik termometre ile	8 (2,5)
El ile	41 (12,8)
Civalı termometre ile	27 (8,4)
Alın İnfrared termometre ile	64 (20)
<b>Ateş ölçümünde tercih edilen bölge</b>	
Koltuk altı	<b>141 (44,1)</b>
Kulaktan	57 (17,8)
Ağızdan	14 (4,4)
Rektal	3 (,9)
Alından	105 (32,8)
<b>Vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade etme durumu</b>	
Evet	<b>283 (88,4)</b>
Hayır	37 (11,6)
<b>Yüksek ateş olarak değerlendirilen vücut ısı</b>	
36-36,9°C	15 (4,7)
37-37,9°C	123 (38,4)
38-38,9°C	<b>145 (45,3)</b>
39-39,9°C	32 (10,0)
40°C ve üzeri	5 (1,6)
<b>Ateş varlığında yapılan ilk uygulama</b>	
Sağlık kuruluşuna başvururum	16 (5)
Hemen ılık duş aldırırım	19 (5,9)
Üzerindekileri çıkarırım	<b>103 (32,2)</b>
Ilık uygulama yaparım	32 (10)
Sirkeli suyla silerim	38 (11,9)
Ateş düşürücü veririm	86 (26,9)
Soğuk uygulama	26 (8,1)

**Çizelge 3.2 (Devam). Annelerin ateşe yönelik tecrübe ve uygulamaları (n=320).**

<b>Tecrübe ve Uygulamalar</b>	<b>Sayı (%)</b>
<b>İlk uygulamanın ne ile yapıldığı</b>	
Soğuk su	91 (28,4)
Ilık su	<b>132 (41,3)</b>
Duş şeklinde	26 (8,1)
Sirke	71 (22,2)
<b>Ateş düşürücü ilaçların verildiği vücut sıcaklığı değeri</b>	
37-37,9°C	109 (34,1)
38-38,9°C	<b>144 (45)</b>
39-39,9°C	60 (18,8)
40°C ve üzeri	7 (2,2)
<b>Ateş düşürücü ilaçların verilme şekli</b>	
Doktor reçetesine göre	94 (29,4)
Daha önce ateşlendiği dönemdeki doktorun verdiği ilacından veririm	<b>150 (46,9)</b>
Evde hangi ateş düşürücü ilaç varsa onu veririm	76 (23,8)
<b>Ateş düşürücü ilaçların kullanım sıklığı</b>	
Doktor önerisine uygun	92 (28,8)
4 saatte bir	<b>142 (44,4)</b>
Ateşinin yükseldiğini düşündüğüm her zaman	66 (20,6)
Yakınlarıma sorarım	20 (6,3)
<b>Ateş düşmezse yapılan girişim</b>	
Doktora götürürüm	<b>287 (89,7)</b>
Beklerim	33 (10,3)
<b>Ateş ölçüm sıklığı</b>	
15 dk	<b>141 (44,1)</b>
30 dk	129 (40,3)
1 saat	33 (10,3)
2 saat	9 (2,8)
4 saat	8 (2,5)
<b>Ateş yönetimi konusunda eğitim alma durumu</b>	
Evet	113 (35,3)
Hayır	<b>207 (64,7)</b>
<b>Ateş yönetimi konusunda kimden bilgi alındığı (N=113)</b>	
Doktor	<b>41 (12,8)</b>
Hemşire/ebe	28 (8,8)
TV	28 (8,8)
Komşu/akraba/arkadaş	16 (5)

### **3.3. Annelerin Eğitim Durumu ile Ateş Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması ile İlişkili Bulgular**

Anne eğitim durumu ile ateş bilgi ve uygulamalarının karşılaştırmaları Çizelge 3.3' te verildi. Buna göre; anne eğitim durumu ile ateş ölçme yöntemi, ateş ölçümünde tercih edilen bölge, vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade etme durumu, ateş varlığında yapılan ilk uygulama, ateş düşürücü ilaçların kullanım sıklığı, ateş yönetimi konusunda kimden bilgi alındığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0,05$ ). İlkokul, ortaokul ve lise mezunları en yüksek oranda koltuk altından ölçen otomatik termometre ile ölçüm yaptıklarını belirtirken, yüksekokul mezunları en yüksek oranda kulaktan ölçen otomatik termometre ile ölçüm yaptıklarını belirtti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ( $p<0,05$ ). İlkokul, ortaokul ve lise mezunları en yüksek oranda koltuk altından ölçümü tercih ederken, yüksekokul mezunları en yüksek oranda alından ölçümü

tercih ettiklerini belirtti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ( $p<0,05$ ). İlkokul mezunları %68,4 oranında vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade ederken yüksekokul mezunlarının %97,2'si vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade etmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ( $p<0,05$ ). Eğitim düzeyi arttıkça vücut sıcaklığının normal değerini bilme yüzdesinin arttığı belirlendi. İlkokul, ortaokul ve lise mezunları en yüksek oranda çocuklarının ateşi çıktığında ilk uygulama olarak ateş düşürücü verdiklerini yüksekokul mezunları ise çocuğun kıyafetlerini çıkardığını ifade etti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). İlkokul, ortaokul ve lise mezunları en yüksek oranda ateş düşürücü ilaçları 4 saate bir verdiklerini, yüksekokul mezunları ise en yüksek oranda doktor önerisine göre ateş düşürücü verdiklerini ifade etti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). İlkokul mezunları en yüksek oranda ateşle ilgili bilgiyi komşu ve arkadaşlarından, ortaokul mezunları hemşire/ebe den, yüksekokul mezunları ise doktordan aldıklarını ifade etti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). İlkokul ve lise mezunları  $37-37,9^{\circ}\text{C}$  vücut ısısını ateş düşürücü vermek için sınır kabul ederken ortaokul ve yükseköğrenim mezunları  $38-38,9^{\circ}\text{C}$  vücut ısısını ateş düşürücü vermek için sınır kabul ettiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ( $p<0,05$ ). İlkokul mezunları ateş düşürücü vermek için çoğunlukla çocuklarını uykudan uyandırdıklarını ifade ederken ortaokul, lise ve yükseköğrenim mezunları daima uyandırdıklarını belirtti ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).

Anne eğitim durumu ile çocuğun ateşi olduğunu anlama şekli, evde ölçülen ateş değeri, ateş düşürücünün verilme şekli, ateş düşmezse yapılan girişim, ateş ölçüm sıklığı, ateş yönetimi konusunda eğitim alma, yüksek ateş olarak değerlendirilen vücut ısısı ve çocukla aynı odada uyuma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ). Annenin çocuğunun ateşini yükseldiğini belirleme yöntemleri ile eğitim durumu ve 1-5 yaş çocuk sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 3.3.** Anne eğitim durumu ile ateş bilgi ve uygulamalarının karşılaştırılması (N=320).

Ateş bilgi ve uygulamaları	Anne eğitim durumu				$\chi^2/ p$
	İlkokul (n=57) n (%)	Ortaokul (n=66) n (%)	Lise (n=90) n (%)	Yükseköğrenim (n=107) n (%)	
<b>Ateş ölçme yöntemi</b>					
Kulaktan ölçen otomatik termometre ile	6 (10,5)	4 (6)	13 (14,4)	<b>36 (33,6)</b>	69,748 <b>,000</b>
Koltuk altından ölçen otomatik termometre ile	<b>25 (43,9)</b>	<b>30 (45,5)</b>	<b>38 (42,2)</b>	28 (26,2)	
Ağızdan ölçen otomatik termometre ile	3 (5,3)	1 (1,4)	3 (3,3)	1 (1)	
El ile	12 (21)	11 (16,7)	12 (13,3)	6 (5,6)	
Cıvalı termometre ile	8 (14)	11 (16,7)	7 (7,8)	1 (1)	
Alın İnfrared termometre ile	3 (5,3)	9 (13,7)	17 (19)	35 (32,6)	
<b>Ateş ölçümünde tercih edilen bölge</b>					
Koltuk altı	<b>30 (52,6)</b>	<b>39 (59)</b>	<b>43 (47,8)</b>	29 (27,1)	54,186 <b>,000</b>
Kulaktan	5 (8,8)	3 (4,5)	13 (14,4)	36 (33,6)	
Ağızdan	7 (12,3)	2 (3,1)	4 (4,4)	1 (1)	
Rektal	0	2 (3,1)	1 (1,2)	0	
Alından	15 (26,3)	20 (30,3)	29 (32,2)	<b>41 (38,3)</b>	
<b>Vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade etme durumu</b>					
Evet	<b>39 (68,4)</b>	<b>59 (89,4)</b>	<b>81 (90)</b>	<b>104 (97,2)</b>	30,635 <b>,000</b>
Hayır	18 (31,6)	7 (10,6)	9 (10)	3 (2,8)	
<b>Ateş varlığında yapılan ilk uygulama</b>					
Sağlık kuruluşuna başvururum	3 (5,3)	3 (4,5)	3 (3,3)	7 (6,5)	50,219 <b>,000</b>
Hemen ılık duş aldırırım	4 (7)	2 (3,1)	6 (6,7)	7 (6,5)	
Üzerindekileri çıkarırım	10 (17,5)	17 (25,6)	22 (24,4)	<b>54 (50,5)</b>	
Ilık uygulama yaparım	5 (8,8)	9 (13,7)	10 (11,1)	8 (7,5)	
Sirkeli suyla silerim	15 (26,3)	7 (10,6)	14 (15,6)	2 (1,9)	
Ateş düşürücü veririm	<b>16 (28,1)</b>	<b>18 (27,3)</b>	<b>26 (28,9)</b>	26 (24,3)	
Soğuk uygulama	4 (7)	10 (15,2)	9 (10)	3 (2,8)	
<b>Ateş düşürücü ilaçların kullanım sıklığı</b>					
Doktor önerisine uygun	11 (19,3)	17 (25,6)	19 (21,1)	<b>45 (42)</b>	20,029 <b>,018</b>
4 saatte bir	<b>26 (45,6)</b>	<b>29 (43,9)</b>	<b>44 (48,9)</b>	43 (40,2)	
Ateşinin yükseldiğini düşündüğüm her zaman	13 (22,8)	16 (24,2)	23 (25,6)	14 (13)	
Yakınlarıma sorarım	7 (12,3)	4 (6,3)	4 (4,4)	5 (4,8)	
<b>Ateş yönetimi konusunda kimden bilgi alındığı (N=113)</b>					
Doktor	4 (23,5)	4 (17,5)	<b>11 (45,8)</b>	<b>22 (44,9)</b>	36,586 <b>,000</b>
Hemşire/ebe	1 (5,6)	<b>8 (34,8)</b>	3 (12,5)	16 (32,7)	
TV	4 (23,5)	5 (21,7)	10 (41,7)	9 (18,4)	
Komşu/akraba/arkadaş	<b>8 (47)</b>	6 (26)	0	2 (4)	

**Çizelge 3.3 (devam).** Anne eğitim durumu ile ateş bilgi ve uygulamalarının karşılaştırılması (N=320).

Ateş bilgi ve uygulamaları	Anne eğitim durumu				$\chi^2 / p$
	İlkokul (n=57) n (%)	Ortaokul (n=66) n (%)	Lise (n=90) n (%)	Yükseköğrenim (n=107) n (%)	
<b>Ateş düşürücü ilaç verme vücut ısısı değeri</b>					
37-37,9°C	<b>26 (45,6)</b>	26 (39,4)	<b>38 (42,2)</b>	19 (17,8)	32,287
38-38,9 °C	19 (33,3)	<b>28 (42,5)</b>	32 (35,6)	<b>65 (60,8)</b>	<b>,000</b>
39-39,9 °C	8 (14)	11(16,7)	18 (20)	23 (21,4)	
40 °C ve üzeri	4 (4,1)	1 (1,4)	2 (2,2)	0	
<b>Ateş Düşürücü Vermek İçin Uyandırma</b>					
Asla	1 (1,8)	1(1,5)	1 (1,1)	4 (3,7)	29,477
Nadiren	9 (15,6)	8 (12,2)	10 (11,1)	11(10,3)	<b>,003</b>
Bazen	14 (24,6)	20 (30,3)	24 (26,7)	30 (28)	
Çoğunlukla	<b>28 (49,1)</b>	16 (24,2)	17 (18,9)	25 (23,4)	
Daima	5 (8,9)	<b>21 (31,8)</b>	<b>38 (42,29)</b>	<b>37 (34,6)</b>	

### 3.4. Annelerin Bazı Özellikleri ile Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile İlişkili Bulgular

Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinden aldıkları min-maks puanlar, puan ortalamaları ve chronbach alfa değeri Çizelge 3.4'te verildi. Buna göre; annelerin ölçek puan ortalamalarının  $33,39 \pm 4,4$  (min:19, maks:40), ölçeğin chronbach alfa değerinin .77 olduğu belirlendi.

**Çizelge 3.4.** Annelerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları min-maks puanlar, puan ortalamaları ve chronbach alfa değeri.

Min-maks puanlar	Puan ort±SS	Chronbach alfa	Madde sayısı
19-40	33,39±4,4	0.77	8

Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile eğitim durumlarının karşılaştırılması Çizelge 3.5'te verildi. Buna göre; eğitim durumu ile ölçekten alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0,05$ ). Fark yaratan grubun ilkokul mezunu oldukları belirlendi. En yüksek ölçek puan ortalamasına sahip grup yükseköğrenim mezunları idi.

**Çizelge 3.5.** Annelerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile eğitim durumlarının karşılaştırılması

	İlkokul (n=57) Ort±SS	Ortaokul (n=66) Ort±SS	Lise (n=90) Ort±SS	Yükseköğrenim (n=107) Ort±SS	F/ p
Ölçek puan ortalamaları	31,22±4,66**	33,13±3,96	33,85±4,67	34,33±3,92	6,948/ ,000*

\* $p < 0,05$  olduğundan istatistiksel olarak anlamlıdır.\*\*Bonferonni testi ile yapılan ileri analizde fark yaratan grubun ilkokul mezunları oldukları belirlendi.

Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile ekonomik durumlarının karşılaştırılması Çizelge 3.6' da verildi. Buna göre; ekonomik durum ile ölçekten alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0,05$ ). Fark yaratan grubun geliri giderinden az olan



grup olduğu belirlendi. En yüksek ölçek puan ortalamasına sahip grup geliri giderinden fazla olan grup idi.

**Çizelge 3.6.** Annelerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile ekonomik durumlarının karşılaştırılması.

	Geliri giderinden	Geliri	Geliri	F/ p
	az (n=52)	giderine eşit	giderinden fazla	
	Ort±SS	(n=175)	(n=93)	
		Ort±SS	Ort±SS	
Ölçek puan ortalamaları	31,01±4,20	33,35±4,59	34,22±3,99	4,222/ 0,016*

\*p<0,05 olduğundan istatistiksel olarak anlamlıdır.\*\*Bonferonni testi ile yapılan ileri analizde fark yaratan grubun geliri giderinden az olan grup olduğu belirlendi.

Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinden aldıkları puan ortanca değer ile ateş ölçüm tekrar sıklığı durumlarının karşılaştırması Çizelge 3.7’de verildi. Buna göre; ateş ölçüm tekrar sıklığı durumu ile ölçekten alınan puan ortanca değer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0,05). Fark yaratan ve en yüksek ortanca değere sahip grup 15 dakikada bir ölçüm yapan grup idi.

**Çizelge 3.7.** Annelerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları puan ortanca değer ile ateş ölçüm tekrar sıklığı durumlarının karşılaştırılması

	15 dk	30 dk	1 saat	2 saat	4 saat	KW/ p
	(n=141)	(n=129)	(n=33)	(n=9)	(n=8)	
	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	
	değer	değer	değer	değer	değer	
Ölçek puanı ortanca değer	174,86	158,70	128,79	105,94	88,31	15,561/ ,004*

\*p<0,05 olduğundan istatistiksel olarak anlamlıdır.\*\*Bonferonni testi ile yapılan ileri analizde fark yaratan grubun 15 dk da bir ölçüm yapan grup olduğu belirlendi.

Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile ateş düşmeyince yapılan girişimin karşılaştırılması Çizelge 3.8’ de verildi. Buna göre; ateş düşmeyince yapılan girişim ile ölçekten alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0,05). Ateş düşmeyince doktora gidenlerin puan ortalamaları bekleyenlere oranla daha yüksek idi.

**Çizelge 3.8.** Annelerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile ateş düşmeyince yapılan girişimin karşılaştırılması

	Doktora Gitme (n=287) Ort±SS	Bekleme (n=33) Ort±SS	t/p
Ölçek puan ortalaması	33,82±4,06	29,69±5,51	5,304/ ,000*

\*p<0,05 olduğundan istatistiksel olarak anlamlıdır.

Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile yaş grupları, meslek, ateş yönetimi konusunda eğitim aldığı kişi, 1-5 yaş çocuk sayısı, çocuk sırası, çocuğun cinsiyeti, ateş konusunda eğitim alma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

### **3.5. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puanları ile Bazı Değişkenlerin Korelasyonu ile İlgili Bulgular**

Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği puanları ile çocuk sayısı, çocuk yaşı, evdeki ateş ölçüm değerinin korelasyonu Çizelge 3.9’da verildi. Buna göre; ölçek puanları ile çocuk sayısı ve evdeki ateş ölçüm değeri arasında zayıf negatif yönde anlamlı düzeyde ilişki belirlendi (p<0,05). Çocuk sayısı ve evdeki ateş ölçüm değeri arttıkça ölçekten alınan puanlar azalmakta idi. Ölçek toplam puanları ile çocuğun yaşı arasında anlamlı ilişki bulunamadı (p>0,05).

**Çizelge 3.9.** Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puanları ile çocuk sayısı, çocuk yaşı, evdeki ateş ölçüm değerinin korelasyonu

	Ölçek toplam puanı	Çocuk sayısı	Çocuğun yaşı	Evde ölçülen ateş değeri
Ölçek toplam puanı				
Pearson Korelasyon	1	-,187	,016	-,151
p		,001*	,779	,012*
N	320	320	320	320

\*p<0,05 olduğundan istatistiksel olarak anlamlıdır.



#### 4. TARTIŞMA

Çocukluk çağının en sık problemlerinden biri olan ateş aileleri en çok endişelendiren ve acil servislere en sık başvuru nedenlerinden biridir. Bu kadar sık görülmesinden dolayı ailenin ateşli çocuğa yaklaşımı, ateş ile ilgili bilgi düzeyi büyük önem arz etmektedir. Ateş çocukluk döneminde bu kadar sık görülmesine rağmen yapılan birçok araştırmada annelerin ateş ile ilgili bilgileri yetersiz olarak bulunmuştur (Esenay ve ark., 2007; Halıcıoğlu ve ark., 2011; Eliaçık ve ark., 2012). Ateş korkusu nedeniyle annelerin bilinçsiz ve yanlış uygulamaları ciddi problemlere neden olabilmektedir (Crocetti ve ark., 2001). Çocuklarda ateş olması aileleri tedirgin etmekte, ateş yükseldikçe endişe ve korkuları artmaktadır. Ateş ile ilgili bilinmesi gerekenler özellikle ateşin tanımı, ölçüm yöntemi, uygun ateş düşürücünün uygun dozda ve aralıkta kullanımınıdır. Bu nedenle çocuğun bakımından sorumlu kişilerin özellikle annelerin çocukluk çağında görülen ateşli durumlar ve yönetimi ile ilgili konularda bilgilendirilmesi; hem çocuğa yapılan gereksiz uygulamaları, hem yetersiz ve gecikmiş müdahaleleri engelleyecek, hem de sağlık kuruluşlarına bu nedenle yapılan yersiz başvuruları azaltacaktır (Kara, 2003; Walsh ve ark., 2006).

Bulgulara paralel olarak tartışma 4 bölümde sunuldu.

İlk defa Dr. Schmith tarafından ifade edilen “ateş fobisi” ebeveynlerin ateşe, ateş yönetimine ve yanında getirdiği hastalıklara yönelik hatalı bilgilerle bağlantılı korkularını ifade etmek için kullanılan bir terimdir (Schmitt, 1980; Chiappini ve ark., 2012). Ateşin beyin hasarı ve havaleye sebep olabileceği fikri ebeveynlerin acil servise korkuyla başvurmalarını, çocuklarıyla ateşli dönemde aynı odada uyumalarını, ilaç vermek için çocuklarını uykudan uyandırmalarını beraberinde getirmektedir (Chang ve ark., 2013; Çınar ve ark., 2014; Dong ve ark., 2015). Aslında ateşin yüksek olması ve hastalığın ciddi seyretmesi arasında pozitif bir bağlantı olduğu kanıtlanmamıştır (Dong ve ark., 2015). Bu çalışmada annelerde ateşin en çok endişelendirme nedeni; %55,9 oranında havale, %25,9 oranında beyin hasarı ve %18,1 oranında ölüm olarak bulunmuştur. Çalışma bulgularına benzer şekilde pek çok çalışmada da ateşin en çok endişelendiren sonucu havale geçirme olarak belirtilmiştir (Esenay ve ark., 2007; Oshikoya ve Senbanjo, 2008; Chiappini ve ark., 2012; Nerkiz ve ark., 2012; Çöl, 2013; Köksal ve ark., 2014; Temel ve ark., 2016; Abdinia ve Khalilzadeh, 2017; Kilicaslan ve ark., 2018). Bazı araştırmalarda

ise ateşin en çok endişelendiren sonucu olarak en çok beyin hasarı bulunmuştur (Chang ve ark., 2013; Sa'ed ve ark., 2013).

Çocukluk çağındaki ateşli durumlara müdahale edebilmek için öncelikle ateşin doğru tanımlanması ve uygun yöntemle ölçülmesi gerekmektedir. Bu amaçla annelerin evde termometre bulundurması ve doğru bir şekilde bunu kullanması önemlidir. Bu çalışmada annelerin ateş varlığını %87,2 oranında termometre kullanarak tespit ettiği belirlendi. Literatürde ailelerin termometre kullanım oranlarının %53-%92,3 arasında değiştiği bildirilmektedir (Karwowska ve ark., 2002; Baysoy ve ark., 2005; Saz ve ark., 2009; Halıcıoğlu ve ark., 2011; Çataklı ve ark., 2012; Çöl, 2013; Köksal ve ark., 2014; Suluhan ve ark., 2016; Gunduz ve ark., 2016; Temel ve ark., 2016; Abdinia ve Khalilzadeh, 2017). Bu çalışmada diğer çalışmalara paralel olarak termometre kullanımının yaygın olduğu bulundu. Diğer yandan ateşin dokunarak subjektif olarak değerlendirilmesi oranı; Celasin ve ark. (2008) yaptığı çalışmada %77,2, Oshikoya ve Senbanjo (2008) yaptığı çalışmada %83,3, Bebiş ve ark. (2013) yaptığı çalışmada %59,4, Sa'ed ve ark. (2013) yaptığı çalışmada %65, Yavuz ve ark. (2017) yaptığı çalışmada %54, Agrawal ve ark. (2017) yaptığı çalışmada %85,4 tespit edilip oldukça yüksek bulunmuştur. Temel ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada bu oran %26 olarak daha düşük düzeyde bulunmuştur. Benzer olarak bu çalışmada da bu oran %12,8 olarak bulunmuştur. Bu sonuç; ebeveynlerin yıllar içerisinde subjektif uygulamalar yerine objektif uygulamayı seçtiklerini göstermesi açısından önemlidir.

Aileler ateş ölçme aracı seçiminde; maliyeti düşük, kullanımı kolay, çabuk netice veren araçlara karar vermektedir (Hockenberry, 2013; Smith, 2014). Bu çalışmada annelerin %37,8'i ateş ölçer olarak koltuk altı ateş ölçer cihazını, %44,1'i ise ölçüm yeri olarak koltuk altını tercih etmekteydi (Çizelge 3.2). Çalışma bulguları ailelerin hem ateş ölçer aracı hem de ölçüm yeri olarak koltukaltının diğerlerine göre daha çok tercih edildiğini gösteren diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Baysoy ve ark., 2005; Celasin ve ark., 2008; Halıcıoğlu ve ark., 2011; Çataklı ve ark., 2012; Raffaelli ve ark., 2016).

Çalışmada annelerin %37,8'i ateşi koltuk altından dijital derece, %20'si alından infrared derece, %18,4'ü kulaktan ölçen dijital derece, %12,8'i el ile dokunma, %8,4'ü civalı derece, %2,5'i ağızdan ölçen dijital derece ile ölçmekteydi. Bu oranlara göre anneler ateş ölçmek için %58,7 oranında dijital termometre

kullanmaktaydı. Chiappini ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada dijital termometre kullanma oranı %65, Nerkiz ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada %65, Raffaeli ve ark. (2016)'nin yaptığı çalışmada %61 olarak bulmuş olup bu oranlar bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Al-Nouri ve Basheer (2005), Irak' ta yaptığı çalışmada civalı termometre kullanım oranı % 8, Raffaeli ve ark. (2016), İtalya'da yaptığı çalışmada bu oran % 22, Nerkiz ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada ise %23 olarak bulmuştur. Genel olarak bakıldığında en çok tercih edilen termometre çeşidinin dijital termometreler olduğu görülmüştür.

Ateş, beden ısısının anormal bir duruma verilen cevap olarak gün içerisindeki ortalama değerin üstünde seyretmesi olarak belirtilmektedir (Yılmaz, 2017). Bu çalışmada; annelerin ateş olarak algılanan vücut ısısını, 36-36,9°C arasında değerlendiren %4,7; 37-37,9 °C arasında değerlendiren %38,4; 38-38,9°C arasında değerlendiren %45,3; 39-39,9°C arasında değerlendiren %10 ve 40°C ve üzerini değerlendiren %1,6 olarak bulundu (Çizelge 3.2). Buradan yola çıkılarak annelerin ateşi değerlendirme oranı bu çalışmada 38°C ve üzeri %56,9; 38°C altında ise %43,1 olarak bulunmuştur. Yapılan başka pek çok araştırmada 38°C ve üstünü ateş olarak algılama yüzdesi yüksek olarak tespit edilmiştir (Baysoy ve ark., 2005; Demir ve Bayat, 2005; De Bont, 2014; Kılıç ve ark., 2016; Kilicaslan ve ark., 2018). Halıcıoğlu ve ark. (2011)'nin çalışmasında annelere vücutta ateş olarak tanımladıkları beden sıcaklık değeri sorulduğunda annelerin %18,3'ünün bu hususta bir bilgisinin olmadığı, %23,6'sının da 37°C'nin üstündeki değerleri ateş olarak algıladıkları bulunmuştur. Temel ve ark. (2016)'nin çalışmasında annelerin %84,7'si 37-38,5°C, %14,7'si de 39-40,5 °C vücut sıcaklığını ateş olarak algılarken, %59,3'ü 39-40,5°C vücut sıcaklığını yüksek ateş olarak belirtmektedir. Esenay ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada ateş sınırını doğru tanımlayan annelerin oranı %25,5 olarak bulunmuş olup, 38°C ve altındaki aksiller ölçümleri ateş olarak kabul eden annelerin oranı %61 olarak bulunmuştur. Yine başka bir çalışmada %81 oranında 38°C altındaki dereceler ateş olarak algılanmıştır (Chang ve ark., 2013). Yapılan çalışmalar bu çalışma bulgularına paralel olarak annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumlarının yüksek olduğunu ancak, ateş ve yüksek ateş değerlerini tam olarak bilmediklerini göstermektedir.

Çalışmada çocuklarının ateşi yükseldiğinde annelerin %32,2 oranında yaptığı ilk uygulama çocuğunun giysilerini çıkartmak olup diğerleri ise sırasıyla ateş

düşürücü ilaç verme (%26,9), sirkeli su ile silme (%11,9), ılık uygulama yapma (%10), soğuk uygulama yapma (%8,1), ılık duş aldırma (%5,9) ve sağlık kuruluşuna başvurma (%5) olarak bulundu (Çizelge 3.2). Karaca Çiftçi ve Beklen (2014)'nin yaptıkları araştırmada annelerin ateş varlığında yaptığı ilk üç uygulama bu araştırmadaki sıralamayla aynıydı. Yapılan bir çok araştırmada da ateş düşürmede en çok tercih edilen ilk uygulama çocuğun giysilerini çıkarma şeklinde bulunmuş olup bu çalışma ile benzer sonuçlar elde etmiştir (Oshikoya ve Senbanjo, 2008; Halıcıoğlu ve ark., 2011; Eliaçık ve ark., 2012; Türker ve ark., 2015; Temel ve ark., 2016; Raffaelli ve ark., 2016). Gerçekleştirilen bazı araştırmalarda ateş düşürücü ilaç vermek ilk tercih olarak belirlenmiştir (Walsh ve ark., 2008; Celasin ve ark., 2008; Çöl, 2013). Başka araştırmalarda ise en çok yapılan ilk uygulama ; annelerin çocuğa ılık duş yaptırması olarak bulunmuştur ( Nerkiz ve ark., 2012; Bebiş ve ark., 2013; Kılıcaslan ve ark., 2018).

Çalışmada ılık uygulamanın ne ile yapıldığına anneler tarafından verilen cevaplar; %41,3 oranında ılık su, %28,4 oranında soğuk su ve %22,2 oranında sirkeli su idi (Çizelge 3.2). Celasin ve ark.(2008) yaptıkları çalışmada ise %80,6 gibi oldukça yüksek oranda soğuk suyla yapıldığı bulunmuştur. Ilık uygulama doğru şekilde gerçekleştirilirse ateş yönetiminde doğru bir müdahale olarak gösterilebilir. Bu sebeple annelerin soğuk su veya alkol-sirkeli su ile ılık uygulama yapılmasından uzak durulması konusunda bilgilendirmeye ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Çocuklarda; yüksek ateş sırasında uygulanacak hatalı veya bilinçsizce yapılan müdahaleler, ölüme kadar giden kötü sonuçlara sebep olabilir. Bu sebeple, ateş sırasında alınması gereken tedbirler ve zamanında uygulanacak müdahaleler hayati önem arz etmektedir. Ülkemizde geleneksel müdahalelerin çokluğu ve toplumun eğitim düzeyi de değerlendirilecek olursa komplikasyon gelişme olasılığı daha da artmaktadır (Celasin ve ark., 2008). Yüksek ateşin düşürülmesinde ailelerin başvurduğu geleneksel ve yanlış uygulamalar da bulunmaktadır. Bu çalışmada annelerin ateşi düşürmede başvurduğu uygulamalar arasında soğuk uygulama (%8,1) gibi hatalı uygulama da yer almaktadır (Çizelge 3.2). Halıcıoğlu ve ark. (2011)'nin yaptıkları çalışmada ailelerin %33'ü, Eliaçık ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada ailelerin %16,8'i, Türker ve ark. (2015)'nin yaptıkları çalışmada annelerin %2,4'ü, Raffaelli ve ark. (2016)'nin yaptıkları çalışmada ailelerin %13'ü ateşi düşürmede soğuk uygulamayı kullandığı bildirilmiştir. Bu değerlere göre yıllar geçtikçe soğuk

uygulama oranında azalma olurken, bu çalışmada bulunan sonuç (%8,1) da bu azalmayı doğrular şekildedir. Yapılan bazı çalışmalarda ise soğuk uygulama yapma oranları %50 ve üzerinde belirlenerek oldukça yüksek bulunmuştur (Sa'ed ve ark., 2013; Rajput ve ark., 2014).

Araştırmada annelerin ateşi düşürmede başvurduğu geleneksel ve hatalı uygulamalar arasında %11,9 oranında sirkeli su ile silme yer almaktaydı (Çizelge 3.2). Yapılan birçok çalışmada da ateşi düşürmede sirkeli su ile silme uygulaması bu çalışmadaki orana yakın değerde bulunmuştur (Celasin ve ark., 2008; Nerkiz ve ark., 2012; Eliaçık ve ark., 2012; Karaca Çiftçi ve Beklen, 2014; Kılıç ve ark., 2016; Temel ve ark., 2016; Sezici, 2019). Bu çalışmalardan farklı olarak Çöl, (2013)'ün çalışmasında bu oran %40,5 olarak oldukça yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada yer almayan ancak başka çalışmalarda yer alan; çocuğu limon kolonyası, gül suyu ve alkol ile silme, ilaç olarak antibiyotik, öksürük şurubu ve aspirin içirme, çocuğu kalın giydirip terletme, çocuğu battaniyeye sarma, demli çayın içine aspirin karıştırıp çocuğa içirme, zeytin yağ içine aspirin, limon suyu, karabiber karıştırıp çocuğun vücuduna sürme, çocuğun vücuduna vicks sürme ve hiçbir uygulama yapmadan çocuğu ateşli bir durumda günlerce evde bekletme gibi yanlış ve geleneksel uygulamaları da yaptıkları tespit edilmiştir (Demir ve Bayat, 2005; Celasin ve ark., 2008; Halıcıoğlu ve ark., 2011; Eliaçık ve ark., 2012; Çöl, 2013; Dong ve ark., 2015; Temel ve ark., 2016; Kılıç ve ark., 2016; Agrawal ve ark., 2017; Abdinia ve Khalilzadeh, 2017).

Ailelerin çocuklardaki ateş ile ilgili bilgi yetersizliği ve bu duruma bağlı ateş konusundaki korkuları sıklıkla ateş düşürücü ilaçların kullanımına neden olmaktadır (Purssell ve Collin, 2016). Çoğu zaman ateş düşürücü ilaçlar boş yere ya da yanlış doz ve aralıkta kullanılmaktadır (Athamneh ve ark., 2014; Betz ve Grunfeld, 2006). Bu bilgiler ışığında ateş düşürücü ilaçların kaç derece ısıda verildiği de mühimdir. Bu araştırmada anneler çocuklarına 38°C ve üzeri sıcaklıkta %66 , 37-37,9°C sıcaklıkta %34,1 oranında ateş düşürücü ilaç verdiğini ifade etti (Çizelge 3,2). Yapılan başka bir çalışmada da bu çalışma bulgularına benzer şekilde annelerin 38°C ve üzeri sıcaklığa %67,8 oranında ateş düşürücü ilaç verdikleri tespit edilmiştir (Kilicaslan ve ark., 2018). Diğer bir çalışmada ise 38°C ve altı sıcaklıkta ateş düşürücü ilaç kullanma oranı (%70) oldukça yüksek bulunmuştur (Matziou ve ark.,



2008). Bu sonuçlar doğrultusunda annelerin ateş düşürücü ilaçları hangi vücut sıcaklığında kullanma ili ilgili hatalı uygulama yaptıkları görülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin ateş düşürücü ilaç verilme şekli incelendiğinde %46,9'u daha önce ateşlendiği dönemdeki doktorun verdiği ilacı, %29,4'ü doktorun reçete ettiği ilacı, %23,8'i ise evde bulunan herhangi bir ateş düşürücüyü kullanmaktaydı (Çizelge 3.2). Bu verilere göre araştırmada annelerin %70,7'si çocuklarına ateş düşürücü ilacı doktor reçetesi olmadan vermekteydi. Bu çalışma bulgularına benzer olarak Suluhan ve ark. (2016)'nın yaptıkları çalışmada annelerin %88.5'inin çocuğunda ateş varlığı durumunda doktor reçetesi olmadan ateş düşürücü ilaç kullandığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise ailelerin %46'sı ateş düşürücü ilaç kaynağı olarak doktorun reçete ettiği, %24'ü eski hastalıktan kalma, %4'ü kardeşinden kalma ilacı kullanmaktaydı (Sa'ed ve ark., 2013). Bu sonuçlar; annelerin büyük bir kısmının ateş korkusu ve antipiretik ilaç kullanımı konularında sağlık personeli tarafından bilgilendirilmeye gereksinimlerinin olduğunu ortaya çıkarması bakımından oldukça önemlidir.

Ateşi düşürmede en çok kullanılan ateş düşürücü ilaçlar asetaminofen ve ibuprofen'dir. Asetaminofen her 4-6 saatte bir kullanılırken, ibuprofen ise 6-8 saatte bir kullanılabilir (Nield ve Kamat, 2016). Çalışmada annelere ateş düşürücü ilaçların kullanım sıklığı sorulduğunda; %44'ü 4 saat ara ile, %28,8'i doktor önerisine uygun, %20,6'sı ateşin yükseldiğini düşündüğü her zaman, %6,3'ü yakınlarına sormak olarak yanıtlamışlardır (Çizelge 3.2). Kilicaslan ve ark. (2018)'nin çalışmasında annelerin ateş düşürücü ilaçları en çok 4 saat ara ile (%60,4) kullandığı bulunmuştur. Yapılan bazı araştırmalarda ise ebeveynlerin büyük bir kısmının ateş düşürücü ilaçları gereğinden daha kısa aralıklarla kullandığı tespit edilmiştir (Crocetti ve ark., 2001; Matziou ve ark., 2008; Erkek ve ark., 2010). Bu verilere göre çalışmada ateş düşürücü ilaçların kullanım sıklığı ile ilgili hatalı uygulamalar da bulunmaktadır.

Araştırmada annelerin %89,7'si çocuğunun ateşi düşmediğinde doktora götürmeyi %10,3'ü ise evde beklemeyi tercih etmekteydi (Çizelge 3.2). Yapılan başka çalışmalarda da bu çalışma sonuçlarına benzer sonuçlar bulunmaktaydı (Celasin ve ark., 2008; Karaca Çiftçi ve Beklen, 2014; Kilicaslan ve ark., 2018). Bu sonuç, annelerin çocukları ateşlendiğinde yüksek seviyede endişe duyduklarını göstermektedir.

Çalışmada annelerin %64,7'sinin (n=207) ateş yönetimi konusunda bilgi almadığı, bilgi alanların (%35,3); %36,3'ünün doktordan, %25'inin hemşire/ebeden, %25'inin TV'den, %14'ünün ise komşu/akraba/arkadaştan bilgi aldığı belirlendi (Çizelge 3,2). Bu verilere göre çalışmada ateş yönetiminde bilgi kaynağı olarak en çok sağlık personeli gösterilmiştir (%61,3). Rajput ve ark. (2014)'nin yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların %59'u, Chiappini ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada ailelerin %67' si, Crocetti ve ark. (2001)'nin yaptığı çalışmada ebeveynlerin % 46' sı bilgi kaynağı olarak doktorları göstermiştir. Bu çalışma ve yapılan birçok çalışmada da en çok gösterilen bilgi kaynağı sağlık çalışanlarıydı. Annelerin ateş durumunda ilk olarak doktora başvurmaları ve sağlık personelinin bilgi kaynağı olması tercih edilen güvenli bir durumdur. Çalışmaya katılan annelerin %64,7'sinin ateş yönetimi konusunda bilgi almamış olması, gerek doktorların gerekse hemşirelerin sağlık eğitimi ve danışmanlık etkinliklerinde eksik kaldıklarını düşündürmektedir.

Bu çalışmada ilkokul mezunu annelerin %21'inin, ortaokul mezunu annelerin %16,7'sinin, lise mezunu annelerin %13,3'ünün, yükseköğrenim mezunu annelerin %5,6'sının ateşi elle ölçtüğü belirtilmiştir (Çizelge 3.3). Bu verilere göre anne eğitim durumu ile ateş ölçme yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0,05$ ). Çalışmada eğitim seviyesi yükseköğrenim olan annelerin termometre kullanma oranı %94,4 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe termometre kullanma ve ateşi doğru tanımlama oranının arttığı görülmüştür. Araştırma sonucuna benzer olarak Celasin ve ark. (2008) ve Köksal ve ark. (2014), Karaca Çiftçi ve Beklen (2014)'nin çalışmalarında da annelerin eğitim düzeyi arttıkça ateşi doğru şekilde belirleme oranları artmaktaydı. Ailelerin bu yöntemin güvenilirliğinin düşük olduğu konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Böylece ateşin bu yöntemle gerçekte olandan daha yüksek olarak algılanması ve bu nedenle antipiretik ilaç verilmesi gibi gereksiz müdahaleler engellenebilir.

Koltuk altı ateş ölçer ile ısı ölçümünün, kullanımı basittir; ama koltuk altı bölgesinin büyük arterlere yakın olmaması ve çevre şartlarından etkilenmesi sebebiyle sonuçları tutarsız çıkabilmektedir (Smith, 2014). Kulaktan ateş ölçer ile ısı ölçümü, ateşin hipotalamusa yakın bir bölgeden ölçülmesini sağladığından ateş ölçümünde daha doğru neticeler çıkabilmektedir (Duru ve ark., 2012). Araştırmada

anne eğitim durumu ile ateş ölçme yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0,05$ ). Buna göre ilkokul (%43,9), ortaokul (%45,5) ve lise (%42,2) mezunu anneler en yüksek oranda koltuk altı ateş ölçer cihazını kullandıklarını belirtirken, eğitim düzeyi yükseköğrenim (%26,2) olan anneler en yüksek oranda kulaktan ölçen otomatik termometre ile ölçüm yaptıklarını belirtmiştir (Çizelge 3.3). Bu verilere göre çalışmada eğitim düzeyi arttıkça daha doğru ateş belirleme yöntemi kullanan annelerin oranı artmıştır. Çalışmada eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul olan annelerin civalı termometre kullanma oranı %30,7 bulunmuş olup bu oran lise düzeyinde %7,8; yükseköğrenim düzeyinde %1 olarak belirtilmiştir. Burdan yola çıkarak araştırmada eğitim düzeyi arttıkça annelerin ateş ölçüm aracı olarak civalı termometre kullanım oranları azalmıştır.

Çalışmada anneler vücut sıcaklığının normal değerini %88,4 oranında bildiklerini ifade etti ve 38-38,9°C vücut sıcaklığını ateş olarak değerlendirdi. İlkokul mezunu olan anneler %68,4 oranında vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade ederken yüksekokul mezunlarının %97,2'si vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade etmiştir (Çizelge 3.3). Halıcıoğlu ve ark. (2011)'nin yapmış olduğu çalışmada annelerin normal vücut ısısını doğru bilme oranı %79 olup, Temel ve ark. (2016), ise bu oranı %84,7 olarak bulmuştur. Çalışmada diğer çalışmalara paralel olarak annelerin eğitim düzeyi arttıkça vücut sıcaklığının normal değerini bilme yüzdesinin arttığı belirlenmiştir.

Çalışmada anne eğitim durumu ile ateş olarak değerlendirilen vücut ısısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Benzer olarak başka bir çalışmada da eğitim durumu ile ateş olarak değerlendirilen vücut ısısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Kılıç ve ark., 2016). Bu sonuç annelerin eğitim düzeyinden bağımsız olarak ateşi yönetme sırasında yaşanan panik durumuna bağlı olabilir. Buna karşın Halıcıoğlu ve ark. (2011)'nin, çalışmasında eğitim seviyesiyle ateşi tanımlama arasında anlamlı ilişki olduğu eğitim düzeyi arttıkça ateş kavramını doğru algıladıkları belirtilmiştir.

Çalışmada ilkokul, ortaokul ve lise mezunu anneler en yüksek oranda çocuklarının ateşi çıktığında ilk uygulama olarak ateş düşürücü verdiklerini yüksekokul mezunu anneler ise çocuğun üstündekileri çıkardıklarını ifade etmiştir. Araştırmada ateş düşürmek için çocuğunu sirkeli su ile silen; ilkokul, ortaokul ve lise mezunu otuzaltı, yükseköğrenim mezunu iki anne var idi (Çizelge 3.3). Bu

verilerden yola çıkarak; annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe yapılan doğru uygulamalarda artış, yanlış ve geleneksel uygulamalarda azalma gözlenmektedir. Bu çalışma bulgularına benzer olarak Eliaçık ve ark. (2012)'nin çalışmasında; annelerin eğitim düzeyi arttıkça kolonya ve sirkeli su ile silme, soğuk uyulama yapma gibi sakıncalı uygulamaların azaldığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

Çalışmada ilkokul, ortaokul ve lise mezunu anneler en sık oranda ateş düşürücü ilaçları 4 saat ara ile verdiklerini, yüksekokul mezunu anneler ise en sık oranda doktor önerisine göre ateş düşürücü verdiklerini ifade etmiştir (Çizelge 3.3). Buna göre annelerin eğitim düzeyi arttıkça bu uygulamayı doğru yapma oranı da artmaktadır.

Çalışmada ilkokul mezunu annelerin en yüksek oranda ateşle ilgili bilgiyi komşu ve arkadaşlarından, ortaokul mezunu annelerin hemşire/ebeden, yüksekokul mezunu annelerin ise doktordan aldıkları belirlenmiştir (Çizelge 3.3). Bu sonuca göre annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe kullandığı bilgi kaynaklarının güvenilirliği artmıştır.

Çalışmada ilkokul mezunu anneler 37-37,9°C aralıktaki vücut ısısını ateş düşürücü vermek için sınır kabul ederken, yükseköğrenim mezunu annelerin 38-38,9 °C aralıktaki vücut ısısını ateş düşürücü vermek için sınır kabul etmiştir (Çizelge 3.3). Bu veriler doğrultusunda çalışmada eğitim düzeyi arttıkça ateş düşürücü ilaç verilen sıcaklık değeri artmaktaydı. Annelerin her ateşi düşürmek zorunda kaldığı düşüncesini değiştirmek, bilhassa düşük dereceli ateş durumunda gereksiz yere ilaç verilmesinin önüne geçilmesi yapılması gereken doğru müdahalelerden olacaktır.

Bu çalışmada anne eğitim durumu ile ateş düşürücünün verilme kaynağı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Köksal ve ark. (2014)'nin yaptıkları çalışmada ise doktor önerisi ile ateş düşürücü verme oranının annelerin eğitim düzeyi düştükçe istatistiksel olarak arttığı saptanmıştır ( $p< 0,01$ ).

Çalışmada ilkokul mezunu anneler ateş düşürücü vermek için çoğunlukla çocuklarını uykudan uyandırdıklarını ifade ederken ortaokul, lise ve yükseköğrenim mezunu anneler daima uyandırdıklarını belirtmiştir. Bu veriler doğrultusunda annelerin eğitim düzeyi arttıkça ateşe dair korkularının da arttığı gözlemlenmektedir. Gündüz ve ark. (2016)'nin çalışmasında da benzer olarak anne eğitim düzeyi arttıkça duydukları endişe düzeyi de artmaktadır. Annelerin bu korkularının azalması için

ateşin gerçekte bedenin doğal koruyucu mekanizmalarından olduğunu, ateş değerinin artmış olmasının her daim hastalığın ne kadar ciddi olduğunun göstergesi olmadığı, pek çok ateşin tedavi edilmesine gerek olmadığı konusunda annelere daha sık bilgilendirmeler yapılabilir.

Ailelerin ateş yönetmedeki girişimlerini belirlemek için geliştirilen 'Parental Fever Management Scale (PFMS)' ölçeğinin Walsh ve ark. (2008)'nin araştırmasında Cronbach alfa değeri kapsadığı 7 madde için  $\alpha=0.70$ ; Altun ve ark. (2011)'nin yaptığı araştırmada Cronbach alfa değeri kapsadığı 8 madde için  $\alpha=0.80$ ; Çınar ve ark. (2014)'nin yaptığı araştırmada Cronbach alfa değeri kapsadığı 8 madde için  $\alpha=0.77$  ve Sa'ed ve ark. (2013)'nin yaptığı araştırmada Cronbach alfa değeri kapsadığı 7 madde için  $\alpha=0.73$  olarak yüksek bulundu. Bu çalışmada da Cronbach alfa değeri kapsadığı 8 madde için  $\alpha=0.77$  olarak yüksek bulundu. Bu sonuca göre PFMS-TR ölçeği Türk ailelerin çocukluk dönemi ateş yönetimi girişimlerini değerlendirmede etkin bir araç olarak kullanılabilir. Walsh ve ark. (2008)'nin çalışmasında PFMS ölçeği puanı ortalaması 17,2 puan, Altun ve ark. (2011)'nin çalışmasında 34,52 puan, Sa'ed ve ark. (2013)'nin çalışmasında 26,5 puan, Çınar ve ark. (2014)'nin çalışmasında 33,54 puan ve bu çalışmada bu ortalama  $33,39\pm 4,4$  (min:19, maks:40) puan olarak belirlenirken; PFMS-TR puanının yüksek olmasıyla ateş korkusu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmada da ölçek puanının yüksek olması annelerin ateş ile ilgili korku düzeyinin yüksek olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

Çalışmaya katılan annelerin PFMS-TR'den aldıkları puan ortalamalarının ve ortanca değerlerin en yüksek olduğu grupların yükseköğrenim mezunu, geliri giderinden fazla, 15 dakikada bir ölçüm yapan ve ateş düşmeyince doktora giden anneler olduğu belirlendi. Bu çalışmanın diğer bulguları da bu bulguları destekler nitelikte idi. Sa'ed ve ark. (2013)'nin çalışmasında PFMS puanı ile günlük ateş düşürücü ilaç kullanım sıklığı arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Walsh ve ark. (2008)'nin araştırmasında eğitim seviyesi ile ailelerin ateşle ilgili korku düzeyleri arasında negatif bir ilişki bulunurken Çınar ve ark (2014)'nin çalışmasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmada annelerin PFMS-TR puanları ile çocuk sayısı, çocuk yaşı, evdeki ateş ölçüm değerinin korelasyonu sonucuna göre; ölçek puanları ile çocuk sayısı ve evdeki ateş ölçüm değeri arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlendi ( $p<0,05$ ).

Çocuk sayısı ve evdeki ateş ölçüm değeri arttıkça ölçekten alınan puanlar azalmaktaydı. Çocuk sayısı ile ortalama puan arasındaki bu negatif ilişki annelerin tecrübelerinin arttıkça ateş ile ilgili daha az korku hissettiği şeklinde yorumlanabilir.



## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada annelerin ateş konusundaki bilgi ve uygulamalarını gözden geçirip, hatalı bilgi ve uygulamaları ortaya çıkararak ateş ile ilgili hazırlanacak eğitimlerde yol gösterici olmak amaçlandı.

Araştırma sonuçlarına göre annelerin;

- ✓ %98,4 oranında çocuklarının daha önce de ateşlendiğini ve sağlık kuruluşuna başvurdukları (%97,5, n=312),
- ✓ Ateş durumunda en fazla çocuğun havale geçirmesinden (%55,9, n=179) endişe ettikleri,
- ✓ Çocuğun vücudu sıcaksa ateşli olduğunu anladıkları (%33,4, n=107),
- ✓ Ateş varlığını %87,2 oranında termometre ile ölçerek tespit ettikleri,
- ✓ Ateş ölçüm aracı olarak %78,8 dijital termometre kullandıkları,
- ✓ Ateş ölçüm yeri olarak %44,1 koltuktan ölçüm yaptıkları,
- ✓ Evdeki ateş ölçüm değerinin ortalama  $38,36 \pm 0,79$  (min=36,79, maks=42) olduğu,
- ✓ Hastanede ölçülen ateş ölçüm değerinin ortalama  $38,13 \pm 0,78$  (min=36,40, maks=40,1) olduğu,
- ✓ Ateş değeri olarak %45,3 oranında 38-38,9 derece üzerini kabul ettikleri,
- ✓ 39°C ateşte endişe ettikleri (n=100),
- ✓ %45'inin ateş 38-38,9 olunca ateş düşürücü verdikleri,
- ✓ Ateş varlığında ilk yapılan uygulama olarak %32,2 oranında üzerindeki çıkarmak olduğu,
- ✓ Ilık uygulamayı %30 oranında (n=96) tüm vücuda ve ılık su ile (%41,3, n=132) yaptıkları,
- ✓ %45 (n=144)'inin 38-38,9°C ateşte doktorun daha önceden verdiği (%46,9, n=150) ateş düşürücüyü, 4 saatte bir (%44,4, n=142) verdikleri,
- ✓ Çocuğun ateşi düşmezse hastaneye başvurdukları (%89,7, n=287) ve çocuklarının ateşini 15 dakikada bir (%44,1, n=141) ölçtükleri,
- ✓ %64,4'ünün (n=206) ateş yönetimi konusunda bilgi almadığı, bilgi alanların %36,3'ünün doktordan bilgi aldığı,
- ✓ %44,4'ünün ateş düşürücü ilaçları 4 saat ara ile, %28,8'inin doktor önerisine uygun verdiği belirlendi.

- ✓ Eğitim durumu ile ateş ölçme yöntemi, ateş ölçümünde tercih edilen bölge, vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade etme durumu, ateş varlığında yapılan ilk uygulama, ateş düşürücü ilaçların kullanım sıklığı, ateş yönetimi konusunda kimden bilgi alındığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0,05$ ).
- ✓ İlkokul, ortaokul ve lise mezunları en yüksek oranda koltuk altından ölçen otomatik termometre ile ölçüm yaptıklarını belirtirken, yüksekokul mezunları en yüksek oranda kulaktan ölçen otomatik termometre ile ölçüm yaptıklarını belirtmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.
- ✓ İlkokul mezunlarının %68,4'ü vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade ederken, yüksekokul mezunlarının %97,2'si vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade etmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ( $p<0,05$ ). Eğitim düzeyi arttıkça vücut sıcaklığının normal değerini bilme yüzdesinin arttığı belirlendi.
- ✓ İlkokul, ortaokul ve lise mezunları en yüksek oranda çocuklarının ateşi çıktığında ilk uygulama olarak ateş düşürücü verdiklerini yüksekokul mezunları ise çocuğun üstündekileri çıkardıklarını ifade etmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).
- ✓ İlkokul, ortaokul ve lise mezunları en yüksek oranda ateş düşürücü ilaçları 4 saate bir verdiklerini, yüksekokul mezunları ise en yüksek oranda doktor önerisine göre ateş düşürücü verdiklerini ifade etmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).
- ✓ İlkokul mezunları en yüksek oranda ateşle ilgili bilgiyi komşu ve arkadaşlarından, ortaokul mezunları hemşire/ebe den, yüksekokul mezunları ise doktordan aldıklarını ifade etmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).
- ✓ İlkokul ve lise mezunları 37-37,9°C vücut ısısını ateş düşürücü vermek için sınır kabul ederken ortaokul ve yükseköğrenim mezunları 38-38,9 °C vücut ısısını ateş düşürücü vermek için sınır kabul ettiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).
- ✓ Araştırma sonuçlarına göre annelerin; eğitim durumu ile ateş ölçme yöntemi, ateş ölçümünde tercih edilen bölge, vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade etme durumu, ateş varlığında yapılan ilk uygulama, ateş düşürücü vermek için sınır kabul edilen değer, ateş düşürücü ilaçların kullanım sıklığı, ateş



yönetimi konusunda kimden bilgi alındığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0,05$ ).

- ✓ PFMS-TR ölçeğinde ortalama alınan puanın  $33,39\pm 4,4$  (min:19, maks:40) olduğu görüldü ve bu yüksek değer annelerin ateş konusunda ne kadar endişeli olduklarını gösterdi.
- ✓ PFMS-TR ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile eğitim durumlarının karşılaştırılmasına göre; eğitim durumu ile ölçekten alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0,05$ ). Fark yaratan grubun ilkokul mezunu oldukları belirlendi. En yüksek ölçek puan ortalamasına sahip grup yükseköğrenim mezunlarıydı.
- ✓ PFMS-TR ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile ekonomik durumlarının karşılaştırılmasına göre; ekonomik durum ile ölçekten alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0,05$ ). Fark yaratan grubun geliri giderinden az olan grup olduğu belirlendi. En yüksek ölçek puan ortalamasına sahip grup geliri giderinden fazla olan grup olarak belirlendi.
- ✓ PFMS-TR ölçeğinden aldıkları puan ortanca değer ile ateş ölçüm tekrar sıklığı durumlarının karşılaştırılmasına göre; ateş ölçüm tekrar sıklığı durumu ile ölçekten alınan puan ortanca değer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p<0,05$ ). Fark yaratan ve en yüksek ortanca değere sahip grup 15 dakikada bir ölçüm yapan grup idi.
- ✓ Ölçek puanları ile çocuk sayısı ve evdeki ateş ölçüm değeri arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlendi ( $p<0,05$ ). Çocuk sayısı ve evdeki ateş ölçüm değeri arttıkça ölçekten alınan puanlar azalmakta idi.

Sonuç olarak; çalışma verileri önceki senelerde bu konuyla ilgili, ülkemizde ve yurt dışında yapılmış diğer çalışmalardaki verilerle karşılaştırıldığında, annelerin ateş ile ilgili bilinç düzeylerinin ve doğru müdahalelerinin seneler içinde artış gösterdiği yönündedir. Fakat çalışma sonuçları hala annelerin yüksek ateş sınırları, ateşi düşürmede yapılan uygulamalar, ateş düşürücü ilacın verilme şekli, kullanım sıklığı, ateş ölçüm sıklığı ve antipretik kullanılan vücut ısısı konuları ile ilgili yanlış ve eksik bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. Bunun sonucunda anneler çocukta olası komplikasyonlara neden olabilmekte ve acil servislere gereksiz yere başvurabilmektedir. Bu konu ile ilgili annelerin ateş yönetim başarısını arttırmak için, özellikle sağlık personeli tarafından bilinçlendirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Muayeneler, müşahade altına alınmalar, yatışlar fırsat olarak görülmeli, annelere ateşi doğru tanılama, vücut sıcaklığını ölçüm yöntemleri, vücut sıcaklığının normal aralığı, sağlık kuruluşuna hangi durumda başvurmaları gerektiği, reçete edilen antipiretik ilaçların hangi durumda, hangi sıklıkta kullanılması gerektiği konusunda eğitim verilmesi,
- Konuyla ilgili farklı popülasyonda araştırmaların yapılması,
- Kamu spotlarıyla, özellikle hastanelerin acil servislerinde kolaylıkla görülebilecek yerlere yerleştirilen afiş ve broşürlerle ateş yönetimi konusunda annelerin bilinçlendirilmesinin sağlanması gerekmektedir.
- Annelerin çocukluk çağında görülen ateşli durumlar ve yönetimi ile ilgili konularda bilgilendirilmesi; hem çocuğa yapılan gereksiz uygulamaları, hem yetersiz ve gecikmiş müdahaleleri engelleyecek, hem de sağlık kuruluşlarına bu nedenle yapılan yersiz başvuruları azaltacaktır.

## 6. KAYNAKLAR

- Abdinia, B., ve Khalilzadeh, H., (2017). Assessment of Knowledge and Performance of the Parents at the Management of Fever in Children. *International Journal of Pediatrics*, 5(12), 6485-6493.
- Agrawal, R.P., Bhatia, S.S., Kaushik, A. ve Sharma, C. M., (2017). Perception of fever and management practices by parents of pediatric patients. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 1(4), 397-400.
- Akinbami, F.O., Orimadegun, A.E., Tongo, O.O., Okafor, O.O. ve Akinyinka, O.O., (2010). Acil serviste çocuklarda ateşin saptanması: Nijeryalı çocuklarda dokusal ve rektum sıcaklıklarının karşılaştırılması. *BMC araştırma notları* , 3 (1), 108.
- Altınkalem, D., (2007). Annelerin Ateş ve Ateşli Havale ile İlgili Bilgi Düzeyleri. Uzmanlık Tezi, *T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.*, İstanbul.
- Altun, İ., Cınar, N.D., ve Walsh, A. M., (2011). Psychometric properties of the parents' fever management scale in a Turkish population. *HealthMED: Journal of Society for Development in New Net Environment in B&H*, 5(3), 567-575.
- Anonim, (2019). National Institute for Health and Care Excellence (NICE)., Fever in under 5s: assessment and initial management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143/resources/fever-in-under-5s-assessment-and-initial-management-pdf-66141778137541-> (erişim tarihi: 02.11.2019).
- Arıkan, Z., Tekşam, Ö., Kara, A. ve Kale, G., (2012). Ateş yakınması ile çocuk acile başvuran hastalarda uygunsuz dozda ateş düşürücü kullanma sıklığının ve nedenlerinin belirlenmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 47(2), 114-118.
- Asgar Pour, H., Yavuz, M., (2010). Vücut sıcaklığındaki yükselmenin (ateşin) hemodinamik parametrelere etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 73-79.
- Athamneh, L., El-Mughrabi, M., Athamneh, M., Essien, E.J., Abughosh, S., (2014). Parent's knowledge, attitudes and beliefs of childhood fever management in Jordan: a cross-sectional study. *Journal of applied research on children: Informing policy for children at risk*, The Texas Medical Center, 5,1-8.
- Bakır, M., Toprak, D., (2006). Ateş patogenezi ve tedavi. *Klinik Çocuk Forumu*, 6(1), 22-28
- Batr, P., Faridi, M.M., Saha, A., (2012). Thermometry in children, *J Emergencies, Trauma and Shock* 5(3):246–249.
- Baysoy, G., Aydoğmuş, T., Akın, D. ve Uyan, A.P., (2005). Annelerin çocuklarındaki ateşle ilgili bilgi tutum ve davranışları Orijinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*, 40(4).
- Bebiş, H., Coşkun, S., Açık, C. ve Özdemir, S., (2013). 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Yüksek Ateşe İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6).
- Betz, M.G. ve Grunfeld, A.F., (2006). 'Fever phobia'in the emergency department: a survey of children's caregivers. *European Journal of Emergency Medicine*, 13(3), 129-133.
- Bölükbaşı, S., (2011). 0-4 yaş çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşleri. Yüksek lisans Tezi. *Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*. Lefkoşa.

- Celasin, N.Ş., 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.
- Ceyhan, M., (2007). Ateş Patogenezi . *Katkı Pediatri Dergisi*, 29(4), 351-358.
- Chang, L.C., Liu, C.C. ve Huang, M.C., (2013). Parental knowledge, concerns, and management of childhood fever in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 21(4), 252-260.
- Chiappini, E., Parretti, A., Becherucci, P., Pierattelli, M., Bonsignori, F., Galli, L. ve de Martino, M., (2012). Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children. *BMC pediatrics*, 12(1), 97.
- Craig, J.V., Lancaster, G.A., Williamson, P.R. ve Smyth, R.L., (2000). Temperature measured at the axilla compared with rectum in children and young people: systematic review. *Bmj*, 320(7243), 1174-1178.
- Crocetti, M., Moghbeli, N. ve Serwint, J., (2001). Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years?. *Pediatrics*, 107(6), 1241-1246.
- Çataklı, T., Can, V. ve Dallar, Y., (2012). Annelerin ateş düşürücü kullanma bilgileri yeterli mi. *Journal of Pediatric Infection*, 6, 139-43.
- Cinar, N. D., Altun, I., Altınkaynak, S. ve Walsh, A., (2014). Turkish parents' management of childhood fever: a cross-sectional survey using the PFMS-TR. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17(1), 3-10.
- Çöl, N., (2013). Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı: bilgi, tutum ve uygulamaları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 7(1), 27-32.
- De Bont, E.G., Francis, N.A., Dinant, G.J. ve Cals, J.W., (2014). Parents' knowledge, attitudes, and practice in childhood fever: an internet-based survey. *Br J Gen Pract*, 64(618), e10-e16.
- De, S., Tong, A., Isaacs, D. ve Craig, J.C., (2014). Parental perspectives on evaluation and management of fever in young infants: an interview study. *Archives of disease in childhood*, 99(8), 717-723.
- Demir, F., Sekreter, O., (2012). Knowledge, attitudes and misconceptions of primary care physicians regarding fever in children: a cross sectional study. *Ital J Pediatr*, 38 (1), 1-7.
- Demir, M. ve Bayat, M., (2005). Tokat Karşiyaka Doğum Ve Çocuk Hastanesi Acil Servisine Yüksek Ateş Şikayetiyle Getirilen 0-5 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Yüksek Ateşle İlgili Bilgi ve Tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 22-30.
- Dong, L., Jin, J., Lu, Y., Jiang, L. ve Shan, X., (2015). Fever phobia: a comparison survey between caregivers in the inpatient ward and caregivers at the outpatient department in a children's hospital in China. *BMC pediatrics*, 15(1), 163.
- Duru, C.O., Akinbami, F.O. ve Orimadegun, A.E., (2012). A comparison of tympanic and rectal temperatures in term Nigerian neonates. *BMC pediatrics*, 12(1), 86.

- Edwards, H., Walsh, A., Courtney, M., Monaghan, S., Wilson, J. ve Young, J., (2007). Improving paediatric nurses' knowledge and attitudes in childhood fever management. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 257-269.
- Edwards, H. E., Courtney, M. D., Wilson, J. E., Monaghan, S. J. ve Walsh, A. M., (2003). Fever management audit: Australian nurses' antipyretic usage. *Pediatric nursing*, 29(1), 31-38.
- Ekim, M., (2008). Yenidoğanda idrari yolu enfeksiyonu tedavisi. 4. Uludağ Pediatri Kış Kongresi. *Güncel Pediatri Dergisi* 6(1).
- El-Radhi, A.S., Barry, W., (2006). Thermometry in paediatric practice. *Archives of disease in childhood*, 91(4), 351-356.
- Eliaçık, K., Kanık, A., Oyman, G., Rastgel, H., Güngör, S., Anıl, M. ve Bakiler, A.R., (2012). Ebeveynlerin ateş hakkındaki bilgi, inanış ve yanlış uygulamaları.
- Erkek, N., Senel, S., Sahin, M., Ozgur, O. ve Karacan, C., (2010). Parents' perspectives to childhood fever: comparison of culturally diverse populations. *Journal of paediatrics and child health*, 46(10), 583-587.
- Esenay, F.I., İşler, A., Kurugöl, Z., Conk, Z. ve Koturoğlu, G., (2007). Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu Orijinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*, 42(2).
- Genç, G., Avni Saraç, D., Ertan, Ü., (2007). Çocuk Hastanesi Acil Servisine Başvuran Zehirlenme Olgularının Değerlendirilmesi. *Evaluation*, 36, 41.
- Greensmith, L., (2013). Nurses' knowledge of and attitudes towards fever and fever management in one Irish children's hospital. *Journal of Child Health Care*, 17(3), 305-316.
- Gunduz, S., Usak, E., Koksall, T. ve Canbal, M., (2016). Why fever phobia is still common?. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(8).
- Halıcıoğlu, O., Koç, F., Akman, S.A. ve Teyin, A., (2011). Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *Izmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Derg.* 1:13-19.
- Hockenberry, M.J., (2013). Assessment of the Child and Family. In Hockenberry, M.J., Wilson, D (Ed.). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (9. Baskı), USA: Elsevier Mosby, 86-140.
- Hockenberry, M.J. ve Wilson, D., (2013). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing 9: Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Elsevier Health Sciences.
- 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 ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 12(1), 10-14.
- Karaca Çiftçi, E. ve Beklen, S., (2014). 0-6 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Ateş Ve Ateş Düşürücüler İle İlgili Bilgi Ve İnanışları. *Journal of Harran University Medical Faculty*, 11(2).
- Karlı, A., (2015). Ateşli çocuğa yaklaşım. *Derman Tıbbi Yayıncılık*, 1-10, Ankara.
- Karwowska, A., Nijssen-Jordan, C., Johnson, D. ve Davies, H. D., (2002). Parental and health care

provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 4(6), 394-400.

- Kasem, M., (2010). Zehirlenme nedeni ile Çocuk Acil Ünitesi'ne başvuran hastaların değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin belirlenmesi. Uzmanlık tezi. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Acil Pediatri Bilim Dalı*. Ankara.
- Kaysı, A., (2004). Nedeni Bilinmeyen Ateş. *Ankem Dergisi*, 18(2), 133-136.
- Kılıç, R., Kendir, Ö. T., Gökay, S.S., Çelik, T., Özkaya, A.K. ve Yılmaz, H.L., (2016). Çocuklarda ateş ile ilgili ebeveynlerin tutum ve davranışları. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med*, 3, 76-85.
- Kilicaslan, O., Sonmez, C.I., Dincer, D., Sengun, Y., Temizkan, R.C., Eroz, R. ve Kocabay, K., (2018). Annelerin ateşli çocuklarda tutum ve davranışları; Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi örneği. *Family Practice And Palliative Care*, 3(1), 12-17.
- Koçoğlu Barlas, Ü., (2009). Çocuk acil servisine ateş şikayeti ile başvuran hastaların kısa dönem sonuçları. Uzmanlık tezi. *İstanbul Sağlık Müdürlüğü*. İstanbul.
- Köksal, A.O., Özdemir, O., Yılmaz, A.A., Sahin, S., Acar, M., Ozkan, B. ve Kocak, M., (2014). Mother approaches to children with fever. *Gazi Medical Journal*, 25(2).
- Li, S.F., Lacher, B., Crain, E. F., (2000). Acetaminophen and ibuprofen dosing by parents. *Pediatric emergency care*, 16(6), 394-397.
- Lwanga, S.K., Lemeshow, S., (1991). Sample Size Determination in Health Studies: A Practical Manual, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1- 25.
- Matziou, V., Brokalaki, H., Kyritsi, H., Perdikaris, P., Gymnopolou, E. ve Merkouris, A., (2008). What Greek mothers know about evaluation and treatment of fever in children: an interview study. *International journal of nursing studies*, 45(6), 829-836.
- Mohamed, L.A., Ali, N. S., (2012). Critical care nurses knowledge and practice of fever management at a university hospital. *Journal of american Science* 8(12), 1545-53.
- Nerkiz, P., Doğaner, Y.Ç., Aydoğan, Ü., Onar, T., Gök, F., Sağlam, K. ve Özcan, O., (2012). Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş bilinç durumu. *Euras J FamMed*, 1(1), 11-16.
- Nield, L.S., Kamat, D., (2016). Fever. *Infectious Diseases*, Kliegman, R.M., (Ed). Nelson Textbook of Pediatrics, 20th Ed., Philadelphia: Elsevier;1277-1279.
- Osborn, L.M., DeWitt, T.G., First, L.R. ve Zenel, J.A., (2007). Pediatri. *Yurdakök M, çeviri editörü. İstanbul: Güneş Kitapevi*.
- Oshikoya, K.A., Senbanjo, I.O., (2008). Fever in children: Mothers Perceptions and Their Home Management. *Iran J Pediatr*, 3, 229-236.
- Özkan, H., Öztürk, S., (2013). Doğu Anadolu bölgesinde bir kent merkezinde iki aile sağlığı merkezine başvuran annelerin çocukları ateşlendiğinde yaptığı uygulamalar. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 3(2), 121-126.
- Patricia, C., (2014). Evidence-Based Management of Childhood Fever: What Pediatric Nurses Need to Know. *Journal of pediatric nursing*, 29(4), 372-375.

- Peetoom, K.K., Ploum, L., Smits, J.M., Halbach, N.S., Dinant, G.J. ve Cals, A.J., (2016). Childhood fever in well-child clinics: a focus group study among doctors and nurses. *BMC Health Services Research*, 16, 240.
- Polat, N., Doğaner Y.Ç., Aydoğan, Ü., Onar, T., Gök, F., Sağlam, K. ve Özcan, O., (2012). Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş bilinç durumu. *Euras J Fam Med*, 1(1), 11-6.
- Polat, S., Beyazova, U., (2009). Çocukluk çağında ateşli hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Inf Dis-Special Topics*, 2(1), 49-56.
- Powell, K.R., (2008). Fever without a Focus. In: Kliegman R.M, Jenson H.B, Behrman R.E, Stanton B.F eds., Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia:WB Saunders, p 1087-1093.
- Pul, S., (2006). Çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalışan hemşirelerin ateş ve ateşin yönetimi hakkındaki bilgi düzeyleri, yaklaşımları ve etkileyen faktörlerin araştırılması. Yüksek lisans Tezi. *Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. Afyon.
- Purssell, E. ve Collin, J., (2016). Fever Phobia: The impact of time and mortality—a systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 56, 81-89.
- Raffaelli, G., Orenti, A., Gambino, M., Peves Rios, W., Bosis, S., Bianchini, S. ve Esposito, S., (2016). Fever and pain management in childhood: healthcare providers' and parents' adherence to current recommendations. *International journal of environmental research and public health*, 13(5), 499.
- Raj, D., Lodh, R., (2013). Intricacies of body temperature measurement. *Indian J Pediatr*, 80, 249-51
- Rajput, U. C., Kulkarni, S. ve Wagh, S. S., (2014). Parental knowledge, attitude and practices regarding fever in their children: A hospital based observational study. *International Journal of Recent Trends in Science and Technology*, 10(3), 517-20.
- Richardson, M., Lakhnpaul, M., (2007). NICE guidelines: Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of NICE guidance. *BMJ: British Medical Journal*, 334(7604), 1163-1164.
- Rupe, A., Ahlers-Schmidt, C.R. ve Wittler, R.A., (2010). Comparison of perceptions of fever and fever phobia by ethnicity. *Clinical pediatrics*, 49(2), 172-176.
- Sa'ed, H. Z., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., Nabulsi, M. M., Tubaila, M. F., Awang, R. ve Sawalha, A. F., (2013). Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: a cross-sectional study from Palestine. *BMC pediatrics*, 13(1), 66.
- Salman, N., Vehit, H.E. ve Palanduz, A., (2004). Ateşli süt çocuğuna yaklaşım: Hekimlerin bilgi, yaklaşım ve uygulamaları. *Çocuk Dergisi*, 4 (2) , 113-117.
- Saper, C.B., Breder, C.D., (1994). The Neurologic Basis of Fever. *The New Eng J of Med*, 330(26), 1880-1886.
- Sarrell, M., Avner, H. ve Kahan, C.E., (2002). Physicians', nurses, and parents' attitudes to and knowledge about fever in early childhood. *Patient Education and Counseling*, 46, 61-65.
- Saz, E.U., Koturoğlu, G., Duyu, M., Ozanar, Y., Kurugöl, Z. ve Sever, M., (2009). Türk ailelerinin ateş yönetimi ile ilgili bilinç düzeyi ve korkuları. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 3, 161-164.
- Schmitt, B. D., (1980). Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *American journal of diseases of children*, 134(2), 176-181.

- Seçmeer, G., (2007). Ateşli Çocuğa Etiyolojik Yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi*, 29(4), 359-368.
- Sezici, E., (2019). Annelerin Hastanede Yatan Çocuklarında Ateş Deneyimleri: Niteliksel Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1).
- Smith, J., (2014). Methods and devices of temperature measurement in the neonate: a narrative review and practice recommendations. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 14(2), 64-71.
- Simon, H.B., (1993). Hypertermia. *N Engl J Med*, 329:483-7
- Sullivan, J.E., Farrar, H.C., (2011). Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics*, 127(3), 580-587.
- Suluhan, D., Taşal, C., Yıldız, D., Fidancı, B. E., Konukbay, D., Sürer, İ. ve Gök, F., (2016). Determine the Knowledge and Attitudes of Mothers, Who Have Children Aged 0-6 Years, About Antipyretic Drug Usage. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(2), 90-96.
- Teller, J., Ragazzi, M., Simonetti, G.D. ve Lava, S.A.G., (2014). Accuracy of tympanic and forehead thermometers in private paediatric practice. *Acta Paediatrica*, 103(2), 8083.
- Temel, A. B., Arabacı, Z. ve Kahveci, T., (2016). Annelerin Çocuklarında Ateş Yönetimi İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 1(1), 1-17.
- Teng, C. L., Ng, C. J., Nik-Sherina, H., Zailinawati, A. H. ve Tong, S. F., (2007). The accuracy of mother's touch to detect fever in children: a systematic review. *Journal of tropical pediatrics*, 54(1), 70-73.
- Thompson, H.J., Kagan, S.H., (2011). Clinical management of fever by nurses: doing what works. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 359-370.
- Türker, Y., Baltacı, D., Yıldırım, F. B., Arslan, B., ve Kara, İ. H., (2015). Yüksek Ateş Bulgusu Olan 0-6 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Yüksek Ateşe İlişkin Bilgi Ve Tutumları. *Duzce Medical Journal*, 17(1).
- Vitrinel, A., 2009. Ateşli çocuğa yaklaşım. *Türk Aile Hek Derg.*13(3), 113-8.
- Walsh, A., Edwards, H. ve Fraser, J., (2008). Parents' childhood fever management: community survey and instrument development. *Journal of advanced nursing*, 63(4), 376-388.
- Walsh, A.M., Edwards, H.E., Courtney, M.D., Wilson, J.E. ve Monaghan, S.J., (2005). Fever management: paediatric nurses' knowledge, attitudes and influencing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 453-464.
- Walsh, A., Edwards, H., (2006). Management of childhood fever by parents: literature review. *Journal of advanced nursing*, 54(2), 217-227.
- Wing, R., Dor, M. R. ve McQuilkin, P. A., (2013). Fever in the pediatric patient. *Emergency Medicine Clinics*, 31(4), 1073-1096.
- Yalçın, I., Neyzi, O. ve Ertuğrul, T., (2002). Pediatri. *Nobel Tıp Kitabevi*, 3, 473-75. İstanbul.
- Yalınzoğlu, S.Ç., Çınar, N. ve Altınkaynak, S., (2015). Ateşli çocuğa yaklaşım. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. *Journal of Human Rhythm*, 1(4), 133-8.
- Yavuz, E., Yayla, E., Cebeci, S. E., Kırımlı, E., Gümüştakım, R. Ş., Çakır, L. ve Doğan, S., (2017).



Parental beliefs and practices regarding childhood fever in Turkish primary care. *Nigerian journal of clinical practice*, 20(1), 93-98.

Yavuz, H., (2016). Pediatrikte sık görülen semptomlara yaklaşımlar. Ateş. *Pediatric Hemşireliği Kongresi*, 2, 3-5. Erciyes Üniversitesi

Yıldırım, İ., (2007). Parasetamol. *Katkı Pediatri Dergisi*, 29(4), 441-448.

Yılmaz, A.T., (2017). Ateş. *Enfeksiyon Hastalıkları*, Yurdakök, M. (Ed). Yurdakök Pediatri, Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2435-2441.

Yiğit, R., Esenay, F., Şen, E. ve Serinol, Z., (2003). Annelerin Yüksek Ateş Konusunda Bilgi ve Uygulamaları. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 6(3).

Yurdakök, K., (2003). Sosyal Pediatri. *Katkı Pediatri Dergisi*, Sosyal Pediatri I, 25, 5-11



## 7. EKLER

### EK A: Etik kurul kararı

T.C.  
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Numarası
28.02.2019	02	07

**Karar No 02-2019/07:** Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER'in "Çocuk Acil Servise Herhangi Bir Nedenle Başvuran 1-5 Yaş Arası Çocuğa Sahip Annelerin Ateş İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi" başlıklı araştırma projesinin değerlendirilme talebi ile ilgili dilekçesi ve ekleri incelendi.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra, Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER'in "Çocuk Acil Servise Herhangi Bir Nedenle Başvuran 1-5 Yaş Arası Çocuğa Sahip Annelerin Ateş İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi" adlı araştırmanın kabulüne oybirliği ile karar verildi.

**Araştırmacılar:**

Öğr. Gör. Meryem KAYHANLAR



Prof. Dr. Ali ŞAHİN  
Başkan

Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER  
Üye  
(Katılmadı)

Doç. Dr. Ayşe Sonay TÜRKMEN  
Üye  
(Liznli)

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ÇOLAKOĞLU  
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Fatih AYDIN  
Raportör

## EK B: Kurum İzin Yazısı



T.C.  
KARAMAN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 87142773/774,99  
Konu : Araştırma İzni (Meryem  
KAYHANLAR)

Sayın Meryem KAYHANLAR  
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi  
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu  
Merkez/KARAMAN

Karaman Devlet Hastanesi'nde yürütmeyi planladığınız "Çocuk Acil Servise Herhangi Bir Nedenle Başvuran 1-5 Yaş Arası Çocuğa Sahip Annelerin Ateş İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi" konulu Bireysel Araştırma Projesi kapsamında yürütmeyi planladığınız çalışmanızı Müdürlüğümüzün izni dışında ilan edilmemesi kaydıyla izin verilmiş olup; Komisyon Kararı yazımız ekindedir. Söz konusu çalışmanın Müdürlüğümüz ile karşılıklı imzalayacağınız protokol neticesinde bağlantılması uygundur.  
Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Hasan ARSLAN  
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Kararı

  
Güvenli Elektronik İmza  
Bu İmza Ağrıdır.  
25.03.2019  
Nursen UYAR  
V.H.K.İ

Hamidiye Mah. 703 Nolu Sok. Emniyet Karşısı, 70100 Karaman

Telefon: Faks No: 03382265055


e-Posta: [nursen.uyar@saglik.gov.tr](mailto:nursen.uyar@saglik.gov.tr) İnternet Adresi: <http://karaman.ism.saglik.gov.tr>

Bu belge elektronik imzalıdır. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Nursen UYAR

HİMEŞİRE

Telefon No: 3382263024

	<b>KARAMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU</b>	Doküman No	EGT.FR. 01
		Yayın Tarihi	21.02.2018
		Revizyon Tarihi	04.01.2019
		Revizyon No	1
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1
<b>ARAŞTIRMA SAHİBİNİN</b>			
Adı Soyadı	Öğr.Gör.Meryem KAYHANLAR		
Kurumu / Üniversitesi	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO		
Araştırma Yapılacak İller	Karaman		
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Karaman Devlet Hastanesi		
Araştırmanın Konusu	"Çocuk Acil Servise Herhangi Bir Nedenle Başvuran 1-5 Yaş Arası Çocuğa Sahip Annelerin Ateş İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi"		
Üniversite / Kurum Onayı	(*)Var / (Yok)		
Veri Toplama Araçları	Anket		
Görüş İstenilecek Birimler/Kişiler	Doç.Dr.Nejla CANBULAT ŞAHİNER		
<b>KOMİSYON GÖRÜŞÜ</b>			
<p>Karaman İl Sağlık Müdürlüğü'nün 04.01.2019 tarihli onayı ile görevlendirilen komisyon üyeleri, Müdürlüğümüze intikal eden Araştırmaları değerlendirmek üzere 21.03.2019 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır. Değerlendirme sonucunda; Karaman Devlet Hastanesinde yürütülmesi planlanan "Çocuk Acil Servise Herhangi Bir Nedenle Başvuran 1-5 Yaş Arası Çocuğa Sahip Annelerin Ateş İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi" konulu çalışmanın anılan merkezde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük ve gizlilik esasına göre ve özel hayatın korunmasına özen gösterilerek yapılmasının sağlanması, yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasının Müdürlüğümüze sunulması ve araştırma uygulanması esnasında olabilecek fiziki zararların araştırma sahibi tarafından karşılanması kaydıyla araştırma çalışmasının yapılmasına cybirliği ile müsaade edilmiştir.</p>			
21.03.2019			
Komisyon Kararı	Oybirliği alınmıştır.		
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gereçesi:.....		

  
Dr.Serkan KOYUNCU  
Başkan Yardımcısı

**KOMİSYON**

Üye  
Batur İlyas KARDEŞ  
Uzman

Üye  
Filiz Vural  
Uzman

**Komisyon Başkanı**  
Dr.Musa ŞAHİN  
Başkan

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0b443367-9235-4bea-b982-acc943e8632d kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK C: PFMS-TR Kullanım İzin Yazısı

Meryem KAYHANLAR 2018/11/13  
Merhaba Hocam, Çok teşekkür ederim ilgilenip cevap verdiğiniz için. Ölçeğin English formu var mıdır hocam? Saygılarımla, İyi günler dilerim.

Gönderen: insafaitun 2018/11/12  
Kime: mkayhanlar@kmu.edu.tr  
Yanıtla: insafaitun

A14. Ebeveyn ... ment ölçeği ... pdf (455,3 KB) [İndir](#) | [Evrak Çantası](#) | [Kaldır](#) | A30. Türkçe pa ... dhood fever.pdf (558,6 KB) [İndir](#) | [Evrak Çantası](#) | [Kaldır](#)  
[Tüm ekleri indir](#)  
[Tüm ekleri kaldır](#)

Merhaba Meryem Hanım,

Konu ile ilgili yaptığım iki çalışma .

Çalışmayı başarılar dilerim.

Selam ve sevgilerimle,

Tez çalışması [Gelen Kutusu x](#)



**Meryem Kayhanlar** <meryemkayhanlar@gmail.com>

25 Eki 2018 14:08



Alıcı: ndede ▾

Merhaba Nursan hocam,

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Doç. Dr. Nejla Canbulat Şahiner danışmanlığında yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamı çocuklarda ateş ile ilgili yapmak istiyorum. Bu konuyla ilgili olarak;

"Turkish parents' management of childhood fever: A cross-sectional survey using the PFMS-TR"

İsimli makalenizdeki PFMS-TR ölçeğinin Türkçe formu, geçerlilik güvenilirliği var mıdır?

Eğer varsa ve gönderebilirseniz hocam, bunların dahilinde tezimde ölçeği kullanmak için izniniz olur mu?

İyi günler dilerim hocam,

Saygılarımla.



**Meryem Kayhanlar**

12 Kas 2018 15:33



Sayın Nursan Hocam cevap verebilirseniz çok mutlu olurum.



**Nursan Çınar** <ndede@sakarya.edu.tr>

12 Kas 2018 19:39



Alıcı: ben ▾

Merhaba Meryem ,

Ölçeği kullanmanızdan memnun olurum. Ekte makaleyi ve çalışmada kullandığımız anket formu ve ölçeği gönderiyorum. çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Nursan ÇINAR

## EK D: Soru Formu ve Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Türk Versiyonu

### ÇOCUK ACİL SERVİSE ATEŞ ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN 1-5 YAŞ ARASI ÇOCUĞA SAHİP ANNELERİN ATEŞ İLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ

Sayın katılımcı, bu form Çocuk Acil Servise ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmaya katılan kişinin bilgileri araştırma dışında kullanılmayacak ve araştırmacıda saklı kalacaktır. Burada vereceğiniz tüm cevaplar sadece araştırmayı raporlandırmak amacıyla kullanılacaktır. Bu nedenle form üzerine isminizi yazmayınız. Zamanınızı ayırıp araştırmaya katılımınızdan dolayı için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Meryem KAYHANLAR  
Danışman: Doç. Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER

**1. Yaşınız**

- 19-25 yaş       26-32 yaş       33-39 yaş       40 ve üzeri yaş

**2. Annenin eğitim durumu**

- Okur -yazar değil       İlkokul       Ortaokul  
 Lise       Yükseköğrenim

**3. Mesleğiniz**

- Memur       İşçi       Serbest Meslek  
 Emekli       Ev Hanımı       Diğer...

**4. Yaşadığınız yer**

- Köy       İlçe       Şehir

**5. Babanın eğitim durumu**

- Okur -yazar değil       İlkokul       Ortaokul  
 Lise       Yükseköğrenim

**6. Babanın mesleği**

- Memur       İşçi       Serbest Meslek  
 Emekli       Diğer...

**7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**

- Gelir giderden az       Gelir gidere eşit       Gelir giderden fazla

**8. Aile Tipiniz**

- Çekirdek aile       Geniş aile       Diğer...

**9. Ailedeki yaşayan kişi sayısı:.....**

**10. Ailedeki çocuk sayısı:.....**

**11. Çocuğun cinsiyeti       Kız       Erkek**

**12. Çocuğun yaşı:.....**

**13. Çocuğun şikayeti: .....**

Ateş ise; Evdeki ölçüm araç ve değeri.....

Hastanedeki ölçüm araç değeri.....

14. 1-5 yaş arası çocuk sayısı.....
15. Ailedeki çocuklar arasındaki sırası.....
16. Çocuğunuz bugüne kadar hiç ateşlendi mi? ( ) Evet ( ) Hayır
17. Çocuğunuz daha önce ateş nedeniyle hastaneye ya da doktora götürdünüz mü?  
( ) Evet ( ) Hayır
18. Çocuğunuzun ateşlenmesi sizi endişelendirir mi? ( ) Evet ( ) Hayır
19. Çocuğunuzun ateşlenmesi en çok hangi sebepten sizi endişelendirir ?  
( ) Havale geçirmesinden ( ) Ölmesinden  
( ) Beyninin zarar görmesinden ( ) Diğer(Belirtiniz).....
20. Çocuğunuzun ateşinin yükseldiğini nasıl anlarsınız?  
( ) Vücudu normale göre daha çok sıcak gelirse  
( ) Cildine dokunarak  
( ) Görünümüne bakarak  
( ) El ve ayakları soğursa  
( ) Üzeri kalın olmasına rağmen hala üşümeye devam ederse  
( ) Diğer(Belirtiniz).....
21. Çocuğunuz ateşlendiğini düşündüğünüzde ateşini ölçer misiniz? ( ) Evet ( ) Hayır
22. Çocuğunuzun ateşini nasıl ölçüyorsunuz?  
( ) Kulaktan ölçen otomatik derece ile ( ) Koltuk altından ölçen otomatik derece ile  
( ) Ağızdan ölçen otomatik derece ile ( ) El ile  
( ) Civalı derece ile ( ) Alın İnfrared termometre ile  
( ) Diğer(Belirtiniz).....
23. Çocuğunuzun ateşini hangi bölgeden ölçmeyi tercih ediyorsunuz?  
( ) Koltuk altı ( ) Kulaktan ( ) Ağızdan  
( ) Rektal ( poposundan) ( ) Alından
24. Ateşin normal sınırlarını biliyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
25. Çocuğunuzun vücut ısısı kaç olursa ateş olarak değerlendirirsiniz?  
( ) 36- 36,9 arası ( ) 37 – 37,9 arası ( ) 38 – 38,9 arası  
( ) 39- 39,9 arası ( ) 40 ve üzeri
26. Çocuğunuzun ateşini kaç ölçerseniz sizi endişelendirir? (.....)
27. Ateş yükselince yaptığınız ilk uygulama nedir?  
( ) Sağlık kuruluşuna başvururum ( ) Hemen ılık duş aldırırım  
( ) Üzerindekileri çıkarırım ( ) İlk uygulama yaparım  
( ) Sirkeli suyla silerim ( ) Ateş düşürücü veririm  
( ) Soğuk uygulama yaparım ( ) Bol su içiririm  
( ) Alkollü su ile silerim ( ) Odayı soğuturum  
( ) Diğer (Belirtiniz).....

28. Ilık uygulamayı nereden uygularsınız?  
 ( ) Baş ( ) Koltuk altı ( ) Tüm vücut ( ) Gövde  
 ( ) El-yüz yıkama ( ) Kasık bölgesi ( ) Bilmiyorum
29. Ateş düşürücü ilaç verilmesi gerektiğini düşündüğünüz ısı değeri nedir?  
 ( ) 37.0-37.9 ( ) 38.0-38.9 ( ) 39.0-40.0 ( ) >40
30. Ilık uygulamayı ne ile yaparsınız?  
 ( ) Soğuk su ( ) Ilık su ( ) Duş ( ) Sirke ( ) Alkol ( ) Bilmiyorum
31. Çocuğunuza ateş düşürücü ilacı neye göre verirsiniz?  
 ( ) Doktor reçetesine göre  
 ( ) Daha önce ateşlendiği dönemdeki doktorun verdiği ilacından veririm  
 ( ) Eczacının önerdiği ilacı veririm  
 ( ) Yakınlarımla önerdiği ilacı veririm  
 ( ) Evde hangi ateş düşürücü ilaç varsa onu veririm  
 ( ) Diğer(Belirtiniz).....
32. Ateş düşürücü ilaçları kaç saat ara ile kullanırsınız?  
 ( ) Doktor önerisine uygun  
 ( ) 4 saatte bir  
 ( ) İlaç prospektüsünde yazan süreye göre  
 ( ) Yakınlarıma sorarım  
 ( ) Ateşinin yükseldiğini düşündüğüm her zaman  
 ( ) Diğer( Belirtiniz).....
33. Ateş düşmeyince ne yaparsınız?  
 ( ) Doktora götürürüm ( ) Beklerim ( ) Diğer(Belirtiniz).....
34. Yüksek ateş tespit ettiğinizde ölçümü tekrarlama sıklığınız nedir?  
 ( ) 15 dk. ( ) 30dk. ( ) 1 sa. ( ) 2sa. ( ) 4sa.
35. Çocuğunuz ateşlendiğinde neler yapmanız konusunda eğitim aldınız mı?  
 ( ) Evet ( ) Hayır
36. Evet ise kimden eğitim aldınız? Birden fazla şık işaretlenebilir.  
 ( ) Doktor ( ) Hemşire-ebe ( ) Doktor ve hemşire/ebe  
 ( ) Kitap-dergi-gazete ( ) Radyo  
 ( ) Televizyon ( ) Komşu akraba-arkadaş



**EBEVEYN ATEŞ YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ TÜRK VERSİYONU (PFMS-TR)**

Çocuğunuz ateşlendiğinde genellikle yaptığınız uygulamayı en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

<b>Çocuğum ateşlendiğinde genellikle</b>	<b>Daima</b>	<b>Çoğunlukla</b>	<b>Bazen</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Asla</b>
Ateşini ölçerim					
Ateşinin derecesini bilmeyi isterim					
Bol sıvı aldığımdan emin olmak isterim					
Ateş düşürücü ilaç kullanırım					
Gece boyunca kontrol ederim					
Onunla aynı odada uyurum					
Gece ateş düşürücü vermek için uyandırırım					
Doktora götürürüm					

## 8. ÖZGEÇMİŞ

### MERYEM KAYHANLAR GÜLCAN

#### ÖĞRETİM GÖREVLİSİ

<b>E-Posta Adresi</b>	: mkayhanlar@kmu.edu.tr
<b>Telefon (İş)</b>	: 0338226000-2794
<b>Telefon (Cep)</b>	: 05079259657
<b>Faks</b>	:
<b>Adres</b>	: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Karaman/Merkez

#### EĞİTİM

- Karaman Yabancı Dil Ağırlıklı Lise (1999-2003)
- Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2005-2009)
- Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik Anabilim Dalı/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı (YI) (Tezli) (2018)

#### Görevler

---

ÖĞRETİM GÖREVLİSİ 2016	KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ/SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU/TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ/AMELİYATHANE HİZMETLERİ PR.)
---------------------------	--

#### Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler :

1. BEŞİRİK SELDA,TÜRKMEN AYŞE SONAY,CANBULAT ŞAHİNER NEJLA,ŞAHİN DİLARA,KAYHANLAR MERYEM (2018). Bebekler İçin En Güzel Müzik:Anne Sesi. III. INES
2. KAYHANLAR MERYEM,BEŞİRİK SELDA,CANBULAT ŞAHİNER NEJLA,TÜRKMEN AYŞE SONAY (2018). Çocuk Acil Olgularının Değerlendirilmesi. III. INES Education and Social Science Congress (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4250109)
3. KAYHANLAR MERYEM,BEŞİRİK SELDA,TÜRKMEN AYŞE SONAY,CANBULAT ŞAHİNER NEJLA (2018). Annelerin Çocukların Ateşlerini Düşürmek İçin Kullandıkları Yöntemler. III. INES Education and Social Science Congress (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4250085)
4. KAYHANLAR MERYEM,BEŞİRİK SELDA,CANBULAT ŞAHİNER NEJLA,TÜRKMEN AYŞE SONAY (2018). Çocuk Acil Olgularının Değerlendirilmesi. III. INES Education and Social Science Congress (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4291651)
5. KAYHANLAR MERYEM,BEŞİRİK SELDA,TÜRKMEN AYŞE SONAY,CANBULAT ŞAHİNER NEJLA (2018). Annelerin Çocukların Ateşlerini Düşürmek İçin Kullandıkları Yöntemler. III. INES Education and Social Science Congress (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:4291659)
6. CANBULAT ŞAHİNER NEJLA,TÜRKMEN AYŞE SONAY,ŞAHİN DİLARA,KAYHANLAR MERYEM (2018). Evaluation of Foreign Body Aspiration Cases: 5 Years Retrospective Study. 5. International Workshop on Lung Health (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4205257)
7. TÜRKMEN AYŞE SONAY,CANBULAT ŞAHİNER NEJLA,KAYHANLAR MERYEM,ŞAHİN DİLARA (2018). Retrospective Investigation of Asthma Cases Attending Pediatric Emergency Department. 5. International Workshop on Lung Health (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4205252)
8. TÜRKMEN AYŞE SONAY,CANBULAT ŞAHİNER NEJLA,ŞAHİN DİLARA,KAYHANLAR MERYEM (2018). Evaluation of Cases Pneumonia Attending Pediatric Emergency Department. 5. International Workshop on Lung Health (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4205267)

9. MERYEM (2018). Demographic Investigation of Children with Lower Respiratory Tract Infection in Pediatric Emergency Service. 5. International Workshop on Lung Health (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4205263)
10. CANBULAT ŞAHİNER NEJLA,TÜRKMEN AYŞE SONAY,ŞAHİN DİLARA,KAYHANLAR MERYEM (2018). Retrospective Investigation of Croup Cases Attending Pediatric Emergency Department. 5. International Workshop on Lung Health (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4205244)
11. KAYHANLAR MERYEM,TÜRKMEN AYŞE SONAY,CANBULAT ŞAHİNER NEJLA,ŞAHİN DİLARA (2018). Demographic Evaluation of Acute Bronchitis Cases that Pediatric Emergency Service Applied. 5. International Workshop on Lung Health (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4205249)
12. CANBULAT ŞAHİNER NEJLA,TÜRKMEN AYŞE SONAY,KAYHANLAR MERYEM,ŞAHİN DİLARA (2018). Evaluation of Respiratory Distress Cases in Emergency Pediatric Service: Retrospective Study. 5. International Workshop on Lung Health (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:4205244)

#### Üniversite Dışı Deneyim

2012-2016	<b>ÇOCUK ACİL HEMŞİRESİ</b>	KARAMAN DEVLET HASTANESİ, Çocuk hasta grubuna hemşirelik bakımı vermek, Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılmak., (Hastane)
2010-2012	<b>ACİL SERVİS HEMŞİRESİ</b>	ANKARA ETLİK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, Acil olarak başvuran hastalara hemşirelik bakımı vermek Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılmak, (Hastane)

#### Sertifika

- 
1. Acil Bakım Hemşireliği Sertifikası, acil durumda yapılması gereken müdahaleler ve bakım, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sertifika, 09.04.2012 -11.05.2012 (Ulusal)