

Editor / Editör

Ayşen Gargılı Keleş

Assistant Editor / Editör Yardımcısı

İlkşan Demirbükten

Technical Communication / Teknik İletişim

Eren Timurtaş

Editör Kurulu / Editorial Board

Ayşen Gargılı Keleş

Aysel Yıldız Özer

Eren Timurtaş

İlkşan Demirbükten

Gökçe Meray

Ayşe Karakoç

Çağrı Çövener

İrem Omurtag Korkmaz

Saime Erol

Dizgi / Typesetting

Elif Tufan Kırkıl

Communications
Marmara University Health Sciences
Faculty, Basibüyük Health Campus,
Maltepe, İstanbul, Turkey
Tel: +90 216 777 5710
E-mail: sbf@marmara.edu.tr

Publisher
Marmara University Press
Göztepe Kampüsü, Kadıköy 34722 İstanbul, Turkey
Tel. +90 216 777 1400, Faks +90 216 777 1401
E-mail: yayinevi@marmara.edu.tr

Publication or Advisory Board / Yayın veya Danışma Kurulu

Alexandra BAUER
UNIVERSITY OF VETERINARY MEDICINE VIENNA

Ali UTKU PEHLİVAN
HOUSTON BIONICS

Ayla ERGİN
KOCAELİ UNIVERSITY

Aysel YILDIZ
MARMARA UNIVERSITY

Ayşe ERGÜN
MARMARA UNIVERSITY

Birkan TAPAN
ISTANBUL BILIM UNIVERSITY

Bülent ELBASAN
GAZI UNIVERSITY

Cem DİKMEN
INTERNATIONAL CYPRUS UNIVERSITY

Dennis BENTE
UNIVERSITY OF TEXAS MEDICAL BRANCH

Devrim TARAKCI
MEDIPOL UNIVERSITY

Dilaver TENGİLİMOĞLU
ATILIM UNIVERSITY

Duygu SÖNMEZ DÜZKAYA
ISTANBUL UNIVERSITY

Erkan KAPLANOĞLU
MARMARA UNIVERSITY

Gül ŞENER
HACETTEPE UNIVERSITY

Fadime BİNGÖL
MARMARA UNIVERSITY

Fatma PAKDİL
EASTERN CONNECTICUT STATE UNIVERSITY

Fatma ŐŐMAN AYANOĐLU
MARMARA UNIVERSITY

Ferda DOKUZTUĐ ŐŐSULAR
ISTANBUL BILIM UNIVERSITY

Fevzi AKINCI
KINGS UNIVERSITY

GŐlzade UYSAL
OKAN UNIVERSITY

Han XIA
WUHAN INSTITUTE of VIROLOGY

Haydar SUR
USKUDAR UNIVERSITY

HŐlya HARUTOĐLU
EASTERN MEDITERRANEAN UNIVERSITY

HŐlya ŐŐLİ
ISTANBUL BILGI UNIVERSITY

Kılıçhan BAYAR
MUGLA SITKI KOÇMAN UNIVERSITY

Melike DİŐŐSİZ
HEALTH SCIENCES UNIVERSITY

Meltem BAL
MARMARA UNIVERSITY

Mine GŐlden POLAT
MARMARA UNIVERSITY

Mithat KIYAK
OKAN UNIVERSITY

Muhammed KILINÇ
HACETTEPE UNIVERSITY

Murat DALKILINÇ
UAE ARMED FORCES PRESIDENTIAL GUARD PT UNIT

ZŐmrŐt BİLGİN
MARMARA UNIVERSITY

Nazif Ekin AKALAN
ISTANBUL KULTUR UNIVERSITY

Nejla CANBULAT
KARAMANOĞLU MEHMET BEY UNIVERSITY

Nur TUNALI
HALIC UNIVERSITY

Osman HAYRAN
MEDIPOL UNIVERSITY

Peter PAULSEN
UNIVERSITY OF VETERINARY MEDICINE VIENNA

Selma SÖYÜK
ISTANBUL UNIVERSITY

Sema YILMAZ
SELÇUK UNIVERSITY

Semiha AYDIN
ADIYAMAN UNIVERSITY

Sibel AKSU YILDIRIM
HACETTEPE UNIVERSITY

Srikant SARANGI
IXCELA INC. DATA SCIENCE & ENGINEERING

Tuğba KURU ÇOLAK
MARMARA UNIVERSITY

Yavuz YAKUT
HASAN KALYONCU UNIVERSITY

Yeşim BAKAR
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

Zerrin ÇİĞDEM
HASAN KALYONCU UNIVERSITY

ARAŞTIRMA MAKALELERİ

- Doğum Sonrası Dönemde EŐ Desteięinin Travma Sonrası Stres Belirti Düzeyine Etkisi27**
The Effect of Spouse Support on Post-Traumatic Stress Symptom Level in the Postpartum Period
Melek IŞIK, Meltem DEMİRGÖZ BAL

DERLEME

- 0-5 Yaş Grubu ocuklarda Ateş Yönetimi: Güncel Yaklaşımlar33**
Fever Management in Children Aged 0-5 Years: Current Approaches
Ayşe GÖBEKLİ, Rabiye GÜNEY
-

Doğum Sonrası Dönemde Eş Desteğinin Travma Sonrası Stres Belirti Düzeyine Etkisi

The Effect of Spouse Support on Post-Traumatic Stress Symptom Level in the Postpartum Period

Melek IŞIK¹, Meltem DEMİRGÖZ BAL²

¹ Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

² Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Sorumlu Yazar: Melek IŞIK

E-mail: mlekisik@gmail.com

Gönderme Tarihi: 14.01.2022

Kabul Tarihi: 17.05.2022

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, doğum sonu dönemde eş desteğinin travma sonrası stres belirti düzeyine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Ocak-Haziran 2019 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma alınma kriterlerine uyan 315 anne ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında tanılama formu, City Doğum Travması Ölçeği ve Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınların City Doğum Travması Ölçeği puan ortalaması $25 \pm 3,81$ (0-60) olarak, Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği Ölçeği puan ortalaması $57,69 \pm 7,38$ (16-80) olarak belirlendi. Katılımcıların %11,6'sının (n=37) tüm travma kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. City doğum travma ölçeği puan arttıkça eş desteği ölçeği puanı azalmaktadır ($p < 0,05$).

Sonuç: Kadınların doğum sonu dönemde yeterli eş desteği almaları doğum travması algılarını azaltabilir. Bu nedenle kadınların doğum sonu dönemde eşleri tarafından desteklenmeleri önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Doğum, postpartum dönem, eş desteği, CityBITS

ABSTRACT

Objective: This study was planned to determine the effect of spousal support on post-traumatic stress symptom levels in postpartum period.

Methods: This a descriptive study conducted at Esenler Gynecology and Pediatrics Hospital between January and June of 2019. We included 315 mothers who met the inclusion criteria. A personal information form, City Birth Trauma Scale, and Spousal Support Scale Perceived by Women in the early postpartum period were used to collect the data.

Results: The mean score of the Women's City Birth Trauma Scale was determined as 25 ± 3.81 , and the mean score of the Spousal Support Scale Perceived by women in the early postpartum period was 57.69 ± 7.38 . It was found that 11.6% of the participants met all the trauma criteria. As the City Birth Trauma Scale score increases, the Spousal Support Scale score decreases.

Conclusion: Women getting adequate spousal support in the postpartum period may have reduced perception of trauma related to labor. Therefore, spousal support is important for women in the postpartum period

Keywords: Birth, Postpartum period, spousal support, CityBITS

1. GİRİŞ

Kadının doğum deneyiminin psikolojik sağlık üzerinde önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Doğum sonrası dönemde kadının zihninde doğuma yönelik anılarının ve duygularının pozitif olması beklenir (Elmir ve ark., 2010). Ancak bazen doğumlar kadınlar tarafından kötü bir deneyim ve travma olarak hatırlanmaktadır. Dünyada her beş kadından biri bu dönemde psikiyatrik sorun yaşamakta ve her 10 kadından 7'si gerekli tedaviye ulaşamamaktadır (Stramrood ve ark., 2015).

Travmatik doğum, kadının doğum yapmayı kendisi ya da bebeği için ölüm veya yaralanma tehdidi olarak algılamasıdır. Travmatik doğum deneyimi olan kadınlar, doğumu "korku, çaresizlik ve dehşet anı" olarak tanımlamaktadır. Doğum sırasında bir komplikasyon geliştiğinde, ölü doğum, kanama gibi yaşamı tehdit eden olaylar meydana geldiğinde veya girişimler yapıldığında doğum, travmatik bir olay haline gelebilir (Ayers, 2007). Eğer bir kadın doğum deneyimini travmatik olarak algılıyorsa, bu deneyim onun duygusal iyiliği üzerinde olumsuz

bir etkiye sahip olabilir (Bastos ve ark., 2015). Bu olumsuz duygu durumu bebek ve eşi de etkileyebilir. Ancak doğum sürecine ilişkin kadınların algıları, olayları yorumlamaları ve bunları anlamlandırmaları birbirinden farklıdır (APA, 2000). Doğuma ilişkin bazı girişimler kadınların bir bölümü için travmatik olarak, bazı kadınlar tarafından ise oldukça normal olarak algılanabilir (APA, 2013). Bu algıyı etkileyen faktörlerden biri de kadına eşi tarafından sağlanan destektir.

Kadınlar doğum sonu dönemde eş ve yakın çevrelerinden çok yönlü desteğe gereksinim duyarlar. Bu dönemde kadınlara sağlanan destek onları fiziksel ve mental olarak olumlu yönde etkiler (Aksakallı ve ark., 2012; Ertekin ve ark., 2017; İşbir ve ark., 2014; Ertekin ve ark., 2017; Yıldız ve ark., 2017). Ancak literatürde doğum sonu dönemde kadına sağlanan eş desteğinin doğum algısı üzerine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma, eş desteğinin travma sonrası stres belirti düzeyine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GEREK VE YÖNTEM

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışma olup İstanbul ilinde Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğumunu yapan anneler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Ocak 2019-Haziran 2019 arasında doğumunu yapan ve doğumdan 6 ay sonra kontrol için başvuran anneler oluştururken örneklem sayısı evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemi ile belirlenmiştir. Bu amaçla, Eylül 2017-Eylül 2018 tarihleri arasında doğum kliniğine başvuran kadınlar sayılmış, tekrar eden kayıtlar çıkarıldıktan sonra 4200 kadının doğum kliniğine başvurduğu tespit edilmiştir. Yüzde 95 güven aralığı ve \pm %5 sapma ile örnekleme en az alınacak kişi sayısı 314 olarak hesaplanmıştır. Olabilecek kayıplar ve örnekleme kriterleri dikkate alınarak bu sayının üzerine çıkılması hedeflenmiştir. Yüzde 95 güven aralığı ve \pm %5 sapma ile 315 kadınla çalışma tamamlanmıştır.

2.1. Katılımcılar

Araştırmaya alınma kriterleri; çalışmaya gönüllü olarak katılmayı isteyen, Türkçe konuşup anlayabilen, okuryazar olan, doğum sonrası 6.ayda olan, 18-45 yaşları arasında, tekil gebeliği olan, daha önce psikiyatrik bir tanısı ve tedavisi olmayan, eşile birlikte yaşayan katılımcılar dahil edilmiştir.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri; riskli gebelik geçiren, herhangi bir doğum komplikasyonu olan, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi olan katılımcılar dahil edilmemiştir.

2.2. Veri Toplama

Verilerin toplanmasında literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, City Doğum Travması Ölçeği (CityBITS) ve Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği Ölçeği (ELSKAEDÖ) kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır.

2.3. Kişisel Bilgi Formu

Sosyo-demografik özellikleri içeren ve araştırmacı tarafından ilgili literatürün (Ayers, 2017; Yıldız ve ark., 2017; İşbir ve ark) taranıp incelenmesi sonucu oluşturulmuştur. Bu form, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu doldurulup katılımcının onamının alınmasının ardından uygulanmıştır. Bu formda katılımcının sosyo-demografik özellikleri, tıbbi ve obstetrik özellikleri, gebeliği ve doğuma yönelik düşünce ve beklentileri, doğumda yapılan girişim(ler)e ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

2.4. City Doğum Travması Ölçeği

Ayers ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bayrı Bingöl ve ark. tarafından (2018) yapılmıştır. Ölçek Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)'nin, Duygusal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) kriterlerine göre doğuma özgü olarak uyarlanmıştır. Ölçek travma sonrası stres belirtilerinin saptanmasında kullanılmaktadır. Tanı koydurucu özellik taşımayan ölçek ile sadece belirti düzeyini saptayabilmektedir. 3-7. sorular doğum eylemini yeniden yaşama belirtilerini, 8-9. sorular kaçınma belirtilerini, 10-16. sorular negatif bilişler ve duygu durum belirtilerini, 17-22. sorular aşırı uyarılma belirtilerini değerlendirmektedir. 3. ve 22. sorular arası toplam puan aralığı 0-60'dır. Yüksek puanlar, travma sonrası stres belirtilerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. 23-24. sorular dissosiasyon belirtilerini değerlendirmektedir. 25. soruda "0 puan" alanların doğumdan önce TSSB'nin başladığı, 2 puan alanların ise geç başlangıçlı TSSB olduğu bildirilmektedir. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı değerlendirmesinde Doğum Travması Ölçeğinin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı Doğumu Yeniden Yaşamak alt boyutu için $\alpha=0.76$; Kaçınma alt boyutu için $\alpha=0.57$; Negatif Bilişler ve Duydurum alt boyutu için $\alpha=0.77$; Aşırı Uyarılma alt boyutu için $\alpha=0.83$; Dissosiyatif Alt boyutu için $\alpha=0.82$ ve tüm ölçek için $\alpha=0.91$ olarak bulunmuştur.

2.5. Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği Ölçeği

Ölçek Şahin ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir. Beşli dereceli Likert formatında hazırlanan ölçekle erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteğini belirlemek amaçlanmıştır. Ölçekte olumlu ve olumsuz ifadeler karışık olarak sıralanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan 16'dır. Ölçekten alınan puan arttıkça algılanan eş desteğinin arttığını göstermektedir. Cronbach Alfa değeri 0,87 olarak bulunmuştur.

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında International Business Machines (IBM) Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Subscription trial versiyonu kullanılarak istatistiksel analiz yapılmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri olarak; sayı, yüzde, minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği Ölçeği ve City Doğum Travması Ölçeği (CDTÖ), ANOVA, t-Testi, Mann Whitney-U Testi,

Kruskal Wallis Testi, Ortalama, Standart Sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzde kullanılmıştır.

2.7. Etik Hususlar

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (17/12/2018-240) gerekli izin alınmıştır.

3. BULGULAR

Katılımcıların %35,5'i 18-25, %34,3'ü 26-30 yaş grubu, %30,2'si 31 ve üzeri yaş grubu kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %83,2'sinin (n=262) son doğumlarını normal yaptığı belirlenmiştir. Katılımcıların %58,1'inin (n=183) doğumunun başından itibaren doğum odasında yanlarında eş ya da refakatçi desteği aldığı saptanmıştır. Katılımcılara ilişkin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikleri (n=315)

Özellikler	n	%
Yaş		
18-25 yaş	112	35,5
26-30 yaş	108	34,3
31 ve üzeri yaş	95	30,2
Eğitim Düzeyi		
8 yıl ve altı	225	71,5
9 yıl ve üzeri	90	28,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	47	14,9
Çalışmıyor	268	85,1
Evlilik Süresi		
10 yıl ve altı	250	79,3
11 yıl ve üzeri	65	20,7
Evlilik Yaşı		
16-20 yaş	139	44,1
21-25 yaş	163	51,7
26-30 yaş	13	4,2
Yaşayan çocuk		
1 çocuk	108	34,3
2 çocuk	125	39,7
3 ve 3 üzeri çocuk	82	26,0
Planlı gebelik		
Evet	286	90,8
Hayır	29	9,2
Doğum Şekli		
Normal doğum	262	83,2
Sezaryen	53	16,8
Doğumda girişim		
Evet	276	87,6
Hayır	39	12,4
Doğum sürecinde eş/ refakatçi varlığı		
Evet	183	58,1
Hayır	132	41,9

Bu çalışmada CityBiTS puan ortalaması 25±3,81 (0-60) bulunmuştur. Katılımcıların doğum şekli ile CDTÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; katılımcılardan normal doğum yapan gebelerin CDTÖ toplam puan ortalamalarının (x=4,80), sezaryen olan gebelerin CDTÖ toplam puan ortalamalarından (x=5,32) düşük olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin ve CityBiTS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=315)

Özellikleri		N	CityBiTS Ort ± ss	Analiz
Yaş	18-25 yaş	112	5,08±3,26	F=0,47 p>0,62
	26-30 yaş	108	4,97±4,45	
	31 ve üzeri yaş	95	4,58±3,81	
Eğitim düzeyi	8 yıl ve altı	225	4,99±3,88	t=0,69 p>0,49
	9 yıl ve üzeri	90	4,66±3,64	
Çalışma durumu	Evet	47	4,17±3,17	t=-1,40 p>0,16
	Hayır	268	5,01±3,90	
Evlilik süresi	10 yıl ve altı	250	5,02±3,88	t=1,16 p>0,26
	11 yıl ve üzeri	65	4,40±3,48	
Evlilik Yaşı	16-20 yaş	139	4,79±3,43	t=-0,41 p>0,67
	21-25 yaş	163	4,97±4,09	
	26-30 yaş	13	4,82±4,15	
Yaşayan çocuk	1 çocuk	108	5,30±3,82	p>0,16
	2 çocuk	125	4,98±3,98	
	3 ve üzeri	82	4,89±3,81	
Planlı gebelik	Evet	286	4,89±3,83	p>0,92
	Hayır	29	4,82±3,68	
Gebelik döneminde sağlık sorunu yaşama	Evet	62	5,16±3,99	p>0,55
	Hayır	253	4,82±3,77	
Doğum şekli	Normal doğum	262	4,80±3,73	p<0,04
	Sezaryen	53	5,32±4,18	
Doğumda girişim	Evet	276	4,84±3,76	p>0,43
	Hayır	39	5,26±4,20	
Doğum sürecinde eş/refakatçinin varlığı	Evet	183	5,18±4,21	t=1,61 p>0,35
	Hayır	132	4,31±4,07	

t: Bağımsız Gruplar için t-Testi, F: ANOVA testi.

Erken Lohusalık Sürecinde KAEDÖ puan ortalaması 57,69 ±7,38 (16-80) bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile erken lohusalık sürecinde KAEDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Katılımcıların doğum şekli ile erken lohusalık sürecinde KAEDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ve farkın sezaryen doğum yapan katılımcılardan kaynaklandığı belirlenmiştir (p<0,05). Katılımcıların doğumun başından itibaren eş ya da refakatçi desteği alıp almamaları durumu ile erken lohusalık sürecinde KAEDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikleri ve Erken Lohusalık Sürecinde KAEDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=315)

Özellikleri	N	Ort. ± ss	P	
Yaş	18-25 yaş	112	57,48±6,67	p>0,98
	26-30 yaş	108	57,70±7,47	
	31 ve üzeri	95	57,63±8,04	
Eğitim düzeyi	8 yıl ve altı	225	57,03±7,23	p<0,03
	9 yıl ve üzeri	90	59,02±7,51	
Çalışma durumu	Evet	47	59,57±7,41	p>0,08
	Hayır	268	57,36±7,33	
Evlilik süresi	10 yıl ve altı	250	57,82±7,05	p>0,12
	11 yıl ve üzeri	65	57,20±8,54	
Evlence yaşı	16-20 yaş	139	57,08±6,94	p>0,48
	21-25 yaş	163	58,05±7,60	
	26-30 yaş	13	59,77±8,91	
Yaşayan çocuk	1	108	58,07 ± 7,39	p>0,71
	2	125	57,29 ± 6,49	
	3 ve üzeri	82	57,60 ± 8,52	
Planlı gebelik	Evet	286	57,91 ± 7,38	p>0,10
	Hayır	29	55,55 ± 7,07	
Gebelik döneminde sağlık sorunu yaşama	Evet	62	57,08 ± 7,82	p<0,03
	Hayır	253	57,85 ± 7,27	
Doğum şekli	Normal doğum	262	57,94 ± 7,44	p<0,04
	Sezaryen	53	55,79 ± 7,54	
Doğumda girişim	Evet	276	57,89±7,19	p>0,42
	Hayır	39	55,71±7,99	
Doğum sürecinde eş/refakatçi varlığı	Evet	183	57,30±7,58	p<0,05
	Hayır	132	56,64±6,95	

F: ANOVA testi, z: Mann Whitney U testi, kk: Kruskal Wallis Varyans Analizi.

Tablo 4: Katılımcıların CityBiTS ve Erken Lohusalık Sürecinde KAEDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=315)

Tanısal Kriterler	%	n	Ort. ± ss	P	
Tüm travma kriterlerini karşılayan	Hayır	88,2	278	58,50±7,37	p>0,24
	Evet	11,6	37	52,26±6,75	
En az bir veya daha fazla travma belirtisi olan	Hayır	11,1	35	57,26 ± 6,75	p>0,55
	Evet	88,9	280	57,75 ± 7,46	
[A] Stresör Kriteri	Hayır	55,2	174	58,88±7,50	p<0,001
	Evet	44,8	141	56,23±6,97	
[B] Semptomları yeniden yaşamak	Hayır	43,8	138	58,63±7,12	p<0,05
	Evet	56,2	177	56,13±7,60	
[C] Kaçınma belirtileri	Hayır	63,8	201	58,58±7,12	p<0,005
	Evet	36,2	114	56,13±7,60	
[D] Negatif bilişler ve duygudurum	Hayır	53,7	169	58,49±7,34	p<0,04
	Evet	46,3	146	56,77±7,34	
[E] Aşırı uyarılmışlık	Hayır	48,9	154	58,52±6,95	p<0,05
	Evet	51,1	161	59,90±7,70	
[F] Devam süresi- (Belirtileri en az 1 ay devam eden)	Hayır	57,1	180	57,83±7,29	p>0,70
	Evet	42,9	135	57,50±7,51	
[G] Distress ve bozulma	Hayır	50,5	159	58,97±7,41	p<0,002
	Evet	49,5	156	56,38±7,14	

z: Mann Whitney U testi, t: Bağımsız Gruplar için t-Testi

Katılımcılardan %11,6'sının (n=37) Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı (DSM) V'e göre tüm travma

kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir. Katılımcılardan stresör kriterlerini karşılayanların (56,23±6,97), semptomları yeniden yaşayanların (56,13±7,60), kaçınma belirtileri gösterenlerin (56,13±7,60), negatif bilişler ve duygudurum haline sahip katılımcıların (56,77±7,34), aşırı uyarılmışlık yaşayanların (59,90±7,70) daha düşük düzeyde eş desteği algıladıkları belirlenmiştir (p<0,05) (Tablo 4).

4. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü, doğum sonu özellikle ilk bir yıl içinde maternal mortalitenin dolaylı nedeni olarak psikiyatrik bozuklukların altını çizmektedir.

Bu çalışmada CityBiTS puan ortalaması 25±3,81 (Min-Max: 0-68) olarak bulunmuştur ve kadınların doğum sonrası 6. ayda %11,7'sinin (n=37) DSM V'e göre tüm travma kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir. Boorman ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise kadınların %14,3'ünün DSM IV'e göre tüm travmatik doğum kriterlerini karşıladığı belirtilmiştir. Ayers ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında doğum sonrası 4-6. haftada %11,9 ve 6. ayda %9,2, Schepper ve arkadaşlarının (2016) doğum sonu 6. haftada %13-20, kadının tüm travma kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. Ertekin ve arkadaşlarının (2017) doğum sonu 3. ayda kadınların posttravmatik stres bozukluğu puan ortalamaları 11.10±15.52 (Min-Max: 0-68) olarak belirlenmiştir. Birbirinden oldukça farklı kültürlerde ve zamanlarda yapılmış olmasına rağmen; kadınlarda doğum olayının travmatik olarak algılanması düşündürücüdür.

Katılımcıların doğum sürecinde yapılan girişimlerle City Doğum Travması Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Bizim çalışmamızla paralellik gösteren Yıldız ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında obstetrik girişimler ile travma sonrası stres arasında bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmanın aksine bazı çalışmalarda, doğumda yapılan obstetrik girişimlerin travma sonrası stres belirti düzeyi gelişiminde etkili olduğu bildirilmiştir (Ayers, 2007; Ford ve ark., 2009; Schepper ve ark., 2016). Bu farklılığın sebebi, yapılan müdahalelerin farklı olmasından ya da girişim yapılmadan önce kadına girişimin açıklanmasından kaynaklanıyor olabilir. İlaveten kadının girişimleri algılamasını sağlayan kültürel özelliklerden de kaynaklanıyor olabilir.

Doğum süreci/sonrası yardıma ve desteğe gereksinim duyulan, duyarlılığın arttığı oldukça önemli bir dönemdir. Bu çalışmada doğum sonrası travma stres düzeyi arttıkça algılanan eş desteği düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Literatürde de sosyal desteğin doğum sonu travmatik yanıtları azalttığı bildirilmektedir (Ford ve Ayers., 2009; İşbir ve ark., 2014; Yıldız ve ark., 2017). Bu bağlamda doğum travmatik olarak algılansa bile, eş desteği bu algıyı olumlu yönde değiştirebilir.

Doğum sonu dönemde ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda çalışmamıza uyumlu olarak eş desteği puan ortalaması 65,75±14 ile 56.45±20 arasında değişmektedir (Mermer ve ark., 2010; Timur ve ark., 2010; Bingöl ve ark., 2007; Ertekin ve ark., 2017). Yine benzer çalışmalarda kadınların

eğitim düzeyi yükseldikçe algıladıkları eş desteği puanı da artmaktadır (Okanlı A. ve ark., 2003; Mermer ve ark., 2010; Çelik ve ark., 2014; Elsenbruch ve ark., 2007; Bingöl ve ark., 2007). Bu durum bireylerde farkındalığın artması ve eşlerin birbirini daha iyi anlamasıyla bağlantılı olabilir. İlaveten bu çalışmada doğum esnasında eş desteği alan kadınların postpartum dönemde de eş desteği algısı daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bu tespit önceki çalışmalarla uyumludur (Güngör., 2004; Timur ve ark., 2010). Doğum esnasındaki eşten alınan destek doğum sonrasında da etkisini devam ettirmektedir.

Yapılan çalışmalarla uyumlu olarak sezaryen girişiminin CityBiTS puanlarını artırdığı belirlenmiştir (Srkalovic ve ark., 2017; Furuta ve ark., 2016). Bu nedenle antenatal dönemde anne ve bebeğin hayati riski söz konusu olduğunda sezaryen doğumun kaçınılmaz olduğu bilgisinin paylaşımı önem kazanmaktadır. Bu paylaşım, gebe kadının sezaryeni zihninde normalleştirmesini sağlayacaktır.

5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma doğumdan 6 ay sonra kontrolleri için başvuran kadınlar ile sınırlıdır. Postpartum TSSB'nin belirleyicilerinden biri olan cinsel/fiziksel istismar öyküsü kapsamlı bir şekilde değerlendirilememiştir. Ayrıca kadınların öz bildirimine dayalı olması, araştırmanın önemli bir sınırlılığıdır.

6. SONUÇ

Çalışmamızda City doğum travma ölçeği puan ortalaması arttıkça eş desteği ölçeği puanı azalmaktadır. Dolayısıyla kadına eşi tarafından verilen destek, travma sonrası stres belirti düzeyini düşürmektedir. Çalışmaya katılan katılımcılardan sezaryen ile doğum yapan, tedavi ile gebelik sağlanan ve eş desteğini daha düşük algılayan kadınların travma sonrası stres belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; olumsuz doğum deneyimine sahip kadınların doğum deneyimlerini yeniden anlamlandırmalarına destek olunmalı, travma sonrası stres belirtileri açısından yüksek risk taşıyan kadınlar için uygun yönlendirme yapılmalı, travmatik doğumları önleyebilmek amacıyla doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde kadına destekleyici bakım sunulmalı, doğum sonu dönemde annelerin fiziksel, duygusal ve psikososyal ihtiyaçları belirlenerek destek olunmalı ve yetersiz yönlerini geliştirmeye yardım edilmeli, gebelik ve doğum sonu sürecinde izlemlere eşlerin de katılımı desteklenmeli, sağlık çalışanları babaları desteklerinin önemi konusunda bilgilendirmeli ve eğitimler vermelidir.

KAYNAKLAR

[1] Aksakallı M, Çapık A, Apay, ES, Pasinlioğlu T, Bayram S. Lohusaların Destek İhtiyaçlarının ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012; 3(3):129-135.

[2] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text Revision American Psychiatric Publishing. 2000.

[3] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. 5th ed. 2013.

[4] Ayers S. Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study birth issues in perinatal care, 2007;34(3):253-263.

[5] Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie-Mcharg K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth, *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;4:1465-1858.

[6] Bingöl T, Tel H. Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri ile Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007;10(3):1-6.

[7] Çelik SA, Türkoğlu N, Pasinlioğlu T. Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(3):151-157.

[8] Elmır R, Virginia S, Lesley W, Jackson D. Women's percetions and experiences of a traumatic birth: A metaethnography. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66:2142-2153.

[9] Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt M.K. Social support during pregnancy: Effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod*. 2007;22(3):869-877.

[10] Ertekin PŞ, Polat Ş. Postpartum dönemde algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres ve anne bebek bağlılığı ile ilişkisi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Dergisi*. 2019;12(3):448-456.

[11] Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009;23:260-268.

[12] Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. Predictors of birth-related post-traumatic stress symptoms: secondary analysis of a cohort study. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19:987-999.

[13] İşbir GG, İnci F, Bektaş M, Yıldız P, Ayers S. Risk factors associated with posttraumatic stress symptoms following childbirth in Turkey. *Midwifery*. 2016;41:96-103.

[14] Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010;1(2):71-76.

[15] Okanlı A, Tortumluoglu G, Kırpınar I. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4:98105.

[16] Schepper SD, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E, Care P. Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*. 2016;32:87-92.

[17] Stramrood CA, Slade PA. Woman Afraid of Becoming Pregnant Again: Posttraumatic Stress Disorder Following Childbirth. *Paarlberg. Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*, 2017;33-47.

[18] Srkalović IA, Begić D, Šimičević L, Bajić Ž. Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth—a Croatian longitudinal study. *Women Birth*, 2017;30:e17-e23.

[19] Timur Ş, Şahin HN. Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2010;12(1):29-40.

- [20] Yıldız DP, Ayers S, Phillips L. Factors Associated with post-traumatic stress symptoms 4-6 weeks and 6 months after birth: A longitudinal population based-study. *Journal of Affective Disorders*, 2017;221: 238-245.
- [21] Yıldız DP, Ayers S, Phillips L. Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of Affective Disorders*. 2018;229:377-385.

How to cite this article: Işık M, Demirgöz Bal M. Doğum sonrası dönemde eş desteğinin travma sonrası stres belirti düzeyine etkisi. *Journal of Health Sciences and Management*, 2022; 2: 27-32. DOI: 10.29228/JOHESAM.11

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 tanımlı 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 biliniyorken, 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 ışık = düşük risk	Sarı ışık = orta risk	Kırmızı ışık = 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 eklemde şişmesi Ayakta duramama / Ekstremitelerde 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 dozuyla örtüşür.

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, Merrill 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