

Ebeveynlerin Ateş ve Febril Konvülziyon Hakkındaki Tutum ve İnanışları

Gülfer AKÇA¹, Ünal AKÇA^{2,a}, Burcu ÇALIŞKAN³¹Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye²Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Nöroloji Bilim Dalı, Samsun, Türkiye³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

ÖZ

Amaç: Ateş tek başına çocuklarda febril konvülziyon gibi nadir görülen ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu çalışmanın amacı, ebeveynlerin ateş, febril konvülziyon ve tedavisine yönelik bilgi, inanç ve davranışlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Aralık 2021-Mart 2022 tarihleri arasında çocuk acil ünitesine febril konvülziyon nedeniyle başvurmış 377 çocuğun ebeveynleri dahil edildi. Katılımcılara sosyoekonomik durum, eğitim düzeyleri, ateşli durumlarda uyguladıkları yöntemler, febril konvülziyon hakkındaki kaygıları ve birlikte seyredebileceğini düşündükleri hastalıklar hakkında çoktan seçmeli sorulardan oluşan anket uygulandı ve analiz edildi.

Bulgular: Ebeveynlerin %80,9'u anne, %35,8'i ilköğretim ve altı, %25,5'i üniversite mezunu idi. Ateş düşürücü tercihi, ateşi düşürmek için ilk yapılanlar, ateşli durumda ilk akla gelen hastalıklar, kaç derecenin ateş kabul edildiği eğitim durumuyla değişmemektedir (p >0,05). Eğitimin artmasıyla kiloya göre ilaç dozu verme (p =0,001), infrared cihaz kullanımı (p =0,02) ve alından ateş ölçme (p <0,01) artmaktadır. Ateş durumunda ebeveynler en sık tonsillit, grip ve diş çıkarmayı düşünmektedirler.

Febril konvülziyonu en sık gözlerde sabit bakış, kasılma ve ağızdan köpük gelme olarak tariflemekte ve sonunda zeka geriliği olacağını düşünmektedirler.

Sonuç: Katılımcıların febril konvülziyon hakkındaki bilgi düzeyi belirgin düşük, kaygıları ise yüksektir. Hasta yakınlarının sağlık çalışanları tarafından eğitimi faydalı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Ateş, Ateş Fobisi, Ebeveyn, Febril Konvülziyon.

ABSTRACT

Attitudes and Beliefs of Parents Regarding Fever and Febrile Seizures

Objective: Fever alone can lead to rare serious complications in children, such as febrile seizures. The aim of this study is to assess the knowledge, beliefs, and behavior of parents toward fever and its management.

Material and Method: Parents of 377 children who were admitted to the pediatric emergency unit due to febrile convulsions between December 2021 and March 2022 were included in the study. A survey consist of multiple-choice questions applied to participants about their socioeconomic status, education level, the methods they used in cases of fever, their concerns about febrile convulsions, and the diseases they thought could accompany them.

Results: Of 80,9% the parents were mothers, 35,8% were primary school graduates, and 25,5% were university graduates. The choice of antipyretic, what is done first to reduce fever, the first diseases that come to mind in case of fever, and what temperature accepted as fever do not change with the education level (p >0,05). Dosing according to weight (p =0,001), infrared device use (p =0,02) and forehead temperature measurement (p <0,001) increase with high education level. Parents most often think of tonsillitis, flu and teething with fever. They most commonly describe febrile convulsions as a fixed gaze in the eyes, spasms and foaming at the mouth, and they think that it will eventually result in mental retardation.

Conclusion: Knowledge level of the participants about febrile convulsions is markedly low and their anxiety is high. Parents' education by healthcare professionals will be beneficial.

Keywords: Fever, Fever Fobia, Parent, Febrile Seizures.

Bu makale atıfta nasıl kullanılır: Akça G, Akça Ü, Çalışkan B. Ebeveynlerin Ateş ve Febril Konvülziyon Hakkındaki Tutum ve İnanışları. Fırat Tıp Dergisi 2024; 29(1): 34-40.

How to cite this article: Akca G, Akca U, Çalışkan B. Attitudes and Beliefs of Parents Regarding Fever and Febrile Seizures. Fırat Med J 2024; 29(1): 34-40.

ORCID IDs: G.A. 0000-0002-7139-3521, Ü.A. 0000-0001-5480-1805, B.Ç. 0000-0001-8022-8862.

Çocukluk çağında sıklıkla gördüğümüz ateş; hastalık değil hastalığın bir belirtisidir ve acil servis başvurusunun en yaygın sebeplerinden biridir (1). Klinik olarak normal ortalama standart vücut sıcaklığının 1°C veya daha fazla yükselmesidir (2). Mikroorganizmalara veya pirojenlere karşı gelişen adaptif bir cevaptır. Febril konvülziyon (FK) ise çocukluk yaş grubunda en sık

görülen akut nörolojik olaydır (3). Üç ay- 5 yaş arasında merkezi sinir sistemi enfeksiyonu, metabolik bozukluk, elektrolit dengesizliği, zehirlenme gibi tanımlanmış bir neden ve öncesinde ateşsiz nöbet öyküsü olmadan ateşle birlikte ortaya çıkan nöbetlerdir (4). Hastalığın insidansı%2-5'tir. Çocukların nörolojik gelişimleri normaldir ve beyinde yapısal-gelişimsel anomali yoktur (5).

^aYazışma Adresi: Ünal AKÇA, Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Nöroloji Bilim Dalı, Samsun, Türkiye

Tel: 0362 313 0055

Geliş Tarihi/Received: 12.10.2022

e-mail: drunalakca@gmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 10.01.2023

Ateş, tek başına çocuklarda FK gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmesine rağmen, evde farmakolojik olmayan veya farmakolojik (reçetesiz) ilaçlarla tedavi edilebilen kendi kendine yönetilebilir bir durum olarak kabul edilir (6). Vakaların büyük çoğunluğunda ateş zararlı değildir. Uluslararası sağlık kuruluşlarının yayınladıkları kılavuzlar ateş yönetiminin tek amacının vücut sıcaklığının düşürülmesinden ziyade çocuğun rahatsızlığını gidermeye ve altta yatan nedenin araştırılmasına yönelik olması gerektiğini belirtir (7-9). Ayrıca antipiretiklerin kullanımının ateşli nöbetleri önlemediğine dair açık kanıtlar vardır (10). Uzmanların bu ortak görüşünün aksine ateş ebeveynlerin önemli bir endişesi olmaya devam etmektedir. Ailelerin ateşle ilgili temelsiz korkularını ve yanlışlarını tanımlamak için ateş fobisi terimi 40 yıl önce yayınlanırsa da günümüzde agresif ateş düşürme çabaları ve potansiyel zararlı müdahaleler devam etmektedir (11, 12). FK ise ailelerde büyük bir korku ve paniğe neden olur ve çoğu aile özellikle ilk kez karşılaşıyorsa, çocuğunun öleceğini düşünür. FK'nın tekrarladığı çocuklarda ebeveynlerin haftalarca uyku bozuklukları veya başka fonksiyonel rahatsızlıklardan yakındıkları bildirilmiştir (13).

Bu çalışma, sosyokültürel anlamda farklı özellikte hastaların tanı ve tedavisinin yapıldığı geniş bir bölgeye hizmet veren acil servise febril konvülsiyon nedeni ile getirilen hastaların ailelerinin ateş ve FK ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve anketten elde edilen sonuçlarla ebeveyn eğitiminin planlanması, uygulanması amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu kesitsel çalışma, 01 Aralık 2021-31 Mart 2022 tarihleri arasında FK nedeniyle çocuk acil servise başvuru ilk müdahalesi yapılan hastaların ebeveynleri ile yüz yüze anket yöntemiyle yapıldı. Katılımcılara, anketin başlangıç kısmında bulunan bir bölümde araştırmanın amacı, anketin süresi, araştırmacıların kimliği ve verilerin nasıl saklanacağı hakkında bilgi verildi. Yazılı bilgilendirilmiş onam, katılımcılar anketi tamamlamadan önce alındı. Anket, ilgili literatür taramasına dayalı olarak geliştirildi ve önce 10 ebeveyn üzerinde test edildi, ardından doğruluk ve netlik için ayarlandı. On dakikada tamamlanan, yüz yüze uygulanan anketin birinci bölümünde ailelerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili, ikinci bölümünde ebeveynlerin ateşe yaklaşımı ve ateşli havale ilgili sorular yer aldı. Üçüncü bölümde ise ebeveyn daha önce ateşli havale geçiren çocuğu varsa ilaç başlanıp başlanmadığı ve takip durumu soruldu.

Tüm ebeveynlere görüşme sonunda FK hakkında bilgi verildi ve FK'nın yineleyebileceği, yinelemesi durumunda yapılması gerekenler ve alınması gereken önlemlerle ilgili olarak eğitim verildi.

İstatistiksel İncelemeler: Çalışmanın verileri IBM SPSS Statistics 21 ile değerlendirildi. Kategorik veriler

frekans ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, ortanca (q1-q3) olarak sunuldu. Verilerin dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ve grafiklerle değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Çalışma yürütülmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı (2019/564).

BULGULAR

Çalışmaya katılan 377 ebeveynin %80,9'u anne, %35,8'i ilköğretim ve altı, %25,5'i üniversite ve üzeri eğitim mezunu, %59,9'unun gelir seviyesi 5000 TL'nin altına idi. FK geçiren çocukların %58,6'sı erkek, yaş ortalaması $32.65 \pm 15,83$ ay, median 30 aydı. Anne yaşı ortalaması $31,17 \pm 5,38$ yıld (minimum: 21, maksimum 48, median 30 yaş). Ebeveynlerin %54,4'ü ev hanımı, %22'si memur, %82,5'i şehir merkezinde yaşıyordu. Katılımcıların sosyodemografik bulguları tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik bulguları.

	n	%
1. Yakınlık derecesi		
Anne	305	80,9
Baba	72	19,1
2. Çocuğun cinsiyeti		
Kız	156	41,4
Erkek	221	58,6
3. Eğitim durumu		
Okur yazar değil	6	1,6
Okur yazar	14	3,7
İlköğretim	115	30,5
Lise	146	38,7
Üniversite ve üzeri	96	25,5
4. Meslek		
Ev hanımı	205	54,4
Memur	83	22,0
Serbest meslek	77	20,4
Diğer	12	3,2
5. Çocuk sayısı		
1	76	20,2
2	172	45,6
3	97	25,7
>4	32	8,5
6. Nerede yaşadığı		
Şehir merkezi	311	82,5
Kırsal	66	17,5
7. Gelir durumu		
<1.000 TL	23	6,1
1.000-2.000 TL	52	13,8
2.000-5.000 TL	147	39,0
5.000-10.000 TL	129	34,2
>10.000 TL	26	6,9
8. Ev nüfusu		
2-4 kişi	218	57,8
5-6 kişi	137	36,3
>7 kişi	22	5,8

Ebeveynlerin %44,3'ünün ateşi alındı, %41,6'sının koltuk altından ölçtüğü, en sık kullanılan ölçüm aracının dijital ve infrared cihazlar olduğu öğrenildi. Kaç

dereceyi ateş olarak nitelendirdikleri sorulduğunda hastaların yarısı 38°C cevabını vermiştir. Katılımcıların %48'i ateş anında ilk olarak çocuklarının giysilerini çıkarttıklarını, %26,8' i ise ateş düşürücü verdiklerini belirttiler. Periferik soğutma yaygın olarak uygulanırken, %44,6'sı tüm vücut soğutması ve doğru uygulama olarak %48,8'i ılık su kullanıyordu. Ateş fobisi değerlendirmek ve hastalık öngörülerini için yöneltilen sorularda ateşli durumda ilk akla gelen hastalıklar bademcik iltihabı ve grip gibi üst solunum yolu enfeksiyonları idi. Düşmeyen ateşte ailelerin %91,5'i çocuklarının havale geçireceğini, %31'i beyin hasarı kalacağını, %9'u ise öleceğini düşünmüşlerdir. Ateş düşürücü tercihlerinde katılımcıların %84,6'sı doza dikkat ederken, %43,2'si kiloya göre doz ayarlaması yaptığını, %68,2'si doktorun önerdiği ilacı kullandıklarını belirttiler. En sık tercih edilen ateş düşürücü ibuprofen ve parasetamolün oral formuydu. Tablo 2'de katılımcıların ateş hakkında bilgi, tutum ve düşünceleri detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 2. Ebeveynlerin ateş hakkında bilgi, tutum ve düşünceleri.

	n	%
1. Ateşin nereden ölçüldüğü		
Alın	167	44,3
Koltuk altı	157	41,6
Elle	42	11,1
Ağız	5	1,3
Makat	2	0,5
Bilmiyor	4	1,1
2. Ateş ölçüm aracı		
Dijital ateş ölçer	157	41,6
İnfrared cihaz	119	31,6
Civalı ateş ölçer	23	6,1
Bilmiyor	6	1,6
Ateş ölçer yok	72	19,1
3. Kaç derece sıcaklığa ateş dendiği		
35°C	2	0,5
36°C	2	0,5
37°C	46	12,2
37,5°C	45	11,9
37,8°C	10	2,7
38°C	194	51,5
38,5°C	22	5,8
39°C	49	13,0
39,5°C	2	0,5
40°C	5	1,3
4. Ateş hakkındaki bilgilerin nereden edindiği		
Doktor, hemşire	235	62,3
Aileden kulaktan dolma	118	31,3
Gazete, TV, radyo	24	6,4
5. Ateş sırasında ilk yapılan		
Giysileri çıkarma	181	48,0
Ateş düşürücü verme	101	26,8
Periferik soğutma	75	19,9
Doktora götürme	20	5,3
6. Periferik soğutmanın nereden yapıldığı		
Tüm vücut	168	44,6
Koltuk altı	94	24,9
Baş	72	19,1
El yüz yıkama	41	10,9
Gövde	2	0,5
7. Periferik soğutmayı ne ile yaptığı		
Ilık su	184	48,8
Duş	120	31,8
Soğuk su	45	11,9
Kolonya/sirkeli su	28	7,4
8. Düşmeyen ateşte yapılan		

	Hemen doktora götürmek	265	70,3
	Beklemek	109	28,9
	Diğer	3	0,8
9. Ateşli durumda ilk akla gelen hastalıklar			
	Bademcik iltihabı	131	34,7
	Grip	114	30,2
	Diş çıkarma	77	20,4
	Zatürre	8	2,1
	İdrar yolu enfeksiyonu	4	1,1
	Menenjit	18	4,3
	Diğer	25	6,6
10.* Ateş düşmediğinde neler olabileceği *			
	Havale	345	91,5
	Beyin hasarı	79	21,0
	Ölüm	34	9,0
	Menenjit	82	21,8
	Çocuk felci	28	7,4
	Hastalık şiddeti artar	94	24,9
	Beyin kanaması	16	4,2
	Felç	36	9,5
	Solunum durması	6	1,6
	Kısırlık	5	1,3
	Hiçbir şey olmaz	5	1,3
11. Ateş düşürücü tercihi			
	İbuprofen	183	48,5
	Parasetamol	171	45,4
	Fital uygulaması	23	6,1
12. Doza dikkat edilmesi			
	Evet	319	84,6
	Hayır	58	15,4
13. Dozun nasıl ayarlandığı			
	Kiloya göre	163	43,2
	Reçeteye göre	86	22,8
	Yaşa göre	72	19,1
	Ateş yüksekliğine göre	56	14,9
14. İlacın nereden temin edildiği			
	Dr. Reçetesi ile eczaneden	258	68,2
	Eczaneden direkt	120	31,8

*Sorulara birden fazla yanıt verilebilmiştir.

FK durumundaki inanışlar ve tutumlar sorgulandığında en sık kasılma ve titreme, gözlerde sabit noktaya bakma ve ağzından köpük gelmesi olarak nitelendirdikleri görüldü. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%64,7) çocuklarında zeka geriliği kalacağını düşünmekte idi. Çocukların %66,8'inde FK'nın tekrarladığı ve %24,1'ine antinöbet ilaç veya profilaksi aldıkları saptandı ve bunların %51,6'sına çocuk nörologları tedavi başlanmıştı. Ateşli havale hakkında bilgi, inanç ve tutumlar tablo3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Ateşli havaledeki inanışlar ve tutumlar.

	n	%
1.* Ateşli havalede ne gözlenebileceği*		
Kasılma/titreme	228	60,5
Gözlerde sabit bakma	179	47,5
Ağızdan köpük gelmesi	159	42,2
Şuur kaybı	123	32,6
Morarma	67	17,8
Bağırma/çığlık atma	18	47,7
Nefes alamama	22	5,8
Hafıza kaybı	11	2,9
El ayak soğuması	12	3,2
Halüsinasyon	12	3,2
İdrar ve gaita kaçırma	24	6,4
Kusma	3	0,8
2.* Havale sonunda neler olabileceği*		
Zekâ geriliği	244	64,7
Görme sorunu	82	21,8
İşitme sorunu	72	19,1
Ölüm	37	9,8
Menenjit	111	29,4
Konuşma bozukluğu	91	24,1
Epilepsi/ sara	64	17,0
Kalp hasarı	3	0,8
Hafıza kaybı	5	1,3
Davranış bozukluğu	50	13,3
Kısırlık	4	1,1
3. Daha önce nöbet geçirdiği		
Evet	125	33,2
Hayır	252	66,8
4. FK esnasında ilk ne yaptığı		
Suya sokma	70	18,6
Ağızına elini sokma	63	16,7
Paniğe kapılma	27	7,2
Ateş düşürücü verme	14	3,7
5. Hangi doktor tarafından ilaç başlandı	91	
Aile hekimi	7	7,7
Pediatrist	25	27,5
Çocuk nöroloji	47	51,6
Diğer	12	13,2
6. Kaçınıcı havaleden sonra ilaç başlandı	85	
1.	27	31,8
2.	26	30,6
>3.	32	37,6

Eğitim durumunun artması ile ateşin nereden ölçüldüğü, ateş durumunda ilk akla gelen hastalıklar, düşmeyen ateşte ilk yapılanlar, parasetamol veya ibuprofen kullanımı, kaç derecenin ateş kabul edildiği ve ilaç dozuna dikkat etme alışkanlığı arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,005$). Dört ve üzeri çocuk sahibi olma, civalı termometre kullanımı, direk elle ateş ölçme, oral ateş düşürücüler haricinde fitil uygulama, nöbet esnasında panik yapma, reçetesiz eczaneden ateş düşürücü alma, ilacın dozunu ateşin şiddetine göre ayarlama alışkanlığı eğitim seviyesinin artmasıyla azalmaktadır.

Çocuğun cinsiyetine göre değerlendirildiğinde erkek çocukları nöbet geçirdiğinde ebeveynlerin daha çok paniğe kapıldıkları, düşmeyen ateşte evde izlenmek yerine hemen doktora götürdükleri ve kızlara oranla 2 kat daha fazla fitil uyguladıkları görülmüştür. Ağızdan ve makattan ölçüm yapılan 7 hastanın tümü erkektir.

Anne ve babalar karşılaştırıldıklarında çok çocuk sahibi olan ailelerde acile annelerin daha çok başvurduğu izlenmiştir ($p = 0,006$). Annelerin babalara oranla daha fazla civalı termometre kullandıkları, ilacın dozunu

ateş yüksekliğine göre ayarladıkları, eczaneden reçetesiz ilaç temin ettikleri görülürken, babaların daha fazla fitil uyguladıkları, sadece el yüz yıkayarak periferik soğutma yaptıkları saptanmıştır. Annelerin ateş ve febril konvülsiyona yaklaşım hakkında bilgileri doktor ve hemşirelerden alırken, babaların daha çok kulaktan dolma bilgileri edindikleri izlenmiştir ($p = 0,002$). Çalışma sonucunda istatistiksel anlamlılık saptanan durum ve alışkanlıklar tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Ateş ve febril konvülsiyon durumunda gözlenen tutum ve davranışların anne baba olma durumu, çocuğun cinsiyeti ve eğitim durumuyla ilişkisi.

	Aile	Cinsiyet	Eğitim
	p değeri		
Alın haricinde ateşin nereden ölçüldüğü	0,395	<0,001	0,043
Çok çocuk sahibi olmak	0,006	0,332	<0,001
Ölçüm aracı olarak civalı ateş ölçer kullanmak	0,007	0,216	<0,001
Bilginin doktor veya hemşireden alınması	0,002	0,120	<0,001
Ateş düşürücü olarak fitil tercih etmek	0,002	0,193	0,001
Düşmeyen ateşte hemen doktora götürme	0,191	0,005	0,003
Periferik soğutma olarak sadece el yüz yıkama	<0,001	0,070	0,002
Fitil uygulama alışkanlığı	0,002	<0,001	<0,001
İlacın dozuna dikkat etmek	0,154	0,385	0,160
İlacın dozunu ateşi yüksekliğine göre ayarlamak	<0,001	0,078	<0,001
Ateş düşürücüyü reçetesiz eczaneden almak	<0,001	0,412	<0,001
Nöbet esnasında paniğe kapılma	0,437	0,033	<0,001

TARTIŞMA

Ateş, çocuk doktorları ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından yönetilen en yaygın klinik semptomlardan biridir (12). Ancak ateş birincil hastalık değil, enfeksiyonla mücadelede faydalı etkileri olan fizyolojik bir mekanizmadır. Ateşin derecesi her zaman hastalığın ciddiyeti ile ilişkili değildir. Ateşlerin çoğu kısa sürelidir, iyi huyludur ve aslında konağı koruyabilir (14). Veriler, ateşte bağışıklık sisteminin belirli bileşenleri üzerinde yararlı etkiler göstermektedir ve sınırlı veriler, ateşin çocuklarda rahatsızlığa neden olabilmesine rağmen, ateşin aslında vücudun viral enfeksiyonlardan daha hızlı iyileşmesine yardımcı olduğunu ortaya koymuştur (15). Acil müdahale edilmesi gereken vücut sıcaklığının 41°C ve üzeri olduğu hipertemi durumu haricinde, ateşi olan çocukların beyin hasarı gibi olumsuz sonuçlar açısından yüksek risk altında olduğuna dair bir kanıt yoktur (16).

Vücut savunmasında belirgin bir öneme sahip olan ateşin tanımı, yaşa uygun ölçüm teknikleri ve normal değerler, evde uygulanacak takip yöntemleri belirli kılavuzlar dahilinde tanımlanmıştır. Kılavuzlar 0-5 yaş arası ağızdan ve makattan ölçümü önermezken, aksiller bölgeden dijital ve infra-red cihazlarla ölçümü desteklemektedirler (7, 8). Alın ölçümleri evde uygulanabilirken hastanelerde sağlık profesyonellerince bu ölçümün kullanılmaması önerilmiştir (7). Üç ayın altındaki ateşin her durumda acil olduğu, bu yaşın üzerinde taşikardi, solunum değişikliği, dehidratasyon veya genel durum kötülüğü geliştiğinde ciddi hastalık düşünülmesi

gerektiği belirtilmiştir (9). Hastalarımızın büyük çoğunluğu dijital cihazlarla ölçüm yaparken, çoğunlukla alından ve aksiller ölçüm yapıldığı dikkati çekmiştir. Ailelerin eğitim durumu arttıkça yanlış ölçüm teknikleri ve yerlerinin düzeldiği, özellikle üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde evde ateşi izleme hemen doktora götürme alışkanlığının azaldığı saptanmıştır. Çalışmamızda saptanan erkek çocukları ateşlendiğinde hemen acil servise başvurma, erkek çocuklara kızlara oranla daha fazla fitil uygulamasının yapılması, makattan kızların değil sadece erkek çocuklarının ateşinin ölçülmesi gibi davranışlarının eğitim seviyesinin düşük olduğu ve kırsalda yaşayan ailelerde olduğu görülmüştür.

Pek çok ebeveyn, ateşi çok az olmasına veya hiç olmamasına rağmen ateş düşürücü ilaçlar verir (17). Ateşin kendisinin bir hastalığın seyrini kötüleştirdiğine veya uzun süreli nörolojik komplikasyonlara neden olduğuna dair bir kanıt yoktur (18). Bu nedenle, ateşli çocuğu tedavi etmenin birincil amacı, vücut sıcaklığının normalleşmesine odaklanmak yerine çocuğun genel konforunu iyileştirmek olmalıdır (9). Dozlamanın yaş veya ateş yüksekliğinden ziyade ağırlığa dayalı olması gerekmektedir (8). Periferik soğutma ile birlikte ateş düşürmenin etkinliği artmaktadır (19). Soğuk su veya hızlı şok şeklindeki duşlar, ılık süngerler, gerektiğinden az ve çok giydirilme önerilmez (20). Sanılanın aksine alkol, sirke gibi sıvıların beraberinde kullanılması, ciddi cilt reaksiyonları ve rebound ateş yükselmesine sebebiyet verebilir (21). Ateş düşürücü tedaviye ilişkin ebeveyn ve hekimlerin görüşleri arasında bazı farklılıklar olsa da ebeveynler ve bakıcılar için ateş yönetimi konusunda birincil bilgi kaynağı hekimler ve hemşirelerdir (22). Çocuk doktorları tarafından ateş düşürücü tedaviye başlamak için en yaygın endikasyonlar, 38,3°C'den daha yüksek bir sıcaklık ve çocuğun genel konforunu iyileştirmektir (9). Fakat pediatriklerin sadece %13'ü bu düşüncelerini aileye özellikle bildirirler, bu niyet sadece tavsiyelerde kalır (23). Sık olarak kullanılan ve doktorların önerisi olan kombine veya dönüşümlü ilaç kullanımının etkinliği tartışmalıdır ve toksik durumlara neden olabilir (24). Ateş düşürücülerin ateşli nöbetleri önlemede etkisiz olduğu unutulmamalıdır. Ateş düşürücü tedavi, ebeveynler tarafından yaygın bir uygulama olarak kalacaktır ve genellikle çocuk doktorları tarafından teşvik edilir ve desteklenir. Bu nedenle, çocuk doktorları ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, ebeveynlere ve diğer bakıcılara ateş ve ateş düşürücülerin kullanımı konusunda uygun danışmanlık vermekten sorumludur.

Ateşin özellikle 3 ay-5yaş aralığında en korkulan ve en sık görülen yan etkisi febril konvülsiyonlardır (3). FK sağlık çalışanları için sık karşılaşılan benign bir klinik tablo olsa da ilk defa şahit olan hasta yakınları için çok

ürkütücü olabilir (25). Yapılan birçok çalışma ebeveynlerin FK hakkında bilgilerinin zayıf olduğunu göstermiştir (26-28). Bizim çalışmamızda da nöbet esnasında çocuğu soğuk suya sokma, ağzına elini sokarak dişlerini açmaya çalışmak, sarsmak gibi yanlış uygulamaların yapıldığı görülmüştür. Bu uygulamaları yapan ailelerin bilgi kaynakları sağlık çalışanları ve etraftan duydukları idi. Aileler korku ve panik halinde çocuğa yardımcı olmak adına daha tehlikeli bir duruma sebebiyet vermektedirler. Sağlık çalışanlarının müdahaleler konusunda doğru bilgilendirilmesi ve bu bilgilerin de ailelere anlayabilecekleri şekilde kesin ve tereddütsüz şekilde aktarılması gerektiğine inanıyoruz. Bizim çalışmamızda nöbet esnasında paniğe kapılma davranışı eğitim seviyesinin artmasıyla azalmaktadır. Erkek çocuklarının nöbet geçirmesinde daha çok paniğe kapılma yine eğitim düşüklüğü ile ataerkil toplumlarda sık görülmektedir (29).

Febril konvülsiyon sonunda ailelerin çocuklarının beyinde hasar kalacağı, epilepsi hastası olacakları veya felç geçirecekleri gibi kulaktan duyma yanlış bilgiler tüm dünyada yaygın olarak görülmektedir (25, 26). Ateş fobisinin altında yatan en büyük neden de budur. Yüksek tekrarlama riski dışında FK'ların uzun vadeli nörolojik veya gelişimsel kötü etkileri tespit edilmemiştir (30). Bu hastalarda epilepsi gelişme riski son derece düşüktür, ancak genel popülasyondakinden biraz daha yüksektir (31). Bununla birlikte, hiçbir veri, basit ateşli nöbetleri olan çocukların profilaktik tedavisinin riski azaltacağını önermemektedir, çünkü epilepsi tekrarlayan basit ateşli nöbetlerin neden olduğu beyinde yapısal hasardan ziyade genetik yatkınlığın sonucudur (32). FK sırasında ebeveynlerin nasıl müdahale edebileceği, FK sonrasında kendilerini, çocuklarını nelerin beklediğini bilmek aileleri daha güvende hissettirecektir.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Bulguların tüm toplumu yansıtmaması, ateş ile acil servise başvuran hastalar ile FK geçiren ailelerin karşılaştırılmasının yapılamaması çalışmamızın zayıf yanlarıdır. Çok merkezli ve karşılaştırmalı planlanan bir çalışma daha güvenilir ve kapsamlı sonuçlar verebilir.

Sonuç

Uluslararası sağlık kuruluşları ateşin tespiti, evde yönetimi, hastane ihtiyacının ne zaman olacağı, ateşli nöbetlerin tanımı, nöbet esnasında ilk yapılabilecek müdahaleler ve ateş fobisini azaltacak kılavuzlar hazırlasalar dahi, bu kaynaklar konuyla ilgili sağlık profesyonellerinin haricinde muhatap bulamamaktadır. Yüksek ateş ve FK sırasında yapılması gerekenleri anlatmak ve uygun yaklaşımlarla ateşe bağlı sekelleri azaltmak, ailelere bu konularda yeterli eğitimin verilmesi ile mümkün olacaktır. Bu konuda sağlık personeline önemli görevler düşmektedir.

KAYNAKLAR

- Pitoli PJ, Duarte BK, Fragoso AA, Damaceno DG, Marin MJS. Fever in children: parents' search for urgent and emergency services. *Cien Saude Colet* 2021; 26: 445-54.
- Kelly M, Sahn LJ, Shiely F, O'Sullivan R, McGillicuddy A, McCarthy S. Parental knowledge, attitudes and beliefs regarding fever in children: an interview study. *BMC Public Health* 2016; 16: 540.
- Sawires R, Buttery J, Fahey M. A Review of Febrile Seizures: Recent Advances in Understanding of Febrile Seizure Pathophysiology and Commonly Implicated Viral Triggers. *Front Pediatr* 2022; 9: 801321.
- Smith DK, Sadler KP, Benedum M. Febrile Seizures: Risks, Evaluation, and Prognosis. *Am Fam Physician* 2019; 99: 445-50.
- Canpolat M, Per H, Gumus H, Elmali F, Kumandas S. Investigating the prevalence of febrile convulsion in Kayseri, Turkey: An assessment of the risk factors for recurrence of febrile convulsion and for development of epilepsy. *Seizure* 2018; 55: 36-47.
- Lemay V, Fere, B. Chapter 6: Fever. In *Handbook of Nonprescription Drugs: An Interactive Approach to Self-Care*, 19th ed, Krinsky D, Ed.; American Pharmacists Association: Washington, DC, USA 2017.
- National Institute for Health and Care Excellence. *Fever in Under 5s: Assessment and Initial Management*. (NICE Guideline 143). London: National Institute for Health and Care Excellence, 2019.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Feverish Illness in Children-Assessment and Initial Management in Children Younger than 5 Years*. 2013.
- Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics* 2011; 12: 580-7.
- Rosenbloom E. Do antipyretics prevent the recurrence of febrile seizures in children? A systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. *Eur J Paediatr Neurol* 2013; 17: 585-8.
- Schmitt, B.D. Fever phobia: Misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child* 1980; 134: 176-81
- Clericetti CM, Milani GP, Bianchetti MG et al. Systematic review finds that fever phobia is a worldwide issue among caregivers and healthcare providers. *Acta Paediatr* 2019; 108: 1393-7.
- O'Neill-Murphy K, Liebman M, Barnsteiner JH. Fever education: does it reduce parent fever anxiety? *Pediatr Emerg Care* 2000; 17: 47-51
- Nizet V, Vinci RJ, Lovejoy FH. Fever in children. *Pediatr Rev* 1994; 15: 127-35.
- Marcy SM, Kohl KS, Dagan R et al. Fever as an adverse event following immunization: case definition and guidelines of data collection, analysis, and presentation. *Vaccine* 2004; 22: 551-6.
- El-Radhi AS. Fever management: Evidence vs current practice. *World J Clin Pediatr* 2012; 1: 29-33.
- Bilenko N, Tessler H, Okbe R, Press J, Gorodischer R. Determinants of antipyretic misuse in children up to 5 years of age: a cross-sectional study. *Clin Ther* 2006; 28: 783-93.
- MacMahon D, Brabyn C, Dalziel SR, McKinlay CJ, Tan E. Fever phobia in caregivers presenting to New Zealand emergency departments. *Emerg Med Australas* 2021; 33: 1074-81.
- Meremikwu M, Oyo-Ita A. Physical methods for treating fever in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2003: CD004264.
- Villarejo-Rodríguez MG, Rodríguez-Martín B. Parental Approach to the Management of Childhood Fever: Differences between Health Professional and Non-Health Professional Parents. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 4014.
- Araz N. Ç. Ailelerin Ateşli Çocuğa Yaklaşımı: Bilgi, Tutum ve Uygulamaları. *Türkiye Çocuk Hast Derg* 2013; 7: 27-32.
- Al Arifi MN, Alwhaibi A. Assessment of Saudi Parents' Beliefs and Behaviors towards Management of Child Fever in Saudi Arabia-A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 5217.
- Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensher J. Alternating antipyretics: is this an alternative?. *Pediatrics*. 2000; 105: 1009-12.
- Kamel F, Magadmi R, AbuOuf NM et al. Knowledge, Attitude, and Practice of Paracetamol and Ibuprofen Administration Among Caregivers of the Pediatric Age Group in Jeddah. *Cureus* 2021;13: e12460.
- Hakizimana Mbbs MMed O, Kalimba Mbbs MMed E, Arnold Md L, Cartledge MBChB P. The assessment of parents' knowledge, attitudes and concerns about febrile seizures in children at tertiary hospitals in Rwanda-a descriptive study. *J Trop Pediatr* 2021; 67: fma003.
- Öz Tunçer G, Akkoç DC, Albayrak P, Kutluk MG, Teber S, Deda G. Febril Konvülsiyon Hakkında Hasta Yakınlarının Bilgi, Kaygı ve Düşünceleri. *Türkiye Çocuk Hast Derg* 2021; 15: 19-23.
- Kolahi AA, Tahmoorezadeh S. First febrile convulsions: inquiry about the knowledge, attitudes and concerns of the patients' mothers. *Eur J Pediatr* 2009; 168: 167-71.
- Sajadi M, Khosravi S. Mothers' Experiences about Febrile Convulsions in Their Children: A Qualitative Study. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2017; 5: 284-91
- Alateeq MM, Albader BO, Al-Howti SY, Alshar-youfi M, Abdullah JB. Parent's knowledge and practice in home management of fever in their children in Riyadh, Saudi Arabia. *J Fam Med Prim Care* 2018; 7: 1012-8.

30. Yau MM, Hon KL, Cheng CF. Febrile seizures in children: a condensed update. *Hong Kong Med J* 2019; 25: 499-500.
31. Smith DK, Sadler KP, Benedum M. Febrile Seizures: Risks, Evaluation, and Prognosis. *Am Fam Physician* 2019; 99: 445-450.
32. Mewasingh LD, Chin RFM, Scott RC. Current understanding of febrile seizures and their long-term outcomes. *Dev Med Child Neurol* 2020; 62: 1245-9.