



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE ATEŞ YÖNETİMİ VE AKILCI İLAÇ
KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Tuğba YAZICI

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2020

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE ATEŞ YÖNETİMİ VE AKILCI İLAÇ
KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. TUĞBA YAZICI

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Ruhuşen KUTLU

KONYA-2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bilimsel ve manevi desteğini benden esirgemeyen tez danışmanım Sayın hocam Prof. Dr. Ruhuşen Kutlu'ya teşekkür ederim. Aynı şekilde uzmanlık eğitimim süresince üzerimizde büyük emekleri olan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na, eğitimim boyunca ve tez çalışmamda yardımlarını, bilgi ve deneyimini esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Fatma Gökşin Cihan'a, bize her zaman anlayışla yaklaşan hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nur Demirbaş'a teşekkür ederim.

Rotasyon eğitimlerim süresince destek veren Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Psikiyatri, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji bölümlerindeki öğretim üyesi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma, uzmanlık tezimin hazırlanmasında yardım ve katkılarını esirgemeyen araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve aile hekimliği polikliniği çalışanlarına teşekkür ederim.

Hayatım boyunca daima arkamda olan beni bu günlere getiren, hayat boyu örnek alma gayretinde olduğum değerli anneme ve babama, her zaman yanımda olan canım kardeşlerim N.Büşra ve Esra'ya, daima sabır ve sevgi ile bana destek olan değerli eşim Dr. Burak Yazıcı'ya ve gözümün nuru olan biricik kızım Zeynep İnci'ye çok teşekkür ederim.

Tuğba YAZICI

HAZİRAN 2020

ÖZET

BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE ATEŞ YÖNETİMİ VE AKILCI İLAÇ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Tuğba YAZICI

UZMANLIK TEZİ

KONYA - 2020

Amaç: Bu çalışmanın amacı beş yaş altı çocukların annelerinde ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumunun değerlendirilmesidir.

Gereç ve yöntem: Bu araştırma kesitsel tipte analitik bir çalışma olarak planlanmıştır. Konya İl Merkezinde Meram, Selçuklu ve Karatay merkez ilçelerinde bulunan aile sağlığı merkezlerine 22 Nisan-21 Haziran 2019 tarihleri arasında herhangi bir sebeple başvuran beş yaş altı çocuğu olan 342 annede yapılmıştır. Çalışmaya katılanlar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ) ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 20.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Annelerin %53,2'si (n=182) otuz yaş ve üzerinde, %98,2'si (n=336) halen evli, %50,6'sı (n=173) lise ve üstü eğitimli, %82,5'i (n=282) çalışmıyordu. Katılımcıların %89,5'i (n=306) evde ateş ölçer bulundurduklarını belirttiler. Annelerin %49,7'si (n=170) çocuklarının ateşlendiğini ilk olarak dokunarak, %38,0'ı (n=130) dış görünüşünden anlıyorlardı, %38,3'ü (n=126) ilk olarak aile sağlığı merkezlerine müracaat ediyorlardı. Annelerin %41,8'i (n=139) çocuklarına reçetesiz olarak en sık ateş düşürücü, %13,5'i (n=45) ağrı kesici, %6,9'u (n=23) vitamin, %0,9'u (n=3) antibiyotik verdiğini ifade ederken, %36,9'u (n=123) reçetesiz ilaç kullanmadıklarını belirtmiştir. Evlenme yaşı 21 ve üzeri olanlar ile halen çalışmakta olanların AİKÖ puanı 36,5 ve üzerinde olup akılcı ilaç kullanımı bilgisi yeterli idi. Katılımcıların EAYÖ puanı ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; anne yaşı, ilk doğum yapma yaşı,

çalışma durumu, eşi ile arasında akrabalık durumu, ölen çocuk varlığı, bakıcı varlığı, medeni durumu, doğum sayısı, aile tipi ve sigara içme durumu ile arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmaz ($p>0,05$) iken, evlenme yaşı, gebeliğin planlı olması, eğitim durumu ve yaşadığı yer arasında anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,05$). Annelerin AİKÖ puanı ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; anne yaşı, ölen çocuk varlığı, doğum yapma sayısı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmaz ($p>0,05$) iken, evlenme yaşı, ilk doğum yaşı, çalışma durumu, eşi ile arasında akrabalık durumu, bakıcı varlığı, eğitim durumu, yaşadığı yer, aile yapısı ve ekonomik durumu arasında anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki vardı.

Sonuç: Annelerin neredeyse hepsi evde ateş ölçer bulundurmasına rağmen, sadece onda birinin çocukları ateşlendiğinde ateş ölçer kullanarak ateşini tespit etmesi dikkat çekicidir. Lise ve üstü eğitilmiş olan annelerin, çalışanların, ileri yaşta evlenenlerin, ilk doğumunu 22 yaşından sonra yapanların ilaçları daha akılcı kullandıkları görülmüştür. Çoğunlukla ilk başvuru olan aile hekimi olarak bizlerin ateşli çocuğa ebeveynin nasıl yaklaşması gerektiği konusunda bilgilendirme yapması hem aileyi rahatlatacak, hem de sağlık kuruluşlarına gereksiz başvuruyu azaltacaktır.

Anahtar kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, ateş, çocuk, ebeveyn ateş yönetimi.

ABSTRACT

EVALUATION OF FEVER MANAGEMENT AND RATIONAL DRUG USE IN THE MOTHERS WITH CHILDREN UNDER FIVE YEARS

Dr. Tuğba YAZICI

THE MASTER THESIS

KONYA - 2020

Aim: The aim of this study was to evaluate the parental attitude towards fever management and rational drug use in mothers with children under five years.

Materials and Methods: This research is planned as a cross-sectional analytical study. The study was conducted on 342 mothers with children under five years old who applied to family health centers in Meram, Selçuklu and Karatay in Konya Province Center for any reason between 22 April-21 June 2019. Participants were informed about the research and verbal consent was obtained. Data were collected by using sociodemographic information form prepared by the researchers, The Turkish version of the Parent Fever Management Scale (PFMS-TR) and Rational Drug Use Scale (RDUS). The research data were analyzed by using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: Of the mothers, 53.2% (n=182) were 30 years old and above, 98.2% (n=336) were currently married, 50.6% (n=173) were high school and above educated, 82.5% (n=282) were not working. Of the participants, 89.5% (n=306) stated that they had a thermometer at home. Of the mothers, 49.7% (n=170) firstly sensed that their children had fever by touching them and 38.0% (n=130) understood their appearance. While 36.9% (n=123) of the mothers stated that they did not use non-prescription drugs, they reported that they commonly used 41.8% (n=139) antipyretics, 13.5% (n=45) analgesic, 6.9% (n=23) vitamins and 0.9% (n=3) antibiotics without a prescription. RDUS score of those who are 21 years of age or older and those who are still working is 36.5 and above, and the knowledge of rational drug use was sufficient.

When PFMS scores of mothers were compared with sociodemographic characteristics; there is no statistically significant difference between mother's age, first delivery age, working status, presence of relative with husband, the presence of dead children, presence of caregiver, marital status, number of births, family type and smoking ($p>0.05$), while there was a significant relationship between marriage age, planned pregnancy, educational status and place of residence ($p<0.05$). When the sociodemographic characteristics of the mothers were compared with the RDUS score; there was no statistically significant difference between maternal age, the presence of dead children, number of births ($p>0.05$), while marriage age, first birth age, study status, presence of relative with husband, the presence of caregivers, educational status, place of residence, family type and economical situation ($p<0.05$).

Conclusions: Although almost all mothers had a thermometers at home, it was noteworthy that only one-tenth of them detect their fever using a thermometer when their children were fever. It has been observed that mothers with high school and above educated, employees, marrying at an advanced age, those who give birth after the age of 22 use drugs more rationally. As a family physician who is mostly the first place to apply, informing the febrile child about how the parents should approach will both relax the family and reduce unnecessary application to health institutions.

Key words: Child, fever, parental fever management, rational drug use.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Ateşin Tanımı.....	2
2.2. Hipotermi	2
2.3. Hipertermi	2
2.4. Hiperpireksi.....	3
2.5. Ateşin Patogenezi.....	3
2.5.1. Ateş oluşum yolları	4
2.5.2. Pirojenler	5
2.6. Ateşin Etiyolojisi	5
2.7. Ateş ölçüm yöntemleri	6
2.7.1. Cıvalı termometreler	6
2.7.2. Kimyasal termometreler	6
2.7.3. İnfrared (Kızıl ötesi) termometreler	6
2.7.4. Temassız termometreler	6
2.7.5. Dirençli tel termometreler	6
2.7.6. Kadranlı termometreler	7
2.7.7. Bi-metalik strip termometreler	7
2.8. Ateş ölçüm yerleri	7
2.9. Ateşin Riskleri ve Faydaları.....	8
2.10. Ateş Fobisi	9
2.11. Ateş Tedavisi	9

2.12. Ateşli Çocuğa Yaklaşım	10
2.13. Akılcı İlaç Kullanımı ve İlkeleri	11
2.14. Sağlık Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımındaki Rollerini	11
2.14.1. Hekimin Rolü	12
2.14.2. Eczacının Rolü	12
2.14.3. Hemşirenin Rolü	12
2.15. Hastaların, Hasta Yakınlarının ve Toplumun Akılcı İlaç Kullanımındaki Rollerini	13
2.16. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı	13
3. GEREÇ YÖNTEM.....	13
3.1. Araştırmanın tipi ve zamanı	13
3.2. Araştırmanın Evreni	13
3.3. Araştırmanın Örneklemini	13
3.4. Dışlanma kriterleri	14
3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam	14
3.6. Veri Toplama Araçları	15
3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	15
3.6.2. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ)	15
3.6.3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ)	16
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	16
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇLAR	40
7. ÖNERİLER.....	41
8. KAYNAKLAR.....	42
9. EKLER.....	48
EK 1. HASTALARIN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR (RIZA) FORMU	48
EK 2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	49
EK 3. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ	51
EK 4. EBEVEYN ATEŞ YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ	52

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAK: Akılcı Antibiyotik Kullanımı

AİK: Akılcı İlaç Kullanımı

AİKÖ: Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

AOİK: Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

COX: Siklooksijenaz

CRP: C-Reaktif Protein

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EAYÖ: Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği

FDG-PET: 18-Floro-2-Deoksi-D-Glukoz Pozitron Emisyon Tomografisi

HIV: Human İmmunodeficiency Virus

HSV: Herpes Simpleks virüs

IFN: İnterferon

IL-1: İnterlökin-1

IL-6: İnterlökin-6

İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

NSAİİ: Non-Steroid Antiinflamatuvar İlaçlar

PGE2: Prostaglandin E2

RSV: Respiratuvar Sinsityal Virüs

SD: Standart Sapma

TLR: Toll-Like Reseptör

TNF: Tümör Nekrozis Faktörü

ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Ateş oluşum yolları	4
Şekil 2. Akılcı ilaç kullanımında sorumlulukları olan taraflar	12
Şekil 3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ROC eğrisi.....	29
Şekil 4. AİKÖ toplam puanı ile evlenme yaşı arasındaki lineer regresyon analizi.....	32
Şekil 5. AİKÖ toplam puanı ile EAYÖ toplam puanı arasındaki lineer regresyon analizi.....	33

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	17
Tablo 2. Annelerin yaş ve doğum ile ilgili ortalama değerleri.....	18
Tablo 3. Annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumu ile bazı parametrelerin karşılaştırılması	19
Tablo 4. Annelerin çocuklarındaki ateş yönetimi ile ilgili genel tutumları	20
Tablo 5. Çocuğun ateşini anlama yöntemi ile öğrenim ve çalışma durumu arasındaki ilişki.....	21
Tablo 6. Annelerin çocuklarının ateşini düşürmekteki tutumları.....	21
Tablo 7. Annelerin ateşin zararları konusundaki bilgileri.....	22
Tablo 8. Annelerin reçete ve ilaç kullanma ile ilgili tutumları	23
Tablo 9. Annelerin eğitim düzeyinin ilaç saklama yerlerine etkisi.....	24
Tablo 10. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği'nin frekansları.....	25
Tablo 11. Sosyodemografik özellikler ile ebeveyn ateş yönetim ölçeğinin karşılaştırılması	26
Tablo 12. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin (AİKÖ) Frekansları	27
Tablo 13. Sosyodemografik özellikler ile Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin karşılaştırılması	30
Tablo 14. EAYÖ ve AİKÖ ile bazı parametrelerin korelasyonu	31

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ateş, birinci basamak hekimlerince karşılaşılan en yaygın klinik durumlardan biridir. Ayaktan veya acil servise başvuran çocukların en sık şikayetidir. Ateş bir hastalıktan ziyade, semptom ve hastalık bulgusudur (1). Birinci basamak başvurularında en sık ateş sebebi üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) gibi akut viral hastalıklardır. Daha az sıklıkla, bakteriyel enfeksiyonlar farenjit, otit, sinüzit, pnömoni ve idrar yolu enfeksiyonları (İYE) nedeni ile olabilir. Ateşli hastalıkların tanı ve tedavisinde klinik protokollerin, kılavuzların ışığında hareket etmek ile uygun maliyetli kanıta dayalı bir tıbbi bakım sunulmuş olur (1-3).

Ateş hastalar, ebeveynler ve sağlık hizmeti verenler için gereksiz tedavi uygulatacak bir kaygı oluşturur. Vücudun bir hastalık sürecine fizyolojik tepkisidir ve enfeksiyonla mücadelede önemlidir ve yalnızca hastanın rahatını sağlamak için tedavi gerektirir (1,4,5).

Ailelerin büyük çoğunluğu ateş düşürücü ilaçları uygun doz ve zaman aralığında kullanmamaktadırlar. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ebeveynlerin ateşle ilgili yaklaşımlarında büyük rolü vardır. Aileye ateşin tanımı, nedenleri, ateşli çocuğa yapılacak ilk müdahaleler gibi konularda eğitim vermeleri ateşli çocuklarda hatalı uygulamaların önlenmesine ve acil servise başvurularının azaltılmasına katkıda bulunacaktır (5-8).

Hastaların hekime danışmadan, eski deneyimleri, internet, tanıdık tavsiyeleri, diğer sağlık çalışanları ve/veya medya kanalı aracılığı ile denetimsiz ilaç kullanmaları ve tedaviyi tamamlamadan bırakmaları akılcı ilaç kullanımına gerekli önemin verilmediğini gösterir (9).

Gelişmekte olan ülkelerde, aile sağlığı merkezleri/birinci basamak sağlık kuruluşları ve kamu hastanelerindeki hastaların %40'ından azı, özel sektörden hizmet alan hastaların %30'undan azı standart tedavi kılavuzlarına göre tedavi edilmektedir (10). Antibiyotikler, antidepresanlar, antihistaminikler v.b. ilaçların reçetesiz olarak satışı ile hasta tarafından bilinçsizce ve suistimale açık şekilde kullanılmasının insan sağlığı ve çevre sağlığı açısından tehlike oluşturabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (11).

Reçete ile satılması gereken ilaçların reçetesiz satılması, insan sağlığı açısından önemli bir sorun ve ciddi bir direnç oluşturmaktadır. Ülkemizde 26/5/1928 tarihli 1262 İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu ile reçetesiz ilaç satışı yasaklanmıştır (11).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ateşin Tanımı

Ateş genel olarak rektal sıcaklığın $\geq 38^{\circ}\text{C}$ olması olarak tanımlanır (1,3,12). Vücut ısısı ölçümünün; oral 38°C , aksiller $37,5^{\circ}\text{C}$, rektal $38,1^{\circ}\text{C}$ üzerinde olması ateştir (13). Vücut ısısının belirlenmesinde çok sayıda endojen ve eksojen faktörler rol oynar (1,3).

Genel olarak vücut ısısının normal aralığı $35,5-37,7^{\circ}\text{C}$, ortalaması 37°C 'dir (1,14,15). Vücut ısısı diüurnal ritme sahiptir, sabah saatlerinde en düşük, akşam saatlerinde en yüksek değere ulaşır (1,4,13,14,15). Vücut ısısındaki herhangi bir yükselişin altında anormal bir durum olduğu düşünülmelidir (4). Ölçülen rektal sıcaklıklar oralden $0,4^{\circ}\text{C}$, aural (timpanik membran) sıcaklıklardan $0,8^{\circ}\text{C}$ daha yüksektir (13,14). İstirahatte normal vücut sıcaklığından tiroid hormonları, katekolaminler ve büyüme hormonu tarafından yönetilen bazal metabolik süreçler sorumludur. Termojenez, hipertiroidizm ile % 80'e kadar arttırılabilir ve hipotiroidizm ile %50'ye kadar azaltılabilir (14)

37,2-37,9°C; subfebril ateş

38-38,5°C; hafif ateş,

38,6-38,9°C; orta ateş

39-40°C yüksek ateş

40-41°C çok yüksek ateş

$\geq 41,1^{\circ}\text{C}$ ateş hiperpireksi olarak tanımlanır (12).

2.2. Hipotermi

Hipotermi vücut ısısının $<35^{\circ}\text{C}$ inmesidir (12,13). Isınma yetersizliği, soğuk havalarda dışarıda kalma veya suya düşme nedeniyle oluşabilir (12,16).

2.3. Hipertermi

Vücut ısısının aşırı arttığı bir tablo olan hipertermi (heat illness, sıcak çarpması, sıcak hastalığı) esasında ateş olarak kabul edilmez. Ateş ve hipertermiminin fizyopatoloji/ patogenez ve tedavi yaklaşımları da farklıdır. Hipertermide; normal fonksiyon gösteren bir hipotalamik regülasyon (ısı ayar düğmesi), bazı çevresel faktörler (sıcak çarpması, aşırı sıcakta egzersiz gibi),

bazı ilaç ve süksinilkolin, halotan gibi bazı anestetiklere bağlı malign hipertermiye bağlı veya hipertiroidi, ağır egzersiz gibi faktörlerin etkisiyle ateş kontrolsüz biçimde yükselir (1,12).

2.4. Hiperpireksi

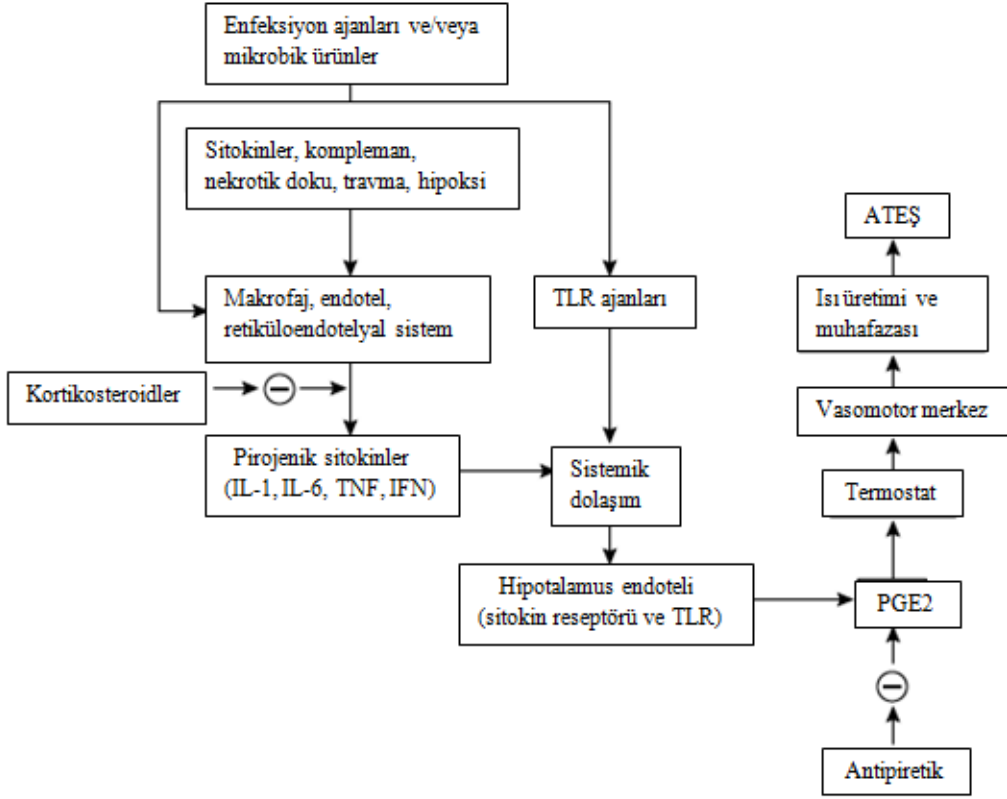
Hiperpireksi, şiddetli enfeksiyonlu hastalarda da gözlenebilir, ancak en sık olarak merkezi sinir sistemi (MSS) kanaması olan hastalarda görülür, ateşin 41,5°C'nin üzerine çıkması durumudur (13). Periferik soğuk uygulama ile birlikte antipiretiklerin ateş düşürmede kullanılması önerilir. Antipiretik olmadan yapılan soğuk uygulamada oluşan reaktif vazokonstriksiyon ile vücut ısısında yükselme görülebilir (4,12,17).

2.5. Ateşin Patogenezi

Vücut ısısı, kan sıcaklığındaki değişikliklere yanıt veren, preoptik veya anterior hipotalamusta yer alan termosensitif nöronlarla ve cilt ve kaslarda bulunan soğuk ve ılık reseptörleri ile düzenlenir. Termoregülasyon mekanizması olarak, kutanöz damarlarda vazokonstriksiyon ya da vazodilatasyon ile terlemenin düzenlenmesi ve arjinin vazopressin mekanizması ile hücre dışı sıvı miktarının ayarlanması ile vücut ısısı düzenlenmeye çalışılır (4,18).

Ateş ile sadece vücut ısısında bir yükselme olmaz, aynı zamanda bireyin enfeksiyonu ortadan kaldırma yeteneğini artıran fizyolojik değişkenlere neden olur. Akut faz reaktanlarının üretimi ve endokrin fonksiyonlarındaki değişiklikler bu duruma örnek olarak verilebilir. Akut faz reaktanları, enfeksiyon veya yaralanmaya yanıt olarak üretilen proteinlerdir. Seruloplazmin, C-reaktif protein (CRP), haptogloblin, amiloid A, kompleman ve fibrinojen bunlardandır (18).

Ateş üç farklı mekanizma ile oluşabilir: pirojenler, ısı üretiminin kaybından fazla olması ve hatalı ısı kaybı (4).



Şekil 1. Ateş oluşum yolları

2.5.1. Ateş oluşum yolları

Üst soldan başlayarak, enfeksiyon ajanları ve/veya mikrobik ürünler, sitokinler ve diğer enflamatuvar süreçler, pirojenik sitokinleri dolaşıma üretmek ve salgılamak için makrofajları, endotel hücrelerini ve retikuloendotelial sistemi indükler. Bu pirojenik sitokinler, hipotalamusta PGE2'nin sentezini indükler. Ek olarak, TLR ajanlarda hipotalamustan PGE2'nin sentezini uyarır. PGE2, hipotalamustaki termostatik ayar noktasını yükseltir. Vasomotor merkez, vazokonstriksiyon ve titreme ile ısı artışını kontrol eder. Kortikosteroidler, pirojenik sitokinlerin sentezini azaltırken, antipiretikler beyindeki PGE2 seviyelerini azaltarak etki eder.

TLR: Toll-Like Reseptör; IL-1: İnterlökin-1; IL-6: İnterlökin-6; TNF: Tümör Nekrozis Faktörü; IFN: İnterferon; PGE2: Prostaglandin E2 (17).

2.5.2. Pirojenler

Birinci mekanizma, hipotalamik ısı ayar noktasını yükselten endojen ve ekzojen pirojenleri içerir (4).

Endojen pirojenler arasında sitokinler interlökin-1 (IL-1) ve interlökin-6 (IL-6), tümör nekroz faktörü (TNF)- α ve interferon (IFN)- β ve IFN- γ bulunur. Uyarılmış lökositlerden endojen pirojen olarak da görev yapan lipit mediatörü PGE2 salınır ve hipotalamusta sıcaklık merkezini etkiler (1,4,14,15,17,19).

Eksojen pirojenler vücut dışından gelerek endojen pirojenleri uyaran maddelerdir (4). Bunlar bulaşıcı patojen ve ilaçlardır. Mikroplar, mikrobiyal toksinler veya diğer mikrop ürünleri makrofajları uyarır ve endojen pirojenler salınır. Endotoksin, hipotalamustaki termoregülasyonu doğrudan etkileyerek endojen pirojen salınımını (14) uyaran maddelerden biridir.

2.6. Ateşin Etiyolojisi

Ateşin nedenleri bulaşıcı, enflamatuvar, neoplastik ve diğer olmak üzere dört ana kategoriye ayrılabilir. Kendi kendine sınırlı viral enfeksiyonlar (soğuk algınlığı, grip, gastroenterit) ve komplike olmayan bakteriyel enfeksiyonlar (otitis media, farenjit, sinüzit) akut ateşin en yaygın nedenleridir. Vücut sıcaklığı, aşırı sıcak çevresel koşullar mevcut değilse, altta yatan malign hipertermi veya tirotoksikoz (14,18) gibi diğer nedenler mevcut değilse, nörolojik olarak bozulmamış çocukta ölümcül seviyelerin (42°C) üzerine yükselmesi beklenmez (4).

Pediyatrik ateşin büyük çoğunluğu enfeksiyonlardan kaynaklanmaktadır ve çoğu enfeksiyon viral kaynağa bağlanabilir. ÜSYE, viral gastroenterit, krup, bronşiolit, stomatit, roseola infantum, enfeksiyöz mononükleoz ve suçiçeği en çok bilinen viral ateş nedenleridir. Viral hastalıkların çoğu iyi huyludur ve kendi kendine sınırlıdır, ancak kızamık, herpes simpleks virüsü (HSV) veya respiratuvar sinsityal virüs (RSV) ile enfekte olması özellikle yaşamın ilk ayında önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilir (1,3).

Ateşin paterni, altta yatan etiyojolojiye dair ipuçları verebilir. Tipik olarak bir haftadan daha uzun süren ve yavaş olarak düşen bir ateş viral enfeksiyonlar (14) ile ilişkilendirilir. Bakteriyel enfeksiyonlarda ise genellikle etkili antimikrobiyal tedaviden sonra ateşin hızlı bir şekilde düştüğü dikkati çeker. Antimikrobiyaller bakterilerin hızlı bir şekilde yok edebilir ancak, doku

hasarı yaygınsa, tüm mikropların ortadan kaldırılmasından sonra enflamatuvar yanıt ve ateş günlerce devam edebilir (4).

2.7. Ateş ölçüm yöntemleri

2.7.1. Civalı termometreler

Sıvıların genişleme mekanizmasına dayanır. Bir cam koruma içinde bulunan civanın ısı ile genişleme mekanizması ile cam içerisinde hareketi ile ölçüm yapılır. Termometrenin ucuz ve taşınabilme kolaylığının aksine, cam ve kırılabilir olması, ölçümün yavaş, sıfırlanmasının zor olması, uzaktan ölçüm ve kayıt imkanının olmaması dezavantajlarıdır (13,20,21).

2.7.2. Kimyasal termometreler

İçerisinde farklı sıcaklıklarda eriyerek değişik renk veren küçük kristallerden oluşmuştur. Tek kullanımlıdır, ancak pahalı olması dezavantajıdır. Band veya etiket tarzı kullanılan formları mevcuttur (20).

2.7.3. İnfrared (Kızıl ötesi) termometreler

Cisimlerden yayılan kızılötesi dalgalarının ölçümü mekanizmasına dayanır. Hızlı ölçüm ve temassız ölçümü avantajlarıdır (21). Tek kullanımlık proplar ile kulak yolundan girilerek kulak zarının sıcaklığını ölçer. Direk temporal arterin sıcaklığını yansıtır olması santral sıcaklık hakkında en yakın fikri verir. Kulak yolunda buşon ya da akıntı olması halinde sonuçlar güvenilir değildir (13,20).

2.7.4. Temassız termometreler

Sıcaklığın elektriksel olarak temas etmeden alından ya da vücut yüzeyinden ölçülmesi ilkesine dayanır. Yaygın olarak kullanılır. Likit kristal ekran bulunması ve hafızaya sahip olması, hızlı ve güvenilir sonuç vermesi avantajlarıdır. Santral sıcaklığa yakın sonuç verir (13,20,21).

2.7.5. Dirençli tel termometreler

Sıcaklık arttıkça metal tellerin direncinin artma ilkesi ile çalışır. Platin dirençli termometreler, yüksek bir sıcaklık direnç katsayısına sahiptir ve sıcaklıktaki küçük değişikliklere karşı çok hassastır, ancak kırılabilir ve yanıt vermeleri yavaş olur. Küçük bir bakır element içeren tek kullanımlık proplar, kabul edilebilir bir klinik hassasiyet ve cevap süresiyle pazarlanmıştır. Pahalıdır ve invazif işlemlerde daha sık tercih edilir (20).

2.7.6. Kadranlı termometreler

Kapalı boşluktaki sıvı ya da gazın genleşme mekanizması ile çalışırlar. Genleşme basınç göstergesi tarafına yansır ve okuyucuya derece hakkında fikir verir ancak çok yavaş ve hassas olmaması yüksek sıcaklıklarda daha doğru yanıt vermesi sebebi ile vücut sıcaklığı ölçümünde sık kullanılmaz (20).

2.7.7. Bi-metalik strip termometreler

Farklı genleşme katsayısına sahip iki metalin (çelik ve bakır gibi) şeritleri uzunlukları boyunca birbirine bağlanırsa, birleştirilen şerit ısıtıldığında bükülür ve aradaki farktan sıcaklık hesaplanır. İnvazif monitorizasyonda ve kateterler aracılığı ile vücut sıcaklığının ölçümünde kullanılır (20).

2.8. Ateş ölçüm yerleri

Rektal sıcaklık ölçümü, 3 yaş ve altı çocuklar için altın standart olarak kabul edilir. Ateşin en yaygın kabul gören tanımı 38°C ve üzeri rektal sıcaklıktır. Rektal ölçümle elde edilen sıcaklık genellikle santral sıcaklığa (15,22) en yakın sıcaklık olarak kabul edilir. Bununla birlikte, santral sıcaklık aniden arttığında veya azaldığında, rektal sıcaklık daha yavaş değişir ve arada büyük fark olabilir. Rektal sıcaklık ölçümü altın standart olsa da, rektal manipülasyon bakteriyemiye sebep olabileceğinden, nötropenik immün sistemi baskılanmış hastalarda bu yöntemden kaçınılmalıdır (3,18,21).

Oral sıcaklık, 4-5 yaşından büyük koopere hastalar için kullanılabilir (21). Temizlik ve tek kullanımlık olması gerekliliği işlemi zorlaştırır, bu nedenle pek tercih edilmez (18). Oral sıcaklık rektal sıcaklıktan yaklaşık 0,4°C daha düşüktür (22). Ayrıca ağız içi selülit mukozit gibi durumlarda tercih edilmemelidir (13,15).

Aksiller sıcaklık, yaygın olarak kullanılmaktadır ancak aksiller sıcaklıklar rektal sıcaklıklardan daha az hassastır. Büyük arterlere olan uzaklığı ve nemli ortam olması sebebi ile santral sıcaklığı tam yansıtmayabilir. Aksiller sıcaklık rektal sıcaklıktan 0,5-0,8°C daha düşüktür (13,15,18,21,22).

Timpanik membran sıcaklık ölçümü çocuklarda sıklıkla yanlıştır. Temporal arter sıcaklığı ölçümü santral sıcaklığa (15) yakındır, ancak çocukların ateşli olduğunda huzursuz

olmaları ya da ebeveynin tam yerleştirememesi durumlarında yanlış gösterebilir. Üç aydan büyük çocuklarda kullanımı uygundur (13,18).

Hipotalamus vücut sıcaklığının ayarlandığı en merkezi noktadır, ateşin buradan ölçülmesi pratikte mümkün değildir, invazif yöntemler ile distal özefagus, mesaneden, nazofarenksten yapılan ölçümler ile çekirdek sıcaklığa en yakın sonuçlar elde edilebilir. Pratik uygulamada rektum, koltuk altı, ağız, kulak ve alından ölçümler ile çekirdek sıcaklık tahminleri yapılmaktadır. Rektumdan ölçüm çekirdek sıcaklığa en yakın periferik nokta olarak kabul edilmiştir (22).

Ebeveynler ateş varlığını tarihsel olarak en çok dokunarak tespit etmişlerdir (22,23). Günümüzde de hala dokunma ile vücut sıcaklığı tahminini annelerin daha sık kullandığı görülmektedir (5,24,25). Ailelerin genellikle çocuklarının vücut ısısını belirlemede aksiller, timpanik membran, alından veya oral olarak ölçümleri rektal ölçüme tercih ettikleri bilinmektedir (26-29). Sonuç olarak, ailelerin rektal uygulamada korkuları, yapamama, zarar verme endişeleri vardır (30).

2.9. Ateşin Riskleri ve Faydaları

Yüksek vücut sıcaklığı mikroorganizmanın canlı kalabilmesi için gerekli olan serbest demiri azaltır, fagositoz gibi immunolojik cevabı artırarak etki gösterir (18). Hastalar, bakıcılar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları için genellikle rahatsızlık verici olsa da, kanıtlar ateşin faydalı olduğu ve nihayetinde astım ve diğer alerjik bozuklukların gelişimine karşı koruduğu fikrini desteklemektedir. Çoğu durumda, ateş zararlı değildir. Kardiyak talebi ve metabolik ihtiyaçları artırır, bu da taşikardi, taşipne, titreme ve halsizlik ortak belirtileri ve semptomları ile sonuçlanır (1,4). Yapılan araştırmalarda, vücut sıcaklığı yüksek olan hastalarda mortalitenin daha az olduğu görülmüştür (15).

Ateş, enfeksiyonla savaş mekanizmalarından biridir. Soğukkanlı hayvanlarda bile mikroorganizmaların vücut sıcaklığını yükselttiği gösterilmiştir. Kertenkelelere, canlı ya da ısıyla öldürülmüş bakteri verildiğinde daha sıcak ortamlara gittikleri, antipiretik (sodyum salisilat) verildiğinde ise mortalitenin arttığı gösterilmiştir (1,15). Başka hayvan modellerinde de ateşin yaşam olasılığını artırdığı saptanmıştır (15,19). Sağlıklı çocuklarda <39°C sıcaklıkları olan ateş

genellikle tedavi gerektirmez. Bununla birlikte, sıcaklıklar arttıkça, hastalar daha rahatsız edici hale gelir ve ateşin tedavisi o zaman makul olur (4).

Aşırı yüksek sıcaklıklarda, immünolojik tepkiler bozulabilir. Vücut sıcaklığının her 1°C artışı ile bazal metabolizma hızını %10-12 artırır. Bu, oksijen tüketimini, karbondioksit üretimini artırır. Vücut sıcaklığının 37,8°C üzerindeki her 1°C artışı 100 ml/m²/gün sıvı ihtiyacını artırır (18).

Antipiretik ajanların kullanılmasının hastalık süresini uzattığı veya kısalttığı gösterilmemiştir. Febril nöbetler ebeveynler için önemli endişe yaratmaktadır. En sık 6 ay ile 6 yaş arasındaki çocuklarda görülürler. Çoğu ateşli nöbetin komplikasyonu yoktur ve önemli bakteriyemi ile ilişkili olmadığı veya daha büyük çocuklarda nöbet bozukluğunun gelişmesine yol açtığı gösterilememiştir (1).

2.10. Ateş Fobisi

19. yüzyılda Claude Bernard hayvanların vücut sıcaklıklarını normalin 5-6°C üzerine çıkarmış ve hayvanların öldüğünü göstermiştir. Bu deney sonrası ateş, vücut için zararlı kabul edilmiş ve kesinlikle antipiretiklerle tedavi edilmesi gerektiğine inanılmıştır. Bu inanın getirdiği ateş fobisi günümüzde de sürmektedir. Ateş fobisi tüm sosyoekonomik sınıflarda görülmektedir (19).

Ebeveynlerin ateşi çocukları için riskli ve faydasız olarak buluyorlar (29). Tarih boyunca aileler, çocukları ateşlendiği zaman en çok ateşli nöbet geçirmesinden, beyin hasarı ihtimalinden ve ölümden korktukları bilinmektedir (8,24,26,29,31). Pediatrik ateş sadece ebeveynlerde değil sağlık çalışanlarında da benzer korkulara sebep olmaktadır (32,33).

2.11. Ateş Tedavisi

Ateş düşürmenin gerekliliği konusunda tartışmalar olsa da ateş düşürücülerin sıcaklığı etkin ve güvenli bir şekilde düşürdüğü ve en az yan etki ile semptomları iyileştirdiği gösterilmiştir (1). Antipiretik ajan olarak kortikosteroidler, aspirin ve non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve asetaminofen bulunur (15).

Kortikosteroidler antipiretik olarak direk kullanılmasalar da, pirojenik sitokin transkripsiyonunu baskılayarak ve siklooksijenaz (COX) enzim inhibisyonu ile antipiretik etki

gösterirler. Glukokortikoidler fosfolipaz A2 enzimi ve PGE₂ üzerine inhibitör etki gösterirler. NSAİİ'lar ve asetaminofen COX enzimi üzerinden prostaglandin yapımını inhibe ederek ateş oluşumunu baskırlar. NSAİİ'nın, anti-inflamatuvar, analjezik ve anti-piretik etki açısından temel mekanizmaları sikoloksijenaz enzimleri (COX-1 ve COX-2) ile prostanoid biyosentezinin inhibisyonudur. Bilinen iki çeşit COX izoenzimi mevcuttur. COX-1 izoenzimi yapısal olarak birçok dokuda (endotel, monositler, gastrointestinal epitel hücreleri, trombositler vb) bulunmaktadır. COX-2 izoenzimi yapısal olarak çok az dokuda bulunmaktadır. NSAİİ'ların antipiretik ve anti-inflamatuvar etkisi COX-2 izoenzimi, yan etkileri ise COX-1 izoenzimi üzerinden ortaya çıkar (15).

Asetaminofen sık kullanılan ilaçlardan biridir. Doz, vücut ağırlığına göre yapılmalıdır, her 4-6 saatte bir 10 ila 15 mg/kg'dır, böbrek veya karaciğer yetmezliği olan hastalarda 2-3 g/gün 'ü geçmemelidir (1,4).

İbuprofen, hem antiinflamatuvar hem de antipiretik etkileri olan bir NSAİİ'dır. Doz, çocuklarda 6 ila 8 saatte bir 10 mg/kg (4), ergenlerde ve yetişkinlerde her 6 saatte bir 200 ila 400 mg'dır. Bazı çalışmalar ibuprofenin asetaminofenden daha etkili bir antipiretik ajan olabileceğini düşündürmektedir (1). Yan etki olarak böbrek yetmezliği ve gastrointestinal rahatsızlıklara dikkat edilmelidir (4,15).

Aspirin, ateşi düşürmek için her 4-6 saatte bir 10-20 mg/kg dozunda antipiretik olarak kullanılır. Reye sendromu riski nedeniyle çok yüksek ateşli çocuklarda kullanılmamalıdır (1,15).

Çevresel önlemler olarak ise; ılık suyla banyo yapmak, oda sıcaklığını düşürmek ve dehidratasyondan kaçınmak için bol sıvı almak gibi farmakolojik olmayan tedaviler yaygın olarak kullanılır. Ilık banyolar ve soğutma battaniyeleri gibi fiziksel önlemlerin ateşi düşürmede etkili olduğu düşünülmemektedir, asla ateş düşürmede tek tedavi olarak kullanılmamalıdır (1,4,15,21).

2.12. Ateşli Çocuğa Yaklaşım

Ateşi olan çocuğa ilk yaklaşım kardiyopulmoner kollaps veya şok açısından değerlendirmek olmalıdır. Solunum sıkıntısı, oksijene yanıt vermeyen hipoksemi veya bilinç değişikliği olması halinde elektif entübasyon ve mekanik ventilasyon uygulanması gerekebilir.

Hipoperfüzyon, hipotansiyon, mental instabilite gibi şok belirtileri varlığında agresif sıvı replasmanı başlanmalıdır (20 mL/kg izotonik mayi ile, devam eden hipovolemide 60 ml/kg 'a kadar çıkılabilir). İhtiyaç halinde vazopressör (dopamin 1-20 µg/kg/dk veya norepinefrin 0,1-3 µg/kg/dk) tedavi eklenmelidir. Antibiyotik uygulanmadan önce, kan ve idrar kültür alınmalıdır. Hastanın vital bulguları stabil olunca lomber ponksiyon yapılabilir. Ampirik antibiyotik tedavisi, yaşa göre en olası etken organizmalara uygun verilmelidir (3).

Ebeveynler genellikle vücut ısısının 38°C altındaki değerleri ateş olarak nitelendirmekte ve ateş düşürme yöntemlerine başlamaktalar (8,34). Anneler çocuklarının ateşini düşürmek için geleneksel olarak ilk yöntem kıyafetlerini çıkartma, ılık su ile yıkama, ılık tampon yapma, alkol/sirke/kolonya ile silme olmuştur (6,8,25,35,36,37). Evde yaptıkları yöntemler ile ateşi düşüremeyen aileler profesyonel yardım için çoğunlukla çocuk acil/aile sağlığı merkezi/pediyatriye başvurmakta (7,36,37).

2.13. Akılcı İlaç Kullanımı ve İlkeleri

İlaç; hastalıkların tedavisi, profilaksisi, cerrahi girişimlerin kolaylaştırılması ve bazı fizyolojik olayların değiştirilmesi (doğum kontrolü gibi) amacıyla tıpta kullanılan ve biyolojik etkinliği olan saf kimyasal madde veya ona eşdeğer bitkisel veya hayvansal kaynaklı standart miktarda etkin madde ve yardımcı madde içeren kimyasal preparattır (38,39).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Nairobi'de 1985 yılında yapılan toplantıda, akılcı ilaç kullanımı (AİK); "hastaların klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyette ve kolayca ulaşabilmeleri için uyulması gereken kurallar bütünü" olarak tanımlamıştır (40).

AİK; belirlenen doğru ilacın, doğru miktarda, doğru uygulama yoluyla, doğru zamanlamayla, yeterli bilgilendirme yapılarak ve maliyet uygunluğu da dikkate alınarak kullanılması ilkelerinin bütünüdür (39).

2.14. Sağlık Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımındaki Roller

Sağlık çalışanlarının AİK üzerindeki rolü; hastaya verilecek tedaviye karar verilmesi, ilacın seçilmesi, hastanın bilgilendirilmesi, ilacın verilmesi, ilacın uygulanması, ilaç atığının yönetilmesi, tedavinin izlenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi, bütün bu süreçte hastaya danışmanlık yapılmasıdır (39).

2.14.1. Hekimin Rolü

Hekimin AİK üzerindeki rolü; hastanın tanısını dikkatlice koymak, akılcı tedavi seçeneklerini belirlemek, uygun bir reçete yazmak ve hastayı yeterince bilgilendirmektir (39,41).

2.14.2. Eczacının Rolü

Eczacının AİK üzerindeki rolü; hastayı ilacın ne zaman, nasıl, ne kadar, ne sıklıkta alınması ve kalan ilaçların ne yapılması konusunda bilgilendirmektir. Tedavi sürecinde yaşanacak olumsuzluklar, yan etkiler ve saklama koşulları hakkında ön bilgilendirme yapmalıdır (39,41,42).

2.14.3. Hemşirenin Rolü

Hemşirenin görevi AİK konusunda doktorun vermiş olduğu talimatlar ışığında hastaya doğru zamanda, doğru ilacı, doğru dozda, doğru yoldan vermektir. Hasta bilekliği kontrol etmek, reçetesiz tedaviyi uygulamamak, hastayı işlem öncesinde bilgilendirmek, işlem sonrasında gözlemlemek, kullanmış olduğu tıbbi atıkları uygun şekilde ortamdan uzaklaştırmak başlıca görevlerindedir (39).



Şekil 2. Akılcı ilaç kullanımında sorumlulukları olan taraflar (39)

2.15. Hastaların, Hasta Yakınlarının ve Toplumun Akılcı İlaç Kullanımındaki Rollerini

Hastalar ve hasta yakınlarına düşen en önemli görevler ise; hekime gereksiz ilaç yazdırmaktan kaçınmak, hastalığın tanısının doğru konulması için doğru anamnez vermek, tedavi sürecinde etkin rol almak ve önerilere uymaktır. Hekim önerisi olmadan ve gereksiz ilaç kullanımından kaçınmaktır (39,42).

2.16. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

Akılcı olmayan ilaç kullanımında; ilaçların gereksiz ve aşırı kullanımı, klinik rehberlere uyumsuz tedavi seçimi, piyasaya yeni çıkan ilaçların uygunsuz tercihi, ilaç kullanımında özensiz davranılması (uygulama yolu, süre, doz), uygunsuz kişisel tedavilere başvurulması, gereksiz yere antibiyotik tüketimi, gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi, gereksiz ve uygunsuz vitamin kullanımı, bilinçsiz gıda takviyesi ve bitkisel ürünlerin kullanımı, ilaç-ilaç etkileşimleri ve besin-ilaç etkileşimlerinin ihmal edilmesi yer almaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı; hastaların tedaviye uyumun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine, hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (42).

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi ve zamanı

Bu araştırma 22 Nisan-21 Haziran 2019 tarihleri arasında yapılan kesitsel tipte analitik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini Konya İl Merkezinde Meram, Selçuklu ve Karatay ilçelerinde bulunan rastgele seçilmiş üç aile sağlığı merkezine (ASM) herhangi bir sebeple başvuran beş yaş altı çocuğu olan anneler oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Daha önceki çalışmalarda ateş nedeniyle acil servise başvuru sıklığının %22,3 olduğu görülmüştür (43). Araştırmamızda evrendeki birey sayısı bilinmediği için çalışmaya alınması gereken denek sayısı $n=t^2.p.q/d^2$ formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

$n=$ Çalışmaya alınacak denek sayısı

$t = \infty$ Evrendeki birey sayısı bilinmediği için serbestlik derecesi ∞ olarak alınmıştır. 0,05 de ∞ serbestlik derecesinde teorik t değeri tablodan bakılarak 1,96 bulunmuştur.

$p = 0,223$ Ülkemizde ateşli çocukların acile başvurma oranı %22,3 olarak kabul edildi. p değeri = 0,223 alındı.

$q = 1 - p = 1 - 0,223 = 0,777$ dir.

$d = 0,05$ Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm standart sapma miktarı ($\pm\%5$ sapma istediğimizden) $d = 0,05$ alınmıştır.

$n = \frac{(1,96)^2 (0,223 \times 0,777)}{(0,05)^2} = 266$. Anket sorularının eksik doldurulması ve çalışmaya katılmayı reddetme gibi ihtimaller göz önüne alınıp, %10 pay ilave edilerek en az 300 kişinin çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Ancak planlanan tarih aralığına sadık kalınarak bu süreçte çalışmaya alınma kriterlerine uygun gönüllü 342 kişi ile çalışmanın veri toplama süreci tamamlandı.

3.4. Dışlanma kriterleri

Araştırma kapsamında çalışmaya dahil edilmeme kriterleri aşağıdaki gibidir:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme
2. Annelerin beş yaş altı çocuğu olmaması
3. Ağır psikiyatrik hastalık var olması
4. Bireyler ile sözlü iletişim kurulamaması
5. Anadili Türkçe olmaması
6. Beş yaş altı çocuğunda immun yetersizlik, diyabet, kistik fibroz, kronik böbrek yetersizliği, malignite, bağ dokusu hastalığı, malabsorpsiyon sendromları gibi sık ateşlenme ve antibiyotik kullanımına neden olacak kronik hastalık olması

3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurul onayı alınmıştır (Sayı: 2019/1790 Tarih: 15.3.2019). Çalışmanın amacı hakkında annelere kısaca bilgi verilerek katılmayı kabul edenlerden Helsinki Deklarasyon ilkelerine göre sözlü ve yazılı onamları alındı.

Çalışma için Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Daha sonra rastgele yöntemle belirlenen aile sağlığı merkezlerine gidilip öncelikle sorumlu hekimleri ile görüşülerek onların da izinleri alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) ve Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ) kullanılarak, katılımcılara üç basamaklı bir anket formu uygulanmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik bilgi formunda 39 soru bulunmaktadır. Bu formda katılımcıların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, en uzun yaşadığı yer, aile tipi, sigara-alkol alışkanlıkları gibi özelliklerini tanımlayıcı sorular yer almaktadır. Ayrıca eşi ile arasında akrabalık durumu, kaç yaşında evlendiği, doğum bilgileri, çocuk sayısı ve özellikleri, normal vücut sıcaklığı bilgisi, ateş ve ateşli çocuğa yaklaşımı hakkındaki bilgileri, ateşin muhtemel etkileri ilaç hazırlama becerileri, reçetesiz ilaç alımı, tedavi sırası ve sonrasında ilaçların saklanması, çocuğun gelişiminde etkili kişiler gibi daha önceki çalışmalarda yer alan akılcı ilaç kullanımı ve ateş yönetimi ile ilgili olabileceği düşünülen faktörlere göre şekillendirilmiş olan sorular yer almıştır.

Annelerin yaşı, evlenme yaşı, ilk doğum yapma yaşı, doğum sayısı, ankette açık uçlu olarak sorulmuştur. Katılımcılardan toplanan cevaplar median değere göre iki gruba ayrılarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

Eğitim durumu çoktan seçmeli olarak altı alt başlıkta sorulmuş, toplanan verilerin dağılımına göre yanıtlar ortaokul ve altı eğitimliler ile lise ve üstü eğitimliler olarak 2 grupta toplanmıştır.

Katılımcıların normal vücut sıcaklığı bilgisi sorgulanırken, 'Sizce normal vücut sıcaklığı nedir?' sorusu yönlendirilmiş ve toplanan verilerin frekanslarına bakılmıştır. Median değer 36°C, minimum değer 20 °C ve maksimum değer 39 °C olarak kaydedilmiştir.

3.6.2. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ)

Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ) Walsh ve arkadaşları tarafından 2008 yılında ebeveynlerin ateş yönetimini değerlendirmek için geliştirilmiş (44), Çınar ve arkadaşları tarafından 2013 yılında Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır (45). EAYÖ toplam iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alpha=0,79 olarak hesaplanmıştır (45). Ölçek sekiz sorudan oluşmaktadır. Sorular ile annenin çocuğu ateşlendiği zaman genellikle yaptığı

eylemler sorgulanmaktadır. Katılımcılar likert tipte olan sorulara "1=asla, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğunlukla, 5=daima" olarak puanlanan yanıtlar seçebilmektedir.

Bu ölçeğin puanlaması en düşük 8, en yüksek 40 puan olabilir. Alınan puan arttıkça daha yüksek düzeyde uygulamalara işaret eder ve bu nedenle ateş, ateş fobisini ve çocuklarının ateşli hastalıkları sırasında ebeveyn bakım yükünün daha fazla olduğunu gösterir (45).

3.6.3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ)

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) Demirtaş ve arkadaşları tarafından 2018`de geliştirilip, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (46). AİKÖ'nin toplam iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alpha değeri 0,789 olarak hesaplanmıştır (46). AİKÖ 10 doğru, 11 yanlış, toplam 21 önermeden oluşan bir ölçektir. Her önermenin 'doğru', 'yanlış' ve 'bilmiyorum' şeklinde cevaplanması beklenir. Soruların onu (1,3,4,7,8,11,12,14,18,21) "doğru=2, bilmiyorum=1, yanlış=0" olarak puanlanır. On biri (2,5,6,9,10,13,15,16,17,19,20) "doğru=0, bilmiyorum=1, yanlış=2" olarak ters puanlanır. Bilgi seviyesi arttıkça anketten alınan puanın arttığı kabul edilir (46). Bireylerin anketten aldıkları bilgi puanları, evde ateş ölçer bulundurma değişkenine göre ROC analizi yapıldı ve kestirim değeri 36,5 puan olarak hesaplandı. Anketten 36,5 ve üzeri puan alanlar akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip, 36,5 puan altında alanlar ise akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip değildir olarak yorumlandı.

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versiyon 20.0 istatistik paket programı kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma ile, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde olarak belirtildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak için Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri kullanılmıştır. Kategorik verilerin istatistiksel analizi için Ki kare testi, nicel verilerin istatistiksel analizi için ise normal dağılıma uyan verilerde ikili gruplarda bağımsız- t testi, üç ve daha fazla olan gruplarda One Way ANOVA testi (post hoc Tukey test), normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U, Kruskal Wallis kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Parametreler arası ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile arandı. Korelasyon katsayısı (r); 0,00–0,24 arası zayıf, 0,25–0,49 arası orta, 0,50–0,74 arası güçlü, 0,75–1,00 arası çok güçlü ilişki olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Beş yaş altı çocuğu olan 342 katılımcının %31,9'u (n=109) Meram, %33,0'ı (n=113) Selçuklu, %35,1'i (n=120) Karatay bölgesinde kayıtlı idi. Annelerin %53,2'si (n=182) otuz yaş ve üzerinde, %98,2'si (n=336) halen evli, %50,6'sı (n=173) lise ve üstü eğitimli, %82,5'i (n=282) çalışmıyordu. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Parametreler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Anne yaşı		
<30 yaş	160	46,8
≥30 yaş	182	53,2
Evlenme yaşı		
<21 yaş	163	47,7
≥21 yaş	179	52,3
İlk doğum yapma yaşı		
<22 yaş	147	43,0
≥22 yaş	195	57,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	60	17,5
Çalışmıyor	282	82,5
Eşi ile akrabalık durumu		
Var	35	10,2
Yok	307	89,8
Ölen çocuk varlığı		
Evet	11	3,2
Hayır	331	96,8
Eğitim durumu		
≤Ortaokul eğitimli	169	49,4
≥Lise eğitimli	173	50,6
Medeni durum		
Evli olanlar	336	98,2
Evli olmayanlar	6	1,8
Bu güne kadar en uzun yaşadığı yer		
İl merkezi	290	84,8
İlçe ve köy	52	15,2
Doğum sayısı		
< 2 doğum	104	30,4
≥2 doğum	238	69,6
Aile tipi		
Çekirdek	272	79,5
Geniş aile	64	18,7
Parçalanmış aile	6	1,8

Ekonomik durum		
Geliri giderinden az	99	28,9
Geliri giderine denk	184	53,8
Geliri giderinden fazla	59	17,3
Sigara kullanma durumu		
İçiyor	50	14,6
İçmiyor	292	85,4
Alkol kullanma durumu		
Alkol kullanmıyor	340	99,4
Ayda 1-2 kez kullanıyor	2	0,6

Annelerin yaş ve doğum ile ilgili verileri

Annelerin yaş ortalaması $30,8 \pm 5,7$ yıl (19-44) idi. Evlenme yaşı ortalaması $21,44 \pm 3,5$ yaş (13-35) ve ilk doğum yapma yaşı ortalaması ise $23,1 \pm 3,8$ yaş (14-39) idi. Doğum sayısı ortancası 2 doğum (1-5), düşük sayısı en fazla 7 idi. Katılımcıların %8,5'i (n=29) 18 yaş altında evlenmiş ve %3,2'si (n=11) 18 yaş altında anne olmuştur. Annelerin doğum bilgileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Annelerin yaş ile ilgili ortalama değerleri

	Ortalama\pmSD*	Ortanca	Minimum	Maksimum
Anne yaşı	$30,8 \pm 5,7$	30,0	19	44
Evlenme yaşı	$21,44 \pm 3,5$	21,0	13	35
İlk doğum yapma yaşı	$23,1 \pm 3,8$	22,0	14	39

SD*= Standart sapma

Annelerin normal vücut sıcaklığı bilgisinin değerlendirilmesi

Annelere normal vücut sıcaklığı hakkındaki bilgi düzeyleri sorgulandığında, normal vücut ısısı bilgisini ortalama $35,9 \pm 1,8^{\circ}\text{C}$, minimum değeri 20°C , maksimum değeri 39°C ve median değeri 36°C olarak tahmin etmişlerdir. Annelerin %89,5'inin (n=306) evlerinde ateş ölçer vardı ve çocuğunda ateşli havale öyküsü olan annelerin %88,6'sı evde ateş ölçer bulunduruyordu.

Çalışmaya katılan annelerin %78,1'i (n=267) normal vücut sıcaklığını bilmişlerdir. Annelerin normal vücut sıcaklığı bilgi durumları ile evlenme yaşı karşılaştırıldığında normal değerleri işaret edenlerin evlenme yaşı ortalamaları daha yüksek bulundu ($p=0,014^{ab}$).

Annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumları EAYÖ toplam puanı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,409$). Annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumları AİKÖ toplam puanı ile karşılaştırıldığında düşük değerleri işaret

edenlerin puanı normal değerleri işaret edenlerden anlamlı derecede düşük iken ($p<0,001^{ab}$), normal değerleri işaret edenlerin toplam puanı ise yüksek değerleri gösterenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi ($p=0,043^{bc}$).

Annelerin yaş bilgileri, doğum sayısı ve ölçeklerin toplam puanı ile olan normal vücut sıcaklığı bilgi durumlarının karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Annelerin normal vücut sıcaklığını bilme durumu ile bazı parametrelerin karşılaştırılması

	<36°C Düşük (a) Ortalama±SD*	36°C-37,5°C Normal (b) Ortalama±SD	>37,5°C Yüksek (c) Ortalama±SD	F	p
Anne yaşı	30,5±6,6	31,0±5,5	28,9±3,8	1,097	0,335
Evlenme yaşı	20,3±3,0	21,7±3,5	21,9±3,2	4,094	0,014^{ab}
İlk doğum yaşı	22,1±3,7	23,3±3,9	23,3±3,5	2,564	0,078
Doğum sayısı	2,2±1,1	2,2±1,1	2,1±0,7	0,140	0,869
EAYÖ**toplam puanı	34,9±3,5	35,3±3,3	34,2±3,7	0,896	0,409
AİKÖ***toplam puanı	33,2±5,7	36,8±4,0	34,0±5,6	18,087	<0,001^{ab} 0,043^{bc}

*SD=Standart sapma EAYÖ**Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği AİKÖ***Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği

Annelerin çocuklarında ateş yönetimi ile ilgili genel tutumlarının değerlendirilmesi

Anneler, çocuklarının %33,3'ünün (n=114) yılda 1-2 kez ateşlendiğini, %30,7'sinin (n=105) yılda 3-4 kez, %22,8'inin (n=78) yılda beş ve daha fazla ateşlendiğini, %13,2'sinin (n=45) ise hiç ateşlenmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %89,5'i (n=306) evde ateş ölçer bulundurduğunu, %49,7'si (n=170) ilk olarak çocuklarının ateşlendiğini dokunarak, %38,0'ı (n=130) dış görünüşünden anladıklarını belirtmiştir. Annelere çocukları ateşlendiği zaman kaç derecenin üzerinde endişelendikleri sorulduğunda ise; %56,1'i (n=192) $\geq 38^{\circ}\text{C}$, %24,6'sı (n=84) $\geq 39^{\circ}\text{C}$ işaret etmiştir.

Annelerin ateşli çocuklarına yaklaşımı konusunda sorular sorulduğunda, çocuklarının ateşlerini %43,2'si (n=142) on beş dakika arayla, %31,0'ı (n=102) yarım saat arayla, %6,4'ü (n=21) bir saat arayla, %2,1'i (n=7) iki saat arayla kontrol ettiklerini, %38,6'sı (n=127) ilk yardımı doktordan aldığını ifade ederken, %21,6'sı (n=71) internete başvurduğunu belirtmiştir. Annelerin çocuklarındaki ateş yönetimi ile ilgili genel tutumları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Annelerin çocuklarındaki ateş yönetimi ile ilgili genel tutumları

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Çocuğunuz hangi sıklıkta ateşlenir?		
Yılda 1-2 kez	114	33,3
Yılda 3-4 kez	105	30,7
Yılda 5 ve daha fazla	78	22,8
Hiç	45	13,2
Evinizde ateş ölçer var mı?		
Evet	306	89,5
Hayır	36	10,5
Çocuğunuzun ateşlendiğini nasıl anlarsınız?		
Dış görünüşünden	130	38,0
Dokunarak	170	49,7
Ateş ölçer ile	42	12,3
Çocuğunuzun ateşini nereden ölçersiniz?*		
Alından	141	42,3
Kulaktan	21	6,3
Koltuk altından	165	49,6
Makattan	6	1,8
Vücut sıcaklığı kaç derece üzerine çıkınca endişelenirsiniz?		
37 °C ve altı	6	1,8
37,1 °C - 37,9 °C	60	17,5
38 °C -38,9 °C	192	56,1
39 °C ve üzeri	84	24,6
Çocuğunuz ateşlendiğine ateşini ne sıklıkta kontrol edersiniz?*		
On beş dakika arayla	142	43,2
Yarım saat arayla	102	31,0
Bir saat arayla	21	6,4
İki saat arayla	7	2,1
Diğer	57	17,3
Çocuğunuz ateşlendiğinde ilk olarak nereye başvurursunuz?*		
Aile Sağlığı Merkezi	126	38,3
Devlet hastanesi	109	33,1
Özel hastane	73	22,2
Üniversite hastanesi	15	4,6
Hiçbir yere götürmem	6	1,8
Çocuğunuz ateşlendiğinde hekime ne zaman başvurursunuz?*		
İlk gün	176	53,5
İkinci gün	121	36,8
Üçüncü gün ve sonrasında	32	9,7
Çocuğunuz ateşlendiğinde bilgi için nerden yardım alırsınız?*		
İnternet	71	21,6
Gazete/Dergi	1	0,3
Komşu	25	7,6
Hemşire/Sağlık çalışanı	46	14,0
Doktor	127	38,6
Diğer	59	17,9

*Beş yaş altındaki çocuğu ilk çocuğu olup daha önceden ateş tecrübe etmemiş anneler cevaplamamıştır.

Annelerin ateş kontrolünde ateşi anlama yöntemi ile eğitim (p=0,205) ve çalışma durumu (p=0,384) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5). Annelerin doğum sayısı ile evde ateş ölçer bulundurma durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,864). Katılımcılar çocuklarının bakımında yılın büyük çoğunluğunda anne ve babanın (%89,5 (n=306)) etkili olduğunu belirtmiştir.

Tablo 5. Çocuğun ateşini anlama yöntemi ile öğrenim ve çalışma durumu arasındaki ilişki

	Dış görünüşünden		Dokunarak		Ateş ölçer ile		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Çalışma durumu										
Çalışıyor	19	31,6	31	51,7	10	16,7	60	100,0	1,913	0,384
Çalışmıyor	111	39,4	139	49,3	32	11,3	282	100,0		
Eğitim durumu										
≤Ortaokul eğitilmiş	72	42,6	79	46,7	18	10,7	169	100,0	3,172	0,205
≥Lise eğitilmiş	58	33,5	91	52,6	24	13,9	173	100,0		

Annelerin çocuklarının ateşini düşürmekteki tutumlarının değerlendirilmesi

Katılımcıların ateşli çocuklarına yaklaşımları sorgulandığında, %89,7'sinin (n=295) kıyafetlerini çıkarttığı, %88,4'ünün (n=291) ateş düşürücü şurup/fitil verdiği, %79,6'sının (n=262) ılık duş aldirdığı, %73,9'unun (n=243) ılık uygulama yaptığı, %43,8'inin (n=144) doktora götürdüğü, %28,6'sının (n=94) sirkeli su ile vücudu sildiği, %1,2'sinin (n=4) antibiyotik verdiği tespit edildi. Annelerin çocuklarının ateşini düşürmekteki tutumları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Annelerin çocuklarının ateşini düşürmekteki tutumları

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Çocuğunuzun ateşini düşürmek için ne yaparsınız?*				
Ilık uygulama yaparım	243	73,9	86	26,1
Ilık duş aldırım	262	79,6	67	20,4
Kıyafetlerini çıkarırım	295	89,7	34	10,3
Doktora götürürüm	144	43,8	185	56,2
Ateş düşürücü şurup/fitil veririm	291	88,4	38	11,6
Antibiyotik veririm	4	1,2	325	98,8
Sirkeli su ile vücudu silerim	94	28,6	235	71,4

*Katılımcılar bu soruya birden fazla cevap vermiştir.

Annelerin ateşin zararları konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesi

Katılımcılara ateşin çocuklarına ne zarar verdiği sorulmuştur ve %89,4'ü (n=303) ateşli havale geçirebileceğini, %49,3'ü (n=167) beynine zarar verebileceğini, %26,3'ü (n=89) sakat kalabileceğini, %18'i (n=61) kısır kalabileceğini, %13'ü (n=44) ölebileceğini belirtmiştir. Annelerin ateşin zararları konusundaki bilgileri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Annelerin ateşin zararları konusundaki bilgileri

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Sizce ateş çocuğunuza ne zarar verebilir?*				
Ateşli havale geçirebilir	303	89,4	36	10,6
Kısır kalabilir	61	18,0	278	82,0
Beynine zarar verilebilir	167	49,3	172	50,7
Sakat kalabilir	89	26,3	250	73,7
Ölebilir	44	13,0	295	87,0

*Katılımcılar bu soruya birden fazla cevap vermiştir.

Annelerin hekime gitme, reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanma durumları

Çocuğunda daha önceden ateş tecrübe eden annelerin %41,8'i (n=139) çocuklarına reçetesiz olarak en sık ateş düşürücü, %13,5'i (n=45) ağrı kesici, %6,9'u (n=23) vitamin, %0,9'u (n=3) antibiyotik verdiğini ifade ederken, %36,9'u (n=123) reçetesiz ilaç kullanmadıklarını belirtmiştir. Annelerin %37,8'i (n=125) tedavi sonrası kalan ilaçları daha sonra kullanmak için sakladığını, %35,5'i (n=117) attığını, %26,7'si (n=88) antibiyotik ise attığını diğerlerini sakladığını belirtmiştir. Annelerin reçete ve ilaç kullanma ile ilgili tutumları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Annelerin reçete ve ilaç kullanma ile ilgili tutumları

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Çocuğunuza reçetesiz en sık verdiğiniz ilaçlar nelerdir?*		
Antibiyotik	3	0,9
Ateş düşürücü	139	41,8
Ağrı kesici	45	13,5
Vitamin	23	6,9
Kullanmıyorum	123	36,9
Doktor tarafından önerilen reçeteyi kontrol eder misiniz?*		
Evet	295	88,3
Hayır	39	11,7
Çocuğunuz için aldığınız ilaçların prospektüsünü okur musunuz?*		
Evet	296	88,6
Hayır	38	11,4
Tedaviniz tamamlandıktan sonra kalan ilaçları ne yaparsınız?*		
Atarım	117	35,5
Sonra kullanmak için saklarım	125	37,8
Antibiyotik ise atarım, diğerlerini saklarım	88	26,7
Çocuğunuz için verilen ilaçları ne kadar kullanırsınız?*		
Ateşi düşünceye kadar	31	9,4
İlaç bitinceye kadar	26	7,9
Şikayetleri azalınca kadar	85	25,7
Doktorun önerdiği gün kadar	188	57,0
İlaçları nerde saklıyorsunuz?*		
Buzdolabı	176	53,0
Serin ve kapalı bir dolapta	100	30,1
Oda sıcaklığında	38	11,4
Ecza dolabında	18	5,5
Çocuğunuza ilaç verirken tatlandırıcı/reçel/meyve suyu/süt karıştırır mısınız?*		
Evet	33	10
Hayır	298	90
Çocuğunuza şurubu nasıl verirsiniz?*		
Kendi ölçeği ile	211	63,7
Kaşıkla	76	23,0
Enjektörle	44	13,3
Çocuğunuza süspansiyon (sulandırılarak verilen) şeklindeki ilaçları nasıl hazırlarsınız?*		
Kaynatılmış su ile	7	2,1
Kaynatılıp soğutulmuş su ile	308	93,6
Damacana suyu ile	14	4,3

*Beş yaş altındaki çocuğu ilk çocuğu olup daha önceden ateş tecrübe etmemiş anneler cevaplamamıştır.

Annelerin eğitim düzeyinin ilaç saklamak üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan annelerin ilaçları saklama yerleri sorulduğunda buzdolabında saklayan annelerin %59,7'si ortaokul ve altı eğitimli idi. Serin ve kapalı yerde saklayan annelerin %58'i, oda sıcaklığında saklayanların %71,1'i, ecza dolabında saklayanların %61,1'i lise ve üstü eğitimli idi ($p=0,001$). Annelerin eğitim düzeyinin ilaç saklama yerlerine etkisi Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Annelerin eğitim düzeyinin ilaç saklama yerlerine etkisi

İlaç saklama yeri	Eğitim düzeyi ≤Ortaokul eğitimli		Eğitim düzeyi ≥Lise eğitimli		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
	Buzdolabı	105	59,7	71	40,3	176		
Serin ve kapalı dolap	42	42,0	58	58,0	100	100,0		
Oda sıcaklığı	11	28,9	27	71,1	38	100,0		
Ecza dolabı	7	38,9	11	61,1	18	100,0		

*Çocuğunda daha önceden ilaç kullanan 332 anne soruyu cevaplamıştır.

Anne yaşı, eğitim durumu ve bugüne kadar en çok yaşadığı yer ile çocuğu ateşlendiğini anlama durumu, evde ateş ölçer bulundurma durumu, vücut sıcaklığının kaç derece ve üzerinde olması halinde telaşlanması, ateşli çocuğun vücut sıcaklığını kontrol etme sıklığı, tedavisi için başvuru yeri ve ilacı saklama koşulları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0,05$).

Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği'nin (EAYÖ) değerlendirilmesi

Bu çalışmada EAYÖ'nin toplam iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alpha=0,723 olarak bulunmuştur. EAYÖ toplam puanı ortalaması 35,2±3,4 puan (14-40) idi. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği'nin frekansları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği'nin frekansları

	Asla		Nadiren		Bazen		Çoğunlukla		Daima	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Ateşini ölçerim	5	1,5	2	0,6	7	2,1	175	53,4	139	42,4
2. Ateşinin derecesini bilmeyi isterim	1	0,3	1	0,3	17	5,2	139	42,4	170	51,8
3. Bol sıvı aldığından emin olmak isterim	7	2,1	4	1,2	20	6,1	143	43,6	154	47,0
4. Ateş düşürücü ilaç kullanırım	2	0,6	11	3,4	24	7,3	127	38,7	164	50,0
5. Gece boyunca kontrol ederim	1	0,3	-	-	3	0,9	115	35,1	209	63,7
6. Onunla aynı odada uyurum	-	-	7	2,1	16	4,9	87	26,5	218	66,5
7. Gece ateş düşürücü vermek için uyandırırım	4	1,2	14	4,3	49	14,9	133	40,5	128	39,0
8. Doktora götürürüm	-	-	-	-	23	7,0	150	45,7	155	47,3

*Beş yaş altındaki çocuğu ilk çocuğu olup daha önceden ateş tecrübe etmemiş anneler cevaplamamıştır (n=328)

Bazı sosyodemografik özellikler ile EAYÖ'nin karşılaştırması

Çalışmamıza katılan annelerin yapılan EAYÖ puanı ile sosyodemografik bazı özellikleri karşılaştırıldığında, anne yaşı, ilk doğum yapma yaşı, çalışma durumu, eşi ile arasında akrabalık durumu, ölen çocuk varlığı, bakıcı varlığı, medeni durum, doğum sayısı, aile tipi ve sigara içme durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmaz iken ($p>0,05$), evlenme yaşı ($p=0,035$), gebeliğin planlı olma durumu ($p=0,039$), eğitim durumu ($p=0,027$), en uzun yaşadığı yer ($p=0,027$) arasında anlamlı bir ilişki vardı. Yirmi bir yaş ve üzerinde evlenenlerde 21 yaşından önce evlenenlere göre, gebeliği planlı olanların olmayanlara göre, eğitim düzeyi yüksek olanlarda düşük olanlara göre ve en uzun il merkezinde yaşayanların ilçe ve köyde yaşayanlara göre ebeveyn ateş yönetimi puanı daha yüksek bulundu. Sosyodemografik özellikler ile Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği'nin karşılaştırılması Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Sosyodemografik özellikler ile Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği'nin karşılaştırılması

	EAYÖ*		t	p***
	Ortalama±SD**	(Min-Max)		
Anne yaşı				
≥30 yaş	35,3±3,0	26-40	0,766	0,444
<30 yaş	35,0±3,7	14-40		
Evlenme yaşı				
≥21 yaş	35,6±3,1	24-40	2,115	0,035
<21 yaş	34,7±3,6	14-40		
İlk doğum yapma yaşı				
≥22 yaş	35,5±3,2	24-40	1,939	0,053
<22 yaş	34,8±3,6	14-40		
Çalışma durumu				
Çalışıyor	35,5±3,5	26-40	0,936	0,350
Çalışmıyor	35,1±3,3	14-40		
Eşi ile akrabalık durumu				
Var	35,4±3,3	24-40	0,386	0,699
Yok	35,1±3,4	14-40		
Ölen çocuk varlığı				
Var	34,2±4,2	26-39	-0,990	0,323
Yok	35,2±3,3	14-40		
Planlı gebelik				
Evet	35,4±3,1	24-40	2,078	0,039
Hayır	34,5±4,1	14-40		
Bakıcı varlığı				
Var	34,9±3,2	27-40	-0,380	0,704
Yok	35,2±3,4	14-40		
Eğitim durumu				
≤Ortaokul eğitilmiş	34,8±3,4	14-40	-2,215	0,027
≥Lise eğitilmiş	35,6±3,3	24-40		
Medeni durum				
Evli olanlar	35,2±3,4	14-40	-0,119	0,905
Evli olmayanlar	35,3±2,7	31-39		
Bu güne kadar en uzun yaşadığı yer				
İl merkezi	35,3±3,0	27-40	2,227	0,027
İlçe ve köy	34,2±4,8	14-40		
Doğum sayısı				
≥2 doğum	35,1±3,1	24-40	0,014	0,628
<2 doğum	35,3±4,1	14-40		
Aile tipi				
Çekirdek aile	35,1±3,4	14-40	-0,339	0,735
Geniş/parçalanmış aile	35,3±3,2	24-40		
Sigara içme durumu				
İçiyor	35,0±3,3	27-40	-0,292	0,770
İçmiyor	35,2±3,4	14-40		

*EAYÖ=Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği **SD=Standart sapma ***Student t testi kullanılmıştır

Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği'nin (AİKÖ) değerlendirilmesi

Bu alışmada AİKÖ'nin toplam iç tutarlılık katsayısı Cronbach's alpha değeri 0,671 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcılar Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği'nin doğru olarak kodlanan maddelerinden en yüksek olarak "İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalınız" maddesini %99,4 oranında doğru yanıtlarken, "Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır" maddesini ise en düşük %71,6 oranında doğru cevaplamışlardır.

Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği'nin maddelerinin frekans bilgileri Tablo 12'de gösterilmiştir.

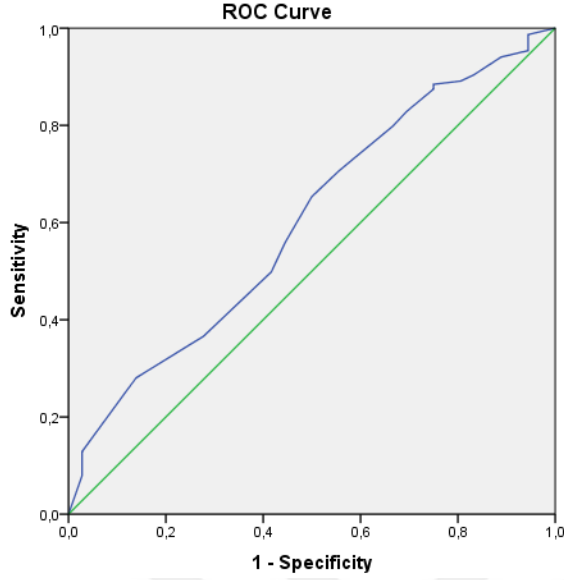
Tablo 12. Akılci İlaç Kullanımı Ölçeği'nin (AİKÖ) Frekansları

	Doğru		Bilmiyorum		Yanlış	
	n	%	n	%	n	%
1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	330	96,5	5	1,5	7	2,0
2. Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.	50	14,6	11	3,2	281	82,2
3. Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.	337	98,5	3	0,9	2	0,6
4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.	326	95,3	13	3,8	3	0,9
5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.	51	14,9	29	8,5	262	76,6
6. İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.	52	15,2	12	3,5	278	81,3
7. İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.	289	84,5	11	3,2	42	12,3
8. İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	283	82,7	17	5,0	42	12,3
9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.	115	33,6	54	15,8	173	50,6
10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.	67	19,6	35	10,2	240	70,2
11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalınız.	340	99,4	-	-	2	0,6
12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	329	96,2	4	1,2	9	2,6

13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.	153	47,7	14	4,1	175	51,2
14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.	279	81,6	19	5,6	44	12,9
15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.	37	10,8	31	9,1	274	80,1
16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.	50	14,6	53	15,5	239	69,9
17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.	26	7,6	9	2,6	307	89,8
18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	323	94,4	10	2,9	9	2,6
19. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.	14	4,1	27	7,0	304	88,9
20. Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.	4	1,2	5	1,5	333	97,4
21. Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.	245	71,6	80	23,4	17	5,0

Sosyodemografik özellikler ile AİKÖ puanlarının karşılaştırılması

ROC analizinde ROC eğrisi altında kalan alan (EAK) 0,602 olarak (EAK=0,602) bulundu. Uygun akılcı ilaç kullanım davranışı gösterme durumuna göre ölçeğin kestirim değeri ROC analizi ile 36,5 olarak hesaplandı. Annelerin %54,4'ü (n=186) AİKÖ'ne göre akılcı ilaç kullanımında yeterli bilgi düzeyine (AİKÖ \geq 36,5) sahip idi (Şekil 3).



EAK=0,602 p=0,046

Şekil 3. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ROC eğrisi

Eğitim düzeylerine göre, lise ve üstü eğitilmişlerin %69,9'unun AİKÖ puanı $\geq 36,5$ puan olup bilgisi yeterliyken, ortaokul ve altı eğitilmişlerin %61,5'inin AİKÖ puanı $\leq 36,5$ puan altında olup bilgisi yetersiz olarak bulunmuştur ($p < 0,001$).

Evde ateş ölçer bulundurma, anne yaşı, doğum yapma sayısı ve ölen çocuk varlığı ile annelerin AİK hakkındaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,276$, $p=0,127$, $p=0,199$, $p=0,223$). Evlenme yaşı 21 ve üzeri olanlar ($p=0,006$), ilk doğum yapma yaşı 22 ve üzeri olanlar ($p=0,009$), çalışma hayatı olanlar ($p < 0,001$), geliri giderine denk ve fazla olanlar ($p=0,004$), şimdiye kadar en uzun yaşadığı yer il merkezi olanlar ($p=0,003$), çekirdek ailede yaşayanlar ($p=0,007$), eşi ile arasında akrabalık olmayanların ($p=0,047$) puanı 36,5 ve üzerinde olup bilgisi yeterli idi. Sosyodemografik özellikler ile Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin karşılaştırılması Tablo 13'te belirtilmiştir.

Tablo 13. Sosyodemografik özellikler ile Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'nin karşılaştırılması

	AİKÖ* ≥36,5 (Bilgisi yeterli)		AİKÖ <36,5 (Bilgisi yetersiz)		Toplam		χ ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Anne yaşı								
≥30 yaş	106	58,2	76	41,8	182	100,0	2,331	0,127
<30 yaş	80	50,0	80	50,0	160	100,0		
Evlenme yaşı								
≥21 yaş	110	61,5	69	38,5	179	100,0	7,560	0,006
<21 yaş	76	46,6	87	53,4	163	100,0		
İlk doğum yapma yaşı								
≥22 yaş	118	60,5	77	39,5	195	100,0	6,865	0,009
<22 yaş	68	46,3	79	53,7	147	100,0		
Çalışma durumu								
Çalışıyor	49	81,7	11	18,3	60	100,0	21,830	<0,001
Çalışmıyor	137	48,6	145	51,4	282	100,0		
Eşi ile akrabalık bağı								
Var	13	37,1	22	62,9	35	100,0	3,931	0,047
Yok	173	56,4	134	43,6	307	100,0		
Ölen çocuk varlığı								
Evet	4	36,4	7	63,6	11	100,0	0,832	0,223
Hayır	182	55,0	149	45,0	331	100,0		
Bakıcı varlığı								
Evet	18	78,3	5	21,7	23	100,0	4,681	0,030
Hayır	168	52,7	151	47,3	319	100,0		
Eğitim düzeyi								
≤Ortaokul eğitilmiş	65	38,5	104	61,5	169	100,0	34,151	<0,001
≥Lise eğitilmiş	121	69,9	52	30,1	173	100,0		
Bu güne kadar en uzun yaşadığı yer								
İl merkezi	168	57,9	122	42,1	290	100,0	8,745	0,003
İlçe ve köy	18	34,6	34	65,4	52	100,0		
Doğum yapma sayısı								
≥2 doğum	124	52,1	114	47,9	238	100,0	1,647	0,199
<2 doğum	62	59,6	42	40,4	104	100,0		
Aile tipi								
Çekirdek aile	158	58,1	114	41,9	272	100,0	7,343	0,007
Geniş/parçalanmış aile	28	40,0	42	60,0	70	100,0		
Ekonomik durumu								
Geliri giderinden az	40	40,4	59	59,6	99	100,0	10,998	0,004
Geliri giderine denk	111	60,3	73	39,7	184	100,0		
Geliri giderinden fazla	35	59,3	24	40,7	59	100,0		
Evde ateş ölçer varlığı								
Var	170	55,6	136	44,4	306	100,0	1,186	0,276
Yok	16	44,4	20	55,6	36	100,0		
Prospektüs okuma								
Evet	172	95,0	9	5,0	181	100,0	14,719	<0,001
Hayır	124	81,0	29	19,0	153	100,0		

AİKÖ*= Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği

EAYÖ ve AİKÖ toplam puanları ile anneleri doğum özellikleri arasındaki korelasyon

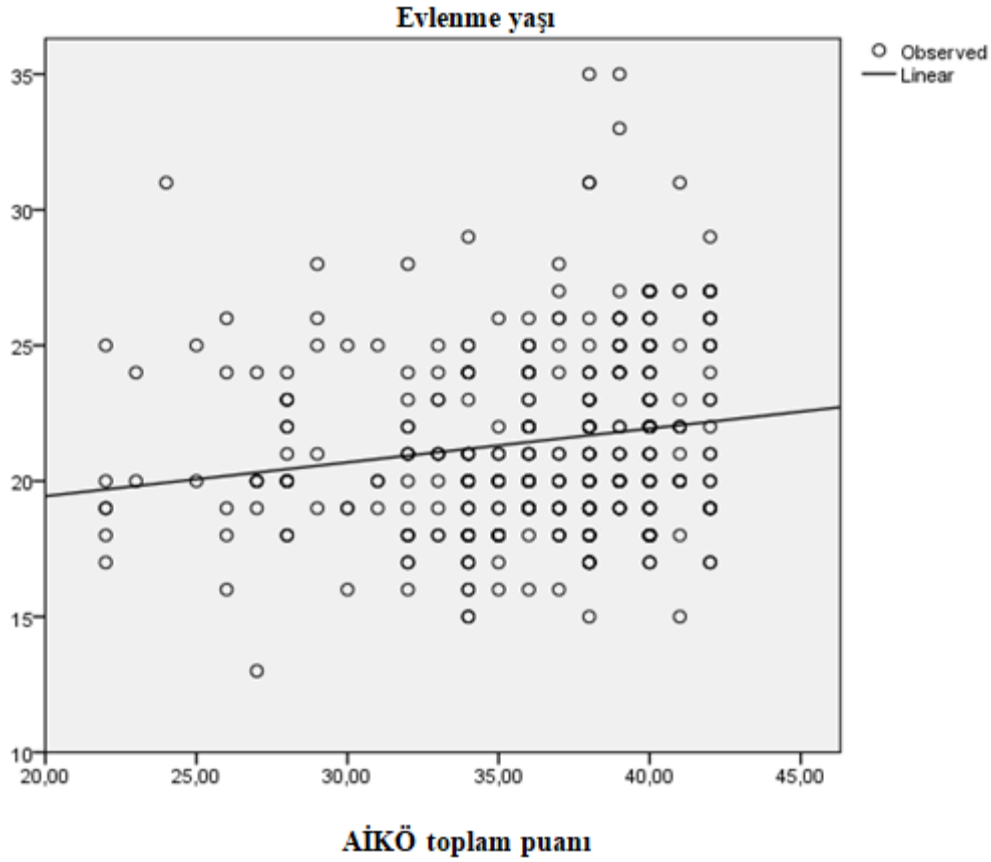
Katılımcıların evlenme yaşı ile AİKÖ toplam puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde pozitif yönde zayıf derecede bir korelasyon saptandı ($r=0,167$, $p=0,002$) (Tablo16). Lineer regresyon analizi yapıldığında AİKÖ toplam puanındaki yüksekliğin %2,8'i kişinin evlenme yaşına atfedilmektedir ($R^2=0,028$, $p=0,002$) (Şekil 4).

Katılımcıların EAYÖ toplam puanı ile AİKÖ toplam puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde pozitif yönde zayıf derecede bir korelasyon saptandı ($r=0,138$, $p=0,012$) (Tablo16). Lineer regresyon analizi yapıldığında EAYÖ toplam puanındaki yüksekliğin %1,9'u kişinin AİKÖ toplam puanına atfedilmektedir ($R^2=0,019$, $p=0,012$) (Şekil 5). EAYÖ ve AİKÖ ile bazı parametrelerin korelasyonu Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. EAYÖ ve AİKÖ ile bazı parametrelerin korelasyonu

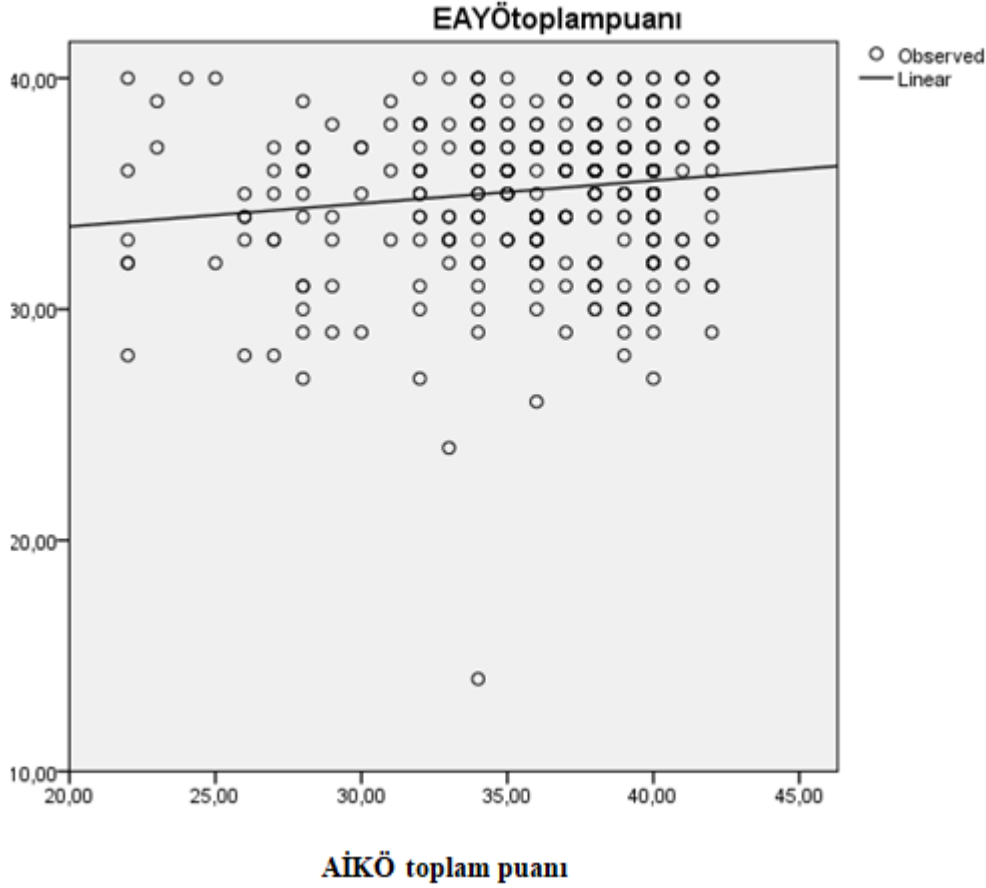
		1	2	3	4	5	6
1. Anne yaşı	r	1					
	p						
2. Evlenme yaşı	r	0,191**	1				
	p	0,000					
3. İlk doğum yaşı	r	0,232**	0,922**	1			
	p	0,000	0,000				
4. Doğum sayısı	r	0,643**	-0,385**	-0,405**	1		
	p	0,000	0,000	0,000			
5. EAYÖ toplam puanı	r	0,086	0,155**	0,165**	-0,059	1	
	p	0,119	0,005	0,003	0,290		
6. AİKÖ toplam puanı	r	-0,044	0,167**	0,124*	-0,097	0,138*	1
	p	0,418	0,002	0,022	0,073	0,012	

*Korelasyon 0,05 seviyesinde önemlidir **Korelasyon 0,01 seviyesinde önemlidir.



Şekil 4. AIKÖ toplam puanı ile evlenme yaşı arasındaki lineer regresyon analizi

R^2 = Regresyon belirleyicilik katsayısı ($R^2=0,028$, $p=0,002$)



Şekil 5. AIKÖ toplam puanı ile EAYÖ toplam puanı arasındaki lineer regresyon analizi

$R^2 =$ Regresyon belirleyicilik katsayısı ($R^2=0,019$, $p=0,012$)

5. TARTIŞMA

Çocukların vücut sıcaklığının artması anne ve babayı tedirgin eden durumların başında gelmektedir. Ankara'da 132654 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada çocuk acil servise başvuran hastaların şikayetinin %22,3'ünün ateş olduğu bulunmuştur (43). Ateşin derecesi arttıkça endişe, korku ve çaresizlik de artmaktadır (8). Ateşe ne zaman ve nasıl müdahale edilmesi gerektiği konusunda bilgi düzeylerindeki yetersizlik, çocukların yersiz uygulamalara maruz kalmasına, gereksiz veya yanlış dozda ateş düşürücü ve antibiyotik kullanmasına neden olmaktadır. Sunulan bu çalışmada bu durumdan en çok etkilenen sıfır-beş yaş grubu çocukların ebeveynlerinde ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımı araştırılmıştır. Bu araştırma; çalışmanın yapıldığı il merkezinde daha önce böyle bir çalışmanın yapılmamış olması, çalışmanın birinci

basamakta yapılmış olması ve ülkemizde ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımının öneminin vurgulanması açısından değerlidir.

Katılımcıların eğitim durumlarını incelediğimizde; yaklaşık yarısı ortaokul ve altı, diğer yarısı lise ve üstü eğitilmiş idi. Literatürde farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda annelerin eğitim durumları değişkenlik göstermiştir (7,25,34,36). Bu durum ülkemizde ki annelerin eğitim düzeylerinin hala istenilen seviyede olmadığını göstergesidir. Ancak kadınların eğitim seviyesinin giderek artıyor oluşu sevindiricidir.

Yiğitalp annelerin eğitim düzeyi arttıkça evde derece bulundurma, yüksek ateşin derecesini bilme, ilaç dozuna dikkat etme düzeyinin arttığını saptamıştır (24). Bayık-Temel ve arkadaşları (37) ile rapor edilen çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile normal vücut ısısını bilme, kaç derecenin üzerinde endişeleneceğini bilme ve evde ateş ölçer bulundurma durumu arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Sunulan çalışmada annelerin %18'i çalışıyordu. Bayık-Temel ve arkadaşları çalışma sıklığını %21 (37), Gürarlan-Baş ve arkadaşları %36 (7) olarak bulmuşlardır. Tunceli'de yapılan bir araştırmada ateş kontrolünde ateş ölçer kullanılması ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilmiştir (7). Fakat rapor edilen çalışmada böyle bir ilişki bulunmadı. Bu araştırmada çalışan anne sıklığının daha az olmasının bu farkı ortaya çıkarttığını düşünmekteyiz.

Günümüzde annelerin il merkezinde (34,36) ve çekirdek aile yapısında (7,24,25) yaşama oranında artış bulunmuştur. Bu durum ateşe yönelik tutum ve davranışların yönetiminde fark oluşturmazken akılcı ilaç kullanımında fark yaratmaktadır. İlaçların akılcı kullanımında olan artış sevindiricidir.

Literatürde normal vücut sıcaklığını bilen anne oranları %67 ile %85 arasında bulunmuştur (31,34,37). Yapılan çalışmada annelerin yaklaşık %80'i normal vücut sıcaklığını biliyordu. Normal vücut sıcaklığını bilenlerin ilaçları akılcı kullandıkları görüldü. Annelerin büyük çoğunluğunun normal vücut sıcaklığını biliyor olması yüz güldürücüdür. Bu çalışmada da literatüre paralel olarak annelerin yaşları ile normal vücut ısısını bilmeleri arasında fark saptanmamıştır (37). Ayrıca daha büyük yaşta evlenen ve doğum yapan annelerin akılcı ilaç kullanım bilgisinin daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır.

Katılımcıların %80'den fazlasının çocuklarının ateşi $\geq 38^{\circ}\text{C}$ değerlere geldiğinde endişelendikleri bulundu. Çöl-Araz, Gürarlan-Baş ve arkadaşları, Poirier ve arkadaşları da benzer sonuçları bildirmişlerdir (6,7,8). Bebiş ve arkadaşları, annelerin büyük çoğunluğunun çocuklarının ateşlenmesi ve tedavisi konusunda bilgi sahibi olduklarını, ancak bu bilgilerin

uygulamalara yeterli düzeyde yansımadağını göstermiştir. Ateşli çocuğa yanlış müdahalelerde bulunmaları, ateş düşürücü ilaçları kontrolsüz olarak kullanmaları, ilaç dozu ve verilme sıklığına dikkat etmemeleri annelerin tedavi sürecindeki başlıca yanlışları olarak bulunmuştur (27). Rapor edilen çalışmada da görüldüğü gibi ateş yüksekliğinin annelerde kaygıya neden olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu evlerinde ateş ölçer bulundururken, bunu sadece %12'sinin çocuklarının ateşlendiğini anlamakta kullanıyor olması oldukça ilginç bir durumdur. Literatürde benzer çalışmalarda ateş ölçer bulundurma oranı %26 ile %87 aralığında bulunmuştur (6,7,24,25,28). Zyoud ve arkadaşlarının çalışmasında da annelerin %65'i çocuklarının ateşlendiğini ilk olarak dokunarak anladıklarını belirtmişlerdir (47). Ancak Tunceli'de 2016 yılında yapılan çalışmada annelerin neredeyse yarısının çocuğunun ateşlendiğine ateş ölçer ile karar verdiği rapor edilmiştir. Bu durum katılımcıların %36'sının çalışıyor ve %78'inin lise ve üstü eğitilmiş olması ile bizim çalışmamızdan ayrılmaktadır (7). Anneler her ne kadar evinde ateş ölçer bulundurmaya özen gösteriyor olsa da öğrenilmiş davranış olarak vücut ısısına ilk olarak dokunarak bakmayı tercih etmektedir. Charturvedi ve arkadaşları dokunmanın ateşin tarama yöntemi olarak kullanılabilirliğini araştırdıkları çalışmalarında, dokunarak ateş tespitinin güvenilir bir yöntem olmadığı, aldatıcı olduğu ve tarama için güvenilir bir termometre kullanılmasının daha sağlıklı olacağını bildirmişlerdir (48). Annelerin, vücut ısısını daha yüksek algılamasına neden olan palpasyon ile ateş ölçümü yönteminin kullanmasının azaltılması sayesinde ateş düşürmek için gereksiz ilaç kullanımının engellenebileceği düşünülmektedir.

Önceki yıllarda yapılan çalışmalarda sıklıkla koltuk altından ateş ölçülürken, son yıllarda alından ölçüm ile neredeyse aynı seviyeye gelmiştir. Literatürde 2005-2008-2015 yılları arasında yapılan farklı çalışmalarda koltuk altından ateş ölçüm oranları sırasıyla %84, %70 ve %44 olarak bulunmuştur (24,25,35). Sunulan çalışmada da annelerin %50'si koltuk altından, %44'ü alından ateş ölçmekte idi. Termometre çeşitliliğinin artmasının yanı sıra kentleşme ve eğitimde olan artış ile aksiller ateş ölçümünün yanı sıra alından, kulaktan ölçüm de kolay ve uygulanabilir hale geldiğinden anneler tarafından tercih edilebilir olmuştur.

Çocukları sık ateşlenmesi annelerin ateş yönetimi konusunda deneyimlerini artırır. Yapılan araştırmada çocukların üçte birinin yılda 1-2 kez, üçte birinin ise 3-4 kez ateşlendikleri bulundu. Çocukların yılda 1, 2, 3 kez ateşlenenlerin oranını sırasıyla %19,6, %36,9 ve %20,6 (49) olarak ve yaklaşık yarısının yılda 1-2 kez (7) ateşlendiğini gösteren yayınlar mevcuttur. Literatürde ve çalışmamızda da görüldüğü gibi ateş sık karşılaşılan bir yakınma sebebidir. Küçük

çocuğu olan aileler için önemli bir korku nedeni haline gelebilir ve gereksiz yaşanan korkular da hatalı uygulamalar yapılmasına neden olabilir.

Çocukların sık ateşlenmesi anneleri endişelendirmekte ve ateş kontrol sıklığını belirgin oranda arttırmaktadır. Sunulan çalışmada annelerin %43'ü çocukları ateşlendiğinde ateşini on beş dakikaya bir kontrol ettiklerini belirtmişlerdir. Ulaş-Saz ve arkadaşlarının çalışmasında ailelerin %80'inin, Poirier ve arkadaşları %32'sinin saat başı, Gürarlan-Baş ve arkadaşları annelerin %43'nün yarım saat arayla, %29'unun 20 dakika arayla ateş kontrolü yaptıklarını bulmuşlardır (7,8,35). Bu çalışmada eğitim düzeyi ile ateş kontrol sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaz iken, Poirier ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anlamlı bir ilişki bulunmuştur (8).

Hiller ve arkadaşlarının araştırmasında katılımcıların %65'i ateşi yararsız ve %55'i zararlı olarak tanımlamıştır (29). Bu çalışmada olduğu gibi literatürde de ebeveynlerin büyük çoğunluğunun ateşin çocuk için zararlı olduğunu düşündüğü ve en çok korkulan durumun çocuğun ateşli havale geçirmesi olduğu bilinmektedir (6,24,29,31,35,36). Ateşin vereceği zararlardan korku anneleri yanlış veya gereksiz ilaç kullanımına sevk etmektedir.

Çeşitli çalışmalarda anneler tarafından ateşli çocuğa yapılan ilk uygulamanın ılık su uygulama, kıyafetlerini çıkarma ve ateş düşürücü ilaç kullanımı olduğu bildirilmiştir (6,25,28,50). Bu çalışmada da kıyafetlerin çıkartılması, ılık uygulama/duş yaptırılması ya da ateş düşürücü ilaç/fital verilmesi en çok tercih edilen ateş düşürme yöntemleri arasındaydı.

Annelerin ateşli çocuklarına ilk yaklaşımları ateş düşürmede doğru bir yol izleyebilmeleri ve doğru kararı verebilmeleri açısından oldukça önemlidir. Rapor edilen çalışmada annelerin nerdeyse yarısı ateşlendiği zaman çocuklarını ilk olarak doktora götürmeyi tercih ederken, bu çalışmadan farklı olarak yapılan yayınlarda %1,3 ile %17 arasında değişen oranlar dikkati çekmiştir (7,36,37). Bu çalışmada annelerin üçte birinin sirkeli su ile çocukların vücutlarını silmek gibi öğrenilmiş ve geleneksel uygulamaları sürdürdükleri görüldü. Ulaş-Saz ve arkadaşları ise bu oranı %6, Çiftçi ve arkadaşı %12, Bayık-Temel ve arkadaşları %15 olarak bulmuştur (35,28,37). Çocuklarda; yüksek ateş anında yapılacak yanlış veya yetersiz uygulamalar, ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Bu nedenle, ateşi kontrol altına almak için gereken önlemler ve zamanında yapılacak müdahaleler çok önemlidir. Hızla artan kentleşme oranlarının pozitif etkisi burada görülmemiştir. Ülkemizde geleneksel uygulamaların uygun modern tıbbi bilgi ile birleştirilmemesinin tehlike yaratabileceğinden endişelenmekteyiz.

Yapılan çalışmalarda annelerin önemli bir kısmı çocukları ateşlenince ilk gün içinde sağlık kuruluşuna başvurduklarını bildirmişlerdir (25,34,49). Bu araştırmada annelerin %39'unun

öncelikli olarak aile sağlığı merkezlerini tercih etmişlerdi. Yiğitalp ile ifti ve arkadaşları da bu çalışmaya paralel veriler elde etmişlerdir (24,28). Ailelerin sağlık kuruluşuna ivedilikle götürdükleri ortadadır, ulaşım ve zaman açısından en yakın sağlık kuruluşu olması nedeniyle birinci basamak sağlık kuruluşlarının önemi bir kez daha vurgulanmaktadır. Ebeveynlere ateş yönetimi ve ilaç kullanımı hakkında kısa bilgiler vermek ateşli çocuklara müdahaleyi daha doğru noktalara çıkaracaktır.

Annelere çocukları ateşlenince ilk olarak kimden/nereden yardım alırsınız diye sorduğumuzda yarıdan fazlası doktoru ya da hemşire/sağlık çalışanı cevabının alınması önemlidir, azımsanmayacak bir oranda internetten, az bir kısmı ise gazete/dergi ya da komşudan yardım aldığı saptanmıştır. Yılmaz'ın yaptığı internetten edinilen bilgiler ile doktor hasta arasındaki iletişimi inceleyen makalesinde internetin hayatımızda belirgin yeri olduğu ancak hastaların sağlık durumlarını olumsuz etkileyebilecek bilgilerin de varlığı ve bu bilgilerden yola çıkarak hastaların kendi kendilerine tanı koyup, tedavi yöntemi belirlemelerinin yanlış ve tehlikeli olabileceğini göstermişlerdir (51). Beggi ve arkadaşları her yüz hastadan 12'sinin internet araştırmaları sonrasında, 3'ünün ise televizyon programlarının önerisi ile ilaç aldıklarını bulunmuşlardır (9). Chang ve arkadaşları ebeveynlerin %80'inin doktor ve hemşirelerden, %50'sinin kitap/gazete/dergilerden, %37'sinin televizyon ve radyo yayınlarından sağlık konusunda yardım aldıklarını belirtmişlerdir (31). Gülhane Askeri Tıp Fakóltesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapılmış olan bir çalışmada annelerin %46,1'inin ilk olarak akrabalarından yardım aldığı bulunmuştur (52). Çocukta gelişen ateşin sağlıklı bir biçimde izlenmesi, çocukların doğru tedaviyi, doğru yerden alabilmesi için annelerin bu hususta sağlık eğitimine ihtiyaç duydukları açıktır. İnternet ve televizyon gibi yayın organlarının annelerce yol gösterici olarak kullanıldığı aşıkardır. Bu sebeple daha bilimsel içerikli, yoruma kapalı sadece sağlık profesyonellerince güncellenen internet yazılımlarına ve TV programlarına ihtiyaç olduğu düşünölmektedir.

Sunulan çalışmada annelerin %55'i reçetesiz olarak ağrı kesici/ateş düşürücü ilaç kullandıkları bulundu. Yapılan benzer çalışmalarda da reçetesiz olarak kullanılan ilaçların büyük kısmının ağrı kesiciler/ateş düşürücüler olduğu bulunmuştur (9,24,27,52). Bu sonuç akılcı ilaç kullanımına uygun bir tutum değildir. Yiğitalp annelerin dörtte birinin doktora danışmadan antibiyotik kullandıklarını bulmuştur (24). Sunulan çalışmada ateş düşürücü olarak antibiyotik kullanmama %98,8 sıklık ile Arslan ve arkadaşlarının çalışmasına benziyordu (36).

Antibiyotiklerin endikasyon ve doktor tavsiyesi olmadan kullanılmadığının belirlenmesi de toplum sağlığı açısından olumlu bir davranış olarak bulundu.

Ateşli çocuklara ilaç uygulamak her zaman çok kolay olmayabilir. Zyoud ve arkadaşları sunulan çalışmaya benzer olarak her on anneden birinin şurup yerine fitil vermeyi tercih ettiğini ve de yiyecek-içecekler ile karıştırarak verdiklerini rapor etmişlerdir (47). Literatürde ve yapılan çalışmada annelerin nerdeyse hepsi süspansiyon hazırlarken su seçimini doğru yapmıştır (53).

İlaç kullanımına bakıldığında insanların çoğunlukla doktorun tavsiye ettiği süre ve doza uygun şekilde ilaç kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Her dört kişiden biri ise şikâyeti geçer geçmez ilaç kullanmayı kendi iradesi ile bırakmaktadır (9,54). Başka bir ifade ile tedavisini kendisi sonlandırmakta, sonuçta fazladan kalan ilaçlar ya dolaplarda birikmekte ya da çöpe atılmaktadır.

Literatürde olan benzer çalışmada (54) da olduğu gibi tedavi bittikten sonra artan ilaçlarla ilgili olarak her üç kişiden biri, kalan ilaçları saklamakta ve/veya çöpe atmaktadır. İnsanlar “belki gerekir” mantığı ile ilaç saklamaya devam etmektedir. Katılımcıların yarısı ilaçları buzdolabında saklarken üçte biri serin ve kapalı dolabı tercih etmiştir. Karataş ve arkadaşları yapılan çalışmaya benzer sonuçlar elde etmiştir (55). Her ilacın buzdolabında saklanması ya da yarım kalan ilaçları evlerde uzun yıllar boyunca saklayıp son kullanma tarihi geçmiş ilaçları kullanılabilmesi gibi bir yanlış uygulamanın var olduğu göze çarpmaktadır. Hasta veya yakını ile temas kuran doktor, hemşire ya da eczacının doğru saklama koşulları hakkında kişiyi uyarması gerektiğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmada annelerin çoğunluğu ilaçları kullanmadan önce prospektüslerini okuduklarını belirtmiş iken, Barutçu ve arkadaşları bu oranı %54 olarak bulmuştur (54). Sağlık bakanlığının yaptığı araştırmada yaş ve öğrenim durumu ile ilaç prospektüslerini okuma arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (56). Bu çalışmada da eğitim durumu yüksek olanların ortaokul ve altı eğitimlilere göre ilaçları akılcı kullandıkları bulunmuştur.

Hew ve arkadaşları rapor edilen çalışmaya benzer olarak EAYÖ puanları yüksek tespit etmiş ve ateşli çocuk izleminde ebeveyn yükünün çok olduğu göstermişlerdir (57). Yapılan araştırmalar da gösteriyor ki annelerin çoğunluğu çocukların bol sıvı aldığından emin olmak istiyor (37), gece boyunca ateşli çocuğuna ateş düşürücü vermek (35) için neredeyse tamamı çocuğu uyandırıyor idi. Değişik ülkelerde de ülkemize benzer şekilde ebeveynlerin ateşten çok korktukları, ateş takip ve tedavisi sırasında çocuklarını sık kontrol ettikleri bulunmuştur (45,58,59). Ancak Avusturalya'da (2018) ebeveynlerin çocuklarının ateşlenmesi halinde doktora

götürmekte geciktikleri bulunmuştur (59). Sunulan çalışmada bunun aksine anneler çocukları ateşlendikleri zaman endişeleniyor, vakitlerini çoğunlukla çocukları ile geçiriyor ve ateş düşürmek için çaba harcıyordu. Ateşli çocuklar ile sık karşılaşan özellikle çocuk doktorlarına, aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına ebeveyn yükünün hafifletilmesi, bilgi düzeyinin artırılması adına bilgilendirmelerde ciddi görevlerin düştüğünü düşünmekteyiz.

Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu hekim önerisi ile ilaç alınması gerektiğini, başkalarına tavsiye vermemek ya da tavsiye almamak gerektiğini ve çok sayıda değil yeterli miktarda ilaç kullanmanın iyileşmeyi sağlayacağını söylese de, Ekici ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi ilaçların kullanımı, saklanması, yan etki profili, kullanım süresi hakkında azımsanmayacak çoğunluk yanlış cevaplar verdi (60). Hastaların bitkisel desteğe sık başvurduğu ve büyük oranda soğuk algınlığı grip, kanser ya da mide şikayetleri varlığında başta bitki çayı olmakla bitkisel ürünlere rağbetin arttığı görülmüştür (55). Bu annelerin de onda üçü bitkisel ürünleri ilaçların yerine kullanılabileceğini, neredeyse onda ikisi istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı olmayacağını ve bitkisel ürünlerin tamamen zararsız olduğunu savundular. Son yıllarda genellikle Türk toplumu ve annelerin ilaçlar yerine üzerinde araştırma yapılmamış, fikir birliğine varılmamış olan bitkisel ürünlerin zararsız olduğu inancı ile denetimsiz kullanımların arttığını düşünmekteyiz.

Sunulan araştırmada annelerin tamamına yakını sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir derken, %5'i benzer şikayetleri olan yakınlarına ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca olmadığını belirttiler. Karataş ve arkadaşları hasta ve hasta yakınları ile yaptığı araştırmalarında katılımcıların neredeyse yarısının doktora danışmadan ilaç kullandıklarını, %17'sinin yakınlarına ilaç tavsiye ettiğini bulmuşlardır (55). Çevredeki kişilere ilaç tavsiyesinde bulunmak veya başkalarının tavsiyesiyle ilaç kullanmak insan sağlığı için riskli sonuçlar doğurabilir. Annelerin %15'i tüm ilaçların aynı yan etkiyi oluşturduğunu düşünmekte idiler.

Özatic ve arkadaşları 300 üniversite öğrencisine eğitim öncesi ve sonrası yapılan anketlerde eğitim ile AİK bilgi düzeyinde belirgin bir gelişme olduğunu izlemişlerdir (61). Eğitimin bilgi üzerine pozitif etkisi bilinmektedir, halkın bilinçlenmesi için kamu spotları, halk eğitimleri veya medya yolu ile ateş yönetimi ve ilaçların akılcı kullanımı üzerine doğru bilgilerin verilmesi annelerin ilaç kullanımındaki yanlışlarını belirgin oranda azaltacaktır. Raporlanan araştırmada da annelere çocukları ateşlendiği zaman neler yaptıkları sorulduğunda sadece dört annenin cevabı antibiyotik vermek olmuş, reçetesiz aldıkları ilaçlar sorulduğunda ise üç annenin

antibiyotiği reçetesiz aldığı bulunmuş idi. Oranların oldukęa az olması Sağlık Bakanlığı'nın "**Aile Hekiminiz yazmadıkęa antibiyotik kullanmayın, talep etmeyin, antibiyotikte değil sağlığınızda ısrarcı olunuz**" sloganının reklam, kamu spotu ya da panolarda gösterimi ile halk eğitimine olan katkısı görülmüştür (62). Yapılan araştırmada eğitim ile ilaçların akılcı kullanımının belirgin arttığı izlenmiştir. Bu konuda ailelere, özellikle annelere antibiyotiğin kullanım alanları ve önemi konusunda planlı eğitimler verilmelidir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

- Evde bulundurulan ilaçların son kullanma tarihlerinin kontrol edilip edilmediği, ateş düşürücü olarak hangi ilacın verildiği, doz aralıkları ve dozu nasıl ayarladıkları gibi konuların sorulmamış olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır.
- Çalışmamızın en önemli kısıtlılıklarından biri de, anket olması, açık uçlu olmaması ve yüz yüze görüşme tekniği nedeniyle, çalışmaya katılanların araştırmacıdan çekinerek bazı bilgileri saklamış olduğu biasını düşündürmektedir.

6. SONUÇLAR

Beş yaş altı çocuğu olan annelerde ebeveyn ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımının değerlendirildiği çalışmada;

- Beş yaş altı ocuk popülasyonunun %64'ünün yılda dört ve altında ateşlendiği tespit edildi. Annelerin büyük çoğunluğunun ateşli çocuklarını on beş dakika arayla kontrol ettiklerini ve genellikle birinci gün bir aile sağlığı merkezlerine gitmeyi tercih ettikleri görüldü. Bu veriler ışığında ateş çocuklarda sık görülen bir semptom olup, aileleri telaşa ve strese sokmaktadır. Zaman kaybetmeden sağlık kuruluşuna ya da ilaçlara ynelmekteler. Aile hekimlerinin ateşli çocuğa ebeveynin nasıl yaklaşması gerektiği konusunda bilgilendirme yapması hem aileyi rahatlatacak, hem de sağlık kuruluşlarına gereksiz başvuruyu azaltacaktır.
- Her on anneden dokuzunun evde ateş ölçer bulundurmasına rağmen, annelerin sadece birinin çocukları ateşlendiğinde ateş ölçer kullanarak ateşini tespit etmesi, diğerlerinin ise dış görünüşünden ya da dokunarak daha geleneksel yöntemleri kullanması dikkat çekicidir.

- Anneler birinci sırada koltuk altından, ikinci sırada alından, üçüncü sırada kulaktan ve dördüncü sırada makattan ateş ölçmeyi tercih ediyordu.
- Anneler çocukları ateşlenince evde sıklık sırasına göre kıyafetlerini çıkartma, ateş düşürücü verme, ılık duş aldırma, ılık uygulama yapma, sirkeli su ile vücudu silme gibi geleneksel ve öğrenilmiş yöntemler uygulamakta idiler.
- Lise ve üstü eğitilmiş annelerin akılcı ilaç kullanım sıklıklarının ve ateş yönetimi konusundaki bilgi düzeylerinin anlamlı yüksek olduğu bulundu. Bu sonuç anne eğitiminin önemine bir kez daha vurgu yapmaktadır.
- Normal vücut sıcaklığını bilen anneler ilaçları daha akılcı kullanmakta idiler.
- Daha büyük yaşta evlenen ve doğum yapan annelerin akılcı ilaç kullanım bilgisinin daha fazla olduğu bulundu.
- Çalışan anneler ve geliri giderine göre fazla ve denk olanlarda akılcı ilaç kullanım bilgisi yeterli idi.
- Eğitim düzeyi düşük annelerin ilaçları buzdolabında saklama eğilimi mevcut iken, eğitim düzeyi arttıkça anneler ilaçları daha uygun koşullarda saklama eğiliminde idiler.

7. ÖNERİLER

- Ebeveynlerin ateş bilgisi ve ateş yönetiminde hatalı uygulamalar mevcuttu. Ateş yönetimi, ilaç kullanımı ve sağlık kuruluşlarına müracaat konusunda doğru bilgiye ihtiyaçları vardı. Sağlık profesyonelleri tarafından ebeveynlerin veya bakıcıların ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir.
- Hekimlerin annelere tavsiyelerde bulunmasının yanı sıra Sağlık Bakanlığı kanalı ile afiş, kamu spotu ya da medya kullanılarak daha geniş kitleler hedef alınmalıdır.
- Ülkemizde uygulanan aile hekimliği sistemine göre ASM'ler vatandaşların kolay ulaşabildikleri en yakın merkezler durumundadır. Hekimlerin hastanın tanısını dikkatlice koyması, akılcı tedavi seçeneklerini belirlemesi, uygun bir reçete yazması ve hastayı yeterince bilgilendirmesi ile ilaca ödenen mali kayıpların önüne geçilecek, ekonomiye ve sağlığa katkı sağlanması mümkün olacaktır.

8. KAYNAKLAR

1. Roth AR, Basello GM. Fever. In: Rakel D, Kellerman RD, editors. Conn's Current Therapy 2019: Wichita, Kansas: Elsevier Health Sciences; 2019.p.13-5.
2. Akılcı ilaç kullanımı, Akılcı antibiyotik kullanımı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Erişim Adresi: http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=1068 Erişim Tarihi: 08.09.2019.
3. Mick NW. Pediatric Fever. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, editors. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, Chapter 166, 9th ed. China: Elsevier Health Sciences; 2017.p.2058-68.
4. Nield LS, Kamat D. Fever. In: Kliegman RM, Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. Canada: Elsevier Health Sciences; 2018.p.1386-8.
5. Yavuz E, Yayla E, Cebeci S, Kırımlı E, Gümüştakım RS, Çakır L, et al. Parental beliefs and practices regarding childhood fever in Turkish primary care. Niger J Clin Pract 2017;20(1):93-8.
6. Çöl-Araz N. Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı: bilgi, tutum ve uygulamaları. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2013;7(1):27-32.
7. Gürarlan-Baş N, Karatay G, Karatay M. 5 yaş altı çocuğa sahip annelerin ateş yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamaları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016;13(3):258-63.
8. Poirier MP, Collins EP, McGuire E. Fever phobia: A survey of caregivers of children seen in a pediatric emergency department. Clin Pediatr 2010;49(6):530-4.
9. Beggi B, Aşık Z. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal 2019;19(2):251-60.
10. Holloway K, Dijk LV. World Health Organization. GENEVA 2011 The World medicines situation 2011, Rational use of medicines. 3rd ed. p.1-19. .
https://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch14_wRational.pdf Erişim Tarihi: 08.11.2019.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Reçetesiz İlaç Satışı genelgesi hakkında, Ankara 15.5.2013. Erişim Adresi: <https://www.titck.gov.tr/haber/recetesiz-ilac-satisi-genelgesi-hakkinda-15-05-13-27122018173942> Erişim Tarihi: 08.11.2019.
12. Hacımustafaoğlu M. Ateş; klinik kullanımda tanımlamalar. J Pediatr Inf 2018;12(1):40-41.

13. McGee S. Temperature. Evidence-based physical diagnosis e-book. 4th ed. United States of America: Elsevier Health Sciences; 2018.p.135-44. Erişim Adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323392761000184> Erişim Tarihi: 11.11.2019.
14. Leggett JE. Approach to Fever or Suspected Infection in the Normal Host. In: Goldman L, Schafer AI, editors. Goldman-Cecil Medicine e-book. 26th ed. United States of America: Elsevier Health Sciences; 2015. p.1809-15. Erişim Adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323532662002642> Erişim Tarihi: 16.09.2019.
15. Sajadi MM, Romanovsky AA. Temperature regulation and the pathogenesis of fever. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9th ed. Canada: Elsevier Health Sciences; 2019.p.777-89.
16. Moore SW. H. In: Moore SW, editor. Griffith's Instructions for Patients. 8th ed. United States of America: Saunders; 2010.p.179-214.
17. Porat R, Dinarello CA. Pathophysiology and treatment of fever in adults 2004. Erişim Adresi: https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-and-treatment-of-fever-in-adults?search=fever%20patogenez&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=de_fault&display_rank=7 Erişim Tarihi: 08.11.2019.
18. Nield LS, Kamat D. Fever. In: Kliegman RM, Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, editors. Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed: Canada: Elsevier Health Sciences; 2018.p.1386-8.
19. Kara B. Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. STED 2003;12(1):10-4.
20. Scott S. Clinical measurement and monitoring. In: Thompson J, Moppett I, Wiles M, editors. Simon Scott Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia. 7th ed. China: Elsevier Health Sciences; 2019.p.323-60.
21. Chiappini E, Principi N, Longhi R, Tovo PA, Becherucci P, Bonsignori F, et al. Management of fever in children: summary of the Italian Pediatric Society guidelines. Clinical Therapeutics 2009;31(8):1826-43.
22. El-Radhi A, Barry W. Thermometry in paediatric practice. Arch Dis Child 2006;91(4):351-6.
23. Banco L, Veltri D. Ability of Mothers to Subjectively Assess the Presence of Fever in Their Children. Am J Dis Child 1984;138(10):976-8.
24. Yiğitalp G. 0-6 Yaş çocuğu olan annelerin ateş konusunda bilgi ve uygulamaları-Diyarbakır örneği. STED 2019;28(3):172-4.

25. Şen-Celasin N, Ergin D, Atman Ü. Yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2008;22(6):315-22.
26. Blumenthal I. What parents think of fever. Fam Pract 1998;15(6):513-8.
27. Bebiş H, Coşkun S, Açıkkel C, Özdemir S. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Yüksek Ateşe İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013;12(6):699-708
28. Çiftçi EK, Beklen S. 0-6 yaş arası çocuğu olan annelerin ateş ve ateş düşürücüler ile ilgili bilgi ve inanışları. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2014;11(2):83-91.
29. Hiller MG, Caffery MS, Bégué RE. A survey about fever knowledge, attitudes, and practices among parents. Clin Pediatr 2019;58(6):677-80.
30. Kai J. Parents' perceptions of taking babies' rectal temperature. BMJ 1993;307(6905):660-2.
31. Chang LC, Liu CC, Huang MC. Parental knowledge, concerns, and management of childhood fever in Taiwan. J Nurs Res 2013;21(4):252-60.
32. Martins M, Abecasis F. Healthcare professionals approach paediatric fever in significantly different ways and fever phobia is not just limited to parents. Acta Paediatrica 2016;105(7):829-33.
33. Bong WT, Tan CE. Knowledge and Concerns of Parents Regarding Childhood Fever at a Public Health Clinic in Kuching, East Malaysia. Maced J Med Sci 2018;6(10):1928-33
34. Halıcıoğlu O, Koç F, Akman SA, Teyin A. Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. Behcet Uz Çocuk Hast Derg 2011;1(1):13-9.
35. Ulaş-Saz E, Koturoğlu G, Duyu M, Ozananar Y, Kurugöl Z, Sever M. Türk ailelerinin ateş yönetimi ile ilgili bilinç düzeyi ve korkuları. Çocuk Enfeksiyon Dergisi 2009;3:161-4.
36. Arslan S, Aydın M. Annelerin ateş fobisi ve ateş yönetimi. DÜ Sağlık Bil Enst Derg 2015;5(1):1-6.

37. Bayık-Temel A, Arabacı Z, Kahveci T. Annelerin çocuklarında ateş yönetimi ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi. Kastamonu Sağlık Akademisi 2016;1(1):1-17.
38. Rang HP, Ritter JM, Flower RJ, GH. What is pharmacology?. In: Rang HP, Ritter JM, Flower RJ, editors. Rang&Dale's Pharmacology e-book. 8th ed. Chennai, India: Elsevier Health Sciences; 2014.p:1-5. Erişim Adresi: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780702074486000019> Erişim Tarihi: 29.09.2019.
39. Akıcı A, Kalaça S. Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. Edit. Akıcı A. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Ankara 2013. SGK Yayın No: p:93 3-23. ISBN: 978-605-63932-4-2. <http://www.tki.gov.tr/Dosyalar/Dosya/akilciilackul.pdf> Erişim Tarihi: 30.09.2019
40. World Health Organization Geneva-1987. The Rational Use of Drugs - Report of the Conference of Experts, Nairobi 25-29 November 1985. <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf> Erişim Tarihi: 29.09.2019
41. Akılcı İlaç Kullanımı, Dikkat Edilmesi Gerekenler. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Erişim Adresi: http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=85 Erişim Tarihi: 08.11.2019.
42. Akılcı ilaç kullanımı, Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili sık sorulan sorular ve cevapları. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Erişim Adresi: http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=599 Erişim Tarihi: 08.11.2019.
43. Karakas NM, Özdemir B, Kılıç S, Akbulut O. Ebeveynleri çocuk acile getiren nedenler: 4 yıllık izlem. Osmangazi Tıp Dergisi 2020;42(1):67-74.
44. Walsh A, Edwards H, Fraser J. Parents' childhood fever management: community survey and instrument development. J Adv Nurs 2008;63(4):376-88.
45. Cinar ND, Altun I, Altınkaynak S, Walsh A. Turkish parents' management of childhood fever: a cross-sectional survey using the PFMS-TR. Australas Emerg Nurs J 2014;17(1):3-10.
46. Demirtaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, ve ark. Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi 2018;3(3):37-46.

47. Zyoud HS, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Nabulsi MM, Tubaila MF, Awang R, et al. Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Pediatr* 2013;13(1):66.
48. Chaturvedi D, Vilhekar KY, Chaturvedi P, Bharambe MS. Reliability of perception of fever by touch. *Indian J Pediatr* 2003;70(11):871-873.
49. Türker Y, Baltacı D, Yıldırım FB, Arslan B, Kara İH. Yüksek ateş bulgusu olan 0-6 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2015;17(1):16-8.
50. Bertille N, Fournier-Charrière E, Pons G, Chalumeau M. Managing fever in children: a national survey of parents' knowledge and practices in France. *PLoS ONE* 2013;8(12):83469.
51. Yılmaz E. Türkiye’de hastaların internette tıbbi enformasyon arama davranışlarının doktor-hasta iletişimine etkileri. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi* 2014:93-108.
52. Suluhan D, Taşal C, Yıldız D, Eren-Fidancı B, Konukbay D, Sürer İ, ve ark. 0-6 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş düşürücü ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *F.N. Hem Dergisi* 2016;24(2):90-6.
53. Apaydın-Kaya Ç, Çağatay S, Özlük Ö, Büyükkora E, Çelik İ, Tosun N. 0-12 yaş çocuğu olan annelerin ağızdan verilen toz halindeki antibiyotikleri hazırlama ve ölçme yeterliliği. *Marmara Medical Journal* 2011;24(2):114-8.
54. Barutçu İA, Tengilimoğlu D, Naldöken Ü. Vatandaşların akılcı ilaç kullanımı, bilgi ve tutum değerlendirmesi: Ankara ili metropol ilçeler örneği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2017;19(3):1062-78.
55. Karataş Y, Dinler B, Erdoğan T, Ertuğ P, Seydaoğlu G. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi’ne başvuran hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *ÇÜ Tıp Fak Dergisi* 2012;37(1):1-8.

56. Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ő, Alkan A, Öncül HG. Toplumun akılcı ilaç kullanımına bakıőı. Araştırma serisi 9. Editör: Akdağ R. Yorum Basın Yayın Sanayii Ltd.Őt.; Ankara 2011 ISBN : 978-975-590-394-1 p:55.
57. Hew YH, Blebil AQ, Dujaili JA, Khan TM. Assessment of knowledge and practices of parents regarding childhood fever management in Kuala Lumpur, Malaysia. *Drugs & Therapy Perspectives* 2019;35:29-35. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1007/s40267-018-0564-5> Erişim Tarihi: 12.1.2020
58. Zyoud HS, Al-Jabi SW, Nabulsi MM, Tubaila MF, Sweileh WM, Awang R, et al. The validity and reliability of the parent fever management scale: A study from Palestine. *Matern Child Health J* 2015;19(8):1890-7.
59. Alqudah M, Cowin L, George A, Johnson M. Child fever management: A comparative study of Australian parents with limited and functional health literacy. *Nurs Health Science* 2019;21(2):157-63.
60. Ekici MA, Kurutçu Ő, Uysal B. Eriőkinlerdeki akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyinin ölçülmesi. *JSHSR* 2019;6(32):179-89.
61. Ozatik FY, Babaoglu UT, Sen M, Yurter K, Cevik B, Ozturk IC, et al. Effect of peer group training on popularizing of rational drug use among university Students. *Med J SDU* 2018;25(3):256-64.
62. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliőtirilmesi Genel Müdürlüğü. Akılcı Antibiyotik Kullanımı Kamu Spotu. Erişim Adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,31905/akilci-antibiyotik-kullanimi-kamu-spotu.html> Erişim Tarihi: 08.11.2019.

9. EKLER

EK 1. HASTALARIN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR (RIZA) FORMU

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUKLARIN ANNELERİNDE ATEŞ YÖNETİMİ VE AKILCI İLAÇ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın:.....

Tarih:

Bu çalışma beş yaş altı çocukların annelerinde ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımının değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır.

Bilgi için Arş. Gör. Dr. Tuğba YAZICI ile görüşebilirsiniz.

Çalışmaya katılmayı, başta veya çalışmanın seyri sırasında herhangi bir zamanda reddedebilirsiniz. Aynı zamanda çalışmacı da sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışma esnasında yapılacak olan harcamalar için hiçbir şekilde sizin sağlık güvencenizden faydalanılmayacaktır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı imzalamanız gerekmektedir. Yukarıdaki gönüllü araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefon:

Araştırma Yapan Araştırmacının;

Adı Soyadı: Arş. Gör. Dr. Tuğba YAZICI

Tel: 0332 223 73 19

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı;

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Beş yaş altı çocukların annelerinde ateş yönetimi ve akılcı ilaç kullanımının değerlendirilmesi” ni saptamak amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Medeni durumunuz nedir? 1. Evli 2. Boşanmış 3. Eşi vefat etmiş

3. Eğitim durumunuz nedir?

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. Okur yazar değil | 4. Lise mezunu |
| 2. İlkokul mezunu | 5. Yüksek okul mezunu |
| 3. Ortaokul mezunu | 6. Üniversite mezunu |

4. Çalışma durumunuz nedir? 1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

5. Ailenizin sosyoekonomik durumu sizce nasıldır?

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

6. Bugüne kadar en uzun yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

1. Şehir 2. İlçe 3. Köy

7. Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Parçalanmış aile

8. Sigara kullanıyor musunuz ?

1. Halen içiyor 2. Ara sıra içiyor 3. İçmiyorum 4. Bırakmış

9. Alkol alıyor musunuz ?

1. Hiç kullanmadım 2. Yılda 1-2 kez 3. Ayda 1-2 kez 4. Haftada 1-2 kez 5. Her gün

10. Eşinizle aranızda akrabalık var mı? 1. Var 2. Yok

11. Kaç yaşında evlendiniz?

12. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?

13. Kaç doğum yaptınız?.....

14. Ölen çocuğunuz var mı ? 1. Evet (Nedeni:.....) 2. Hayır

Lütfen aşağıdaki soruları 0-5 yaş arasındaki çocuğunuzu düşünerek yanıtlayınız.

15. Çocuğunuzun doğum tarihi nedir?/...../.....

16. Çocuğunuz planlı gebelik sonucu mu oldu? 1. Evet 2. Hayır

17. Çocuğunuz yılda hangi sıklıkta ateşlenir?

- a. Yılda 1-2 kez b. Yılda 3-4 kez c. Yılda 5 ve daha fazlası d. Hiç

18. Evinizde ateş ölçer var mı ? 1. Evet 2. Hayır

19. Çocuğunuzun ateşlendiğini nasıl anlarsınız?

1. Dış görünüşünden 2. Dokunarak 3. Ateş ölçer ile

20. Çocuğunuzun ateşini nereden ölçersiniz?

1. Alından 2. Kulaktan 3. Koltuk altından 4. Makattan

21. Sizce normal vücut sıcaklığı nedir?..... °C

22. Çocuğunuzun vücut sıcaklığı kaç derece olunca endişelenirsiniz/ona zarar vereceğini düşünürsünüz?

- 1) 37 °C ve altı 2) 37,1 °C - 37,9 °C 3) 38 °C -38,9 °C 4) 39 °C ve üzeri 5) Diğer

23. Çocuğunuz ateşlendiği zaman onun ateşini ne sıklıkta kontrol edersiniz?

1. On beş dakika arayla 2. Yarım saat arayla 3. Bir saat arayla 4. İki saat arayla 5. Diğer

24. Çocuğunuz ateşlenince ateşini düşürmek için ne yaparsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Ilık uygulama yaparım 5. Ateş düşürücü şurup/fetil veririm
2. Ilık duş aldırırım 6. Antibiyotik veririm
3. Kıyafetlerini çıkarırım 7. Sirkeli su ile vücudu silerim
4. Doktora götürürüm 8. Diğer

25. Çocuğunuz ateşlendiğinde tedavisi için en sık nereye başvurursunuz?

1. Aile Sağlığı Merkezi 5. Özel muayenehane
2. Devlet hastanesi 6. Hiçbir yere götürmem
3. Özel hastane 7. Diğer
4. Üniversite hastanesi

26. Çocuğunuz ateşlendiğinde sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz?

1. İlk gün içinde 2. İkinci gün 3. Üçüncü gün 4. Diğer

27. Çocuğunuz ateşlendiği zaman bilgi için ilk nerden yardım alırsınız?

1. İnternet 2. Gazete/Dergi 3. Komşu 4. Hemşire/Sağlık çalışanı 5. Doktor 6. Diğer

28. Çocuğunuza reçetesiz en sık verdiğiniz ilaçlar nelerdir?

- a) Antibiyotik b) Ateş düşürücü c) Ağrı kesici d) Vitamin e) Kullanmıyorum

29. Doktor tarafından önerilen reçeteyi kontrol eder misiniz? 1. Evet 2. Hayır

30. Çocuğunuz için aldığımız ilaçların prospektüsünü okur musunuz? 1. Evet 2. Hayır

31. Tedaviniz tamamlandıktan sonra kalan ilaçları ne yaparsınız?

1. Atarım 2. Sonra kullanmak için saklarım 3. Diğer.....

32. Çocuğunuz için verilen ilaçları ne kadar kullanırsınız?

1. Ateşi düşüncüye kadar 3. Şikayetleri azalınca kadar
2. İlaç bitinceye kadar 4. Doktorun önerdiği gün kadar

33. İlaçları nerde saklıyorsunuz?.....

34. Çocuğunuza ilaç verirken tatlandırıcı/reçel/meyve suyu/süt karıştırır mısınız?

1. Evet 2. Hayır

35. Çocuğunuza süspansiyon (sulandırılarak verilen toz) şeklindeki ilaçları nasıl verirsiniz?

1. Kendi ölçüğü ile 2. Kaşıkla 3. Enjektörle 4. Diğer.....

36. Çocuğunuza süspansiyon (sulandırılarak verilen toz) şeklindeki ilaçları nasıl hazırlarsınız?

1. Kaynatılmış su ile 2. Kaynatılıp soğutulmuş su ile 3. Çeşme suyu ile 4. Damacana suyu ile

37. Sizce ateş çocuğunuza ne zarar verebilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Ateşli havale geçirebilir 2. Kısır kalabilir 3. Beynine zarar verilebilir
4. Sakat kalabilir 5. Ölebilir

38. Çocuğün bakımında yılın büyük çoğunluğunda etkili olan kişi kimdir?

1. Anne 2. Baba 3. Anneanne/Babaanne 4. Bakıcı 5. Diğer

39. Çocuğün bakımını üstlenen yardımcınız/bakıcınız var mı? 1. Var 2. Yok

EK 3. AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular ilaç kullanırken yaptıklarınızla ilgilidir. Lütfen önermelerle ilgili size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	Doğru	Bilmiyorum	Yanlış
1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.			
2. Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.			
3. Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.			
4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.			
5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.			
6. İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.			
7. İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.			
8. İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.			
9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.			
10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.			
11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.			
12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.			
13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.			
14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.			
15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.			
16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.			
17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.			
18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.			
19. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.			
20. Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.			
21. Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.			

EK 4. EBEVEYN ATEŞ YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ

Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği					
Çocuğum ateşlendiğinde genellikle	Asla	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Daima
1. Ateşini ölçerim					
2. Ateşinin derecesini bilmeyi isterim					
3. Bol sıvı aldığından emin olmak isterim					
4. Ateş düşürücü ilaç kullanırım					
5. Gece boyunca kontrol ederim					
6. Onunla aynı odada uyurum					
7. Gece ateş düşürücü vermek için uyandırırım					
8. Doktora götürürüm					