

KIBRIS İLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE 0-5 YAŞ GRUBUNDA ÇOCUĞU
OLAN EBEVEYNLERİN ATEŞLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Pınar BAYRAMOĞLU

Girne, 2022

KIBRIS İLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE 0-5 YAŞ GRUBUNDA ÇOCUĞU
OLAN EBEVEYNLERİN ATEŞLE İLGİLİ BİLGİ VE UYGULAMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Pınar BAYRAMOĞLU

Danışman: Prof. Dr.Lale BÜYÜKGÖNENÇ

Girne, 2022

Tez Onay Formu

Kıbrıs İlim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Araştırma Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

Pınar BAYRAMOĞLU'nun Prof. Dr. Lale BÜYÜKGÖNENÇ danışmanlığında hazırlamış olduğu "KKTC'de 0-5 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi" başlıklı tezi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun.....tarih vesayılı kararı ile oluşturulan jüri tarafından..... tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda oy birliği/oy çokluğu ile başarılı sayılmıştır.

Jüri Üyeleri (unvan sırasına göre)

1. Prof. Dr. Lale BÜYÜKGÖNENÇ(Danışman)
2. Doç. Dr. Gülzade UYSAL
3. Yrd. Doç. Dr. Şengül KUBİLAY
- 4.
- 5.

Kıbrıs İlim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Araştırma Enstitüsü Yönetim Kurulunun tarih vesayılı kararıyla bu tezin kabulü onaylanmıştır.

Prof. Dr. Tokay Gedikoğlu

Lisansüstü Eğitim Araştırma Enstitüsü Müdürü

BEYANNAME

Kıbrıs İlim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Araştırma Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof. Dr.Lale BÜYÜKGÖNENÇ danışmanlığında hazırlamış olduğum “KKTC’de 0-5 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi” adlı yüksek lisans tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

Pınar Bayramoğlu
.../.../..

TEŞEKKÜR

Tez çalıŐmalarım boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım danışman hocam Prof. Dr. Lale BÜYÜKGÖNENÇ'e teşekkürlerimi borç bilirim. Ayrıca doğruyu göstermek amaçlı değerli bilgi ve yorumlarını paylaşan kıymetli jüri üyelerime teşekkürlerimi sunarım.

Pınar Bayramoğlu

KKTC, 2022

ÖZET

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde 0-5 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ateşle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Bu araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde 0-5 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini belirlenen tarihlerde Girne Dr. Akçiçek Hastanesi'ne 0-5 yaş grubunda çocuğu ile birlikte başvuru yapmış 175 ebeveyn oluşturmuştur. Çalışmada veriler araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan soru formu ve Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği aracılığı ile toplanmıştır.

Araştırma sonucunda ebeveynlerin çoğu (%59,4) çocuğun ateşini koltuk altından dijital derece ile ölçtüklerini, yarıya yakını (%46,9) ateş ölçümünü saatte bir tekrarladıklarını, %31,4'ü tüm vücuda soğuk uygulama yaptıklarını, %49,7'si de herhangi bir sağlık kuruluşuna götürmeden çocuğa daha önce doktor tarafından verilen ateş düşürücü ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir. Ebeveynlerin çocuklarının ateşlenmesi durumunda tercih ettikleri ilk uygulamanın çocuğun üzerindeki kıyafetleri çıkartmak olduğu, ebeveynlerin %23,4'ünün çocuk ateşlenir ateşlenmez ateş düşürücü verdikleri, %9,1'inin soğuk uygulama ve % 7,4'ünün de sirkeli ya da alkollü su ile silme uygulamalarını tercih ettikleri, hemen hemen tamamının da (%91,4) çocuklarının ateşi yükseldiğinde kaygı duydukları saptanmıştır.

Çalışmada Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği'nden alınan ortalama puan 34.73 olarak bulunmuştur. Ebeveynlerin yaş, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, ailedeki çocuk sayısı, çocuğun yaşı, cinsiyeti ve daha önce ateş öyküsü olup olmaması ile ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Aile tipi ve ebeveynlerin ateş konusunda bilgi alma durumları ile ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark saptanmıştır. Araştırma sonucunda hemşirelerin ebeveynleri çocukluk dönemi ateş konusunda bilgilendirmeleri, hatalı uygulamalarını belirlemeleri ve zararlı sonuçlarını açıklamaları, çalışmanın farklı gruplarda tekrarlanması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Ebeveyn, ateş, çocuk, ateş yönetimi, Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği

ABSTRACT

Evaluation of Knowledge and Practices of Parents with children in the 0-5 Age Group in the Turkish Republic of Northern Cyprus on Fever

Pınar BAYRAMOĞLU

This research was planned as a descriptive and cross-sectional study to evaluate the knowledge and practices of parents who have children in the 0-5 age group in the Turkish Republic of Northern Cyprus on fever. The sample of the study consists of 175 parents with their children in the 0-5 age group who applied to Girne Dr. Akçiçek Hospital on the dates determined. In the study, data were collected through the questionnaire developed by the researcher and the Parental Fever Management Scale.

As a result of the research, most of the parents (59.4%) stated that they measure the child's temperature with a digital thermometer from the armpit, nearly half (46.9%) stated that they repeat the temperature measurement every hour, 31.4% stated that they apply cold to whole body, 49.7% stated that they used antipyretic medicine given by the doctor previously without taking the child to a health institution. It has been determined that parents' first preferred practice in case of a fever in their child is to take off the clothes on the child, 23.4% of the parents give antipyretic as soon as the child has a fever, 9.1% preferred the practice of applying cold and 7.4% preferred the practice of wiping with vinegar or alcohol water, almost all of them (91.4%) feel anxious when their children's fever rises.

In the study, the average score obtained from the Parental Fever Management Scale was found to be 34.73. There was no statistically significant difference between the parents' age, education level, occupation, income level, number of children in the family, age and gender of the child, whether there was a previous history of fever and the mean score of the scale. On the other hand a significant difference was found between family type and parents' knowledge on fever, and the average score of the parental fever management scale. As a result of the research, it was suggested that the nurses inform the parents about childhood fever, identify their erroneous practices and explain the harmful results, and repeat the study in different groups.

Keywords: Parent, fever, child, fever management, Parental Fever Management Scale

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	III
BEYANNAME	IV
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
İÇİNDEKİLER	VIII-X
TABLolar LİSTESİ	X
KISALTMALAR	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	12
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	12-14
1.2. Araştırmanın Amacı	14
1.3. Araştırmanın Soruları	14-15
1.4. Araştırma Sınırlılıkları	15
2. GENEL BİLGİLER	16
2.1. Ateş Tanımı	16-17
2.2. Ateşin Etiyolojisi	17-18
2.3. Ateşin Patogenezi	18-19
2.4. Hipotermi ve Hipertermi	20
2.5. Ateşin Yararlı ve Zararlı Etkileri	20-21
2.6. Ateş Ölçüm Yöntemleri	21-23
2.7. Ateş Yönetimi	23-24
2.7.1. Yaş Gruplarına Göre Ateş Tedavisi ve Süreleri	25
2.7.1.1. Yenidoğan Dönemi (0-30 gün)	25
2.7.1.2.1-3 Ay Arası Bebekler (30-90 günlük)	25
2.7.1.3. 3-36 Ay Arası Bebekler ve Çocuklar	26
2.7.2. Ateşli Çocuklarda Sağlık Kuruluşu İle İletişime Geçilmesi Gereken Durumlar	26-27
2.7.3. Ateş Tedavisi	27
2.7.3.1. Sık Kullanılan Antipiretik İlaçlar	27-29
2.7.3.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri	29
2.8. Ateşli Çocukta Hemşirelik Bakımı ve Ebeveynlerin Bilgilendirilmesi	30-31

3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.5. Verilerin Toplanması	33
3.5.1 Veri Toplama Araçları	33
3.5.1.1.Soru Formu	33
3.5.1.2. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği	33
3.5.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	33
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.7. Etik Kurul Onayı	34
4. BULGULAR	35-44
5. TARTIŞMA	45-50
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	51
6.1. Sonuçlar	51-53
6.2. Öneriler	54
KAYNAKLAR	55-68
EKLER	69
Ek-1 E- Posta Yoluyla Alınan Ölçek Kullanma İzni	69
Ek-2 Bakanlıktan alınan Araştırma İzni	70
Ek-3 Kıbrıs İlim Üniversitesi Etik Kurul Onam Formu	71
Ek-4 KKTC Girne Akçiçek Hastanesi İzin Formu	72
Ek-5 Gönüllüleri Bilgilendirme ve Onam Formu	73
Ek-6 Araştırmada Kullanılan Anket Örneği	74
Ek-7Araştırmacı Tarafından Literatür Bağlamında Geliştirilen Soru Formu	75-78
Ek-8 Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Türkçe Versiyonu	79
Ek-9 Özgeçmiş	80

Tablo 4.1 Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=175)	35
Tablo 4.2 Çocukların Tanıtıcı Özellikleri (n=175)	36
Tablo 4.3. Ebeveynlerin Ateşe İlişkin Bilgi ve Uygulamaları (n=175)	37-38
Tablo 4.4. Ebeveynlerin Ateşe İlişkin Kaygıları (n=175)	40
Tablo 4.5. Ebeveynlerin, Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinden Aldıkları Minimum ve Maksimum Puanlar, Puan Ortalamaları ve Chronbach Alfa değeri	40
Tablo 4.6. Ebeveynlerin, Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinin Maddelerinden Aldıkları Puan Ortalamaları	41
Tablo 4.7. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamaları (n=175)	42
Tablo 4.8. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamaları (n=175)	43
Tablo 4.9. Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamaları (n=175)	43

KISALTMALAR**KKTC:** Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti**EAYÖ:** Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeği**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

BÖLÜM I

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Vücut ısı ölçümünün; oral 38°C, aksiller 37,5°C, rektal 38,1°C üzerinde seyretmesi hali ateş olarak tanımlanmaktadır. Vücut ısısının belirlenmesinde pek çok endojen ve eksojen etkenler yer alır (Mick, 2017; Hacımustafaoğlu, 2018; Roth ve ark, 2019). Genel kapsamda sıcaklığın normal aralığı 35,5-37,7°C, ortalama olarak 37°C'dir (Leggett, 2015; Sajadi ve Romanovsky, 2019). Vücut ısısı diüurnal ritme sahiptir, sabah erken saatlerde en az değerde seyrederken, akşam saatlerinde üst değere ulaşır (Roth ve ark, 2019; Sajadi ve Romanovsky, 2019). Dinlenme sırasında normal vücut ısısından tiroid hormonları, katekolaminler ve büyüme hormonu tarafından yönetilen bazal metabolik süreçler sorumludur.

Vücudun kendisini korumak için uyguladığı mekanizmalar arasında yer alan ateş; yalnız başına bir sağlık sorunu olmayıp, hastalığın belirtilerindedir. Enfeksiyon, vücutta sıvı birikmesi, doku zedelenmesi, aşı uygulamaları ve benzeri nedenlerle vücut ısısını dengeleyen termoregülatör merkezin hasarı sonucu ortaya çıkar. Neredeyse tüm bireyler, çocukluk evrelerinde en az bir kez 37,8°C ile 40°C arasında ateşli rahatsızlık geçirmişlerdir (Yiğit ve ark., 2003). Yapılan çalışmalar dünya genelinde hastaneye başvuran çocukların %30'unda ateş bulgusunun olduğunu ve 6 aylıktan küçük çocukların %40'ında ateş görüldüğünü göstermektedir (Demir ve Doğum, 2005; Patricia, 2014). Ateş çoğu durumda tehlikeli olmamakta ve gerçekte organizmadaki inflamasyona karşı direnç olarak gösterilen yararlı bir yanıt şeklinde ortaya çıkmaktadır (Pursell ve Collin, 2016). Yüksek ateş gözlemlenen çocuklarda nadiren yaşamı tehdit edebilecek ya da ileride yaşam kalitesine zarar verebilecek enfeksiyonlar görülebilmektedir (Crocetti ve ark., 2001; Halıcıoğlu ve ark., 2011). Ateşe bağlı konvülsiyonlar (febril konvülsiyon) ortaya çıkabileceğinden ve konvülsiyon süresi ve yinelenmesine bağlı olarak beyin fonksiyonları üzerinde ciddi hasarlar ortaya çıkabileceğinden yüksek ateşin kontrol altına alınması oldukça önemlidir (Neyzi, 2002; Shinnar, 2012).

Ateş çocukluk evresinde en sık karşılaşılan bulgulardan birisi olduğu için, acil servise gelen hasta yakınmalarının büyük bir bölümünü kapsamaktadır (Esenay ve ark., 2007; Halıcıoğlu ve ark., 2011). Ateşi olan çocukların ebeveynleri genellikle kaygılıdırlar ve en kısa sürede ateşi kontrol altına alabilmek adına panik yaşayabilmektedirler (Dong ve ark., 2015; Eliaçık ve ark., 2012; Richardson ve Purssell, 2015 ; Sa'ed ve ark., 2015;) Panik ve kaygı yaşayan ebeveynlerin bu durumu “ateş fobisi (ateş korkusu)” olarak adlandırılmaktadır (Betz ve Grunfeld, 2006; Komeagac ve Bektas, 2018). Ebeveynlerin yaşadığı korku çoğu zaman ateşin kendisinden değil, neden olabileceği yan etkilerden kaynaklanmaktadır (Crocetti ve ark., 2001). Birçok ebeveyn ateşi kontrol altında tutabilmek için birden fazla antipiretik ilaç kullanabilmekte, antibiyotik kullanımına başlayabilmektedirler (Monsma ve ark., 2015). Ayrıca soğuk su, buzlu su, alkol ya da sirke gibi sıvılarla çocuğun bedenini silerek ateşi düşürmeye çalışmaktadırlar. Ateşin nedeni bilinmeden uygulanan bu yöntemler, çocuğun sağlığında olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (Esenay ve ark., 2007). Ebeveynlerin tedavi yöntemi seçimlerinde, öğrenim düzeyi, konuyla ilişkili geçmiş yaşantıları, içerisinde bulunduğu çevrenin sosyokültürel yapısı gibi değişkenler de etkili olabilmektedir (Karwowska ve ark. 2002). Yapılan çalışmalar, ebeveynlerin çocukluk dönemindeki ateş ile ilgili bilgilerinin ve ateş yönetimi becerilerinin yeteri düzeyde olmadığını göstermektedir (Celasin ve ark., 2008; Eliaçık ve ark., 2012; Gülcan, 2020). Ateşin doğru zamanda ve doğru yöntemlerle düşürülememesi çocuğun tedavi süresinin uzamasına, ateşe bağlı komplikasyonlara ve ekonomik açıdan daha fazla kayıplara sebep olabilmektedir (Pul, 2006).Çocuğun yüksek ateşi olduğunda ilk müdahalelerin önemini aktarmak ve doğru uygulama yöntemleri ile ateşin neden olabileceği istenmeyen durumları en aza indirmek, ebeveynlere verilecek eğitim ile sağlanabilir.

Çocuğun bakımında aktif rolü üstlenen ebeveyn genellikle anne olduğu için, annelerin yüksek ateşe ilk müdahale yöntemlerini öğrenmeleri konusunda sağlık çalışanlarına ciddi sorumluluklar düşmektedir. Özellikle çocuklara bakım veren hemşirelerin, bakım sundukları toplumda yüksek ateşe ilişkin uygulamaların farkında olmasının, konu ile ilgili yanlış bilgilerin düzeltilmesi ve bilgi eksikliklerinin giderilmesi yönlerinden önemi büyüktür (Altinkalem, 2007; Celasin ve ark., 2008; Edwards ve ark., 2007; Özkan ve Öztürk, 2013). Hemşireler, çocuğunu yüksek ateş bulgusu ile hastaneye getiren ebeveynlerin ilk karşılaştıkları sağlık çalışanı olduklarından, ebeveynlerin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve doğru uygulamaların aktarılması konularında üst düzeyde etkili olabilmektedirler. (Celasin ve ark., 2008). Hemşirelerin ebeveynleri ateşin tanımını, nedenleri, yüksek ateşi olan çocuğa uygulanacak ilk müdahaleler gibi konularda bilgilendirmeleri ateşli çocuklarda yanlış uygulamaların önüne geçilmesine ve hastaneye başvuruların azaltılmasına katkı sağlayabilecektir (Altinkalem, 2007; Kara, 2003; Öztürk ve ark., 2015; Poirier ve ark., 2010; Walsh ve ark., 2006; Yavuz ve ark., 2017).

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada 0-5 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3.Araştırmanın Soruları

1. Ebeveynlerin çocuğun ateşi yükseldiğinde yaptıkları uygulamalar nelerdir?
2. Ebeveynlerin bazı sosyo-demografik özellikleri ile Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
 - a. Yaş
 - b. Eğitim durumu

c. Meslek

d. Ekonomik durum

e. Aile tipi

f. Ailedeki çocuk sayısı

g. Çocuk ateşi hakkında eğitim alma durumu

3.Çocukların bazı sosyo-demografik özellikleri ile ebeveynlerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark var mıdır?

a. Yaş

b. Cinsiyet

c. Daha önce ateşlenme durumu

4. Ebeveynlerin çocuğun ateşi düşmediğinde yaptıkları uygulamalar nelerdir?

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Girne Akçiçek Hastanesi çocuk servisi ve acil servise başvuran 175 kişi üzerinde yapılmış olduğundan ortaya çıkan sonuçlar genellenemez. Çalışmadan elde edilen sonuçlar ebeveynlerin öz bildirimlerini yansıtmaktadır.

BÖLÜM II

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ateş Tanımı

Organizmanın kendi ısısını kontrol altına alması, ısı enerjisinin sağlanması ve yitirilmesi arasındaki denge ile oluşmaktadır. Isı üretimi egzersiz, kasların kasılması, metabolizma, besinler, titreme ve bazal ısı ile oluşur. Isı kaybı ise terleme, yüzeysel kan dolaşımının fazla olması, ince ve hafif giysilerin giyilmesi ve hava hareketi ile meydana gelir. Isı kaybı mekanizmaları radyasyon, kondüksiyon, konveksiyon ve buharlaşmadır (Bölükbaşı, 2011; Yeral, 2017).

Vücudun savunma mekanizmalarından biri olan ateş, bir hastalık değil, hastalık bulgularından biridir. Ateş (preksi); ölçüldüğü yere göre, vücut sıcaklığının ortalamadan 1°C ya da daha yüksek olması olarak tanımlanır. Oral 38°C, aksiller 37,5°C ve rektal 38,1°C üzerinde seyreden vücut sıcaklığı ateş olarak düşünülür. Vücut sıcaklığı 41°C'ye ulaştığında bu duruma hiperpreksi, vücut sıcaklığının 36.8°C-38°C arasında uzun süre seyretmesi durumuna da subfebril ateş adı verilir (Mick, 2017; Yeral 2017; Hacımustafaoğlu, 2018; Roth ve ark, 2019; Bölükbaşı 2011). Genel olarak çocuklarda 38°C ve üzeri vücut sıcaklığı (rektal), ateş olarak kabul edilir (Hacımustafaoğlu, 2018).

Eski dönemlerden bu yana ateş, insanlığın ilgisini çeken klinik bir bulgu olmuştur. M.Ö. 5. yüzyılda, Hipokrat ateşin önemini nabız sayısı, hızı ve yüksekliği ile ilişkilendirmiştir. M.S 2. yüzyılda ise Galen insan organizmasında nemlilik ve kuruluşun yanı sıra sıcak ve soğuktan oluşan dört farklı nicelik ve niteliğin olduğunu öne sürmüştür. Bu dört farklı nicelik ve nitelik oranının bireyin sağlığını belirleyeceğini düşünmüştür. Organizma ısısının ateşten bağımsız olduğunu ilk defa Romalı Celsus (M.S. 50. yıllarda) ileri sürmüştür. Türk hekimlerinden Razi, (MS 10.yy başlarında) vücut ısısının yükselişinin her zaman bir hastalık olmadığını, organizmanın hastalıkla baş edebilmek için bir mücadele yöntemi olarak ateşin arttığını belirtip, ateşli hastalıklarda soğuk su tedavisini alana kazandırmıştır. 11. yüzyılda ise İbni Sina, ateşin kalp içerisinde yanarak başlayıp, ruh, atardamar ve toplardamardaki kan aracılığıyla organizmanın tamamına yayıldığını, buna bağlı organizmanın doğal işleyiş sistemini bozduğunu, sonuç olarak

meydana gelen sıcaklık ve ısının da halsizliğe neden olduğunu belirterek ateşi patolojik ve semptomatik şekilde iki unsurdan açıklamıştır. Ateşin ortaya çıkışını anlatan, gösteren ve açıklayan araştırmalar son 70-80 yıl içinde yapılarak literatüre eklenmiştir ve devam etmektedir (Adedipe, 2006; Asgar Pour ve Yavuz, 2010; Güloğlu ve ark., 2002; Nicolasora, 2008).

Sağlıklı bir bireyin vücut ısısı, aksiller bölgede 36.5°C in, oral bölgede 37°C nin ve rektal bölgede 37.5°C in altındadır. Organizma ısısının ritmi diürnaldır. Vücut ısısı bireyden bireye, yaşına, ölçüm yapılan bölgeye ve hangi saatte ölçüldüğüne bağlı olarak değişim gösterir. Sabah 06:00 sularında vücut ısısı en düşük seviyede, akşam 18:00 sularında ise en yüksek derecededir. Vücut ısısı akşam saatlerinde, sabah saatlerine oranla 0,5-1°C daha yüksektir (Pul, 2006; Esenay ve ark., 2007). Yaşamın ilk aylarında vücut sıcaklığının gün içerisindeki değişkenliği belirgin olmayıp çocuklarda 2 yaşından sonra belirginleşir. Vücut sıcaklığı kadınlarda 13-14, erkeklerde ise 17-18 yaşlarında stabilleşir (Esenay ve ark., 2007; Pul, 2006).

Ateş, vücut ısısının derecesine, yükselme-düşme şekli ve süreçlerine göre sınıflandırılır. Bunlar aralıklı (intermittent), dalgalı (remittent), sürekli (constant) ve tekrarlayan (rekürrent) ateş olarak adlandırılır. Aralıklı (intermittent) ateşte normal vücut ısısı değerleri ve ateş dönemler halinde düzenli aralıklarla birbirini izler. Vücut ısısı genellikle sabah erken saatlerde düşük seyrederken akşamüstü ve gece en yüksek değerine ulaşır. Dalgalı (remittent) ateşte vücut ısısında 24 saat boyunca 2°C'den daha fazla dalgalanmalar görülmektedir. Ancak dalgalanmalar sırasında vücut ısısı normal değere düşmez. Sürekli (constant) ateşte ise vücut ısısı sürekli yüksektir ve vücut sıcaklığındaki dalgalanmalar 2°C'den daha azdır (Bölükbaşı, 2011).

2.2. Ateşin Etiyolojisi

Çocuklarda vücut sıcaklığında yükselme genellikle viral enfeksiyonlara bağlıdır ve kısa zamanda kendiliğinden iyileşme görülür. Çocukların az bir kısmında yüksek ateşin nedeni, yaşamı tehdit eden ve ileride yaşam kalitesine etki edebilecek ciddi bakteriyel enfeksiyonlardır. (Koçoğlu, 2009).

Ateşin nedenleri;

- a) Enfeksiyonlar: Bakteri, mantar, septisemik, virüs, riketsiya ve parazit enfeksiyonları, iltihapsız ya da iltihaplı tüm enfeksiyonlar vücut sıcaklığının yükselmesine neden olabilir.
- b) Malign hastalıklar: Hodgkin lenfoma, lösemi, sarkom, non-hodgkin lenfoma, melanom gibi hastalıkların genelinde ateş gözlemlenir. Bu durum tümörün kendisi, neden olduğu tıkanma ya da enfeksiyondan kaynaklıdır.
- c) Kollagen doku hastalıkları: Sistemik lupus eritematozis, poliartrit nodoza, dermatomyozit, romatizmal ateş, juvenil romatoid artrit
- d) Metabolik hastalıklar: Hipertiroidizm, gut, tiroid krizi
- e) Kardiyovasküler sistem hastalıkları: Miyokard enfarktüsü, hematom, tromboemboli, dissekan anevrizmalar
- f) Gastrointestinal sistem hastalıkları: İnflamatuvar barsak rahatsızlıkları
- g) İlaçlar: İlaçlar, genellikle sıcaklık artışının nedeni olarak düşünülüp tanı karışıklıklarına neden olabilir. Bu durumun en sık karşılaşılan örneği antibiyotiklerdir.
- h) Diğer faktörler: Dehidratasyon, aşı sonrası komplikasyonlar, konvülsiyonlar, ortam sıcaklığının yükselmesi vb. (Çaka ve ark. 2015; Gülcan, 2020).

Çocuklarda kaynağı (nedeni) bilinmeyen ateşle de sık karşılaşılır. Kaynağı bilinmeyen ateş; üç haftadan daha uzun süren, fizik muayene ve rutin tetkiklerle ateş nedeninin bulunamaması olarak ifade edilir (Çaka ve ark. 2015).

2.3. Ateşin Patogenezi

Ateş immün sistem tarafından tehdit olarak algılanan durumlarda vücudun otonomik, davranışsal, hipotalamik ve nöroendokrin olarak verdiği koordineli ve kompleks bir yanıttır. (Bölükbaşı,2011; Çaka ve ark. 2015; Yeral, 2017). Ateş, sıcağa ve soğuğa duyarlı reseptörlerin bulunduğu hipotalamusun anterior bölümü (preoptik bölge) tarafından yönetilir. Vücut sıcaklığının artması bu bölümdaki termostatik “set-point” noktası sıcaklığının yükselmesi ile oluşur (Çaka ve ark. 2015).

Anterior hipotalamusun preoptik bölgesindeki sıcaklık ayar-kontrol merkezi organizmanın alt bölgeleriyle götürücü nöronlar vasıtası ile bağlantı kurarken, vücuttaki bütün sıcaklığı duyarlı reseptörlerden getirici sinirler vasıtasıyla sinyaller alır. 3 tip nöron (sinirsel yapı) mevcuttur. Bunlar hipotalamik kısımda ortaya çıkan ısı değişikliklerine karşı verdikleri yanıtı göre ayrılırlar:

1. Sıcağa duyarlı nöronlar (~%30): Beyin sapında etki gösteren bu nöronlar, solunum sayısında artış ve terlemeyi düzenleyerek vücudun ısı kaybını ayarlar.
2. Soğuğa duyarlı nöronlar (<%5): Sıcağa duyarlı nöronlardan sinaptik inhibisyon alırlar. Eğer anterior hipotalamusun preoptik kısımdaki sıcaklık azalır, ısıya duyarlı nöronların inhibisyonu düşer ve soğuğa duyarlı nöronlar vasıtasıyla yeniden ısı üretimi başlar.
3. Isıya duyarsız nöronlar (>%60): Anterior hipotalamustaki ısı değişimlerinden etkilenmez. Sıcak ve soğuğa duyarlı nöronlar arasında inhibisyon ya da eksitasyon sağlayarak düzenleme yaparlar. (Netea, 2000; Tabak ve ark., 2003; Yeral, 2017).

Ateşin oluşmasında ekzojen ve endojen pirojenler rol alır. Endojen pirojenler enfeksiyöz ve inflamatuvar olaylara yanıt olarak salınan sitokinlerdir. Endojen pirojenlerin açığa çıkmasını etkileyen maddelere eksojen pirojen adı verilir. Eksojen pirojenler immün sistemi tetikleyerek endojen pirojen salınımını sağlar. Salınan bu endojenler hipotalamustan PGE2 üretimini artırır. PGE2 başta olmak üzere prostoglandinler nörotransmitterlerin yardımıyla hipotalamustaki ateş ayar düğmesinin daha yükseğe ayarlanmasına yol açarlar. Bu nedenle de hipotalamustan serebral kortekse ve vazomotor merkeze ateşin yükselmesini etkileyecek uyarılar gönderilir. Korteksin etkilenmesiyle çocuklarda vücut sıcaklığının artmasına ya da vücut sıcaklığının azaltılmasına yönelik davranışlar gösterir. Ateşe neden olan etkenler ortadan kalkınca, oluşan bulgular yok olur ve sıcaklık normale döner (Bölükbaşı, 2011; Çaka ve ark. 2015; Tabak, 2003;).

2.4. Hipotermi ve Hipertermi

Hipotermi vücut sıcaklığının 35°C'ın altına düşmesidir (Hacımustafaoğlu, 2018; McGee, 2018). Isınma eksikliği, soğuk havalarda dışarıda bulunma ya da suya düşme nedeniyle gerçekleşebilir (Hacımustafaoğlu, 2018; Moore, 2010).

Vücut sıcaklığının aşırı yükseldiği bir durum olan hipertermi aslında ateş olarak kabul edilmez. Hipertermide normal işlev gösteren bir hipotalamik regülasyon (ısı ayar düğmesi), bazı dış etkenler (sıcak çarpması, yüksek sıcakta fazla hareket gibi), bazı ilaç ve süksinilkolin, aşırı egzersiz gibi değişkenlerin etkisiyle ateş kontrol dışı şekilde artar. Hipertermi ve ateşin tedavi yaklaşımları da farklılıklar göstermektedir. (Hacımustafaoğlu, 2018; Roth ve Basello, 2019).

Hiperpireksi vücut sıcaklığının 41,5°C'yi aşması durumudur. Enfeksiyonlarda da görülebilmekle birlikte çoğunlukla merkezi sinir sistemi kanaması olan hastalarda ortaya çıkar (McGee, 2018). Ateşin düşürülmesi için periferik soğuk uygulama ile beraber antipiretiklerin uygulanması önerilir (Hacımustafaoğlu, 2018; Nield ve Kamat, 2018;.Porat ve Dinarello, 2004)

2.5. Ateşin Yararlı ve Zararlı Etkileri

Hipokrat'ın, "Bana ateşi üretmek için güç verirseniz, bütün hastalıkları tedavi edebilirim" sözü, ateşin iyileşme sürecine etkili olduğu düşüncesinin çok eski yıllardan beri bilindiğini göstermektedir. Ateş, çocukların genel durumunu olumsuz etkilediğinden ebeveynleri tedirgin etse de immün sistemin bazı komponentlerine yararlı etkisi vardır ve özellikle viral enfeksiyonlarda vücudun korunmasına ve iyileşmesine yardımcı olmaktadır (Çaka ve ark. 2015; Gülcan, 2020). Ayrıca yapılan çalışmalarda, vücut ısısı yüksek olan hastalarda mortalitenin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Sajadi ve Romanovsky, 2019).

Ateş mikroorganizmanın canlılığını sürdürebilmesi için gereksinim duyulan serbest demiri düşürür. Ateş sırasındaki iştahsızlık nedeniyle mikroorganizmanın glukoz gereksinimi azalır. Kana serbest glukoz geçişindeki azalma bakteriyel gelişmeyi olumsuz yönde etkiler. Ateşli çocukta halsizlik ve dinlenme isteğinin olması kasların enerji gereksinimini azaltır. Ateşli dönemde karaciğerde akut faz reaktanlarının yapımı artar (Çaka ve ark. 2015; Gülcan 2020; Nield ve Kamat, 2018; Yeral, 2017).

Çok yüksek ısılarda, immün tepkiler bozulma gösterilebilir. Vücut ısısının her 1°C yükselişi ile bazal metabolizma hızı %10-12 yükselir. Bu durum, oksijen tüketimini, karbondioksit üretimini çoğaltır. Vücut ısısının 37,8°C üstündeki her 1°C yükselişi, günde 100 ml/m² sıvı gereksinimine neden olur (Nield ve Kamat, 2018). Ateş oksijen

(%13), kalori ve sıvı ihtiyacı (%10) arttığından kalp ve beyin kanlanmasında sorun olan çocuklarda genel durum ağırlaşır. Kalp atım hızı her bir derece sıcaklık artışında dakikada 20 atım yükselmektedir. Bu da oksijen tüketimini ve kardiyak yükü artırmaktadır. Periferik vazodilatasyon sonucunda sistemik tansiyon düşer ve solunum sayısı artar. Bu da kas yıkımını artırır ve vücut ağırlığı azalır. Zihin yeteneklerinin geçici olarak azalmasına, bilinç değişikliklerine (baygınlık, sayıklama) neden olabilir ve konvülsiyonu tetikleyebilir (Çaka ve ark. 2015; Gülcan, 2020).

Vücut ısısı 42°C'nin üzerinde olduğu zaman nörolojik sekellere neden olabilir. Febril nöbetler aileler için önemli bir kaygı kaynağıdır. Sıklıkla 6 ay ile 6 yaş arasındaki bebek ve çocuklarda gözlenmektedir (Gürarlan ve ark., 2016; Roth ve Basello, 2019). Vücut ısısının yükselmesi halinde; çocukta baş ağrısı, baş dönmesi, karın ağrısı, dehidratasyon, ışığa duyarlılık, kusma, ajite olma, kalp atım hızında artma, solunum sayısında artma, halsizlik ve terleme gibi bulgular meydana gelebilir (Gülcan, 2020).

2.6. Ateş Ölçüm Yöntemleri

İdeal bir sıcaklık ölçümü, güvenilir, invaziv olmayan, ucuz, zamanı etkin kullanmayı sağlayan, kolay uygulanabilir olmalı ve iç vücut sıcaklığını doğru bir şekilde yansıtabilmelidir (Çaka ve ark. 2015). Çocuklarda ateş; rektal, oral, aksillar, timpanik, temporal arterden, temaslı/ temasız kızılötesi yolla (alından/ ciltten) ölçülebilir (Hockenberry, 2013). Ateşin ölçülmesinde kullanılan termometreler; civalı termometreler, dijital termometreler, elektronik termometreler, likid kristal termometreler ve plastik strip termometrelerdir (Yeral, 2017).

Oral yolla ölçüm: Oral yolla ateş ölçümü, iç bölge ısısındaki hızlı değişimleri gösterebilmektedir. İletişim sorunu yaşanan, oral yolla oksijen tedavisi devam eden, ağız içerisinde mukozit ve travmatize bir bölge bulunan, cerrahi bir girişim gerektiren ve beş yaşından küçük çocuklarda tercih edilmemektedir (Çaka ve ark. 2015; Gülcan 2020; Hockenberry, 2013). Bu ölçüm için dijital, cam ya da civalı termometre kullanılabilir. Ölçüm termometre yaklaşık üç dakika bekletilerek yapılır. Sublingual ölçülen sıcaklık 37,4 °C -38,4 °C ise subfebril ateş, 38,5-39,0 °C aralığında hafif ateş, 39 °C-40 °C yüksek ateş, 41 °C ve üzeri ise çok yüksek ateş şeklinde adlandırılır (Neyzi ve ark., 2002; Yeral, 2017).

Aksillar yolla ölçüm: Uygulamasının basit ve güvenilir olması nedeniyle rektal yolla ateş ölçümünün diğer bir seçeneği olarak gösterilmektedir (Smith, 2014). Ancak aksillar bölgenin anatomik bakımdan büyük arterlere yakın olmaması, aksillar bölgenin terli olması, zor takip edilmesi (yerinden hareket etmesi) ve ortam şartlarından etkilenmesi nedeniyle tutarsız sonuçlar verebilmektedir (Çaka ve ark. 2015; Falzon ve ark., 2003; Gülcan, 2020; Hockenberry, 2013). Yenidoğanlar ve bir yaşından küçük çocuklarda değişken ve hassasiyeti düşük sonuçlar ortaya çıkarabilir (Çaka ve ark. 2015). Aksillar bölgeden elde edilen değerler rektal sıcaklığa kıyasla 1 °C, sublingual sıcaklığa kıyasla 0,5 °C daha azdır (Neyzi ve ark., 2002).

Rektal yolla ölçüm: Rektal yolla sıcaklık ölçümü diğer sıcaklık ölçüm çeşitleri ile kıyaslandığında, ateşin belirlenmesi konusunda, iç sıcaklığa en yakın değere ulaşılabileceğinden ve dış ortam koşullarından daha az etkilendiğinden klinik olarak altın standartları taşımaktadır. Bebeklerde en sık kullanılan bölgedir (Çaka ve ark. 2015; Gülcan, 2020; Smith, 2014; Yeral, 2017). Bu yöntem, pretermelerde ve yenidoğanlarda rektal perforasyon riski taşınması nedeniyle, yakın zamanda rektal bölgeden ameliyat geçirmiş olanlarda, anorektal lezyonu olan, diyaresi olan, kemoterapi alan ve trombostopenik çocuklarda kullanılmamalıdır. Ayrıca küçük çocuklar için ürkütücü, büyük çocuklar için psikolojik açıdan etkileyici olması ve hijyen sorunu yaratabilmesi diğer olumsuz yönleridir (Çaka ve ark. 2015; Hockenberry, 2013; Neyzi ve ark., 2002). Rektal sıcaklığının 37,6 °C üzerinde oluşu ateş olarak kabul edilir (Yeral, 2017).

Kulaktan ateş ölçümü: Vücudun ısı merkezi olan hipotalamusa anatomik olarak yakın olmasından dolayı teorik olarak en uygun bölgedir. Kısa sürede ölçüm olanağı, çevre ısısından bağımsız olması, enfeksiyon riski olmaması nedeniyle de avantajlıdır (Gülcan, 2020; Yeral, 2017). Fakat bu yöntemle ölçümde propların yenidoğana uygunsuzluğu nedeniyle ateşin derecesinin etkilenebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (Çaka ve ark. 2015). Bu yöntem ile 38 °C üzerindeki sıcaklık ateş kabul edilir (Hockenberry, 2013).

Alından/ciltten ateş ölçümü: Karotis arterden üst seviyede kan akışının gerçekleştirildiği yüzeysel temporal arter aracılığıyla sağlanır. Çocuğa dokunmadan , hızlı ve basit uygulaması olan bir yoldur. Buna karşılık güvenilirliği ve tutarlılığı konusundaki araştırmalar kısıtlıdır (Gülcan, 2020).

2.7. Ateş Yönetimi

Çocukluk döneminde ateş en sık karşılaşılan bulgulardan biridir ve acil servislere başvurma nedenleri arasında önemli bir yere sahiptir (Betz ve Grunfeld, 2006; Esenay ve ark., 2007; Luszcak, 2001). Ateş, vücudun doğal savunma mekanizmalarından birisi olmasına karşın, ebeveynleri de en çok kaygılandıran durumlar arasındadır (Betz ve Grunfeld, 2006; Karwowska, 2002).

Vücut ısısının artması ile birlikte oluşan klinik belirtiler beş evrede toplanabilmektedir;

- 1- İlk belirti aşaması: Beden ısısı normal derecede gözüktüğü de, çocukta halsizlik vardır.
- 2- Titremelerin gözlenmesi: Vücut ısısının artmasına karşın, çocukta üşüme ve titreme başlar.
- 3- Vücut var olan hastalığı beden sıcaklığı ile ortadan kaldırmak için ısıyı eşik düzeye çıkartmaya çalışır.
- 4- Kızarma aşaması; çocuğun kendisini iyi hissetmesine karşın, vücut sıcaklığı eşik seviyede seyrederek, cilt sıcak ve kurudur.
- 5- Terleme aşaması; Son aşamada vücut ısısının azalmaya başlaması ile birlikte terleme başlar (Ceyhan, 2007).

Çocuklarda oldukça sık görülen ateşlenme durumunun kaynağını bulmak (viral, bakteriyel enfeksiyonlar vb.) güç olabilmektedir. Bu aşamada ateş yakınması olan çocukta öykü ve fizik muayene önem taşımaktadır (Celasin ve ark., 2008).

Öykü

Çocuklarda ateşin kaynağını belirlemek için izlenen belirtiler arasında emzirmekte isteksizlik, emerken yorulma, normalden fazla uyuma, huzursuzluk, morarmış ve soğuk görünen cilt (özellikle el ve ayaklarda) yer almaktadır (Kayhanlar Gülcan 2020).

Çocuğun ateşi olduğunda aşağıdaki durumların varlığı sorgulanmalıdır;

- Çocuğun sahip olduğu yaş aralığı ve aşı geçmişi,

- Ateşin seyir derecesi, süresi ve ikincil bir hastalığın olup olmadığı,
- Ateş ile birlikte süregelen başka belirtilerin de olup olmadığı,
- Besin tüketimi, var ise kullanılan ilaçlar ve nöbet durumu,
- Çocuğun hareketleri, oyun oynama sırasındaki uyum ve uyku düzeni-düzensizliği,
- Çevreye karşı ilgisinde farklılaşma,
- Burunda akıntı, hırıltılı ya da zor nefes alma, öksürme, baş bölgesinde ağrı vb. belirtilerin olup olmadığı,
- Kalıtsal ya da kronik bir rahatsızlığın olup olmadığı (Karlı, 2015).

Fizik değerlendirme

Ateş yakınması ile olan başvurularda ilk amaç çocuğun ciddi enfeksiyon ya da bakteri kaynaklı bir hastalığının olup olmadığını anlamak ve ateşin nedenini belirlemektir. Fizik değerlendirmede; organomegali ve lenfadenopati oluşumu, akciğer ve kan dolaşımına ilişkin bulgular, meningeal bulgular, ağız, kulak, iskelet sistemi ve deri (döküntü vb. bulguların aranması) değerlendirilmelidir (Polat ve Beyazova, 2009).

Ateşi olan çocukta acil bir durum olup olmadığını kontrol etmek amacı ile yaşamsal risk oluşturabilecek hava yolu, dolaşım sistemi ve solunum sistemleri kontrolü yapılmalıdır. Solunun sayısı, kalp hızı vb. değerler dikkatle ölçülüp kaydedilmelidir. Dolaşım sistemindeki sorunları gösteren bulgular saptanmış ise; normal olmayan kalp atım hızı, kan basıncı değerleri ve kapiller dolum sürelerinin tekrar değerlendirilmesi gerekebilmektedir (Bölükbaşı, 2011; Gülcan, 2020; NICE, 2019).

2.7.1 Yaş Gruplarına Göre Ateş Tedavisi ve Süreleri

Yetişkinlere göre çocuklarda daha fazla karşılaşılan ateş, farklı yaş gruplarında farklı riskler taşıyabilmektedir. Literatürde ateşi olan farklı yaş dönemlerindeki çocuklarda farklı yaklaşımların gerektiği vurgulanmaktadır (Bakır ve Toprak, 2006; Dalkıran, 2007; Polat ve Beyazova, 2009 ; Pul, 2006).

2.7.1.1.Yenidoğan Dönemi (0-30 gün);

Yenidoğan bebeklerde 1 haftada küçük olması durumunda 38 °C ve üzeri ateş; erken evre sepsis ve 4 haftalığa kadar olan sürelerde ise geç evre sepsis açısından önem taşımaktadır. Ayrıca yenidoğan yaş grubunda ateşlenme durumu toplumsal enfeksiyon ve perinatal herpes simpleks enfeksiyonları açısından tehlike oluşturabilmektedir. Yapılan araştırmalara göre yenidoğan bebeklerin yüzde 12'lik diliminde bakteri enfeksiyonları kaynaklı idrar yolu enfeksiyonu ve gizli bakteriyemiler görülmektedir (Polat ve Beyazova, 2009; Wing ve ark., 2013).

Yeni doğan bebeklerde enfeksiyon bulgularının saptanması güç olabilmekle birlikte, bağışıklık sistemlerinin gelişmemiş olması konuyu önemli kılmaktadır. Enfeksiyon kaynağının tanısında, fiziksel değerlendirme ile birlikte lökosit sayımı, idrar ve idrar kültürü tetkiki, beyin omurilik sıvısı incelenmesi ve kan kültürü yapılmaktadır. Tanı çalışmalarının 24 saat içinde tekrarlanması gerekebilmektedir (Ekim, 2008; Wing ve ark., 2013).

2.7.1.2. 1-3 Ay Arası Bebekler (30-90 günlük)

1- 3 ay arasındaki bebeklerde diğer yaş aralıklarına oranla ateş bulgusu ile daha sık karşılaşmaktadır. Bunun nedeni olarak, immün sistemin henüz gelişmemiş olması ve biyolojik-gelişimsel farklılıklardan kaynaklı enfeksiyon hastalıkları gösterilebilir. Aynı zamanda bu yaş gurubunda, ateşin 38 °C üzerinde seyretmesi yüzde 10-15 düzeyinde bakteriyel kaynaklı olabilirken, yüzde 70 oranında viral enfeksiyon kaynaklı olabilmektedir (Polat ve Beyazova, 2009).

1-3 aylık bebeklerin ateşlenmesi durumunda bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. Ateş nedeninin muayene ile belirlenememesi durumunda ise gerekli tetkiklerin ardından sonuçlar negatife dönüşene kadar antibiyotik kullanımı gerekebilmektedir (Bakır ve Toprak, 2006; Dalkıran, 2007; Polat ve Beyazova, 2009; Wing ve ark., 2013).

2.7.1.3 3-36 Ay Arası Bebekler ve Çocuklar

Öykü ve fizik muayene önceki dönemlere göre daha belirleyicidir. Çocuğun genel durumunun sağlıklı olması ciddi bakteriyel enfeksiyon noktasından uzaklaştırır (Polat ve

Beyazova, 2009). Bu yaş grubunda ateşi olan çocukların %0,5-2'sinde önemli bakteriyel enfeksiyonlar görülebilmektedir (Bakır ve Toprak, 2006). Virüs kaynaklı üst solunum yolu enfeksiyonları ateşin en sık görülen nedenidir. Üst solunum yolu enfeksiyonları çocuklarda ateş, bulantı, yutma güçlüğü, öksürük, burunda akıntı ve tıkanıklıkla beraber gözlenir. Vücut sıcaklığı çoğunlukla 39°C'den düşüktür. Diyare ve üst solunum yolu enfeksiyonu, etkeni basit bir şekilde tanılanan ve antibiyotik tedavisine gereksinim duyulmayan rahatsızlıklardır. Pnömoni, orta kulak ve yumuşak doku enfeksiyonları, sinüzit ve tonsillit ile daha nadir karşılaşılır (Altinkalem, 2007; Bakır ve Toprak, 2006).

Bu yaş grubundaki çocukların öyküsünde; yaşı, ateş süresi ve şekli, antipiretik kullanımı ve miktarı, beraberinde bulunan bulgular, temelde olan hastalık, aşı takvimi, ailedeki genetik hastalıklar sorulmalıdır. Yüksek riskli çocuklar hastaneye yatırılmalı, kan, idrar, serebrospinal sıvı kültürleri alınmalı, radyolojik değerlendirmeleri yapılmalı ve gerekirse antibiyotik tedavisi başlatılmalıdır (Wing ve ark., 2013).

2.7.2. Ateşli Çocuklarda Sağlık Kuruluşu İle İletişime Geçilmesi Gereken Durumlar

- Çocuk 2 aylıktan küçük ise 38° C, 3-6 ay arasında ise 38,3° C ve 6 aylıktan büyükse 39,4° C ateşinin olması,
- Ateşin 40.6 ° C'ı aştığı durumlar,
- Ateşin 24 saatten uzun süre devam etmesi,
- Yetersiz beslenme ya da beslenememe (yetersiz emme, beslenme için uyanmama, beslenmeye ilgisizlik),
- Sürekli kusma, ense sertliği, ciltte morarma, nefes almada zorlanma ya da bilinç bulanıklığı,
- Normal dışı hareketler (sıçrama, titreme vb.)
- Sürekli ağlama,
- Aktivitelerde azalma, daha az uyanıklık ya da çevreye olan ilgisizlik,
- İdrar yaparken yanma

- Ateş kaynaklı nöbet öyküsünün olması
- Normal dışı hareketler (sıçrama, titreme vb.)
- Normal dışı cilt rengi (soluk ya da benekli cilt, dudak çevresinde mavimsi renkler) (Kayhanlar Gülcan, 2020; NICE, 2019).

2.7.3.Ateş Tedavisi

Ateş tedavisinde temel amaç ateşi düşürmek değil, ateşe neden olan hastalığın belirlenmesi ve tedavisine yönelik olmalıdır. Yapılan araştırmalarda Dünya Sağlık Örgütü, 38.5 C üzerindeki ateşte tedaviyi önermektedir. Daha düşük ısılarda ilaç kullanımı, antipiretiklerin aşırı kullanılmasına yol açmaktadır (Kayhanlar Gülcan, 2020; Yenal, 2017;). Yüksek vücut ısısını düşürmeye yarayan ajanlar, prostaglandin sentezini inhibe edip ateş nedeniyle artmış sıcaklık ayar noktasını normal hale getirerek işlev görürler. Çocuk ve ergenlerde sıklıkla kullanılan antipiretik ajanlar parasetamol (asetaminofen) ve ibuprofendir. On sekiz yaşından küçük çocuklarda Reye Sendromu ile ilişkisi nedeniyle aspirin önerilmemektedir (Sullivan ve Farrar, 2011; Ward, 2020).

2.7.3.1. Sık Kullanılan Antipiretik İlaçlar

Antipiretikler, hastanın rahatsızlığını azaltarak aynı anda sıcaklığı 1-2 °C düşürmektedir. Antipiretik kullanımının bir diğer nedeni ateşin verebileceği metabolik zararları önlemektir. Ateşin yükselmesi ile birlikte oksijen kullanımı ve karbondioksit üretimi artmaktadır. Bu nedenle kalp-damar ve akciğer hastalıkları bulunan hastalar ateşin komplikasyonlarına özellikle duyarlı olabilmektedirler (Kayhanlar Gülcan, 2020; Nield ve Kamat, 2020; Orhan ve Arslan, 2019; Ward, 2020;). Bebeklerde ve çocuklarda yaygın olarak kullanılan antipiretikler parasetamol ve ibuprofendir.

Parasetamol (Asetaminofen)

Ateşi olan ve antipiretik kullanımına gereksinim duyan çocuklarda karaciğer hastalığı gibi tıbbi bir sorun yoksa, uzun yıllardır uygulanması ve yüksek güvenirliliği nedeniyle ilk seçenek parasetamoldür (Ward, 2020; Ward ve Hannemann, 2018). Parasetamol, çoğunlukla bir sağlık profesyoneline danışılmadan üç aydan küçük

bebeklere önerilmez. Bunun nedeni, ateşin bu yaş grubundaki bebeklerde ciddi enfeksiyonun tek belirtisi olabileceğidir (Ward, 2020).

Antipiretik dozu 10 mg/kg olup 4-6 saat ara ile verilir. (Bölükbaşı, 2011; Chiappini, 2017; El-Radhi, 2012; Sullivan ve Farrar, 2011). Maksimum günlük doz kilogram başına 60-80 mg ı geçmemelidir. Önerilen kullanım dozuna uygun kullanıldığında parasetamolün yan etkisi yok denebilecek kadar azdır (Pierce ve Voss, 2010). Önerilen miktardan fazla kullanılan parasetamol ölümcül sonuçlar doğurabilmektedir. (Bölükbaşı, 2011; Dong ve ark., 2015; Sullivan ve Farrar, 2011).

İbuprofen

Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlardandır ve 6 aylıktan büyük bebeklere önerilmektedir. Kullanım dozu 5-10 mg/kg'dır. 6-8 saatte bir verilebilir. Maksimum günlük doz kilogram başına 40 mg'ı geçmemelidir. Çocuklarda genellikle akut bulgulara, ateş ve juvenil romatoid artritte uygulanmaktadır (Bölükbaşı, 2011; Kayhanlar Gülcan, 2020; Tezer, 2007; Tunçtan, 2005; Yıldırım, 2007).

Yan etkiler ve dikkatli olunması gereken durumlar; gastrointestinal kanama, böbrek disfonksiyonları, döküntü ve trombositopenidir. Karın ağrısı yakınması ya da mide ülseri bulunan çocuklarda gözetim altında kullanılmalıdır (Yenal, 2017; Bölükbaşı, 2011; Powell, 2008). Doz aşımına bağlı gastrointestinal kanama meydana gelebilir. Aşırı derecede kusma ve ishal gözlemlenen, su tüketmeyen çocuklara uygulanması önerilmemektedir (Tezer, 2007; Yılmaz, 2005).

Metamizol sodyum

Antipiretik etkisinin nasıl oluştuğu tam olarak açıklanamamaktadır. En ciddi yan etkisi lökopenidir. Ayrıca hipotermi ve hipotansiyona da neden olabilir. Avrupa ülkeleri ve yanı sıra İngiltere'de uygulanması yasaklanmıştır. Yan etkilerinin oldukça fazla gözlenmesi nedeniyle çocuklarda metamizol ateş düşürücü olarak uygulanmamaktadır (Kara, 2003; Powell, 2008; Salman ve ark., 2004; Yenal, 2017; Yıldırım, 2007; Ward ve Hannemann, 2018).

2.7.3.2.Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri

Ateş tedavisi yalnızca antipiretiklerle değil, aynı zamanda farmakolojik olmayan uygulamalarla da desteklenmelidir. Çocuk soyularak ince giysiler giydirilmeli, üzerine ince bir örtü örtülmelidir. Bulunduğu ortam sıcaklığı 21-22 C° olacak şekilde ayarlanmalıdır. Ilık kompres ya da ılık duş uygulamaları buharlaşma ile ısı kaybını arttırıp ateşin düşmesini kolaylaştırır. Bu uygulamaların 30 dakika öncesinde antipiretik ilaç verilmiş olmalıdır. Vücudunu silme ya da duş uygulamalarında kesinlikle soğuk su ya da alkol kullanılmamalıdır. Soğuk su vazokonstrüksiyona ve titremeye ısı üretiminin artmasına yol açar. Alkol ise deriden erken buharlaşarak ateşin hızla düşmesine ve sıcaklığa uyumun bozulmasına yol açabilir (Adam, 2013; Bölükbaşı, 2011; Sullivan ve Farrar, 2011; Ward, 2020).

2.8. Ateşli Çocukta Hemşirelik Bakımı ve Ebeveynlerin Bilgilendirilmesi

Çocuklarının vücut ısısını uygun yöntemle ölçme ve ateşli çocuğa bakım verme konusunda ebeveynlerin bilinçlendirilmesinde hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Baysoy ve ark., 2005; Patricia , 2014). Çocuk hemşireleri ateş hakkında aile ile iletişime geçmede önemli bir konuma sahiptirler. Özellikle bu alandaki hemşirelerin ateşe verilen yanıt, ateşin yararları ve güvenli bir şekilde yönetimi konusunda bilgi sahibi olmaları gereklidir. Ateşle ilgili ailenin yanlış tutum ve davranışlarını sorgulanmalı ve çocuklarına ateşli durumlarda yaptıkları uygulamaların kültürel özelliklerine göre farklılıklar gösterebileceğini bilinmelidir (Patricia , 2014).

Ebeveynlerin çocuklardaki ateş ile ilgili yanlış ya da hatalı uygulamalarının kaynağı incelendiğinde; ebeveynlerin ateş ve ateş yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, düşük eğitim düzeyi, çevre faktörü (yaşanan çevrenin ateşlenme durumlarına olan bakış açısı), çocuk sayısı vb. birçok faktörden etkilendiği görülmektedir (Karwowska, 2002; Lopez ve ark., 1997). Ayrıca ateşlenen çocuğu rahatlatmak için ciddi bir enfeksiyon olmamasına karşın hekimler tarafından verilen ilaç tedavisi de ailelerin kaygı durumunu desteklemektedir (Cuzzolin ve ark., 2004). Sağlık çalışanlarının çocuklarda ateş ile ilgili ebeveynlere bilgi verirken, ebeveynlerdeki ateş korkusunu da en aza indirmeleri gereklidir. Ancak ateşin ciddi bir hastalık sonucunda da gelişebileceği ihtimali her zaman göz önünde bulundurulmalıdır (Demir ve ark.; 2007).

Vücut sıcaklığı yüksek olan çocukta detaylı öykü alınmalıdır (çocuğun yaşı, ateşin süresi, ateşin kaç gün sürdüğü ve en yüksek ölçülen seviye, ateşin ölçüldüğü bölge, yakın zamanda aşılama durumu, genel durum, klinik belirtiler, ateş sırasında konvülsif hareketlerin varlığı, döküntülü hastalık geçirme durumu, antibiyotik kullanım durumu vb.) (Taştan , 2007). Ateş düşürücülerin febril konvülsiyonları önlediği ile ilgili kanıtlanmış çalışmaların olmaması nedeniyle, çocuğun genel durumu iyiye ve ateş klinik olarak sınır seviyesine ulaşmadan, her ateş yükselmesinde antipiretik ajanlar kullanılmamalıdır (Fetveit , 2008). Gerekli durumlarda önerilen parastemol veya ibuprofen türevi ilaçlar kombine olarak ya da dönüşümlü olarak 4-6 saatten kısa olmayacak şekilde düzenli bir şekilde kullanılmalıdır. Ancak, çocuk ilk tedavi yöntemine cevap vermezse, alternatif tedaviler düşünülmelidir, ateşin kaynağı belirlenmeden ve reçetesiz olarak çocuklarda antibiyotik kullanımına kesinlikle başlanmaması gerektiği ebeveynlere söylenmelidir (Richardson ve ark.; 2007)

Çocukluk çağı ateş yönetimi uygulamaları evde ebeveyn kontrolü ile başlayan, sağlık kuruluşlarında devam eden ve sonrasında yine evde ebeveyn uygulamaları ile sürdürülen bir süreçtir. Ebeveynlerinde önemli rol üstlendiği bu dönemde, ailelerin ateş yönetimi konusunda bilinçlendirilmeleri ve doğru uygulamalar konusunda eğitilmeleri gerekmektedir. Böylelikle çocukluk çağı ateş yönetiminde başarıya ulaşılabilir (Demir ve Sekreter, 2012; Edwards ve ark., 2007 ;Walsh ve ark., 2005).

Çoğu ebeveyn için çocuklarının ateşlenmesi, önemli bir kaygı nedenidir. 1980’li yıllarda ilk kez Dr. Scmitt tarafından otaya atılan “ateş kaygısı”; ateşli bir hastalık ile karşılaşılması durumunda ateş yönetimi ve ateşli hastalıklar konusunda eksik ya da hatalı bilgi kaynaklı endişe, kaygı ya da korku durumu olarak tanımlanabilmektedir (Chiappini ve ark., 2012; Schmitt, 1980). Lagerløv vd.’ne göre (2003); ateş kaygısı, ateşin olumlu etkilerini göz ardı edip, ailelerin yetersiz ya da hatalı bilgileri sonucunda, ateşi düşürmek için uygun olmayan yöntemleri kullanmalarına neden olmaktadır.

Ebeveynlere ateş ile ilgili eğitim verilirken ateşin enfeksiyonlardaki rolü, hafif ateşin tedavi gerektirmeyeceği, yüksek ateşteki bakım ve tedavi girişimleri, ateş ölçümü, doğru antipiretik dozu, febril konvülsiyon ve ateşle baş etme yöntemleri konularında geniş ve kapsamlı bilgi verilmelidir.(Edwards ve ark.; 2003).

BÖLÜM III.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma 0-5 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Girne Dr. Akçiçek Hastanesi çocuk polikliniği, çocuk hastaların yattığı klinikler ve acil servisinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Girne Dr. Akçiçek Hastanesi'ne 2 Ocak 2021 – 31 Mayıs 2021 tarihleri arasında ateş yakınması ile başvuran 0-5 yaş grubundaki çocukların ebeveynleri oluşturmuştur. Belirlenen süre içinde tüm ebeveynlere ulaşılması planlandığından ayrıca bir örneklem seçimine gidilmemiştir. Örneklem seçim kriterleri; ebeveynlerin sahip olduğu çocuğun 0-5 yaş grubunda olması, ebeveynlerin iletişim engelinin bulunmaması ve çalışmaya katılmada gönüllü olmalarıdır. Belirtilen sürelerde toplamda 175 ebeveyne ulaşılmıştır. Her bir çocuk için ebeveynlerden yalnız biri ile görüşülmüştür.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada bağımlı değişken, ebeveynlerin 'Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu, mesleği, ekonomik durumu, ailedeki çocuk sayısı, aile tipi, çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti, daha önce ateşlenip ateşlenmediği ve ebeveynlerin ateş ile ilgili bilgi alma durumlarıdır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Çalışmada iki veri toplama aracı kullanılmıştır.

3.5.1.1. Soru Formu

Soru formu (EK 1) araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatüre dayanarak hazırlanmış olan toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Soru formunda ebeveynlerin ve çocuğun demografik özelliklerinin yanı sıra ebeveynlerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarını ortaya çıkarmayı hedefleyen sorular bulunmaktadır.

3.5.1.2. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği

Çalışmada kullanılan “Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği” nin orijinal versiyonu (Parent Fever Management Scale) Walsh ve arkadaşları tarafından (2008) geliştirilmiştir. Ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinin Türkçe uyarlaması ise Altun ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmıştır. 8 maddeden oluşan ölçek, “asla” ve “her zaman” arasında değişen 5’li Likert tipi derecelendirmeye sahiptir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 40 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonu uyarlama çalışmasında Altun vd. tarafından saptanan Cronbach alfa değeri (güvenirlilik katsayısı) 0,80’dir. Çalışmamızda ise saptanan Cronbach alfa değeri 0.83’tür.

3.5.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından Girne Akçiçek Hastanesinin çocuk hastaların yattıkları servisleri, çocuk polikliniği ve acil servise çocuğu ile başvuran ebeveynlerden, yüz yüze görüşme sağlanarak toplanmıştır. Veri toplama öncesi ebeveynlere araştırmanın amacı, araştırmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığı, verdikleri bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı, anketlere isim yazmanın gerekli olmadığı gibi açıklamalar yapıp, varsa soruları yanıtlanmıştır. Örnekleme dahil olan ebeveynler veri toplama araçlarını kendileri doldurmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama araçları ile elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen verilerin standart sapma, ortalama gibi betimsel istatistikleri analize dahil edilmiştir. Elde edilen sonuçlar 0,05 anlamlılık düzeyi ile yorumlanmıştır.

Çalışma kapsamında; verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için, çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılmıştır. Çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1 sınırları içinde olması, verilerin normal dağıldığını doğrulayabilmektedir (Hair ve ark; 2013). Çalışmamızda ölçek toplam puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş ve -0,554 - 0,416 arasında olduğu görülmüştür. Verilerin normal dağılımının doğrulanmasının ardından “T- testi”, “Anova Testi”, “Tukey Anlamlılık Testi” ve yüzdeler dökümleri kullanılmıştır. Ebeveyn ateşi yönetimi ölçeğinin ise aritmetik ortalaması kullanılmıştır.

3.7. Etik Kurul Onayı

Araştırmaya başlamadan önce çalışma Kıbrıs İlim Üniversitesi Etik Kurulu'na sunulmuş, 11.02.2021 tarihinde onaylanarak kabul edilmiştir (EK 3). Çalışma KKTC Girne Akçiçek Hastanesi tarafından 09.03.2021 tarihinde onaylanmıştır (EK 4). Araştırmaya katılan ebeveynlere araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verildikten sonra onamları alınmıştır (EK 5).

BÖLÜM IV

4.BULGULAR

Bu bölümde ebeveynlerin ve çocukların tanıtıcı özellikleri, ebeveynlerin ateşe ilişkin bilgi ve uygulamaları, ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları ve karşılaştırmalarına yer verilmiştir.

Tablo 4.1 Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=175)

Özellik	Sayı	Yüzde (%)
Anne-Baba		
Anne	126	71,6
Baba	49	27,8
Annenin Yaşı		
19-25	33	18,9
26 – 32	50	28,6
33 – 39	73	41,7
40 ve üzeri	19	10,9
Annenin Eğitim Durumu		
İlkokul	23	13,1
Ortaokul	38	21,7
Lise	55	31,4
Üniversite	59	33,7
Annenin Mesleği		
Memur	46	26,3
İşçi	30	17,1
Ev Hanımı	57	32,6
Serbest Meslek	27	15,4
Diğer	15	8,6
Babannın Eğitim Durumu		
İlkokul	24	13,7
Ortaokul	34	19,4
Lise	73	41,7
Üniversite	44	25,1
Babannın Mesleği		
Memur	51	29,1
İşçi	64	36,6
Serbest	47	26,9
Diğer	13	7,4
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	144	82,3
Geniş Aile	31	17,7
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	60	34,3
Gelir gidere eşit	81	46,3
Gelir giderden fazla	34	19,4

Ailedeki Çocuk Sayısı		
1 Çocuk	69	39,4
2 Çocuk	72	41,1
3 Çocuk	30	17,1
4 ve üzeri	4	2,3

Tablo 4.1' de araştırmaya katılan ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular sunulmuştur. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %71,6'sı anne ve %27,8'i ise babadır.

Tabloda verildiği gibi annelerin %18,9'u 19-25, %28,6'sı 26-32, 41,7'si 33-39 ve %10,9'u ise 40 ve üzeri yaş aralığında yer almaktadır. Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyi incelendiğinde; annelerin %13,1'inin ilkokul, %21,7'sinin ortaokul, %31,4'ünün lise ve %33,7'sinin düzeyi üniversite düzeyinde eğitim aldığı görülmüştür. Araştırma kapsamında yer alan annelerin %26,3'ü memur, %17,1'i işçi, %32,6'sı ev hanımı, %15,4'ü serbest meslekle uğraşmaktadır. Annelerin %8,6'si ise diğer meslekleri yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Babaların %13,7'si ilkokul, %19'ü orta okul, %41,7'si lise ve %25,1'i üniversite mezunudur. Babaların mesleğine bakıldığında %29,1'inin memur, %36,6'sının işçi ve %26,9'unun ise serbest meslekle uğraştıkları belirlenmiştir. Diğer meslek guruplarında yer alan babaların oranı ise %7,4 dür.

Araştırmaya dahil olan ailelerin %82,3'ü çekirdek aile, %17,7'si ise geniş aile yapısındadır. Ebeveynlerin ekonomik durumlarına bakıldığında; geliri giderinden az olan ailelerin oranının %34,3, gelirin giderine eşit olduğunu belirten ailelerin oranının %46,3 ve geliri giderinden fazla olan ailelerin oranının %19,4 olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin sahip oldukları çocuk sayısı incelendiğinde; %39,4'ünün bir çocuğa, %41,1'inin 2 çocuğa, 17,1'inin 3 çocuğa ve 23'ünün ise 4 ve üzeri sayıda çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.2 Çocukların Tanıtıcı Özellikleri (n=175)

Özellik	Sayı	Yüzde (%)
Yaş		
0-11 ay	31	17,7
1 yaş	20	11,4
2 yaş	40	22,9
3 yaş	20	11,4
4 yaş	19	10,9
5 yaş	45	25,7

Cinsiyet		
Kız	87	49,7
Erkek	88	50,3
Daha önce ateşlendi mi?		
Evet	166	94,9
Hayır	9	5,1

Araştırma kapsamında yer alan çocukların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.2’de yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi çocukların %17,7’si 0-11 aylıktır. Bir yaşında olan çocukların oranı %11,4, iki yaşında olanların oranı %22,9, 3 yaşında olanların oranı %11,4, üç yaşında olanların oranı %11,4, dört yaşında olanların oranı %10,9 ve 5 yaşında olan çocukların oranı ise %27,5’dir.

Araştırmaya dahil olan çocukların %49,7’si kız ve %50,3’ü ise erkektir. Çocukların %94,9’u daha önce ateşlenmişken, %5,1’i ateşlenmemiştir.

Tablo 4.3. Ebeveynlerin Ateşe İlişkin Bilgi ve Uygulamaları (n=175)

Bilgi ve Uygulamalar	Sayı	Yüzde (%)
Çocuğunuzun ateşlendiğini nasıl anlarsınız?		
Vücudu daha sıcak gelirse	74	42,3
Görünümüne bakarak	56	32,0
El ve ayakları soğursa	32	18,3
Kalın giyindiği halde üşürse	13	7,4
Çocuğunuzun ateşini ne ile ölçersiniz?		
Dijital termometre ile koltuk altından	104	59,4
Dijital termometre ile kulaktan	27	15,4
Civalı termometre ile koltuk altından	19	10,9
El ile alından	17	9,7
İnfrared termometre ile	5	2,9
Dijital termometre ile ağızdan	3	1,7
Çocuğunuzun ateşini hangi bölgeden ölçersiniz?		
Koltuk altından	128	73,1
Kulaktan	28	16,0
Alından	17	9,7
Ağızdan	2	1,1

Ateş ölçümünü ne sıklıkta tekrarlıyorsunuz?		
15 dakikada bir	24	13,7
30 dakikada bir	65	37,1
Saatte bir	82	46,9
İki saatte bir	3	1,7
Dört saatte bir	1	0,6
Soğuk uygulama için hangi bölgeyi tercih edersiniz?		
Tüm vücut	55	31,4
Koltuk altı	49	28,0
Baş	41	24,0
El-yüz yıkama	19	10,9
Kasık bölgesi	8	4,6
Gövde	2	1,1
Ateş düşürücü ilacı neye göre verirsiniz?		
Daha önce ateşlendiğinde doktorun verdiği ilacı veririm.	87	49,7
Doktor reçetesine göre	71	40,6
Evde hangi ilaç varsa onu veririm.	7	4,0
Eczanenin önerdiği ilacı veririm	6	3,4
Yakınlarımla önerdiği ilacı veririm.	4	2,3
Tercih edilen ilk uygulama		
Üzerindeki kıyafetleri çıkarırım	52	29,7
Hemen ılık duş aldırırım	50	28,6
Ateş düşürücü veririm	41	23,4
Soğuk uygulama yaparım	16	9,1
Sirkeli ya da alkollü su ile silerim	13	7,4
Bol bol su veririm	3	1,7
Çocuğun Ateşi Düşmediğinde Yapılan Uygulama		
Doktora götürürüm	103	58,9
Beklerim	6	3,4
Soğuk uygulama yaparım	65	37,1
Diğer	1	0,6
Ebeveynlerin Çocuklarda Ateş İle İlgili Bilgi Alma Durumu		
Evet	86	49,1
Hayır	89	50,9

Ebeveynlerin ateşe ilişkin bilgi ve uygulamalarına bakıldığında (Tablo 4.3.) ebeveynlerin %42,3'ünün çocuğun vücudu daha sıcak gelirse, %32'sinin görünümüne bakarak, %18,3'ünün el ve ayakları soğuksa, %7,4'ünün de çocuk üşürse ateşinin yükseldiğini anladıklarını belirttikleri görülmüştür. Ebeveynlerin %59,4'u ateşi dijital termometre ile koltuk altından, %15,4'ü kulaktan, %10,9'u civalı termometre ile koltuk altından, %9,7'si el ile alından ölçtüklerini belirtirlerken infrared termometre kullananların oranı %2,9'dur. Ebeveynlere ateşi nereden ölçtükleri sorulduğunda; %73,1' koltuk altından, %16,0'sı kulaktan, %9,7'si alından ve %1,1'i de ağızdan ölçtüklerini ifade etmişlerdir.

Ebeveynlerin %46,9'u ateş ölçümünü saatte bir tekrarlarlarken %37,1'i 30 dakikada bir, %13,7'si de 15 dakikada bir tekrarlamaktadırlar. soğuk uygulamayı nerden yaptığına ilişkin bulgular incelendiğinde ebeveynlerin %30'unun tüm vücudu kullandığı (n=55), %28'inin ise koltukaltını kullandığı (n=49) görülmektedir.

Ebeveynlere soğuk uygulamayı nereden yaptıkları sorulduğunda %31,4'ü tüm vücut, %28'i koltuk altı, %24'ü baş bölgesini kullandıklarını belirtirlerken % 10,9'u çocuğun ellerini ve yüzünü yıkadıklarını söylemişlerdir. Ebeveynlerin %49,7'si çocuklarının ateşini düşürmek için doktorun daha öncesinde verdiği, %40,6'sı doktor reçetesine göre, %3,4'ü de eczanenin önerdiği ateş düşürücüyü kullandıklarını belirtmişlerdir.

Ebeveynlerin çocuğun ateşi yükseldiğinde tercih ettikleri ilk uygulama sorulduğunda; ebeveynlerin %29,7'si çocuğun üzerindeki kıyafetleri çıkardıklarını, %28,6'sı hemen ılık duş aldıklarını, %23'4'ü ateş düşürücü verdiklerini, %9,1'i soğuk uygulama yaptıklarını, %7,4'ü sirkeli ya da alkollü su ile sildiklerini ve %1,7'si de bol bol su verdiklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan ebeveynlere çocuğun ateşi düşmediğinde ne yaptıkları sorulduğunda %58,9'u "Doktora götürürüm", %37,1'i "soğuk uygulama yaparım" ve %3,4'ü de "beklerim" yanıtını vermişlerdir.

Ebeveynlerin %50,9'u çocukluk dönemi ateşi ile ilgili herhangi bir bilgi almadıklarını belirtirlerken %49,1 konu ile ilgili bilgi almış olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4. Ebeveynlerin Ateşe İlişkin Kaygıları (n=175)

Ateş sizi kaygılandırır mı?	Sayı	Yüzde (%)
Evet	160	91,4
Hayır	15	8,6
Çocuğun ateşlenmesi sizi en çok neden kaygılandırır?		
Havale geçirmesi	115	65,7
Beynin hasar görmesi	36	20,6
Ölmesi	17	9,7
Diğer	7	4,0
Kaygı duyduğunuz vücut sıcaklığı nedir?		
37-37,9	50	28,6
38-38,9	115	65,7
39-39,9	10	5,7

Ebeveynlerin ateşe ilişkin kaygıları Tablo 4.4'te verilmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %91,4'ü çocuklarının ateşlenmesi durumunda kaygı duydukları aktarmıştır. Ateş yükselmesinde en çok neden kaygı duydukları sorulduğunda %65,7'si çocuğunun havale geçirmesinden, %20,6'sı beynin hasar görmesinden, %9,7'si ise çocuğun ölmesinden kaygı duyduklarını belirtmiştir. Ebeveynlere kendilerini kaygılandıran vücut sıcaklığı sorulduğunda %28,6'sı 37-37,9 C aralığındaki, %65,7'si 38-38,9 C aralığındaki ve %5,7'si de 39-39,9 C aralığındaki ateşten kaygı duyduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.5. Ebeveynlerin, Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinden Aldıkları Minimum ve Maksimum Puanlar, Puan Ortalamaları ve Chronbach Alfa değeri

	n	\bar{x}	ss	Min-Maks	Chronbach alfa	Madde sayısı
Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalaması	175	34,73	2,9			
Anne	126	34,738	2,9	8-40	0,83	8
Baba	49	34,714	3,0			

Ebeveynlerin, Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinden aldıkları min-maks puanlar, puan ortalamaları ve chronbach alfa değeri Tablo 4.5'te verilmiştir. Buna göre; ebeveynlerin ölçek puan ortalamalarının $34,73 \pm 2,9$ (min:8, maks:40), ölçeğin chronbach alfa değerinin 0,83 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan annelerin $34,738 \pm 2,9$ ve babaların ise $34,714 \pm 3,0$ ölçek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6. Ebeveynlerin, Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeğinin Maddelerinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ateş Yönetimi Uygulamaları	\bar{X}	ss
Çocuğum ateşlendiğinde genellikle ateşini ölçerim.	38,72	3,0
Ateşinin derecesini bilmeyi isterim.	38,58	3,2
Bol sıvı aldığından emin olmak isterim.	34,97	5,2
Ateş düşürücü ilaç kullanırım.	32,18	6,6
Gece boyunca kontrol ederim.	35,93	4,6
Onunla aynı odada uyurum.	35,01	5,6
Gece ateş düşürücü vermek için uyandırırım.	29,57	8,4
Doktora götürürüm	32,86	6,6

Tablo 4.6’da ebeveynlerin ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinin maddelerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Tablodan da görüldüğü gibi çocuğu ateşlendiğinde genellikle ateşini ölçen ebeveynlerin puan ortalamaları 38,72, ateşinin derecesini bilmek isteyenlerin puan ortalamaları 38,58, bol sıvı aldığından emin olmak isteyenlerin puan ortalamaları 34,97, ateş düşürücü ilaç kullandığını ifade edenlerin puan ortalamaları 32,18, çocuğunu gece boyunca kontrol eden ebeveynlerin puan ortalamaları 35,93, çocuğunu gece ateş düşürücü vermek için uyandıranların puan ortalamaları 29,57 ve çocuğuyla aynı odada uyuyan ebeveynlerin puan ortalamaları 35,01’dir. Doktora götürdüğünü belirtenlerin puan ortalamaları ise 32,86’dır.

Tablo 4.7. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamaları (n=175)

Annenin Yaşı	n	\bar{X}	Ss.	f	p
19-25	33	34,51	2,9		
26 – 32	50	34,78	2,9	1,543	0,205
33 – 39	73	35,10	2,9		
40 ve üzeri	19	33,52	2,7		
Annenin Eğitim Durumu					
İlkokul	23	34,95	3,5		
Ortaokul	38	34,02	2,7	1,58	0,196
Lise	55	34,52	2,6		
Üniversite	59	35,28	3,0		
Annenin Mesleği					
Memur	46	35,34	2,9		
İşçi	30	34,03	3,1		
Ev Hanımı	57	34,42	2,9	1,164	0,329
Serbest Meslek	27	35,0	2,6		
Diğer	15	34,93	3,1		
Babanın Eğitim Durumu					
İlkokul	24	34,08	3,5		
Ortaokul	34	34,44	2,9	0,871	0,457
Lise	73	35,09	2,4		
Üniversite	44	34,70	3,3		
Babanın Mesleği					
Memur	51	34,50	2,8		
İşçi	64	34,23	2,7	2,241	0,085
Serbest	47	35,63	3,1		
Diğer	13	34,76	2,9		
Ekonomik Durum					
Gelir Giderden Az	60	34,66	2,7		
Gelir Gidere Eşit	81	34,77	3,1	0,024	0,976
Gelir Giderden Fazla	34	34,73	2,9		
Ailedeki Çocuk Sayısı					
1 Çocuk	69	35,072	2,6		
2 Çocuk	72	34,76	3,0	1,459	0,228
3 Çocuk	30	34,16	3,2		
4 ve üzeri	4	32,50	2,6		
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	144	34,95	2,9	2,154	0,033
Geniş Aile	31	33,70	2,5		
Anne / Baba					
Anne	n	\bar{X}	Ss.	t	p
Anne	126	34,738	2,904	0,48	0,962
Baba	49	34,714	3,068		

Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.7’de yer almaktadır. Tablodan da görüldüğü gibi araştırmaya katılan ebeveynlerin ateş yönetimi ölçeği toplam puan ortalamaları annenin yaşı, eğitim durumu, mesleği, babanın eğitim durumu, mesleği, ekonomik durum, anne veya baba oluşu ve ailedeki çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p>0.05$).

Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği toplam puanları ile aile tipi arasındaki farka bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamaları (n=175)

Çocuğun Yaşı	n	\bar{X}	Ss.	f	p
0-11Aylık	31	34,87	2,4		
1 Yaşında	20	35,85	2,6		
2 Yaşında	40	34,15	3,2	1,674	0,143
3 Yaşında	20	33,75	2,9		
4 Yaşında	19	34,42	3,7		
5 Yaşında	45	35,22	2,5		
Çocuğun Cinsiyeti	n	\bar{X}	Ss.	t	p
Kız	87	34,425	2,726	-1,372	0,172
Erkek	88	35,034	3,127		
Çocuğun Daha Önce Ateşlenip Ateşlenmediği	n	\bar{X}	Ss.	t	p
Evet	166	34,64	2,921	-1,686	0,094
Hayır	9	36,33	3,041		

Tablo 4.8’de çocukların tanıtıcı özelliklerine göre ebeveynlerin ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Çocuğun yaşı, cinsiyeti ve daha önce ateş öyküsünün bulunması durumu ile ebeveynlerin ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamaları (n=175)

Ateş Yönetimi Konusunda Bilgi Alma Durumu	n		Ss.	t	p
Evet	86	35,52	2,3	3,619	0
Hayır	89	33,96	3,2		
Cevap evet ise bilgi kimden alındı?					
	n	Yüzde			
Doktor	35	19,9			
Hemşire-ebe	29	16,5			
Kitap, dergi, gazete vb.	4	2,3			
Komşu, arkadaş, akraba	10	5,7			
Sosyal medya	9	5,1			

Ebeveynlerin ateş yönetimi konusunda bilgi alma durumlarına göre ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.9’da görülmektedir. Ateş yönetimi konusunda bilgi aldığını belirten ebeveynlerin ölçek puan ortalamaları 35,52 ve bilgi almadığını belirtenlerin puan ortalamaları 33,96’dır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede ebeveynlerin ateş yönetimi ile ilgili bilgi alma durumları ile ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Söz konusu farkın ateş yönetimi hakkında bilgi aldığını belirten ebeveynlerin lehine olduğu görülmüştür. Ateş yönetimi konusunda bilgi aldığını belirten ebeveynlerin cevapları incelendiğinde ise %19,9’unun ($n=35$) doktordan, %16,5’inin ($n=16,5$) hemşire veya ebeden, %2,3’ünün ($n=4$) kitap, dergi, gazete vb kaynaklardan, %5,7’sinin ($n=10$) komşu, arkadaş veya akrabadan %5,1’inin ise ($n=9$) sosyal medyadan bilgi aldığı görülmektedir.

BÖLÜM V

5.TARTIŞMA

Çocukluk döneminin en fazla karşılaşılan sorunlardan biri olan ateş, ebeveynlerin kaygılanmalarına ve acil servislerine yönelmelerine neden olmaktadır. Ateşin çocukluk döneminde sık karşılaşılan bir bulgu olması, ebeveynlerin ateş konusundaki bilgi düzeylerini ve tutumlarını önemli kılmaktadır. Çocukluk dönemindeki ateş konusunda bilinmesi gereken ön bilgiler; ateşin belirlenmesi, ateş ölçüm yöntemleri, ateşi düşürebilmek için yapılacak uygulamalar şeklinde sıralanabilir. Bu çerçevede çocuğun temel bakımını üstlenen ebeveynlerin ateş yönetimi konusunda bilgi sahibi olması; uygulanabilecek yanlış uygulamaların ve hastanelerdeki acil servislerin yoğunluğunun azalmasına yardımcı olacaktır (Kara, 2003; Walsh ve ark., 2006; Öztürk ve ark., 2015). Çocukluk döneminde ateş bulgusuna yoğunlaşan çalışmalar, ebeveynlerin ateş ile ilgili bilgilerinin ve ateş yönetimi becerilerinin yeterli düzeyde olmadığını doğrulamaktadır (Celasin ve ark., 2008; Eliaçık ve ark., 2012; Gülcan, 2020).

Ateş bulgusu ortaya çıktığında ilk müdahalenin yapılabilmesi için vücut sıcaklığının doğru bir biçimde ölçülebilmesi ve tanımlanması gereklidir. Bunu yapabilmek için de ebeveynler evde termometreye sahip olmalı ve termometreyi doğru kullanabilmeli ve okuyabilmelidirler (Karaman, 2020). Çalışmamızda ebeveynlerin %59,4'ünün dijital termometre, %10,9'unun da civalı termometre kullandıkları belirlenmiştir. Konuya ilişkin literatür incelediğinde ebeveynlerin termometre kullanım oranlarının %52-%93 oranında değişebildiği görülmektedir (Çöl, 2013; Köksal vd., 2014; Suluhan ve ark., 2016; Abdinia ve Khalilzadeh, 2017; Karaman, 2020). Konu ile ilgili yapılan çalışmalara paralel şekilde çalışmamızda da termometre kullanımının yaygın olduğu görülmektedir.

Çocuğun ateşi yükseldiği zaman ebeveynler objektif değerlendirme yapmadan önce bazı subjektif değerlendirmeler de yapabilmektedirler. Ateşin subjektif bir şekilde değerlendirilmesi güvenli bir değerlendirme yöntemi olarak kabul edilmemektedir. Çünkü vücut sıcaklığı yüksek olarak algılanarak gereksiz girişimlerin yapılmasına ya da tam tersi olarak yapılması gereken müdahalelerin gecikmesine neden olabilmektedir.

Araştırmamızda ebeveynlerin %42,3'ü çocuğun vücudunda sıcaklık hissettiklerinde ve %18,3'ü de el ve ayakları soğuk olduğunda çocuğun ateşinin yükseldiğini fark ettiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızdan elde edilen bu sonuç doğrultusunda her ne kadar ebeveynler ateş ölçümünde termometre gibi objektif yöntemleri kullansalar da çocuğun vücuduna dokunarak, el ve ayaklarının soğuk olduğunu hissederek ya da görünümüne bakarak ta ateşi fark etmeye çalıştıkları söylenebilir. Çocuğun ateşini vücuduna dokunarak fark ettiğini ifade eden ebeveynlerin oranı Celasın ve arkadaşlarının (2008) gerçekleştirdiği çalışmada %77,2, Bebiş ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında %59,4 ve Agrawal ve arkadaşlarının (2017) çalışmalarında %85,4 olarak saptanmıştır. Bölükbaşı'nın (2011) çalışmasında da ebeveynlerin subjektif değerlendirmeye neden olan yöntemleri kullanmayı sürdürdükleri belirlenmiştir. Bu bulgular, araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Ebeveynlerin ateş ölçüm yöntemi seçerken; hızlı sonuç veren, basit kullanılabilen ve maliyeti uygun olan araçları tercih ettikleri bilinmektedir (Akt., Smith, 2014; Karaman, 2020;). Yine konu ile ilgili literatürde hem maliyetinin uygun olması hem de uygulama kolaylığı açısından ateş ölçer olarak otomatik termometre ve ateş ölçüm yeri olarak ta koltuk altının daha fazla tercih edildiği görülmektedir (Halıcıoğlu ve ark., 2011; Çataklı ve ark., 2012; Raffaelli ve ark., 2016; Karaman, 2020). Araştırmamızda da benzer şekilde ebeveynlerin %59,4'ünün otomatik termometre kullandığı ve %73,1'inin de ölçüm yeri olarak koltuk altını seçtikleri görülmektedir. Çocuğun ateşini herhangi bir ateş ölçüm cihazı kullanmaksızın el ile alından ölçen ebeveynlerin oranının az olması (%9,7) doğrultusunda, ebeveynlerin ateş ölçümü için ağırlıklı olarak objektif yöntemlere yöneldikleri söylenebilir.

Karaman'a göre (2016); ebeveynlerin çocukluk çağı ateşi konusundaki bilgi eksiklikleri ve kaygılarının yüksek olması, ateş düşürücü ilaçların kullanım sıklığını artırmaktadır (Akt.Purssell ve Collin, 2016). Çalışmamızda ebeveynlere ateş düşürücü ilaçları neye göre verdikleri sorulduğunda yaklaşık yarısının (%49,7) çocuk daha önce ateşlendiğinde doktorun verdiği ilacı verdiklerini belirtmeleri, ebeveynlerin her ateş bulgusunda çocuklarını bir sağlık kuruluşuna götürmediklerini düşündürmektedir. Literatürde, elde edilen bu sonucu destekler nitelikte birçok çalışma yer almaktadır. Suluhan ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında bu oran %88,5, Saed'in (2013)

çalışmasında ise %76 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda ebeveynlerin bilgi eksiklikleri nedeniyle doğru bir şekilde ateş düşürücü kullanmadıkları ve sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmeye gereksinim duydukları söylenebilir.

Ebeveynlerin çocukları ateşlendiğinde tercih ettikleri uygulamalar değerlendirildiğinde; ilk sırada %29,7 oranı ile çocuğun üzerindeki giysilerin çıkarıldığı görülmüştür. Bu uygulamayı ılık duş aldırma (%28,6) izlemiştir. Araştırma bulgularına benzer şekilde çeşitli çalışmalarda da (Gülcan, 2020; Karaca ve ark., 2014; Oshikoya ve Senbanjo, 2008; Raffaelli ve ark., 2016; Temel ve ark., 2016; Türker ve ark., 2015) ebeveynlerin çocukları ateşlendiğinde öncelikle üzerindeki giysileri hafiflettikleri bulunmuştur. Farklı araştırmalarda ise ateş düşürücü ilaç kullanımı ilk tercih edilen yöntem olurken (Çöl, 2013; Walsh ve ark., 2008), bizim çalışmamızda ebeveynlerin yaklaşık dörtte birini (% 23,4) hemen ateş düşürücü ilacı tercih etmeleri, hekime danışmaksızın bilinçsiz bir şekilde ilaç kullanımının, ateş bulgusu olan çocuklarda da devam ettiğini düşündürmektedir. Gereksiz ilaç kullanımının önüne geçilebilmesi için ebeveynlere ateş ile ilgili doğru bilgilerin aktarılması ve bu konuda eğitimlerin yapılması önemlidir.

Celasin ve arkadaşlarına göre (2008); yüksek ateş durumunda uygulanacak yanlış ve bilinçsiz uygulamalar ölümle bile sonuçlanabilecek olumsuz durumlara yol açabilmektedir. Çocuklarda yüksek ateş sırasında uygulanacak yöntemler ve zamanlaması en önemli konular arasındadır. Çocuklarda oluşan yüksek ateş durumunda geleneksel ve yanlış uygulamalardan kaçınılmalıdır. Çalışmamızda ateşli durumlarda yanlış ve geleneksel uygulamalar arasında sirkeli su ya da alkollü su ile silme ve soğuk uygulama yer almaktadır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %9,1'i soğuk uygulama yaptıklarını, %7,4'ü de çocuğun vücudunu sirkeli ya da alkollü su ile sildiklerini belirtmişlerdir. Araştırma bulgularına benzer şekilde Gülcan (2020) gerçekleştirdiği çalışmada soğuk su ile ateşi düşürmeye çalışanların oranını % 8,1 olarak saptamıştır. Ateşli durumlarda soğuk uygulamanın kullanılması, çalışmanın gerçekleştiği yıl ve kültüre göre değişebilmektedir. Örneğin Halıcıoğlu ve arkadaşlarının 2011 yılında gerçekleştirdikleri araştırmada ailelerin %33'ü, Eliaçık ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) ebeveynlerin %16,8'i, Türker ve arkadaşlarının (2015) gerçekleştirdiği araştırmada ise ebeveynlerin %2,4 ateş düşürmek için soğuk uygulama yaptıklarını

belirtmiştir. Geleneksel ve hatalı bir yöntem olan sirkeli ya da alkollü su kullanımı çalışmamızda %7,4 oranındadır. Gerçekleştirilen birçok çalışmada sirkeli su uygulaması kullanımı benzer oranlardadır (Gülcan, 2020; Karaca Çiftçi ve Beklen, 2014; Kılıç ve ark., 2016; Nerkiz ve ark., 2012; Sezici, 2019).

Araştırmada ebeveynlere çocuğun ateşi düşmediğinde ne yaptıkları sorulduğunda çoğu (%58,9) sağlık kuruluşuna götürdüklerini belirtmişlerdir. Literatürde yer alan çalışmalara bakıldığında da bu bulguyu destekler nitelikteki çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmüştür (Celasin ve ark., 2008; Gülcan, 2020; Karaca ve ark., 2014; Kılıçaslan ve ark., 2018;). Bu bulgu doğrultusunda çocuğun ateşinin devam etmesinin ebeveynleri kaygılandığı ve bir sağlık kuruluşuna başvurmalarına yol açtığı söylenebilir. Ancak ebeveynlerin yaklaşık %40 oranında soğuk uygulama ve diğer uygulamaları tercih etmeleri, çocukluk dönemi yüksek ateşi ile ilgili olarak bilgi eksikliklerinin olduğunu düşündürmektedir.

Ateşin havale ve beyin hasarına neden olabileceği düşüncesi ebeveynleri paniğe sokmakta acil servise başvurmalarını artırmaktadır. Ebeveynler ateşli dönemde çocuklarıyla aynı odada uyumakta ve ilaç vermek için çocuklarını uykudan uyandırmaktadırlar. (Gülcan, 2020). Araştırmamızda ebeveynlerin neredeyse tamamı için (%91,4) ateş kaygı verici bir bulgudur. Ebeveynlerin %65,7'si ateşin kaygı verici yönü olarak çocuğun havale geçirmesini, %20,6'sı da beyin hasarının olmasını göstermişlerdir.

Ebeveynlerin, ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinin maddelerinden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; ateş yönetimi uygulamalarından çocuğu ateşlendiğinde genellikle ateşini ölçme (38.72), ateşinin derecesini bilmeyi isteme (38.58), gece boyunca kontrol etme (35.93), çocuğu ile aynı odada uyuma (35.01) ve bol sıvı aldığından emin olmak istemenin (34.97) en yüksek puan ortalamalarını oluşturduğu görülmüştür. Araştırma bulgularına benzer şekilde Ayhan (2017); Çınar (2014); Ersenay (2007); Gülcan (2020); Walsh ve ark. (2006) yaptıkları çalışmalarda da çocukları ateşlendiğinde onunla aynı odada uyuma ve gece sürekli kontrol etme maddelerinin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda ebeveynlerin ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 34.73 olarak bulunmuştur. Ateş yönetimi ölçeği puan ortalaması Altun ve arkadaşlarının (2011) gerçekleştirdikleri araştırmada 34,52, Çınar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise 33,54 olarak saptanmıştır. Bu bulgular ebeveynlerin konu ile ilgili bazı alanlarda bilgi eksiklikleri olmakla birlikte genel olarak ateş yönetimi konusunda bilgi düzeylerinin iyi olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre ateş yönetimi ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; ölçek puan ortalaması en düşük olan yaş grubunun 33.52 ile 40 yaş ve üzerindeki ebeveynler olduğu görülmüştür. Bu bulgu doğrultusunda, sağlık çalışanlarının bu yaş grubunun konu ile ilgili bilgi eksikliklerini belirleme ve gidermede sorumluluk üstlenmeleri gerektiği söylenebilir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede ebeveynlerin yaşı ile ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Annenin eğitim durumuna göre ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde üniversite mezunu olan annelerin puan ortalamalarının en yüksek olduğunun belirlenmesi (35.28), eğitim düzeyinin yükselmesi ile birlikte annelerin de konu ile ilgili bilgi düzeylerinin artmış olması şeklinde yorumlanabilir. Annelerin eğitim düzeyi ile ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark, anlamlı değildir ($p>0.05$). Ebeveynlerin meslekleri, gelir durumları ve ailedeki çocuk sayısı ile ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği toplam puanları ile aile tipi arasındaki farka bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Belirlenmiş olan bu fark, çekirdek aile tipine sahip ebeveynlerin lehinedir. Bu bulgu, geleneksel geniş ailelerde çocuk ateşlendiği zaman ebeveynler dışında farklı aile bireylerinin de farklı uygulamalar yapabildiklerini düşündürmektedir.

Çalışmaya yer alan çocukların bazı tanıtıcı özelliklerine göre ebeveynlerin ateş yönetimi ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olsa da ($p>0.05$) erkek cinsiyetindeki çocukların ebeveynlerinin ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları (35.03), kız cinsiyette çocuğa sahip olan ebeveynlerin puan ortalamalarından (34,42) daha yüksek olarak belirlenmiştir. Aynı şekilde çocuğu daha önce ateşlenmemiş olan ebeveynlerin ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları da, öncesinde ateş öyküsü olan çocukların ebeveynlerine göre daha yüksektir. Aradaki fark

istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Elde edilen bu sonuçlar doğrultunda ebeveynlerin ve çocukların farklı demografik özelliklere sahip olmalarının ateş yönetimi uygulamalarını etkilemediği söylenebilir. Araştırma bulgularına benzer şekilde Ayhan'ın (2017) ve Gülcan'ın (2020) gerçekleştirdiği çalışmalarda da ebeveynlerin farklı demografik özelliklere sahip olmalarının ateş yönetimi uygulamalarını etkilemediği belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde ve konu ile ilgili yapılmış diğer araştırma sonuçları ile karşılaştırıldığında; ebeveynlerin yıllar içinde çocukluk çağı ateş yönetimi ve uygulamaları konusunda bilgi düzeylerinin arttığı, ancak hatalı olarak kabul edilen geleneksel uygulamaların halen kullanıldığı saptanmıştır. Ateş yönetimi konusunda bilgi aldığını belirten ebeveynlerin cevapları incelendiğinde %36,4'unun edindiği bilgileri sağlık çalışanlarından aldığı görülmektedir. Elde edilen bu sonuç konuya ilişkin bilgi sağlama konusunda sağlık çalışanlarının önemini artırmaktadır. Ebeveynlerin hemşireler tarafından konuya ilişkin bilgilendirilmelerinin artışı ile ateş yönetiminde doğru uygulamaların kullanımının artacağı ve ebeveynlerin kaygılarının da azalacağı söylenebilir.

BÖLÜM VI SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6. 1. SONUÇLAR

0-5 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. Annelerin %41,7'si 33-39 yaş grubunda, %33,7'si üniversite mezunu olup çalışmadığını belirtenler (%32,6) azınlıktadır.
2. Babaların %41,7'si lise mezunu olup tamamı çalışmaktadır.
3. Çekirdek aile tipinde olanların çoğunlukta olduğu (%82,3), %46,3'ünün gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirttikleri saptanmıştır.
4. Çocukların %25,7'si 5 yaşında olup büyük bir kısmı 5 yaşından küçüktür. Kız ve erkek cinsiyette olanların oranı hemen hemen birbirine eşittir (kızlar %49,7; erkekler %50,3). Çocukların büyük bir kısmı (%94,9) daha önce ateşlenmişlerdir.
5. Ebeveynlerin %42,3'ünün çocuğun vücudu daha sıcak gelirse, %32'sinin çocuğun görünümüne bakarak, %18,3'ünün el ve ayakları soğuksa, %7,4'ünün de çocuk üşürse ateşinin yükseldiğini anladıklarını belirttikleri görülmüştür.
6. Ebeveynlerin %59,4'u ateşi dijital termometre ile koltuk altından, %15,4'ü kulaktan, %10,9'u civalı termometre ile koltuk altından, %9,7'si el ile alından ölçtüklerini belirtirlerken infrared termometre kullananların oranı %2,9'dur.
7. Ebeveynlere ateşi nereden ölçtükleri sorulduğunda; %73,1'i koltuk altından, %16,0'sı kulaktan, %9,7'si alından ve %1,1'i de ağızdan ölçtüklerini ifade etmişlerdir.
8. Ebeveynlerin %46,9'u ateş ölçümünü saatte bir tekrarlarırken %37,1'i 30 dakikada bir, %13,7'si de 15 dakikada bir tekrarlamaktadırlar.
9. Ebeveynlerin %31,4'ünün soğuk uygulama için tüm vücudu, %28'inin koltuk altını ve %24'ünün baş bölgesini kullandıklarını görülmüştür.

10. Ebeveynlerin %49,7'si çocuklarının ateşini düşürmek için doktorun daha öncesinde verdiği ilacı kullandıklarını belirtirlerken , %40,6'sı doktor reçetesine göre, %3,4'ü de eczanenin önerdiği ateş düşürücüyü kullandıklarını ifade etmişlerdir.
11. Ebeveynlere çocuğun ateşi yükseldiğinde tercih ettikleri ilk uygulama sorulduğunda; %29,7'si çocuğun üzerindeki kıyafetleri çıkardıklarını, %28,6'sı hemen ılık duş aldıklarını, %23,4'ü ateş düşürücü verdiklerini, %9,1'i soğuk uygulama yaptıklarını, %7,4'ü sirkeli ya da alkollü su ile sildiklerini ve %1,7'si de bol bol su verdiklerini belirtmişlerdir.
12. Araştırmaya katılan ebeveynlere çocuğun ateşi düşmediğinde ne yaptıkları sorulduğunda %58,9'u "doktora götürürüm", %37,1'i "soğuk uygulama yaparım" ve %3,4'ü de "beklerim" yanıtını vermişlerdir.
13. Ebeveynlerin %50,9'u çocukluk dönemi ateşi ile ilgili herhangi bir bilgi almadıklarını belirtirlerken %49,1 konu ile ilgili bilgi almış olduklarını ifade etmişlerdir.
14. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %91,4'ü çocuklarının ateşlenmesi durumunda kaygı duydukları aktarmıştır. Ateş yükselmesinde en çok neden kaygı duydukları sorulduğunda %65,7'si çocuğunun havale geçirmesinden, %20,6'sı beynin hasar görmesinden, %9,7'si ise çocuğun ölmesinden kaygı duyduklarını belirtmiştir. Ebeveynlere kendilerini kaygılandıran vücut sıcaklığı sorulduğunda ise büyük bir çoğunluğu 38 C ve üzerindeki ateşten kaygı duyduklarını söylemişlerdir.
15. Ebeveynlerin, ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinden aldıkları minimum puanın 8, maksimum puanın 40 ve puan ortalamalarının 34,73 olduğu görülmüştür.
16. Ebeveynlerin, ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinin maddelerinden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puan ortalamasının (38,72) çocuğu ateşlendiğinde ateşini ölçmek; en düşük puan ortalamasının da gece ateş düşürücü vermek için uyandırmak uygulaması olduğu belirlenmiştir.

17. Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre ateş yönetimi ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında annenin yaşı, eğitim durumu, mesleği, babanın eğitim durumu, mesleği, ekonomik durum ve ailedeki çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$).
18. Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği toplam puanları ile aile tipi arasındaki farka bakıldığında, çekirdek aile tipine sahip ebeveynlerin lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).
19. Çocukların tanıtıcı özelliklerine göre ebeveynlerin ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çocuğun yaşı, cinsiyeti ve daha önce ateş öyküsünün bulunması durumu ile ebeveynlerin ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).
20. Ebeveynlerin ateş yönetimi ölçeği toplam puan ortalamaları ateş yönetimi konusunda bilgi alma durumlarına göre değerlendirildiğinde; aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Çocuğun sağlık kuruluşlarına herhangi bir nedenle getirilmesi fırsat olarak görülmelidir. Hemşire aile bireylerine ateşi doğru tanılama, vücut sıcaklığını ölçüm yöntemleri, vücut sıcaklığının normal değerleri, sağlık kuruluşuna başvurusu gereken durumları, reçete edilen ateş düşürücü ilaçların nasıl kullanılacağı konusunda eğitim vermelidir.
2. Kamu spotlarıyla ve sağlık kuruluşlarına asılacak afişlerle özellikle annelerin ateş konusunda bilgilencmeleri sağlanmalıdır. Ebeveynlerin çocukluk döneminde görülen ateşli durumlar ve ateşle başa çıkma yöntemleri ile ilgili bilgilendirilmesi; hem çocuğa yapılan gereksiz ve hatalı uygulamaları önleyecek, hem de hastaneye yapılan yersiz başvuruları azaltacaktır.
3. Araştırmada KKTC Girne bölgesi örneklem olarak ele alınmıştır. Konu kapsamında çalışma farklı örneklemeler seçilerek farklı popülasyonlarla tekrarlanabilir. Böylece sonuçlar karşılaştırılabilir ve daha büyük gruplara genellemeler yapılabilir.
4. Araştırmada ebeveynlerin ateşi olan çocukta tercih ettikleri uygulamalar da belirlenmeye çalışılmıştır. Geleneksel ve hatalı uygulamaları belirlemek için daha ayrıntılı çalışmaların yapılması önerilebilir.
5. Araştırma konu ile ilişkili şekilde, model olarak nicel yöntemle gerçekleştirilmiş ve mevcut durum çalışması yapılmıştır. Konu ile ilgili daha ayrıntılı bilgi edinmek ve çözüm önerileri geliştirmek için nitel çalışmalar planlanabilir.

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
- Adam H. (2013). Measuring and Managing. *Pediatr Rev.* 34(8):368–70.
- Adedipe A. , Lowenstein R. (2006). Infectious emergencies in the elderly. *Emerg Med Clin N Am.* 24: 433-48.
- Agrawal, R.P., Bhatia, S.S., Kaushik, A., 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.
- Akgün S. (1997). Sosyo-Ekonomik Yönden Farklı iki ilkokul Öğrencilerinin Fizik Büyüme Durumları ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Araştırılması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aktuğlu Y. (1997). Giriş ve Genel Bilgiler. *Pratikte Antibiyotik Kullanımı.* s;11-53. Sempozyum Dizisi Yayın No: 1.
- Altinkalem, 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., 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.
- AsgarPour, H., Yavuz, M. (2010). Vücut sıcaklığındaki yükselmenin (ateşin) hemodinamik parametrelere etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 73-79.
- Bakır, M. , Toprak, D. (2006). Ateş patogenezi ve tedavisi. *Klinik Çocuk Forumu*, 6(1), 22-28.

- Baraff L., Bass J. & Fleisher G. (1993). Practice guide line for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever with out source. *Pediatrics*. 92:1-12.
- Baysoy G, Aydoğmuş T, Akın D, Uyan A.P.(2005). Annelerin çocuklarındaki ateşle ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Türk Pediatri Arşivi*. 2005; 40(4): 282- 287.
- Bebiş, H., Coşkun, S., Açıkkel, C. & Özdemir, S.(2013). 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Yüksek Ateşle İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(6)
- Bektaş E. , Kılıç M., (1998). 0-6 yaşında çocukları olan annelerin ateşle ilişkin bilgi düzeyleri ve çocukları ateşlendiğinde evdeki uygulamalarının saptanması. *Mezuniyet Tezi, İzmir Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu*.
- Betz M., Grunfeld A. (2006). "Fever phobia" in the emergency department: a survey of childrens' caregivers. *European Journal of Emergency Medicine*. 13:129-33.
- Blatteis C. (2004).Thecytokine-prostaglandincascade in feverproduction: factorfancy. *J ThermBiol*. 29(7): 359-68.
- 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 ateşle 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., 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. (2012). Parental and medical knowledge and management of fever in Italian preschool children. *BMC Pediatrics*. 12:97-106.
- Chiappini E, Venturini E, Remaschi G, Principi N, Longhi R, Tovo PA. (2016). Update of the Italian Pediatric Society Guidelines for Management. *180:177-183*
- Cinar, N. D., Altun, I., Altınkaynak, S., 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.
- Craig J., Lancaster G., Williamson P. & Smyth R. (2000). Temperature measured at the axilla compared with rectum in children and young people: systematic review. *British Medical Journal*. 320(7243): 1174-1178.
- Crocetti M., Moghbeli N. , Serwint J. (2001). Fever phobias are visited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*. 107:1240-7.
- Cuzzolin L., Zaffani S. , Gangemi M. (2004). Parental attitudes about the most common symptoms / pathologies in pre-school children. *Ital J Pediatr*. 00:248-58.
- Çataklı, T., Can, V. ve Dallar, Y. (2012). Annelerin ateş düşürücü kullanma bilgileri yeterli mi. *Journal of Pediatric Infection*, 6, 139-43.
- Çavuşoğlu H.(2001). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1, Genişletilmiş 5. Baskı, Bizim Büro Basımevi, 5-11, 323-355.
- Çetin Ayhan, S. (2017). 0-6 yaş grubu çocuğa sahip sağlık çalışanı olan/olmayan annelerin ateş konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının karşılaştırılması. (Master's thesis, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı).
- 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., 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. & 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 M. , Bayat M. (2005). Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil Servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı*. 14:22-9.
- 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 F, Torun S.D., Cebe E, Aydın Y, Gümüştü B. (2007). Ümraniye Kazım Karabekir Mahallesinde ateş konusunda bilgi tutum ve inanışlar. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007; 6(1): 69-76.
- Demir, M., Doğum, B. M. T. K. (2005). Çocuk hastanesi acil servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı)*, 14, 22-29.
- Demirsoy S.(2009). Öykü ve Fizik Muayene. *Türkiye Milli Pediatri Derneği, Temel Pediatri*, 2: 9-23.
- Dong L., Jin J., Lu Y., Jiang L. &Shan X. (2015). Fever phobia: a comparison survey between care givers in the inpatient ward and care givers at the out patient department in a children's hospital in China. *BMC Pediatr*.15:163.
- Devrim İ. (2007). Ketoprofen, Nimesulid. *Katkı Pediatri Dergisi*. 29(4): 453-466.

- Dong L, Jin J, Lu Y, Jiang L, Shan X. (2015). A comparison survey between caregivers in the inpatient ward and caregivers at the outpatient department in a children's hospital in China. *BMC Pediatrics*. 15:1–9.
- Duru C., Akinbami F. , Orimadegun A. (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. , Young, J. (2007). Improving paediatric nurses' knowledge and attitudes in childhood fever management. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 257-269.
- Edwards H, Walsh A, Courtney M, Wilson J, Monaghan S, Young J. (2003)Peer Education Program A Fever Management Education Program For Paediatric Nurses. Australia: Queensland University of Technology. 157-161.
- Ekim, M. (2008). Yenidoğanda idrar yolu enfeksiyonu tedavisi. 4. Uludağ Pediatri Kış Kongresi. *Güncel Pediatri Dergisi* 6(1).
- Eliaçık K., Kanık A., Oyman G., Rastgel H., Güngör S. (2012). Ebeveynlerin ateş hakkında bilgi, inanış ve yanlış uygulamaları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*.13:5-7.
- Eliaçık, K., Kanık, A., Oyman, G., Rastgel, H., Güngör, S., Anıl, M. & Bakiler, A.R. (2012). Ebeveynlerin ateş hakkındaki bilgi, inanış ve yanlış uygulamaları.
- El-Radhi A., Barry W. (2003). Do antipyretics prevent febrile convulsions? *ArchDisChild*.88(7):641–2.
- El-Radhi A. (2012). Evidence vs current practice . *World J Clin Pediatr*. 1(4):29.
- Esenay F., İşler A., Kurugöl Z., Conk Z, Koturoğlu G. (2007). Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. *Türk Pediatri Arşivi*. 42:57-60.
- Falzon A., Grech V., Caruana B.; Magro A. (2003).Attard-Montalto. How reliable is axillary temperature measurement ? *Acta Paediatrica*. 92(3): 309–4.
- Fetveit A. (2008). Assessment of febrile seizures in children. *European journal of pediatrics*.;167(1): 17-27

- Gülcan, M. K. (2020). Çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi (Master's thesis, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi).
- Hacımustafaoğlu M. (2018). Ateş; klinik kullanımda tanımlamalar. *J Pediatr Inf.* 12(1):40-41.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2013). *Multivariate Data Analysis*, Essex, England.
- Halıcıoğlu, O., Koç, F., Aakman, S. A., Teyin, A. (2011). Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi*, 1(1), 13-19.
- Halıcıoğlu, O., Koç, F., Akman, S.A., Teyin, A. (2011). Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Derg*, 1:13-19.
- Hockenberry J. (2013). *Assessment of the Child and Family. Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (9. Baskı), USA: Elsevier Mosby. 86-140.
- 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.
- Joseph M. (2004). Infrared ear thermometry. *Br J Gen Pract.* 54(508): 869.
- Kalaycı Ö. (1993). Ateş nedir? *Katkı Pediatri Dergisi*, 14(5):443-451.
- Kara B. (2003). Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* (sted). 12(1): 10-14.
- Karaca Çiftçi, E. , 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).
- Karakaş N., Özdemir B., Kılıç S. , Akbulut Ö. (2020). Ebeveynleri Çocuk Acile Getiren Nedenler: 4 Yıllık İzlem. *Osmangazi Tıp Dergisi*.42(1):67-74.

- Karlı, A. (2015). Ateşli çocuğa yaklaşım. Derman Tıbbi Yayıncılık, 1-10, Ankara.
- Karwowska A., Nijssen-Jordan C., Johnson D. , Davies H., (2002). Parental and health care provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective. CJEM, 4:394-400. PMID:17637156.
- Kılıç, R., Kendir, Ö. T., Gökay, S.S., Çelik, T., Özkaya, A.K., 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. 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.
- Komeagac, A., Bektas, M. (2018). Effect of the evidence-based pediatric fever management training given to nursing students. International Journal of Caring Sciences, 11(2), 860-867.
- Lagerløv P., Helseth S., Holager T. (2003). Childhood illness esand the use of paracetamol (acetaminophen): A qualitativestudy of parents' management of common childhood illnesses. Family Practice J.20(6):717–23.
- Leggett J. (2015).Approacht o Fever or Suspected Infection in the Normal Host. In: Goldman L, Schafer AI, editors. Goldman-CecilMedicine e-book. 26th ed. United States of America: Elsevier Health Sciences. p.1809-15.
- Lopez J., Mc Millin K. , Tobias-Merrill E., (1997).Managing fever in infants and toddlers: toward a standard of care. PostgradMed, 101:241-2, 245-52.
- Luszczak M. (2001). Evaluation and management of infants and young children with fever. AmFamPhysician. 64:1219-26.

- McErlean M., Bartfield J., Kennedy D., Gilman E., Stram R. , Raccio-Robak N. (2001). Home antipyretic use in children brought to the emergency department. *Pediatric Emergency Care*. 17:249-51.
- McGee S. (2018). *Temperature. Evidence-based physical diagnosis e-book*. 4th ed. United States of America: ElsevierHealthSciences.p.135-44.
- Mick NW, (2017). *Pediatric Fever*. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, editors. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*, Chapter 166, 9th ed. China: Elsevier Health Sciences, 2058-68.
- Mishra B., Mishra S. (2007). *Nutritional anthropometry and preschool child feeding practices in working mothers of central Orissa*. *Stud. Home Comm. Sci*;1(2):139-144.
- Monsma, J., Richerson, J., Sloand, E. (2015). *Empowering parents for evidence-based fever management: An integrative review*. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(4), 222-229.
- Moore S.(2010). *Griffith's Instructions for Patients*. 8th ed. United States of America: Saunders. p.179-214.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Assessment And Initial Management*.
- Nerkiz, P., Doğaner, Y.Ç., Aydoğan, Ü., Onar, T., Gök, F., Sağlam, K., Özcan, O. (2012). *Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş bilinç durumu*. *Euras J FamMed*, 1(1), 11-16.
- Netea M., Kullberg B., Van der Meer J. (2000). *Circulating cytokines as mediators of fever*. *ClinInfect Dis*. 31: 178-84.
- Neyzi O. , Bundak R.(2010). *Büyüme Gelişme Bozuklukları-Giriş*. *Pediatric*. 1. Cilt, 4. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevi, 3 (1); 89-94.
- Neyzi O. (2002). *Konvulziyonlar*, in *Pediatric*., Ertuğrul T, Editor. Nobel Tıp Kitapevi. p. 1343-51.

- Nicolasora N. , Kaul D. (2008). Infectious disease emergencies. *MedClin N Am.* 92: 427–41.
- Nield L., Kamat D. (2018). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Canada: Elsevier Health Sciences. p.1386-8.
- Nield L., Kamat D. (2020). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 21st Ed. Wisconsin Elsevier. 1386-88.
- Oshikoya, K.A., Senbanjo, I.O. (2008). Fever in children: Mothers Perceptions and Their Home Management. *Iran J Pediatr*, 3, 229-236.
- Orhan B, , Arslan Z. (2019). Ateşin Fizyopatolojisi ve Yönetimi. *Türkiye Klinikleri*. 1:1-7.
- 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.
- Öztürk, Ö., Topan, A., , Ayyıldız, T. (2015). Ateş şikayeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 285-296.
- Part II -Growth, (2011). Development, and Behaviorin Kliegman: *Nelson Textbook of Pediatrics*, 19th ed. Saunders, An Imprint of Elsevier, pp. 26-55.
- 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., Smits J., Ploum L., Verbakel J., Dinant G., Cals J. (2017). Doeswell-child care education improve consultations and medication management for childhood fever and common infections? A systematic review. *ArchDis Child*. 102(3):261–7.
- Pek H., (1991). 0-5 yaş arası yüksek ateşli çocuklarda sağlık kurumuna başvuru öncesi ailenin aldığı önlemler, uygulamalar ve hemşirelik yaklaşımları. *Hemşirelik Bülteni*; 5: 63-68.

- Pierce CA, , Voss B. (2010). Efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children and adults: A meta-analysis and qualitative review. *Ann Pharmacother.* 44(3):489–506.
- Poirier M, Collins E. , McGuire E. (2010). Fever phobia: A survey of caregivers of children seen in a pediatric emergency department. *Clin Pediatr.* 49(6):530-4.
- Polat, S. , Beyazova, U., (2009). Çocukluk çağında ateşli hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J InfDis-Special Topics*, 2(1), 49-56.
- Porat R.,, Dinarello C. (2004). Pathophysiology and treatment of fever in adults.
- Powell K. (2008). *Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia:WB Saunders. 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., 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.
- Purssell E. (2000). Physical treatment of fever. *Archives Disease Child.* 82:238–9.
- Raffaelli, G., Orenti, A., Gambino, M., Peves Rios, W., Bosis, S., Bianchini, S. , 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
- Richardson M, Lakhanpaul M. NICE guidelines: Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of NICE guidance. *BMJ: British Medical Journal.* 2007; 334(7604): 1163-1164

- Romanovsky A., Ivanov A. , Szekely M. (2000). Neuralroute of pyrogensignaling to the brain. *ClinInfectDis.* 31: 162-7.
- Roth A. , Basello G. (2019). Fever. In: Rakel D, Kellerman RD, editors. *Conn's Current Therapy 2019*: Wichita, Kansas: Elsevier Health Sciences.p.13-5.
- Sa'ed, H. Z., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., Nabulsi, M. M., Tubaila, M. F., Awang, R., Sawalha, A. F. (2013). Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: a crosssectional study from Palestine. *BMC pediatrics*, 13(1), 66.
- Sajadi M. , Romanovsky A. (2019).Temperature regulation and the pathogenesis of fever. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, editors. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principlesand Practice of Infectious Diseases.* 9th ed. Canada: Elsevier Health Science.p.777-89.
- Schmitt B. (1980). Fever phobia: mis conceptions of parents about fevers. *American JDisease Child.*134(2):176–81.
- 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)
- Sferruzzi-PerriA.,Vaughan O., Forhead A. , Fowden A. (2013). Hormonal and nutritional drivers of intrauterine growth. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* May;16(3):298-309.
- Shinnar S. (2012).Pediatric Neurology. Principles and Practice. Febrileseizures, ed. Swanman K and Ashwal S. Elsevier Saunders.
- 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.

- Stitt J. (1986). Prostaglandin E as the neural mediator of the febrile response. *Yale J BiolMed.* 59: 137-49.
- Sugai, K. (2010). Current management of febrile seizures in Japan: an overview. *Brain and Development.* 32(1): p. 64-70.
- Sullivan JE., Farrar H. (2011). Antipyretic use in children. *American Academy of Pediatrics.* 127(3):580–7.
- Suluhan, D., Taşal, C., Yildiz, 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.
- Tabak F., Mert A., Çelik A., Özaras R., Altıparmak R., Öztürk R. , Aktuğlu Y. (2003). Fever of unknown origin in Turkey. *Infection.* 31(6): 417-20.
- Taştan Y.(2007) Ateşi Olan Çocuğa Yaklaşım. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Pediatrik Aciller Sempozyum Dizisi.; 57: 43-58
- Teller J., Ragazzi M., Simonetti G., Lava, S. (2014). Accuracy of tympanic and forehead thermometers in private paediatric practice. *ActaPaediatrica.*103(2): 80- 83.
- Temel, A. B., Arabacı, Z. & Kahveci, T. (2016). Annelerin Çocuklarında Ateş Yönetimi İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 1(1), 1- 17
- Tezer H. (2007). İbuprofen. *Katkı Pediatri Dergisi.* 29(4): 449-452.
- Thomas S, Vijaykumar C, Naik R, Moses P, & Antonisamy B. (2009). Comparative effectiveness of tepid sponging and antipyretic drug versus only antipyretic drug in the management of fever among children: A randomized controlled trial. *Indian Pediatr.* 46(2):133–6.
- Tunçtan B., Buharalıoğlu K. (2005). Farmakoloji Terimleri Sözlüğü. *Sendrom 3 Tıp Terimleri Sözlüğü.* 3(2): 3-44.

- Türker, Y., Baltacı, D., Yıldırım, F. B., Arslan, B., & 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)
- Varol D. , Öztürk N. (2000). Yüksek vücut ısısının düşürülmesi. 22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği Günleri Özet Kitabı, 325.
- Walsh, A., Edwards, H. , 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.
- Ward M. (2020). *Infants and children: Pathophysiology and management*.
- Ward M., Hannemann N. (2018). *Pathogenesis and Treatment. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases.8th Ed.Texas: Elsevier. 52-56.*
- Wing, R., Dor, M. R., McQuilkin, P. A. (2013). Fever in the pediatric patient. *Emergency Medicine Clinics*, 31(4), 1073-1096.
- Yakut A. (2003).Febril Konvülziyon. 47. Milli Pediatri Kongresi Özet Kitabı. s.53-7.
- Yavuz E. (2017). Yayla E, Cebeci S, Kırımlı E, Gümüştakım RS, Çakır L, et al. Parental beliefs and practices regarding childhood fever in Turkish primary care. *Niger J Clin Pract.* 20(1):93-8.
- Yavuz, H. (2016). *Pediatride sık görülen semptomlara yaklaşımlar. Ateş. Pediatri Hemşireliği Kongresi, 2, 3-5. Erciyes Üniversitesi*
- 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).
- Yılmaz F. (2005). Arman D. Dozun Önemi: Farmakokinetik ve Farmakodinamik Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri J İnt Med Sci.* 1(11): 32-38.

Yıldırım İ. (2007). Ardışık Antipiretik Tedavi. Katkı Pediatri Dergisi. 29(4): 467-470.

Yurdakök K., Alanay Y. (2003). Dünya’da ve Türkiye’de çocuklarındurumu. Katkı Pediatri Dergisi, Sosyal Pediatri I,25:13-26.

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

EKLER**Ek-1 E- Posta Yolu ile Alınım Ölçek Kullanma İzni**

 **Pinar Yılmaz** 23 Mar
Merhaba Nursan Hocam;Ben Pinar BayramoğluKıbrıs İlim Üniversitesinde Çocuk

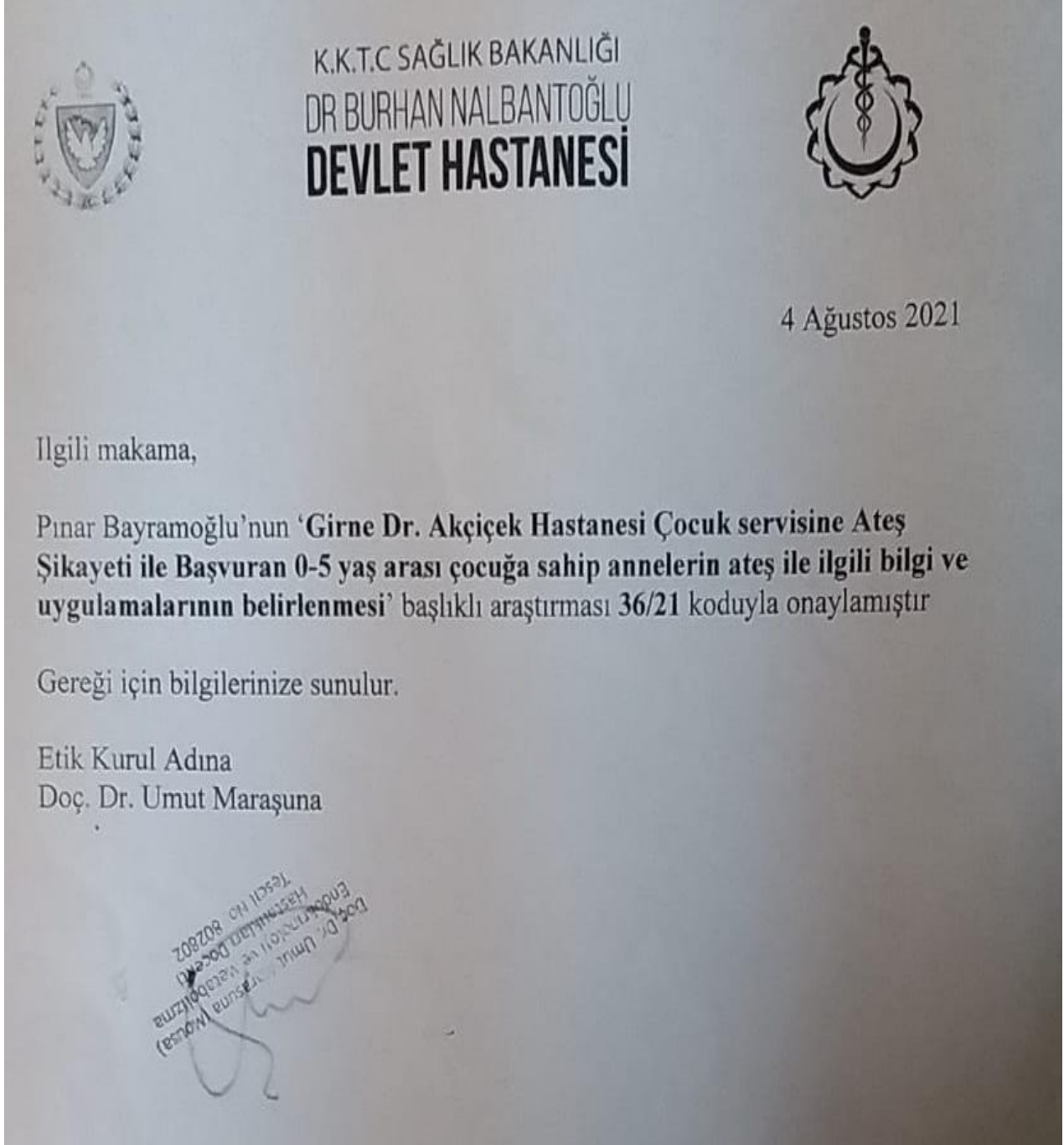
 **Pinar Yılmaz** 18:16
Merhaba hocam.müsait bir zamanda bana geri dönebilerseniz çok mutlu olurum.iyi

 **Nursan Çınar** 19:04
Merhaba Pinar Hanım olcegi calismanizda kullanmanizdan memnun olurum. Kolayliklar

 **Pinar Yılmaz** 19:09
Alıcılar: Nursan ▾

Tşk ederim hocam 🙏🙏

24 Mar 2021 Çar 19:04 tarihinde Nursan Çınar <ndede@sakarya.edu.tr> şunu yazdı:

Ek-2 Bakanlıktan Alınan Araştırma izni

Ek-3 Kıbrıs İlim Üniversitesi Etik Kurul Onam Formu



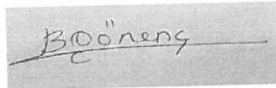
KIBRIS İLİM ÜNİVERSİTESİ

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	11.02.2021
Karar No:	25
Sorumlu Araştırmacı:	Pınar Bayramoğlu
Araştırma Başlığı:	KKTC'de 0-5 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ateşle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi
Başlangıç Tarihi:	11.02.2021
Etik Kurul İzinin Süresi:	1 Yıl

Kıbrıs İlim Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz Etik Kurulu tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.



Prof. Dr. Lale Büyükgönenc

Kıbrıs İlim Üniversitesi Etik Kurul Başkanı

Ek-4 KKTC Girne Akçiçek Hastanesi İzin Formu

9.03.2021

GİRNE DR. AKÇİÇEK HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE;

Ben Pınar Bayramoğlu, Kıbrıs İlim Üniversitesi Çocuk Sağlığı Hemşireliği alanında yüksek lisans yapmaktayım. Tez konum “ KKTC’de 0-5 yaş grubunda yüksek ateşli çocukların ebeveynlerinin ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarını belirlemek ”. Tez çalışmam kapsamında Girne Dr. Akçiçek Hastanesi Çocuk Polikliniklerine 15 Mart – 15 Haziran 2021 tarihleri arasında araştırma yapabilmem için anket araştırma izin işlemlerinin yapılması hususunda gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.


Başhekim

Dr. Ceyhan BİRİNCİ

Dr. Ceyhan Birinci
Başhekim
Başhemşire

Güliz BAŞARANER

Ek-5 Gönüllüleri Bilgilendirme ve Onam Formu

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Sizi Pınar BAYRAMOĞLU tarafından yürütülen “KKTC’de 0-5 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ateşle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Çalışmanın Amacı:Bu çalışmada KKTC’de 0-5 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya Katılım Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Ek-6 Araştırmada Kullanılan Anket Örneği

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Sizi Pınar BAYRAMOĞLU tarafından yürütülen “KKTC’de 0-5 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ateşle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Çalışmanın Amacı:Bu çalışmada KKTC’de 0-5 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin ateşle ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya Katılım Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Ek- 7 Araştırmacı Tarafından Literatür Bağlamında Geliştirilen Soru Formu**1. Yaş Aralığı**

- A) 19-25
- B) 26 - 32
- C) 33 - 39
- D) 40+

2. Annenin Eğitim Durumu

- A) Okur-yazar değil
- B) İlkokul
- C) Ortaokul
- D) Lise
- E) YükksekÖğrenim

3. Annenin Mesleği

- A) Memur
- B) Emekli
- C) İşçi
- D) Ev Hanımı
- E) Serbest Meslek
- F) Diğer

4. Yaşadığımız Yer

- A) Köy
- B) İlçe
- C) Şehir

5. Babanın Eğitimi

- A) Okur-yazar değil
- B) İlkokul
- C) Ortaokul
- D) Lise
- E) Yükksek Öğrenim

6. Babanın Mesleği

- A) Memur
- B) İşçi
- C) Serbest Meslek
- D) Emekli
- E) Diğer

7. Ekonomik Durum

- A) Gelir giderden az
- B) Gelir gidere eşit
- C) Gelir giderden fazla

8. Aile Tipiniz

- A) Çekirdek Aile
- B) Geniş Aile
- C) Diğer

9. Ailedeki Kişi Sayısı

- A) 1-2
- B) 3-4
- C) 5-6
- D) 7 ve üzeri

10. Ailedeki Çocuk Sayısı

- A) 1
- B) 2
- C) 3
- D) 4 ve üzeri

11. Çocuk Cinsiyet

- A) Kız
- B) Erkek

12. Çocuk Yaş

- A) 0-11 ay
- B) 1
- C) 2
- D) 3
- E) 4
- F) 5

13. Çocuğunuz hiç ateşlendi mi?

- A) Evet
- B) Hayır

14. Bu sebeple hastaneye götürdünüz mü?

- A) Evet
- B) Hayır

15. Ateş sizi endişelendirir mi?

- A) Evet
- B) Hayır

16. Çocuğun ateşlenmesi sizi en çok neden endişelendirir?

- A) Havale geçirmesinden
- B) Beynin hasar görmesinden
- C) Ölmesinden
- D) Diğer

17. Çocuğun ateşlendiğini nasıl anlarsınız?

- A) Vücudu daha sıcak gelirse
- B) Görünümüne bakarak
- C) El ve ayakları soğursa
- D) Kalın giyindiği halde üşürse
- E) Diğer

18. Ateşini nasıl ölçersiniz?

- A) Kulaktan ölçerim
- B) Koltukaltından otomatik derece
- C) Ağızdan otomatik derece ile
- D) El ile alından
- E) İnfared termometre
- F) Civalı derece ile

19. Ateşi hangi bölgeden ölçersiniz ?

- A) Koltuk altı
- B) Kulaktan
- C) Ağızdan
- D) Rektal
- E) Alından

20. Vücut ısısı kaç olursa ateş olarak değerlendirirsiniz?

- A) 36-36.9
- B) 37-37.9
- C) 38-38.9
- D) 39-39.9
- E) 40 ve üzeri

21. Ateş yükselince ilk ne yaparsınız?

- A) Hemen ılık duş aldırırım
- B) Bol bol su içiririm
- C) Üzerindeki kıyafetleri çıkartırım
- D) Soğuk uygulama yaparım
- E) Ateş düşürücü veririm
- F) Sirkeli sualkollu su ile silerim

22. Soğuk uygulamayı nerden yaparsınız?

- A) Baş
- B) Koltuk altı
- C) El yüz yıkama
- D) Tüm vücut
- E) Kasık bölgesi
- F) Gövde
- G) Diğer

23. Ateş düşürücü ilacı neye göre verirsiniz?

- A) Doktor reçetesine göre
- B) Daha önce ateşlendiğinde doktorun verdiği ilacı veririm.
- C) Eczanenin önerdiği ilacı veririm.
- D) Yakınlarımla önerdiği ilacı veririm.
- E) Evde hangi ilaç varsa onu veririm .

24. Ateş düşmediğinde ne yaparsınız?

- A) Doktora götürürüm
- B) Beklerim
- C) Soğuk uygulama yaparım
- D) Diğer

25. Ateş ölçüm tekrar sıklığınız nedir?

- A) 15 dakika
- B) 30 dakika
- C) 1 saat
- D) 2 saat
- E) 4 saat

26. Çocuk ateşi hakkında eğitim aldınız mı ?

- A) Evet
- B) Hayır

27. Evet ise kimden aldınız ?

- A) Doktor
- B) Hemşire-ebe
- C) Kitap, dergi, gazete vb.
- D) Radyo, TV vb.
- E) Komşu, arkadaş, akraba
- F) Sosyal medya

28. Ebeveynlerin ateş ile aldığı bilgi ateşli çocuğa olan yaklaşımını etkilemekte mi?

- A) Evet
- B) Hayır

Ek- 8 Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Türkçe Versiyonu (Pfms-Tr)

Çocuğunuz ateşlendiğinde genellikle yaptığınız uygulamayı en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

	Daima	Çoğunlukla	Bazen	Nadiren	Asla
Çocuğum ateşlendiğinde genellikle ateşini ölçerim.					
Ateşinin derecesini bilmeyi isterim.					
Bol sıvı aldığından emin olmak isterim.					
Ateş düşürücü ilaç kullanırım.					
Gece boyunca kontrol ederim.					
Onunla aynı odada uyurum.					
Gece ateş düşürücü vermek için uyandırırım .					
Doktora götürürüm.					

Ek- 9 ÖZGEÇMİŞ**KİŞİSEL BİLGİLER****Ad/ Soyad :**Pınar Bayramoğlu**Cinsiyet :** Bayan**Doğum Tarihi :**05.08.1986**EĞİTİM BİLGİLERİ**

Yüksek Lisans	Kıbrıs İlim Üniversitesi-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (2019-Halen)
Üniversite	Erzurum Atatürk Üniversitesi-Hemşirelik
Lise	Lapta Yavuzlar Lisesi

İŞ DENEYİMİ

Girne Dr. Akçiçek Hastanesi	18.02.2010 Halen
Özel Girne Hastanesi	15.06.2006/30.01.2010

KIBRIS İLİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Pınar BAYRAMOĞLU'nun Yüksek Lisans Tezi olarak Prof. Dr. Lale BÜYÜKGÖNENÇ danışmanlığında sunulan "KKTC'de 0-5 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ateşle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Lisansüstü Eğitim Araştırma Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	Tezdeki benzerlik oranının yazınız	15
Genel Bilgiler	Tezdeki benzerlik oranının yazınız	30
Materyal ve Metot	Tezdeki benzerlik oranının yazınız	35
Bulgular	Tezdeki benzerlik oranının yazınız	10
Tartışma	Tezdeki benzerlik oranının yazınız	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. / / 20....

Pınar BAYRAMOĞLU

Prof. Dr. Lale BÜYÜKGÖNENÇ