T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK KLİNİKLERİNDE HEMŞİRE OLARAK ÇALIŞAN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ATEŞ YÖNETİMİ KONUSUNDAKİ BİLGİLERİNİN BELİRLENMESİ

Şaduman DİNÇER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

KONYA-2017

ÖNSÖZ

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesi aşamalarında bilgi ve deneyimleri ile her zaman yanımda olan değerli danışmanım Doç. Dr. Fatma Taş Arslan'a,

Araştırma süreci ve istatistik ile ilgili konularda desteklerini benden esirgemeyen Yrd. Doç.Dr. Saniye Çimen'e,

Araştırmanın anket sorularının dil ve içerik geçerliliğini değerlendirmesinde bana yardımcı olan çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanındaki çok değerli hocalarıma, bilimsel anlamda herzaman bana destek olan N.E. Üniversitesi. Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Kliniği Öğretim Üyelerinden, sayın Prof. Dr. Engin Günel'e, sayın Prof. Dr. Müslim Yurtçu'ya ve Çocuk Hematoloji hemşirelerinden değerli meslek arkadaşım Sümeyra Yeniterzi'ye ve hemşirelik hizmetini verdiğim çocuk cerrahisi kliniğindeki arkadaşlarıma,

Bilimsel görüşleri ve manevi desteğiyle her zaman yanımda olan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Kliniği Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Bahar Çolpan'a ,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın veri toplama aşamasında kliniklerinde beni güler yüzle karşılayan bütün hemşire arkadaşlarıma,

Çocukluğumdan itibaren, insanı sevme, insanlığa faydalı olma, doğru sözlü, güvenilir insan olma, yaptığı işi en güzel yapma çabasında olma gibi.. sayamadığım nice güzel vasıfları bana kazandıran sevgili annem ve sevgili babama,

Maddi ve manevi desteğiyle yanımda olan canım kardeşlerime ve bütün ailem,

Sevgi saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Yenidoğan Cerrahi Hemşiresi

Şaduman Dinçer

Ocak- 2017

İÇİNDEKİLER

SİMGELER ve KISALTMALAR ..... **ii**

ÖZET ..... **iii**

SUMMARY ..... **iiv**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Ateş Nedir 3

1.2.Tarihçesi 4

1.3. Ateşin Patogenezi 5

1.4. Ateşin Etyolojisi 8

1.4.1.Ateşe neden olan enfeksiyonlar 8

1.4.2. Enfeksiyon dışı nedenler 9

1.5. Ateş Tipleri 10

1.6. Ateşin Yararlı Etkileri 11

1.7. Ateşin Zararlı Etkileri 12

1.8. Çocuklarda Ateş Ölçüm Bölgeleri ve Araçları 15

1.8.1. Çocuklarda Ateş Ölçüm Bölgeleri 14

1.8.2. Çocuklarda Ateş Ölçüm Araçları 15

1.9. Çocukluk Yaş Gruplarına Özgü Ateş 17

1.10. Ateşli Çocukta Tedavi Yaklaşımları 19

1.11. Ateşli Çocukta Antipiretik Kullanımı 23

1.12. Ateşli Çocukta Hemşirelik Bakımı 25

1.12.1. Ateşli çocukta hemşirelik girişimleri 26

2.GEREÇ ve YÖNTEM **29**

2.1. Araştırmanın Tipi 29

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 29

2.3. Araştırmanın Evreni 30

2.4. Araştırmanın Örneklemi 30

2.4.1. Örnek Seçimi 30

2.4.2. Örnek Seçim Kriterleri 30

2.5.Veri Toplama Araçları ve Yöntemi 31
2.5.1. Veri Toplama Araçları 31
2.5.2. Veri Toplama Yöntemi 31
2.6. Ön Uygulama 32
2.7.Değişkenler 33
2.7.1. Tanımlayıcı Değişkenler 33
2.7.2.Bağımsız Değişkenler 33
2.7.3.Bağımlı Değişkenler 33
2.8.Verilerin Analizi 34
2.9.Araştırmanın Etik Boyutu 34
3.BULGULAR 35
3.1. Sağlık Profesyonellerinin Sosyodemografik, Mesleki Özellikleri ve antipiretik kullanımına ilişkin Bulgular 36
3.2. Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgileri ve bilgi puanlarına yönelik bulgular 38
3.3.Sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özelliklerine göre ateş yönetimi ile ilgili bilgi puan ortalamalarına yönelik bulgular 40
3.4. Sağlık profesyonellerinin mesleki özelliklerine göre ateş yönetimi ile ilgili bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişin bulgular 42
4.TARTIŞMA 46
4.1. Sağlık Profesyonellerinin Sosyodemografik, Mesleki Özellikleri Ve Antipiretik Kullanımına İlişkin Bulguların Tartışılması 46
4.2. Sağlık Profesyonellerinin Ateş Yönetimi Bilgileri Ve Bilgi Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması 49
4.3. Sağlık Profesyonellerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ateş Yönetimi İle İlgili Bilgi Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması 51
4.4. Sağlık Profesyonellerinin Mesleki Özelliklerine Göre Ateş Yönetimi İle İlgili Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişin Bulguların Tartışılması 51
5.SONUÇ ve ÖNERİLER 53
5.1. Sonuç 53
5.2 Öneriler 54
6.KAYNAKLAR 55

7.EKLER..... 60

7.1. EK-A: Sağlık Profesyonellerinin Çocukta Ateş Yönetimi Formu Anket Formu..... 60

7.2. EK-B: Ateş Yönetimi Bilgi Maddeleri..... 62

7.3. EK-C: Gönüllü Bilgilendirme Formu..... 63

7.4. EK-D: Etik Kurul İzin Belgesi..... 64

7.5. EK-E: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi..... 65

7.6. EK-F: TC Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Belgesi..... 66

7.7. EK-G:Araştırma Öncesi Anket Formu ile İlgili Görüş Bildiren Uzmanlar ve Çalıştıkları Kurumlar..... 67

8. ÖZGEÇMİŞ..... 68

SİMGELER ve KISALTMALAR

AAP: American Pediatri Academicy

APLS: Advanced Pediatric Life Support **(**Pediatri İleri Yaşam Desteği)

C: Santigrad

CRT: Capiller Refil Time (kapiller Dolum Zamanı)

ESR : Eritrosit Sedimentasyon Rate (Eritrosit Sedimentasyon Hızı)

FK: Febril Konvülziyon

HAPN : Hipotalamus Anterior Preoptik Nucleus

IFN: İnterferon Nucleus

ILAE: İnternational League Against Epilepsy (Uluslararası Epilepsi ile Savaş Birliği).

MSS: Merkezi Santral Sinir Sistemi

PAN: Poliarteritis Nodoza

PGE2 : Prostoglandin E2

RR: Respiratuar Rate (Solunum Sayısı)

SSS: Santral Sinir Sistemi

TNF: Tümör Nekrotizan Faktör

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Çocuk Kliniklerinde Hemşire Olarak Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgilerinin Belirlenmesi

Şaduman DİNÇER
Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2017

Amaç:Araştırma; çocuk kliniklerinde hemşire olarak çalışan sağlık profesyonellerinin, ateş yönetimi ve antipiretik kullanımı konusundaki bilgilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Konya İli kent merkezinde yer alan dört hastanenin çocuk kliniklerinde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden 160 sağlık profesyonelinin katılımı ile gerçekleşti. Veriler yüzyüze görüşme yöntemi ile 5-15 Aralık 2014 tarihleri arasında toplandı. Veri toplama aracı olarak literatür ışığında ve uzman görüşleri alınarak araştırmacı tarafından geliştirilen "Sağlık Profesyonellerinin Çocukta Ateş Yönetimi Anket Formu" kullanıldı. Veriler bilgisayar ortamında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann - Whitney U ve Kruskal-Wallis analizleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin yaş ortalaması 30,8±6,6 yıl olup, %83,1'i kadın, %42,5'i lisans mezunu ve % 62,5'i çocuk sahibi olduğu, %73,8'inin hemşire, %35'i 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimine sahip ve %55'inin 3 yıl ve üzeri çocuk hemşireliği deneyimi olduğu bulundu. Katılımcıların %74,4'ünün son beş yılda mesleki bir kongreye katılmadığı, %86,9'unun mezuniyet sonrası çocuklarda ateş yönetimi konusunda mesleki bir eğitim almadığı, %73,8'inin ateş yönetimi konusunda bilimsel makale okumadığı, %50,6'sının ateş yönetimi konusunda bilgilerini yeterli buldukları belirlendi. Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgi durumlarından ateş fizyoloji bilgi puanı 5,78±1.06, ateş yönetimindeki genel bilgi puanı 5,07±1,03, ateş yönetiminde antipiretik kullanımı bilgi puanı 4,17±0,87 ve toplam bilgi puanının 15,02±1,90 olduğu görüldü. Ateş yönetimi genel bilgi puanı yüksek lisans öğrenimine sahip sağlık profesyonellerinde anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,049). Katılımcıların ateş yönetimi bilgi puanları ile diğer sosyodemografik ve mesleki özellikler arasında anlamlı fark gözlenmedi.

Sonuç olarak sağlık profesyonellerinde ateş yönetiminin bazı alanlarında eksiklikler bulunmakla birlikte bilgi düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi. Çok karşılaşılan ve önemli sonuçları olan çocuklarda ateş konusunda; sağlık çalışanlarının eğitilmesi, klinik uygulama standartlarının oluşturulması gerekli ve önemlidir.

Anahtar kelimeler: Ateş; ateş yönetimi; bilgi; çocuk; hemşire.

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Determination of Fever Management Knowledge of Health Professionals' Working as a Nurse in Children Cliinics

Şaduman DİNÇER
Nursing Department

MASTER THESIS / KONYA-2017

Aim: This study aimed to determinate health professionals' knowledge, working as nurse ain children clinics, about fever management and antipyretics using for them.

Materials and Methods: This study was performed in children clinics of four hospitals in Konya. A hundred and sixty health professionals who accepted to participate study were included. Data were obtained with the method of face-to-face information between 5th December 2014 and 15th December 2014. The questionnaire form was developed according to current literature, and it was revised according to feedback of specialists in paediatric nursing division who were working as lecturer or nurse. Descriptive statistics (number, percentages, mean, standard deviation), Mann-Whitney U Test, and Kruskal-Wallis were calculated using computer.

Results: Particitiapnats' mean age was 30.8±6.6. Most of them were women (83.1%), had bachelor degree (42.5%), were graduated from nursing related schools (73.8%), had at least 10 year working experience (35.0%) as a nurse in general, and at least 3 year (55.0%) working experience in children clinics. Also more than a half of them (62.5%) had children. It was defined that 74.4% of health professionals, who included in the study, did not participate any congress related their jobs. In addition, it was found that 86.9% of them did not have any education about fever management after their graduation, 73.8% of them did not read scientific articles about fever management. More than half of participants (50.6%) found themselves efficient about fever management. In this study, health professionals' fever management knowledge mean score was found 5.78±1.06. General knowledge score of participants was 5.07±1.03. Also, antypiretis using knowledge score was found 4.17±0.87 in fever management, and total knowledge score was 15.02±1.90. Health participants', who had master degree, general fever management knowledge score was found higher than the others, and the difference was found was statistically significantly important (p=0.049). There was no significant difference between the people's fever management knowledge scores, their social demographical data, and conditions related their jobs in this study.

Conclusion: It was found that there were some insufficient areas about fever management for health professionals, but their knowledge level found high. Standardization of clinical practice about fever in children, that is very common and causes important affects, is necessary and important.

Keywords: Child; fever; fever management; knowledge; nurse.

1. GİRİŞ

Vücut ısısının yükselmesi ateş olarak adlandırılır. Çocukluk çağında ateş, acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturur (Esenay ve ark 2007). Çocuk kliniklerı ve acil servislere başvuranların %30'dan fazlasının nedeni ateştir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ateş şikayetiyle getirilen çocukların çoğunda ateş yüksekliğinin belirlenmediği, ebeveynlerin çocuklarını daha çok ateşin çocuğa zarar verebileceği endişesi ile hastaneye getirdiği belirtilmektedir. Acil servis başvuruları incelendiğinde ateş şikayetiyle getirilen çocukların çoğunda ateş yüksekliğinin belirlenmediği, ebeveynlerin çocuklarını daha çok ateşin çocuğa zarar verebileceği endişesi ile hastaneye getirdiği belirtilmektedir (O'Neill ve ark 2000, Walsh ve ark 2005, Halıcıoğlu ve ark 2011, Janice ve ark 2011, Athamneh ve ark 2014). Ateş vücudun savunma araçlarından biri olup kendi başına hastalık değil, hastalık belirtilerinden birisidir (Crocetti ve ark 2001, Yiğit ve ark 2003). Vücudun virüs ve bakterilerin çoğalmasını engellemek için açtığı bir savaştır. Çocukluktaki ateş çoğunlukla kendi kendini sınırlayan viral bir enfeksiyon kaynaklıdır ve ilaç kullanımına gerek duyulmadan düşebilir. Bununla birlikte çocuklarda ateşin sebebi pnömoni, menenjit, sepsis ve üriner enfeksiyon gibi ciddi bakteriyel enfeksiyonlar da olabilir (Bridgwater ve ark 2013). Bu durumda konvülsiyon ve dehidratasyon gibi komplikasyonlar gelişebilir. Ateş, çocukların yaş gruplarına özel komplikasyonlar oluşturması açısından önemlidir ve acil tedavi gerektiren bir durumdur (Walsh ve ark 2005, Şen Celasin ve ark 2008, Çataklı ve ark 2012, Bridgwater ve ark 2013). Tedavisi kolay olmasına rağmen doğru ateş yönetiminin bilinmemesi ve mevcut komplikasyonları yaşama korkusu, gerek aileler gerekse sağlık profesyonelleri tarafından yanlış uygulamalara neden olabilmektedir (Walsh ve ark 2005, Şen Celasin ve ark 2008, Çataklı ve ark 2012, Eliaçık ve ark 2012, Mohamed ve Ali 2012, Athamneh ve ark 2014, Peetoom ve ark 2016). Ülkemizde ve dünyanın farklı yerlerinde yapılan çalışmalar ateşli çocuğun yönetiminde ailelerin çok fazla endişe ve korku yaşadığını göstermektedir. Ailelerin ateş konusundaki endişe ve korkularının kanıta dayalı uygulamalardan ziyade geleneksel uygulamalara dayalı yanlış tutumları kullanmalarına sebep olduğu bildirilmektedir (Walsh ve ark 2005, Şen Celasin ve ark 2008, Bölükbaşı 2011, Çataklı ve ark 2012, Eliaçık ve ark 2012, Mohamed ve Ali 2012, Alqudah ve ark 2014, Athamneh ve ark 2014, Peetoom ve ark 2016).

Ebeveynlerin çocukların ateşi konusunda duydukları endişe ve yanlış uygulamalara yönelik çalışmalar 1980'lerden günümüze kadar uzanırken (Crocetti ve ark 2001, Yiğit ve ark 2003, Taştan 2007, ŞenCelasin ve ark 2008, Vitrinel 2009, Halıcıoğlu ve ark 2011, Çataklı ve ark 2012, Polat ve ark 2012, Bebiş ve ark 2013, Öztürk ve ark 2015, Peetoom ve ark 2016) çocuk hemşirelerinin ateş yönetimi bilgi ve tutumlarına yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu (Poirier ve ark 2000, Walsh ve ark 2005, Edwards ve ark 2006) görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ateşi zararlı olarak algıladıkları, riskleri, yararlı etkileri ve zararları hakkında zihinlerinin karıştığı ifade edilmektedir (Poirier ve ark 2000, Walsh ve ark 2005, Edwards ve ark 2006, Greensmith 2012, Genny Raffaeli ve ark 2016,). Ateş yönetimindeki mevcut hemşire araştırmaları, hemşirelerin ilk olarak sıcaklığın derecesine odaklandığını ve sıcaklığı azaltmak için müdahale ettiğini bildirmektedir (Poirier ve ark 2000, Edwards ve ark 2006). Sağlık profesyonellerinin ateş düşürücü ilaçları; ateşi azaltmak, hastanın konforunu arttırmak ve febril kovülsiyonu önlemek amacıyla verdiği belirtilmektedir. (Poirier ve ark 2000, Sarrell ve ark 2002, Walsh ve ark 2005, Edwards ve ark 2006, Peetoom ve ark 2016) . Hemşirelerin düşük dereceli ateşi azalttıkları ve ateşi düşürmede antipiretik ilaç kullanma kararını hızlı verdiklerine dair literatürler bulunduğu gibi (Poirier ve ark 2000, Sarrell ve ark 2002, Öztürk ve ark 2015) hafif ateşin yararlı etkilerine dair güçlü kanıtlar vardır (Oski's ve ark 1999, Sarrell ve ark 2002). Ateş yönetiminde pek çok davranışın temelinde yararlı ve zararlı eski bilgiler, tutum ve davranışlar yatmaktadır (Eliaçık ve ark 2012). Ateş yönetimi konusundaki eğitim programları gerek ailelerin korku ve endişelerini azaltmak, gerekse sağlık bakım servislerinin uygun kullanımını sağlamak için en iyi yoldur. Son yıllarda yapılan iki güncel çalışmada, ateş yönetimi eğitim programlarını uygulamanın, ailelerin bilgilerini etkin bir şekilde geliştirdiği ve uygun olmayan sağlık uygulamalarını önemli oranda azalttığı sonucuna varılmıştır (Alqudah ve ark 2014, Peetoom ve ark 2016). Çocuk hemşireleri kanıta dayalı bilgi sonrası ateşli çocuğa yaklaşımda temel bilgi taşıyıcısı olabilir (Edwards ve ark 2006).

Kliniklerde ateşli çocuğun bakımına yönelik pratik bakım rehberlerinin bulunmaması, ateş yönetimi mesleki eğitim programlarının olmaması, hemşirelik mesleği eğitim programlarında ateş yönetimi konusunun müfredatta yer almaması, klinik

hemşirelerinin ateşli çocuğa yaklaşım konusunda doğru kararı verme ve uygulama sorunları yaşamasına neden olabileceği gibi, hatalı uygulamalara da yol açabilir.

Ateşin patofizyolojisi ve yönetim stratejileri konusundaki bilgi eksikliği, gelecekte ateş yönetimi pratik uygulamalarına odaklanılmasına gereksinim olduğuna dikkat çekmektedir. Aynı zamanda, *"Çocuklarda Ateş Yönetimi"* konusundaki araştırma ihtiyacını vurgulamaktadır. Ateş yönetimindeki uygun adımların tanımlanması çocuk hemşireliğinde, hasta bakımının önemli bir parçasıdır (Bridgwater ve ark 2013). Hemşirelerin ateşli çocuğun bakımına yönelik bilgilerinin güncellemesi, çocuk hemşirelerinin, bakım kalitesinin gelişimine katkı sağlayacaktır (Öztürk ve ark 2015, Peetoom ve ark 2016). Çocuk hemşireleri, kanıta dayalı hemşirelik yaklaşımlarıyla hastalarına uygun ve etkili bakım verebilir ve aileleri ateş yönetimindeki uygun bakım aşamaları konusunda bilgilendirebilirler (Bridgwater ve ark 2013, Öztürk ve ark 2015, Peetoom ve ark 2016). Bu araştırmada, çocuk hemşirelerinin ateş yönetimi ve antipiretik kullanımı hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalar ışığında, hemşirelerin ateş yönetimi ve antipiretik ilaç kullanımı konusundaki bilgilerinin incelenmesi açısından önemlidir.

Araştırma Soruları

- Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimine yönelik bilgileri nedir?
- Sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özelliklerine göre ateş yönetimi ile ilgili bilgi puanları arasında farklılık var mıdır?
- Sağlık profesyonellerinin mesleki özelliklerine göre ateş yönetimi ile ilgili bilgi durumları arasında fark var mıdır?

1.1. Ateş

Ateş normal günlük hayatın akışındaki değişimlerde vücut sıcaklığındaki yükselme olarak tanımlanır (Richardson ve Lakhanpaul 2007). Ateş yaygın bir olaydır, ciddi bir hastalık ya da bakteriyel enfeksiyondan ziyade, çoğunlukla kendi kendini sınırlayan viral bir enfeksiyonun bulgusudur (NİCE 2013).

Ateş, hemşirelerin tanı ve değerlendirmesini gerektiren bir yaşam bulgusudur (Henker ve Carlson 2007). Vücut ısısı, ölçümün yapıldığı zamana ve alındığı vücut

bölgesine göre değişir. Çocuklarda aksillar vücut sıcaklığının 37,5ºC üzerinde olması ateş olarak kabul edilmekle birlikte:

Yenidoğanlarda; rektal>37,4-37,8ºC

Bebeklerde; rektal 38,3ºC

Büyük çocuklarda; rektal>38,4 ya da oral 37,8ºC olması ateş olarak nitelendirilmektedir (Törüner ve Büyükgönenç 2012).

Normal vücut sıcaklığı ölçen kimseye, yaşa, ölçümün yapıldığı saatte, çevre ısısına, ölçümün yapıldığı vücut bölgesine, egzersiz, sıcak soğuk gıda alımı (oral ölçümde), yemek yeme, terleme (aksiller bölge ölçümü), rektal bölge enfeksiyonu (rektal ölçümde) gibi durumlardan etkilenebilir. Bu nedenle sağlıklı ölçüm için bunlara dikkat edilmelidir (Richardson ve Lakhanpaul 2007, Şahin 2009).

Ateşin Kademeleri (aksiler ölçüme göre) :

• Subfebril Ateş 37,2-38 °C

• Hafif Ateş 38-38,5 °C

• Orta Ateş 38,5-39 °C

• Yüksek Ateş 39-40 °C

• Hiper Ateş 40-43 °C (Dalkıran 2007)

Ateş basit bir inflamatuar cevap olabildiği gibi, ciddi bir enfeksiyonun bulgusu da olabilir. Ateşin yönetimi ve ölçümü kritik hastalarda sıklıkla öncelikli olmamasına rağmen, ateşin fizyolojik sonuçları hastalığın seyrini etkileyebilir (Henker ve Carlson 2007, NİCE 2013). Çocukların ciddi bir enfeksiyon kaynaklı ateşin olumsuz etkilerinden korunabilmesinde, ateş yönetiminde uygun adımların tanımlanması, sıcaklık kontrol sürecinin anlaşılması hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır.

1.2.Ateşin Tarihçesi

Vücut sıcaklığındaki artışın insan sağlığında ters giden bir durumun belirtisi olduğu, insanın kendi sağlığına ilişkin en eski deneyimlerinden biridir (Tabak 2006).

Tarihin ilk çağlarından beri ateş insanoğlunun dikkatini çekmiştir. Hipokrat (MÖ 5.yy) ateşin önemini nabız hızına bağlayarak, hastanın hissettiklerine göre tahminler yapmıştır (Tabak 2006).

Galen (MS 2.yy) vücutta sıcak, soğuk, kuruluk ve nemden oluşan dört niteliğin bulunduğunu, bu elemanların oranı düzgün ise kişinin sağlıklı olabileceğini düşünüyordu (Tabak 2006).

Romalı Celsus (MS 50.yy) vücut ısısının ateş için özgül olmadığını, yazın sıcak havalarda da vücut ısısının yükselebileceğini belirtmiştir (Tabak 2006).

Onuncu yüzyıl başlarında Türk hekimi Razi ateşin bir hastalık olmadığını, vücudun hastalığı atmak için bir mücadelesi olduğunu öne sürerek ateşli hastalıklarda soğuk su tedavisi uyguluyordu (Tabak 2006).

Onbirinci yüzyılda İbni Sina ise ateşin kalpte yanıp, ruh (sinir), arter ve venlerdeki kan vasıtasıyla bütün bedene yayıldığını, bu yayılışın vücudun tabi fonksiyonlarını bozduğunu, ortaya çıkan hararetin de gazap ve yorgunluğa yol açtığını bildirerek ateşi patolojik ve semptomatik olarak ikiye ayırmıştı (Tabak 2006).

Onyedinci ve 18. yüzyılda ise, ateşin kimyasal kaynaklı olduğu ve kandaki fermentasyondan geldiğine inanılıyordu (Tabak 2006).

19. yüzyılın ortalarında (1868) Carl Reinhold ateşi vücut iç sıcaklığının 38°C üzerine çıkması olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 1999 yılında Yoğun Bakım ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (Society of İntencive Care and İnfectious Diseases) tarafından vücut iç sıcaklığın ≥ 38.3°C (≥101°F) olarak tanımlanmıştır (Kiekkas ve ark 2007).

Ateşin oluşum mekanizmalarını ortaya çıkartan önemli buluşlar ve çalışmalar son 50- 60 yıl içinde gerçekleştirilmekle birlikte, bu konu üzerindeki çalışmalar günümüzde halen devam etmektedir (Tabak 2006).

1.3. Ateşin Patogenezi

Ateş vücudun savunma yanıtlarının bir parçası olup, hastalık durumuna karşılık organizmanın verdiği: akut faz reaktanlarının ortaya çıkışı fizyolojik, endokrinolojik ve immünolojik sistemlerin aktivasyonuyla karakterize karmaşık bir durumdur

(Yenen 2009). Ateş hipotalamusun anterior preoptik nucleusu (HAPN) tarafından yönetilir. Hipotalamusun preoptik bölgesinde :

Vucut sıcaklığını hisseden ve komuta eden termostat

Normal vücut sıcaklığı için referans noktası teşkil eden set-point 37 ºC

Isı üretimini kontrol eden ısı kazanma merkezi

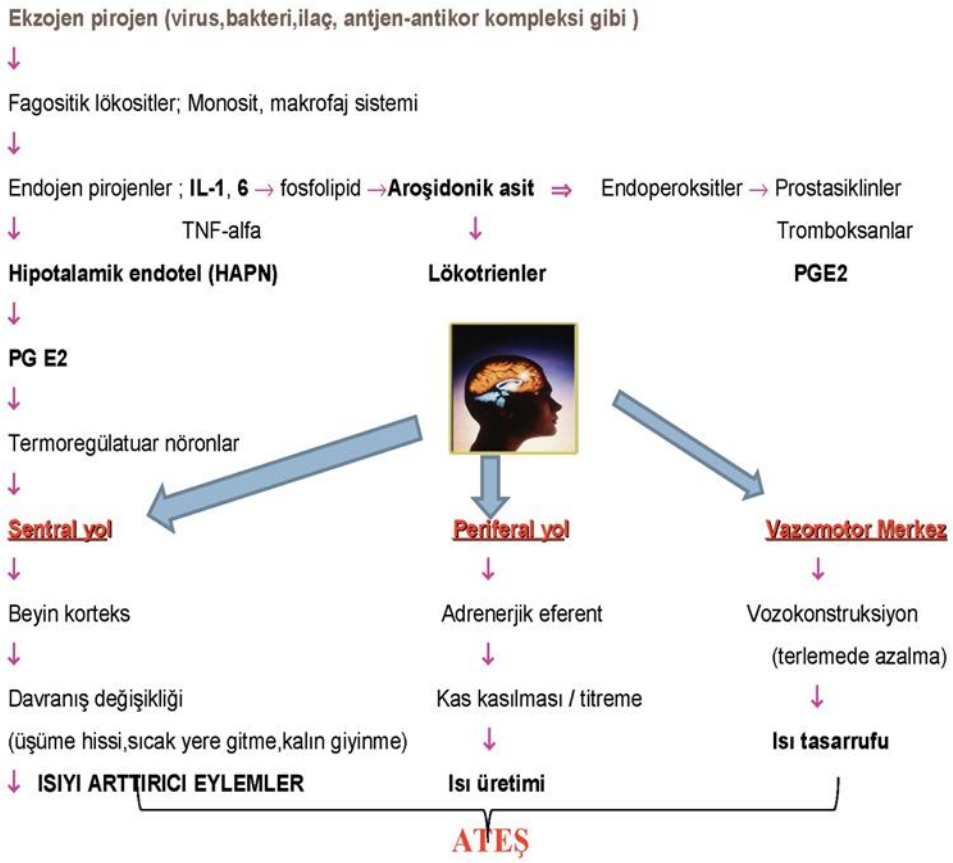
•Isı kaybını sağlayan (ısı kaybı merkezi) bulunmaktadır (Mollahüseyinoğlu 2013).

Vücut sıcaklığının yükselmesi bu alandaki termostatik "set-point"in yeniden düzenlenmesiyle olur. Ateşten söz edilebilmesi için, hipotalamusta vücut için belirlenmiş ısı düzeyinin (set point veya balance point) daha yükseğe çekilmiş olması gereklidir. En önemli termoregülatör mekanizma, kan akımının deriden derin vasküler yatağa yönelmesi ve deriden sıcaklık kaybının önlenmesidir. Hipotalamusun preoptik alanından geçen kan sıcaklığındaki artma vücut sıcaklığını düşürür (Yalçın ve ark 2002, Dalkıran 2007, Yenen 2009).

Vücut sıcaklığı, beyindeki anormallikler ya da sıcaklığı düzenleyen merkezleri etkileyen toksik maddelere bağlı olarak normalin üstüne çıkar. Ateşin oluşumuna neden olan pirojen maddeler; eksojen veya endojen projenlerdir. Eksojen pirojenler (virus, bakteri, ilaç, antjen-antikor kompleksi) gibi (Şekil1) konağın dışından gelir, büyük bir çoğunluğunu mikrobiyal ürünler, toksinler veya mikropların kendisi oluşturur (Mcilvoy 2012). Birçok protein, protein yıkım ürünleri, bakterilerin salgıladığı lipopolisakkarit toksinler hipotalamustaki termostat noktasının yükselmesine neden olur ve ateş yükselir (Neyzi ve Ertuğrul 2002, Yalçın ve ark 2002, Dalkıran 2007, Yenen 2009, Mollahüseyinoğlu 2013). Vücut sıcaklığı sinirsel geri bildirim mekanizmasıyla düzenlenir. Anteriyor hipotalamusda, preoptik alandan gelen uyarılar posteriyor hipotalamusa iletilir. Posteriyor hipotalamus, merkezi ve periferik sıcaklık duysal uyarılarının bütünleştirildiği bölgedir. Burada periferden gelen sinyallerle birleştirilerek ısı oluşturan ya da kaybettiren reaksiyonlar düzenlenir (Tabak 2006, Dalkıran 2007, Vitrinel 2009, Yenen 2009) Bu geri bildirim mekanizması için vücut sıcaklığındaki değişimleri bildirecek alıcıların bulunması gereklidir;

Derin sıcaklık reseptörleri; omurilik, karın organları, üst karın bölgesi ve toraksta yer alan büyük venlerin içinde veya çevresinde bulunur. Bunlar soğuğa duyarlıdırlar (Tabak 2006, Dalkıran 2007, Vitrinel 2009, Yenen 2009) .

Derideki reseptörler; soğuğa duyarlı olanlar sıcaklık reseptörlerinden on kat fazladır. Deri üşüdüğü zaman; titreme başlar, vücutta ısı oluşum hızı artar varsa terleme baskılanır deri damarlarında daralma ile ısının deriye transferi azaltılır. Vücut sıcaklığı düştüğünde, derideki kan damarlarının daralması posterior hipotalamustaki damar daraltan sempatik merkezleri uyarır ve piloereksiyon, sempatik uyarı kıl foliküllerine tutunan, erektör pilinin kasılması ile tüyleri dikleştirir (Tabak 2006, Dalkıran 2007, Vitrinel 2009, Yenen 2009) . Ateşin patognezi Şekil 1.1'de özetlenmiştir (Mollahüseyinoğlu 2013).



Şekil 1.1. Ateşin patogenezi (Mollahüseyinoğlu 2013).

Ateşli hastalıkların seyrinde ateşe metabolik, fizyolojik ve hematolojik değişiklikler eşlik eder. Vücut ısısının 1ºC artışında metabolik hız %10-12 artar. Fark edilemeyen sıvı kaybı 300-500 ml/m²/ /gündür. Ateşli bir çocukta, oksijen tüketimi, karbondioksit birikimi, kalp debisi artar ve kalp yetersizliği olan hastalarda burun kanatları solunuma katılır, yetmezlik bulguları belirginleşir. Nabız 1ºC lik ısı artışına karşılık 10-20 vurur. Ateşli hastanın kan değerlerine bakıldığında; lökositoz, trombositoz, eritrosit yapımında azalma ve anemi, C- reaktif protein ve fibrinojen artışı, plazma demir, çinko değerlerinin ve albümin sentezinin azalması, insülin ve kortikotropin gibi hormonların sentezinde değişiklikler görülebilmektedir. Ateşin enfekte konağa zararlı etkileri, ateşlilik halinin sürdürülmesi için gerekli metabolik gereksinim, konağın metabolik ve kardiyopulmoner kapasitesini aşmasından kaynaklanır ve dokularda iskemiyle sonuçlanı (Neyzi ve Ertuğrul 2002, Uzun 2007, Pour ve Yavuz 2010). Vücut sıcaklığı aniden ve hızlı bir şekilde arttığı durumlarda özellikle 39,5°C üstünde olduğu durumlarda hastada taşikardi, takipne ve buharlaşma sonucu dehidratasyon ve ona bağlı asidoz gelişmektedir. Bu durumda oksijen gereksinimi artmasına bağlı vücutta enerji kaynakları yani proteinler kullanılmaktadır. Uzun süreli hastalıklarda, hastanın yağ depoları kullanmasıyla birlikte hastada metabolik asidoz ortaya çıkmaktadır (Rowsey ve Pamela 2008).

1.4. Ateşin Etyolojisi

Ateşin nedeni basit bir viral enfeksiyon olabildiği gibi, bağışıklık sisteminin immun cevabı, enflamasyon, ilaçlar ve enfeksiyonel dışı nedenler de olabilmektedir (Vitrinel 2009).

1.4.1 Ateşe neden olan enfeksiyonlar

Enfeksiyon hastalıkları en sık olarak bağışıklık sistemi olgunlaşmasını henüz tamamlamamış olan üç yaş altındaki bebek ve çocuklarda görülür. Ateş enfeksiyonların en sık bulgularından biridir. Ateş, ölümcül enfeksiyon hastalıklarının en önemli belirtisidir. Bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonlar ateşin başlıca nedeni olarak bilinmektedir (Henker ve Carlson 2007). Her türlü bakteri, virus, mantar, mikoplazma, riketsiya, klamidya, parazit infeksiyonları ve lokal-sistemik, septisemik, iltihaplı-iltihapsız tüm infeksiyonlar ateşe sebep olabilirler. Üç yaş altındaki çocuklarda ateşin en sık rastlanan nedeni; çoğunlukla kendiliğinden iyileşen viral enfeksiyonlardır (Bakır ve Toprak 2006). Yapılan çalışmalar da ateşle çocuk acil kliniğine başvuran

ve yaş ortalaması 3.9 yıl olan çocukların %75,2 ‘sinin solunum yolu enfeksiyonu, %11.4’ünün gastroenterit, % 9’unun idrar yolu enfeksiyonu, % 3.4’ünün viral döküntü (Halıcıoğlu 2011), yaş ortalaması 3ay- 16 yaş olan çocuklarda, soğuk algınlığı %65,2’sinin, bronşit %37,5’inin, gastroenterit %19,2’sinin (Çölaraz 2010), olduğu göstermiştir. Öztürk ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise çocuklarda %75,8’lik oranla üst solunum yolu enfeksiyonunun neden olduğu bildirilmektedir .

1.4.2. Enfeksiyon dışı nedenler

Ateşin tamamı enfeksiyonlara bağlı değildir. Yedi ile on gün arası izlendiği halde ateş nedeninin aydınlatılamadığı çocuklarda klinik, tanıya ulaşmakta güçlükler oluşmaktadır (Arman 2009, Karlı 2015). Ateşe neden olan enfeksiyon dışı nedenler aşağıda sıralanmıştır.

Kollogen doku hastalıkları: Bu grupta; Sistemik Lupus eritematozis, Poliarteritis nodosa, dermatomyozit, romatizmal ateş, juvenil romatoid artrit (Still hastalığı), yer almaktadır (Dalkıran 2007, Henker ve Carlson 2007, Arman 2009).

***Malign hastalıklar*:** Hodgkin hastalığı, non hodgkin lenfoma, lösemi, solid tümörler, (Dalkıran 2007, Henker ve Carlson 2007, Arman 2009, Şahin 2009).

Metabolik hastalıklar: Hipertiroidizm (Dalkıran 2007, Henker ve Carlson 2007, Arman 2009, Şahin 2009).

Kardiyovasküler sistem hastalıkları: Miyokard infarktüsü, tromboemboli, (Dalkıran 2007, Henker ve Carlson 2007, Arman 2009, Şahin 2009).

Gastrointestinal sistem hastalıkları: İnflamatuvar barsak hastalıkları, (Dalkıran 2007, Henker ve Carlson 2007, Arman 2009, Şahin 2009).

Merkezi sinir sistemi hastalıkları: Beyin tümörleri, beyin kanamaları, pontin kanamaları, trombozlar, ensefalitler, medülla spinalis kesilmeleri, hipotalamus lezyonlarına bağlı ısı düzenleme merkezi bozukluklarında ateş olur (Dalkıran 2007, Henker ve Carlson 2007, Arman 2009, Şahin 2009).

Mekanik travma: Crush sendromu (Dalkıran 2007, Henker ve Carlson 2007, Arman 2009, Şahin 2009).

Hemopoetik bozukluklar: Akut hemolitik hastalıklar, (Dalkıran 2007, Henker ve Carlson 2007, Arman 2009, Şahin 2009).

Vasküler aksidanlar: Miyokard, akciğer, beyin dokusu enfarktüsleri (Dalkıran 2007, Henker ve Carlson 2007, Arman 2009, Şahin 2009).

İmmün mekanizmalara bağlı hastalıklar: Kollagen doku hastalıkları, serum hastalığı, ilaç ateşi ve psikojen ateş bu gruptadır (Dalkıran 2007, Henker ve Carlson 2007, Arman 2009, Şahin 2009)

Akut metabolik bozukluklar: Gut, porfiria, tiroid krizi (Dalkıran 2007).

1.5. Ateş Tipleri

Ateş tipleri klinik seyrine göre sekiz başlıkta incelenmektedir.

Sürekli ateş (Febris continua): Ateş 38°C'nin üstünde olup, sabah ve akşam farkı 1°C'den daha az olan ateş şeklidir. Günlerce, haftalarca sürebilir. Tifo, paratifo, bruselloz, infektif endokardit, kawasaki hastalığında görülebilmektedir (Tabak 2006, Dalkıran 2007, Şahin 2009, Karlı 2015).

Oynak ateş (Febris remittens): Sabah ve akşam farkı 1°C'den fazla olup, gün içerisinde 37°C'nin altına inmeyen sürekli ateş halidir. Tifonun başlangıcında, pnömonilerde, sepsis, akut viral solunum yolu enfeksiyonlarında, tüberküloz, kızamık, tifo, bruselloz, falsiparum sıtması, lejyoner hastalığı ve grip gibi enfeksiyon hastalıklarında görülebilmektedir (Tabak 2006, Dalkıran 2007, Şahin 2009, Karlı 2015).

Aralıklı ateş (Febris intermittens): Sabah ve akşam farkı 1°C'den fazla olup, gün içerisinde 37°C'nin altına inebilen ateş şeklidir. Sıtma, Kala-azar, bruselloz, romatizmal ateş, infektif endokardit, piyelonefrit, sepsis, pyojenik apseler ve tüberküloz gibi hastalık hallerinde görülebilmektedir (Tabak 2006, Dalkıran 2007, Şahin 2009, Karlı 2015).

Dönek ateş (Febris recurrens): Birden bire yükselip birkaç gün süren, birdenbire düşerek ateşsiz dönemlerin ardından birkaç günlük ateşli dönemlerin görüldüğü ateş şeklidir. Sıtma, dönek humma, kala-azar, bruselloz da görülebilmektedir (Tabak 2006, Dalkıran 2007, Şahin 2009, Karlı 2015).

Dalgalı ateş (Febris undulans): Ateş yavaş yavaş yükselerek 5-7 günde zirveyi bulur ve birkaç gün yüksek olarak devam edip yavaş yavaş azalarak normale döner, 4-5 gün ateşsiz bir dönemin arkasından döngüsel olarak yeniden yükselerek dalgalanmalar gösteren ateş şeklidir. Tipik örnekleri bruselloz ve Hodgkin hastalı-

ğında görülen Pel-Ebstein tipi ateştir (Tabak 2006, Dalkıran 2007, Şahin 2009, Karlı 2015).

Subfebril ateş: Ateşin 37-37,7°C arasında seyretmesidir. Bu ateş fokal infeksiyon dediğimiz olgularda görülür. Prostatit, diş granülomu, sinüzit veya kronik tüberkülozda ve bazı neoplastik hastaların seyrinde görülebilir. Hastada halsizlik, iştahsızlık belli belirsiz ateş, terleme vardır. Hastalar sabahları rahat dinlenmiş olarak uyanamazlar. Klasik ateş şekilleri uygulanan antibiyotik ve antipiretiklere bağlı olarak da değişmektedir (Tabak 2006, Dalkıran 2007, Şahin 2009, Karlı 2015).

Hektik ateş: Ateş genellikle sabahları düşük akşamları yüksek olurken, bazı tüberküloz olgularında sabahları yüksek akşamları düşük olabilir (Tabak 2006, Dalkıran 2007, Şahin 2009, Karlı 2015).

Günde iki zirveli ateş: Ateşin günde iki defa yükselmesi gözlenebilir. Kala-Azar, malarya olgularında, gonokokkal endokardit ve milier tüberkülozda görülür (Tabak 2006, Dalkıran 2007, Şahin 2009, Karlı 2015).

1.6. Ateşin Yararlı Etkileri

Eski çağlardan günümüze kadar ateşin vücudun savunma mekanizması olduğu düşünülmüş ve "önemsenmemesi gereken bir bulgu mu", "önemli bir hastalığın belirtisi mi" olduğu konusunda tartışmalar süregelmiştir. Tıbbın babası olarak bilinen Bierman, (1942) Hipokrat'ın,"bana ateşi üretme gücü verin size bütün hastalıkları tedavi edeceğim" ifadesini kullandığı ve ateşin vücuda giren yabancı mikroorganizmaların yanmasına neden olduğu düşüncesini ileri sürdüğü bildirilmektedir (Taştan 2001, Patrica 2014).

Bazı çalışmalar ateşin insanlarda faydalı olduğu düşüncesini desteklemektedir (El-Radhı 2011, Ak ve Gençer 2013). Ateş, vücutta bakterileri ve virüslerin çoğalmasını engeller, buna ek olarak, kızamık sırasında gelişen ikincil akut febril yanıtın vücudun enfeksiyon yeteneğini geliştirdiği bilinen T- lenfosit aktivesini arttırdığı ve erken çocuklukta geçirilen ateşli hastalıkların allerji ve kansere karşı direnci geliştirdiği bildirilmektedir (Kara 2003, El-Radhı 2011, Ak ve Gençer 2013).

Kan akımı enfeksiyonu olan insanlar içinde ateşi en yüksek olanların yaşam şansının en fazla olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte yapılan deneysel çalışmalar

insan bağışıklık sisteminin ateşli dönemde normal vücut sıcaklığına göre daha iyi çalıştığını göstermiştir (Pul 2006).

Vücut sıcaklığının arttırılması invazyon yapan bakterilerin makrofajlarca öldürülmesini artırır, pek çok mikroorganizmanın replikasyonunu önler. Ateşli hastada serum demiri minimuma iner, serum ferritini artar ve serbest demir azalır; bu da yüksek ısıda demir ihtiyacı artmış olan patojen bakterilerin üremesini azaltır. Ateş varlığında metabolizma, bakteriyel büyüme için gerekli olan glikozun yakılmasından daha çok, proteoliz ve lipolize yönelir. Ateş sırasında gelişen iştahsızlık nedeniyle glikoz gereksinimi, hareketlerde azalma geliştiği için de kasların enerji gereksinimleri azaltılır. Konağın ateşten olumsuz etkilenme riski azalır. Kana serbest glukoz geçişinin azalması bakteri üremesini olumsuz etkiler. Ateşli dönemde karaciğerde akut faz reaktanlarının yapımı artar. Bu proteinlerden bazıları çoğu mikroorganizma için gerekli olan iki değerli katyonları bağlar. Gelişen tüm bu süreçte, konak organizma, mikroorganizmalara karşı uyumsal bir üstünlük sağlamış olur (Dalkıran 2007).

Ateşin vücudun inflamatuvar cevabını arttırması literatürlerde şu şekilde özetlenmektedir; fagositoz, lökosit migrasyonu, lenfosit transformasyonu, bakteriyel subtratlar (Fe, glukoz, bipolar katyonlar) azalır. Nötrofillerde antibakteriyel üretimi artar. İnterferon üretimi ve interferonun antiviral ve antitümör aktivitesi artar. Enfeksiyon bölgesinde kan akımı, nötrofil göçü artar. Mikrobiyal çoğalma hızı azalır (Şahin 2009, Mollahüseyinoğlu 2013, Karlı 2015). Aynı zamanda ateşin seyri, şekli ve değişik hastalıklarla ilişkileri mevcut hastalığın adını koymada yardımcı olabilmektedir (Karlı 2015).

1.7. Ateşin Zararlı Etkileri

Vücut sıcaklığının yükselmesinin insanlarda inflamatuar cevaba yönelik faydaları olduğu gibi, bireysel farklılıklara göre insan vücudunda istenmeyen zararlı sonuçlara da sebep olabildiği bildirilmektedir. Orta derecede yüksek ateşin immunolojik yanıtı arttırma özelliği olmakla birlikte, yüksek ateşin immunolojik yanıtı kötüleştirebileceği yönünde veriler mevcuttur (Mollahüseyinoğlu 2013). Çocuklarda olumsuz etkilerinden birisi kolayca tolere edilebilecek olan hafif dehidratasyon ve huzursuzluktur (Athamneh ve ark 2014, Patrica 2014). Çocuklarda ateşin istenmeyen etkilerinden birisi de febril konvülziyon riskidir. Febril konvülziyonun daha çok, pulmoner, kardiyolojik hastalığı olan ve bağışıklığı iyi gelişmemiş çocuklar da risk

faktörü olduğu da bildirilmektedir (Bridgwater ve ark 2013, Athamneh ve ark 2014, Patrica 2014).

Febril konvülziyon, çocukluktaki ateşli hastalıkların en yaygın ve en iyi bilinen komplikasyonudur (Bridgwater ve ark 2013, Yılmaz ve ark 2014, Khair ve ark 2015). Ateşli çocukta ebeveyn tutum ve davranışlarına yönelik araştırmalar ailelerin ateşli çocuktaki en büyük korkusunun, çocuklarının febril konvülziyon geçirme riski ve beyin hasarı olduğunu göstermiştir (Crocetti ve ark 2001, Demir ve ark 2005, Esenay ve ark 2007, Polat ve Beyazova 2009, Çölaraz 2013, Athamneh ve ark 2014, Arslan ve Aydın 2015,). Konvülziyon eşiği düşük enfeksiyonlara eğilimi yüksek olan (6ay-6yaş) arasındaki çocuklarda febril konvülziyon geçirme olasılığının yüksek olduğu (%3) ve 18-22 aylarda görülme sıklığının pik yaptığı bildirilmektedir (Yüksel 2006, Khair ve ark 2015) . Ateşli konvulziyon geçiren çocuklarda epilepsi gelişme sıklığı %2'dir. Bu sıklık genel epilepsi sıklığına göre (%1) daha fazladır.

Bazal metabolik hızda (her 1°C için %10-12) O2 tüketimi, CO2 üretimi ve sıvı ve kalori gereksiniminde artışa neden olur. Vücut sıcaklığı 37°C'den 39°C'ye yükseldiğinde ise, enerji ve oksijen tüketimi %25 oranında artar. 38,5°C'de mitojenlerle lenfosit transformasyonunun arttığı, 40°C de ise hücre ömrünün ve fonksiyonlarının azaldığı bildirilmiştir. 40°C nin üzerinde stafilokokların invitro fagositozunun azaldığı gösterilmiştir (Mollahüseyinoğlu 2013). Vücut sıcaklığı artışında oksijen ve enerji tüketilmesinin nedeni, kortizol ve norepinefrin salınması ve ona bağlı arteryel kan basıncı, nabız ve solunum sayısı değişikliğinin ortaya çıkmasıdır (Pour ve Yavuz 2010).

Vücut sıcaklığı aniden ve hızlı bir şekilde arttığında, özellikle 39,5°C'de; hastada taşikardi, takipne ve buharlaşma sonucu dehidratasyon ve ona bağlı asidoz gelişmektedir. Bu durumda oksijen gereksinimi artmasına bağlı vücutta enerji kaynakları yani proteinler kullanılır. Uzun süreli hastalıklarda, hastanın yağ depolarının kullanmasıyla birlikte, metabolik asidoz ortaya çıkmaktadır (Bacher 2005, Rowsey ve Pamela 2008). Vücutta ısı üretimi devam etmesi durumunda; hipotalamus ısı kaybını artıran vazodilatasyon ve terleme gibi mekanizmaları uyarır. Deri ıslaktır ve vücut ısısı düşmeye başlar. İnsensibl su kaybı 750-800 ml/m2/24 saat kadardır ve dehidratasyon gelişir. Evaporasyonda 1ml su buharlaşması 0,58 kalori gerektirir. Total ısı kaybının yaklaşık %25'i evaporasyonla gerçekleşir (Şahin 2009). Bütün bunlara ek olarak, çocuklarda baş dönmesi, baş ağrısı, karın ağrısı, fotofobi, kusma, huzursuz-

luk, taşikardi, takipne, halsizlik, terleme ve febril deliryum gibi bulgular da görülebilmektedir (Taştan 2001, Walsh ve ark 2006, Pour ve Yavuz 2010).

Yüksek ateş, kronik kardiopulmoner hastalık, metabolik hastalık gibi durumlarda altta yatan hastalığın dekompanzasyona girmesine veya metabolik instabilite oluşmasına neden olabilir. Konjestif kalp yetmezliği, solunum yetmezliği, akut nörolojik hastalıklar ve endotoksik şokta ateş daha fazla zarar verebilir. Bu nedenle bu hastalıkları olan çocuklarda, orta derecede ateşte bile daha agresif antipiretik tedavi yapılmalıdır (Kara 2003). Ayrıca febril konvülziyon için riskli yaş grubundaki çocuklarda ve epilepsisi olan çocuklarda ateş, presipite nöbetlere yol açabilir. Ateş yüksekliği, birçok vücut dokusunu özellikle de beyni etkiler. Vücut sıcaklığı 42ºC'nin üzerine çıktığında, beyinde kalıcı nörolojik hasar oluşabilmektedir. Çalışmalarda yüksek ateş sebebiyle ölen çocukların beyin hücrelerinde dejenerasyon olduğu bildirilmektedir (Edwars ve ark 2003, Walsh ve ark 2006).

1.8. Çocuklarda Ateş Ölçüm Bölgeleri ve Araçları

1.8.1. Çocuklarda Ateş Ölçüm Bölgeleri

Çocuklarda ateş ölçüm bölgeleri aşağıda verilmiştir.

Ağız Yolu ile (Oral/Sublingual) Ölçüm: Çocuğun uyumunu gerektirdiği için 5 yaş üzerinde bilinç durumu, anlama ve kavrama yeteneği iyi olan çocuklarda kullanımı uygundur. Vücut merkez sıcaklığını iyi yansıtan eksternal karotid arterin ana dalları tarafından kanlanan sublingual boşluğa termometre yerleştirildiği için teorik olarak ateş ölçüm için en uygun bölgelerden biridir. Sıcak ve soğuk gıda alımı ve efor sıcaklık ölçümünü olumsuz etkilemektedir. Takipnesi olan çocukların ağız içinde buharlaşma olması da düşük ısı ölçümüne neden olduğu bildirilmektedir (Şahin 2009). Sublingual ölçülen ısı 37,4- 38,4 °C ise subfebril ateş, 38,5- 39,0 °C arasında hafif ateş, 39- 40 °C yüksek ateş, 41 °C ve üzeri ise çok yüksek ateş ve, büyük çocuklarda da oral 37,8 ºC ateş olarak kabul edilir (Baker 1999, İlçe ve Karabay 2009, Vitrinel 2009, Törüner ve Büyükgönenç 2012)**.**

Aksiller Ölçüm: Uygulaması kolay pratik ve derecenin koltuk altında tutulma süresine uyulduğu taktirde güvenilir sonuçlar vermektedir. Ciltte vazokonstrüksiyon ve terleme sonucu olumsuz etkileyen nedenlerdir (Şahin 2009). Aksiller ölçülen ısı; Subfebril Ateş 37,2-38 °C, Hafif Ateş 38-38,5 °C, Orta Ateş 38,5-39 °C

,Yüksek Ateş 39-40 °C, Hiper Ateş 40-43 °C şeklinde gruplandırılmaktadır (Dalkıran 2007, İlçe ve Karabay 2009).

Rektal Ölçüm: Amerikan Pediatri Akademisi (2002) 3 yaş altı çocuklar için rektal termometre ölçümlerini altın standart olarak kabul etmektedir. Rektal bölge geniş bir kas kitlesiyle çevrili olması sebebiyle ısı deposu olarak tanımlanır ve vücudun iç sıcaklığını yansıtan başarılı bir yöntem olduğu bildirilmektedir (Greenes ve Fleeisher 2004, İlçe ve Karabay 2009). Rektal yoldan ısı ölçümünde termometre rektumda 1-3 dakika tutulmalıdır. Uygun ölçüm için bebeklerde termometre içeri beş santimetre (cm), büyük çocuklarda yedi cm sokulmalıdır (Şahin 2009). Çocuklarda rektal yaralanma, vagal uyarı ve dışkı kaynaklı patojen mikroorganizmaların bulaşma riski, stres ve anksiyete kaynağı olması dezavantajları arasında bildirilmektedir (Ekim ve Ocakçı 2013.)

Timpanik Ölçüm: Timpanik zar, hipotalamusun termoregülatuar merkezine anatomik olarak yakınlığından dolayı teorik anlamda en ideal bölgedir. Hızlı ölçüm olanağı, kolay ve pratik uygulama, ortam sıcaklığından etkilenmemesi, enfeksiyon riski taşımaması avantajlarıdır. Uslu ve arkadaşlarının (2011) yenidoğanlarda aksiller, infrared temassız alın termometresinin kullanımı ile ilgili yaptıkları çalışmada yenidoğanlarda timpanik termometrenin kullanımı önerilmiştir (İlçe ve Karabay 2009, Ekim ve Ocakçı 2013) . Üç yaşın altında değişken sonuçlar vermesi, kullanıcı eğitimi gerektirmesi dezavantajlarıdır. İnfrared termometreleri (Lazer veya Uzaktan ölçüm termometresi olarak da adlandırılır) kullanılır. 38 °C üzerinde olan vücut sıcaklığı ateş kabul edilir (Yalçın ve ark 2002)

1.8.2. Çocuklarda Ateş Ölçüm Araçları

Ateş, civalı standart termometre, elektronik termometre, kulaktan infrared ışınları yoluyla elektronik ölçüm, emzikli elektronik termometre, ısıya duyarlı film yöntemi (likit kristal veya plastik bant) ile ölçülebilir (İlçe ve Karabay 2009, Şahin 2009, Vitrinel 2009, Ekim ve Ocakçı 2013).

Civalı termometre: Geleneksel civalı termometreler dilaltı, koltuk altı ya da rektal olarak kullanılabilir. Sıcaklık artısına cevap olarak ampul içerisindeki civanın genleşerek kapiller cam boyunca ilerlemesiyle kaydedilen seviye ateşin derecesini belirler. Uygulamadaki en önemli güçlük ölçüm bölgesinde derecenin en az 8 dakika tutulması gereğidir. Uygulaması kolay ve diğer derecelere kıyasla ucuzdur. Ancak

civa zehirlenmesi riskine karşı 2009 yılında kullanımı sağlık bakanlığı tarafından kullanımı ve piyasaya sunumu yasaklanmıştır (Şahin 2009, Ekim ve Ocakçı 2013).

Elektronik termometre: Dijital termometre olarak adlandırılırlar. Termometrenin duyarlı kısımlarında bulunan metallerin elektrik akımına gösterdikleri direncin ısı değişimine göre sıcaklığın tahmin edilmesi esasına dayanır. Koltuk altı ve oral ölçüm bölgesi kullanılır.Termometrelerdeki en önemli problem zamanla ölçüm hassasiyetlerini kaybetmesidir (Şahin 2009, Ekim ve Ocakçı 2013).

Metalik strip termometre: Tıbbı kullanımı invaziv monitörizasyonda ve kateterler aracılığıyla vücut sıcaklığının izlemidir. Çelik ve bakır gibi sıcaklık degisimi ile farklı genleşme özellikleri olan metallerin standart sıcaklık değerlerinde aynı boyut ve biçimde hazırlanması ve sıcaklık değişimi ile aralarında gelişen uzunluk farkı ile sıcaklığın hesaplanması ilkesine dayanır (Şahin 2009, Ekim ve Ocakçı 2013).

Likit kristal veya plastik bant termometre: Bu termometre sıcaklığa duyarlı likit kristaller yani termokromik sıvılar içerir. Sıcaklık değişimi ile moleküler yapıda katlanma ve açılmalar gösteren bu sıvı-kristal moleküllerin bu yapıdaki değişikliğe bağlı olarak ışık geçirgenlikleri ve yansıtmaları değişir. Yüzeyden ve dilaltından ölçüm yapılması ölçüm hassasiyetini etkilemektedir. Tek kullanımlık olanları olduğu gibi 24 saat hastanın cildine yapıştırılarak sürekli vücut sıcaklığının izlenmesine olanak tanıyan yapıda olanları da mevcuttur. Klinik kullanımda diğer termometreler ile kıyaslama yapıldığında, fiyat dezavantajıdır. Genel olarak hassasiyet ve güvenirliklerinin diğer termometrelere göre daha az olduğu kabul edilir (Şahin 2009, Ekim ve Ocakçı 2013,).

İnfrared termometre: Objelerden yayılan elektromagnetik dalgaların ölçümü ile sıcaklığın belirlenmesi sağlanır. Bir mercek tarafından infrared enerji bir almaç üzerine odaklanarak toplanır, toplanan enerji elektrik akımına çevrilir ve derece olarak ifade edilir. Tıbbı kullanımda genellikle kulaktan vücut sıcaklığının ölçülmesi için kullanılan infrared termometrelerde kulak zarından yansıyan ölçüm yapılmaktadır. Bu termometrelerde yaşanan en önemli problem dış kulak yoluna uygun olmayan yerleşime bağlı olarak hatalı ölçümlerdir. Ayrıca dış kulak yolunda buşon varlığı veya lokal enfeksiyon varlığında ölçümler etkilenebilir. Bunun dışında infrared temassız alın termometreleri de vardır. İnfrared temassız alın termometresi kullanım

kolaylığı ve non invaziv olması yaygınlaşan bir ateş ölçüm tekniğidir. Güvenilirliği konusunda çalışmalar devam etmektedir (Şahin 2009, Ekim ve Ocakçı 2013).

1.9. Çocukluk Yaş Gruplarına Özgü Ateş

Fiziksel ve biyolojik gelişimin adım adım tamamlandığı çocukluk dönemi de, ateş olgusunun yetişkinlerden daha sık karşılaşıldığı bir dönemdir (Taştan 2001, Bakır ve Toprak 2006.). Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre dünyada acil servislere getirilen ateşli çocuk oranının %20-30 olduğu (Taştan 2001, Halıcıoğlu ve ark 2011, Polat ve ark 2012), ülkemizde ise bu oranın %71-76,8'e kadar yükseldiği bildirilmiştir Yaş gruplarına özgün farklı risklere yatkınlıkları olması sebebiyle araştırmacılar çocuklarda ateş yaklaşımının, yaşına göre farklılıklar göstermesi gerektiğini savunmuşlardır. Bu yaş grupları klinik çalışma, deneyimler ve immünolojik olgunlaşma derecesi göz önüne alınarak sınıflandırılmıştır (Taştan 2001, Bakır ve Toprak 2006, Pul 2006, Dalkıran 2007, Şahin 2009, Polat ve Beyazova 2009).

0-28 günlük bebeklerde (Yenidoğan Dönemi) ateş ve tedavisi: Yenidoğan (YD) dönemini kapsayan bu yaş grubunda bir haftadan küçük bebeklerin ≥ 38ºC ateş tablosu; erken dönem sepsis yönünden, dört haftaya kadar olanların da geç dönem sepsis, toplumsal kaynaklı enfeksiyonlar ve perinatal herpes simpleks enfeksiyonları yönünden risk altında olduğu bildirilmektedir. Yenidoğanların çoğunda viral kaynaklı %12'nde bakteri enfeksiyonları, en sık idrar yolu enfeksiyonları ve gizli bakteriyemiler bildirilmektedir (Baker 1999, Polat ve Beyazova 2009, Wing ve ark 2013). Yenidoğan bebeklerde, ayrıntılı fizik muayene, özellikle saçlı deri ve deri, göz, göbek enfeksiyonları, eklem bulgularına yönelik inceleme önerilmektedir (Polat ve Beyazova 2009).

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

29-90 günlük bebeklerde (1-3 ay arası bebekler) ateş ve tedavisi: 3 aydan küçük çocuklarda immün sistemin immatüriteliği, gelişimsel ve biyolojik farklılıklar

nedeniyle enfeksiyon hastalıkları ve dolayısıyla yüksek ateş, diğer çocukluk yaş gruplarından daha yüksek oranda görülmektedir. Bu yaş grubunda, rektum ateşi 38ºC ve üzerinde olanlarda, %10-15 oranında ciddi bakteriyel hastalık tanımlanırken, %70 viral enfeksiyonların görülmektedir. Üç aylıktan küçük ateşli bebeklerde, ateş acil bir durumdur. De ve ark'nın (2013) yılında yaptıkları araştırmada; 1-3 ay ≥ 39ºC ateşi olan bebeklerde, viral enfeksiyonların ilk sırada, üriner enfeksiyonların ikinci sırada ve bakteriyel enfeksiyonların üçüncü sırada en fazla görüldüğü bildirilmektedir. Bakteriyel enfeksiyonlar; sepsis, menenjit, idrar yolu enfeksiyonu, ishal, osteomyelit kaynaklı olabileceği bildirilmektedir (Yalçın ve ark 2002, Polat ve Beyazova 2009).

Yapılan bir çalışmada 3 aydan küçük odağı bilinmeyen ateşli ve iyi görünümlü 1112 bebek incelenmiş ve şiddetli bakteriyel enfeksiyon %26, invaziv bakteriyel enfeksiyon %2 saptanmıştır. Ayrıca prokalsitoninin invaziv bakteriyel enfeksiyonu (bakteriyemi, sepsis, menenjit) ekarte etmede en iyi marker olduğu ve özellikle ateş başladıktan sonra 8 saat içindeki değerlendirmenin önemli olduğu bildirilmektedir (Karlı 2015).

Bebek en kısa zamanda bir çocuk hekimi tarafından muayene edilmelidir. Ateşin kaynağı saptanamazsa bebek hastaneye yatırılarak izlenmeli, kan, idrar ve beyin-omurilik sıvısı kültürü, ishal varsa gaita tetkiki, solunum sistemi bulguları varsa akciğer grafisi, kültür sonuçları negatif çıkana kadar antibiyotik tedavisi önerilmektedir (Bakır ve Toprak 2006, Dalkıran 2007, Polat ve Beyazova 2009 Robyn Wing ve ark 2013).

3-36 aylık bebek ve çocuklarda ateş ve tedavisi: Öykü ve fizik muayene 3 yaş öncesine göre daha belirleyicidir. Çocuğun genel durumunun iyi olması ciddi bakteriyel enfeksiyon odağından uzaklaştırır (Polat ve ark 2009). Bu yaş grubunun bağışıklık sistemi daha iyi gelişmiş olduğu için hastaların %0.5-2'sinde ciddi bakteriyel enfeksiyon görülmektedir (Bakır ve Toprak 2006). En sık rastlanılan ateş nedeni viral üst solunum yolu (ÜSYE) enfeksiyonlarıdır. Gribal enfeksiyonlar çocuklarda yüksek ateş, bulantı, kusma, yutma güçlüğü, kuru öksürük, burun akıntısı, burun tıkanıklığı ile birlikte seyreder. Ateş genellikle 39ºC'nin altındadır. Üst solunum yolu enfeksiyonu ve ishal kaynağı kolay belirlenen ve antibiyotik tedavisi gerektirmeyen hastalıklardır. Orta kulak iltihabı, zatürre, yumuşak doku-deri enfeksiyonları, sinüzit,

dizanteri ve bademcik daha az sıklıkta görülür ve hastalığın tanı konulma aşaması kolaylıkla gerçekleşmektedir (Dalkıran 2007, Bakır ve Toprak 2006.).

Bu yaş grubunun ayrıntılı fizik muayenesinde; hastanın yaşı, ateşin süresi ve biçimi, antipiretik kullanımı ve dozu, eşlik eden bulgular, altta yatan hastalık varlığı, aşı takvimi, ailedeki genetik hastalıklar, hasta insanlarla temas mutlaka sorulması gerekenler arasındadır. 3-36 ay arasında yüksek riskli (fokal belirti vermeyen) çocuklar hastaneye yatırılmalı, kan, idrar, BOS kültürleri alınmalı, röntgen çekilmeli ve antibiyotik tedavisine başlanmalıdır (Şahin 2009, Wing ve ark 2013). Gizli pnömokok düşünülen çocuklarda kan tetkikinde lökositoz olması destekleyici bir bulgudur. Ancak, lökosit sayısından ziyade artmış nötrofil sayısı daha güvenilir bir göstergedir (Polat ve Beyazova 2009). Önceden sağlıklı olduğu bilinen genel durumu iyi, ateşi 39ºC altında olan çocuklar sık kontrole çağrılarak test yapmadan tedavisiz izlenebileceği bildirilmektedir (Polat ve Beyazova 2009).

1.10. Ateşli Çocukta Tedavi Yaklaşımları

Küçük çocuklarda, ateş üç şekilde ortaya çıkması sebebiyle, (viral, ciddi bakteriyel enfeksiyonlar ve nedeni bilinmeyen ateş) ateşin nedenini bulmak ve ateşi tanımlamak zor olabilmektedir. Bu sebeple, ateşli hastalığı tanıma, değerlendirme ve acil tedavisinin planlanması ihtiyacı olduğu vurgulanmaktadır (Uzun 2007, Şen Celasin ve ark 2008, NİCE 2013) , Karaahmetoğlu ve Softa 2015, Karlı 2015). Bu nedenle ateşli çocukta, öykü ve fizik muayene çok önemlidir.

Öykü: Bebeklerde, annesini emmede isteksizlik, emerken çok çabuk yorulma, aşırı ağlama, huzursuz ya da uykuya meyilli olma, soğuk siyanotik görünümlü cilt, özellikle vücudun uç kısımlarında (el-ayak) soğukluk ciddi enfeksiyon kaynaklı ateş açısından önemli bulgulardır (Yavuz 2016).

Çocuğun yaşı, aşılanma durumu, altta yatan hastalıkları, ateşin süresi ve derecesi, eşlik eden başka semptomların varlığı, beslenme durumu, hayvanlarla veya hasta bireylerle temas öyküsü, seyahat, ilaç kullanımı, konvülziyon, çocuğun davranışlarında, beslenme düzeninde, oyun oynamasında, uyku düzeninde, çevreye olan ilgisinde değişiklik, burun akıntısı, öksürük, nefes almada güçlük, hırıltılı solunum, enterit, yürümede güçlük, baş ağrısı, kalıtsal, metabolik ve kronik bir hastalığın varlığı sorgulanmalıdır (Taştan 2001, Karlı 2015).

Fizik muayene: Fizik muayenede amaç; hastanın genel durumunu, yaş grubuna özgün ciddi bakteriyel enfeksiyon için riski taşıyıp taşımadığını değerlendirmek ve ateş odağını araştırmaktır. Fizik muayenenin ayrıntılı yapılması önerilmektedir. Kulak ve ağız muayenesi, akciğer ve kardiyovasküler sistem bulguları, lenfadenopati ve organomegali varlığı, meningeal bulgular, ciltte döküntü, kas iskelet sistemi muayenesi tam yapılarak çocuğun toksik görünümlü olup olmadığına karar verilmelidir (Taştan 2001, Polat ve Beyazova 2009, NİCE 2013).

Ateşli çocuğun değerlendirilmesinde semptomların varlığı ya da yokluğu durumunda, altta yatan ciddi bir hastalığın tanımlanabilmesi amacıyla trafik lamba sistemi geliştirilmiştir. Ateşli çocukta, hayatı tehdit eden hava yolu, solunum, dolaşım sorunları ya da bilinç düzeyindeki azalma belirtilerini, herhangi acil bulgu açısından kontrol etmek önemlidir. Ateşli çocuğun değerlendirilmesinde, vital bulgular (solunum, kalp hızı) ve kapiller dolum zamanı mutlaka dikkatli bir şekilde değerlendirip hastanın gözlemi kayıt edilmelidir (NICE 2013). Çocuğun dolaşım problemi bulguları var ise, anormal kalp atı hızı ve uzun süreli kapiller dolum zamanı hastanın kan basıncı değerlendirmesi gerekmektedir (Bridgwater ve ark 2013).

NİCE 2013 kriterlerine göre, 41ºC den yüksek ateş, bakteriyel sepsis düşüncesi, orak hücre anemisi, bağışıklık sistemini baskılayan bir durum, konjenital kalp hastalığı, ciddi baş yaralanması varlığı ateşin önemli olduğunu düşündürmektedir.

NİCE 2013 kriterlerine göre yüksek risk ölçütleri aşağıdaki şekilde verilmiştir;

- Çocuğun cansız ve uykulu görünümü,
- Sürekli zayıf, tiz bir ağlama,
- Soluk ve siyanotik ya da döküntülü görünüm,
- Azalmış cilt turgoru,
- Safralı kusma,
- Göğüste orta- şiddetli çöküntü,
- Solunum sayısının 60/dk'nın üzerinde olması,

- Homurdanma,
- Fontanelde kabarıklık,
- Hasta görünüm.

Çizelge 1.1’de Ateşli çocuğun değerlendirmesinde kullanılan trafik lamba modeli verilmiştir. Trafik lamba sistemindeki yeşil renk, Ateşli çocuğun değerlendirmesinde düşük risk bulgularını, koyu sarı orta risk bulgularını ve kırmızı, yüksek risk bulgularını ve bulgulara yönelik yaklaşımları vermektedir.

Çizelge: 1.1 Ateşli Çocuğun Değerlendirilmesi.

	Yeşil ışık **düşük risk**	**Koyu sarı** **orta risk**	**Kırmızı** **yüksek risk**
Renk (cilt, dudak veya dil)	Normal cilt	Ebeveynler ciltte sol-gunluk tarif etti	Cilt soluk, benekli, kül gibi, mavi.
Aktivite	Sosyal uyaranlara normal tepki Gülümseyen yüz ifadesi Hızlı uyanır ve rahat uyur Ağlamaz ya da, normal ağlar	Sosyal uyaranlara tepki vermiyor Gülümsemez Sadece uzun uyaranlarla uyanıyor Azalmış aktivite	Sosyal uyaranlara hiçbir şekilde tepki vermiyor Hasta görünümlü Uyumuyor ya da uyku-dan uyandırılamıyor Zayıf, tiz ya da sürekli ağlaması var
Solunum		Burun kanatlarının solu-numa katılması Takipne Sol sayısı >50/dk, age 6-12 ay Oksijen satürasyonu≤ 95% Solunum seslerinde raller (+)	Homurdanma Takipne Sol sayısı>60/dk Derin ya da şiddetli interkostal çekilmeler (+)
Dolaşım ve hidrasyon	Normal cilt ve göz Nemli mukoza	Taşikardi >160/dk, <12 ay >150/dk, 12-24 ay >140/dk, 2-5 yaş CRT ≥ 3 saniye Kuru mukoz membran bebeklerde zayıf beslen-me İdrar çıkışında azalma	Cilt turgorunda azalma

CRT, kapiller dolum zamanı; RR respiratory rate.(NICE 2013)

1.11. Ateşli Çocukta Antipiretik Kullanımı

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

Hafif ateşte, antipiretik gerekli değildir. Ateşin antipiretiklerle düşürülmesi, ateşe neden olan hastalığın diğer belirtilerini maskeleyebilmesi ve tanı konulmasını güçleştirmesi açısından, sadece vücut sıcaklığını düşürmek amacıyla rutin kullanımı önerilmemektedir (NİCE 2013).

Yüksek ateşte, antipiretik önerilir (Mollahüseyinoğlu 2013). Çocuklarda ateş düşürücü olarak kullanılan ilaç sayısı oldukça sınırlıdır. Antipiretikler, ateşli çocukla karşı karşıya kalan ebeveynler, doktorlar ve çocuk hemşirelerinin ateşi düşürmek, hastanın konforunu sağlamak amacıyla kullandığı bir tedavi yöntemidir**.** Unutulmaması gereken kural, antipiretiklerin beyindeki termostat ayarını yükselten prostoglandin (PGE2) yapımını azaltmak suretiyle vücut sıcaklığını 1-2º azaltma etkisine sahip olduğudur. Ateşin düşmesi altta yatan hastalığın tedavisi anlamına gelmediği gibi, ciddi bakteriyel enfeksiyon ile viral hastalığın ayırıcı tanısına da yardımcı olmamaktadır (Mollahüseyinoğlu 2013, Yavuz 2016).

Klasik pediatri kitapları; American Journal of Therapeutics, (2000) ve uluslarası organizasyonlar (WHO, AAP), parasetamolü ağrı ve ateş tedavisinde ilk seçenek olarak önermektedir (Mollahüseyinoğlu 2013).

Parasetamol ve ibuprofen gibi antipiretikler, çocuklarda vücut sıcaklığını azalmak için yaygın kullanılmaktadır. Fakat sadece sıcaklığı azaltmak amacıyla rutin kullanımı tavsiye edilmemektedir. Bu ilaçlar ateşin nedenini etkilemediği gibi sadece hastanın daha konforlu hissetmesini sağlar. Antipiretik ajanlar febril konvülziyonu önlemediği ve bu amaçla kullanılmaması gerektiği de bildirilmektedir (NİCE 2013).

Antipiretiklerin doğru dozda ve kısa süreli kullanımında zararlarının olmadığı ancak, farklı marka ilaçların karıştırılarak kullanılmasının aşırı doz için potansiyel bir tehlike oluşturduğu bildirilmektedir (Vitrinel 2009, NICE 2013). Yapılan çalışmalarda, parasetamol ve ibuprofenin ardışık olarak kullanımının ateşi düşürmede tek başına parasetamol veya ibuprofen kullanılmasına üstünlüğünün olmadığı gösterilmiştir (Edwars ve ark 2003, Mollahüseyinoğlu 2013). Edwars ve ark (2003)'nın araştırmalarında hemşirelerin faklı dozlarda antipiretik ilaç uygulaması antipiretiklerin kullanımının sağlık çalışanları arasındaki tutarsızlığına örnek olmaktadır. Athemnah ve ark (2014)'nın çalışmasında ise, ebeveynlerin çocukların ağırlığındaki değişimleri göz ardı ederek, pediatristin önceki hastalığında verdiği dozu kullandığı tespit edilmiştir. Çocuğun ağırlığındaki artış ya da eksilmenin dikkate alınmamasının, doğru dozda antipiretik verilmemesine neden olabileceği vurgulanmıştır. Yine aynı çalışmada 3 çocuktan daha fazla sayıda çocuk sahibi olan annelerin antipiretik ilaçları doğru yönetimi ile annelik deneyiminin artması arasında olumlu bir ilişki saptanmıştır.

Mide kanaması ve ülser riski nedeniyle yüksek doz ibuprofen kullanımından kaçınılması önerilmektedir. Serebral palsili, dehidrate bir çocuğa İbuprofen verilmesi, böbrek yetmezliği ya da renal hasara yol açabilirken, parasetamol kullanımı daha güvenlidir (NICE 2013).

Bebek ve çocuklarda yaygın kullanılan antipiretikler aşağıda verilmiştir. Günümüzde de çocuklarda ateş düşürücü ilaçlar arasında sadece parasetamol ve ibuprofen yer almaktadır (NICE 2013).

Parasetamol (Asetaminofen): Çocuklarda en sık kullanılan ateş düşürücüdür. İki aylıktan daha büyük bebeklerde ve çocuklarda kullanılır. Günde kilo başına 150 mg'dan fazla verildiğinde, karaciğer hasarına yol açabilir. Parasetamol 30-60 dakikada kandaki yeterlilik dozuna ulaşır. Bu yüzden uygun dozda ve uygun zaman aralığında kullanılmalıdır. 10-15 mg/kg/doz/4 saatte, en yüksek günlük toplam doz

60 mg/kg'dır (Bakır ve Toprak 2006, Vitrinel 2009, Mollahüseyinoğlu 2013, Karlı 2015) .

İbuprofen: Etkisi parasetamol ile benzerdir. ibuprofen çocuklarda ateşi düşürmede parasetamolden sonra ikinci seçenektir. Kandaki azami yoğunluğuna 2 saatte ulaşır bu sebeple 6-8 saat aralıkla verilmesi önemlidir (Vitrinel 2009). 5-10 mg/kg/doz/6-8 saatte, max günlük doz 40-60 mg/kg'dır. Ateş düşürücü etkisi parasetamole göre %50-100 kat daha güçlü, yan etkiler açısından parasetamole göre daha fazla risk taşır (Bakır ve Toprak 2006, Mollahüseyinoğlu 2013, Karlı 2015).

Aspirin (Asetilsalisik asit): Etkin bir ateş düşürücü olmasına rağmen yan etkileri parasetamole göre çok daha fazladır. Gastrointestinal sistem üzerinde olumsuz etkileri vardır. Kanamaya eğilimi arttırır. Çocuklarda en önemli yan etkisi, viral enfeksiyonlarda ateş düşürücü olarak kullanıldığında, 100.00'de/1-2 oranında karaciğer ve beyin hasarı ile seyreden, %40 ölümle sonuçlanan "Reyy sendromu"na sebep olabilmektedir. Bu sebeple 1980'li yıllarda gelişmiş ülkelerde ateş düşürücü olarak kullanımı kaldırılmıştır. Aspirinin kullanım dozu; 10-15 mg/kg/doz, 4-6 doz gün, (en yüksek 4g/gün)'dür (Bakır ve Toprak 2006, Mollahüseyinoğlu 2013, Karlı 2015).

1.12. Ateşli Çocukta Hemşirelik Bakımı

Çocuk kliniklerinde çalışan sağlık profesyonelleri, iyi iletişim becerileri sayesinde; aileden alınacak öykü ve yeterli fizik incelemenin yapılmasına katkıda bulunarak, ateş yönetiminin başarılı bir şekilde yürütülebilmesinde anahtar rol oynayabilirler. Ailelerin gerek ateşli çocuğun yönetimindeki korku ve endişelerini, ateş yönetimindeki yanlış inanç ve uygulamalarını değerlendiren araştırmalar incelendiğinde (Baker 1999, Crocetti ve ark 2001, Sarrell ve ark 2002, Edwars ve ark 2003, Kara 2003, Walsh ve ark 2005) günümüzde halen devam eden yanlış uygulamalar olduğu gözlenmektedir (Halıcıoğlu ve ark 2011, Mohamed ve Ali 2012, Polat ve ark 2012, Alqudah ve ark 2014, Patrica 2014, Öztürk ve ark 2015, Yalnızoğlu ve ark 2015, Peetoom ve ark 2016). Yapılan çalışmalar ateşin zararsız olduğuna dair kanıtlara rağmen, sağlık çalışanlarının ateşin fayda ve zararları konusunda karmaşık düşüncelere sahip olduklarını, hemşireler ve ebeveynlerin yanlış algı ve korkularının olduğunu en fazla da çocukta febril konvülsiyona neden olacağı korkusunu yaşadıkları bildirilmektedir (Walsh ve ark 2005, Patrica 2014). Bu veriler özellikle çocuk klinikleri ve çocuk acil servislerinde çalışan sağlık profesyonelerinin; vücudun ateşe verdi-

ği yanıt, ateşin faydaları, güvenli bir şekilde yönetimi konusunda sürekli ve etkin eğitim programlarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Sarrell ve ark 2002, Edwars ve ark 2003, Edwards ve ark 2006, Öztürk ve ark 2015, Yalnızoğlu ve ark 2015). Ayrıca hemşirelerin ateşin fizyolojisi, yanı sıra ebeveynleri güvenli ve kanıta dayalı ateş yönetim uygulamalarına teşvik etmek amacıyla çocuklarda ateş yönetim bilgilerini geliştirme ihtiyacının olduğu bildirilmektedir (Patrica 2014).

Sağlık profesyonellerinin çocuk hastada ateş yönetimi konusunda yetersiz ve tutarsız uygulamalardan biri ise, antipiretiklerin yönetimi konusudur. Çalışmalar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının ateşin tanımı, yönetimi antipiretiklerin kullanım zamanı/süresi/dozu ve antipiretiklerin febril konvülziyonları geçirmedeki etkisi ile ilgili yanlış tutum ve davranış içerisinde olduklarını ve çelişkili düşündüklerini belirtmektedir (Poirier ve ark 2000, Edwars ve ark 2003, Walsh ve ark 2005, Greensmith 2012, Patrica 2014, Yalnızoğlu ve ark 2015, Peetoom ve ark 2016,).

Öztürk ve ark (2015)'nın yaptığı çalışmada, acil servise başvuran çocukların ateş seviyelerinin çok yüksek olmamasına rağmen, evde annelerin acil serviste sağlık profesyonellerinin antipiretik kullanım oranları yüksek bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; çocuklarda ateş yönetimi ile ilgili en son literatürlere ulaşılması ve kanıta dayalı verilerin, uygulamalara aktarılması için pediatri ve acil servis hemşirelerinin sürekli eğitimi önerilmektedir. Ayrıca pediatri hemşirelerinin, primer bakım verici rollerini kullanarak; çalıştıkları sağlık kurumlarında eğitim toplantıları düzenleyerek ebeveynleri ateş yönetimi konusunda bilgilendirmeleri önerilmektedir.

1.12.1. Ateşli Çocukta Hemşirelik Girişimleri

Ateşli çocuğu tanımlamaya yönelik girişimler

-Sağlık çalışanları ateşli çocuğun yönetiminde öncelikle; danışmanlık rolünü kullanarak ailenin ateş korkusunu ve anksiyetesini en aza indirmeli ve çocuğun uygun sağlık hizmetini almasını sağlamalıdır.

-Aile ateşi düşürme ve altta yatan nedeni bulmaya yönelik hastane bakım süreci konusunda bilgilendirilmeli ve tıbbi bakımda ailenin önemi vurgulanarak, karşılıklı güven oluşması için desteklenmelidir.

-Ateşin ciddi bir hastalık neticesinde gelişebileceği dikkate alınarak, çocuğun genel durumu izlenmeli ve vital bulgular titiz bir şekilde kayıt edilmelidir.

-Çocuğun yaş grubunun fiziksel ve immünolojik özellikleri göz önüne alınarak öyküsü alınmalıdır (çocuğun yaşı, ateşin derecesi – süresi, ateş ölçüm bölgesi, yakın zamanda aşılanma durumu, bilinç durumu, ateş sırasında kovülsiyon hareketlerin varlığı, döküntülü hastalık geçirme durumu, antibiyotik ve antipiretik verilme durumu….).

-Genel durum gözlemlenmeli, vücut ısısı ve hayati bulgular gözlemlenmelidir.

Ateşli çocuğun bakımına yönelik uygulamalar

-Çocuğun bakımı, vücut sıvı dengesi koruma ve konforu arttırmaya yönelik olmalıdır.

-Çocuğun üzerinde kalın giysiler varsa çıkarılmalı ve ısı aralığına uygun giydirilmelidir.

-Oral mukoz membran korunmalı, dehidratasyon belirtileri izlenmeli ve gerekli sıvı alımı (oral ya da inravenöz) sağlanmalıdır.

-Dinlenme ve aktivite zamanları planlanmalıdır.

-Beslenme planlanmalı. Ateş çocuğun kalori gereksinimlerini artırır. Bu nedenle ateşlenen çocuğun aç bırakılmaması ve beslenmesinin desteklenmesi gerekir. Ancak beslenme için aşırı zorlanmamalıdır.

-Enfeksiyon kontrol önlemleri alınmalıdır.

-Aile fiziksel ateş düşürme yöntemleri konusunda bilgilendirilmeli ve uygun yöntemlerle ateşin düşürülmesi desteklenmelidir.

-Ilık su ile silme, (>39.4ºC- 41.1ºC), antipiretiklere cevap vermeyen ve antipiretik verilmesinden 30 dakika sonrasında değişim olmayan çocuklarda önerilebilir. Ilık uygulama ile vücut sıcaklığı 1,5-2ºC'den fazla düşürülmemelidir. Uygulama 5 dakikadan az, 30 dakikadan uzun sürmemelidir.

-Aileye; ateşin kaynağını fark etmenin önemi ve tedaviyi planlamadaki rolü, hafif ateşin tedavi gerektirmediği, yüksek ateşin bakım ve tedavi girişimleri, doğru antipiretik dozu, febril konvülziyon ve ateş yönetim pratikleri konusunda bilgi verilmelidir.

-0-5 yaş aralığındaki çocuklarda oral termometre tercih edilmemelidir.

-1-5 yaş arası çocuklarda, aksiller ölçüm yapan elektronik ya da infrared termometre kullanılmalıdır. Ekim ve ark'nın (2013) araştırma sonucunda, infrared temassız alın termometresinin güvenilirliği konusunda henüz yeterli kanıtın olmadığı, ancak acil servis gibi hasta giriş çıkışının hızlı olduğu kliniklerde, hızlı ve pratik kullanımdan dolayı rektal termometreye alternatif olarak infrared temassız alın termometresinin kullanılabileceği bildirilmektedir.

-Yenidoğan döneminin bitiminden (ilk 4 hafta) itibaren 5 yaşa kadar aksilla bölgesinden ölçüm yapan elektronik termometre veya timpanik termometre kullanılmalı, civalı termometreler kullanılmamalıdır.

-Çocuğun genel durumu iyi ve ateş sınır seviyeye yükselmediyse, antipiretikler kullanılmamalıdır.

-Ateş düşürücü ilaçlar kombine veya dönüşümlü kullanılmamalıdır.

-Ateşin altta yatan sebebi belirlenmeden ve reçetesiz antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır (Sarrell ve ark 2002, Edwars ve ark 2003, Halıcıoğlu ve ark 2011, Greensmith 2012, Alqudah ve ark 2014, De ve ark 2014, Öztürk ve ark 2015, Yalnızoğlu ve ark 2015, Peetoom ve ark 2016).

Ateşli çocuğun yönetimi evde ebeveyn tutum ve davranışlarıyla başlayan ve hastanede takip edilmesinin arkasından yine evde sürdürülen bir bakım sürecidir. Bu sürecin başarılı yönetiminde sağlık profesyonelleri kadar ebeveyn eğitimlerinin rolü ve önemi büyüktür. Sağlık profesyonelleri, ailelerin *"çocukta ateş yönetimi"* konusunda bilinçlendirilmesini ve desteklenmesini sağlayarak ateş yönetim başarısını arttırabilir.

2.GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı olarak yapıldı.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Konya İli kent merkezinde yer alan Necmettin Erbakan Üniversitesi (N.E.Ü) Meram Tıp Fakültesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi çocuk kliniklerinde yapıldı.

N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesinden çocuk acil, çocuk cerrahisi, çocuk intaniye, çocuk gastroenteroloji-nefroloji-allerji, çocuk hematoloji, çocuk kardiyoloji klinikleri araştırma kapsamına alındı. Meram tıp fakültesi çocuk acil ünitesi 18 hasta kapasitesine sahip olup 12 sağlık profesyoneli çalışmaktaydı. Çocuk intaniye 11 yataklı olup 6 sağlık profesyoneliyle hizmet vermekteydi. Çocuk cerrahisi kliniği 27 hasta kapasiteli olup 13 sağlık profesyoneli çalışmaktaydı. Çocuk gastroenteroloji- nefroloji ve allerji kliniği 16 hasta kapasiteli olup, hizmet veren sağlık profesyoneli 12 idi. Çocuk hematoloji kliniği 18 hasta kapasiteli ve 14 sağlık profesyoneli çalışmaktaydı. Çocuk kardiyoloji 13 hasta kapasitesine sahip 10 sağlık profesyoneli çalışmaktaydı. Çocuk yoğun bakım 10 yataklı olup 18 sağlık profesyoneliyle hizmet vermekteydi. Meram Tıp Fakültesi çocuk kliniklerinde toplamda 92 sağlık profesyoneli çalışmakta idi.

TC Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çocuk acil, çocuk cerrahi, süt çocuğu, oyun çocuğu klinikleri, çocuk yoğun bakım üniteleri araştırmaya dahil edildi. On dört hasta kapasiteli çocuk acil kliniğinde 12 sağlık profesyoneli çalışmaktaydı. Çocuk cerrahi kliniğinde 9 sağlık profesyoneli çalışmakta ve 14 hasta takip edilmekteydi. Süt çocuğu ve oyun çocuğu kliniklerinde toplamda 21 sağlık profesyoneli çalışmakta ve 52 hasta izlenmekteydi. Çocuk yoğun bakım ünitesinde 13 sağlık profesyoneli çalışmakta ve 6 hasta takip edilmekteydi. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinin çocuk kliniklerinde toplamda 55 sağlık profesyoneli çalışmakta idi.

TC Sağlık Bakanlığı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesinde çocuk acil, çocuk intaniye, süt çocuğu ve çocuk dahiliye, çocuk cerrahi ve nefroloji klinik-

leri araştırmaya dahil edildi. Çocuk acil kliniğinde 11 sağlık profesyoneli çalışmakta ve 11 hasta izlenmekteydi. Çocuk intaniye kliniğinde 18 sağlık profesyoneli çalışmakta ve 35 hasta takip edilmekteydi. Süt çocuğu ve çocuk dahiliye kliniklerinde toplamda 18 sağlık profesyoneli çalışmakta ve 31 hasta izlenmekteydi. Çocuk cerrahi ve nefroloji kliniklerinde 10 sağlık profesyoneli çalışmakta ve toplamda 24 hasta takip edilmekteydi. Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesinin çocuk kliniklerinde toplamda 57 sağlık profesyoneli çalışmakta idi.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Konya ili kent merkezinde yer alan iki kamu ve bir üniversite hastanesinin çocuk kliniklerinde hemşire olarak çalışan 204 sağlık profesyoneli oluşturdu. Araştırmaya dahil edilen sağlık profesyonelleri, 02 Mayıs 2007 tarih ve 26510 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da belirlenen hemşire unvanını almaya hak kazanmış sağlık profesyonelleri oluşturdu (Resmi Gazete 2007). Bu kapsamda araştırmaya ilgili yasa çıkmadan önce hemşire olarak çalışma yetkisi olanlar, hemşirelik programı mezunları, hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programından mezun olanlar ile yasanın belirlediği sınırlarda hemşire olma yetkisi kazanan ebeler ve çocuk acil kliniklerinde çalışan ATT çıkışlı sağlık profesyonelleri araştırma evrenine dahil edildi.

2.4. Araştırmanın Örneklemi

2.4.1. Örnek Seçimi

Araştırma evrenin ulaşılabilirliği dikkate alınarak örneklem seçimine gidilmeyerek, çocuk kliniklerinde hemşire olarak çalışan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 160 sağlık profesyonelleri dahil edildi. Araştırmanın yapıldığı tarihte 30 sağlık profesyonelinin izinde olması (doğum öncesi-doğum sonrası izin, yıllık izin, rapor ve askerlik), 174 kişinin aktif çalışan olması ve 14'ünün araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle evrenin %78'4 üne ulaşılabildi.

2.4.2. Örnek Seçim Kriterleri

Sağlık profesyonellerinin çocuk kliniklerinde çocuk hemşiresi olarak en az 3 aydır çalışıyor olması.

2.5.Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

2.5.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak literatür (Oski's ve ark 1999, Sarrell ve ark 2002, Dalkıran 2007, Pul 2006, Esenay ve ark 2007, Kiekkas ve ark 2007, Bölükbaşı 2011) doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen "Sağlık Profesyonellerinin Çocukta Ateş Yönetimi Anket Formu" (Bkz. EK-A) kullanıldı.

Anket formu üç bölüm ve 34 sorudan oluşmakta idi.

Birinci bölümde; sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özelliklerini içeren 4 soru, mesleki özelliklerini içeren 6 soru yer aldı (Bkz. EK-A).

İkinci bölümde; sağlık profesyonellerinin antipiretik ilaç kullanımına ilişkin uygulamalarını içeren 4 sorudan oluştu (Bkz. EK-A).

Üçüncü bölümde; literatür doğrultusunda belirlenen (Walsh ve ark 2005) ateş yönetim bilgilerini içeren maddeler yer aldı. Bu maddeler ateş yönetimini üç alanda değerlendirmekte ve toplamda 20 sorudan oluşmaktaydı. Bu alanlar; ateşin fizyolojisi ile ilgili bilgileri içeren 8 madde, ateş yönetimindeki genel bilgileri içeren 7 madde ve ateş yönetiminde antipiretik kullanım bilgilerini içeren 5 madde şeklindeydi (Bkz. EK-B).

Araştırmaya başlamadan önce anket formunun ateş yönetim bilgilerini içeren Walsh ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen kısmı İngilizceden Türkçeye çevirisi için çocuk sağlığı ve hastalıkları alanındaki üç uzmana gönderildi ve görüşleri alındı (Bkz. EK-G). Uzmanlardan her bir maddenin İngilizce ve Türkçe anlamlarını gözden geçirmesi ve Uygun Değil (1), Biraz Uygun (2), Uygun (3) seçeneklerinden birini işaretlemeleri ve öneri çeviri cümlelerini belirtmeleri istendi. Dil değerlendirme sonucunda, uzman görüşleri doğrultusunda beş madde üzerinde düzenlemeler yapıldı. Bilgi maddeleri içerik geçerliliğini değerlendirmek üzere çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında 9 uzmana gönderildi (Bkz. EK-G). Uzmanlardan ateş yönetim bilgi maddelerini değerlendirmesi ve " Kesinlikle Uygun" (1), "Uygun (Madde ve ifade için ufak değişiklikler gerekli)"(2), "Biraz Uygun (Maddenin ve ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli)" (3), "Uygun Değil" (4) seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Uzmanların görüşlerinin birbiri ile uyumluluğunu değerlendirmek amacıyla Kendall W analizi yapılmıştır. Dokuz uzmanın puanları

arasındaistatistiksel olarak farkın olmadığı (Kendall W=0,15, P=0,11) saptanarak, uzman puanlarının uyumlu olduğu görülmüştür. Görüşler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapıldı ve veri toplama aracı ön uygulama için hazır hale getirildi.

Çocuk hemşiresi olarak çalışan sağlık profesyonellerinden, anket formunda yer alan bilgi maddelerini doğru/yanlış şeklinde yanıtlamaları istendi. Doğru yanıtlar "1", yanlış yanıtlar "0" olarak kodlandı ve toplam puan üzerinden değerlendirme yapıldı. Bilgi maddelerinde toplam en yüksek "20", en düşük "0" puan alınmakta idi. Ateş yönetimi bilgi maddeleri; ateşin fizyolojisi ile ilgili bilgiler (8 soru) en düşük "0" ile en yüksek 8 puan, ateş yönetimindeki genel bilgiler (7 soru) en düşük "0" ile en yüksek "7" ve ateş yönetiminde antipiretik kullanım bilgileri (5 soru) en düşük "0" ile en yüksek "5" puan olarak hesaplandı. Puanın yüksek olması çocukta ateş yönetimi bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu göstermekteydi.

2.5.2. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verilerinin, kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra, anket formunu dolduracak sağlık profesyonelleri arasındaki bilgi akışını engellemek amacıyla kısa sürede toplanması planlandı. Veri toplama süresinin sınırlılığı nedeniyle araştırmayı yürüten hemşire 5-15 Aralık 2014 tarihleri arasında yıllık izin kullandı ve araştırma evrenindeki hastaneler gündüz ve gece vardiyası dikkate alınarak günde iki kez ziyaret edildi. Veriller belirlenen kliniklerde sağlık profesyonellerinin uygun olduğu saatlerde toplandı. Veri toplama aracı sağlık profesyonellerine dağıtıldı ve araştırmacının gözetiminde öz bildirime dayalı olarak yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulması sağlandı. Veriler sağlık profesyonellerinin iş akışını engellemeyecek şekilde hemşire bankoları ve hemşire odalarında toplandı. Sağlık profesyonellerinin anket formunu doldururken birbirleri ile etkileşim içerisinde olmamalarına özen gösterildi. Çalışanlar arasında bilgi akışının olmasını engellemek amacıyla araştırmacı tarafından çalışanların gece ve gündüz vardiyalarına göre, ziyaret takvimi oluşturuldu ve ilgili hastaneler veri toplama süreci boyunca günde 2 kez ziyaret edildi

2.6. Ön Uygulama

Örnekleme alınmayan çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinde çalışan 10 sağlık profesyonelinden anket formunu doldurması istendi. Elde edilen veriler

araştırma kapsamına alınmadı. Ön uygulama sonunda anket sorularının açık ve anlaşılır olduğu belirlendiğinden herhangi bir düzenlemeye gidilmedi.

2.7.Değişkenler

2.7.1. Tanımlayıcı Değişkenler

- Ateşli çocuğa ateş düşürücü vermenin nedenleri
- Klinikte antipiretik verme kararını veren kişi
- Antipiretik uygulama için vücut sıcaklığı en önemli gösterge olup olmadığı
- Ateş düşürücü verilmesi gerektiğini düşünülen vücut sıcaklığı düzeyi
- Kliniğinizde ateş yönetimi konusunda yazılı bir prosedür olup olmadığı

2.7.2.Bağımsız Değişkenler

Sosyo Demografik Özellikler

- Yaş
- Cinsiyet
- Öğrenim durumu
- Çocuk sahibi olma durumu

Mesleki Özellikler

- Mesleki ünvanı
- Mesleki deneyim yılı
- Çocuk kliniklerinde çalışma süresi
- Son beş yılda mesleki bir kongreye katılma durumu
- Mezuniyet sonrası çocukta ateş yönetimi konusunda eğitim alma durumu
- Çocukta ateş yönetimi ile ilgili bilimsel makale okuma durumu
- Çocukta ateş yönetimi konusundaki bilgilerini yeterli bulma durumu

2.7.3.Bağımlı Değişkenler

Sağlık profesyonellerinin çocukta ateş yönetimi alanları ile ilgili (ateş fizyolojisi, ateş yönetimi, antipiretik bilgisi ve ateş yönetimindeki kullanımı) bilgi puan ortalamaları.

2.8.Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Karşılaştırmalı verilerde Kolmogorowv-Smirnov testi yapıldı. Normal dağılım göstermeyen ikili gruplarda Mann - Whitney U testi (U) ve ikiden fazla gruplarda ise Kruskal Wallis testi (KW) kullanıldı. Bu karşılaştırmalarda anlamlı bulunan durumlar için grupların ikili karşılaştırmalarında grup içi varyansların homojen olup olmamasına göre Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. Tüm analizlerde $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ve p değeri doğrudan yazıldı.

2.9.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik izni, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan 23 Temmuz 2014 tarihli 2014/71 sayılı karar ile alındı (Bkz. EK-D). Araştırmanın yürütülmesi için, TC. Kamu Hastaneleri Kurumu Konya İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliğinden yazılı izin alındı (Bkz. EK-E) N.E. Üniversitesi Meram Tıp fakültesi için ise, Meram Tıp Fakültesi Başhekimliğinden 3 Eylül 2014 tarihli 33101875-900/9455 sayılı karar ile yazılı kurum izin alındı (Bkz. EK-F). Ayrıca, örneklem kapsamındaki sağlık profesyonellerine çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildikten sonra, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine yönelik onamları alındı (Bkz. EK-C)

3.BULGULAR

Çocuk kliniklerinde hemşire olarak çalışan sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi ve antipiretik kullanımı hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan araştırmada, bulgular dört bölümde sunuldu. Bu bölümler;

1.Sağlık profesyonellerinin sosyodemografik, mesleki özellikleri ve antipiretik kullanımına ilişkin bulgular,

2.Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgileri ve bilgi puanlarına yönelik bulgular,

3.Sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özelliklerine göre, ateş yönetimi ile ilgili bilgi puan ortalamalarına (ateş fizyolojisi, ateş yönetimi ve antipiretik bilgisi ve ateş yönetimindeki kullanımı) yönelik bulgular,

4.Sağlık profesyonellerinin mesleki özelliklerine göre, ateş yönetimi ile ilgili bilgi puan ortalamalarına (ateş fizyolojisi, ateş yönetimi ve antipiretik bilgisi ve ateş yönetimindeki kullanımı) yönelik bulgular.

3.1. Sağlık Profesyonellerinin Sosyodemografik, Mesleki Özellikleri ve Antipiretik Kullanımıyla İlgili Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo demografik özellikleri (Çizelge 3.1), mesleki özellikleri (Çizelge 3.2) ve antipiretik kullanımlarına ilişkin düşncelerine (Çizelge 3.3) yönelik bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.1. Sağlık profesyonellerinin tanıtıcı özellikleri (n=160).

Özellikler	**n**	**%**
Yaş (yaş ort. 30,8 ± 6,6 yıl		
	90	56,25
19-32	70	43,75
33 ve üzeri		
Cinsiyet		
Kadın	133	83,1
Erkek	27	16,9
Öğrenim Durumu		
Lise	50	31,3
Önlisans	33	20,6
Lisans	68	42,5
Lisansüstü	9	5,6
Çocuk Sahibi Olma		
Evet	100	62,5
Hayır	60	37,5

Araştırma kapsamına alınan sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özellikleri ile ilgili tanımlayıcı bulgulara göre dağılımları Çizelge 3.1'de gösterildi. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin yaşlarının 19-45 yıl arasında değiştiği ve yaş ortalamasının 30,8 ± 6,6 olduğu görüldü. Sağlık profesyonellerinin %83,1'i kadın, %42,5'i lisans mezunu ve % 62,5'i çocuk sahibiydi (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.2 Sağlık profesyonellerinin mesleki özellikleri (n=160)

Özellikler	**n**	**%**
Hemşire	118	73,8
Sağlık memuru	14	8,8
Ebe	18	11,3
ATT	10	6,3
Mesleki deneyim yılı		
1-5 yıl	53	33,1
5-10 yıl	51	31,9
10 yıl ve üzeri	56	35,6
Çocuk hemşireliği deneyim süresi		
0-2 yıl	72	45,0
3 yıl ve üzeri	88	55,0
Son 5 yılda mesleki kongreye katılma durumu		
Evet	41	25,6
Hayır	119	74,4
Mezuniyet sonrası ateş yönetimi eğitim alma durumu		
Eğitim aldı	21	13,1
Eğitim almadı	139	86,9
Çocukta ateş yönetimi bilimsel makale okuma durumu		
Evet	42	26,3
Hayır	118	73,8
Çocukta ateş yönetimi bilgilerini yeterli bulma durumu		
Evet	81	50,6
Hayır	79	49,4

Çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin mesleki özellikleri incelendiğinde; %73,8'inin hemşire olduğu görüldü. Sağlık profesyonellerinin, %35'i 10 yıl ve üzeri çalışma deneyimine sahipken, %55'inin 3 yıl ve üzeri çocuk hemşireliği deneyimi olduğu, %74,4'ünün son beş yılda mesleki bir kongreye katılmadığı, %86,9'unun mezuniyet sonrası çocuklarda ateş yönetimi konusunda mesleki bir eğitim almadığı, %73,8'inin ateş yönetimi konusunda bilimsel makale okumadığı, %50,6'sının ateş yönetimi konusunda bilgilerini yeterli buldukları belirlendi (Çizelge 3.2).

3.3. Sağlık profesyonellerinin antipiretik kullanımına ilişkin uygulamaları

Klinikte ateş düşürücü verme kararını kim verir	**n**	**%**
Doktor	98	61,2
Doktor + Hemşire	62	38,8
Antipiretik uygulama için vücut sıcaklığı en önemli gösterge midir?		
Evet	123	76,9
Hayır	37	23,1
Ateş düşürücü vermeyi gerekli gördükleri vücut sıcaklığı		
37,5- 38 ºC	85	53,2
38,5-39 ºC	65	40,6
39,5- 40ºC	10	6,3
Klinikte ateş yönetimi konusunda yazılı prosedür var mı?		
Var	6	3,8
Yok	154	96,2
Antipiretik verme nedenleri *		
Ateşi ve belirli semptomları azaltmak	7	45,1
Ateş nöbeti riskini azaltmak	59	36,8
Ateşin daha fazla yükselmesine engel olmak.	29	18,1

*** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Sağlık profesyonellerinin ateşli çocukta ateş düşürücü vermelerinin ilk üç nedeni Çizelge 3.3'de gösterildi. Çocuk kliniklerinde ateş düşürücü verme kararını %61,2 oranla doktorların verdiği, sağlık profesyonellerinin %76,9'unun antipiretik vermek için vücut sıcaklığını önemli bir gösterge olarak gördükleri ve %53,2'sinin 37,5-38ºC vücut sıcaklığında ateş düşürücü verilmesini öngördüğü bulundu. Araştırmanın yürütüldüğü çocuk kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin %96,2'si kliniklerinde ateş yönetimi konusunda yazılı bir prosedür olmadığını belirtti. Sağlık profesyonelleinin ateş düşürücü vermelerinin birinci en önemli nedeni olarak nöbet riskini azaltmak, ikinci en önemli neden olarak; ateşin daha fazla yükselmesine engel olmak ve üçüncü en önemli neden olarak da ateşi ve belirli semptomları azaltmak ifadesini seçtikleri belirlendi.

3.2. Sağlık Profesyonellerinin Ateş Yönetimi Bilgileri ve Bilgi Puanlarına Yönelik Bulgular

Bu bölümde katılımcıların ateş yönetimine ilişkin bilgilerin dağılımı ve doğru yanıt verme oranları verilmiştir.Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimine yönelik bilgi durumlarını değerlendiren anket soruları üç bölüm, 20 maddeden oluşmaktadır. Bilgi maddelerinin tamamı doğru ifadeden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık profesyonellerinin ateşin fizyolojisi ile ilgili bilgilerini değerlendiren 8 madde, ikinci bölümde, ateş yönetimindeki genel bilgilerini değerlendiren 7 madde ve üçüncü bö-

lümde, antipiretik bilgisi ve ateş yönetimindeki kullanımını içeren 5 madde yer almaktadır (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.4. Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi hakkındaki bilgileri (n=160)

Ateş Yönetimi Bilgi Maddeleri	**Doğru**	
	n	**%**
Ateş fizyolojisi ile ilgili bilgiler		
Vücudun termoregulatuar merkezi hipotalamusta bulunmaktadır	148	92,5
Çocuklarda en yüksek sıcaklık viral enfeksiyonlarda görülür	105	65,6
Artmış antikor üretimi ateşin yararlı sonuçlarındandır	127	79,4
Vücuttaki her bir °C lik artış solunum sayısında 1-4/dk artış yapar	144	90,0
Serum demir üretimindeki bir artış ateşin faydalı etkilerinden değildir	77	48,1
Bebek ve çocuklarda iştahın artması ateşin sonucu değildir	149	93,1
Çocuklarda ateşli konvülsiyonlar sıklıkla düşük ateşi olanlarda görülür	32	20,0
Ateşli çocuklarda oksijen tüketimi, kardiyak output ve kalori ihtiyacı artar.	140	87,5
Ateş yönetimindeki genel bilgiler		
Ateşte en sık görülen yan etkilerden birisi dehidratasyondur.	106	66,2
Ateşin asıl tehlikesi (altta yatan neden hariç) dehidratasyondur.	58	36,2
Ilık su ile soğutma ateş düşürücü verildikten sonra 30 dakika uygulanabilir	94	58,8
Ağlamak bebeklerde dehidratasyonun belirtisi değildir	116	72,5
Yüksek ateşli tüm çocukların ayrıntılı fizik değerlendirilmesi gereklidir	151	94,4
Ateşli çocukta ateşin ölçümü, fizik muayene ve öyküsü birlikte değerlendirilmelidir	153	95,6
Aşırı giyinme, sıcak banyo ve eksersiz çocukta ısı artışına neden olabilir.	133	83,1
Ateşin yönetiminde antipiretik kullanım bilgileri		
Ateş düşürücüler prostoglandin aktivitesini inhibe ederek ateşi düşürür.	119	74,4
Parasetamolün çocuklardaki kullanım dozu 4 saat arayla 15mgr/kg/doz'dur	116	72,5
Parasetamol için maksimum emilim süresi 10-60 dakikadır	135	84,4
3 yaş üzerindeki çocuklarda ateş yönetiminde en yaygın paresatomol kullanılır.	149	93,1
Böbrek ve karaciğer toksisitesi parasetamolün yan etkilerindendir.	148	92,5

Çizelge 3.4 incelendiğinde; sağlık profesyonellerinin ateş fizyolojisi ile ilgili olarak "Bebek ve çocuklarda iştahın artması ateşin sonucu değildir" maddesini en yüksek oranda (%93,1) doğru bildikleri belirlendi. Ateş yönetimi genel bilgilerinden

"Ateşli çocukta, ateşin ölçümü, fizik muayene ve öyküsü birlikte değerlendirilmelidir" maddesini yüksek oranda (%95,6) doğru yanıtladıkları ve ateşin yönetiminde antipiretik kullanım bilgilerinde ise "3 yaş üzerindeki çocuklarda ateş yönetiminde en yaygın paresatomol kullanılır" maddesini yüksek oranda %93,1 doğru yanıtladıkları bulundu**.**

Çizelge 3.5. Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgi puanları (n=160)

Bilgi puanları	**Puan aralığı**	**En düşük değer**	**En yüksek değer**	**Ort±SS**
Ateş fizyolojisi ile ilgili bilgi puanı	0-8	3	8	5,78±1.06
Ateş yönetimindeki genel bilgi puanı	0-7	3	7	5,07±1,03
Ateşin yönetiminde antipiretik kullanım bilgi puanı	0-5	2	5	4,17±0,87
Toplam bilgi puanı	0-20	11	20	15,02±1,90

Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgi puanları çizelge 3.5.'te verildi. Sağlık profesyonellerinin ateş fizyolojisi bilgi maddelerinin en az 3, en fazla 8 maddesine doğru yanıt verdikleri, bilgi puan ortalamasının ise, 5,78±1.06 olduğu, ateş yönetimi genel bilgilerinin en az 3, en fazla 7 maddesine doğru yanıt verdikleri ve bilgi puan ortalamasının, 5,07±1,03 olduğu, antipiretik kullanım bilgi maddelerinin en az 2, en fazla 5 maddesine doğru yanıt verdikleri ve bilgi puan ortalamasının 4,17±0,87 olduğu belirlendi. Ateş yönetimi bilgi maddelerinden aldıkları toplam puan incelendiğinde ise, en az 11, en fazla 20 puan aldıkları ve toplam puan ortalamasının 15,02±1,90 olduğu bulundu (Çizelge 3.5).

3.3. Sağlık Profesyonellerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ateş Yönetimi ile İlgili Bilgi Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular

Bu bölümde, sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özelliklerine göre (cinsiyet, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu) ateş yönetimi ile ilgili (ateş fizyolojisi, ateş yönetimi ve antipiretik bilgisi ve ateş yönetimindeki kullanımı) bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi (Çizelge 3.6).

Çizelge 3.6.Sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özelliklerine göre ateş yönetimi ile ilgili bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=160).

		Ateş fizyoloji bilgi puanı	Ateş genel bilgi puanı	Antipiretik kullanım bilgi puanı	Ateş toplam bilgi puanı
Özellikler	**n**	**$\bar{x}$±ss**	**$\bar{x}$ ±ss**	**$\bar{x}$±ss**	**$\bar{x}$±ss**
Cinsiyet					
Kadın	133	4,93±1,03	5,05±1,03	4,17±,87	14,16±1,81
Erkek	27	5,15±,95	5,15±1,06	4,15±,91	14,44±2,01
U		1585,5	1695,0	1774,5	1613,5
p		*0,316*	*0 ,633*	*0,918*	*0 ,401*
Öğrenim durumu					
Lise	50	4,90±1,9	4,92±,94 (**b**)	4,18±,80	14,00±1,87
Önlisans	33	4,91±,84	4,88±1,82 **(c)**	4,24±,90	14,03±1,59
Lisans	68	5,01±1,07	5,16±1,05	4,13±,90	14,31±1,96
Lisansüstü	9	5,89±1,17	5,22±,83 (**a**)	4,11±1,05	15,22±,1,39
KW		1,136	7,854	0,494	4,271
p		0,768	**0,049**	0,920	0,234
Çocuk sahibi olma					
Hayır	60	4,80±1,01	5,03±1,01	4,08±,91	13,92±1,80
Evet	100	5,07±1,02	5,09±1,06	4,22±,85	14,38±1,86
U		2595,5	2938,5	2756,5	2595,0
p		0,135	0,821	0,357	0,148

a>b>c

Sağlık profesyonellerinin cinsiyete göre toplam bilgi puanı, ateş fizyolojisi, ateş yönetimi ve antipiretik kullanımına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Öğrenim durumuna göre toplam bilgi puanı ve alt boyutlardan ateş fizyolojisi ile antipiretik kullanımına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ($p>0.05$), ancak ateş yönetimi genel bilgi puan ortalamaları arasında ise anlamlı düzeyde fark olduğu bulundu ($p=0,049$). Yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U ileri analizine göre; yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin ateş yönetimi bilgi puan ortalamalarının lise ve önlisans mezunlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$), diğer ikili gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi.

Çocuk sahibi olan ve olmayanların toplam bilgi puanı ve ateş fizyolojisi, ateş yönetimi genel bilgiler ve antipiretik kullanımına ilişkin bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Çizelge 3.6.).

3.4. Sağlık Profesyonellerinin Mesleki Özelliklerine Göre Ateş Yönetimi ile İlgili Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişin Bulgular

Bu bölümde, sağlık profesyonellerinin mesleki özelliklerine göre (mesleki ünvan, mesleki deneyim yılı, çocuk hemşiresi olarak çalışma yılı, son beş yılda mesleki kongreye katılma durumu, mezuniyet sonrası çocukta ateş yönetimiyle ilgili eğitim alma durumu, çocukta ateş yönetimi konusunda bilimsel makale okuma ve ateş yönetimi bilgilerini yeterli algılama durumu), ateş yönetimi ile ilgili bilgi (ateş fizyolojisi, ateş yönetimi ve antipiretik bilgisi ve ateş yönetimindeki kullanımı) puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara (Çizelge 3.7)'de yer verildi.

Çizelge 3.7. Sağlık profesyonellerinin mesleki özelliklerine göre ateş yönetimi ile ilgili bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=160)

Özellikler	**n**	**Ateş fizyoloji bilgi puanı**	**Ateş genel bilgi puanı**	**Ateş genel bilgi puanı**	**Antipiretik kullanım bilgi puanı**
Mesleki unvan		$\bar{x}$±ss	$\bar{x}$±ss	$\bar{x}$±ss	$\bar{x}$±ss
Hemşire	118	4,93±,96	5,04±1,02	4,09±,89	14,07±1,71
Sağlık memuru	14	5,00±1,11	5,21±1,19	4,21±,80	14,43±2,24
Ebe	18	5,11±1,13	5,00±1,14	4,50±,71	14,61±2,09
ATT	10	5,10±1,45	5,30±,95	4,40±,97	14,80±2,35
KW		2,826	0 ,737	0 ,709	4,789
p		*0* ,419	0 ,864	0 ,871	0 ,188
Mesleki deneyim					
<5	53	4,89±,99	5,00±,94	4,13±,88	14,02±1,77
5-10	51	4,88±,97	5,04±1,06	4,33±,86	14,25±1,67
>10	56	5,13±1,08	5,16±1,11	4,05±,86	14,34±2,07
KW		1,304	0 ,892	3,850	0 ,624
p		0,521	0 ,640	0 ,146	0, 732

Çizelge 3.7. (Devamı) . Sağlık profesyonellerinin mesleki özelliklerine göre ateş yönetimi ile ilgili bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=160)

Özellikler		**Ateş fizyoloji bilgi puanı**	**Ateş genel bilgi puanı**	**Antipiretik kullanım bilgi puanı**	**Ateş toplam bilgi puanı**
	n	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS
Çocuk hemşiresi deneyim yılı					
0-2	52	5,15±1,07	5,13±1,03	4,31±,88	14,60±1,82
3 ve üzeri	108	4,88±,98	5,04±1,04	4,10±,86	14,02±1,83
U		2348,000	2627,000	2393,000	2254,000
P		0,079	0 ,492	0 ,105	***0 ,041***
Son 5 yılda mesleki kongreye katılma durumu					
Evet	41	4,93±1,10	5,17±1,18	3,95±,95	14,05±2,14
Hayır	119	4,98±,99	5,03±,98	4,24±,83	14,26±1,73
U		2426,000	2247,500	2015,500	2322,500
P		0,956	0 ,434	0,075	0, 643
Mezuniyet sonrası ateş yönetimi konusunda eğitim alma durumu					
Evet	21	25,05±1,07	5,10±1,14	4,19±,87	14,33±2,08
Hayır	139	4,96±1,01	5,06±1,02	4,17±,87	14,19±1,81
U		1412,500	1457,000	1440,000	1394,000
P		0 ,804	0 ,989	0,916	0 ,737
Ateş yönetimi konusunda bilimsel makale okuma durumu					
Evet	42	4,86±1,14	5,12±1,06	4,02±,92	14,00±1,87
Hayır	118	5,01±,97	5,05±1,03	4,22±,85	14,28±1,83
U		2314,500	2414,500	2184,000	2274,000
P		*0,507*	*0,798*	*0,221*	*0,423*
Çocukta ateş yönetimi konusunda bilgilerini yeterli bulma durumu					
Evet	81	4,91±1,04	4,96±1,03	4,10±,87	13,98±1,92
Hayır	79	5,03±1,00	5,18±1,03	4,24±,87	14,44±1,74
U		*3028,500*	*2816,500*	*2886,500*	*2788,000*
P		*0,541*	*0,173*	*0,252*	*0,154*

Sağlık profesyonellerinin mesleki özellikleriyle ateş yönetimi bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ATT ünvanıyla çalışan sağlık profesyonellerinin toplam bilgi puan ortalaması (14,80±2,35) ve ateş yönetimi genel bilgi puan ortalamaları (5,30±,95) hemşire ve ebe grubuna göre yüksek bulundu ancak istatiksel olarak gruplar arasında fark olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Mesleki deneyim yılı ve ateş yönetimi bilgi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; 10 yılın üzerinde çalışanların ateş yönetimi toplam bilgi puanları, ateş fizyolojisi bilgi puanları ve genel bilgi puanlarının ortalaması 5< ve 5-10 yıl arası çalışanlara göre daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Çocuk hemşireliğindeki deneyim yılı ile bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; 0-2 yıldır çocuk kliniklerinde çalışanların toplam bilgi puan ortalamalarının 3 yılın üzerinde çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Sağlık profesyonellerinin bilgi puan ortalamaları ile son beş yılda kongreye katılma, mezuniyet sonrası ateş yönetimi konusunda bilgi alma, bilimsel makale okuma ve ateş yönetimi konusunda bilgilerini yeterli bulma durumları karşılaştırıldığında, gruplar arasında puanlarının benzer olduğu görüldü ($p>0,05$) (Çizelge 3.7).

4.TARTIŞMA

Tartışma bu çalışmanın; araştırma sorularına ilişkin bulgular üzerine planlandı ve araştırma sonucunda elde edilen bulgular dört başlık altında tartışıldı:

1- Sağlık profesyonellerinin sosyodemografik, mesleki özellikleri ve antipiretik kullanımına ilişkin bulguların tartışılması.

2- Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgileri ve bilgi puanlarına yönelik bulguların tartışılması.

3- Sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özelliklerine göre ateş yönetimi ile ilgili bilgi puan ortalamalarına yönelik bulguların tartışılması.

4-Sağlık profesyonellerinin mesleki özelliklerine göre ateş yönetimi ile ilgili bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması.

4.1. Sağlık Profesyonellerinin Sosyodemografik, Mesleki Özellikleri ve Antipiretik Kullanımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Sağlık Bakanlığının "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te Pediatri hemşiresinin görevi" doğrultusunda; hastalık sürecini objektif (ateş, kan basıncı ve solunum düzeyi, laboratuvar bulguları) ve subjektif veriler doğrultusunda değerlendirerek izler ve değişiklikleri kaydeder şeklindedir. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik; Bakanlığın belirlediği pediatri hemşiresinin takip etmesi gereken objektif verilerden biri olan "ateş" hemşirelerin ateş yönetimindeki görev tanımları içerisinde, bakıma katılımını, rol ve sorumlulukları belirtilmektedir (Resmi Gazete 2011). Çocuk kliniklerinde hemşire olarak çalışan sağlık profesyonellerinin, ateş yönetimi ve antipiretik kullanımı konusundaki bilgilerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma 160 sağlık profesyonelinin katılımıyla gerçekleştirildi.

Sağlık profesyonellerinin yaşlarının 19-45 yıl arasında değiştiği ve yaş ortalamasının 30,8±6,6 olduğu belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğu (%83,1) kadın, yarıya yakınının (%42,5) lisans mezunu olduğu, çok azının (% 5.6) lisansüstü eğitim aldığı ve büyük çoğunluğunun (%73,8) hemşire ünvanına sahip olduğu ve yarıdan fazlasının da çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 3.1) Bu sonuçlar bu çalışmanın örneklemine özgüdür.

Sağlık profesyonellerinin bir kısmının 10 yıl üzeri (% 35,6) ve yarıdan fazlasının (%55) 3 yıl ve üzeri çocuk hemşireliği deneyimine sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda mesleki deneyimi 3 yıldan daha az olan sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgileri, mesleki deneyimi 3 yıldan fazla olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun son beş yılda mesleki bir kongreye katılmadığı ve neredeyse tamamına yakınının mezuniyet sonrası çocuklarda ateş yönetimi konusunda mesleki bir eğitim almadığı, bir kısmının (%73,8) ateş yönetimi konusunda bilimsel makale okumadığı ve yarısının (%50,6) ateş yönetimi konusunda bilgilerini yeterli buldukları belirlenmiştir (Çizelge 3.2). Araştırmadan elde edilen sağlık profesyonellerinin tanıtıcı özellikleri hakkındaki bulgular çalışma grubuna özgü olarak değerlendirilmiştir. Ateş yönetimi konusundaki dünya genelindeki çalışmalar hemşirelerin ateşin riskleri, yararları ve zararları hakkında zihinlerinin karıştığını ifade etmektedir (Poirier ve ark 2000, Walsh ve ark 2005, Edwards ve ark 2006, Khalifa 2007, Greensmith 2012, Mohamed ve Ali 2012, Genny Raffaeli ve ark 2016). Çalışmada sağlık profesyonellerinin önemli bir kısmının ateş yönetimi konusunda mesleki eğitim almamış olması ve bu konuda bilimsel makale okumaması, bununla birlikte yarısının ateş yönetimi bilgilerini yeterli bulması sağlık profesyonellerinin bu konuda yeterliliklerini geliştirmediğine ve böyle bir durumda, zihinsel karmaşa yaşamalarının kaçınılmaz olduğunu açıklayıcı önemli bir veri olabilir. Peetoom ve arkadaşlarının (2016) çocuk kliniklerindeki doktor ve hemşirelerin ateş yönetimi bilgileri üzerine yürüttükleri çalışmada sağlık profesyonelleri çalışmamızın aksine mevcut bilgilerini geliştirme ihtiyacı olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların antipiretik kullanımına yönelik bulguları incelendiğinde, sağlık profesyonellerinin ateş düşürücü vermelerinin en önemli nedenleri arasında sırasıyla nöbet riskini azaltmak, ateşin daha fazla yükselmesine engel olmak, ateşi ve semptomları azaltmak ifadesini seçtikleri bulunmuştur. Çalışmadaki sağlık profesyonellerinin ateş düşürücü vermedeki önem sıralamaları, literatürle benzerlik göstermekte ve ateşli çocukta en önemli korku nedenlerinin çocuğun febril konvülziyon geçirme olduğuna dikkat çekmektedir (Bridgwater ve ark 2013, Khair ve ark 2015). Bir çok çalışmada hemşirelerin febril konvülziyonu önlemek düşüncesiyle uygun olmayan ateş düşürücü kullanımı bildirilmektedir (Poirier ve ark 2000, Walsh ve ark 2006, Greensmith 2012). Ateşli çocuğun fiziksel görünümündeki farklılıklar, huzursuzluk, vital bulguların bozulması da sağlık çalışanlarının ateşli çocuğun bakımında bir an

önce çocuğun rahatlatılması düşüncesiyle erken dönemde gereksiz antipiretik uygulamalarına ve yanlış ateş yönetimine neden olması sebebiyle oldukça önemlidir (Mollahüseyinoğlu 2013, Athamneh ve ark 2014, Patrica 2014).

Çocuk kliniklerinde ateş düşürücü verme kararını çoğunlukla (%61,2) doktorların verdiği tespit edilmştir (Çizelge 3.3). Antipiretik kullanımı diğer ilaçlarda olduğu gibi hekimlere ait bir karardır. Ancak acil durumlarda ve hekime ulaşılamadığında hemşirenin bu ilacı kullanımı ile ilgili bilgi ve klinik düzenlemelerin olması gereklidir.

Sağlık profesyonellerinin önemli bir kısmının (%76,9) antipiretik vermek için vücut sıcaklığını önemli bir gösterge olarak gördükleri ve yarıdan fazlasının (%53,2) 37,5-38 ºC vücut sıcaklığında ateş düşürücü verilmesini öngördüğü bulunmuştur. (Çizelge 3.3). Crocetti ve ark. (2001)'nın yılında son 20 yıla yönelik ateş hakkındaki yanlış inanç ve algıların değerlendirildiği araştırmada; 37,8 ºC≤ ateşin sağlık çalışanları arasında önemli bir sıcaklık olduğunun düşünüldüğü ifade edilmiştir. Benzer bir çalışmada hemşirelerin 38,5ºC den daha düşük ateşte ateş düşürücü verdikleri bildirilmektedir (Khalifa 2007). Hemşirelerin düşük dereceli ateşi azalttıkları ve ateşi düşürmede antipiretik ilaç kullanma kararını hızlı verdiklerine dair literatürler bulunmaktadır (Poirier ve ark 2000, Sarrell ve ark 2002, Öztürk ve ark 2015). Öte yandan düşük dereceli ateşin yararlı etkilerine dair bilgiler de mevcuttur (Oski's ve ark 1999, Sarrell ve Kahan 2002). Hemşirelerin çocuklarda ateş yönetiminin önemli bir parçası olan antipiretik kullanımını doğru uygulanabilmesi ve ebeveynlere doğru bilgiyi taşıyabilme görevini yerine getirebilmesi ateş yönetimi bilgilerini güncellemesinden geçmektedir.

Çalışmanın yürütüldüğü çocuk kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin tamamına yakını kliniklerinde ateş yönetimi konusunda yazılı bir prosedür olmadığını belirtmişlerdir. Çocuk hemşiresi hasta bakım hizmetlerinin önemli bir parçasıdır, çocuk ve ebeveyn ile en yakın ilişkide olan sağlık çalışanıdır (Bridgwater ve ark 2013). Ebeveynlerin ateş korku ve endişelerine yönelik bir çalışmada, sağlık profesyonellerinden aldıkları bilgiyi güvenilir buldukları ifade edilmektedir (Peetoom ve ark 2016). Bu nedenle, ateş yönetiminde uygun adımların tanımlanıp etkin bir şekilde uygulanabilmesi açısından, kliniklerde kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda ortak ateş yönetim pratik şemalarının olması gerek ebeveyn gerekse sağlık profesyonelleri arasındaki ateş yönetimindeki yanlış uygulamaları en aza indirebilir. Çağdaş hemşirelik

bakımında kanıta dayalı rehberlerin kullanımı giderek artmaktadır. Standart kaliteyi sağlamak amacıyla ateşli çocuğa yönelik hemşirelik bakım rehberlerinin hazırlanması ve kullanılmasının önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

4.2. Sağlık Profesyonellerinin Ateş Yönetimi Bilgileri ve Bilgi Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmada katılımcıların ateş yönetimi bilgi maddelerinden en az 11, en fazla 20 maddeye doğru yanıt verdikleri tespit edilmiştir. Anket formunda yer alan 20 bilgi maddesinden tamamına doğru yanıt veren sadece bir kişi tespit edilmiştir. En az doğru yanıtı veren bir kişi de, 11 soruya doğru yanıt vermiştir. Ortalama bilgi puanları ise, 15,02±1,90 olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.5). Bilgi maddelerinin tamamının 20 puan üzerinde değerlendirildiğinde, sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgi düzeylerinin iyi olduğu söylenebilir. Yoğun bakım hemşirelerinin ateş yönetimi bilgi ve uygulamalarına yönelik bir çalışmada; ateş fizyolojisi, ateşin patofizyolojisi ve ateş yönetimi bilgi maddelerinin yarısından fazlasına doğru yanıt verdikleri bulunmuştur (Mohammed ve Ali 2012). Çalışmadaki sağlık profesyonellerinin, tamamına yakınının en çok ateş yönetimi bilgi maddelerinden, "Ateşli çocukta, ateşin ölçümü, fizik muayene ve öyküsü birlikte değerlendirilmelidir" bilgi maddesini doğru yanıtladıkları (%95,6), en az doğru yanıtlanan maddenin ise, "Çocuklarda ateşli konvülziyonlar sıklıkla düşük ateşi olanlarda görülür" ifadesinin olduğu belirlenmiştir (%20) (Çizelge3.4). Bu sonuçlar çalışmaya özel olduğu düşünülebilinir. Sağlık çalışanlarının ateş yönetimi bilgilerinin değerlendirildiği Türkçe çalışmanın bulunmaması ve İngilizce literatürlerin sınırlı sayıda olup yurtdışında hemşirelik eğitimlerinin ülkemizden farklı oluşu, bu bulguyu kıyas etme imkanını sınırlamaktadır. Bununla birlikte çalışmadaki bu sonuç, sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgilerini ölçen daha kapsamlı çalışmaların yürütülmesine ihtiyacı vurgulamaktadır.

Sağlık profesyonellerinin fizyoloji bilgi puan ortalamasının 5,78±1.06 olduğu ve bu sonucun yeterli düzeyde olduğu düşünülmüştür. Walsh ve arkadaşlarının (2005) çalışmasındaki ateşin fizyolojisi ile ilgili bilgi puan ortalaması 5.04±1.39 olup çalışmamızdaki sonuçla kıyaslandığında birbirine yakın değerde olduğu görülmektedir. Bu bölümde en fazla doğru yanıt verilen bilgi maddeleri; "Bebek ve çocuklarda iştahın artması ateşin sonucu değildir" (%93,1), "Vücudun termoregulatuar merkezi hipotalamusta bulunmaktadır" (%92,5), bu iki sonuç Walsh ve arkadaşlarının (2005)

çalışmasıyla çok yakın benzerlik göstermektedir. En az doğru yanıtlanan soru ise, "Çocuklarda ateşli konvülsiyonlar sıklıkla düşük ateşi olanlarda görülür" (%20), Walsh ve arkadaşlarının çalışmasında da en az doğru yanıtlanan (%2) bilgi maddesi olmuştur (Walsh ve ark 2005). En az doğru yanıtın febril konvülsiyonla ilgili bilgi sorusuna verilmiş olması da sağlık profesyonellerinin ateşli çocuktaki febril konvülsiyon konusunda bilgi eksikliği olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimindeki genel bilgi puanının 5,07±1,03 olduğu, Walsh ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise genel bilgi puan ortalaması (4,51±1,07) daha düşük olduğu bildirilmiştir. Çalışmada "ateşli çocukta ateşin ölçümü, fizik muayene ve öyküsü birlikte değerlendirilmelidir en fazla doğru yanıtlanan (%95,6) ateş yönetimi genel bilgi maddesi olduğu Walsh ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise (%82,4) bu maddenin daha düşük oranda doğru bilindiği görülmüştür. Çalışmada en düşük oranda (%36,2) "ateşin asıl tehlikesi (altta yatan neden hariç) dehidratasyondur" maddesini doğru bildikleri belirlenmiştir. Bu sonuç sağlık çalışanlarının ateş esnasında çocukta oluşabilecek diğer yan etkilerin ve fizik bulgularının yeterince farkında olmadıklarını göstermektedir.

Sağlık profesyonellerinin ateş yönetiminde antipiretik kullanım bilgi puan ortalamasının 4,17±0,87 olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının antipiretik kullanım bilgilerinin yeterli düzeyde olduğu söylenebilir. Walsh ve arkadaşlarının antipiretik kullanım bilgi puan ortalamalarının (2,84±0,97) çok düşük olduğu görülmektedir. Bu bölümde, en fazla doğru (%93,1) yanıtlanan bilgi maddesi "3 yaş üzerindeki çocuklarda ateş yönetiminde en yaygın paresatomol kullanılır" ifadesi olduğu benzer şekilde Walsh ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da en fazla doğru yanıtlanan (%88,2) bilgi maddesi olmuştur. En az doğru yanıtlanan (%72,5) ise "Parasetamolün çocuklardaki kullanım dozu 4 saat arayla 15mgr/kg/doz'dur" bilgi maddesidir. Çocuklarda çok yaygın olarak kullanılan parasetamolün yüksek oranda doğru bilinmesi beklenirdi. Kliniklerde ilaç dozu ve verilme sıklığını belirleyen hekim olsa bile bunu uygulayan ve doğruluğunu da değerlendirmesi gereken hemşiredir. Bu bağlamda hemşirelerin bu konudaki bilgi açığının giderilmesine ihtiyaç vardır.

Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgi maddeleri toplam puan ortalamasının 15,02±1,90 olduğu bulunmuştur. Walsh ve arkadaşlarının (2005) çalışmasındaki toplam bilgi puan ortalaması ise 12,39±2,18 olup çalışmamızdan daha düşük olduğu görülmektedir. Toplam bilgi puanının benzer çalışmaya göre yüksek olması

istendik bir durum olmakla birlikte bazı maddelere ilişkin doğru yanıtın az olması gerçeği göz ardı edilmemelidir. Çocukta ateş yönetimi konusu her zaman güncel tutulması gereken önemli bir konudur.

4.3. Sağlık Profesyonellerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ateş Yönetimi ile İlgili Bilgi Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmada sağlık profesyonellerinin cinsiyet ve çocuk sahibi olma değişkenlerine göre, ateş fizyolojisi, ateş yönetimi, antipiretik kullanımı ve toplam bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Çizelge 3.6). Annelerin ateş yönetimi bilgilerini inceleyen bir çalışmada annenin çocuk sahibi olma tecrübesinin ateşli çocuğun yönetimindeki uygulamalarını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (De ve ark 2014). Çocuk sahibi olmanın, ebeveynlerin ateş yönetimi bilgilerini etkilemesi, sağlık profesyonelinin çocuk sahibi olmasının, ateş yönetimi bilgisini etkileyebileceğini akla getirmektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin "çocuk sahibi olma ve çocuk sahibi olmama" durumu ile ateş yönetimi bilgilerinin karşılaştırıldığı bir literatür bulunmamaktadır.Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgilerini etkileyen faktörlerin değerlendirileceği geniş kapsamlı çalışmalarla, çocuk sahibi olma durumlarıyla bilgi puanları arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasının açıklayıcı bir sonuca götürebileceğini düşündürmektedir.

Öğrenim durumu lisansüstü olan sağlık profesyonellerinin, ateş fizyolojisi, antipiretik kullanımı ve toplam bilgi puan ortalamalarının, öğrenim durumu lise, önlisans ve lisans olanlara göre yüksek olduğu, ancak mevcut farklılığın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, lisansüstü olanların, ateş yönetimi genel bilgi puan ortalamalarının lise ve ön lisans mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Walsh ve arkadaşlarının (2005) ve Mohammed ve Ali (2012) benzer çalışmalarında hemşirelerin eğitim seviyelerinin ateş yönetimi bilgi puanlarının seviyesini etkilediği belirtilmektedir.

4.4. Sağlık Profesyonellerinin Mesleki Özelliklerine Göre Ateş Yönetimi ile İlgili Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişin Bulguların Tartışılması

Çalışmada mesleki unvan ile ateş yönetimi bilgi puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.7). Ülkemizde ateş yönetimi ile ilgili

çalışmalar incelendiğinde, sağlık profesyonellerinin mezun oldukları bölüme göre ateş yönetimi bilgilerini değerlendiren herhangi bir bulguya rastlanmamaktadır.

Mesleki deneyim yılı ve ateş yönetimi bilgi puan durumlarının değişmediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Genel olarak sağlık çalışanlarının mesleki deneyim yılının artması, sağlık profesyonellerinin pek çok alanda bilgi, tecrübe ve bakım kalitesinin daha iyi olmasıyla orantılı düşünülür. Benzer iki çalışmada, hemşirelerin çalışma yılına göre ateşin fizyolojisi, genel bilgileri ve patofizyolojisi hakkındaki bilgi düzeylerinin değiştiğini göstermiştir (Greensmith 2012, Mohamed ve Ali 2012).

Çocuk hemşireliğindeki deneyim yılı ile ateş yönetimi bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 3.7). Greensmith (2012)'in çalışmasında bulgularımızın aksine, çocuk hemşireliği eğitimi alma ve çocuk hemşireliği deneyim yılı arasında küçük bir grupta, pozitif bir korelasyon bulduğunu bildirirken, Walsh ve ark (2006), çocuk hemşireliği deneyim yılının az da olsa ateş yönetimindeki genel bilgi puanlarına yansıdığını bildirmektedir.

Ülkemizde hemşirelikte klinik branşlaşma henüz yaygın olmadığı sınırlı da olsa yüksek lisans programlarıyla bunun sağlandığı bilinmektedir. Hemşirelikte branşlaşma, konu alanı ile ilgili teorik ve pratik altyapının daha güçlü olacağı yönündedir ve desteklenmesi gerekmektedir.

Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgi puan ortalamaları ile son beş yılda mesleki kongreye katılma, mezuniyet sonrası ateş yönetimi konusunda eğitim alma, bilimsel makale okuma ve ateş yönetimi konusunda bilgilerini yeterli bulma durumlarına göre bilgi puanlarının benzer olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Yukarıda belirtilen değişkenlerin istenilen düzeyde olması çocuk hemşireliğinin bilgi düzeyini ve profesyonelliğine katkı sağlayacağı şüphesizdir.

5.SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır.

Sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun son 5 yılda mesleki bir kongreye katılmadığı, ateş yönetimi ile ilgili bilimsel makale okumadığı, tamamına yakınının mezuniyet sonrası ateş yönetimi ile ilgili eğitim almadığı ve yarısının ateş yönetimi konusundaki bilgilerini yeterli bulduğu,

Kliniklerde ateş düşürücü verme kararını çoğunlukla doktorların verdiği ve ateş yönetimi ile ilgili yazılı bir prosedürün bulunmadığı,

Sağlık profesyonelleri arasında antipiretik verme kararı ve nedenlerinin farklılık gösterdiği,

Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgi maddelerinden en az 11, en fazla 20 maddeye doğru yanıt verdiği,

Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi bilgi puanları değerlendirildiğinde en yüksek puanları sırasıyla "ateşin yönetiminde antipiretik kullanımı", ateş yönetimindeki genel bilgi" ve "ateş fizyolojisi ile ilgili bilgi" olduğu,

Sağlık profesyonellerinin, ateş yönetimi ile ilgili bilgi puan ortalamaları ile cinsiyet ve çocuk sahibi olma durumunun bilgi puan ortalamalarını etkilemediği, ancak öğrenim durumu ile ateş yönetimi genel bilgi puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, Lisansüstü sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi genel bilgi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu,

Sağlık profesyonellerinin, ateş yönetimi ile ilgili bilgi puan ortalamaları ile mesleki unvan, mesleki deneyim, son beş yılda mesleki kongreye katılım, mezuniyet sonrası ateş yönetimi ile ilgili eğitim alma, ateş yönetimi ile ilgili bilimsel makale okuma ve ateş yönetimi konusunda bilgilerini yeterli bulma durumunun bilgi puan ortalamalarını etkilemediği, ancak 0-2 yıl çocuk hemşiresi olarak çalışanların ateş yönetimi toplam bilgi puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmaktadır;

Sağlık Profesyonellerine Yönelik Öneriler

Hayat boyu öğrenme felsefesi ışığında hemşirelerin bilgiye ulaşma, kullanma ve kongre katılımları desteklenmeli,

Sağlık Kurumlarına Yönelik Öneriler

Çocuklarda ateş yönetiminde kaliteli ve standartlara uygun bakımın planlanabilmesi ve uygulanabilmesi, sağlık profesyonellerinin bu süreçte aktif rol alması ve yazılı düzenlemelerin oluşturulması gerekmektedir. Yazılı düzenlemelerin hazırlanmasında doktor, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri ile çocuk sağlığı ve hemşireliği alanında uzman akademik personel birlikte çalışmalı,

Ateş yönetimi bilgi kılavuzları; uluslararası kanıta dayalı bilgileri içermeli, kolay ulaşılır, kolay anlaşılır olmalı, ortak bir dil ve web uygulamasına dayalı güçlü görsel bir bilgiyle desteklenmeli,

Sağlık kurumlarında; pediatri hemşiresinin ateş yönetimindeki bakıma katılımını sağlayıcı rol ve sorumlulukları belirtilmeli,

Hastanelerde ateş yönetimi ve değerlendirmesi ile ilgili hizmet içi eğitim programları ve klinik uygulama kılavuzlarının entegrasyonu ihtiyacı karşılanmalı,

Ateş yönetimi ile ilgili resmi klinik politikaları geliştirilmeli,

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Araştırmada kullanılan ateş yönetimi ile ilgili veri formunun yeniden uzman görüşü alınarak metodolojik çalışma ile geçerlilik ve güvenilirliğine bakılmalı,

Sağlık profesyonellerinin ateş yönetimindeki bilgi ve uygulamalarına yönelik daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılmalı,

Daha geniş çalışma gruplarında ateş yönetimi bilgi maddelerinin genişletilerek sağlık profesyonellerinin bilgi ihtiyaçları, bilgi eksikliklerinin tespitine yönelik çalışmaların planması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Ak Ö, Gençer S, 2013. İnfeksiyon hastalıklarında antipiretik kullanımı. İç Hastalıkları Dergisi, 20, 1-11.

Alqudah M, Johnson M, Cowin L, George A, 2014. An innovative fever management education program for parents, caregivers, and emergency nurses. Advanced Emergency Nursing Journal, 36(1), 52-61.

Arman D, 2009. Nedeni bilinmeyen ateş. Türkiye Klinikleri Özel Sayısı, 2(1), 35-40.

Arslan S, Aydın M, 2015. Annelerin ateş fobisi ve ateş yönetimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(1), 1-6.

Athamneh L, El-Mughrabi M, Athamneh M, Essien EJ, Abughosh S, 2014. Parent's knowledge, attitudes and beliefs of childhood fever management in jordan: a cross-sectional study. Journal of applied research on children: Informing policy for children at risk, The Texas Medical Center, **5**,1-8.

Bacher A, 2005. Effects of body temperature on blood gases. İntensive Care Medicine, 31(1), 24-7.

Baker MD, 1999. Evaluation and management of infants with fever. Pediatric Clinical North Am, 46, 1061-72.

Bakır M, Toprak D, 2006. Ateş patogenez ve tedavi. Klinik Çocuk Forumu, 6,(1),22-28

Bebiş H, Coşkun S, Açıkel CC, Özdemir S, 2013. 0-6 Yaş grubu çocuğu olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 12(6), 699-708.

Bölükbaşı S, 2011. 0-4 Yaş çocuğu olan ebeveynlerin ateşin belirlenmesi, kontrolü ve düşürülmesine ilişkin görüşleri, Yükseklisans Tezi, Lefkoşe.

Bridgwater K, Fletcher M, Hatter H-E, Houghton J, Mason C, Monaghan J, 2013. Caring for children with fever. London WIG ORN, Published by the Royal Collage of Nursing, 20 Cavendish Square**,** p 1-11.

Crocetti M, Mooghbeli N, Serwint J, 2001. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years. Officıal Journal of the American Academy of Pediatrics, 107(6), p. 1241-6.

Çataklı T, Can V, Dallar Y, 2012. Annelerin ateş düşürücü Kullanma bilgileri yeterli mi? J Pediatr Inf, 6, 139-43.

Çölaraz N, 2013. Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı: Bilgi, tutum ve uygulamaları. Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis, 1, 27-32.

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

De S, Tong A, Isaacs D, Craig JC, , 2014. Parental perspectives on evaluation and management of fever in young infants: an interview study. Arc Dis Child, 0, 1-7.

Demir M, Bayat M, , 2005. Tokat Karşıyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi acil servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. . Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(Ek Sayı), 22-9.

Edwards H, Courtney M, Wilson J, Monaghan S, 2001. Fever management practices: what pediatric nurses say. Nursing and Health Sciences, 3(3), 119-30.

Edwards H, Walsh A, Courtney M, Monaghan S, Wilson J, Young J, 2006. Improving Pediatric nurses knowledge and attitudes in childhood. Journal of Advanced Nursing, 57(3), 257-69.

Edwars H, Courtney M, Wilson J, .Monaghon S, Walsh A, 2003. Fever management: Australian nurses antipyretic usage. Pediatric Nursing, 29(1), 31-7.

Ekim A, Ocakçı AF, 2013. Infrared temassız alın termometresi: çocukların ateş ölçümünde güvenilir bir yöntem mi? sistematik derleme. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi, 15(2), 68-76.

Ekim M, 2008. Yenidoğanda idraryolu enfeksiyonu tedavisi. Güncel Pediatri Dergisi, 4.Uludağ Pediatri kış kongresi/ özel sayı, 6(1).

El-Radhı AS, 2011. The3 role of fever ın the pastand present. Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences, 19:(1), 9-14.

Eliaçık K, Kanık A, Oyman G, Rastgel H, Güngör S, Anıl M, Helvacı M, Bakiler AR, 2012. Ebeveynlerin ateş hakkındaki bilgi, inanış ve yanlış uygulamaları ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 13(1), 5-7.

Esenay FI, İşler A, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G, 2007. Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. Türk Ped Arş, 42, 57-60.

Genny Raffaeli O, Gambino M, Rios WP, Bosis S, Bianchini S, Tagliabue C, Esposito S, 2016. Fever and pain management in childhood: healthcare providers' and parents' adherence to current recommendations. İnternational Journal of Environmental Research and Public Health, 13, 499.

Greenes S, Fleeisher G, 2004. When body tempereture changes, does rectal temperature lag?, J Pediatr, 144, 824-6.

Greensmith L, 2012. Nurses' knowledge of and attitudes towards fewer and fever management in one Irish children's hospital. Journal of Child Health Care, 17(3), 305-16.

Halıcıoğlu O, Koç F, Akman SA, Teyin A, 2011. Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Derg, 1(1), 13-9.

Henker R, Carlson KK, 2007. Fever applying research to bedside Practice. AACN Advanced Critical Care, 18(1), 76-87.

İlçe A, Karabay O, 2009. Ateş ölçümünde dört farklı vücut bölgesinin karşılaştırılması ve hasta tercihinin incelenmesi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 11(3), 5-10.

Janice E. Sullivan, Henry C, Farrar, 2011. Clinical report fever and antipyretic use in children. American Academy of Pediatrics, 127:580–587 .

Kara B, 2003. Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi sted, 12(2), 10-4.

Karaahmetoğlu GU, Softa HK, 2015. 0-6 Yaş grubu çocuğu olan annelerin ateş ve ateşli havale İle ilgili bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 4(2), 54-60.

Karlı A, 2015. Ateşli çocuğa yaklaşım. Ankara, Derman Tıbbi Yayıncılık, s. 1-10.

Khalifa MIM, 2007. Impact of an educational program based on evidence related to fever management. J Egypt Public Health Assoc, 82, 5-6.

Khair MA, Elmagrabi D, 2015. Febrile seizures and febrile seizure syndromes. Neurology Research International, 2015, 1-7.

Kiekkas P1, Brokalaki H, Manolis E, Askotiri P, Karga M, Baltopoulos GI, 2007. Fever and standart monitoring parameters of ICU patients. İntensive and Critical Care Nursing, 23(5):281-8.

Lorin M. I. (1999) Pathogenesis of fever and its treatment. In: Oski's McMillan J. A, Warshaw JB, eds: Lippincott, Philadelphia, pp. 848–850.

Mcilvoy L, 2012. Fever management in patients with brain injury. American Association of critical-care nurses, 23(2), 204-11.

Mohamed LA, Ali NS, 2012. Critical care nurses knowledge and practice of fever management at a university hospital. Journal of american Science 8(12), 1545-53.

Mollahüseyinoğlu H, 2013. Ateşli çocuk, antibiyotik kullanımı, kültür alalım mı? IX. Ulusal acil tıp kongresi. ATUDER. Antalya.

NICE (National Institute for Health and Care Exellence), 2013. Erişim tarihi 21 Şubat 2014. Erişim adresi, http://guidance.nice org.uk/2013.

O'Neill MK , M Liebman, JH Barnsteiner, 2001. Fever education: does it reduce parent fever anxiety?. Pediatr Emerg Care 17(1), 47-51.

Öztürk Ö, Topan A, Ayyıldız TK, 2015. Ateş şikayeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2(3), 285-96.

Patrica C, 2014. Evidence- based management of childhood fever: What pediatric nurses need to know. Journal of pediatric nursing, 29(4), 372-5.

Peetoom KK, Ploum L, Smits JM, Halbach NS, Dinant G-J, Cals aJ, 2016. Childhood fever in well-child clinics: a focus group study among doctors and nurses. BMC Health Services Research, 16, 240.

Poirier MP, Davis PH, Gonzalez-del Rey JA, Monroe KW, 2000. Pediatric emergency department nurses' perspectives on fever in children. Pediatr Emerg Care, 16(1), 9-12.

Polat N, Doğaner YÇ, Aydoğan Ü, Onar T, Gök F, Sağlam K, Özcan O, 2012. Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş bilinç durumu. . Euras J Fam Med, 1(1), 11-6.

Polat S, Beyazova U, 2009. Çocukluk çağında ateşli hastaya yaklaşım. Turkiye Klinikleri J Inf Dis-Special Topics, 2(1), 49-56.

Pour HA, Yavuz M, 2010. Vücut sıcaklığındaki yükselmenin (Ateşin) hemodinamik parametrelere etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(3), 73-9.

Pul S, 2006. Çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalışan hemşirelerin ateş ve ateşin yönetimi hakkındaki bilgi düzeyleri, yaklaşımları ve etkileyen faktörlerin araştırılması. Yükseklisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Resmi Gazete, 2011, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te Pediatri hemşiresinin görevi.Resmi Gazetede 19.04.2011, Sayı: 27910. (Erişim Tarihi: 26 temmuz 2016)

Richardson M, Lakhanpaul M, 2007. Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of NİCE guidance. BMJ: Briitish Medical Journal, 334(7604), 1163-4.

Rowsey, Pamela J, 2008. Understanding the pathophysiology of fever, learn about the clues that can help you identify a fever cause. Critical Care Nursing, 38(8), 56-62.

Sarı HY, Yöntem SÇ, Demir D, Karaoğlan N, Başkurt SŞ, Çimen S, 2013. Pediatri hemşirelerinin yaşam bulgularına yönelik bilgi ve tutumları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10(1), 38-44.

Sarrell M, Avner H, Kahan CE, 2002. Physicians', nurses, and parents' attitudes to and knowledge about fever in early childhood. Patient Education and Counseling, 46(2002), 61-65.

Sarrell M, Kahan E, 2002. Impact of a single-session education program on parental knowledge of and approach to childhood fever Patients Education and Counseling. , 59-63.

Şahin S, 2009. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2007 yılında ateş sebebiyle yatırılan 2 – 24 aylık çocukların etiyolojik değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Şen Celasin N, Ergin D, Atman Ü, 2008. Yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 Yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. F.Ü. Sağ. Bil. Dergisi, 22(6), 315-22.

Tabak F, 2006. Ateş patogenezi, ateş tipleri, erişkinde ateş yönetimi ve erişkinde ateş yönetimi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Ateşli hastaya yaklaşım sempozyum Dizisi, 53, 27-36.

Taştan Y, 2007 Ateşi olan çocuklara yaklaşım. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi , İstanbul, 57, 43-58.

Taştan Y, 2001. Ateşli çocuklar ve sepsis. İÜ. Cerrahpafla Tıp Fakültesi Pediatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul, 57-68.

Törüner EK, Büyükgönenç L, 2012. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. 1.Baskı, Ankara, Göktuğ yayıncılık, s. 1011-1022.

Uzun NK, 2007. Ateş ve ateşli hastaya yaklaşım. Şeh Tıp Bülteni, 41(4), 7-13.

Vitrinel A, 2009. Ateşli çocuğa yaklaşım. Türk Aile Hek Derg 2009, 13(3), 113-8.

Walsh AM, Edwards HE, Courtney MD, Wilson JE, Monaghan SJ, 2005. Fever management: paediatric nurses' knowledge, attitudes and influencing factors. Journal of Advanced Nursing, 49(5), 453-64.

Walsh AM, Edwards H, Courtney M, Monaghan S, Wilson J, 2006. Pediatric fever management: continuing education for clinical nurses. Nurse Education, 26(1), 71-7.

Wing MR, Maya R. Dor D, A P, McQuilkin, MD, 2013. Fever in the pediatric patiient. Emerg Med Clin N Am, 31(4), 1073-96.

Yalçın I, 2002, Ateş, In: Pediatri, Neyzi O, Ertuğrul T, 3. baskı, İstanbul , Nobel tıp Kitabevi, 473-75

Yalnızoğlu SÇ, Çınar N, Altınkaynak S, 2015. Ateşli çocuğa yaklaşım. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD , Journal of Human Rhytm, 1(4), 133-8.

Yavuz H, 2016. Pediatride sık görülen semptomlara yaklaşımlar- Ateş. Erciyes Üniversitesi Pediatri Hemşireliği Kongresi, 2, 3-5.

Yenen O, 2009. Ateş patogenezi ve hipertermi Türkiye klinikleri enfeksiyon hastalıkları dergisi, 2(1), 1-13.

Yılmaz Ü, Özdemir R, Çelik T, Berksoy EA, 2014. Febril konvülziyonlu çocuklarda klinik ve paraklinik özellikler, Dicle Tıp Dergisi 41 (1), 156-62.

Yiğit R, Esenay F, Serinol Z, Şen E, 2003. Annelerin yüksek ateş konusunda bilgi ve uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3), 48-53.

Yüksel A, 2006. Febril konvülziyonlara güncel yaklaşım. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Ateşli Hastaya Yaklaşım Sempozyum Dizisi, 53, 57-66.

7. EKLER

7.1. EK-A: Sağlık Profesyonellerinin Çocukta Ateş Yönetimi Anket Formu

Sevgili meslektaşlarım bu anket, sağlık profesyonellerinin çocukta ateş yönetimi ve antipiretik ilaç kullanımı hakkındaki bilgilerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Lütfen her soruyu içtenlikle ve eksiksiz yanıtlayınız. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ediyoruz.

Şaduman Dinçer

A Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler

1) Yaşınız....

2) Cinsiyetiniz .....

3) Öğrenim durumunuz:

1.Lise 2. Önlisans 3.Lisans 4.Yükseklisans

4) Mesleki ünvanınız nedir?

1.Hemşire 2. Sağlık memuru 3. Ebe 4. ATT 5. Diğer

5) Mesleğinde deneyim yılınız……..

6) Çocuk hemşireliğinde deneyiminiz.....

7) Çocuğunuz var mı?

1.Hayır 2.Evet

8) Son 5 yılda branşınızla ilgili mesleki bir kongreye katıldınız mı?

1.Evet 2. Hayır

9) Çocuklarda ateş yönetimi konusunda mezuniyet sonrası mesleki bir eğitim aldınız mı?

1.Evet 2. Hayır

10) Çocukta ateş yönetimi konusunda bilimsel makale okudunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

11) Çocukta ateş yönetimi konusundaki bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

B)Sağlık Profesyonellerinin Antipiretik Kullanımına İlişkin Uygulamaları

1) Ateşli çocuklara ateş düşürücü ilaç vermenizin en önemli 3 nedenini sıralayınız.

1.Ateşi ve belirli semptomları azaltmak

2.Ateş nöbeti riskini azaltmak

3.Ebeveynlerin endişesini azaltmak

4.Çocuğun rahatını, iştahını ve aktivitesini arttırmak

5.Hastalığı tedavi etmek

6.Ateşin daha fazla yükselmesine engel olmak.

2) Kliniğinizde çocuğa antipiretik verme kararını kim verir?

1.Doktor 2.Hemşire 3.Doktor +Hemşire

3)Antipiretik uygulama için vücut sıcaklığı en önemli gösterge midir?

1. Hayır 2. Evet

4) Ateş düşürücü verilmesi gerektiğini düşündüğünüz sıcaklık kaç °C'dir?

…….

5)Kliniğinizde ateş yönetimi konusunda yazılı bir prosedür var mı?

1.Hayır 2. Evet

7.2. EK-B: Ateş Yönetimi Hakkındaki Bilgi Maddeleri

Aşağıda verilen bilgilerden doğru (D) ve yanlış (Y) olanları belirtiniz.

Maddeler	Doğru	Yanlış
Ateş Fizyolojisi ile İlgili Bilgiler		
Vücudun termoregulatuar merkezi hipothalamusta bulunmaktadır		
Küçük çocuklarda en yüksek sıcaklık viral enfeksiyonlar sonucu görülür.		
Artmış antikor üretimi ateşin yararlı sonuçlarındandır		
Sıcaklıktaki her bir °C lik artış solunum sayısında 1-4/dk artış yapar		
Serum demir üretimindeki bir artış ateşin faydalı etkilerinden değildir		
Bebek ve çocuklarda ateş nedeniyle iştah artması görülmez.		
Çocuklarda febril konvulziyonlar sıklıkla düşük dereceli ateşte görülür		
Febril konvülziyonlu çocuklarda oksijen tüketimi, kardiyak output ve kalori gereksinimi artar.		
Ateş yönetimindeki genel bilgiler		
Ateşin en sık görülen yan etkisi hafif dehidratasyondur.		
Ateşin asıl tehlikesi (altta yatan neden hariç) dehidratasyondur.		
Ilık uygulama ateş düşürücü verildikten sonra 30 dakika uygulanabilir		
Ilık uygulama ateş düşürücü verildikten sonra 30 dakika uygulanabilir		
Yüksek ateşi olan tüm çocuklarda ayrıntılı fiziksel değerlendirme gereklidir.		
Ateşli hastalığı olan çocuğun tedavisinin kararı, vücut sıcaklığı ölçümü, fiziksel değerlendirme ve çocuğun sağlık öyküsüne göre yapılmalıdır		
Aşırı giyinme, sıcak banyo ve eksersiz çocuklarda sıcaklık artışına neden olabilir.		
Antipiretik Bilgisi ve Ateş yönetimindeki kullanımı		
Antipiretikler prostoglandin aktivitesini inhibe ederek ateşi düşürür.		
Parasetamolün çocuklardaki (hastaneye kabul edilen) reçete edilen olağan kullanım dozu 4 saat arayla 15mgr/kg/dır.		
Parasetamol için maksimum emilim süresi 10-60 dakikadır.		
3 ayın üzerindeki çocuklarda ateş yönetiminde paresatomol en sık kullanılan antipiretiktir.		
Parasetamolün yan etkileri böbrek ve karaciğer toksisitesidir.		

7.3. EK- C: Gönüllü Bilgilendirme Formu

Çocuk kliniklerinde hemşire olarak çalışan sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi konusundaki bilgilerinin belirlenmesini amaçlayan bir yüksek lisans tezi yapmaktayım. Çalışmaya katılımınız ve soruları doğru bir şekilde cevaplamanız bizim için çok önemlidir.Çalışmaya katılım durumunuz araştırmacı tarafından, araştırmanın amacı ve konu ile ilgili gerekli bilgi verildikten sonra gönüllülüğünüze bağlıdır.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz taktirde sizden yazılı ve sözlü olarak katılım izni alınacaktır.İzniniz alındıktan sonra, doldurmanız için iki adet anket formusize verilecektir. Verilen formlardan elde edilen bilgiler güvenliğinizi tehlikeye atabilecek herhangi bir risk taşımamakta olup elde edilecek bilgiler araştırmacı tarafından saklı tutulacaktır ve sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır.

Çalışmaya katılma ya da katılmama, katıldığınız taktirde yazılı onay vermiş olsanız bile çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Sorumlu araştırmacılar:

Doç. Dr. Fatma Taş Arslan

SÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi Çcuk Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0 332 223 3520

Hemşire Şaduman Dinçer

NE. Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi. Çocuk Cerrahisi Kliniği

Tel: 0 332 223 6131

Katılımcının Adı-Soyadı:

7.4. EK- D: Etik Kurul İzin Belgesi

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAYI : 34967403- 23/07/2014

Doç.Dr.Fatma TAŞ ARSLAN
(S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi)

10.07.2014 tarihli "Çocuk Kliniklerinde Hemşire Olarak Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgilerinin Belirlenmesi" başlıklı araştırma projeniz, 23.07.2014 tarihli Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Toplantısı'nda görüşülmüş olup; kurulun konu ile ilgili 2014/71 sayılı kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Aliye MAVİLİ
Başkan

Adres: S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Alaaddin Keykubad Kampüsü Selçuklu KONYA Tel : 0332 2416211 Faks:0332 240 00 56

T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

Toplantı Sayısı: 07	Toplantı Tarihi : 23.07.2014

Karar Sayısı 2014/71 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr.Fatma TAŞ ARSLAN'ın "Çocuk Kliniklerinde Hemşire Olarak Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgilerinin Belirlenmesi" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 10.07.2014 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Doç.Dr.Fatma TAŞ ARSLAN'ın "Çocuk Kliniklerinde Hemşire Olarak Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Ateş Yönetimi Konusundaki Bilgilerinin Belirlenmesi" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

T.C.
ASLI GİBİDİR
23/07/2014
Dolunay ALTINÖZEN
Sekreter

7.5. EK- E: TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Konya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KONYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
Evrak No: 28536
Tarih : 17.10.2014
Birim : EĞİTİM BİRİMİ
GİDEN EVRAK

Sayı : 21347889-774.99/
Konu : Şaduman DİNÇER

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şaduman DİNÇER'in 'Çocuk Kliniklerinde Hemşire Olarak Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Ateş Yönetimi' konulu tez çalışmasını Dr.Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi ve Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapma isteğini içeren dilekçe ve ekleri ilişikte sunulmuştur.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kamu Hastane Birlikleri Daire Başkanlığının 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazısına istinaden; Şaduman DİNÇER'in çalışmalarının anılan sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ekli başvuru formundaki bilgilerin göz önünde bulundurulması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla bahse konu araştırmanın yapılması hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

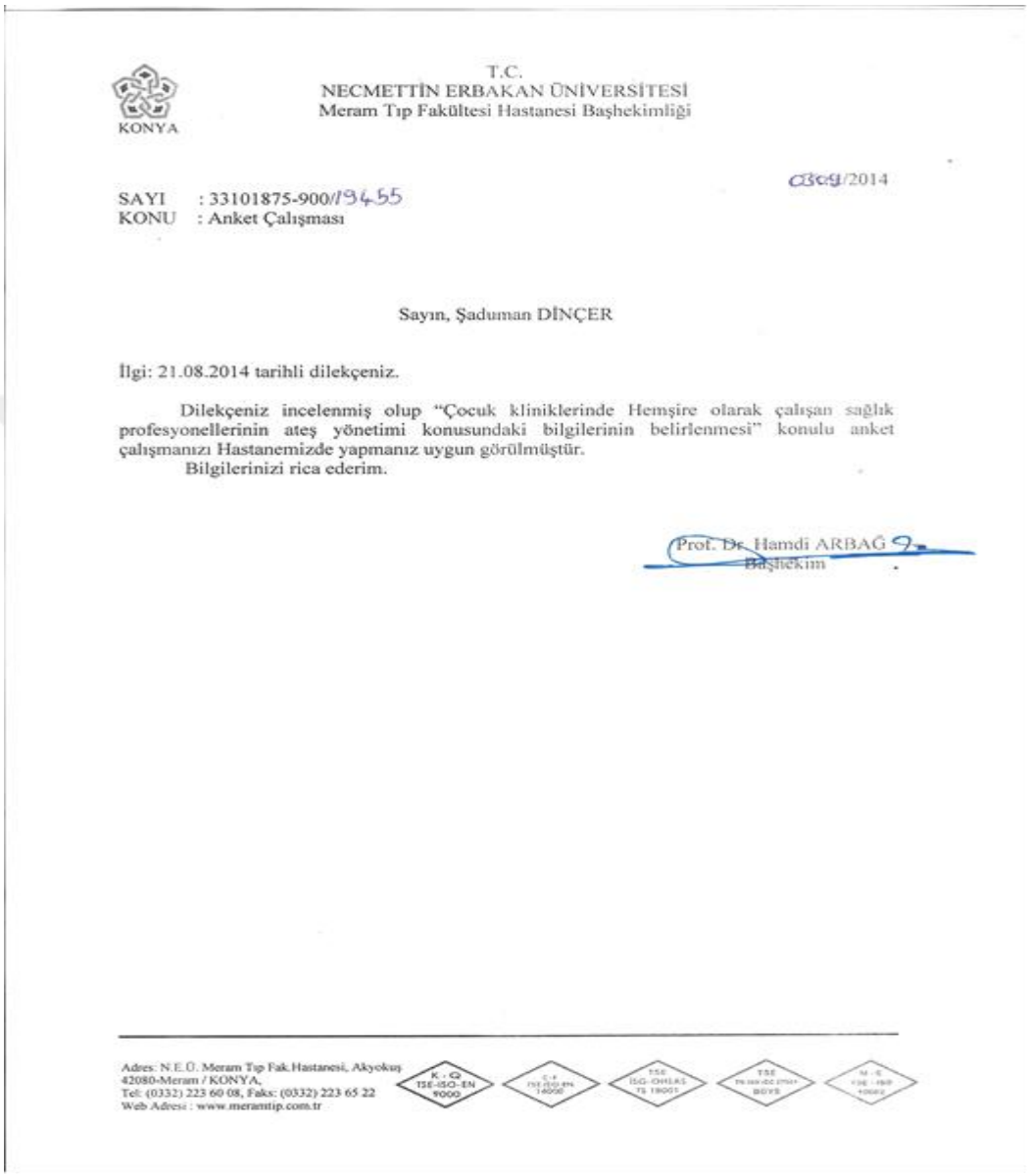
Dr. Ahmet ERGİN
İdari Hizmetler Başkanı

17 OLUR
../10/2014

Op.Dr. Gökhan DARILMAZ
Genel Sekreter

Beyhekim Mah. Turgut ÖZAL Cad. No: 10 Bilgi İçin: Hem.H.GÜNAYDIN Telefon: (0332) 223 40 39
Faks : (0332) 263 06 65 E-Posta: khb42.egitim@saglik.gov.tr Elektronik ağ: http://www.konyakhgs.gov.tr

7.6. EK- F: TC Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Belgesi



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

KONYA

03/09/2014

SAYI : 33101875-900/19455
KONU : Anket Çalışması

Sayın, Şaduman DİNÇER

İlgi: 21.08.2014 tarihli dilekçeniz.

Dilekçeniz incelenmiş olup "Çocuk kliniklerinde Hemşire olarak çalışan sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi konusundaki bilgilerinin belirlenmesi" konulu anket çalışmanızı Hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Hamdi ARBAĞ
Başhekim

Adres: N.E.Ü. Meram Tıp Fak.Hastanesi, Akyokuş
42080-Meram / KONYA,
Tel: (0332) 223 60 08, Faks: (0332) 223 65 22
Web Adresi : www.meramtip.com.tr

7.7. EK- G: Araştırma Öncesi Anket Formu ile İlgili Görüş Bildiren Uzmanlar ve Çalıştıkları Kurumlar

1. Yrd. Doç. Dr. Gonca Kuslu Karayağız (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksek Okulu)
2. Yrd. Doç. Dr. Figen Işık Esenay (Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)
3. Yrd. Doç. Dr. Nesrin Celasin Celal Bayar Üniversitesi)
4. Yrd.Doç. Dr. Seher Sarıkaya Karabudak (Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi)
5. Prof. Dr.Zeynep Conk (Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
6. Doç.Dr. Emine Geçkil (NE Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)
7. Öğretim Görevlisi Elanur Yeniterzi (NE Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)
8. Öğretim Görevlisi Deniz Altıparmak (SÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi)
9. Hemşire Sümeyra Yeniterzi (NEÜ Meram Tıp Fakültesi, Pediatrik Onkoloji Kliniği)

8. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı Şaduman DİNÇER 1972 yılında Afyon'da doğdu. 1994 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Mayıs 1996'da N.E. Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Kliniğinde hemşire olarak çalışmaya başladı. Çalışma hayatındaki 20 yıl süresince çocuk cerrahisi hemşireliği alanında yaptığı araştırmalardan 2'si yurtdışı ve 3'ü yurt içi makale olarak yayınlandı. Çocuk cerrahisi ve çocuk cerrahisi hemşireliği alanında 18 ulusal kongreye, 15 sözlü sunumla katıldı. 2014 yılında/Barselona, The 2nd International Conference on Nutrition and Growth kongresine poster sunumla katıldı. 2015 yılında/Nigmegen "uluslararası Pediatrıc Colorectal Course and Workshop" ve 2016 yılında/Girne, KKTC'nde Çocuklarda Fekal ve Üriner İnkontinansa Yaklaşım" kursuna katıldı. Meslek hayatı içerisinde çocuk cerrahisi alanında 10 eğitim kursuna katılarak sertifika alma hakkına sahip oldu. Çocuk cerrahisi kapsamında 6 ulusal kongre ve toplantıda eğitimci olarak görev aldı. 2012 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programını kazandı. Türk Hemşireler Derneği, Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Derneği ve Anorektal Malformasyon Derneği üyesi olup, Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilimdalında, yenidoğan cerrahisi yoğun bakım hemşiresi ve olarak görevini sürdürmektedir. Aynı zamanda kliniğinde, Anorektal Malformasyonla doğan fekal inkontinaslı çocukların Barsak Eğitim Programı takiplerini gönüllü olarak yürütmektedir. Boş zamanlarını, Konya/ Destegül Güzel Sanatlar Mektebinde geleneksel Türk sanatlarından "Ebru" eğitimi alarak değerlendirmektedir.