

MgM*

K.K.T.C
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

04 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN ATEŞİN
BELİRLENMESİ, KONTROLÜ ve DÜŞÜRÜLMESİNE
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Süheyla BÖLÜKBAŞI

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2011

K.K.T.C
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

**04 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN ATEŞİN
BELİRLENMESİ, KONTROLÜ ve DÜŞÜRÜLMESİNE
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

Süheyla BÖLÜKBAŞI

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hülya UÇAR**

LEFKOŞA

2011

Sağlık Bilimlerimi Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne,

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Programında Y¼ksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

J¼ri Başkanı:

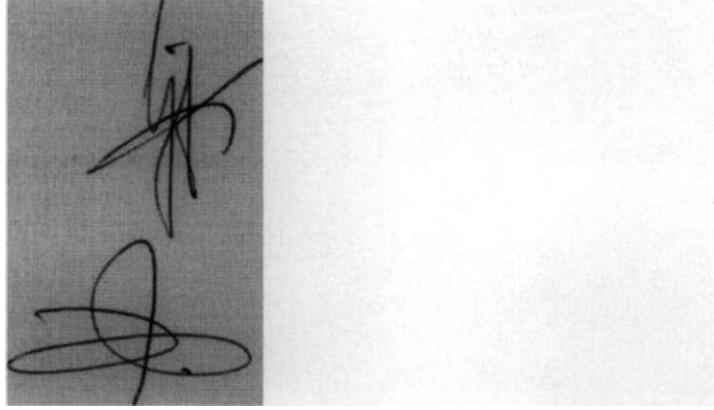
Doç. Dr. G¼rsel ¼ZTUN

(Çukurova ¼niversitesi)

Danışman:

Doç. Dr. H¼lya UÇAR

(Hacettepe ¼niversitesi)



¼ye:

Doç. Dr. Leyla DİN

(Hacettepe ¼niversitesi)



ONAY:

Bu tez Yakın Doğu ¼niversitesi Lisans ¼st¼ Eğitim-¼ęretim ve Sınav Y¼netmelięi'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu Kararıyla Kabul edilmiştir.

Prof. Dr. ihsan ALIş

Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında, yoğun iş çalıŐmalarına karŐın bana büyük destek ve emek veren, bilgi yükü ve donanımıyla kendime her zaman örnek alacağım danıŐmanım;

Doç. Dr. Hülya UÇAR baŐta olmak üzere,

Araştırmanın yapılmasına izin veren KKTC Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürlüğüne,

Araştırmanın uygulanmasında destek veren meslektaŐım ve arkadaŐım olan Meryem Altunterim'e,

Okul yaŐantım ve çalışma hayatım boyunca benden sevgisini ve desteğini esirgemeyen eŐim Hasan Bölükbaşı baŐta olmak üzere tüm aileme iten teŐekkürlerimi sunarım.

ÖZET

BÖLÜKBAŞI, Süheyla. 04 yaş çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşleri. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2011. Ateş, enfeksiyon hastalıklarının en önemli belirtisidir. 0-4 yaş grubu çocuklarda ateşin en sık nedeni kendiliğinden iyileşen viral enfeksiyonlardır. Ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin ebeveynlerin bilgi sahibi olması büyük önem taşımaktadır. Araştırma, K.K.T.C. Dr. Burhan Nalbantoğlu Lefkoşa Devlet Hastanesi ve Girne Dr. Akçiçek Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran 0-4 yaş çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşlerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, KKTC 2006 yılı nüfus sayımına göre 0-4 yaş grubu toplam 11491 çocuğun ebeveynleri oluşturmaktadır. Örneklemi ise, evrenin bilindiği durumlardaki örneklem formülü ile hesaplanarak, 0-4 yaş grubu çocuğu olup KKTC Devlet hastanelerinden yararlanan 372 ebeveyn oluşturmaktadır. Soru kağıdı, yapılan literatür incelemesi ve gözlemler dikkate alınarak hazırlandıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmada, elde edilen veriler araştırmacı tarafından SPSS 16.0 for windows paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Çözümlemelerde frekans ve yüzde dağılımları, bağımlı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında veri tipine bağlı olarak Ki kare (Chi Square) kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, ebeveynlerin %75,81'i ateş hakkında bilgi aldığı, %87,37'sinin ateşin düşürülmesi hakkında bilgi aldığı, ebeveynlerin %37,27'si elle dokunarak, %27,87'si genel görünümüne bakarak çocuğunun ateşini anlamaktadır. Ebeveynlerin %86,83'ünün evinde ateş ölçer bulundurduğu ve kullandığı, %51,71'nin dijital termometre kullandığı ve %85,79'unun ölçüm yeri olarak koltuk altını tercih ettiği görülmektedir. Ebeveynlerin çocuğunun ateşini düşürmek için hatalı/eksik uygulamaları az oranda yaptıkları görülmektedir. Çalışmada ebeveynlerin yaş gruplarına göre ve ateş hakkında bilgi alma durumuna göre sağlık kuruluşuna başvurma durumları arasında, ateş hakkında bilgi alma ve çalışma durumu ile ebeveynlerin çocuklarına ateş düşürücü verme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Ebeveyn, Ateş.

ABSTRACT

Boliikbasi, S. The point of view of parents, who have children between 0 and 4 years old, about determining, controlling and downing the fever. Near East University, Health Science Institute. Division of Nursing. Thesis of Master Program, Nicosia, 2011.

Fever is the most important indicator of the infection diseases. The most frequent reason of the fever among children, who are between 0-4, is the infectious diseases, which can be healed naturally. Being knowledgeable about determining, controlling and downing the fever is matter most importantly by the parents. This research aims to find the point of view of parents about determining, controlling and downing the fever of children between 0-4 years old, who are consulted to TRNC Dr. Burhan Nalbantoglu Lefkosa Public Hospital and Girne Dr. Akcicek Hospital Children's Health and Illnesses Polyclinic. The population of the research is formed by the parents of 11491 children between 0-4 years old, which is determined by the 2006 population census of TRNC. On the other hand, the sample of the study is formed by the parents of 372 children between 0-4 years old, who benefit from the public hospitals in TRNC, with the help of the formulation of population. The questionnaire is applied with the face-to-face interview technique after analyzing the literature and after considering the observations. In this research, data that are obtained by the researcher is assessed by the SPSS 16.0 windows program by using computer environment. In the assessment, Chi-square is used to contrast the frequency and percentage distribution, and the dependent and independent variables. According to the findings of the research, 75.81% of the parents get information about the fever, 87.37% of the parents get information about how to down the fever, 37.27% of the parents discover the fever by using their hands and 27.87% of parents discover the fever by observing the children's general appearance. 86.83% of the parents have and use their own thermometer in their homes, 51.71% use the digital thermometer and 85.79% prefer to measure the fever by putting the thermometer underarm. It can be said that the parents can use false or insufficient applications to down the fever at low percentage. In the study, it is found that there is a statistical and meaningful relationship between the age groups of the parents and the position of consulting to the hospitals to get information about the fever, and also it is found that there is a meaningful and statistical relationship between getting information about the fever and the working status and giving medicine for the downing the fever of the children.

Keywords: Child, Parents, Fever.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	«i
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
GRAFİKLER DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1. Vücut Sıcaklığı	7
2.2. Vücut Sıcaklığının Oluşumu	7
2.3. Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesi	8
2.3.1. Sinirsel Kontrol	8
2.3.2. Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesinde Derinin Görevi	9
2.3.3. Terleme	9
2.4. Vücut Sıcaklığı Ölçümünde Kullanılan Bölgeler	10
2.5. Ateşin Tanımı	11
2.6. Ateşin Fizyopatolojisi	12
2.7. Ateşin Komplikasyonları	13
2.7.1. Febril Konvülsiyon	14
2.7.2. Febril Deliryum	15
2.7.3. Dehidratasyon	15

	Sayfa
2.7.4. Taşikardi	15
2.8. Ateşin Tedavisi	16
2.8.1. İlaçlar	16
2.8.2. Destek Yaklaşımlar	17
2.9. Yüksek Ateşte Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.4. Verilerin Toplanması	23
3.4.1 .Veri Toplama Araçları	23
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	23
3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	24
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	25
4.BULGULAR	26
5.TARTIŞMA	43
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	48
6.1. Sonuçlar	48
6.2. Öneriler	51
7.KAYNAKLAR	52
8.EKLER	
EK1: Soru Kağıdı	
EK2: Cevap Anahtarı	
EK3: Aydınlatılmış Onam Formu	
EK4: Kurum İzin Belgesi	
EK5: Sağlık Bakanlığı Onay Belgesi	
EK 6: Öz Geçmiş	

EK-Tablo1- Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Evde Ateş Ölçer Bulundurma Durumlarının Karşılaştırılması

EK -Tablo2- Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Vücut Sıcaklığı En Az Kaç Derece İse Ateşi Vardır Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması

SİMGELER VE KISALTMALAR

K.K.T.C	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
n	: Örneklem sayısı
S	: Sayı
%	: Yüzde
X²	: Kikare test istatistiği değeri
p	: Test istatistiği değerinin anlamlılığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

TABLULAR

	Sayfa
4.1. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri	26
4.2. Ebeveynlerin Ateş Hakkında Bilgi Alma Durumları	29
4.3. Ebeveynlerin Vücut Sıcaklığı Ölçümü ve Belirlenmesine İlişkin Görüşleri	30
4.4. Ebeveynlerin Çocuklarının Ateşini Düşürmek için Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı	32
4.5. Ebeveynlerin Çocuklarda Ateşin Kontrolü ve Düşürülmesi ile İlgili Önergeleri Doğru Yanıtlama Durumları	34
4.6. Ebeveynlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çocuklarında Yüksek Ateş Nedeniyle Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumlarının Dağılımı	36
4.7. Ebeveynlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ateş Düşürücü Verme Sıklıklarının Dağılımı	38
4.8. Ebeveynlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Ateşin Kontrolü ve Düşürülmesi ile İlgili Doğru Yanıtladıkları Önerme Sayılarının Karşılaştırılması	40

GRAFİKLER

4.1. Ebeveynlerin ateş Ölçer Kullanma ve Bulundurma Durumuna Göre Dağılım

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Vücut sıcaklığının normal sınırların üzerine çıkmasına ateş (preksi) denir. Ateşin organizmaya hem yararlı ve hem de zararlı bazı etkileri vardır. Yararlı etkilerinin en önemlisi bazı bakterilerin yüksek ateşte daha az üremeleri ve hastalık yapıcı etkilerinin daha az olmasıdır. Zararlı etkileri ise vücut sıcaklığının her bir derece yükselmesi ile oksijen tüketiminin yüzde 15 artması ve bunun sonucunda da kalori ve sıvı ihtiyacının artmasıdır. Ateşle orantılı olarak solunum ve kalp hızını da arttırmakta ve kalp yetmezliği, kronik anemisi olan hastalarda kalp yetmezliğini arttırabileceği gibi, kronik akciğer hastalığı ve doğumsal metabolik hastalığı olan hastalarda da akciğer yetmezliğini arttırabilir (Dalkıran, 2007; Guyton ve Hail, 2007; Ovalı, 1989; Toprak ve diğerleri, 2008).

Özellikle 0-4 yaş grubu çocuklarda, sistemler olgunlaşmasını tamamlanmadığından ateş bazı komplikasyonlara neden olabilmektedir. Sıklıkla gözlenen komplikasyonlar febril konvülsiyon, febril deliryum, dehidratasyon ve taşikardidir. Febril konvülsiyon çocuklarda gelişme oranı %4 olmakla birlikte epilepsi, motor-mental bozukluklar gibi önemli sorunlara neden olabileceğinden ciddi bir durumdur. Yüksek ateşe bağlı olarak febril deliryum, dehidratasyon ve taşikardi daha seyrek görülmekle birlikte, özellikle dehidratasyon ve taşikardi uzun süren ve düşmeyen ateşe bağlı organ yetmezliklerine neden olabilmektedir. Bu nedenle 0-4 yaş grubu çocuklarda ateşli hastalıkların tedavisinin yanı sıra ateşin düşürülmesi, vücut sıcaklığının kontrolü önemlidir (Adıyaman ve diğerleri, 1999; Celasin ve diğerleri, 2008; Çavuşoğlu, 2008; Dalkıran, 2007; Demir ve Bayat, 2005; Kara, 2003).

Çocuklarda ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesiyle ilgili olarak ebeveynlere önemli sorumluluklar düşmektedir. Çünkü çocuğun vücut sıcaklığının yükseldiğini ilk fark eden, gözlemleyen ebeveynlerdir. Ebeveynlerin, ateşi erken dönemde belirlemesi, kontrol etmesi ve çocuklarını sağlık merkezine erken zamanda

ulaştırmaları, ateşe bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde son derece önemlidir (Adıyaman ve diğerleri, 1999; Kara, 2003; Kavaklı ve diğerleri, 1998). Tersi olarak, ateşin belirlenmesi, kontrolü ve dūřürülmesi ile ilgili olarak, ebeveynlerin eksik/hatalı bilgileri çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Yapılan araştırmalarda ebeveynlerin (Celasin ve diğerleri, 2008; Dalkıran, 2007; Demir ve Bayat, 2005; Esenay ve diğerleri, 2007; Krantz, 2001; Matziou ve diğerleri, 2008; Oshikoya ve Senbanjo, 2008; Saz ve diğerleri, 2009; Yiğit ve diğerleri, 2003):

- genel olarak ateşi zararlı gördükleri, az sayıdaki ebeveynin ise yararlı gördüğü,
- az sayıda ebeveynin hastalıkların habercisi olması ve yardım almaya yönlendirmesi nedeniyle ateşi yararlı gördüğü,
- bir çok ebeveynin normal vücut sıcaklığı değerlerini bilmediği,
- vücut sıcaklığını ölçmeyi ve ateşle beraber gözlenen belirtileri bilmediği,
- vücut sıcaklığının yükselip yükselmediğini dokunarak, çocuğun ağlama ve huzursuzluğunun nedenini sorgulayarak tanımlamaya çalıştığı,
- çok az sayıda ebeveynin ateşi ölçmek için termometre kullandığı saptanmıştır.

Yine yapılan çalışmalarda ebeveynlerin yükselen vücut sıcaklığını dūřürürken eksik/hatalı uygulamalar yaptığı belirlenmiştir. Bu çalışmalarda ebeveynlerin çoğunluğunun vücut sıcaklığını dūřürmek için (Celasin ve diğerleri, 2008; Dalkıran, 2007; Demir ve Bayat, 2005; Esenay ve diğerleri, 2007; Halıcıoğlu ve diğerleri, 2011; Kurugöl, 2007; Matziou ve diğerleri, 2008; Oshikoya ve Senbanjo, 2008; Saz ve diğerleri, 2009; Yięit ve diğerleri 2003):

- çocuğun vücudunu soğuk su ile silme,
- soğuk duş yaptırma,

- vücut sıcaklığını ölçmeden ateş düşürücü verme,
- kalın giydirmeye ve/veya üzerini örtme,
- hiçbir müdahale yapmadan çocuğu günlerce evde bekletme,
- hekim reçetesi olmaksızın kendiliğinden öksürük şurubu veya antibiyotik verme,
- çocuğun vücudunu alkol, sirke, gülsuyu, limon kolonyası ile silme,
- aspirin verme gibi eksik/hatalı uygulamalarda bulunduğu,
- ateş fobisi nedeni ile birden fazla ateş düşürücüyü ardışık olarak veya birlikte kullanıldığı saptanmıştır.

Yukarıda belirtilen çalışmalarda vücut sıcaklığının düşürülmesi için doğru uygulama yapan ebeveynlerin sayısının çok az olduğu saptanmıştır. Sıklıkla yapılan doğru uygulamalar ise şunlardır (Celasin ve diğerleri, 2008; Dalkıran, 2007; Demir ve Bayat, 2005; Esenay ve diğerleri, 2007; Halıcıoğlu ve diğerleri, 2011; Oshikoya ve Senbanjo, 2008; Saz ve diğerleri, 2009):

- hekim kontrolünde ateş düşürücü verme,
- ılık uygulama yapma,
- giysileri çıkarma,
- bulunulan odayı havalandırma ve
- bol sıvı verme.

Yukarıdaki sonuçların yanı sıra ebeveynler çocuklarda yüksek ateşe bağlı olarak ateş korkusu da yaşamaktadır. Çeşitli araştırmalarda, ailelerin büyük bir kısmının çok yüksek sayılmayacak vücut sıcaklıklarının çocukları için çok zararlı olabileceği düşüncesinde oldukları, çocuklarının ateşi yükseldiği zaman korku ve kaygı yaşadıkları,

ateşin tanımlanmasında sıkıntı yaşadıkları ve ateşin kontrolünde yapılması gerekenlerle ilgili olarak yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir (Adıyaman ve diğerleri, 1999; Demir ve Bayat, 2005; Esenay ve diğerleri, 2007).

Çocuklarda ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesinde hemşireye de önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşirenin yaşamsal bulgulardan biri olan vücut sıcaklığını etkileyen değişkenleri, çocuğun genel durumundaki değişikliklerin yaşamsal bulgularına nasıl yansıdığını, aralarındaki ilişkinin ne olduğunu ve yaşamsal bulgulardaki değişikliklere yönelik hemşirelik girişimlerinin neler olduğunu bilmesi ve uygulaması gerekir. Hemşirelerin bir diğer temel sorumluluğu, ebeveynleri ateş konusunda bilgilendirmektir. Enfeksiyon hastalıklarına bağlı sekellerin önlenmesi, diğer yandan da kendiliğinden iyileşebilen ateşli hastalıklarda gereksiz hastane yatışlarının, tetkik ve tedavilerin önlenmesi açısından ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin hemşirenin eğitimci rolü çok önemlidir. Hemşire, ebeveynlere yüksek ateşte yapılması gereken uygulamaların gerekliliğini anlatmak; ateşin ölçülmesi, kontrol ve takibini öğretmek, ateşe bağlı komplikasyonları azaltmak ve sağlık eğitimi vermekle yükümlüdür (Bakır, 2006; Çavuşoğlu, 2008; Kara, 2003; Ulusoy ve Görgülü, 1997).

KKTC (Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti) 2006 yılı nüfus sayımına göre, toplam nüfus 268,668dir. Yine 2006 yılı nüfus sayımına göre 0-4 yaş arası çocuk sayısı toplam 11,491'dir (www.nufussayimi.devplan.org). Ülkemizdeki sağlıkla ilgili kayıtların yetersiz olmasından dolayı 0-4 yaş grubu çocuklarda sıklıkla görülen sağlık sorunlarının neler olduğu bilinmemekle beraber, gözlemlerimize göre sıklıkla ateş nedenleri sırasıyla üst solunum yolu enfeksiyonları, gastroenteritler, idrar yolu enfeksiyonları ve alt solunum yolu enfeksiyonlarıdır.

0-4 yaş grubu çocuk sahibi ebeveynlerin ateş hakkındaki bilgileri ile ilgili literatürde çalışmamıza benzer birçok çalışmaya rastlanmıştır. Ancak KKTC'de 0-4 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşleri ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gözlemlerimiz ebeveynlerin ateş hakkında yeterli bilgilerinin olmadığı, ateşin belirlenmesi, kontrolü ve

düşürülmesine yönelik uygulamaların genellikle eksik olduğu yönündedir. Bu nedenle bu çalışmada KKTC'de 0-4 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşlerini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmanın bu gereksinimlere yanıt vereceği, eksik/hatalı görüşlerin düzeltilmesine yönelik hemşire-ebeveyn eğitim programlarında yol gösterici olacağı ve ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırma; 0-4 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşlerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırmada;

- 1- Ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşleri nedir?
- 2- Bazı bağımsız değişkenlere göre ebeveynlerin konuya ilişkin görüşleri arasında fark var mıdır?

Sorularına yanıt aranmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 VÜCUT SICAKLIĞI

Vücut sıcaklığı, ısı üretimi ile ısı kaybı arasındaki denge ile elde edilir. Isı üretimi egzersiz, kasların kasılması, yüksek metabolizma, besinler, titreme ve bazal ısı ile oluşur. Isı kaybı ise terleme, yüzeysel kan dolaşımının fazla olması, ince ve hafif giysilerin giyilmesi, hava hareketi ile oluşur. Isı kaybı mekanizmaları radyasyon, kondüksiyon, konveksiyon ve buharlaşmadır (Pour ve Yavuz, 2010; Ulusoy ve Görgülü, 1997).

Vücuttaki derin dokuların sıcaklığı (iç sıcaklığı), kişide ateşli bir hastalık olmadıkça $37\pm 0.6^{\circ}\text{C}$ içinde, hemen hemen sabit kalır. Isı üretimi ile ısı kaybını sağlayan tüm ısı kontrol mekanizmaları bu değeri sürdürmeye çalışır. Çıplak bir kişi kuru havada 13°C kadar düşük, ya da 55°C kadar yüksek sıcaklıklara maruz kalsa bile vücudun iç sıcaklığı hemen hemen sabittir (Pour ve Yavuz, 2010; Guyton ve Hail, 2007)

Deri sıcaklığı, iç sıcaklığın aksine çevre sıcaklığına bağlı olarak artar veya azalır. Derinin çevreye ısı kaybetme yeteneği ısı düzenlenmesinde önemli bir özelliktir. Vücut sıcaklığı egzersizle, çevre sıcaklığıyla değişir (Guyton ve Hail, 2007).

Vücut sıcaklığı gün içerisinde değişiklikler gösterir. Normal 24 saatlik sıcaklık düzenlenmesinde (sirkadiyen ritimde) vücut sıcaklığı sabah en düşük, öğleden sonra en yüksek sınırları arasında olur. Sirkadiyen ritimde sabah ve öğleden sonra vücut sıcaklığındaki fark $0.5-1^{\circ}\text{C}$ arasındadır (Pour ve Yavuz, 2010; Kleigman ve diğerleri, 2007).

Normal iç sıcaklığı ağızdan ölçüldüğünde 36.7°C ile 37.0°C , timpanik ölçümde 37.5°C ile 37.9°C , koltuk altında ölçüldüğünde 36°C ile 37.2°C , rektumdan ölçüldüğünde ise 37.3 ile 37.6°C aralığındadır (Guyton ve Hail, 2007; Halıcıoğlu ve diğerleri, 2011).

2.2 VÜCUT SICAKLIĞININ OLUŞUMU

Vücutta ısı, metabolizma sonucu üretilmektedir. Metabolizma basitçe vücudun bütün hücrelerindeki tüm kimyasal reaksiyonlar anlamına gelir. Metabolizma hızı ise

kimyasal reaksiyonlarda ısının serbestleme hızını ifade eder. Vücutta metabolizma için temel kaynak besin maddeleridir. Karbonhidrat, protein ve yağlar vücuda alındıktan sonra sindirim sürecinden geçerler; hücrelere ulaşmadan önce karbonhidratlar monosakkaritlere, proteinler aminoasitlere, yağlar da yağ asitleri ve gliserole parçalanırlar. Besin maddeleri kan dolaşımı ile hücreye ulaştığında, hücrede özel enzimlerin etkisiyle oksidasyon meydana gelir. Hücrede meydana gelen oksidasyon sonucunda karbondioksit, su ve enerji açığa çıkar. Açığa çıkan enerjinin yaklaşık %50'si ısı enerjisi formundadır. Kalan enerji ise birçok hücrel işlev için enerji kaynağını oluşturan ATP (adenozintrifosfat) sentezine harcanır. Hücrelerde enerji ATP'den işlevsel sistemlere aktarılırken bir miktar daha ısı oluşur. Bu nedenle en iyi koşullarda bile tüm enerjinin %20-25'inden fazlası işlevsel sistemlerce kullanılamaz. Bunun yanı sıra işlevsel sistemlerin kullandığı yaklaşık %25'lik enerji de sistemin çalışması sırasında yine ısı enerjisine dönüşür. Diğer bir deyişle vücutta açığa çıkan tüm enerji ısı enerjisine dönüşür (Guyton ve Hail, 2007; Ulusoy ve Görgülü, 1997).

2.3 VÜCUT SICAKLIĞININ DÜZENLENMESİ

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

2.3.1.Sinirsel Kontrol: Vücut sıcaklığı hemen tamamen sinirsel geribildirim mekanizması ile düzenlenir. Beyin yarım küreleri arasına yerleşmiş olan hipotalamus, ısı üretim ve kaybının fiziksel ve kimyasal süreçlerini bir arada düzenleyen başlıca merkezdir. Hipotalamus bir termostat gibi çalışarak vücut sıcaklığının düzenlenmesinde çok önemli bir görev yapar (Guyton ve Hail, 2007; Ulusoy ve Görgülü, 1997).

Vücut sıcaklığı ön hipotalamus preoptik alanda bulunan termoregulator merkez tarafından düzenlenir. Ön ve arka preoptik hipotalamusta bulunan nöronlar periferel sıcak ve soğuk reseptörlerden gelen sinyalleri dengeleyerek vücut sıcaklığını kontrol eder. Hipotalamusun vücut sıcaklığını kontrol eden mekanizmasının tümüne hipotalamik

termostat adı verilir (Adıyaman ve diğeri, 1999; Ulusoy ve Görgülü, 1997). Normalde hipotalamustaki ayar noktası vücut sıcaklığını 37°C'de tutmaya ayarlanmıştır (Kleigman ve diğeri, 2007; Taştan, 2001).

Hipotalamik termostat, vücut sıcaklığı yükseldiği zaman sıcaklığı düşürmek için; vazodilatasyon, terleme ve ısı üretiminin azalmasını sağlar. Vücut sıcaklığı düştüğü zaman ise yukarıda sayılan mekanizmaların tam tersine vücut sıcaklığı yükseltilmeye çalışılır. Bu mekanizmalar; vazokonstriksiyon, piloereksiyon, ısı üretiminin artmasıdır (Ulusoy ve Görgülü, 1997).

2.3.2. Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesinde Derinin Görevi: Vücut sıcaklığının düzenlenmesinde derinin üç önemli görevi vardır:

Vücudun Yalıtkan Sistemi: Deri vücudun yalıtım sistemidir. Deri, derialtı dokusu ve yağ dokusu ile ısıyı vücut içinde tutmaya çalışır. Yağ, ısıyı diğer dokulara göre üçte bir oranında daha az iletmediğinden önemlidir (Guyton ve Hail, 2007; Ulusoy ve Görgülü, 1997).

Isıyı Toplamak ve Dağıtmak: Isı üretimi, normal iç sıcaklık değerini yükseltecek kadar fazla olduğunda, bu ısı kan dolaşımı yolu ile deriye taşınarak deriden çeşitli ısı kaybı yolları ile kaybedilir. Böylece iç sıcaklık güvenlik sınırları içinde kalır. Ayrıca vücut sıcaklığının düşmesi ya da yükselmesi durumunda derideki damarlarda oluşan vazokonstriksiyon ya da vazodilatasyon, ısının vücutta tutulmasını ya da kaybedilmesini sağlamaktadır (Ulusoy ve Görgülü, 1997).

Isı Duyusunu Alma: Deride bulunan sıcak ve soğuk reseptörleri yoluyla alınan sıcaklık bilgileri hipotalamusa iletilerek gerekli düzenlemeler yapılır (Ulusoy ve Görgülü, 1997).

2.3.3. Terleme: Ter bezleri sodyum, potasyum, klor, üre ve laktik asit gibi maddeleri içeren sulu bir solüsyon olan teri salgılar. Salgılanan ter ince kanallar yolu ile deri yüzeyine akıtılır. Vücut sıcaklığı yükseldiği zaman hipotalamustan çıkan uyarılar ter bezlerini uyararak terlemeyi başlatırlar. Ter deri yüzeyinden buharlaşırken, beraberinde ısı kaybı da gerçekleşmiş olur (Ulusoy ve Görgülü, 1997).

2.4. VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇÜMÜNDE KULLANILAN BÖLGELER

Vücut sıcaklığı vücudun değişik bölgelerinden ölçülebilir. Sıcaklığın ölçüldüğü bölgeye göre normal vücut sıcaklığı değeri değişir. Ölçüm yapılan her bölgenin avantajları ve dezavantajları vardır. Vücut sıcaklığı ölçümünde kullanılan bölgeler şunlardır (Dalkıran, 2007; Ulusoy ve Görgülü, 1997):

Oral Ölçüm (Ağız Yolu): Genellikle 5 yaş üzerinde kullanılır. Bu bölge merkezi vücut sıcaklığının direkt göstergesi olan eksternal karotid arterin ana dalı tarafından kullanıldığı ve ortam sıcaklığından fazla etkilenmediği için avantajlıdır. Ancak sıcak ya da soğuk besin alındığında, sakız çiğnendiğinde ölçüm yapmak için 30 dakika beklenmelidir. Bu yolla vücut sıcaklığı ölçümü hastadan hastaya enfeksiyon taşıma olasılığını artırır. Oral yolla alınan vücut sıcaklığının ortalama değeri 37 °C'dir.

Aksiller Ölçüm (Koltuk Altı Yolu): : Enfeksiyon taşıma olasılığı düşük olduğu için güvenilir bir yoldur. Termometre koltuk altına yerleştirilince koltuk altında sabit tutulmalı, koltuk altının terli olmamasına dikkat edilmelidir. Eğer koltuk altı terli ise silinmelidir. Ancak silme sırasında kullanılan suyun sıcaklığı, silme ve kurulama hareketleri bölgeye olan kan akımını değiştireceğinden bir süre bekledikten sonra vücut sıcaklığı ölçülmelidir. Aksiler yolla elde edilen vücut sıcaklığı değeri oral ve rektal yola göre daha düşüktür. Çünkü koltuk altı hem dışa açık bir bölge, hem de damarlanması dil altı ve rektal bölge mukozasına göre daha azdır. Bu yolla normal vücut sıcaklığı ortalama değeri 36 °C'dir.

Rektal Ölçüm: Dış ortam sıcaklığından etkilenmeyen bir bölge oluşu ve yaş ile kullanım kısıtlılığı olmamasından dolayı avantajlıdır. Özellikle bebeklerde en sık kullanılan bölgedir. Ancak rektal yolla vücut sıcaklığı ölçümü yenidoğan bebeklerde rektum perforasyonuna neden olabilir. Rektal yolla normal vücut sıcaklığı ortalama değeri 37 °C'dir.

Kulaktan Ölçüm: Ateş tayini için hipotalamusun termoregülatuar merkezine anatomik olarak yakınlığından dolayı teorik anlamda en ideal bölgedir. Hızlı ölçüm olanağı, ortam

sıcaklığından etkilenmemesi, enfeksiyon riski taşımaması nedeniyle de avantajlıdır. 3 yaşın altında değişken sonuçlar vermesi, kullanıcı eğitimi gerektirmesi dezavantajıdır.

Alından Ölçüm: Oldukça hızlı bir şekilde ateşi ölçebilirler ancak yüksek değer saptandığında koltuk altı veya rektal ölçümle doğrulanmaları gerekir. Pahalıdır.

2.5. ATEŞİN TANIMI

Vücut sıcaklığının normal sınırlar üzerine çıkmasına ateş (preksi) denir. Vücut sıcaklığının 41°C'ye ulaştığı durumlara hiperpreksi, vücut sıcaklığının 36.8°C-38°C arasında uzun süre seyretmesine de subfebril ateş adı verilir. (Bakır, 2006; Behrman ve diğerleri, 2006; Dalkıran, 2007; Guyton ve Hail, 2007; Kara, 2003; Ulusoy ve Görgülü, 1997).

Ateş, beyindeki anormalliklere ya da sıcaklığı düzenleyen merkezleri etkileyen toksik maddelere bağlı ortaya çıkar (Guyton ve Hail, 2007).

Ateş, vücut sıcaklığının derecesine, yükselme-düşme şekil ve süreçlerine göre sınıflandırılır. Bunlar aralıklı (intermittent), dalgalı (remittent), sürekli (constant) ve tekrarlayan (rekürrent) ateş olarak adlandırılır (Ulusoy ve Görgülü, 1997).

Aralıklı (intermittent) ateşte normal vücut sıcaklığı değerleri ve ateş dönemler halinde düzenli aralıklarla birbirini izler. Vücut sıcaklığı genellikle sabah erken saatlerde düşük, akşamüstü ve gece ise en yüksek değerine ulaşır.

Dalgalı (remittent) ateşte vücut sıcaklığında 24 saat boyunca 2°C'den daha fazla dalgalanmalar görülür. Ancak dalgalanmalar sırasında vücut sıcaklığı normal değere düşmez sürekli yüksektir.

Sürekli (constant) ateşte vücut sıcaklığı sürekli olarak yüksektir ve vücut sıcaklığındaki dalgalanmalar 2°C'den daha azdır.

Tekrarlayan (rekürrent) ateşte vücut sıcaklığı en az 24 saat normal sınırlarda seyreder. Ancak daha sonra tekrar yükselir.

Ateşin aniden normal vücut sıcaklığı değerine düşmesine kriz, ateşin derece derece normal değere ulaşmasına liziz denir.

2.6. ATEŞİN FİZYOPATOLOJİSİ

Vücut, sıcaklığı yükseldiğinde veya düştüğünde yeni bir vücut sıcaklığı oluşturmak için hipotalamik, metabolik, otonomik ve davranışsal komponenti olan seri fizyolojik değişimi başlatır. Bu fizyolojik değişimler sonucu febril yanıtı başlatan fiziksel ve davranışsal değişimler oluşur. Kan akımının periferden santrale doğru kaydırılması sonucu ekstremiteler soğurken vücut sıcaklığı yükseltilmiş olur (Kleigman ve diğerleri, 2007).

Birçok protein, proteinlerin yıkım ürünleri ve bakterilerin salgıladıkları lipopolisakkarit toksinler hipotalamustaki termostatın ayar noktasının yükselmesine yol açarlar. Bu etkiyi yaratan maddelere pirojen denir. Hastalık koşullarında ateşi başlatan, toksik bakteriler tarafından salgılanan ya da dejenere dokulardan serbestlenen pirojenlerdir (Guyton ve Hail, 2007; Pour ve Yavuz, 2010).

Pirojenler, eksojen ve endojen olmak üzere ikiye ayrılırlar. Endojen pirojenler enfeksiyona, yaralanmaya, inflamasyona ve antijenik değişikliklere karşı konak yanıtı olarak üretilen polipeptit yapıdaki lenfosit ürünleridir. Endojen pirojenlerin açığa çıkmasına neden olan maddelere de eksojen pirojen adı verilir. Bu pirojenler hipotalamustaki biyokimyasal değişiklikleri tetikleyerek ateşe neden olurlar. Eksojen pirojenler, ekzojen veya endojen birçok maddenin monosit ve makrofajlara etkisi ile açığa çıkarlar. Monosit ve makrofajlarda açığa çıkan endojen pirojenik maddelere, pirojenik sitokinler de denilmektedir. Sitokinler de antijenik uyarıya yanıt olarak üretilen, bağışıklık olaylarını düzenleyen, başlıca makrofaj ve etkinleşmiş lenfositlerden salınan hormon benzeri polipeptitlerdir (Tabak, 2004; Tabak 2006). Ateşin

yükselmesinde etkili sitokinler; interlökin 1, interlökin 6 ve tümör nekrozis faktörlerdir (Sıdal, 2004; Tabak, 2004; Taştan, 2001).

Bu sitokinlerin birbirleriyle etkileşimleri komplekstir, her biri kendi başına ateşi yükseltebilir veya düşürebilirler. Sitokinler, ön hipotalamusun preoptik bölgesine yakın bölgedeki spesifik reseptörlerine bağlanırlar. Bu bölgedeki sitokin reseptörleri fosfolipaz A2'yi aktive eder, bu etkileşim siklooksijenaz yolunun bir substratı olan plazma membranından araşidonik asitin salınımı ile sonuçlanır. Bazı sitokinler siklooksijenazda direkt artışa neden olarak prostoglandin E2'nin serbest kalmasını sağlar. Bu küçük lipid mediator, kan-beyin bariyerini geçerek ısıya duyarlı preoptik nöronları aktive eder, ısı kaybında azalmaya, dolayısı ile ısı artışına sebep olur ve ateş yükselir (Chong ve Ailen, 1996; Sıdal, 2004).

Ateşin vücuda çeşitli olası faydaları da vardır. Vücut sıcaklığının artırılması makrofajların bakterileri öldürme yeteneklerini artırır ve pek çok mikroorganizmanın replikasyonunu önler. Ateşli hastada demir düşer, ferritin artar, serum demiri minimuma iner. Böylece yüksek ısıda demir ihtiyacı artmış olan patojen bakterilerin üremesini azaltır. Ateş sırasında gelişen iştahsızlık, kana glikoz geçişini azaltır. Kana serbest glikoz geçişinin azalması bakteri üremesini olumsuz etkiler. Glikoz oluşumu azaldığı için proteoliz ve lipolize yönelme olur. Ateşli hastada halsizlik ve dinlenme isteği kasların enerji gereksinimini azaltır, konağın olumsuz etkilenme riski azalır. Ateşli dönemde karaciğerde akut faz reaktanlarının yapımı artar. Bu proteinlerden bazıları çoğu mikroorganizma için gerekli olan iki değerli katyonları sağlar (Dalkıran, 2007; Toprak ve diğerleri, 2008).

2.7. ATEŞİN KOMPLİKASYONLARI

Normal vücut sıcaklığında her 1 °C artış olması; bazal metabolizmada yaklaşık %10-12, günlük sıvı ihtiyacında 7.5 ml/kg/gün, kalp atım hızında 25 atım/dk, solunum

hızında 3,4 solunum sayısı/dk, oksijen tüketiminde ve karbondioksit üretiminde artışa yol açmaktadır (Dalkıran, 2007; Toprak ve diğerleri, 2008).

0-4 yaş grubunda bu değişiklikler daha da önemlidir. Çünkü 0-4 yaş grubunda koroid pleksus ve hipotalamusta (pineal bez ve area postrema dışında) bulunan kan beyin bariyerleri olgunlaşmasını tamamlamamıştır. Bu nedenle, ön hipotalamusun preoptik alanında kontrol edilen vücut sıcaklığı sürekli değişiklik gösterebilmektedir (Dalkıran, 2007; Guyton ve Hail, 2007; Kara, 2003; Kliegman ve diğerleri, 2007; Sıdal, 2004). Bu da olası komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır.

Çocuklarda sistemlerin olgunlaşmasının tamamlanmadığından, yüksek ateş bazı komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bunlar:

2.7.1. Febril Konvülsiyon: Febril konvülsiyonlar, süt çocuğu ve erken çocukluk döneminde, santral sinir sisteminde herhangi bir hastalık ve elektrolit düzensizliği olmaksızın ateşin eşlik ettiği nöbet tipi olarak tanımlanmaktadır (Ayata, 2004; Kliegman ve diğerleri, 2007). Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (International League Against Epilepsy; ILAE) febril konvülsiyonu; '5 ay - 6 yaş arası çocuklarda görülen, santral sinir sistemi enfeksiyonu haricindeki ateşli hastalıklara eşlik eden ve öncesinde neonatal konvülsiyon, afebil konvülsiyon hikayesi olmayan, diğer akut semptomatik konvülsiyon kriterlerine uymayan konvülsiyonlar' olarak tanımlanmıştır (Ceceli, 2008; Dalkıran, 2007; Jones ve Jacobsen, 2007; Karande, 2007; Öztürk, 2007). Beyin dokusunun oksijenlenmesini önemli derecede engellediği için tekrarlayan ve uzun süren konvülsiyonlar; epilepsiye, motor ve mental bozukluklara neden olabilmektedir. Birçok çalışmada, 0-4 yaş grubu çocuklarda febril konvülsiyon gelişme oranının ortalama %4 olduğu saptanmıştır (Adıyaman ve diğerleri, 1999; Bakır, 2008; Çavuşoğlu, 2008; Kara, 2003; Kavaklı ve diğerleri, 1998; Taştan, 2001; Yüksel, 2006). Febril konvülsiyonlar genellikle ateşin yükselmeye başladığı dönemde gelişir (Çavuşoğlu, 2008).

Febril konvülsiyon, basit ve komplike olmak üzere ikiye ayrılır:

Basit Febril Konvülsiyon: Basit febril konvülsiyon kısa süreli (15 dakikadan kısa süren), 24 saat içinde bir kez, tüm vücutta kasılmalarla birlikte olan nöbettir. Febril konvülsiyonların büyük bir çoğunluğu genellikle basittir (Adıyaman ve diğerleri, 1999; Ayata, 2004; Bakır, 2006; Çavuşoğlu, 2008; Karande, 2007; Kliegman ve diğerleri, 2007; Öztürk, 2007; Yüksel, 2006).

Komplike Febril Konvülsiyon: Komplike febril konvülsiyon ise, 15 dakikadan uzun süren, 24 saat içinde birden fazla kez tekrarlayan, tek taraflı veya fokal, nöbet sonrası paralizi görülen nöbet türüdür (Ayata, 2004; Bakır, 2006; Çavuşoğlu, 2008; Karande, 2007; Kliegman ve diğerleri, 2007; Öztürk, 2007; Yüksel, 2006).

2.7.2. Febril Deliryum: Febril deliryum, beyinde oksijen tüketimi ve karbondioksit üretiminin artmasıyla birlikte, yüksek ateşin sebep olduğu bilinç bulanıklığı ve sayıklama halidir. Çocukta aşırı huzursuzluk ve bilinç bulanıklığı görülmektedir (Sıdal, 2004; Toprak ve diğerleri, 2008).

2.7.3. Dehidratasyon: Vücut sıcaklığı yükseldiği zaman günlük sıvı ihtiyacında 7.5 ml/kg/gün artış olmaktadır. Sürekli yüksek seyreden ateşten dolayı terlemedeki artış ve metabolizmanın daha hızlı çalışmasına bağlı vücuttan aşırı sıvı kaybı sonucunda dehidratasyon gelişmektedir. Dolayısıyla sıvı-elektrolit dengesizlikleri kolayca oluşabilmekte, dehidratasyondan dolayı böbrek işlevleri olumsuz yönde etkilenmekte ve böbrek yetmezliği gelişebilmektedir (Adıyaman ve diğerleri, 1999; Birol ve diğerleri, 1995; Chong ve Ailen, 1996; Dalkıran, 2007; Guyton ve Hail, 2007; Sıdal, 2004; Toprak ve diğerleri, 2008).

2.7.4. Taşikardi: Vücut sıcaklığındaki her 1°C'lik artış; bazal metabolizmanın %10-12 hızlanmasına neden olmakta, kalp hızı 25/dk artmaktadır. Uzun süren ve müdahale edilmeyen taşikardi durumunda kalp yetmezliği gelişebilmektedir (Birol ve diğerleri, 1995; Dalkıran, 2007; Guyton ve Hail, 2007; Sıdal, 2004; Toprak ve diğerleri, 2008).

2.8. ATEŞİN TEDAVİSİ

2.8.1. İlaçlar: Antipretiklerin ateş düşürücü etkileri beyindeki siklooksijenazı bloke etmelerine bağlıdır. Protein sentez inhibitörleri de prostoglandin sentezinde rol alan enzimlerin sentezini bloke ederek ateş düşürücü etki yapabilirler (Ovalı, 1989). Ateş düşürmek amacıyla kullanılan ilaçlar şunlardır:

Parasetamol (Asetaminofen): Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçtır (NSAİİ). Çocuklarda en sık kullanılan ateş düşürücüdür. 4-6 saatte bir kilogram başına 10-20 mg dozda kullanılır. Maksimal günlük doz kilogram başına 60-80 mg'ı geçmemelidir. Günlük doz 4-6 doza bölünerek 4-6 saat ara ile verilir. İlaç ağızdan alındıktan 1 saat sonra en yüksek düzeye ulaşır. Karaciğerde gluküronik asit ve sülfatla konjüge edilir. Böbreklerden bu şekli ile atılır. Önerilen dozlarda karaciğere zarar vermez. Parasetamol zehirlenmeleri ilaç dozuna bağlı olarak hayati tehlike riski taşır. Parasetamol zehirlenmelerinde, akut dönemde ilk 24 saat içerisinde bulantı, kusma, karın ağrısı gibi gastrointestinal sisteme ait yakınmalar görülebilmektedir. Sarılık ve diğer karaciğer yetmezliği bulguları takip eden 2-3 gün içerisinde gelişebilmekte; hepatik ensefalopati, akut böbrek yetmezliği bu tabloya eşlik edebilmektedir (Dalkıran, 2007; Kurugöl, 2007).

İbuprofen: Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlardandır ve 6 aylıktan daha büyük bebeklere önerilmektedir. Dozu her 6-8 saatte bir kilogram başına 5-10 mg'dır. Maksimal günlük doz kilogram başına 40 mg'ı geçmemelidir. 3-4 eşit dozda 6-8 saat ara ile uygulanır. Ağızdan alındıktan 1 saat sonra kanda en yüksek düzeye ulaşır. Nadiren astım ataklarına ve allerjik reaksiyonlara neden olabilir. İbuprofen bebeklerde ateş düşürmede parasetamolden sonra ikinci seçenektir. Hem inaktif metabolitleri hem de inaktive olmadan kalan küçük bir kısmı tamamen ve hızlı olarak böbreklerden atılır. Yan etkiler ve dikkat edilmesi gereken durumlar; gastrointestinal kanama, böbrek disfonksiyonları ve hipersensivite reaksiyonlarıdır. Dehidratasyona bağlı nefrotoksisite gelişebileceğinden su içmeyen, şiddetle kusan ya da ishali olan çocuklara verilmesi önerilmemektedir (Dalkıran, 2007).

Aspirin: Yan etkileri nedeni ile çocuklarda ateş düşürücü olarak kullanılması tercih edilmemektedir. Aspirin bazı bireylerde astım bulgularının artmasına ve kötüleşmesine neden olur. Aspirin karaciğerde metabolize olup böbrek yoluyla atılır. En önemli yan etkilerinden biri de su çiçeği ve grip gibi bazı viral enfeksiyonlarda ateş düşürme amacı ile kullanıldığında 100.000 de 1-2 oranında "Reye Sendromu" adı verilen karaciğer ve beyin hasarı ile seyreden hastalığa neden olabilmesidir. Sağlıklı bir insanın aspirin alması ile kanama zamanı uzamaktadır. Ayrıca aspirin midede rahatsızlık ve mide-barsak kanaması gibi yan etkiler yapabilmektedir. 1980'li yıllardan itibaren aspirinin çocuklarda ateş düşürücü olarak kullanımını terk edilmiştir (Dalkıran, 2007).

Novalgin (Metamizol): Pirazolon türevi ilaçlar içerisinde yer alır. Güçlü analjezik etkiye sahip olmasının yanı sıra antipretik ve zayıf antiinflamatuvar etkisi de vardır. Antipretik etkisinin mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, santral sinir sistemi üzerine doğrudan etki ettiği ve endojen pirojen sentezini inhibe ettiği düşünülmektedir. Metamizol içerikli ateş düşürücüler tansiyon düşüklüğüne, agranülositoz, şok, lökopeni ve trombositopeniye neden olabilir. (Ommaty, 2008).

2.8.2. Destek Yaklaşımlar: Ateşin tedavisi yalnızca ateş düşürücü ilaçlarla değil, aynı zamanda nonfarmakolojik uygulamalarla desteklenmelidir. Fakat bu tip uygulamalar bazen çocuğun huzursuzluğunu daha da artırabilir, bu nedenle uygulamanın yapılıp yapılmayacağına bireysel bazda karar verilmelidir. Aslında hastaların çoğunda ateş kısa sürelidir ve ateşin zararlı etkileri vücut sıcaklığı ancak 40°C'nin üzerine çıktığında görülmeye başlar. Ateşli bir çocuğun tedavisinde öncelik, ateşin kendisinden çok ateşe neden olan hastalığa yönelik özgün tedavinin verilmesi olmalıdır. Uygun koşullarda çocuklarda ateşin kontrolü ve düşürülmesi için yapılabilecek nonfarmakolojik uygulamalar ve gerekçeleri şunlardır (Celasin ve diğerleri, 2008; Chong ve Ailen, 1996; Dalkıran, 2007; Demir ve Bayat, 2005; Esenay ve diğerleri, 2007; Kara, 2003; Matziou ve diğerleri, 2008; Oshikoya ve Senbanjo, 2008; Saz ve diğerleri, 2009; Ulusoy ve Görgülü, 1997):

Çocuk soyularak ince ve gevşek giysiler giydirilmeli, gerekirse sadece bez veya iç çamaşırı ile kalmalıdır. Bu, çocuğun ısı düşürme mekanizmalarına yardımcı olacaktır. Çocuk üşüyor veya titriyor olsa bile üzerine kalın örtüler örtülmemelidir, ince bir örtü yeterlidir.

Çocuğun bulunduğu ortam sıcaklığı 21-22°C arasında olacak şekilde ayarlanmalıdır, bu, vücut ısısının kaybını hızlandıracaktır.

Çocuğa bol sıvı verilmelidir. Böylece ateşe bağlı terleme ve solunum sayısının artmasından dolayı ateşli çocuklarda sıvı kaybının karşılanması sağlanır.

Metabolizmanın hızlanmasından dolayı yeterli kalori alımının sağlanması önemlidir. Ateşli dönemde mide aktivitesinin azalması ve sindirimin yavaşlaması nedeniyle çocukların beslenmesinde yağlı ve zor sindirilen gıdalardan kaçınılmalıdır. Çocuğun proteinden zengin kalorili gıdalarla beslenmesi sağlanmalıdır.

Çocuğun ateşli dönemde istirahat etmesi sağlanmalıdır. Ateşli dönemde vücut sıcaklığını daha da artıracığı için çocuğun fizik aktivitesinin kısıtlanması önemlidir.

Vücut sıcaklığından 1-2°C düşük sıcaklıkta su ile silme/duş yaptırma banyosu, vantilatör gibi ısıyı düşürmeye yönelik fiziksel uygulamalar buharlaşma ile ısı kaybını artırıp, ateşin düşmesini kolaylaştıracaktır. Silme/duş yaptırma banyosu için kesinlikle alkol veya soğuk su kullanılmamalıdır; çünkü soğuk su vazokonstriksiyona veya titremeye ısı üretiminin artışına yol açar, alkol ise deriden erken buharlaşarak ateşin hızlı düşmesine ve hipotalamik termostatın yeni sıcaklığa uyumun bozulmasına neden olabilmektedir.

2.9. YÜKSEK ATEŞTE HEMŞİRENİN ROL ve SORUMLULUKLARI

Çocuklarda ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesinde hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelerin temel sorumluluğu, vücut sıcaklığını ölçmek, vücut sıcaklığını devamlı takip etmek, ateşe ilişkin bakım vermek ve uygun yaklaşımları yerine getirmek, ebeveynleri ateş konusunda bilgilendirmektir. Hemşire ebeveynlere yönelik olarak:

- ateşli çocukta uygulamaları gereken adımları anlatmalı,
- hastalık belirtilerinin ortaya çıktığı en erken dönemde çocuklarını sağlık kuruluşuna götürmeleri konusunda ebeveynleri eğitmeli,
- ateşin ölçülmesi, kontrol ve takibini öğretmeli,
- uygulama sırasında gözlemlerde bulunmalı ve yardımcı olmalı,
- uygulamadaki eksik/hataları düzelterek doğruyu göstermeli,
- ebeveynlere ateş düşürücülerin kullanımı hakkında uygun doz ve sıklığı hakkında eğitim verilmeli,
- ateş takibinin kaydını tutmalı, normal sınırlar dışındaki değerleri hekime bildirmeli, gerekli durumda antipretik tedavi ile ateşe müdahale etmeli,
- ebeveynlerin ateş ve ateşin hastalıklardaki rolünü kavramaları konusunda daha etkin eğitim çalışmaları yapılmalı,
- bunların sonucunda ateşe bağlı komplikasyonları azaltmalıdır.

Bunun yanı sıra hemşire, ateşli çocuklara bakım verirken, aile ile iş birliği içinde, ailenin de bakım planına katılımını sağlayarak bakım vermeli, ebeveynlerin ateş korkuları ile baş etmelerinde yardımcı olmalıdır. Ebeveynlerin sorularını sormaları için gerekli ortam hazırlanmalı, ebeveynlere bilgi edinme fırsatı tanınmalıdır. Evdeki hazırlıklar konusunda eğitim verilmeli, ailenin ateş ölçer edinmesi sağlanmalı, ateş

ölçeri nasıl kullanılacağı öğretilmeli ve ateş ölçer temizliği konusunda bilgi verilmelidir. ((Celasin ve diğerleri, 2008; Demir ve Bayat, 2005, Çavuşoğlu, 2008; Erdağ ve diğerleri, 2010; Esenay ve diğerleri, 2007; Halıcioğlu ve diğerleri, 2011; Kara, 2003; Kavaklı ve diğerleri, 1998; Ulusoy ve Görgülü, 1997; Yiğit ve diğerleri, 2003).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Araştırma, 0-4 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Dr. Burhan Nalbantoğlu Lefkoşa Devlet Hastanesi ve Girne Dr. Akçiçek Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerinde yapılmıştır. Dr. Burhan Nalbantoğlu Lefkoşa Devlet Hastanesi KKTC'nin merkez ve tam donanımlı en büyük hastanesi olup, tüm ilçelerde yaşayan kişiler tarafından kullanılmaktadır. Bunun yanında Girne Dr. Akçiçek Hastanesi de KKTC'nin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları poliklinikleri arasında en fazla poliklinik hizmeti veren hastane olmaktadır. Bu nedenle araştırma, bu hastanelerde yapılmıştır.

Dr. Burhan Nalbantoğlu Lefkoşa Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde 15 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı hekim çalışmaktadır. Bu uzman hekimlerden Fi klinikte 24 saat nöbet tutmakta, 3'ü poliklinikte, 2'si sağlık ocaklarında çalışmaktadır. Poliklinikte her gün ortalama 100 çocuk muayene edilmektedir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde, hizmet veren hemşire bulunmamaktadır. Burada her gün sağlam çocuklara aşı yapılmakta ve aşılar poliklinikte pansuman odasında görevli poliklinik hemşiresi tarafından yapılmaktadır.

Girne Dr. Akçiçek Hastanesinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde 4 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı hekim çalışmaktadır. Bu uzman hekimlerden 2'si poliklinikte, Fi sağlık ocaklarında, Fi idari bölümde hizmet vermektedir. Poliklinikte her gün ortalama 50 çocuk muayene edilmektedir. Girne Dr. Akçiçek Hastanesinde her çarşamba aşı günü olarak ayrılmıştır ve bir günde ortalama 100 sağlam çocuğa aşı yapılmaktadır. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde, sadece aşı günleri bir hemşire hizmet vermektedir.

Her iki hastanede de ayrıca sağlıklı çocuk polikliniği bulunmamaktadır. Ebeveynlere çocuk sağlığı ile ilgili bilgi doktorlar tarafından sözlü olarak verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, KKTC 2006 nüfus sayımına göre 0-4 yaş grubu toplam 11491 çocuğun ebeveyni oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, evrenin bilindiği durumlarda örneklem bulma formülü ile;

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

formülü ile hesaplanmıştır,

n : Örneklem alınacak birey sayısı

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer: 1.96

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı): 0.50

q : İncelenen olayın görülmeme sıklığı: 0.50

d: 0.05 (%95 güvenirlikle)

N: Evren (11491)

$$n = 11491 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 / 0,05^2 \cdot (11491 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5$$

$$n = 371,76376$$

n= 372 olarak hesaplanmıştır.

KKTC 2006 yılı nüfus sayımında ilçelere göre 0-4 yaş grubu çocuk sayısı dağılımında;

Lefkoşa'da 5276, Girne'de 3407 çocuk olarak belirtilmiştir.

Örnekleme, 0-4 yaş grubu çocuğu olup KKTC Devlet hastanelerinden yararlanan 372 ebeveyn oluşturmuştur. Lefkoşa İlçesi 0-4 yaş grubu çocuk sayısı, Girne İlçesinin 0-4 yaş grubu çocuk sayısının yaklaşık 1,5 katıdır. Buna göre;

$372/1,5 = 248$ ebeveyn Lefkoşa İlçesi,

$372-248 = 124$ ebeveyn Girne İlçesinden ebeveyn alınmıştır.

Uygulama süresi içinde 24 ebeveyn uygulamayı reddetmiştir. Ön görülen örneklem sayısına ulaşılan kadar yedek ebeveynler örnekleme alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler soru kağıdı ile toplanmıştır (Bkz. Ek 1). Soru kağıdı literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Celasin ve diğerleri, 2008; Dalkıran, 2007; Demir ve Bayat, 2005; Esenay ve diğerleri, 2007; Jalil ve diğerleri, 2007; Kara, 2003; Kayman, 2003; Kurugöl, 2007; Matziou ve diğerleri, 2008; Walsh ve diğerleri, 2008; Yiğit ve diğerleri, 2003).

Soru kağıdının ilk bölümünde 0-4 yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin demografik verileri ve ebeveynlerin çocuklarında ateş sorunu olduğunda sıklıkla yaptıkları uygulamaları belirlemeye yönelik sorular, ikinci bölümünde ise, yüksek ateş ile ilgili görüşlerinin belirlendiği sorulardan oluşmaktadır. İlk bölüm 39 sorudan ikinci bölüm 17 sorudan oluşmaktadır. Ebeveynlerin yüksek ateş ile ilgili görüşlerinin belirlendiği ikinci bölümdeki sorular önerme biçiminde olup ebeveynlerin bu önermeleri 'doğru', 'yanlış' ve 'bilmiyorum' seçenekleriyle yanıtlamaları istenmiştir.

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Soru kağıdının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, 20.09.2010 - 22.09.2010 tarihleri arasında Girne Dr. Akçiçek Hastanesi Çocuk Polikliniğine başvuran

ve örneklemin yaklaşık %10'nu oluşturan 37 ebeveyn üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada ebeveynlerin soruları toplam cevaplama süresi 30 dk sürmüştür. Ön uygulamaya katılmayı kabul eden ebeveynlerin aydınlatılmış yazılı onam formu (Bkz. Ek 3) alınmıştır. Ön uygulama yapılan ebeveynler örnekleme alınmamıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda soru kağıdında gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Soru kağıdı 4.10.2010 tarihinden itibaren polikliniklerin çalıştığı hafta içi günlerde uygulanmıştır. Uygulamada ebeveynlere soru kağıdı hakkında açıklama yapılmış, ardından aydınlatılmış onam formu verilerek yazılı izinleri alınmıştır. Soru kağıdını doldurabilmeleri için, bireylere uygun ortam sağlanmış, soru kağıdını ebeveynler kendileri doldurmuştur. Soru kağıdını doldurmak için yardım isteyen ebeveynlere soru kağıdı araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Soruları toplam cevaplama süresi yaklaşık 30 dk sürmüştür.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama aracı olarak kullanılan ankete verilen yanıtlar bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 16.0.0 yardımıyla çözümlenmiştir.

Soru kağıdının ikinci bölümünde yer alan ebeveynlerin yüksek ateş ile ilgili görüşlerinin belirlendiği sorulara (17 önerme) verilen 'doğru', 'yanlış' ve 'bilmiyorum' yanıtlarından 'yanlış' ve 'bilmiyorum' yanıtları birleştirilmiş ve yanıtlar 'bilen', 'bilmeyen' olarak iki grupta toplanmıştır. Cevap anahtarı Ek 2'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri frekans dağılımı tablolarında belirtilmiştir.

Ebeveynlerin ateşli hastalıklara yönelik görüş ve düşünceleri belirlemek amacıyla ebeveynlerin bazı tanıtıcı özellikleri ile ölçeğe verdikleri yanıtlar karşılaştırılarak, çapraz tablolar oluşturulmuş ve tanıtıcı özellikler ile görüşler arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla Ki kare (Chi square) testi uygulanmıştır.

3.6.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulama aşamasında, KKTC Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek 4). Ön uygulama ve araştırma uygulanırken ebeveynlerden aydınlatılmış onamları (Bkz. Ek 3) alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=372)

	Sayı	%
Yaş Grubu		
17-25 yaş	79	21.2
26 - 35 yaş	236	63.5
36 - 42 yaş	57	15.3
Cinsiyet		
Kadın	287	77.1
Erkek	85	22.9
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	7	1.9
Okur-yazar	8	2.1
İlköğretim	131	35.2
Lise	124	33.4
Üniversite	102	27.4
Gelir Durumu		
İyi	78	21.0
Orta	276	74.2
Kötü	18	4.8
Sosyal Güvence		
Var	309	83.1
Yok	63	16.9
Yerleşim Yeri		
Köy	196	52.7
Şehir	176	47.3

Tablo 4.1. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=372) (Devam)

	Sayı	%
Çalışma Durumu		
Çalışan	229	61.6
Çalışmayan	143	38.4
Meslek		
Ev Hanımı	140	37.6
Serbest Meslek	76	20.4
İşçi	45	12.1
Memur		29.9
Çocuk Sayısı		
1 Çocuk	182	49.0
2 Çocuk	145	39.0
3 Çocuk ve üzeri	45	12.0
Eş Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	4	1.0
Okur-yazar	10	2.7
İlköğretim	129	34.7
Lise	129	34.7
Üniversite	100	26.9
Eş Meslek		
Ev Hanımı	35	9.4
Serbest Meslek	168	45.2
İşçi	66	17.7
Memur	103	27.7
Eş Çalışma Durumu		
Çalışan	337	90.6
Çalışmayan	35	9.4

*7 kişinin 4 çocuğu, 2 kişinin 5 çocuğu, 2 kişinin 7 çocuğu olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=372) (Devam)

	Sayı	%
Çocuğa Bakan Kişi / Kurum (n=229)*		
Diğer Ebeveyn	35	15.3
Anneanne/Babaanne	103	45.0
Bakıcı	32	14.0
Kreş	59	25.7
Bakan Kişinin Eğitim Durumu (n=229)*		
Okur-yazar değil	7	3.1
Okur-yazar	17	7.4
İlköğretim	93	40.6
Lise	44	19.2
Üniversite	68	29.7

*Çalışan ebeveynler cevaplandırmıştır. (n=229) yüzdeler hesapları n üzerinden yapılmıştır

Tablo 4.1.'de araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.1. incelendiğinde araştırmaya katılan ebeveynlerin, %63.5'inin 26-35 yaş grubunda yer aldığı, %77.1'inin kadın olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin eğitim düzeylerine bakıldığında %35.2'sinin ilköğretim, %33.4'ünün lise ve %27.4'ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Buna göre ebeveynlerin eğitim düzeyinin çok düşük olmadığı görülmektedir.

Ebeveynlerin %74.2'sinin gelir durumunu orta olarak tanımlamıştır ve %83.1'inin sosyal güvencesi bulunmaktadır. Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin %61.6'sının çalıştığı, %37.6'sının ev hanımı, %20.4'ünün serbest meslek sahibi ve %29.9'unun memur oldukları saptanmıştır. Ebeveynlerin %49'u tek çocuk, %39'u iki çocuk ve %12'si 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibidir. Ebeveynlerin eşlerinin %90.6'sının çalıştığı saptanmıştır. Çalışan ebeveynlerin %45'inin çocuklarına anneanne/babaanne tarafından bakılmaktadır. Çocuğa bakan kişinin eğitim durumu incelendiğinde %40.6'sının ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Ebeveynlerin Ateş Hakkında Bilgi Alma Durumları

	Sayı	%
Ateş Hakkında Bilgi Alma Durumu		
Alan	282	75.8
Almayan	90	24.2
Bilgi Alınan Yer*		
Medya	175	31.7
Çevre	162	29.3
Sağlık Personeli	124	22.5
Aile	91	16.5
Ateşin Düşürülmesi Hakkında Bilgi Alma Durumu		
Alan	325	87.4
Almayan	47	12.6
Ateşin Düşürülmesi Hakkında Bilgi Alınan Yer*		
Sağlık Personeli	253	44.7
Çevre	189	33.4
Aile	66	11.7
Medya	58	10.2

* Birden fazla yanıt verildiğinde yüzdeler katlanmış "n" üzerinden alınmıştır.

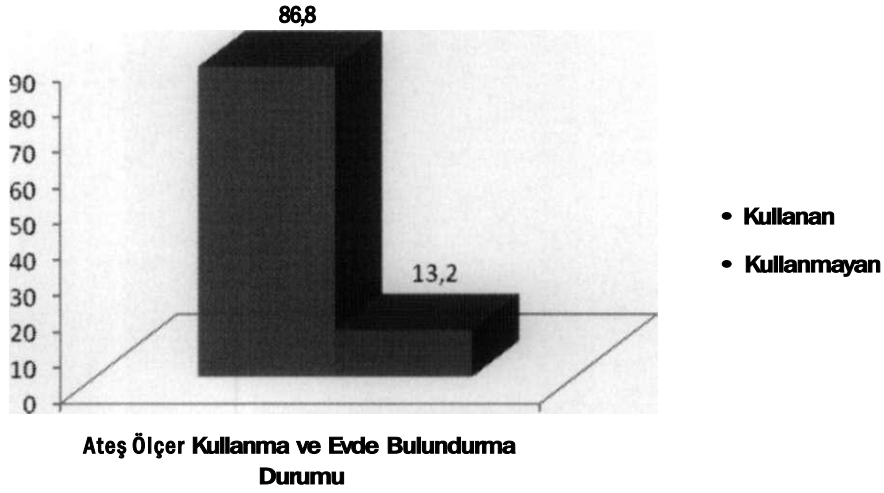
Araştırmaya katılan ebeveynlerin ateş hakkında bilgi alma durumları Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin %75.8'inin ateş hakkında bilgi aldığı, ateş hakkında bilginin %31.7 oranında medyadan, %22.5 oranında sağlık personelinden edinildiği, yine ebeveynlerin %87.4'ünün ateşin düşürülmesi hakkında bilgi aldığı ve bu bilginin çoğunlukla sağlık personelinden alındığı (%44.7) saptanmıştır.

Tablo 4.3. Ebeveynlerin Vücut Sıcaklığı Ölçümü ve Belirlenmesine İlişkin Görüşleri

	Sayı	%
Çocuğun Ateşini Anlama Yöntemi*		
Elle dokunma	325	37.3
Genel Görünüm	243	27.8
Ağlama ve Huzursuzluk	162	18.6
Çocuğun Hareketlerinden	142	16.3
Ateş Ölçer Kullanma ve Evde Bulundurma Durumu		
Kullanan	323	86.8
Kullanmayan	49	13.2
Kullanılan Ateş Ölçerin Cinsi*		
Dijital Termometre	197	51.7
Cıvalı Termometre	137	36.0
Kulaktan Ölçer	34	8.9
Alından Ölçer	13	3.4
Ateş Ölçme Bölgesi*		
Koltuk Altı	314	85.8
Kulaktan Ölçer	34	9.3
Ahın	13	3.5
Rektal Bölge	5	1.4
Ateş Ölçer Bekletme Süresi*		
Sinyal verene kadar	213	60.9
3-4 dakika	62	17.7
5-10 dakika	41	11.7
1-2 dakika	34	9.7
Vücut Sıcaklığının Ölçülen Derecesine Göre Ateş Olarak Yorumlanması		
37 - 37,4 °C	76	20.4
37,5 - 37,9 °C	64	17.2
38 - 38,4 °C	166	44.6
38,5 - 39 °C	35	9.4
Bilmeyen	31	8.4

*Birden fazla yanıt verildiğinde yüzdeler katlanmış "n" üzerinden alınmıştır.



Grafik 4.1. Ebeveynlerin Ateş Ölçer Kullanma ve Evde Bulundurma Durumu

Tablo 4.3.'te araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin vücut sıcaklığı ölçümü ve belirlenmesine ilişkin görüşlerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.3. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin çocuklarının ateşini belirlemek için en fazla uyguladıkları yöntemin elle dokunarak anlama olduğu (%37.3), bunu %27.8 oranı ile genel görünümünden anlamanın izlediği görülmektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %86.8'inin evlerinde ateş ölçer bulundurdukları ve kullandıkları saptanmıştır (Bkz. Grafik 4.1.).

Ebeveynlerin ateş ölçer olarak büyük oranda dijital termometre (%51.7) ve civalı termometre (%36) kullandıkları, ölçümün en fazla (%85.8) koltuk altından yapıldığı ve bekletme süresinin en fazla sinyal verene kadar (%60.9) olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin büyük çoğunluğu (%44.6) 38-38.4C vücut sıcaklığını ateş olarak tanımlamaktadır.

Tablo 4.4. Ebeveynlerin Çocuklarının Ateşini Düşürmek İçin Yaptıkları Uygulamaların Dağılımı

	Sayı	%
Çocuğun Ateşini Düşürmek için Yapılan Uygulama*		
Giysileri çıkarma	313	20.5
Ilık duş yaptırma	278	18.2
Bol sıvı verme	252	16.5
İstirahat ettirme	208	13.6
Odayı Havalandırma	186	12.2
Sirke ile silme	147	9.6
Soğuk duş yaptırma	41	2.7
Antibiyotik verme	34	2.2
Alkol ile silme	29	1.9
Zeytinyağı ile silme	17	1.1
Gülsuyu ile silme	16	1.0
Üzerini örtme ve kalın giysiler giydirme	8	0.5
Çocuğa Ateş Düşürücü Verme Durumu		
Veren	371	99.7
Vermeyen	1	0.3
Ateş Düşürücü Verme Sıklığı (n=371)		
4-6 saat ara ile	248	66.8
Günde 2-3 kez	123	33.2
Ateş Düşürücü Çeşidi*		
Parasetamol	319	64.3
İbufen	156	31.5
Aspirin	17	3.4
Novalgın	4	0.8
Ateş Düşürücüyü Öneren*		
Sağlık Personeli	352	94.6
Çevre	26	5.4
Ateş için Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu		
Başvuran	348	93.5
Başvurmayan	24	6.5
Ateş için Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sıklığı (n=348)		
İki-Üç ayda bir	186	53.5
6 ayda bir	86	24.7
Ayda bir	46	13.2
Ayda iki ya da daha fazla	30	8.6
Ateş Çıkınca Sağlık Kuruluşuna Gitme Süresi		
Hemen	137	36.8
3-4 saat sonra	113	30.4
1, gün	81	21.8
2, gün ya da 3, gün	41	11.0
Çocuğun Havale Geçirme Durumu		
Geçilmeyen	350	94.1
Geçiren	22	5.9

* Birden fazla yanıt verildiğinde yüzdeler katlanmış "n " üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin çocuklarının ateşini düşürmek için yaptıkları uygulamaların dağılımı Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Tablo 4.4. incelendiğinde araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının ateşini düşürmek için uyguladıkları yöntemlerin %20.5 oranı ile çocuğun giysilerini çıkarma, %18.2' oranı ile ılık duş yaptırma, %16.5 oranı ile bol sıvı verme, %13.6 oranı ile çocuğu istirahat ettirme olarak ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Ebeveynlerin tamamına yakını (%99.7) ateşi düşürmek için çocuklarına ateş düşürücü verdiği, %66.8'i 4-6 saat ara ile ateş düşürücü verdiği, ateş düşürücü olarak büyük oranda (%64.3) parasetamol kullanıldığı ve verilen ateş düşürücünün sağlık personeli tarafından önerildiği (%94.6) saptanmıştır. Çocuklarının ateşi olması durumunda ebeveynlerin %93.5'inin sağlık kuruluşuna başvurduğu, başvurma sıklığının ise %53.5 iki üç ayda bir kez olduğu ve ebeveynlerin çocuklarının ateşi çıkınca %36.8'inin hemen sağlık kuruluşuna başvurdukları saptanmıştır. Ebeveynlerin %5.9'u çocuklarının ateşli havale geçirdiğini ifade etmiştir. Tablo olarak verilmemekle birlikte çocuklar havale geçiren ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (%91) çocuklarını kendi imkanları ile hastaneye ulaştırdıkları saptanmıştır.

Tablo 4.5. Ebeveynlerin Çocuklarda Ateşin Kontrolü ve Düşürülmesi İle İlgili Önermeleri Doğru Yanıtlama Durumları

	Doğru Yanıtlayan		Yanlış Yanıtlayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Çocuğun ateşi çıktığı zaman ilk uygulama evde yapılmalıdır	348	93.6	24	6.4
Çocuğun ateşi çıkınca kalın giydirilip terleterek ateşi düşürülmelidir	348	93.6	24	6.4
Çocuğun ateşi çıktığı zaman hiçbir uygulama yapılmadan kendiliğinden düşmesi beklenir	335	90.1	37	9.9
Ateş yükseldiği zaman çocuk istirahat ettirilmelidir	335	90.1	37	9.9
Çocuğun ateşi çıkınca bol sıvı içirilmelidir	308	82.8	64	17.2
Çocuğun ateşini düşürmek için hemen antibiyotik başlanmalıdır	304	81.7	68	18.3
Çocuğun ateşini düşürmek için hemen ateş düşürücü verilmelidir	300	80.7	72	19.3
Ateş düşürücü saati geldiğinde çocuğun ateşini ölçmeden ateş düşürücü verilmelidir	283	76.1	89	23.9
Çocuk ateşliyken iki farklı ateş düşürücü aynı anda vermek ateşi erken düşürür	280	75.3	92	24.7
Ateşli havale geçiren çocuğun hava yolu açık tutulmalıdır	243	65.3	129	34.7
Ateşli havale geçiren çocuğun gözle kayar ve kasılması olur	220	59.1	152	40.9
Çocuk ateş düşürücü verildikten 15 saat sonra ılık duşa alınmalıdır	170	45.7	202	54.3
Ateşli havale sonucu çocuk epilepsi hastası olabilir	153	41.1	219	58.9
Çocuğun ateşi çıkınca proteinden zengin kalorili gıdalarla beslenmesi sağlanmalıdır	127	34.1	245	65.9
Ateşli havale sinir sistemi ile ilgili bir hastalıktır	96	25.8	276	74.2
Titreme sırasında ateşi daha fazla düşürmek için çocuğa ılık duş yaptırmalıdır	77	20.7	295	79.3
Yüksek ateşi olan çocuğun bulunduğu ortamdaki oda sıcaklığı 18 °C olmalıdır	52	14.0	320	86.0

Tablo 4.5.'te ebeveynlerin çocuklarda ateşin kontrolü ve düşürülmesi ile ilgili önermeleri doğru yanıtlama durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.5. incelendiğinde, ebeveynlerin en fazla doğru yanıt verdikleri önermelerin "Çocuğun ateşi çıktığı zaman ilk uygulama evde yapılmalıdır" (%93.6), "Çocuğun ateşi çıkınca kalın giydirilip terleterek ateşi düşürülmelidir" (%93.6), "Çocuğun ateşi çıktığı zaman hiçbir uygulama yapılmadan kendiliğinden düşmesi beklenir" (%90.1), "Ateş yükseldiği zaman çocuk istirahat ettirilmelidir" (%90.1), "Çocuğun ateşi çıkınca bol sıvı içirilmelidir" (%82.8) olduğu, "Ateşli havale sinir sistemi ile ilgili bir hastalıktır" (%25.8), "Titreme sırasında ateşi daha fazla düşürmek için çocuğa ılık duş yaptırmalıdır" (%20.7) ve "Yüksek ateşi olan çocuğun bulunduğu ortamdaki oda sıcaklığı 18 °C olmalıdır" (%14) önermelerinin ise doğru yanıtlanma oranının düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6. Ebeveynlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çocuklarında Yüksek Ateş Nedeniyle Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumlarının Dağılımı (n= 348)

	Başvurma Durumu		Değerlendirme		X ²	p
	Başvuran Say.	Başvuran %	Başvurmayan Sayı	Başvurmayan %		
Cinsiyet						
Kadın	268	93.4	19	6.6	0.06	0.52
Erkek	80	94.1	5	5.9		
Yaş Grubu						
17-25 yaş	69	87.3	10	12.7	5.23	0.03
26 - 35 yaş	224	94.9	12	5.1		
36 - 42 yaş*	55	96.5	2	3.5		
Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil*	7	100	-	-	1.36	0.51
Okur-yazar*	7	87.5	1	12.5		
İlköğretim	120	91.6	11	8.4		
Lise	117	94.3	7	5.7		
Üniversite	97	95.1	5	4.9		
Gelir Durumu						
İyi	71	91.3	7	8.7	1.01	0.31
Orta	260	94.2	16	5.8		
Kötü*	17	94.4	1	5.6		
Sosyal Güvence						
Var	290	93.9	19	6.1	0.28	0.38
Yok	58	92.1	5	7.9		
Çalışma Durumu						
Çalışan	217	94.8	12	5.2	1.45	0.28
Çalışmayan	131	91.6	12	8.4		
Ateş Bilgi Alma Durumu						
Alan	269	95.4	13	4.6	6.55	0.01
Almayan	79	87.8	11	12.2		
Ateş Düşürme Hakkında Bilgi Alma Durumu						
Alan	307	94.6	18	5.4	3.55	0.07
Almayan	41	87.3	6	12.7		

* Analize dahil edilmemiştir.

Tablo 4.6.'da ebeveynlerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre çocuklarında yüksek ateş nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.6. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan kadın ebeveynlerin %93.4'ünün, erkek ebeveynlerin ise %94.4'ünün çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna başvurduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan ebeveynleri cinsiyetlerine göre çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan 17-25 yaş grubu ebeveynlerin %87.3'ü, 26-35 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin ise %94.9'unun çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna başvurduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin yaş gruplarına göre çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 26-35 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna 17-25 yaş grubunda yer alan ebeveynlerden daha çok başvurduğu saptanmıştır.

Ebeveynlerin eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvence, çalışma durumları ve ateş düşürme hakkında bilgi alma durumlarına göre çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ebeveynlerin ateş hakkında bilgi alma durumlarına göre çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ateş hakkında bilgi alan ebeveynlerin (%95.4), bilgi almayan ebeveynlere (%87.8) göre çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna daha çok başvurdukları saptanmıştır.

Tablo 4.7. Ebeveynlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine göre Ateş Düşürücü Verme Sıklıklarının Dağılımı.

	Ne Sıklıkta Ateş Düşürücü Verirsiniz				Değerlendirme X ²	
	Günde 23 Kez		4-6 saat ara ile			
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet*						
Kadın	97	33.8	190	66.2		
Erkek	26	31.0	58	69.0		
Yaş Grubu						
17 - 25 yaş	37	46.8	42	53.2		
26 - 35 yaş	72	30.6	163	69.4		
36 - 42 yaş*	14	24.6	43	75.4	7.20	0.07
Eğitim Durumu*						
Okur-yazar değil	3	42.9	4	57.1		
Okur-yazar	3	42.9	4	57.1		
İlköğretim	63	48.1	68	51.9		
Lise	34	27.4	90	72.6		
Üniversite	20	19.6	82	80.4		
Gelir Durumu*						
İyi	24	30.8	54	69.2		
Orta	93	33.7	183	66.3		
Kötü	6	35.3	11	64.7		
Sosyal Güvence*						
Var	101	32.7	208	67.3		
Yok	22	35.5	40	64.5		
Çalışma Durumu						
Çalışan	59	25.9	169	74.1		
Çalışmayan	64	44.8	79	55.2	15.67	0.00
Ateş Hakkında Bilgi Alma Durumu						
Alan	81	28.7	201	71.3		
Almayan	42	47.2	47	52.8	10.67	0.00
Ateş Düşürme Hakkında Bilgi Alma Durumu*						
Alan	101	31.1	224	68.9		
Almayan	22	47.8	24	52.2		

*'Analize dahil edilmemiştir.

Tablo 4.7.'de ebeveynlerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre ateş düşürücü verme sıklıklarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.7. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan kadın ebeveynlerin %33.8'inin çocuklarına günde 2-3 kez, %66.2'sinin ise 4-6 saat ara ile ateş düşürücü verdikleri saptanmıştır. Erkek ebeveynlerin ise %31'inin günde 2-3 kez, %69'unun 4-6 saat ara ile çocuklarına ateş düşürücü verdikleri saptanmıştır.

Araştırmaya katılan 17-25 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin %53.2'sinin, 26-35 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin %69.4'ünün ve 36-42 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin %75.4'ünün 4-6 saat ara ile çocuklarına ateş düşürücü verdikleri saptanmıştır. Ebeveynlerin yaş gruplarına göre çocuklarına ateş düşürücü verme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre çocuklarına ateş düşürücü verme sıklıklarının dağılımına bakıldığında, çalışan ebeveynlerin %25.9'unun günde 2-3 kez ve %74.1'inin 4-6 saat ara ateş düşürücü verdikleri tespit edilirken, çalışmayan ebeveynlerin %44.8'inin günde 2-3 kez ve %55.2'sinin 4-6 saat ara ile çocuklarına ateş düşürücü verdikleri saptanmıştır. Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre çocuklarına ateş düşürücü verme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışan ebeveynler, çalışmayan ebeveynlere göre çocuklarına 4-6 saat ara ile ateş düşürücü vermektedir.

Ateş hakkında bilgi alan ebeveynlerin %71.3'ünün günde 4-6 saat arayla ateş düşürücü verdiği tespit edilirken, bu oran ateş hakkında bilgi almayan ebeveynlerde %52.8'dir. Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin ateş hakkında bilgi alma durumlarına göre çocuklarına ateş düşürücü verme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ateş hakkında bilgi alan ebeveynler, bilgi almayan ebeveynlere göre çocuklarına 4-6 saat ara ile ateş düşürücü vermektedir.

Tablo 4.8. Ebeveynlerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Çocuklarda Ateşin Kontrolü ve Düşürülmesi İle İlgili Doğru Yanıtladıkları Önerme Sayılarının Karşılaştırılması

	Doğru Yanıtlanan Önerme Sayısı				Değerlendirme	
	1-8 Önerme		9-17 Önerme		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Kadın	50	17.4	237	82.6	1.06	0.19
Erkek	19	22.4	66	77.6		
Yaş Grubu						
17-25 yaş	21	26.6	58	73.4	4.54	0.10
26 - 35 yaş	40	17.0	196	83.0		
36 - 42 yaş	8	14.0	49	86.0		
Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil*	4	57.1	3	42.9	0.85	0.65
Okur-yazar*	3	37.5	5	62.5		
İlköğretim	23	17.6	108	82.4		
Lise	24	19.4	100	80.6		
Üniversite	15	14.7	87	85.3		
Gelir Durumu						
İyi	12	15.4	66	84.6	0.59	0.27
Orta	53	19.2	223	80.8		
Kötü*	4	22.2	14	77.8		
Sosyal Güvence						
Var	51	16.5	258	83.5	5.04	0.02
Yok	18	28.6	45	71.4		
Çalışma Durumu						
Çalışan	37	16.2	192	83.8	2.25	0.09
Çalışmayan	32	22.4	111	77.6		
Ateş Hakkında Bilgi Alma Durumu						
Alan	38	13.5	244	86.5	19.86	0.00
Almayan	31	34.4	59	65.6		
Ateş Düşürme Hakkında Bilgi Alma Durumu						
Alan	53	16.3	272	83.7	8.55	0.00
Almayan	16	34.0	31	66.0		

*Analize dahil edilmemiştir.

Tablo 4.8.'de ebeveynlerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre çocuklarda ateşin kontrolü ve düşürülmesi ile ilgili doğru yanıtladıkları önerme sayılarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.8. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan kadın ebeveynlerin %17.4'ünün 1-8 arası, %82.6'sının 9-17 arası önermeye doğru yanıt verdikleri tespit edilmiştir. Erkek ebeveynler incelendiğinde %22.4'ünün 1-8 arası, %77.6'sının ise 9-17 arası önermeye doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre doğru yanıtladıkları önerme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

17-25 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin %26.6'sının, 26-35 yaş grubundaki ebeveynlerin %17'sinin ve 36-42 yaş grubundakilerin %14'ünün 1-8 arası önermeye doğru yanıt verdikleri saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan ebeveynleri yaş gruplarına göre doğru yanıtladıkları önerme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Okur-yazar olmayan ebeveynlerin %57.1'inin ve okur-yazar olan ebeveynlerin %37.5'inin 1-8 arası önermeye doğru yanıt verdiği, ilköğretim mezunu olan ebeveynlerin %82.4'ünün, lise mezunu olanların %80.6'sının ve üniversite mezunlarının %85.3'ünün 9-17 arası önermeye doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin eğitim durumlarına göre doğru yanıtladıkları önerme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Sosyal güvencesi olan ebeveynlerin %83.5'inin, sosyal güvencesi olmayan ebeveynlerin ise %71.4'ünün 9-17 arası önermeye doğru yanıt verdiği saptanmış olup, ebeveynlerin sosyal güvence durumlarına göre doğru yanıtladıkları önerme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Sosyal güvencesi olan ebeveynler, sosyal güvencesi olmayan ebeveynlere göre daha fazla önermeyi doğru yanıtlamıştır.

Ateş hakkında bilgi alan ebeveynlerin %13.5'inin, bilgi almayan ebeveynlerin ise %34.4'ünün 1-8 arası önermeye doğru yanıt verdikleri, ateş hakkında bilgi alan ebeveynlerin %86.5'inin ve ateş hakkında bilgi almayan ebeveynlerin %65.6'sının

9-17 arası önermeye doğru yanıt verdikleri saptanmıştır. Ebeveynlerin ateş hakkında bilgi alma durumlarına göre doğru yanıtladıkları önerme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ateş hakkında bilgi alan ebeveynler, bilgi almayan ebeveynlere göre daha fazla önermeye doğru yanıt vermiştir.

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin ateş düşürme hakkında bilgi alma durumlarına göre doğru yanıtladıkları önerme sayılarına bakıldığında, ateş düşürme hakkında bilgi alan ebeveynlerin %16.3'ünün 1-8 arası, %83.7'sinin 9-17 arası önermeye doğru yanıt verdikleri tespit edilirken, ateş düşürme hakkında bilgi almayan ebeveynlerin %34'ünün 1-8 arası, %66'sının 9-17 arası önermeye doğru yanıt verdikleri saptanmıştır. Ebeveynlerin ateş düşürme hakkında bilgi alma durumlarına göre doğru yanıtladıkları önerme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ateş düşürme hakkında bilgi alan ebeveynlerin, bilgi almayan ebeveynleri göre daha fazla önermeyi doğru yanıtladıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin gelir ve çalışma durumlarına göre doğru yanıtladıkları önerme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Çocukların gelişimsel ve biyolojik özellikleri nedeniyle, bakımlarından birinci dereceden sorumlu olan ebeveynlerdir. Ebeveynlerin çocuklarının sağlığını korumaları, geliştirmeleri ve hastalık durumunda tedavi ettirmeleri gibi önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Özellikle 0-4 yaş arası çocuklarda immün sistemin gelişimini tamamlamadığı için yüksek ateşe neden olan birçok sağlık probleminin tedavisi zor hastalıklara dönüşebildiği bilinmektedir. Bundan dolayı çocuğun bakımından sorumlu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin bilgi ve uygulamalarının doğru ve yeterli olması gerekmektedir (Demir ve Bayat, 2005; Taştan, 2001).

0-4 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıdaki başlık altında tartışılacaktır:

Ebeveynlerin Ateşin Belirlenmesi, Kontrolü ve Düşürülmesine İlişkin Görüşlerinin Tartışılması

Ebeveynlerin yarısından fazlasının (%61.6) çalıştığı görülmektedir. Çalışan ebeveynlerin çocuklarına bakan kişinin çoğunlukla (%44.9) anneanne/babaanne olduğu, çocukların Vi'ünün ise kreşe gittiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.). Sonuç olarak ülkemizde çalışan ebeveynlerin çocuklarına örf ve adetlerimize uygun olarak anneanne/babaannenin baktığı görülmektedir.

Ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (%75.8) ateş hakkında bilgi aldığı, bilgi alınan yerin ise 1/3 oranında medyadan yararlanıldığı görülmektedir. Sağlık personelinde ateş hakkında bilgi alma oranının düşük olduğu (%22.5) saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2.). Buna göre medyanın hem görsel hem de işitsel olarak daha etkili olduğu düşünülmektedir. Yine ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun (%87.4) ateşin düşürülmesi hakkında bilgi aldığı, alınan bu bilgiyi yaklaşık yarısının (%44.7) sağlık personelinde aldığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2.). Elimizdeki veriler ebeveynlerin çocuklarının ateşi olduğu zaman sağlık kuruluşlarından yararlandığını ve bilgilendirildiğini desteklemektedir.

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin çocuklarının ateşini anlamak için kullandıkları yöntemlere bakıldığında objektif olarak değerlendirmeye olanak sağlayacak ateş ölçer kullanmanın iyi düzeyde olduğu, ancak bunun yanı sıra subjektif değerlendirmeye neden olan; elle dokunma, genel görünümünden, çocuğun ağlama ve huzursuzluğundan anlama gibi yöntemlerin daha sık kullanıldığı görülmektedir. (Bkz. Tablo 4.3.). Ateşin subjektif değerlendirme yöntemleri ile tespit edilmesi, yanlış algılamalara yol açabilmesi ve objektif bir sonuç yansıtmasından dolayı yüksek olarak algılanan vücut sıcaklığına yönelik gereksiz müdahaleler yapılmasına neden olabilmekte ya da doğru tanımlanamayan yüksek ateşe müdahalede geç kahnabilmektedir. Bu nedenle bu tip yöntemler güvenli bir yol olarak kabul edilmemektedir. Vücut sıcaklığı ölçümünde en doğru sonuca ulaşmak için ateş ölçer kullanımını yaygınlaştırmak gerekmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda ise bizim çalışmamıza benzer sonuçlar olarak çocuğun ateşini elle dokunma, genel görünümünden, ağlama ve huzursuzluğundan anlama gibi subjektif değerlendirme yöntemlerinin sık kullanıldığı saptanmıştır (Celasin ve diğerleri, 2008; Demir ve Bayat, 2005; Jalil ve diğerleri, 2007; Yiğit ve diğerleri, 2003).

Yukarıda da ifade edildiği üzere çalışmamızda ebeveynlerin ateş ölçer kullanma ve evde bulundurma oranı yüksektir (Bkz. Tablo 4.3. , Grafik 4.1.). Yapılan diğer çalışmalarda ise, çalışmamızın aksine ebeveynlerin ateş ölçer kullanma ve evde bulundurma oranının da düşük olduğu saptanmıştır (Celasin ve diğerleri, 2008; Demir ve Bayat, 2005; Jalil ve diğerleri, 2007; Yiğit ve diğerleri, 2003). Bu durum çalışmamızdaki ebeveynlerin eğitim düzeyinin, diğer çalışmalara göre daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Kullanım kolaylığı, kısa sürede güvenilir ölçüm ve ekonomik olmasından dolayı ebeveynlerin yarısından fazlasının dijital termometre kullandığı görülmektedir. Dalkıran'ın çalışmasında (2007) bu oran %48.4, Jalil ve diğerlerinin çalışmasında (2007) ise bu oran %62.7'dir. Çalışmamızda ebeveynlerin çocuklarının vücut sıcaklığını ölçme bölgesi olarak da büyük bir çoğunluğun en kolay, enfeksiyon taşıma olasılığı en düşük ve komplikasyonların en az olduğu bölge olan koltuk altını tercih ettiği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.). Diğer çalışmalara bakıldığında da vücut sıcaklığını ölçme yeri olarak en çok koltuk altının tercih edildiği görülmektedir

(Dalkıran, 2007; Erdağ ve diğeri, 2010; Halıcıoğlu ve diğeri, 2011; Jalil ve diğeri, 2007; Matziou ve diğeri, 2006; Saz ve diğeri, 2009).

Dalkıran'ın (2007) yaptığı çalışmada %18.4, Halıcıoğlu ve diğeri'nin yaptığı çalışmada (2011) %18.3, Al-Eissa ve diğeri'nin çalışmasında (2000) ise %25 oranla ebeveynler vücut sıcaklığının ölçülen derecesine göre ateş olarak yorumlandığı dereceyi bilmediklerini ifade ettikleri saptanmıştır. Bizim çalışmamızda bu oran %8.33'tür (Bkz. Tablo 4.3.). Çalışmamızdan sonra verilecek eğitimlerle ebeveynlerin çocuklarının vücut sıcaklığının ölçülen derecesine göre, ateş olarak yorumlanmasında ebeveynlerin bilgilerinin artırılması hedeflenmektedir.

Ebeveynlerin çocuklarının ateşini düşürmek için yaptıkları uygulamalar olan giysilerini çıkarma, ılık duş yaptırma, bol sıvı verme, istirahat ettirme, odayı havalandırma gibi doğru uygulamaları sıkça yaptığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.4.). Çalışmamızın aksine literatürde doğru uygulama yapan ebeveynlerin sayısının oldukça az olduğu saptanmıştır (Celasin ve diğeri, 2008; Dalkıran, 2007; Demir ve Bayat, 2005; Esenay ve diğeri, 2007; Halıcıoğlu ve diğeri, 2011, Oshikoya ve Senbanjo, 2008; Saz ve diğeri, 2009). Ebeveynlerin ateşli çocuklarının üzerini örtme ve kalın giydirerek terletmeye çalışanların oranının düşük olması (Bkz. Tablo 4.4.) araştırma sonucunun olumlu bir özelliği olup, yapılacak eğitimlerle tamamen ortadan kaldırılacak bir uygulama olarak düşünülmektedir.

Ebeveynlerin çocukları ateşlendiği zaman antipretik kullanımı oldukça sık karşılaşılan bir uygulamadır. Yapılan birçok çalışmada parasetamolün en çok tercih edilen antipretik olduğu görülmüştür (Dalkıran, 2007; Erdağ ve diğeri, 2010; Esenay ve diğeri, 2007; Karwowska ve diğeri, 2002; Saz ve diğeri, 2009). Bizim çalışmamızda da en çok kullanılan antipretik parasetamol olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızın bulgusu da literatürü destekler niteliktedir. (Bkz. Tablo 4.4.).

Çocuk hastalıklarının tanı ve tedavisi için belirtilerin görüldüğü en erken dönemde bir sağlık kuruluşuna götürme, özellikle 0-4 yaş grubu çocuklarda gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için önemli bir yaklaşımdır. Bizim çalışmamızda ebeveynlerin çocuklarının ateşi çıkınca sağlık kuruluşuna gitme

süresine bakıldığında en kısa zamanda sağlık kuruluşuna başvurdukları saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.4.). Ancak yapılan diğer çalışmalarda bu oranın çok düşük olduğu görülmektedir (Celasin ve diğerleri, 2008; Demir ve Bayat, 2005).

Ebeveynlerin yaş gruplarına göre çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna başvurma durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaşı arttıkça deneyimleri ile doğru orantılı olarak ateş bilincinin de artmakta olduğu düşünülmektedir. Yine aynı şekilde ateş hakkında bilgi alan ebeveynlerin çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna başvurma durumları arasında istatistiksel anlamlılık ($p<0.05$) bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.6.). 0-4 yaş çocuklarda sağlık kuruluşuna başvuran ebeveynlerin yaşı ve ateş hakkında bilgi alma durumları komplikasyonların önlenmesinde büyük rol oynamaktadır.

Ebeveynlerin gelir durumlarına göre çocuklarının ateşi çıktığında yüksek ateş nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, herkesin sosyal güvencesinin bulunmadığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.6.).

Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre ateş düşürücü verme sıklığı arasında ve ateş hakkında bilgi alma durumları ile ateş düşürücü verme sıklığı arasında istatistiksel anlamlılık ($p<0.05$) bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.7.). Buna göre ebeveynlerin bilgilendirilmesi ateş düşürücü kullanımı açısından önemli oldu, bunun aynı zamanda, çocukta gelişebilecek intoksikasyonların önlenmesi açısından da gerekli olduğu söylenebilir.

Ebeveynlerin sosyal güvence durumlarına göre çocuklarda ateşin kontrolü ve düşürülmesi ile ilgili doğru yanıtladıkları önerme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.8.) ($p<0.05$). Sosyal güvencesi olan ebeveynlerin sağlık kuruluşlarından daha fazla yararlandığı, ateş ve ateş düşürme hakkında doğru bilgiler edindiği düşünülmektedir.

Ebeveynlerin cinsiyetlerine, yaş gruplarına, eğitim durumuna, çalışma durumu, ateş ve ateş düşürme hakkında bilgi alma durumu ile evde ateş ölçer

bulundurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) bulunmaktadır (Bkz. Ek-Tablo-1).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇLAR

0-4 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşlerinin belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmada sağlık kuruluşuna başvurma durumları ile ebeveynlerin yaş grupları ve ateş hakkında bilgi alma durumları, ebeveynlerin ateş düşürücü verme sıklıkları ile çalışma durumu ve ateş hakkında bilgi alma durumları, ebeveynlerin ateşin kontrolü ve düşürülmesi ile ilgili doğru yanıtladıkları önerme sayıları ile sosyal güvence durumları, ateş ve ateş düşürme hakkında bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Ebeveynlerin yaş gruplarına göre çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 26-35 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna 17-25 yaş grubunda yer alan ebeveynlerden daha çok başvurduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.6.).

Ebeveynlerin ateş hakkında bilgi alma durumlarına göre çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ateş hakkında bilgi alan ebeveynlerin, bilgi almayan ebeveynlere göre çocuklarının ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna daha çok başvurdukları saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.6.).

Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre çocuklarına ateş düşürücü verme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışan ebeveynler, çalışmayan ebeveynlere göre çocuklarına 4-6 saat ara ile ateş düşürücü vermektedir (Bkz. Tablo 4.7.).

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin ateş hakkında bilgi alma durumlarına göre çocuklarına ateş düşürücü verme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ateş hakkında bilgi alan ebeveynler, bilgi almayan ebeveynlere göre çocuklarına 4-6 saat ara ile ateş düşürücü vermektedir (Bkz. Tablo 4.7.).

Ebeveynlerin sosyal güvence durumlarına göre doğru yanıtladıkları önerme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Sosyal güvencesi olan ebeveynler, sosyal güvencesi olmayan ebeveynlere göre daha fazla önermeyi doğru yanıtlamıştır (Bkz. Tablo 4.8.).

Ebeveynlerin ateş hakkında bilgi alma durumlarına göre doğru yanıtladıkları önerme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ateş hakkında bilgi alan ebeveynler, bilgi almayan ebeveynlere göre daha fazla önermeye doğru yanıt vermiştir (Bkz. Tablo 4.8.).

Ebeveynlerin ateş düşürme hakkında bilgi alma durumlarına göre doğru yanıtladıkları önerme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ateş düşürme hakkında bilgi alan ebeveynlerin, bilgi almayan ebeveynleri göre daha fazla önermeyi doğru yanıtladıkları saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.8.).

Araştırma ile ilgili diğer sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

- Ebeveynlerin yaş grupları dağılımına bakıldığında %63.5'inin 26-35 yaş arasında olduğu, % 77.1'inin kadın olduğu ve %27.4'ünün üniversite eğitime sahip olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (%83.1) sosyal güvencesi olduğu, ebeveynlerin %37.6'sı ev hanımı iken, ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun (%61.6) çalıştığı görülmektedir. Ebeveynlerin yaklaşık yarısının (%49'unun) 1 çocuğu olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında ilköğretim ve lise eğitim durumlarının eşit olduğu (%34.7), ebeveynlerinin eşlerinin %45.2'sinin serbest meslek sahibi olduğu, ebeveynlerin eşlerinin büyük bir çoğunluğunun (%90.6) çalıştığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.).
- Ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun (%75.8) ateş hakkında bilgi aldığı, bu bilgiyi %31.7'sinin medyan aldığı, yine ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (%87.4) ateş düşürme hakkında bilgi aldığı ve bu bilgiyi %44.7'sinin sağlık personelinden aldığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2.).
- Ebeveynlerin çoğunluğu (% 37.3) çocuğuna eliyle dokunarak ateşin çıktığını anladıkları, %44.6'sının ateşi 38-38.4 °C olarak ifade ederken, ebeveynlerin

büyük bir çoğunluğu (%86.8) evinde ateş ölçer kullandığı ve bulundurduğu, ebeveynlerin verdiği cevaplara göre yarısından fazlasının (%51.7) evinde dijital termometre kullandığı, yine ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun (%85.8) vücut sıcaklığı ölçümünü koltuk altından yaptığı ve ebeveynlerin çoğunluğu (%60.9) sinyal verene kadar ateş ölçeri beklettiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.3.).

Ebeveynler çocuğunun ateşini düşürmek için; %20.5'inin üzerindeki giysiyi çıkardığı, %18.2'sinin ılık duş yaptırırken, %16.5'inin bol sıvı verdiği, %13.6'sının istirahat ettirdiği, %12.2'sinin odayı havalandırdığı görülmektedir. Ebeveynlerin hemen hemen tamamı (%99.7) çocuğunun ateşinin düşürmek için ateş düşürücü verdiği, ebeveynlerin verdiği cevaplara göre, çoğunluğu (%64.3) ateş düşürücü olarak parasetamolü tercih ettiği, ebeveynlerin çoğunluğunun (%66.8) 4-6 saat ara ile ateş düşürücü verdiği ve ebeveynlerin çok büyük bir çoğunluğuna (%94.6) ateş düşürücü sağlık personeli tarafından önerildiği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.4.).

6.2.ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- 0-4 Yaş çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin bilgilerini geliştirmeye eğitim verilmeli,
- 0-4 Yaş çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin bilgilerini geliştirmeye yönelik eğitim broşürleri hazırlanmalı,
- 0-4 Yaş çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin bilgilerini artırmak ve güncel tutmak için medya kullanılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

Adıyaman, P., Atalay, S., Bakkaloğlu, S., Berberoğlu, M., Cin, Ş., Deda, G., ve diğeri. (1999). Çocukta Ateş. Ş. Cin ve B. Ulukol (Ed.). Ankara: Öncü Limited.

Al-Eissa, Y.A., Al-Sanie, A.M., Al-Alola, S.A., Al-Shaalan, M.A., Ghazal, S.S., Al-Harbi, A.H.ve Al-Wakeel, A.S. (2000). Parental Perceptions of Fever In Children. Annals of Saudi Medicine, Vol 20.

Ayata, A. (2004). Febril Konvülsiyonda Yeni Yaklaşımlar. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 11, (3), 27-30.

Bakır, M. (2006). Çocuk Hastalarda Ateşe Yaklaşım: Tanı ve Tedavi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi, No.53, s. 37-56.

Behrman, R.E., Kliegman, R.M., Jenson, H.B. (2006). Nelson Pediatri Cep Kitabı. (G. Kazancı, M. Tuncer, E. Yeşildağ, M. Keklikoğlu, H. Çakır, Ö. Çakır, çev.). İstanbul: Nobel Kitabevleri Ltd.Şti.

Biröl, L., Akdemir, N., Bedük, T. (1995). İç Hastalıkları Hemşireliği. 5. bs., Ankara.

Ceceli, G. (2008). Febril Konvülsiyon Geçiren Çocukların Ailelerinin Bilgi Tutum ve Davranışları. T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Celasin, N.S., Ergin, D., Atman, Ü. (2008). Yüksek Ateş Şikayeti ile Hastaneye Yatırılan 0-6 Yaş Grubu Çocukları Olan Annelerin Yüksek Ateşe İlişkin Bilgi ve Tutumları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 22 (6), 315-322, Erişim: 5 Mayıs 2009. <http://www.fusabil.org>

Chong, C.Y., Ailen, D.M. (1996). Childhood Fever. Singapore Medical Journal, Vol 37, 96-100.

Çavuşoğlu, H. (2008). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Basımevi Ticaret Limited Şirketi.

Dalkıran, Y.A. (2007). Annelerin Ateş ve Ateşli Havale ile İlgili Bilgi Düzeyleri. Tıpta Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Demir, M., Bayat, M. (2005). Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil Servisine Yüksek Ateş Şikayetiyle Getirilen 0-5 Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Yüksek Ateş ile İlgili Bilgi ve Tutumları. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı), 22-29.

Erdağ, G. Ç., Akın, Y., Girit, N., Altuğ, H. (2010). Ailelerin Ateş ve Febril Konvülsiyon Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, Cilt 41, Sayı 1.

Esenay, F.I., İşler, A., Kurugöl, Z., Conk, Z., Koturoğlu, G. (2007). Annelerin Ateşli Çocuğa Yaklaşımı ve Ateş Korkusu. Türk Pediatri Arşivi, Cilt 42, Sayı 2, 57-60.

Guyton, A.C., Hail, J.E. (2007). Tıbbi Fizyoloji. (H. Çavuşoğlu, B.Ç. Yeğen, çev.). İstanbul: Nobel Kitabevleri Ltd.Şti.

Halıcıoğlu, O., Koç, F., Akman, S.A., Teyin, A. (2011). Ateşli Çocuklarda; Annelerin Evde Ateşe Yaklaşımı, Bilgileri ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi, 1 (1), 13-19.

Jalil, H.K., Jumah, N.A., Al-Baghli, A.A. (2007). Mother Knowledge, Fears and Self-Management Of Fever: A Cross-Sectional Study From the Capital Governorate in Kuwait. *The Kuwait Medical Journal*, 39, (4), 349-354.

Jones, T., Jacobsen, S.J. (2007). Childhood Febrile Seizures: Overview and Implications. *International Journal of Medical Sciences*, 4 (2), 110-114.

Kara, B. (2003). Çocukta Ateşle İlgili Bilgilerin Gözden Geçirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, Cilt 12, sayı 1,10-14.

Karande, S. (2007). Febril Seizures A Review for Family Physicians. *Indian Journal of Medical Sciences*, Vol 6, No. 3, 161-172.

Kavaklı, A., Pek, H., Bahçecik, N. (1998). Çocuk Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Çevik Matbaacılık.

Karwowska, A., Jordan, C.N., Johnson, D., Davies, D. (2002). Parental and Health Care Provider Understanding of Childhood Fever: a Canadian Perspective. *CJEM*, 4 (6), 394-400.

Kayman, H. (2003). Management of Fever: Making Evidence-Based Decisions. *Clinical Pediatrics*, 42, 5, 383-392.

KKTC Devlet Planlama Örgütü (DPÖ). (t.y.). Erişim: 3 Haziran 2010, <http://nufussayimi.devplan.org>; Tablo 8. Yaş Grubu, Milliyet ve Cinsiyete Göre Sürekli İkamet Eden (De-jure) KKTC Vatandaşı Nüfus. TOPLAM

Kliegman, R.M., Greenbaum, L.A., Lye, P.S. (2007). Pediatrik Tanı ve Tedavide Pratik Yaklaşımlar. (N. Narlı, çev.). İstanbul: Nobel Kitabevleri Ltd.Şti.

Krantz, C. (2001). Childhood Fevers: Developing an Evidence-Based Anticipatory Guidance Tool for Parents. *Pediatric Nursing*, 27, 6, 567-571, Erişim: 23 Kasım 2009, ProQuest.

Kurugöl, Z. (2007). Ateşli Çocukta Hangi Durumlarda Antipretik Kullanalım?. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 1, 124-127.

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

Ommaty, R. (2008). *Vademécum Modern İlaç Rehberi*. Ankara: Matsa Basımevi.

Oshikoya, K.A., Senbanjo, I.O. (2008). Fever in Children: Mothers Perceptions and Their Home Management. *Iran J Pediatr*. Vol 18, (No 3), 229-236.

Ovalı, F. (1989). İnfeksiyon. *Türkiye Klinikleri*, Cilt 9, Sayı 5, 369-374.

Öztürk, B. (2007). 2006 - 2007 Yılları Arasında Çocuk Acil Ünitesine Febril Konvülsiyon Tanısıyla Başvuran 5 Ay - 5 Yaş Arasındaki Çocukların Retrospektif Olarak İncelenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul.

Pour, H.A., Yavuz, M. (2010). Vücut Sıcaklığındaki Yükselmenin (Ateşin) Hemodinamik Parametrelere Etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt 3, Sayı 3, 73-79.

Saz, E.U., Koturoğlu, G., Duyu, M., Ozananar, Y., Kurugöl, Z.ve Sever, M. (2009). Türk Ailelerinin Ateş Yönetimi ile İlgili Bilinç Düzeyi ve Korkuları. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, Cilt 3, 161-164.

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

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

Tabak, F. (2006). Ateş Patogenezi, Ateş Tipleri, Erişkinde Ateş Yönetimi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi, No. 53, 27-36.

Taştan, Y. (2001). Ateşli Çocuklar ve Sepsis. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Pediatrik Aciller Sempozyumu, 57-68.

Toprak, D., Öngel, K., Marakoğlu, K. (2008). Ateş ve Ateşli Hastaya Yaklaşım. *Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt 2, Sayı 4.

Ulusoy, M.F., Görgülü, R.S. (1997). *Hemşirelik Esasları Cilt: I, 3.bs.,Ankara: 72 TDFO Ltd.Şti.*

Walsh A., Edwards H., Fraser, J. (2008). Parents childhood fever management: community survey and instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (4), 376-388.

Yiğit, R., Esenay, F, Serinol, Z., Şen, E. (2003). Annelerin Yüksek Ateş Konusunda Bilgi ve Uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Okulu Dergisi*, Cilt 6, Sayı 3.

Yüksel, A. (2006). Febril Konvülsiyonlara Güncel Yaklaşım. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi, No. 53, 57-66.

8.EKLER

EK 1. SORU KAĞIDI

Bu anket, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yüksek Lisans programı için bir tez çalışması olarak yapılmaktadır. Anket soruları 0-4 yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin demografik verileri ve yüksek ateş ile ilgili görüşlerinin yokladığı soruları içermektedir. Anketteki soruları içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Anket formuna adınızı yazmanız gerekmemektedir. Araştırmadan elde edilen veriler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Soruların tümünü cevaplamanızı rica ederim. Katılımınız için teşekkürler.

Yakın Doğu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Süheyla BÖLÜKBAŞI

1- Cinsiyetiniz

(a) Kadın (b) Erkek

2- Kaç yaşındasınız?.....

3- Eğitim durumunuz nedir?

(a) Okur yazar değil (b) Okur yazar (c) İlk öğretim (d) Lise (e) Üniversite

4- Eşinizin eğitim durumu nedir?

(a) Okur yazar değil (b) Okur yazar (c) İlk öğretim (d) Lise (e) Üniversite

5- Gelir düzeyinizi kendinize göre nasıl algılıyorsunuz?

(a) İyi (b) Orta (c) Kötü

6- Sosyal güvenceniz var mı?

- (a) Var (b) Yok

7- Yerleşim yeriniz neresidir?

- (a) Köy (b) Şehir

8- Çocuk / çocuklarınızın sayısını ve yaşını aşağıda belirtiniz

9- Mesleğiniz nedir? (Belirtiniz.)

10- Çalışıyor musunuz?

- (a) Evet (b) Hayır (13. soruya geçiniz.)

11 - Çalıştığınız süre içinde çocuğunuza kim bakıyor?

- (a) Anne (b) Baba (c) Nine (d) Bakıcı (e) Kreş

(f) Diğer.....(Belirtiniz.)

12- Çocuğunuzun bakımından sorumlu olan kişinin eğitim düzeyi nedir?

- (a) Okur yazar değil (b) Okur yazar (c) İlk öğretim (d) Lise (e) Üniversite

13- Çocuğunuzu kreşe gönderiyor musunuz?

- (a) Evet (b) Hayır

14- Eşinizin mesleği nedir? (Belirtiniz.)

15- Eşiniz çalışıyor mu?

- (a) Evet (b) Hayır

16- Yüksek ateş hakkında bilgi aldınız mı?

- (a) Evet (b) Hayır (18. soruya geçiniz.)

17- Yüksek ateş hakkındaki bilginizi nereden edindiniz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- (a) Gazete, tv, radyo, internet (b) Dr., hemşire, diğer sağlık personeli
 (c) Aileden (d) Çevremdeki insanlardan
 (e) Diğer.....(Belirtiniz.)

18- Ateşin düşürülmesi hakkında bilgi aldınız mı?

- (a) Evet (b) Hayır (20. soruya geçiniz.)

19- Ateşin düşürülmesi ile ilgili bilginizi nereden aldınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- (a) Aileden (b) Gazete, tv, radyo, internet
 (c) Dr., hemşire, diğer sağlık personeli (d) Çevremdeki insanlardan
 (e) Diğer.....(Belirtiniz.)

20- Çocuğunuzun yüksek ateş şikayeti için sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu?

- (a) Evet (b) Hayır (23. soruya geçiniz.)

21- Çocuğunuzun yüksek ateş şikayeti için sağlık merkezine başvuru sıklığınız nedir?

- (a) Ayda 1 kez (b) Ayda 2 kez (c) Ayda 2' den fazla (d) 2-3 ayda 1 kez
 (e) Diğer.....(Belirtiniz.)

22- Çocuğunuzun ateş nedeniyle hastanede yattı mı?

- (a) Evet (b) Hayır

23- Çocuğunuz veya çocuklarınızdan herhangi birisi ateşli havale geçirdi mi?

(a) Evet (b) Hayır (26. soruya geçiniz.)

24- Çocuğunuzun havale geçirdiğini nasıl tespit ettiniz?

25- Çocuğunuz havale geçirdiğinde ne yaptınız?

(a) Hemen 112'yi aradım

(b) Hava yolunu açık tuttum.

(c) Çocuğumu kendi imkanlarımla hastaneye ulaştırdım.

(d) Panik yaptım elim ayağıma dolaştı.

(e) Diğer.....

26- Çocuğunuzun ateşi çıktıysa ateş ölçer ile ölçer misiniz?

(a) Evet (b) Hayır (32. soruya geçiniz.)

27- Evinizde vücut sıcaklığını ölçen herhangi bir aracınız var mı?

(a) Evet (b) Hayır (32. soruya geçiniz.)

28- Evinizde bulunan, vücut sıcaklığını ölçen araç veya araçları belirtiniz.

29- Evinizdeki ateş ölçeri kullanmayı biliyor musunuz?

(a) Evet (b) Hayır (32. soruya geçiniz.)

30- Evinizdeki ateş ölçer ile çocuğunuzun vücut sıcaklığını nereden ölçersiniz?

Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

() Koltuk altından () Rektal bölgeden () Ağızdan () Kulaktan () Alından

() Diğer.....(Belirtiniz.)

31- Vücut sıcaklığını ölçerken ateş ölçeri belirttiğiniz yerde ne kadar süre bekletirsiniz?

- (a) 1 - 2 dakika (b) 3 - 4 dakika (c) 5 - 10 dakika (d) Sinyal verene kadar
(e) Diğer.....(Belirtiniz.)

32- Çocuğunuzun ateşinin çıktığını aşağıdaki hangi uygulamaları yaparak anlarsınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- () Çocuğuma elimle dokunarak ateşinin çıktığını anlarım.
() Çocuğumun genel görünüşünden ateşinin çıktığını anlarım.
() Çocuğumun hareketlerinden ateşinin çıktığını anlarım.
() Ağlama ve huzursuzluğundan ateşinin çıktığını anlarım.

Diğer.....

33- Çocuğunuzun vücut sıcaklığı **en az** kaç dereceyse 'ateşi var' şeklinde yorumlarsınız?

34- Çocuğunuzun ateşini düşürmek için ateş düşürücü verir misiniz?

- (a) Evet (b) Hayır (38. soruya geçiniz.)

35- Ateş düşürücü olarak ne veriyorsunuz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- (a) Parasetamol (Calpol, Paranox, Pirofen veya Tamol)
(b) İbuprofen (Pedifen, Nurofen veya Dolven)
(c) Aspirin
(d) Diğer.....(Belirtiniz.)

36- Çocuğunuzun ateşi olduğunda, ne sıklıkta ateş düşürücü veriyorsunuz?

- (a) Günde 1 kez (b) Günde 2-3 kez (c) 4-6 saat ara ile (d) Hiç vermem
(e) Diğer.....(Belirtiniz.)

37- Çocuğunuzun ateşi olduğunda, verdiğiniz ateş düşürücüyü kim/kimler önerdi?
Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- (a) Çevremdeki insanlardan (b) Eczacı (c) Hekim
(d) Diğer.....(Belirtiniz.)

38- Çocuğunuzun ateşini düşürmek için aşağıdaki uygulamalardan hangilerini yaparsınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- () Çocuğumun bulunduğu odayı havalandırırım.
() Çocuğumun üzerindeki giysileri çıkarırım.
() Çocuğumun istirahat etmesini sağlarım.
() Çocuğuma bol sıvı veririm.
() Çocuğuma ılık duş yaptırırım.
() Çocuğuma soğuk duş yaptırırım.
() Çocuğumun üzerini örterim ya da kalın giydiririm.
() Çocuğumun vücudunu, alkol ile silerim.
() Çocuğumun vücudunu, gülsuyu ile silerim.
() Çocuğumun vücudunu, sirke ile silerim.
() Çocuğumun vücudunu, zeytin yağı ile silerim.
() Çocuğuma hemen antibiyotik veririm.

39- Çocuğunuzun ateşi çıktığında sağlık kuruluşuna ne zaman götürürsünüz?

- (a) Hemen (b) 3-4 saat sonra (c) 1. gün (d) 2. veya 3. gün

40- Aşağıdaki ifadelerin size göre doğru olanların başına 'D', yanlış olanların başına 'Y' bilmiyorsanız 'B' harfi koyunuz.

-) Çocuğun ateşi çıktığı zaman, hiçbir uygulama yapılmadan kendiliğinden düşmesi beklenir.
-) Çocuğun ateşi çıktığı zaman, ilk uygulama evde yapılmalıdır.
-) Ateşli havale sinir sistemi ile ilgili bir hastalıktır.
-) Ateşli havale sonucu çocuk epilepsi (sara) hastası olabilir.
-) Ateşli havale geçiren çocuğun gözleri kayar ve kasılması olur.
-) Ateşli havale geçiren çocuğun hava yolu açık tutulmalıdır.
-) Çocuğun ateşini düşürmek için hemen ateş düşürücü verilmelidir.
-) Yüksek ateşi olan çocuğun bulunduğu ortamdaki oda sıcaklığı 18 °C olmalıdır.
-) Çocuğun ateşi çıkınca bol sıvı içirilmelidir.
-) Ateş yükseldiği zaman çocuk istirahat etmelidir.
-) Çocuğun ateşi çıkınca, proteinden zengin kalorili gıdalarla beslenmesi sağlanmalıdır.
-) Titreme sırasında ateşi daha fazla düşürmek için, çocuğa ılık duş yaptırılmalıdır.
-) Çocuk ateşliyken iki farklı ateş düşürücüyü aynı anda vermek ateşi erken düşürür.
-) Çocuk ateş düşürücü verildikten 1 saat sonra ılık duşa alınmalıdır.
-) Ateş düşürücü saati geldiğinde, çocuğun ateşini ölçmeden ateş düşürücüsü verilmelidir.
-) Çocuğun ateşi çıkınca, kalın giydirilip terleterek ateşi düşürülmelidir.
-) Çocuğun ateşini düşürmek için hemen antibiyotik başlanmalıdır.

EK 2. CEVAP ANAHTARI

40- Aşağıdaki ifadelerin size göre doğru olanların başına 'D', yanlış olanların başına 'Y\ bilmiyorsanız 'B' harfi koyunuz.

(Y) Çocuğun ateşi çıktığı zaman, hiçbir uygulama yapılmadan kendiliğinden düşmesi beklenir.

(D) Çocuğun ateşi çıktığı zaman, ilk uygulama evde yapılmalıdır.

(Y) Ateşli havale sinir sistemi ile ilgili bir hastalıktır.

(D) Ateşli havale sonucu çocuk epilepsi (sara) hastası olabilir.

(D) Ateşli havale geçiren çocuğun gözleri kayar ve kasılması olur.

(D) Ateşli havale geçiren çocuğun hava yolu açık tutulmalıdır.

(D) Çocuğun ateşini düşürmek için hemen ateş düşürücü verilmelidir.

(Y) Yüksek ateşi olan çocuğun bulunduğu ortamdaki oda sıcaklığı 18 °C olmalıdır.

(D) Çocuğun ateşi çıkınca bol sıvı içirilmelidir.

(D) Ateş yükseldiği zaman çocuk istirahat etmelidir.

(D) Çocuğun ateşi çıkınca, proteinden zengin kalorili gıdalarla beslenmesi sağlanmalıdır.

(Y) Titreme sırasında ateşi daha fazla düşürmek için, çocuğa ılık duş yaptırılmalıdır.

(Y) Çocuk ateşliyken iki farklı ateş düşürücüyü aynı anda vermek ateşi erken düşürür.

(D) Çocuk ateş düşürücü verildikten 1/2 saat sonra ılık duşa alınmalıdır.

(Y) Ateş düşürücü saati geldiğinde, çocuğun ateşini ölçmeden ateş düşürücüsü verilmelidir.

(Y) Çocuğun ateşi çıkınca, kalın giydirilip terleterek ateşi düşürülmelidir.

(Y) Çocuğun ateşini düşürmek için hemen antibiyotik başlanmalıdır.

EK 3. AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Dr. Burhan Nalbantoğlu Lefkoşa Devlet Hastanesi ve Girne Dr. Akçiçek Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran 0-4 yaş çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla Ebeveynleri Bilgilendirme Ve Onay Alma Formu

Araştırmanın açıklaması:

Bu araştırma, Dr. Burhan Nalbantoğlu Lefkoşa Devlet Hastanesi ve Dr. Akçiçek Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran 0-4 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketteki soruları içtenlikle yanıtalamanız çalışmanın sonuçlarının doğruluğu ve geçerliliği için oldukça önemlidir. Soruların tümünü cevaplamanızı rica ederiz.

Bu araştırma, KKTC'deki ebeveynlerin ateşi belirlemesi, kontrolü ve düşürülmesindeki görüşlerinin belirlenmesi, 0-4 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlere yönelik yapılacak rehberlik ve danışmanlık hizmetlerini belirlemede yol gösterici olacaktır.

Araştırmadaki, veriler yapılan literatür incelemesi ve gözlemler dikkate alınarak hazırlanan soru kağıdı ile toplanacaktır. Soru kağıdı iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde, ebeveynlere ilişkin demografik veriler ve ebeveynlerin çocuklarında ateş sorunu olduğunda sıklıkla yaptıkları uygulamaları belirlemeye yönelik sorular, ikinci bölümde ise, ebeveynlerin ateşin kontrolü, ölçümü ve düşürülmesine ilişkin görüşlerinin yer aldığı sorular sorulmuştur.

Sizin de bu çalışmaya katılmanızı öneriyoruz. Karar vermeden önce, araştırmanın neden yapıldığı ve neyi içereceğini anlamanız sizin için önemlidir. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Katılıp katılmama sizin vereceğiniz bir karardır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Katılmaya karar verdiğinizde bir neden göstermeksizin istediğiniz zaman araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz.

Araştırmadan elde edilen veriler sadece araştırmacıda saklı kalacak ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma kesinlikle size zarar vermeyecektir. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası size verilecektir.

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda isimi bulunan araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Öğretim üyesi Doç. Dr. Hülya UÇAR'ın danışmanlığında yürütölmektedir. Okuduėunuz için teşekkür ederim.

Adres: Süheyla BÖLÜKBAŞI

YDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

**EK 4. KKTC SAĞLIK BAKANLIĞI YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI
DAİRESİ'NE;**

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Programı Yüksek lisans öğrencisiyim. "0-4 Yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin bilgileri" konulu yüksek lisans tezimi hazırlamaktayım. Çalışmamı Eylül - Ekim 2010 ayı içinde, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi ve Girne Dr. Akçiçek Hastanesi Çocuk Sağlığı Polikliniğine başvuran 0-4 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlere uygulamayı planlamaktayım. İlgili çalışmayı yapılabilmem için izinlerinizi saygılarımla arz ederim.

Yakın Doğu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakóltesi
Yüksek Lisans Öğrencisi
Süheyla BÖLÜKBAŞI

EK 5. SAĞLIK BAKANLIĞI ONAY BELGESİ



KUZAY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı.YTK.0.0(h&I :<A0I[]XX&

Lefkoşa: 29.09.2010

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastahanesi Başhekimliği,
Dr. Akçiçek Hastahanesi Başhekimliği,

Dr. Akçiçek Hastahanesi'nde III.Derece Yüksek Hemşire olarak görev yapan Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Programı Yükseküsans öğrencisi Süheyla Bölükbaşı'nın "0-4 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin bilgileri" konulu, tez çalışmasını Hastahaneiniz Çocuk Servisinde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini saygı ile rica ederim.

Dr. İlkay ŞENTÜRKLER
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Müdürü

Dağıtım: Sağlık Bakanlığı

ÜŞ.

EK 6. ÖZ GEÇMİŞ

1983 yılında Girne'de doğan Süheyla Bölükbaşı 2005 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulumdan lisans derecesi ile mezun olmuştur.

2005 - 2010 yılları arasında Dr. Burhan Nalbantoğlu Lefkoşa Devlet Hastanesi'nde Çocuk Servisinde, 2010 yılından itibaren de Girne Dr. Akçiçek Hastanesi Dahiliye Servisinde çalışmaktadır.

Süheyla Bölükbaşı, 2007 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans programına başlamıştır.

Ek-Tablo 1- Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine göre Evde Ateş Ölçer Bulundurma Durumlarının Karşılaştırılması.

	Evde Ateş Ölçer Bulundurma Durumu				X ²	P
	Bulunduran		Bulundurmayan			
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Kadın	244	85.0	43	15	3.60	0.04
Erkek	79	92.9	6	7.1		
Yaş Grubu						
17-25 yaş	62	78.5	17	21.5	6.22	0.04
26-35 yaş	211	89.4	25	10.6		
36 - 42 yaş	50	87.7	7	12.3		
Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil*	-	-	7	100.0	7.71	0.00
Okur-yazar*	4	50.0	4	50.0		
İlköğretim	106	80.9	25	19.1		
Lise	115	92.7	9	7.3		
Üniversite*	98	96.1	4	3.9		
Gelir Durumu						
İyi	69	88.5	9	11.5	3.60	0.17
Orta	241	87.3	35	12.7		
Kötü	13	72.2	5	27.8		
Sosyal Güvence						
Var	271	87.7	38	12.3	1.22	0.18
Yok	52	82.5	11	17.5		
Çalışma Durumu						
Çalışan	213	93.0	16	7.0	19.93	0.00
Çalışmayan	110	76.9	33	23.1		
Ateş Bilgi Alma Durumu						
Alan	253	89.7	29	10.3	8.50	0.00
Almayan	70	77.8	20	22.2		
Ateş Düşürme Hak. Bil. Alma Dur.						
Alan	287	88.3	38	11.7	4.92	0.03
Almayan	36	76.6	11	23.4		

*Analize dahil edilmemiştir.

Ek-Tablol- 'de ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre evde ateş ölçer bulundurma durumlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadın ebeveynlerin %85.0'si evde ateş ölçer bulundururken, erkek ebeveynlerin %92.9'ünün evinde ateş ölçer bulundurduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre evde ateş ölçer bulundurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Evinde ateş ölçer bulunduran erkek ebeveyn sayısı kadın ebeveynlerden daha yüksektir.

17-25 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin %78.5'inin, 26-35 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin %89.4'inin ve 36-42 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin %87.7'sinin evde ateş ölçer bulundurduğu ve kullandığı saptanmıştır. Ebeveynlerin yaş gruplarına göre evde ateş ölçer bulundurma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin eğitim durumlarına göre evde ateş ölçer bulundurma ve kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sosyal güvencesi olan ebeveynlerin %87.7'inin, olmayan ebeveynlerin %82.5'ünün evinde ateş ölçer bulundurduğu tespit edilmiş olup, evde ateş ölçer bulundurma durumunun sosyal güvenceye göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Ebeveynlerin çalışma durumlarına göre ateş ölçer bulundurma durumları incelendiğinde ise sosyal güvence durumunun aksine çalışma durumlarına göre ateş ölçer bulundurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışan ebeveynlerin evde ateş ölçer bulundurma oranı çalışmayan ebeveynlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Ebeveynlerin ateş ve ateş düşürme hakkında bilgi alma durumlarına göre ateş ölçer bulundurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Ek-Tablo 2- Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine göre Vücut Sıcaklığı En az Kaç Derece ise Ateşi Vardır Sorusuna Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması

	Vücut Sıcaklığı En Kaç Derece ise Ateşi Vardır										y2	
	37-37.4		37.5-37.9		38-38.4		38.5-39		Bilmiyor			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet												
Kadın	58	20.2	47	16.4	132	46.0	24	8.3	26	9.1		
Erkek	18	21.2	17	20.0	34	40.0	11	12.9	5	5.9	3.31	0.51
Yaş Grubu												
17-25 yaş	22	27.8	8	10.1	33	41.8	6	7.6	10	12.7		
26 - 35 yaş	47	19.9	47	19.9	103	43.6	23	9.8	16	6.8	11.25	0.19
36-42 yaş	7	12.3	9	15.8	30	52.6	6	10.5	5	8.8		
Eğitim Durumu*												
Okur-yazar değil					2	28.6	1	14.3	4	57.1		
Okur-yazar	1	12.5			5	62.5	1	12.5	1	12.5		
İlköğretim	27	20.6	16	12.2	59	45.0	7	5.3	22	16.8		
Lise	31	25.0	20	16.1	54	43.6	15	12.1	4	3.2		
Üniversite	17	16.7	28	27.4	46	45.1	11	10.8				
Gelir Durumu												
İyi	16	20.5	19	24.4	29	37.2	9	11.5	5	6.4		
Orta	60	21.7	43	15.6	126	45.6	25	9.1	22	8.0	4.30	0.37
Kötü*			2	11.1	11	61.1	1	5.6	4	22.2		
Sosyal Güvence												
Var	64	20.7	58	18.8	134	43.4	30	9.7	23	7.4		
Yok	12	19.1	6	9.5	32	50.8	5	7.9	8	12.7	5.23	0.26
Çalışma Durumu												
Çalışan	49	21.4	46	20.1	102	44.5	23	10.0	9	3.4		
Çalışmayan	27	18.9	18	12.6	64	44.7	12	8.4	22	15.4	17.27	0.00
Ateş Bilgi Alma Durumu												
Alan	60	21.3	56	19.9	122	43.2	22	7.8	22	7.8		
Almayan	16	17.8	8	8.9	44	48.9	13	14.4	9	10.0	9.26	0.05
Ateş Düşürme Hak. Bil. Alma Dur.												
Alan	67	20.6	58	17.9	143	44.0	30	9.2	27	8.3		
Almayan*	9	19.2	6	12.8	23	48.9	5	10.6	4	8.5		

Araştırmaya katılan ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre vücut sıcaklığının en az derece ise ateşi vardır sorusuna verdikleri yanıtların karşılaştırılması Ek-Tablo2-'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadın ebeveynlerin %46.0'unun, erkek ebeveynlerin ise %40,0'ünün çocuğun vücut sıcaklığının 38-38.4° C arasında olması halinde ateşi vardır şeklinde görüş bildirdiği saptanmıştır. Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre vücut sıcaklığı en kaç derece ise ateşi vardır sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

17-25 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin %41.8'sinin, 26-35 yaş grubunda yer alanların %43.6'ünün ve 36-42 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin %52.6'ünün çocuğun vücut sıcaklığının 38-38.4° C arasında olması halinde ateşi vardır şeklinde görüş bildirdiği saptanmış olup, ebeveynlerin yaş gruplarına göre vücut sıcaklığı en kaç derece ise ateşi vardır sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin gelir durumu ve sosyal güvence durumlarına göre vücut sıcaklığı en kaç derece ise ateşi vardır sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ebeveynlerin çalışma durumu ve ateş hakkında bilgi alma durumlarına göre vücut sıcaklığı en kaç derece ise ateşi vardır sorusuna verdikleri yanıtlar karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).