

0-5 Yaş Grubu Çocuklarda Ateş Yönetimi: Güncel Yaklaşımlar

Fever Management in Children Aged 0-5 Years: Current Approaches

Ayşe GÖBEKLİ¹, Rabiye GÜNEY²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Birimi, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sorumlu Yazar: Ayşe GÖBEKLİ

E-mail: aysegobekli93@gmail.com

Gönderme Tarihi: 30.11.2021

Kabul Tarihi: 10.05.2022

ÖZ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ateş, koltuk altından ölçüldüğünde 37,5°C'yi geçen vücut sıcaklığıdır. Çoğu çocukta ateşe viral ya da bakteriyel enfeksiyonlar sebep olur. Bir çocuğun ateşlenmesi çocuk kadar ebeveynlerine de rahatsızlık vermektedir. Birçok ebeveyn günümüzde hala çocuklarını evlerinden acil servislere ulaştırana kadar geçen sürede yüksek ateşe ilişkin yoğun bir korku ve kaygı yaşamaktadır. Ebeveynlerin çoğu 1980'de tanımlanmış ilk kez Schmitt tarafından yapılan ateş fobisine sahiptir. Bu derleme Google Akademik, Pubmed ve UpToDate veri tabanlarında "ateş, ebeveyn ateş yönetimi, hemşirelik, pediatrik ateş yönetimi" ifadeleri kullanılarak yapılan literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur. Derlemede 0-5 yaş grubu çocuklarda ateşe yaklaşım konusundaki güncel bilgilere yer verilmiştir. Yapılan çalışmalar ateşin günümüzde ebeveynlerde duygusal açıdan halen önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Bu nedenle pediatri hemşirelerinin ateşlenen çocuk ve ailesine yönelik olarak fiziksel bakımın yanında psikososyal bakıma da ağırlık vermesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anne-çocuk hemşireliği, ateş, çocuk hemşireliği, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

According to the World Health Organization, fever is a body temperature that exceeds 37.5°C when measured from the armpit. In most children, fever is caused by viral or bacterial infections. A fever in a child is as uncomfortable for the parents as it is for the child. Today, many parents still experience an intense fear and anxiety about a high fever until they get their children to the emergency departments. Most parents have fever phobia, which was first described by Schmitt in 1980. This review was created as a result of a literature review conducted using the phrases "fever, parental fever management, nursing, pediatric fever management" in the Google Academic, Pubmed and UpToDate databases. The current information on the approach to fever in children aged 0-5 years is given in the review. Studies show that fever is still an important emotional problem for parents today. For this reason, it is recommended that pediatric nurses focus on psychosocial care in addition to physical care for the child with fever and her/his parents.

Keywords: Fever, maternal-child nursing, nursing care, pediatric nursing

GİRİŞ

Ateş, ailelerin çocuklarını acil servise götürmelerinin en yaygın nedenlerinden biridir. Dünyada ateşin eşlik ettiği hastalıklar nedeniyle ailelerin 0-5 yaş grubu çocuklarını acile götürme oranı %20-40 iken (NICE, 2013; Piller ve Herzog, 2019) bu oran Türkiye'de %71 olarak bildirilmiştir (Sert, 2021). Günümüzde ateşin vücutta bir savunma mekanizması ve olağan bir durum olarak meydana geldiği biliniyor, çocuklarda vücut sıcaklığının yükselmesi ebeveynleri en çok tedirgin eden ve korkutan semptomlardan biridir (NICE, 2013; Macmahon ve ark., 2021). Ebeveynlerde ateşin kendisi,

komplikasyonları veya ateşe eşlik eden belirtiler korkuya yol açabilir (Sajadi ve Khosravi, 2017; Sert, 2021).

Son otuz yıl içinde yalnız ülkemizde değil, birçok ülkede toplumun eğitim düzeyi artmış, çocuklarda şiddetli hastalıklardan kaynaklanan ölümler azalmış, sağlık bakım hizmetlerine erişim geçmişte olduğundan daha kolay hale gelmiştir (WHO,2022). Bununla birlikte ebeveynlerin ateşle ilgili yanlış anlamalarını ve kaygılarını tanımlamak için bir kavram olarak kullanılan ateş fobisi (Schmitt,1980) yıllar boyunca devam etmiştir (Gündüz ve ark.,2016).

Ateş fobisi sadece ebeveynlerde değil başta hemşire ve hekimler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinde görülebilmektedir (Sökün, 2014; Martins ve Abecasis, 2016) Yapılan eğitimler sonucunda günümüzde ebeveynlerde ateş konusunda önemli bir farkındalık oluşmasına rağmen ebeveynlerde devam eden ateş fobisi, yanlış uygulamalara ve gerçekçi olmayan korkulara yol açmaktadır (Arias ve ark., 2022; Chilambarasan, 2020). Bu nedenle ebeveynlere ateş yönetimi ile ilgili verilen sağlık eğitiminin içeriğinin güçlendirilmesine gereksinim vardır. Genellikle aile hekimleri, acil servis hekimleri ve pediatri hemşireleri ebeveynlerin ateş yönetimi konusundaki en önemli bilgi kaynağını oluşturmaktadır (Macmahon ve ark., 2021; Gülcan, 2020). Pediatri hemşireleri ebeveynlere sağlık hizmeti sunum sürecinde yaygın pediatrik rahatsızlıklarla ilgili verdikleri sağlık eğitimlerinin yanında, özellikle ateş yönetimi konusunda da eğitim vermelidir. Bu eğitimlerde ateşin tanımı, ateş yönetimi konusundaki önemli noktalar, ateş takip ve ölçüm yöntemleri, ateşin normal sınırları, ateşin çocuk hastalıklarındaki rolü, ateş sırasında çocuğun değerlendirilmesi ve bir sağlık kuruluşuna ne zaman başvurmaları gerektiği ebeveynlere açıklanmalıdır (Ward, 2020). Bu derlemede pediatri hemşirelerinin ebeveyn eğitimlerinde ve hasta bakım sürecinde yararlanabilecekleri, 0-5 yaş grubu çocuklarda ateşe yaklaşım konusunda güncel bilgilerin sunulması amaçlanmıştır.

VÜCUT SICAKLIK DEĞERLERİ, ATEŞ VE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre ateş, koltuk altından ölçülen vücut sıcaklığının 37,5 °C ve üzerine çıkmasıdır (WHO, 2014). Bununla birlikte 3 aydan küçük bebekler için Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) tarafından ve Texas Çocuk Hastanesi'nin yayınlamış olduğu kanıta dayalı kılavuzuna (TXCHEBOC, 2021) göre 38°C veya daha yüksek bir rektal sıcaklık genellikle ateş olarak kabul edilmektedir (AAP, 2020). Vücut sıcaklığı koltuk altı, rektum, ağız, deri ve kulaktan ölçülebilmektedir. Ancak normal vücut sıcaklığı ölçülen vücut bölgesine göre farklılık göstermektedir (CPS,2020; MNT,2020) (Tablo1).

Tablo 1. Ölçülen bölgeye göre çocuklarda normal vücut sıcaklığı (CPS,2020; MNT,2020)

Bölge	Normal vücut sıcaklık aralığı
Rektal	36,6 – 38°C
Ağız	35,5 – 37,5°C
Koltuk altı	36,5 – 37,5°C
Kulak	35,8 – 37,8°C

İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) ve Kanada Pediatri Derneği (CPS) vücut sıcaklığının genel olarak 1 ay-5 yaş arası çocuklarda koltuk altından elektronik termometre ile ölçümünü önermektedir (CPS,2020; NICE,2019). Ayrıca 2 yaşından büyük çocuklarda kulaktan infrared timpanik termometre kullanılabilir

(CPS,2020). Eğer rektal yol ateş ölçümü için tercih edilecekse NICE bu yöntemin 2 yaşından küçük çocuklarda kullanılmasını önermektedir (NICE, 2019). Koltuk altı ölçümüne göre ateş olarak nitelendirilen vücut sıcaklık aralıkları Tablo 2'de verilmiştir (Hacımustafaoğlu, 2018; Neves ve ark., 2019) (Tablo 2).

Tablo 2. Ateşin derecesine (aksiler ölçümle) göre gruplandırılması*

Adlandırma	Vücut Sıcaklık Aralığı
Subfebril Ateş	37,2-37,9°C
Hafif Ateş	38-38,5°C
Orta Ateş	38,5-39°C
Yüksek Ateş	39-40°C
Hiperpireksi	>40°C

* (Hacımustafaoğlu, 2018; Neves ve ark., 2019)

ATEŞİN ETİYOLOJİSİ

Çocuklarda genellikle viral ve bakteriyel enfeksiyonlar ateşe yol açabilir. Bronşiolit, otitis media, gastroenterit, lokal bakteriyel enfeksiyon ve idrar yolu enfeksiyonu ateşe neden olan başlıca enfeksiyonlardır. Ateşi olan bir çocukta kızamık, menenjit, meningoensefalit, herpes simpleks ensefaliti, septisemi, kawasaki ve şiddetli pnömoni gibi ciddi hastalıklar olabilir. Bunların yanı sıra çocuklarda bazı ilaçlara ve aşılarla bağlı ateş görülebilir (NICE, 2019; Consolini, 2020).

ATEŞE EŞLİK EDEN BELİRTİ VE BULGULAR

Ateşi olan bir çocuğun davranışlarında, ruh halinde, beslenmesinde ve aktivite düzeyinde değişiklikler meydana gelir. Uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması, etrafına daha az ilgi gösterme, sosyal etkileşimde azalma, oyun oynamama, sinirlilik ve ajitasyon ateşli çocuklarda görülebilecek diğer belirtilerdir. Bu belirtilerin değerlendirilmesinde yaş, cinsiyet, bilişsel gelişim düzeyi, kültürel geçmiş, ev ortamı, hastalıkla ilgili korku ve inançlar (çocuk ve ebeveynlerin), hastalıkla ilgili önceki deneyimler/ tıbbi bakım ve ebeveynlerin tutumu gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (Doria ve ark., 2019).

NICE, ateşli çocuklarda ateşin değerlendirilmesinde trafik ışığı sisteminden yararlanılmasını tavsiye etmektedir (NICE, 2019)(Tablo 3). Trafik ışığı sistemi, pediatri hemşireleri dahil olmak üzere tüm profesyonellere yardımcı olmak, ateşli çocukları değerlendirmek ve hastaneye acil sevk edilmesi gerekenlerin yanı sıra evde güvenli bir şekilde yönetilebilen hastaları ayırt etmek amacıyla tasarlanmış bir araçtır. 0-5 yaş arası çocuklarda "Orta-Yüksek Risk" grubunda yer alan belirtilerden bir ya da birkaçı varsa bebek/çocuk bekletilmeden bir hekim tarafından muayene edilmeli ve tedavisine başlanmalıdır.

Tablo 3. Ciddi hastalık riskini belirlemek için kullanılan trafik ışığı sistemi (NICE, 2019)

	Yeşil Işık = düşük risk	Sarı Işık = orta risk	Kırmızı Işık = yüksek risk
Renk (cilt, dudak veya dil)	Normal pembe cilt	Ciltte solgunluk	Soluk, benekli, kül gibi, mavi renkte bir cilt
Aktivite	Sosyal uyaranlara normal tepki Gülümseyen yüz ifadesi Hızlı uyanır ve rahat uyur Ağlamaz ya da normal ağlar	Sosyal uyaranlara tepki vermez Gülümsemez Sadece uzun süreli uyaranlarla uyanır Azalmış aktivite gözlemlenir	Sosyal uyaranlara hiçbir şekilde tepki vermez Hasta görünümlü Uyumaz ya da uykudan uyandırılmaz Zayıf, tiz ya da sürekli ağlama vardır
Solunum		Burun kanatlarının solunuma katılması Takipne Sol sayısı >50/dk, 6-12 ay Sol sayısı >40/dakika, >12 ay Oksijen saturasyonu ≤ %95 Solunum seslerinde raller	Homurdanma Takipne Sol sayısı >60/dk Derin ya da şiddetli interkostal çekilmeler
Dolaşım ve Hidrasyon	Normal cilt ve göz Nemli mukoza	Taşikardi: >160/dk, <12 ay >150/dk, 12-24 ay >140/dk, 2-5 yaş Kapiller dolun süresi ≥ 3 sn Kuru mukoz membran Bebeklerde zayıf beslenme İdrar çıkışında azalma	Cilt turgorunda azalma
Diğer	Sarı veya kırmızı alandaki semptomların hiçbiri yoktur	Yaş 3-6 ay, ateş ≥39°C, Ateş ≥5 gün Paroksizmal titreme Bir uzvun veya eklemün şişmesi Ayakta duramama / Ekstremitte kullanamama	Yaş <3 ay ateş ≥38°C Basmakla solmayan döküntü Şişkin fontanel Ense sertliği Status epileptikus Fokal nörolojik işaretler Fokal nöbetler

ATEŞİN YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Ateşli bebek ve çocuklarda kapsamlı bir değerlendirme yapmak ve bakımlarını yönetebilmek pediatri hemşirelerinin sorumluluklarından biridir. Bunun için hemşireler ateş sürecini anlamak ve yerinde, uygun bakımı vermekle yükümlüdürler. Rutin değerlendirmenin bir parçası olarak hemşireler vücut sıcaklığı, kalp atım hızı, kapiller dolun süresi, oksijen saturasyonu, tansiyon ve kan şekeri ölçümü gibi vital bulguların ve fizyolojik parametrelerin ölçümünden sorumludur. Hemşireler bunların değerlendirmesini yapabilmeli, normal/anormal ölçümleri kayıt etmeli ve normalden sapan durumları hekime bildirmelidir (Çavuşoğlu ve Erdem, 2018; Maharian ve ark., 2017).

Ateşli bir çocukta vücudun bir savunma mekanizması olarak beyin, böbrek gibi hayati organlara daha fazla kan pompalayabilmek için hayati olmayan organlarda (ekstremiteler gibi) ve damarlarda vazokonstriksiyon gerçekleşir. Çocuklar sıvı alımını artırmaya teşvik edilmelidir. Özellikle anne sütü ile beslenen çocuklara daha sık anne sütü vermek önemlidir (Souza ve ark., 2021). Ateşin yanında ishal, kusma gibi vücuttaki sıvı kaybını artıran durumlar olabilir. Dehidratasyon bulgusu görülen bebek ve çocuklarda ekstremitelerdeki vazokonstriksiyona ve intravenöz volüm azalmasına bağlı olarak damaryolu uygulaması ya da kan alma işlemi oldukça zor olmaktadır (Pour, 2012). Ebeveynlere eğer çocuk sıvı alabiliyorsa intravenöz mayi takılmasının hayati olmadığı, ateşli durumda damaryolu açılmasının zor olduğu bilgisi verilmelidir. Pediatri hemşiresinin, yüksek ateş görülen üç aydan büyük bebek ve çocuklara invaziv işlemlerden (damaryolu açma, kan alma gibi) önce oral yolla antipiretik

şurup ya da rektal yoldan antipiretik supozituar uygulaması, daha az ajitasyona ve işlemin daha kolay gerçekleşmesine olanak sağlayacaktır (de Freitas Floriano ve ark., 2018).

Üç ay altındaki bebeklerde ateş rektal yoldan 38°C ve üzeri ölçülüyorsa bebek öncelikle bir hekim muayenesinden geçmelidir (Ward, 2020). İngiltere Ulusal Sağlık Servisi (NHS) bir hekim önermedikçe iki ayın altındaki ateşli bebeklerde parasetamol kullanımını önermemektedir (NHS, 2019). Ayrıca DSÖ'ye göre ateşin düşürülmesi yalancı bir güvenlik hissi yaratacağından ciddi bir enfeksiyonun teşhis ve tedavisinde gecikmelere neden olabilir. Bu sebeple ateş düşürücü tedavi küçük bebeklerde önerilmemektedir. (WHO, 1993). Üç aydan büyük bebek ve çocuklar için ateş düşürücü ilaç dozu:

- Asetaminofen/Parasetamol: 10-15 mg/kg doz her 4-6 saatte bir (maksimum günlük doz 60 mg/kg'dır) önerilmektedir (Green ve ark., 2021; Paul ve Walson, 2021). Parasetamol birincil olarak karaciğerde metabolize edildiğinden 200 mg/kg'ı aşan dozların karaciğer üzerine toksik olduğu ve ek olarak malnütrisyon ve açlık döneminin parasetamol toksisitesine eğilim yaratabileceği bilinmelidir (Oğuz, 2014). Parasetamol, günde maksimum 4 kez önerilen 15 mg/kg dozunda kullanıldığında iyi bir güvenlik profili sergiler. (Günlük 60 mg/kg dozunu aşmamak suretiyle uygulama yolu ve çocuğun yaşı önemlidir. Örneğin yenidoğanlarda ve bebeklerde intravenöz yolla veriliyorsa doz her 6 saatte bir 12.5 mg/kg'a ayarlanmalıdır.) Ayrıca dehidratasyon, suçiçeği, pnömoni, Kawasaki hastalığı ve pıhtılaşma bozuklukları olan çocuklarda parasetamol kullanımı daha uygundur (Green ve ark., 2021).

- İbuprofen: Asetaminofene yanıtız altı aydan büyük çocuklarda 10 mg/kg doz her 6-8 saatte bir (maksimum günlük doz 40 mg/kg'dır) önerilmektedir (Green ve ark., 2021; Paul ve Walson, 2021). İbuprofenin gastrit, gantrointestinal sistem kanaması, trombosit fonksiyon bozukluğu ve nefropatiye sebebiyet verebileceği bilinmelidir (Ward, 2020; Oğuz, 2014).

Asetaminofen ve ibuprofenin birleştirilmesi veya rutin olarak dönüşümlü kullanılması önerilmemektedir (Chiappini ve ark., 2017). Bununla birlikte asetaminofen ya da ibuprofen uygulamasından sonra 4 saat içinde çocuğun vücut sıcaklığı hala yüksek ve rahatsızlığı düzelmemişse tek sefer olmak üzere asetaminofenden ibuprofene ya da ibuprofenden asetaminofene geçiş yapılabilir. Reye sendromuna sebebiyet verdiği için 18 yaşından küçük hiçbir bireye asetil salisilik asit (aspirin) verilmemelidir. (NICE, 2019; Ward, 2020, Green ve ark., 2021). Ek olarak İtalyan Uzmanların Uzlaşma Açıklamalarına (Doria ve ark., 2021) göre, etkinlik açısından 15 mg/kg'lık bir parasetamol dozu 10 mg/kg'lık bir ibuprofen dozuna eşittir.

AAP ve ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC)'ne göre çoğu 14-18 ay olmak üzere 6 ay-5 yaş arası çocukların %5'i hayatlarının bir döneminde ateşli nöbet geçirmektedir. Ateşli nöbet geçiren her 3 çocuktan 1'i ise tekrar nöbet geçirme eğilimindedir (AAP, 2020; CDC, 2020). Ateşli nöbetlerin (Febril Konvülsiyon) tipik belirti ve semptomları arasında bilinç kaybı, nefes almada zorluk, solukluk veya maviye dönük vücut, ağızda köpüklenme, başın arkasına doğru yuvarlanan gözler, sabit bakış, genel veya fokal seğirme ve kol/bacaklarda sarsıntı şeklinde titreme yer alır. Devam eden bir nöbetle acil servise getirilen ya da müşahade altında nöbet geçiren bir çocuğun hava yolu, solunum, dolaşım, yaralanmaya maruz kalma ve kan şekeri kontrolü yapılarak acil stabilizasyona ihtiyacı vardır. Nöbet en kısa sürede antiepileptik ilaçlarla durdurulmalıdır (Laino ve ark., 2018; Aguirre-Velázquez ve ark., 2019). Ateş ve febril konvülsiyonlarda kullanılan ilaçlar Tablo 4'de verilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Febril konvülsiyonlarda kullanılan ilaçlar*

İsim	Doz	Veriliş Yolu	Sıklık	Max Doz	Endikasyon	
Parasetamol	15mg/kg	Oral/ rektal/	IV	4-6 saat	24 saatte 5	Hiperpireksi Dehidratasyon
İbuprofen	10mg/kg	Oral	6-8 saat	24 saatte 4	yoksa hiperpireksi	
Diazepam	0.25mg/ kg(IV)	IV/ rektal	İlk dozdan 10 dk sonra 2.	Sadece 2 doz	5 dk dan uzun süren aktif konvülsiyon	
Lorazepam	0.1mg/kg	IV	İlk dozdan 10 dk sonra 2. doz verilebilir	Sadece 2 doz	5 dk dan uzun süren aktif konvülsiyon	
Midazolam	0.15- 0.2mg/ kg	IV	İlk dozdan 10 dk sonra 2. doz verilebilir	Sadece 2 doz	5 dk dan uzun süren aktif konvülsiyon	
0,9% Sodyum Klorür	20ml/kg	IV	Resusitasyon sırasında	Gerektiğinde 2 dozdan fazla	Hipovolemik şok	

* (Laino ve ark., 2018; Aguirre-Velázquez ve ark., 2019) IV: İntravenöz

Ateşe sebep olan üst-alt idrar yolu enfeksiyonu, üst-alt solunum yolu enfeksiyonu, otitis media, tonsillit ya da menenjit şüphesi gibi altta yatan bir enfeksiyon varlığında pediatri hekimleri antibiyotik tedavisine başlayabilirler. Çocuk ve bebeklerde genel olarak kullanılan antibiyotikler amoksisilin, klaritromisin, azitromisin, ampisilin, ampisilin sülbaktam, sefotaksim, sefuroksim, seftriakson, metronidazol, klindamisin, gentamisin, piperasilin tazobaktam ve vankomisin'dir (NICE, 2019; WHO, 2015; NHSGGC, 2020). Pediatri hemşireleri antibiyotik uygulamadan önce bebek ya da çocuğun ağırlığına, yaşına ve hastalığın şiddetine göre antibiyotik dozlarının hesaplandığını bilmelidir. Ek olarak antibiyotiklerin veriliş şekli/yolunu, yan etkilerini, farmasötik ilaç etkileşimlerini bilerek ve antibiyotik dozlarının güvenli doz aralığında olduğunu teyit ederek tedaviyi uygulamalıdır (Good ve Olans, 2021).

Ellerin/ayakların soğumasını ve çocuğun titremeye başlamasını ebeveynler üşüme olarak algılayıp çocuğu örtmek isteyebilir (Sezici, 2019). Ebeveynlere ateşli bebek ve çocukların üzerindeki kıyafetlerin tamamen çıkarılması değil (Green ve ark., 2021) azaltılması ve ateşli bebek/ çocuğun sarılmaması gerektiği terapötik iletişim teknikleri kullanılarak açıklanmalıdır. Pencere açılarak yapılan ortam havalandırılmasının çocuğu rahatsız etmeyecek şekilde yapılması vücut sıcaklık artışının önüne geçebilir (Souza ve ark., 2021). Günümüzde fiziksel soğutma yöntemlerinden olan ılık uygulama bebek ve çocuklara verdiği rahatsızlıktan dolayı rehberlerde önerilmemektedir (Green ve ark., 2021; Souza ve ark., 2021). 2018 yılında ılık uygulamanın etkinliğini belirlemek için yapılan bir metaanaliz çalışmasında (Lim ve ark., 2018) bulgular ateşli çocuklarda ılık uygulamanın vücut sıcaklığı üzerinde önemli bir etkisi olmadığını, aksine çocuklarda titreme ve rahatsızlığı artırarak ajitasyona sebep olduğunu ortaya koymuştur. Alkol, kolonya gibi ürünler cilt yoluyla emilerek yaratacağı toksisite riski nedeniyle çocuğun vücudunu silmek için uygun değildir (Ward, 2020). Ateşli bebek ve çocuklarda bir sonraki antipiretik dozu gelmeden tekrar yüksek ateş görülüyorsa ılık su ile duş aldırma bebeğe/ çocuğa daha az rahatsızlık hissi verdiği için kullanılabilir bir yöntemdir (Green ve ark. 2021; Watts ve Robertson, 2012).

ATEŞTE EBEVEYNLERE YÖNELİK PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Yapılan çalışmalarda ateşin evde çocukları ateşlenen ebeveynlerin ve özellikle de anneler için korkutucu bir deneyim olduğu ve endişe, korku, yetersizlik, panik duygusuna yol açtığı belirlenmiştir (Chilambarasan, 2020; Sezici, 2019). ABD'de yapılan bir çalışmada (Overmann ve ark., 2021) akut pediatrik ateşli hastalıklarda verilen yazılı taburculuk talimatları incelenmiş, sonuç olarak böyle talimatların daha çok hastalıkların fizyolojik boyutunu ele aldığı; sosyal faktörlere, ebeveyn refahına, kaygıya veya hastalığın psikososyal yönlerine çok az dikkat edildiği bildirilmiştir. Kanada'da yapılan başka bir çalışmada (Scott ve ark., 2021) pediatrik ateşte ebeveyn yönetimi için iki bilgilendirme aracı (infografik – bilgilendirme grafikleri – ve video) geliştirilmiş ve ebeveynler her iki aracı da ilgi çekici ve

bilgilendirici bulunduğunu ifade etmişlerdir. Başka bir çalışmada (Thompson, 2021) ebeveynlere pediatrik ateş eğitimi verilmiş, ön test ve son test uygulanmıştır. 28 ebeveyn 24'ü aldıkları eğitimden sonra çocuklarının ateşini evde tedavi etme konusunda kendilerini rahat hissettiğini, 27'si ateşten daha az korktuklarını ve endişelendiklerini bildirmişlerdir. Bir çalışmada (Ravanipour ve ark.,2014) ateşli çocuğa bakma zorunluluğu, çocuğun hastaneye yatırılması ve bunun sonucunda annenin hastanede kalması anneler üzerinde çok fazla stres yaratan bir durum olduğundan eşten ve çevreden gelen duygusal desteğe duyulan ihtiyacın arttığı belirtilmiştir. Annelere hastanede olduğu kadar evde de psikososyal bakım verilmesi gerekmektedir. Ek olarak pediatri hemşireleri tarafından sunulacak telefonla destek uygulamaları bu amaçla kullanılabilir girişimlerden biridir (Lass ve ark., 2018). Ateş yönetimi konusunda pediatri hemşireleri tarafından ebeveynlere verilecek psikososyal bakım şunları içermelidir:

- Çocuğun hastalığının doğası açıklanarak ateşi konusunda endişe duyan ebeveynler rahatlatılmalıdır (Villarejo-Rodríguez ve Rodríguez-Martín, 2020).
- Ateşin bir hastalık değil, vücudun hastalığa verdiği faydalı bir tepki olduğu, çoğunun kısa süreli olduğu, ateşi olan tüm çocukların nöbet, beyin hasarı ya da ölüm riski altında olmadığı açıklanmalıdır (Ward, 2020).
- Ebeveynlere evde ateşin yönetimi konusunda çocuğun yaşına uygun tavsiyelerde bulunulmalıdır (Çavuşoğlu ve Erdem, 2018).
- Viral bir enfeksiyondan kaynaklı ateşte antibiyotik faydalı olmadığı ve reçetesiz antibiyotik kullanımının zararları hakkında bilgi verilmelidir (Ward, 2020, Good ve Olans, 2021).
- Antipiretik ilaçların nasıl uygulanacağı, doğru doz ve dozun ne sıklıkla uygulanacağı konusunda net talimatlar verilmelidir. Ebeveynler, öngörülen doz ya da doz aralığını aşmamaları konusunda uyarılmalıdır (Çavuşoğlu ve Erdem, 2018).
- Ateş düşürücülerin semptomları azaltarak çocuğu rahatlatmak için kullanıldığı, rutin olarak sadece artmış vücut sıcaklığını düşürmek amacıyla kullanılmaması gerektiği, kullanıldığında vücut sıcaklığını tamamen normale düşürmeyeceğini ve hastalığı iyileştirmeyeceği açıklanmalıdır (Ward, 2020; NICE, 2019).
- Uyuyan bir çocuğun sadece ateş düşürücü ilaç vermek için uyandırılmaması ve çocuğa hekime danışmadan 2 günden fazla ateş düşürücü ilaç verilmemesi gerektiği bilgisi verilmelidir (Green ve ark., 2021).
- Çocuk bir doz ilacı aldıktan hemen sonra kusarsa, başka bir dozun verilebileceği ancak doz aşımına uğratmamaya özen gösterilmesi gerektiği vurgulanmalı, aralıklı olarak kusan bebekler için oral ilaç yerine supozituarların kullanılabilirliği ve aynı türden supozituar ve oral ilaçların birlikte kullanılmasının sakıncalı olduğu açıklanmalıdır (Green ve ark., 2021).

- Çocuktaki ateş varlığında antipiretik kullanılırken aynı etken maddeyi içerebilecek öksürük ve bazı soğuk algınlığı ilaçlarının kullanılmasının aşırı doz ve yan etki riskini artırabileceği, bu nedenle ilaç kombinasyonlarının hekim reçetesi olmadan kullanılmaması gerektiği anlatılmalıdır (Ward, 2020).
- Ebeveynlere ne zaman tekrar hastaneye başvurması gerektiği ve ateşi olan bir çocukta, bir pediatriste derhal sevk edilmesini gerektiren tehlike işaretleri açıklanmalıdır (NICE, 2019).
- 3 aylıktan küçük bebeklerin normale göre yememe ya da içmeme, uyarana yanıt vermeme, uyuşukluk, sürekli/teselli edilemeyen ağlama veya dokunulduğunda ağlama, 2 günden uzun süren ateş, 40 °C'yi bulan vücut sıcaklığı, sürekli kusma ve ishal, anormal solunum, konvülsiyonlar, basmakla solmayan döküntü, koyu renkli idrar veya idrar yaparken ağlama, bir ekstremitte veya eklem şişmesi, genel durumu kötü/çok hasta görünen ya da çökük fontanel, kuru ağız, gözyaşı yokluğu ve solgun/çökmüş gözlerle dehidratasyon veya şok belirtileri göstermesi durumunda ivedilikle hastaneye başvurmaları gerektiği ebeveynlere açıklanmalıdır (Green ve ark., 2021).

Pediatri hemşireleri acil servise ateş nedeniyle ve ateş takibi için gelen, ajitasyonu ve ateş fobisi olan ebeveynlere febril konvülsiyonlarla ilgili özellikle aşağıdaki bilgileri vermelidir (Offringa ve ark., 2021; AAP, 2020; CDC,2020).

- Ateşe bağlı nöbetler genellikle 1 dakikadan kısa sürer, ancak nadiren de olsa 15 dakikaya kadar sürebilir.
- Febril konvülsiyonlar genellikle çocuk için zararsızdır ve beyin hasarına, sinir sistemi sorunlarına, felce, zihinsel engelliliğe veya ölüme neden olmaz.
- Çocuk/bebek evde nöbet geçiriyorsa yaralanmayı önlemek için sert ve keskin nesnelere uzakta yere ya da yatağa başı yan şekilde uzanması sağlanmalıdır.
- Nöbet evde oluyorsa ne kadar sürdüğü tespit edilmeli video kaydı alınmaya çalışılmalıdır.
- 5 dakikadan uzun süren bir nöbette mutlaka 112 aranmalı ya da en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

SONUÇ

Ateşli hasta bir bebeğin/çocuğun bakımında pediatri hemşireleri açısından temel noktalar bulunmaktadır. Bunlar; ateşin mekanizmasını bilmek, çocuğun genel durumunu ve hastalığın şiddetini değerlendirmek, çocuğun yaşına, durumuna, hastalık düzeyine uygun hemşirelik bakımını sağlamak ve iyilik/rahatlık halini sürdürmektir. Ayrıca pediatri hemşireleri, ateşli çocuğun evde/hastanede bakımının sürdürülmesine yönelik ebeveynleri eğitmeli ve ebeveynlere psikososyal bakım sağlamalıdır. Ebeveynlerin evde ateş yönetimine destek olmak amacıyla hemşireler tarafından yürütülen telefon destek hatları oluşturulabilir.

KAYNAKLAR

- [1] Aguirre-Velázquez C, Hurtado AMH, Ceja-Moreno H, Salgado-Hernández K, San Román-Tovar R, Ortiz-Villalpando M, ve ark. Clinical guideline: febrile seizures, diagnosis and treatment. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 2019;20(2):97-103.
- [2] Arias D, Chen TF, Moles, RJ. Australian care givers' knowledge of and attitudes towards paediatric fever management. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2022;58(1):54-62.
- [3] Canadian Paediatric Society (CPS). Health Conditions And Treatments Fever And Temperature Taking. Kanada Pediatri Toplumu (İnternet) (Son güncelleme Ekim 2020) Erişim 18 Ekim 2021, https://caringforkids.cps.ca/handouts/health-conditions-and-treatments/fever_and_temperature_taking
- [4] Centers for Disease and Control and Prevention (CDC). Febrile Seizures and Childhood Vaccines. (Son güncelleme Ağustos 2020). Erişim 10 Kasım 2021, <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/febrile-seizures.html>
- [5] Chiappini E, Venturini E, Remaschi G, Principi N, Longhi R, Tovo PA, ve ark. 2016 update of the Italian pediatric society guidelines for management of fever in children. *The Journal of pediatrics*. 2017;180:177-183.
- [6] Chilambarasan V. parental knowledge, attitudes and beliefs regarding fever in children (Doctoral dissertation). Thanjavur Medical College, Thanjavur; 2020.
- [7] Consolini D. Fever in Infants and Children. Examination Of The Febrile Fever in Infants and Children. Merck Manuel Professional Version (İnternet) (Son güncelleme Haziran 2020). Erişim 18 Ekim 2021, <https://www.merckmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/fever-in-infants-and-children>.
- [8] Çavuşoğlu H, Erdem Y. Çocuklarda enfeksiyon hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde: Editörler Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B, Pediatri hemşireliği). *Akademisyen Tıp Kitabevi*. Ankara; 2018;s.766-771.
- [9] de Freitas Floriano CM, Avelar AFM, Peterlini MAS. Difficulties related to peripheral intravenous access in children in an emergency room. *Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society*. 2018;41(1):66-72.
- [10] Doria M, Careddu D, Ceschin F, Libranti M, Pierattelli M, Perelli V, ve ark. Understanding discomfort in order to appropriately treat fever. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(22):4487.
- [11] Doria M, Careddu D, Lorio R, Verrotti A, Chiappini E, Barbero GM, ve ark. paracetamol and ibuprofen in the treatment of fever and acute mild-moderate pain in children: Italian experts' consensus statements. *Children*. 2021;8(10):873.
- [12] Good A, Olans R. CE: pediatric antibiotic stewardship. *The American Journal of Nursing*. 2021;121(11):38-43.
- [13] Green C, Krafft H, Guyatt G, Martin D. Symptomatic fever management in children: A systematic review of national and international guidelines. *Plos one*. 2021;16(6):e0245815.
- [14] Green R, Webb D, Jeena PM, Wells M., Butt N, Hangoma JM, ve ark. Management of acute fever in children: Consensus recommendations for community and primary healthcare providers in sub-Saharan Africa. *African Journal of Emergency Medicine*. 2021;11(2):283-296.
- [15] Gunduz S, Usak E, Koksall T, Canbal M. Why fever phobia is still common?. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18(8):e23827.
- [16] Gülcan MK. Çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Karaman; 2020.
- [17] Hacimustafaoğlu M. Ateş; klinik kullanımda tanımlamalar. *Journal of Pediatric Infection*. 2018;12(1):40-41.
- [18] Laino D, Mencaroni E, Esposito S. Management of pediatric febrile seizures. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(10):2232.
- [19] Lass M, Tatari CR, Merrild CH, Huibers L, Maindal HT. Contact to the out-of-hours service among Danish parents of small children—a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2018; 36(2):216-223.
- [20] Lim J, Kim J, Moon B, Kim G. Tepid massage for febrile children: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*. 2018; 24(5):e12649.
- [21] Macmahon D, Brabyn C, Dalziel SR, Mckinlay CJ, Tan E. Fever phobia in caregivers presenting to New Zealand emergency departments. *Emergency Medicine Australasia*. 2021.
- [22] Mahajan P, Batra P, Thakur N, Patel R, Rai N, Trivedi N, ve ark. Consensus guidelines on evaluation and management of the febrile child presenting to the emergency department in India. *Indian pediatrics*. 2017;54(8):652-660.
- [23] 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):829-833.
- [24] MedicalNewsToday(MNT). What is a normal body temperature range? (İnternet). (Son güncelleme Ocak 2020) Erişim 10 Kasım 2021, <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323819>
- [25] National Health Service (NHS). Paracetamol for children. (İnternet). (Son güncelleme 16 Temmuz 2019) Erişim 18 Ekim 2021, <https://www.nhs.uk/medicines/paracetamol-for-children/>
- [26] National Health Service Greater Glasgow and Clyde (NHSGGC), Paediatric Clinical Guidelines. Empirical antibiotic therapy in children.(İnternet) (Son Güncelleme 01 Kasım 2020) Erişim, 20 Kasım 2021, <https://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/nhs-ggc-paediatric-clinical-guidelines/nhs-ggc-guidelines/emergency-medicine/empirical-antibiotic-therapy-in-children/>
- [27] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fever in Under 5s: Assessment and Initial Management. İngiltere: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü. NICE Guideline (İnternet). (Son güncelleme Kasım 2019) Erişim 20 Ekim 2021, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>
- [28] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fever in under 5s: assessment and initial management. Clinical guideline (İnternet). Mayıs 2013. Erişim 20 Ekim 2021, <http://thepafp.org/website/wp-content/uploads/2017/05/2013-Fever-in-Under-5s-by-NICE.pdf>
- [29] Neves C, Luz IR, Salgado M. Fever and clinical thermometry: What do physicians and nurses really know?. *Nascer e Crescer-Birth and Growth Medical Journal*. 2019;28(4):191-202.
- [30] Offringa M, Newton R, Nevitt SJ, Vranka K. Prophylactic drug management for febrile seizures in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;(6):1465-1858.
- [31] Oğuz F. Çocuklarda ateş ve antipiretikler. İçinde: Editör Somer, A. Çocuklarda ateş Selen Medya Yayıncılık Tanıtım ve Organizasyon Hizmetleri. Ankara. 2014;s.123-140.

- [32] Overmann KM, Vukovic AA, Britto MT. A content analysis of emergency department discharge instructions for acute pediatric febrile illnesses: the current state and opportunities for improvement. *Journal of Patient Experience*, 2021;8:1-7.
- [33] Paul IM, Walson PD. Acetaminophen and ibuprofen in the treatment of pediatric fever: A narrative review. *Current Medical Research and Opinion*, (just-accepted). 2021; 37(8):363-1375.
- [34] Peetoom KK, Smits JJ, Ploum LJ, et al. Does well-child care education improve consultations and medication management for childhood fever and common infections? A systematic review. *Arch Dis Child*. 2017;102:261-267.
- [35] Piller S, Herzog D. The burden of visits for fever at a paediatric emergency room: A retrospective study on patients presenting at the cantons hospital of Fribourg, A peripheral public hospital of Switzerland. *Pediatric health, medicine and therapeutics*. 2019;10:147-152.
- [36] Pour HA. Ameliyat sonrası ateş ve hemşirelik bakımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 1(4):309-322.
- [37] Ravanipour M, Akaberian S, Hatami G. Mothers' perceptions of fever in children. *Journal of Education and Health Promotion*. 2014;97(4):2331-2340.
- [38] Sajadi M, Khosravi S. Mothers' experiences about febrile convulsions in their children: A qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2017;5(3):284-291.
- [39] Schmitt BD. Fever Phobia: Misconceptions of Parents About Fever. *Am J Dis Child*. 1980;134(2):176-181.
- [40] Scott SD, Cunningham C, Le A, Hartling L. Development and usability testing of two arts-based knowledge translation tools for parents about pediatric fever. Preprint Article. 2021; PPR356187.
- [41] Sert HE. Ebeveynlerin ateş hakkındaki bilgileri ve ateşli çocuğa yaklaşımlarının değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi) Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Denizli; 2021.
- [42] Sezici E. Annelerin hastanede yatan çocuklarında ateş deneyimleri: niteliksel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2019;12(1):40-45.
- [43] Souza MVD, Damiã EBC, Buchhorn SMM, Rossato LM. Non-pharmacological fever and hyperthermia management in children: an integrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021;34:eAPE00743.
- [44] Sökün, D. Çocuk sağlığı kliniğinde çalışan hemşirelerin ateş ve ateş yönetimine ilişkin bilgi ve yaklaşımları (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi Yök Tez Merkezi – Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İstanbul. 2014
- [45] Texas Children's Hospital Evidence-Based Outcomes Center Fever without Localizing Signs (0-60 Days Old) Evidence-Based Guideline. (İnternet). (Son güncelleme Şubat 2021) Erişim 20 Ekim 2021, https://www.texaschildrens.org/sites/default/files/uploads/documents/outcomes/standards/FWLS_0-60_days_Guideline_FINAL.pdf
- [46] The American Academy of Pediatrics (AAP). Febrile Seizures. (İnternet). (Son güncelleme 3 Kasım 2020) Erişim 10 Kasım 2021, <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/fever/Pages/Febrile-Seizures.aspx>
- [47] The American Academy of Pediatrics (AAP). How to Take Your Child's Temperature.(İnternet). (Son Güncelleme 10.12.2020) Erişim 20 Ekim 2021, <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/fever/Pages/How-to-Take-a-Childs-Temperature.aspx>
- [48] Thompson MB. Effects of pediatric fever education on caregivers in the emergency department.(Doctoral Thesis) The University of Southern Mississippi Leadership and Advanced Nursing Practice; 2021.
- [49] Villarejo-Rodríguez MG, Rodríguez-Martín B. Parents' and primary caregivers' conceptualizations of fever in children: A systematic review of qualitative studies. *Nursing & Health Sciences*. 2020;22(2):162-170.
- [50] Ward MA. Edwards MS (editör). Fever in infants and children: Pathophysiology and management. UpToDate (İnternet).(Son Güncelleme 25 Mart 2020) Erişim 30 Ekim 2021, <https://www.uptodate.com/contents/fever-in-infants-and-children-pathophysiology-and-management>
- [51] Ward MA. Edwards MS (editör). Patient education: Fever in children (Beyond the Basics) UpToDate (İnternet).(Son Güncelleme 9 Eylül 2020) Erişim 30 Ekim 2021, <https://www.uptodate.com/contents/fever-in-children-beyond-the-basics/print>
- [52] Watts R, Robertson J. Non-pharmacological management of fever in otherwise healthy children. *JBİ Evidence Synthesis*. 2012;10(28):1634-1687.
- [53] World Health Organisation (WHO). Guideline: Managing possible serious bacterial infection in young infants when referral is not feasible. 2015 (İnternet). Erişim 18 Ekim 2021, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181426/978.924.1509268_eng.pdf;jsessionid=012DC118F056B1EF8718B216E3B3E562?sequence=1
- [54] World Health Organisation (WHO). Integrated Management of Childhood Illness. Module 5: Fever. Geneva: WHO Press; 2014 (İnternet). Erişim 30 Ekim 2021, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/104772/978.924.1506823_Module-5_eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- [55] World Health Organisation (WHO).GENEVA: The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries.1993 (İnternet). Erişim 18 Ekim 2021, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/58266/WHO_ARI_93.30.pdf?sequence=1.
- [56] World Health Organisation (WHO). Child mortality and causes of death. 2022 (İnternet). Erişim 05 Mart 2022, <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death#:~:text=Substantial%20global%20progress%20has%20been,1990%20to%2037%20in%202020.>

How to cite this article: Göbekli A, Güney R. 0-5 Yaş grubu çocuklarda ateş yönetimi: güncel yaklaşımlar. *Journal of Health Sciences and Management*, 2022; 2: 33-39. DOI: 10.29228/JOHESAM.9