



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 3 AY - 6 YAŞ ARASI
ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN ATEŞ YÖNETİMİ VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Dr. Merve ÇİÇEK ŞAHİN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda ÖZER

ADANA-2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi,deneyim ve teşvikleriyle bu süreci anlamlı ve öğretici kılan,nezaketi ve anlayışıyla her adımda yanımda olduğunu hissettiren saygıdeğer hocam Dr.Öğr.Üyesi Zeliha Yelda ÖZER'e,

Eğitimim süresince bilgi birikimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum,destekleriyle mesleki gelişimime büyük katkı sağlayan saygıdeğer hocalarım Prof.Dr.Esra SAATÇI, Prof.Dr.Ersin AKPINAR, Prof.Dr.Sevgi ÖZCAN, Prof.Dr.Hatice KURDAK, Dr.Öğr.Üyesi Ayşe Nur TOPUZ ve Öğr.Gör.Dr.Saliha BARUTÇU'ya, Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum,bu süreci daha anlamlı hale getiren değerli asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca arkamda duran,sevgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme;fedakarlıkları,duası ve her zaman güç veren şefkati için annem Miyase ÇİÇEK'e,emeği,sabrı ve beni her zaman yüreklendiren güveni için babam Mehmet ÇİÇEK'e,sevgileriyle her daim yanımda olup destek oldukları için abim Mahmut ÇİÇEK'e ve kardeşim Enes ÇİÇEK'e,

Ve en özel teşekkürüm,hayat yolculuğumun en kıymetli hediyesi olan;sabırlı,anlayışlı ve sakin duruşuyla en yorulduğum dönemlerde bana güç olan,desteğiyle cesaretimi tazeleyen,yönlendirmeleriyle çalışmamın niteliğine değer katan ve sevgisiyle bu süreci kolay kılan,varlığıyla hayatımı güzelleştiren,yollarımı çiçeklendiren biricik yol arkadaşım Musa ŞAHİN'e,

Bu yolculukta emeği,katkısı ve güzel dilekleri olan herkese,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	v
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
1. GİRİŞ	9
2. GENEL BİLGİLER	11
2.1. Ateş	11
2.1.1.Çocukluk Çağı Ateşi	11
2.1.2. Ateş Fizyopatolojisi	12
2.1.3. Ateş Nedenleri.....	14
2.1.4. Bulaşıcı Hastalıklar	15
2.1.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	16
2.1.6. Çocukluk Çağındaki Ateşin Yönetilmesi.....	16
2.1.6.1. Sağlık Profesyonellerinin Yaklaşımı	16
2.1.6.2. Ebeveynlerde Yaklaşım	17
2.1.7. Ateşin Olumlu Etkileri	18
2.1.8. Ateşin Olumsuz Etkileri.....	19
2.2. Febril Konvülsiyon.....	20
2.2.1. Tanım	20
2.2.2. Epidemiyoloji.....	20
2.2.3. FK Etiyolojisi	21
2.2.4. FK Hakkında İnanışlar	22
2.3. Siberkondri	22
2.3.1.Tanım	22
2.3.2. Tarihçe	24
2.3.3. Sağlık Bilgisi Arama Davranışı	25
2.3.4. Sağlık Kaygısı ve Siberkondri	26
3. MATERYAL METOT	27

3.1. Çalışmanın Deseni	27
3.2. Çalışmanın Evreni	27
3.3. Çalışmanın Örneklemi	28
3.4. Veri Toplama Araçları	29
3.4.1. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Türkiye Versiyonu (PFMS-TR)	29
3.4.2. Siberkondri Şiddet Ölçeği Kısa Formu	30
3.4.3. Ebeveynler/Bakım Vericiler için Febril Konvülsiyon Ölçeği	31
3.5. İstatistiksel Analiz	31
3.6. Çalışmanın Etik Kurul İzni	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	54
5.1. Ebeveynlerin çocuklarda ateş yönetimi konusundaki bilgi ve uygulamaları nelerdir?	54
5.2. Ateş yönetimi davranışları hangi sosyodemografik faktörlerle ilişkilidir?	56
5.3. Ebeveynlerin çocuklardaki febril konvülsiyon hakkındaki bilgi düzeyi nedir? ...	57
5.4. EASM' ye başvuran ebeveynlerin siberkondri düzeyleri nasıldır?	58
5.5. Ebeveynlerde siberkondri düzeyi ile ateş yönetimi davranışları arasında bir ilişki var mıdır?	58
5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri	60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	62
7. KAYNAKLAR	63

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Ölçüm Bölgesine Göre Normal Vücut Sıcaklığı	12
Tablo 2. Ateş Etiyolojisi	14
Tablo 3. Bedensel Belirti Bozuklukları (DSM- V'e göre)	23
Tablo 4. Hastalık Kaygısı Bozuklukları (DSM-V'e göre)	24
Tablo 5. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu Alt Maddeleri.....	30
Tablo 6. Çalışma Grubuna Alınan Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	34
Tablo 7. Çalışma Grubuna Alınan Ebeveynlerin Meslek Hayatı.....	35
Tablo 8. Ebeveynlerin Ateş Hakkındaki Bilgi, İnanç ve Davranışları.....	37
Tablo 9. Ebeveynlerin Ateş Durumunda Hekime Başvuru Durumları	38
Tablo 10. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Bulguları Tablosu	39
Tablo 11. Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeğine İlişkin Bulgular Tablosu.....	40
Tablo 12. FKÖ' ye verilen cevapların dağılımı	42
Tablo 13. EAYÖ, FKÖ ve SCÖ puanlarının mesleklere göre karşılaştırılması.....	44
Tablo 14. Meslek Gruplarına Göre Siberkondri Ciddiyet Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması	46
Tablo 15. Ölçekleri Etkileyen Kesikli Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	49
Tablo 16. Ölçeklerle birlikte Tüm Sürekli Değişkenlerin Karşılaştırması	51
Tablo 17. EAYÖ' yü Etkileyen Faktörler Lineer Regresyon Modellemesi.....	52
Tablo 18. EAYÖ' yü Etkileyen Faktörler Final Modeli	53

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Normal, Ateş ve Hipertermi Durumlarında Vücut Sıcaklığı ve Hipotalamik Set Pointin Durumu.....	13
Şekil 2. Sağlık Bilgisi Arama Davranışı ve Siberkondri Döngüsü.....	26
Şekil 3. Mesleklere göre EAYÖ puanları	45
Şekil 4. Mesleklere göre FKÖ puanları	45



KISALTMALAR LİSTESİ

FK	:Febril Konvulsiyon
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
EASM	:Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
İYE	:İdrar yolu enfeksiyonu
PFAPA	:Periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenit
FKÖ	:Ebeveynler/Bakım Vericiler için Febril Konvulsiyon Ölçeği
PFMS-TR	:Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Ölçeğinin Türkçe versiyonu
CSS-12	:Siberkondri şiddet ölçeğinin kısa formu
ILAE	:International League Against Epilepsy
NIH	:National Institutes of Health (Ulusal Sağlık Enstitüleri)
EAYÖ	:Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeği

ÖZET

Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 3 Ay 6 Yaş Arası Çocuğu Olan Ebeveynlerin Ateş Yönetimi Ve İlişkili Faktörler

Amaç: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi' ne başvuran ebeveynlerin sosyodemografi, febril konvülsiyon bilgisi ve siberkondri durumları değerlendirilerek, birinci basamak başvurularının önemli kısmını oluşturan ateş yönetimini etkileyen faktörler bu tezde açıklanmaya çalışıldı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. OpenEpi aracı kullanılarak örneklem büyüklüğü, 247 olarak hesaplandı. Sosyodemografik anket, Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği, Ebeveynler/Bakım Vericiler için Febril Konvülsiyon Ölçeği ve Siberkondri şiddet ölçeğinin kısa formu kullanıldı. Analizler için SPSS 22.0 kullanıldı. P değeri 0,05' in altında anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen 265 ebeveyn dir. Katılımcıların %57,4' ü kadındı. Çocuğu ateşlendiğinde ASM'ye götürenlerde acile başvuru oranı daha düşüktü ($p<0,001$). ASM'ye götürmeyen ebeveynlerin %37,2'sinin çocuk doktoruna başvurduğu, ASM'ye götüren ebeveynlerde de yine %31,7 oranla çocuk doktoru seçeneğinin seçildiği gösterildi ($p=0,401$). Siberkondria Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) Toplam Puan ortalaması 28,73; Febril Konvülsiyon Ölçeği ortalaması 24,4 ve Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği ortalaması 31,1' di. SCÖ ile EAYÖ puanları arasında pozitif yönde ($r=0,148$; $p<0,05$); SCÖ ile FKÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0,278$; $p<0,01$) bulundu. EAYÖ ile FKÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r=-0,264$; $p<0,01$) saptandı. Lineer Regresyon Modeli, varyansın yaklaşık %10'unu açıkladı ($p<0,001$). FKÖ'de bir birim azalma EAYÖ' ni 0,229 birim ve gelir durumunun iyi olması, EAYÖ' yü 1,649 birim azalttı (($p<0,001$). Siberkondri düzeyi ateş yönetiminde etkili değildi ($p>0,05$)

Sonuç: FK bilgisi ve gelir durumu iyi bir ebeveyn ateş yönetimi oluştururken; siberkondrinin herhangi bir etkisi saptanmamıştır.

Anahtar Sözcükler: Aile hekimliği, çocuk, ateş, ebeveynler, FK, siberkondri

ABSTRACT

Fever Management and Related Factors Among Parents of Children Aged 3 Months to 6 Years Attending Çukurova University Education Family Health Center

Aim: This thesis aims to explain the factors affecting fever management, which constitutes a significant portion of primary care visits by evaluating the sociodemographic characteristics, knowledge of febrile convulsions, and cyberchondria status of parents attending the Education Family Health Center.

Materials and Methods: It is a cross-sectional, descriptive study. The sample size was calculated as 247 using the Epi Info software. The study included 265 parents. A sociodemographic questionnaire, the Parent Fever Management Scale (PFMS-TR), the Febrile Convulsion Knowledge Scale for Parents/Caregivers, and the short form of the Cyberchondria Severity Scale (CSS-12) were used. SPSS 22.0 was used for the analyses. A p-value below 0.05 was considered statistically significant.

Results: A total of 265 parents were included in the study. 57.4% of participants were female. The rate of emergency room visits was lower among those who took their child to the EASM when they had a fever ($p<0.001$). It was shown that 37.2% of parents who did not take their child to the EASM consulted a pediatrician, while 31.7% of parents who took their child to the EASM also chose the pediatrician option ($p=0.401$). The mean total score on the Cyberchondria Severity Scale (CSS-12) was 28.73; the mean score on the Febrile Seizure Scale was 24.4; and the mean score on the Parent Fever Management Scale- TR was 31.1. A positive correlation ($r=0.148$; $p<0.05$) was found between CSS-12 and PFMS-TR scores; a negative correlation ($r=-0.278$; $p<0.01$) was found between CSS-12 and FSS scores. A negative significant relationship was found between the PFMS-TR and the FSS ($r=-0.264$; $p<0.01$). The Linear Regression Model explained approximately 10% of the variance ($p<0.001$). A one-unit decrease in FSS reduced PFMS-TR by 0.229 units, and a good income status reduced PFMS-TR by 1.649 units ($p<0.001$). Cyberchondria level was not effective in fever management ($p>0.05$).

Conclusion: Knowledge of febrile convulsions and income status are important factors in establishing good parental fire management; no effect of cyberchondria has been detected.

Keywords: Family medicine, child, fever, parents, febrile convulsion, cyberchondria

1. GİRİŞ

Ateş semptomu, ebeveynlerin çocuklarını acil servise götürmelerinin en yaygın nedenlerinden biridir. Ülkemiz dışında yapılan bir çalışmada çocukluk döneminde görülen ateşli hastalıkların, acil servis başvurularının %22'sini ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların %39'unu oluşturduğu gözlemlenmektedir.¹ Ülkemizde yapılan çalışmalar tek başına ateşin, acil servise başvuru nedenleri olarak, tüm başvuruların %30' unu oluşturduğunu göstermektedir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna 1 yıl boyunca yapılan tüm başvuruları kapsayan bir başka çalışmada; tüm yıl değerlendirildiğinde başvuruların %23'nün, kış mevsimindeki başvurular değerlendirildiğinde ise %34'nün ateş semptomu nedeniyle olduğu gözlenmiştir.^{2,3} Bu durum, çocuk sağlığı bakımında ateşin önemini ve doğru yönetimin gerekliliğini ortaya koyan önemli bir bulgudur.

Yapılan araştırmalarda ateşli bir çocuğun ebeveynlerini en çok korkutan durumun Febril Konvülsiyon (FK) olduğu gösterilmiştir. ^{2,3} Büyük ölçüde fizyolojik bir tepki olarak kabul edilen FK'nin ve henüz olgunlaşmasını tamamlamamış beyin fizyolojisinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir.⁴ Ateş semptomu sözkonusu olduğunda ailelerin endişeleri artmaktadır ve FK konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıklarında yanlış uygulamalar meydana gelmektedir. ^{5,6} Çalışmalar, FK geçiren çocukların ebeveynlerinin, çocuklarının öleceği endişesine kapıldıklarını göstermektedir. ³

Ateş konusundaki tutumların oluşmasında FK'nin etkisi yadsınamaz bir gerçektir ve bu durum hem ebeveynleri hem de sağlık çalışanlarını olumsuz etkilemektedir. Öz Tuncer ve arkadaşlarının 2017 yılında Ankara'da 600 katılımcı ile yaptıkları çalışmalarında, ebeveynlerin FK hakkındaki bilgi düzeyi ölçülmüştür. Çalışmaya katılanların %63,6'sı FK'yi bildiğini beyan etmiş ancak yalnızca %16,8'i doğru tanıımı yapabilmiştir. Bu sonuçlar, ateş ve FK hakkında ebeveynlerin bilgi düzeyinin sınırlı olduğunu ve eğitim ihtiyacının önemini göstermektedir. ⁷ Ebeveynlerin çocuklarındaki ateş semptomu ile ilgili korkuları bilgi düzeylerinin yanı sıra eğitim, sosyoekonomik düzey, etnik gruplar, tecrübe edilen kronik hastalıklar veya çocuğun önceki FK öyküsünden de etkilenebilir.³ Ebeveynlerin ateş yönetimi ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır ancak sağlık sistemi üzerindeki yükü göz önüne alındığında her zaman çalışılmaya değer bir konu olarak güncelliğini korumaktadır.

Siberkondri, çeşitli alanlardaki sağlık kaygısının farklı bir dışavurumu olarak kabul edilmektedir.⁸ Bilgiye erişimin sorunlu olması, konunun uzmanlarına müracaat etmeme, yanlış teşhis ve tedaviler, hatalı reçeteler ve yanlış uygulamalar sonucunda istenmeyen etkilere yol açabilmektedir. Ayrıca kronik hastalığı olan bireyler veya çocuğa sahip ebeveynler söz konusu olduğunda, siberkondri ve sağlık kaygısı seviyeleri topluma göre daha yüksek olabilir.⁹

Bu bilgiler ışığında; çalışmamızda Eğitim Aile Sağlığı Merkezine (EASM) 3 ay-6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin çocuklarındaki ateş semptomunu yönetimini etkileyen faktörlerin bir kısmı açıklanmaya çalışılacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ateş

2.1.1.Çocukluk Çağı Ateşi

Vücut sıcaklığının düzeni, ısı üretimi ve kaybı arasındaki denge ile sağlanmaktadır. Hipotalamik denge insan vücut sıcaklığı kontrol eder. Ön hipotalamus preoptik bölgede, üçüncü ventrikülün tabanında bulunan bu merkez periferik sıcak ve soğuk nöral reseptörlerden gelen sinyallerle vücut sıcaklığını kontrol eder. Vücut sıcaklığının hipotalamustaki sıcaklık ayar noktasının (setpoint) artışı normal değişimlerin üzerine çıkacak şekilde yükselmesi ateş olarak tanımlanır.¹⁰

Çocuklarda ateş; genellikle vücut sıcaklığının normal sınırların üzerine çıkmasıyla tanımlanır ve bu sınır, ölçüm yöntemine ve vücut bölgesine göre farklılık gösterebilir. Ortalama normal vücut sıcaklığı 37°C olarak kabul edilmekle birlikte, ölçümün yapıldığı bölgeye bağlı olarak değişkenlik gösterebilir.^{11,12} Vücut ısısı rektal, oral, timpanik, aksiller ya da alın bölgesinden ölçülebilir. Oral yoldan yapılan ölçümlerde 38°C ve üzeri değerler ateş olarak değerlendirilirken, koltuk altı ölçümlerinde 37,5 °C ve üzeri, rektal ölçümlerde ise 38°C ve üzeri değerler ateş varlığını düşündürmektedir.¹¹⁻¹⁴ Bu nedenle, çocuğun yaşına ve seçilen ölçüm yöntemine göre ateşin tanımlanması farklılık gösterebilir. Ayrıca, vücut sıcaklığının 40–41,1 °C ve üzerine çıkması durumu "çok yüksek ateş" olarak tanımlanmakta olup, bu tablo genellikle acil tıbbi değerlendirme ve müdahale gerektirir.^{15,16}

Vücut sıcaklığı, gün içinde çeşitli fizyolojik faktörlerin etkisiyle sirkadiyen ritme bağlı olarak değişiklik gösterir; sabah saatlerinde en düşük düzeydeyken, akşamın erken saatlerinde en yüksek seviyelere ulaşır ve genellikle 36,6°C ile 37,9°C arasında seyreder.¹⁷ Ateş ise bu doğal sıcaklık dalgalanmalarının ötesinde, patolojik bir uyarana yanıt olarak vücut sıcaklığının normal sirkadiyen sınırların üzerine çıkmasıyla ortaya çıkar.

Vücut sıcaklığı, çevresel koşulların yanı sıra giyilen giysi miktarı gibi çeşitli dış faktörlerden de etkilenebilir. Normal çevre sıcaklıklarında, termoregülatuar merkez vücut sıcaklığını sabit tutabilirken, çevre ısısındaki artış vücudun ısıyı dağıtma kapasitesini azaltarak vücut sıcaklığında yükselmeye yol açabilir.¹¹ Bu durum, “hipertermi” olarak adlandırılır ve sıklıkla ebeveynler tarafından ateşle karıştırılmaktadır. Oysa hipertermi,

ateşten farklı olarak genellikle enfeksiyon kaynaklı değildir; daha çok çevresel ısıya aşırı maruziyet, termoregülasyon bozuklukları veya bazı ilaçların yan etkileri sonucu ortaya çıkar.

Vücut sıcaklığı, ölçüm yapılan bölgeye göre farklılık göstermekle birlikte, belirli sınırlar içinde değerlendirilmektedir (**Tablo 1**). Bu değerlerin üzerine çıkılması ateş olarak tanımlanırken, ateşin derecesine göre sınıflandırılması da klinik açıdan önem taşır. Genel olarak, vücut sıcaklığının 38,5°C'nin altında olması hafif ateş, 38,5-38,9 °C aralığında olması ise orta derece ateş olarak sınıflandırılır. Sıcaklık 39°C'nin üzerine çıktığında yüksek ateşten söz edilirken, 40–41,1°C ve üzerindeki değerler “çok yüksek ateş” olarak değerlendirilir ve bu durum acil tıbbi müdahale gerektirebilir.^{15,16}

Tablo 1. Ölçüm Bölgesine Göre Normal Vücut Sıcaklığı

Ölçüm Bölgesi	Normal Sıcaklık Aralığı (°C)
Rektal	36,6 – 38,0
Oral	35,5 – 37,5
Aksiller (koltuk altı)	36,5 – 37,5
Timpanik (kulak)	35,8 – 37,8

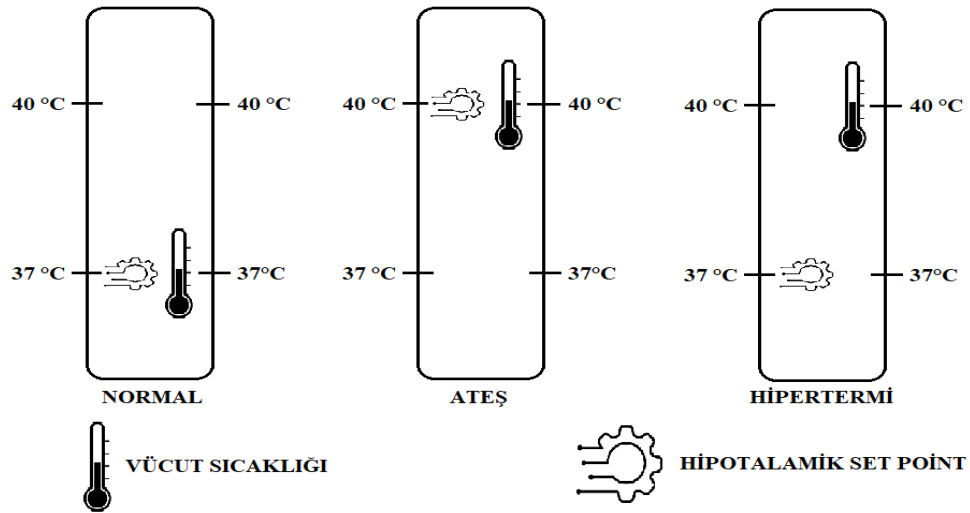
2.1.2. Ateş Fizyopatolojisi

Ateş, özellikle ebeveynler için ciddi bir kaygı unsuru olsa da, enfeksiyonlarla savaşta ve vücudun iyileşme mekanizmasında olumlu bir işlev üstlenmektedir. İyileşme süreci üzerindeki önemli etkisi bilinmektedir. Ateşin vücut üzerindeki etkilerini ve nasıl bir mekanizmayla çalıştığını kavramak, ebeveynlerin çocuklarındaki ateşle ilgili kaygılarını kontrol edebilmelerini sağlayabilir. Yükselen vücut sıcaklığı, bakterilerin normal vücut ısısında çoğalmasını engelleyerek bağışıklık sisteminin enfeksiyonlara karşı daha etkili mücadele etmesine katkı sağlar.¹⁸

Birçok bakteri ve mantar, enfeksiyonu tetikleyen sitokin adı verilen küçük proteinlerin salgılanmasına yol açar. Ateşin ortaya çıkmasına, genellikle pirojen adı verilen ve ateş yanıtını başlatan bu kimyasal maddeler neden olur. Bu mekanizma

yalnızca enfeksiyonlarda değil; kanser, otoimmün hastalıklar ve diğer iltihabi süreçlerde de devreye girmektedir.

Vücut sıcaklığı, genellikle ortalama 37°C civarında sabit tutulur ve bu değere "hipotalamik eşik değeri" ya da "set-point" adı verilir. Vücut ısısının kontrolü, anterior hipotalamustaki preoptik bölgede bulunan ısıya duyarlı (termosensitif) sinir hücreleri tarafından sağlanmaktadır.¹⁹ Hipotalamus, vücut ısısını düzenlerken, deri üzerindeki sıcaklık ve soğukluk reseptörlerinden gelen sinyalleri içeren periferik sinir uyarılarını değerlendirir ve aynı zamanda dolaşımdaki kanın sıcaklığını analiz ederek bu bilgileri bütüncül bir şekilde dengelemektedir (**Şekil 1**).²⁰ Ateş oluştuğunda, cilt ve omurilikteki termoreseptörler aracılığıyla anterior hipotalamusa sinyaller iletilir. Bu bölgede, vücut ısısını düzenleyen özel sinir hücreleri yer alır.



Şekil 1. Normal, Ateş ve Hipertermi Durumlarında Vücut Sıcaklığı ve Hipotalamik Set Pointin Durumu

Ateş başlamadan önce, hipotalamus set-point değerini yukarıya çıkararak vücudu bu yeni duruma hazırlar. Ardından, periferik damarlarda daralma (vazokonstriksiyon) gerçekleşir ve titreme oluşur. Bu titreme, vücut ısısını artırarak yeni belirlenen eşik değere ulaşmayı sağlar. Normal şartlarda, vücut sıcaklığının 37°C civarında sabit kalması bu mekanizma sayesinde sağlanır. Ancak ateş sırasında, hipotalamusun belirlediği ayar noktasının yükselmesi nedeniyle vücut ısısı da artar.²¹ Bu düzenleme süreci, anterior hipotalamusta yer alan preoptik bölgedeki ısıya duyarlı nöronlar aracılığıyla

gerçekleştirilir. Ciltte ve kaslarda yer alan sıcaklık reseptörleri ile kandaki ısı düzeyleri, vücut sıcaklığının algılanmasını sağlar. Termoregülasyon sisteminin bir yanıtı olarak ise terleme miktarında artış ya da azalma meydana gelir, hücre dışı sıvı dengelenir ve bireyler, çevresel sıcaklığa göre daha serin ya da daha sıcak alanlara yönelme gibi davranışsal tepkiler gösterebilirler.¹⁷

2.1.3. Ateş Nedenleri

Ateşin nedenleri oldukça çeşitlidir ve genellikle dört temel grupta incelenebilir: enfeksiyöz, inflamatuvar, neoplastik ve diğer etkenler.²² Bu gruplandırma, Tablo 2'de detaylı biçimde sunulmuştur.^{17,22-24} Ateş, hem enfeksiyon kaynaklı hem de enfeksiyon dışı pek çok sebebe bağlı olarak gelişebilir.²⁵ Vücutta ısı dengesinin bozulması, bazı sistemik hastalıkların bir parçası olarak da görülebilmektedir.

Tablo 2. Ateş Etiyolojisi

Kategori	Açıklama
Enfeksiyon kaynaklı etkenler	Bakteri, virüs, parazit ve mantarların neden olduğu enfeksiyonlar (örn. akut bakteriyel menenjit, ensefalit vb.)
Romatolojik hastalıkları	Sistemik Lupus Eritematozus(SLE), Poliarteritis Nodosa(PAN),Akut Romatizmal Ateş(ARA), FMF, Kawasaki hastalığı, Juvenil Romatoid Artrit (JRA),
Malign neoplazmlar	Lösemi, solid tümörler, Hodgkin hastalığı
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	Miyokard enfarktüsü (MI), tromboemboli
Gastrointestinal hastalıklar	İnflamatuvar bağırsak hastalıkları
İlaçlara bağlı nedenler	Penisilinler, barbitüratlar, metildopa, atropin, sefalosporinler, salisilatlar
Merkezi sinir sistemi hastalıkları	Beyin tümörleri, intrakraniyal kanamalar, ensefalitler
Metabolik bozukluklar	Addison hastalığı, hipertiroidizm
Hematolojik hastalıklar	Akut hemolitik hastalıklar

Etiyolojik açıdan değerlendirildiğinde, çocuklarda ateşin en yaygın nedenleri arasında genellikle kendiliğinden iyileşebilen basit viral enfeksiyonlar (örneğin soğuk algınlığı, viral gastroenterit) ile hafif seyirli bakteriyel enfeksiyonlar (örneğin otitis media, sinüzit, farenjit) yer almaktadır.¹⁷ Çocukluk çağındaki ateş vakalarının büyük bir kısmı viral ajanlara bağlı olarak gelişmektedir.²⁶ Ancak bazı durumlarda, ateş daha ciddi bir sağlık sorununun —örneğin invaziv ya da ciddi bakteriyel bir enfeksiyonun— ilk belirtisi olabilir. Daha nadir olarak inflamatuvar hastalıklar, maligniteler, endokrin bozukluklar ya da ilaç kullanımı gibi faktörler de ateşe yol açabilmektedir.¹⁷

Çocuklarda görülen ateş, çoğunlukla enfeksiyöz etkenlere işaret etse de, diğer medikal durumların da habercisi olabilir. Bu nedenle, çocukluk çağındaki ateşin olası nedenlerini doğru şekilde değerlendirmek, etkili bir tanı ve uygun tedavi yaklaşımı açısından oldukça önemlidir.

2.1.4. Bulaşıcı Hastalıklar

Çocukluk çağında görülen ateşin en yaygın nedenlerinden biri viral enfeksiyonlardır. İnfluenza, adenovirüsler ve solunum sinsityal virüsü gibi virüsler bu yaş grubunda sık ateş tablolarına yol açar. Viral enfeksiyonların sıklığı ve dağılımı, çocuğun yaşına ve yaşadığı coğrafi bölgeye göre farklılık gösterebilir. Örneğin tropikal iklimlerde yaşayan çocuklarda, dang humması ve sıtma gibi enfeksiyon hastalıkları ateşin yaygın nedenleri arasına girmektedir.^{27,28}

Ateşe yol açan bir diğer önemli etken grubu bakteriyel enfeksiyonlardır. Bu enfeksiyonlar genellikle tıbbi tedavi gerektirir. Özellikle ÜSYE (Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu), ASYE (Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu) ve İYE (İdrar Yolu Enfeksiyonu) çocuklarda ateşe neden olan başlıca bakteriyel hastalıklardır.^{29,30} Daha nadir fakat ciddi vakalarda menenjit, osteomyelit veya sepsis gibi bakteriyel hastalıklar da ateşin altında yatan neden olabilir.³⁰

Bazı coğrafi bölgelerde, özellikle enfeksiyonların endemik olduğu yerlerde yaşayan çocuklarda, paraziter hastalıklar nedeniyle ateş geliştirebilir. Sıtma ve tifo ateşi bu grupta en sık karşılaşılan hastalıklardandır ve bu enfeksiyonlar, endemik bölgelerde çocukluk çağı ateşlerinin önemli bir kısmını oluşturur.^{27,31}

2.1.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Daha az sıklıkla karşılaşılsa da, bazı bulaşıcı olmayan hastalıklar da ateşe yol açabilir. Otoimmün hastalıklar (örneğin sistemik lupus eritematozus) ve maligniteler gibi ciddi durumlar ateşle kendini gösterebilir. Bu tür olgular, daha ciddi bir tıbbi sorunun belirtisi olabileceği için ayrıntılı klinik değerlendirme gerektirir.^{32,33}

2.1.6. Çocukluk Çağındaki Ateşin Yönetilmesi

Ateş, çocuk hastalarda Acil Servis başvurularının en yaygın nedenlerinden biridir. Çocukluk dönemindeki ateşli hastalıklar, acil servis başvurularının %22'sini, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların ise %39'unu oluşturabilmektedir.³⁴ Ateşin kontrol altına alınması; çocuğun genel durumunun izlenmesi, düzenli vücut ısısı takibi, kıyafetlerin hafifletilmesi, yeterli sıvı desteği sağlanması ve gerektiğinde ateş düşürücü ilaçların kullanılması gibi hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan uygulamaları kapsamaktadır. Bu yaş grubunda ateşin etkili biçimde yönetilebilmesi için, sağlık çalışanları ile aileleri hedefleyen bütüncül yaklaşımlar gereklidir. Bu yaklaşımlar, bilinçli ilaç kullanımı ve zamanında sağlık kurumuna başvurma davranışının gelişmesini desteklemelidir.^{12,35} Ateşi olan çocukların tedavisinde akılcı ilaç kullanımı yalnızca semptomların hafifletilmesi amacıyla değil, aynı zamanda hatalı tedaviye bağlı komplikasyonların önlenmesi açısından da önem arz eder. Çocuklarda ateşin ortaya çıkış nedenlerinin anlaşılması, ebeveynlerin daha bilinçli ve doğru tedavi tercihlerinde bulunmasını kolaylaştırır.

2.1.6.1. Sağlık Profesyonellerinin Yaklaşımı

Ateşli yenidoğanlarda tam bir "sepsis tetkiki" (WBC sayımı, kan kültürü, idrar tahlili, idrar kültürü, lomber ponksiyon) yapılmalı, acil serviste antibiyotik tedavisi almalı ve hastaneye yatırılmalıdır. Genel durumu iyi olsa bile yenidoğanın mutlaka hastane ortamında takibi yapılmalıdır. Gerektiğinde suprapubik aspirasyon, lomber ponksiyon ya da idrar tahlilini de içerecek şekilde sepsis açısından değerlendirilmesinin yapılmalı ve tedavi ampirik olarak hemen başlanmalıdır.¹ Üç ile 36 aylık çocuklar için ateş yönetiminde idrar tahlili normalse ve lokalize bulguları yoksa ampirik antibiyotik tedavisine gerek yoktur.³⁶ Aileler bazen bu dönemde dış çıkarmayı ateş nedeni olarak

değerlendirebilir ancak dış çıkarma 38.5°C'yi geçen bir ateş nedeni olarak sıklıkla karşımıza çıkmamaktadır.¹⁹

Üç yaşından büyük çocuklarda, 3 yaşından öncesine göre öykü ve tıbbi muayene daha belirleyicidir. Bu dönemde belirtiler daha özellikli olmaktadır. Daha öncesinde sağlıklı olduğu bilinen, genel sağlık durumu iyi olan ve ateşi 39°C'nin altında seyreden çocukların düzenli takipleri yapılarak tedavisiz takip edilebileceği literatürde ifade edilmiştir.³⁷ Bu dönemde ebeveynlerden alınan anamneze ek olarak; ateş tespit edilen çocuklar ÜSYE, ASYE, İYE gibi hastalıklara eşlik eden belirtileri, kendileri biraz tanımlayabilmektedirler.³⁸ Genel durumun iyi olması çocukta bir bakteriyel enfeksiyon ihtimalini ortadan kaldırmaktadır.³⁹

2.1.6.2. Ebeveynlerde Yaklaşım

Çocuklarda ateş genellikle 38°C veya üzeri vücut sıcaklığı olarak tanımlanır. Ebeveynlerin ne zaman ve hangi durumlarda hekime başvurması gerektiğini bilmeleri de önemlidir.

Bunlar;

- Üç günden uzun süren ateş.
- Şiddetli baş ağrısı veya döküntü.
- Sürekli kusma veya diyare
- Çocuğu uyandırmada zorluk.
- Herhangi bir dehidratasyon belirtisi^{40,41}.

AAP ve NİCE kılavuzlarına göre ateşli çocuğun tedavisinde çocuğun konforunu takip etmek ve davranışlarını izlemek önemlidir. Özellikle alkolle vücudun silinmesi, cilt yoluyla toksik etkilere yol açabileceği için kesinlikle kaçınılmalıdır.⁴² Çocuğun yeterli sıvı aldığından emin olmak gereklidir. Bebek veya çocuk emziriliyorsa en uygun sıvı anne sütüdür. Ateş tedavisi için ılık bezle silme önerilmemektedir. Soğuk veya serin su titremeye neden olabilir ve çocuğun ateşini yükseltebilir. Ateşi olan çocuğun giysilerini hafifletmek ve odayı serinletmek yapılabilecek uygulamalardandır. Bu dönemde çocuğun yorulmamasına ve dinlenmesine dikkat edilmelidir.

2.1.7. Ateşin Olumlu Etkileri

Ateş, bağışıklık sistemini geniş ölçekte destekleyen bir alarm mekanizması olarak işlev görür. Bu durumun bir hastalık değil, enfeksiyonlara karşı gelişen önemli bir fizyolojik yanıt olduğu unutulmamalıdır. Çocuklarda bazı fiziksel rahatsızlıklara neden olabilse de, vücudun enfeksiyonları daha hızlı bir şekilde yenmesine katkıda bulunur.^{43,44}

Yüksek vücut sıcaklığının yararlı etkileri, çeşitli biyolojik mekanizmalar aracılığıyla ortaya çıkar. Enfeksiyon sürecinde gelişen ateş, doğuştan gelen bağışıklık sistemi ile merkezi ve periferik sinir sistemlerindeki nöral devreler arasında sıkı bir şekilde koordine edilen etkileşimi içerir. Ateş sırasında vücut sıcaklığında meydana gelen 1°C ile 4°C arasındaki artışın, iyileşme süreciyle ve birçok enfeksiyonun çözülmesiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁴⁵

Ateşin faydaları;

- Ateşin faydaları arasında, oluşumu sırasında üretilen pirojenik sitokinlerin enfekte dokularda bağışıklık yanıtını düzenleyici etkileri yer almaktadır.⁴⁶
- Ateş sırasında karaciğerde akut faz reaktanlarının üretimi artar. Ayrıca, nötrofil üretimi, T lenfositlerin proliferasyonu ve nötrofiller tarafından antibakteriyel maddelerin sentezi de belirgin şekilde yükselir.^{47,48}
- Ateş sırasında salınan sitokinlerin etkisiyle gelişen iştahsızlık, kana serbest glukoz geçişini azaltır; bu durum bakterilerin glukoz ihtiyacının karşılanamamasına yol açarak üremelerini olumsuz yönde etkiler.¹⁸
- Ateş sırasında serum demir düzeyleri azalırken ferritin düzeyleri artar; böylece yüksek sıcaklıkta demire olan ihtiyacı artan patojen mikroorganizmaların çoğalması baskılanır.⁴⁹
- Ateşle birlikte iştahın azalması, serumda serbest glukoz düzeylerinin düşmesine yol açar; bu durum, enerji kaynağı olarak glukozu ihtiyaç duyan mikroorganizmaların çoğalmasını olumsuz etkiler.⁴⁹

2.1.8. Ateşin Olumsuz Etkileri

Ateş semptomunun çocuklarda, nadir görülen durumlar olan febril nöbet ya da sıcak çarpması dışında beyin hasarına yol açtığı ve fiziksel olarak zarar verdiğine dair kanıtlar sınırlıdır.¹⁷

Ateş sadece ebeveynlerde değil sağlık çalışanlarında da kaygıya yol açmaktadır. Ancak ateş nedenleri bilindiği takdirde ve sıvı kaybı önlendiğinde bu kaygılar çoğunlukla yersizdir ve nadiren ciddi bir durum oluşturabilir. Aileleri en çok kaygılandıran ateşle beraber bir beyin hasarının gelişmesi durumu ya da FK'dir.¹⁹

Ateşin zararları;

- Çalışmalar yüksek ateşin istenmeyen bir durum olduğu, bağışıklık yanıtını kötüleştirdiği ve özellikle 42°C üzeri ateşin kalıcı nörolojik ya da cerebral zararlara yola açtığı şeklindedir.⁴⁸
- Hızlı ve birden yükselen ateşe bağlı, özellikle 39,5°C ve üzerinde bir ateş söz konusu olduğunda olmak üzere; hastada sıvı kaybı, taşikardi ve takipneye bağlı gelişen dehidratasyon zemininde asidoz oluşabilmektedir.^{50,51}
- Her 1°C sıcaklık yükselmesine bağlı olarak, kardiyak atım dakikada 10 atım artar.¹⁷ Yüksek ateş nedeniyle vücudun oksijene olan ihtiyacı %13, ihtiyaç duyulan kalori miktarı ise %10 artar. Bu gereksinimlerin sonucu olarak vücut enerji kaynağı olan proteini tükettiyse, yağ depolarını tüketir; eğer yağ depoları uzun süre kullanılırsa sonucunda metabolik asidoz gelişebilir.⁵² Sıvı ya da kalori açığı kanlanmasında sorun olan kalp, beyin gibi organlarda genel durumun kötüleşmesine yol açar. Bilişsel fonksiyonda kötüleşme, zihinsel değişiklikler ya da bilinç değişiklikleri geçici olarak oluşabilir.⁴⁹
- Süreğen bir kardiyak, solunumsal ya da metabolik hastalık varlığında, hastalığın kötüleşmesine ya da metabolik sorunların oluşmasına neden olabilir.⁵³

2.2. Febril Konvülsiyon

2.2.1. Tanım

Güncel tanımında Febril konvülsiyon, iki farklı şekilde tanımlanır. International League Against Epilepsy (İLAE) ve National Institutes of Health (NIH) febril konvülsiyonu şöyle tanımlar; alternatif sebepler olmaksızın (elektrolit bozuklukları, akut hipoglisemi gibi) ya da bir merkezi sinir sistemi infeksiyonu olmadan bir çocuk ya da bebek hastada çoğunlukla yüksek ateş ilintili (38°C ve üzeri ateş durumunda) meydana gelen ve genellikle tonik-klonik karakterli kasılmalarla seyreden nöbet çeşididir. İki organizasyonun tanımlamasında FK'nin sadece görülebileceği alt yaş grupları farklıdır ve bu da iki farklı tanımın ortaya çıkma nedenidir. İLAE'nin görüşü FK'nin bir aylık sonrası bebek ve çocukları kapsadığı şeklinde iken NIH bu alt sınırı üç ay olarak belirlemiş ve 3 ay- 6 yaş arası çocukların ateşle meydana gelen nöbetlerini kapsama almıştır.^{4,54} Febril nöbetler çocuk ve bebeklerde genellikle sık, iyi prognozlu ve belirli bir noktada sınırlı nöbetler şeklinde görülmektedir ve tanısı tanımından da anlaşılacağı gibi klinik olarak konulmaktadır.

Tanımlar nörolojik bir belirtisi olan hastaları dışlamamaktadır ancak yeni doğan nöbet öyküsü tanıyı dışarıda bırakır. Tanımlama, üçlü kriterlendirme; ateş, yaş sınıflandırması ve nöbetin çeşidi üzerinden şekillenmektedir. Ayrıca FK sadece bir vücut sıcaklığının tetiklediği nöbetlerden farklıdır ve merkezi sinir sisteminin enfeksiyonunun akut ve sekonder olarak gelişen nöbetinden ayrılmıştır.⁴

FK' ler iki türlü ortaya çıkmaktadır; basit ya da komplike FK. Akut ya da subakut dönemde mutlaka ateşin teşhis edilmesi koşuluyla ve ateş periyodunun nedeninin bir merkezi sinir sistemi enfeksiyonuna bağlı olmadığı kesin olan, nörolojik açıdan sekel bırakmayıp, 15 dakikanın altında sürerek kısa bir süre sonrasında biten ve sonrasında 24 saatte herhangi bir şekilde tekrarlanmayan tipine basit FK denilmektedir.⁵⁵ Komplike FK, 24 saat içinde bir kezden fazla tekrarlayıcı, 15 dakikanın üzerinde seyreden, genellikle fokal başlayan ayrıca nöbet sonrasında ise nörolojik defisitlerle ilişkili (Todd paralizisinin dahil olabileceği) olan tipidir.⁴

2.2.2. Epidemiyoloji

Çeşitli coğrafyalarda yapılan çalışmalarla FK'nin sıklığı hakkında bilgi sahibi olunabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki ayırıcı tanı zorluğu nedeniyle her ne kadar

doğru epidemiyolojik veriler oluşmamış olsa da, gelişmekte olan ülkelerdeki veriler ışığında çocukların %2 ile %5'ini olumsuz bir şekilde etkilemektedir.⁵⁶ Gelişmemiş ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimde olan zorluklar başta olmak üzere, bir çok faktöre bağlı olarak sosyo- ekonomik durum sonucunda daha fazla etkilenim oluşabileceği aşıkardır. ⁵⁷

2.2.3. FK Etiyolojisi

Ateş sırasında oluşan sitokinler beyinde anormal elektriksel dalgalanmaya neden olur. Bu durum FK'nin temel nedenidir. Çalışmalar, FK'nin predispozan hereditör yatkınlıklar ve çevresel etkilenimlerle birleşerek ateşin savunmasını geliştirememiş bir beyin üzerinde oluştuğuna dair kanıtlar sunmaktadır.⁴ Henüz erken dönemlerde beynin nöbet ve uyarılabilirlik eşiği ile ilgili tam bir gelişme sağlanmamış olduğu ve eşiğin düşük olduğu yaş grubunda bu durum ortaya çıkmaktadır. Ateşli nöbetler, olgunlaşmamış beyinlerin uyarılabilirliğinin yüksek olması nedeniyle özellikle 3 yaşından küçük çocuklarda görülür.^{4,57} FK çoğunlukla 6 ay–3 yaş arasında meydana gelir ve 18. ayda en yüksek insidans kaydedilmiştir.^{4,56} Ateşli nöbetler, ateşin yükselmesi sırasında veya maksimuma ulaşmasında sık görülse de, nöbetler bazen ateşten önce veya ateşi indükleyen hastalığın erken döneminde de ortaya çıkabilir.⁵⁵ FK'nın en sık görülen nedenleri ÜSYE, İYE, orta kulak iltihabı ve gastroenteritlerdir; bazı bölgelerde sıtma gibi spesifik enfeksiyonların da FK insidansını artırabildiği gösterilmektedir. ⁵⁸

Viral enfeksiyonlar FK etiyolojisinde önemli rol oynamaktadır; FK vakalarının %40–70'inde viral ajanlar tespit edildiği gösterilmiştir. Özellikle influenza, HHV-6, HHV-7 ve RSV gibi virüsler yüksek ateş nedeniyle nöbetleri tetikleyebilmektedirler.⁵⁹ Gastroenteritler de nadiren FK'ye yol açmaktadırlar.⁶⁰

Çalışmalar aşılardan (DBT, KKK ve PCV13 gibi bazı aşılardan) FK'yi tetikleme riskinin düşük olduğunu göstermektedir.⁶¹⁻⁶³ Prenatal ve erken doğum dönemi faktörleri de FK riskini etkileyebilmektedir. Annenin hamilelikte sigara içmesi, alkol maruziyeti, stres ya da fetal büyüme geriliğinin FK gelişimiyle ilişkili olabildiği düşünülmektedir.⁶⁴ Ayrıca demir eksikliği, çinko ve selenyum düşüklüğü, yetersiz beslenme ve fertilité tedavileri de nöbet riskini artırabilen önemli faktörler arasında sayılmaktadır.⁶⁵ Bu bilgiler ışığında FK'nin, çok sayıda viral, genetik, beslenme ve çevresel faktörlerin

etkileşimi ve biraraya gelmesi ile ortaya çıkan kompleks ve multifaktöryel bir durum olduğu söylenebilir.

2.2.4. FK Hakkında İnanışlar

Ateş konusundaki tutumların oluşmasında FK'nin önemli bir etkisi bulunmaktadır. Ateş fobisi, ateş her ne kadar fizyolojik bir olay olsa da, evrensel bir korkudur ve bu durum hem ebeveynleri hem de sağlık çalışanlarını olumsuz etkilemektedir. Çalışmalar, çocuklarında FK'ye tanıklık eden ebeveynlerin, çocuklarının hayatını kaybedeceği, boğulacağı, epileptik olacağı veya kalıcı beyin hasarı oluşacağı yönündeki yanlış inanışlar nedeniyle yoğun kaygı yaşadıklarını göstermektedir.^{3,5,7}

Ebeveynlerde ateş korkusunun oluşumunda birçok faktörün rol oynadığı gösterilmiştir. Düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip ebeveynler, belirli etnik gruplar ve çocuğun önceki FK öyküsü varlığı ateş korkusunu arttırmaktadır.⁶⁶ Ayrıca, FK geçiren çocuğa sahip annelerde anksiyetenin temel nedeninin belirsizlik, bilgi eksikliği olduğu gösterilmiştir.² Öz Tuncer ve ark., Ankara'da 600 katılımcı ile yaptıkları FK hakkındaki bilgi düzeyini ölçen çalışmalarında; katılımcıların %63,6'sı FK'yi bildiğini beyan ettiğini, sadece %16,8'inin doğru bir tanım yapabildiğini göstermektedir.⁷

2.3. Siberkondri

2.3.1.Tanım

Siberkondri terim olarak internet ortamında sağlık bilgisi araştırma davranışının kişilerdeki kaygı duygusunu açığa çıkarmasını ifade etmektedir. Etimolojik açıdan incelendiğinde siber (cyber) ve hipokondriazis (hypochondriasis) kelimesinin kondria (chondria) kısmından ve bu iki kelimenin bileşimi olarak üretilmiştir. Bu durum özellikle kişilerdeki artan, fazla ve yenileyici sağlık bilgisini çevrimiçi arama yönelimi ve bu yönelimin kişilerde yüksek kaygıya neden olmasıyla ilgilidir.⁶⁷ Siberkondri DSM-V sınıflandırmasında spesifik olarak yer almamıştır ve açık bir tanısal kritere sahip değildir.⁶⁸ Siberkondri yer almadığı gibi hipokondriazis kavramı da hastalık ve bedensel kaygı bozuklukları şeklinde iki kategoriye ayrılarak sınıflandırılmıştır.

Hastalık kaygı bozuklukları için bakım arayan ve bakımdan kaçan şeklinde iki grup mevcuttur. DSM-5 ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı 5. baskısına göre bedensel belirti bozuklukları sunulmuştur (Tablo 3).⁶⁹

Tablo 3. Bedensel Belirti Bozuklukları (DSM- V'e göre)

	Bedensel belirti bozuklukları (DSM- V'e göre)
A.	Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.
B.	Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar: 1. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler. 2. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı. 3. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır
C.	Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak). Varsa belirtiniz: Ağrının baskın olması ile giden (önceki adı ağrı bozukluğu): Bu belirleyici, bedensel belirtilerinde ağrının baskın olduğu kişiler içindir. Varsa belirtiniz: Süregiden: Süregiden gidiş, ağır belirtiler, işlevsellikte belirgin bir düşme ve uzun sürme ile (altı aydan daha uzun) belirlidir.
Ağır olmayan	B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden yalnızca biri karşılanır.
Orta derecede	B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğu karşılanır.
Ağır	B tanı ölçütünde sıralanan belirtilerden ikisi ya da daha çoğunun karşılanmasının yanı sıra çoğul bedensel yakınmalar (ya da çok ağır bir bedensel belirti) vardır.

DSM-V, Hastalık Kaygısı Bozukluğu için birbirinden farklı iki tür tanımlamaktadır. Buna göre ;Bakım Arayan Tür: Sık sık doktora gitme ya da sağlık muayenesi, tahlil, tetkik gibi tarama müdahalelerinde bulunma. Bakımdan Kaçan Tür:

Sağlık bakımına, hastane ve hekimlere nadir olarak başvurma, kaçınma DSM-V ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı 5. baskısına göre hastalık kaygısı bozuklukları ise tablo şeklinde sunulmuştur (Tablo 4).⁶⁹

Tablo 4. Hastalık Kaygısı Bozuklukları (DSM-V'e göre)

	Hastalık kaygısı bozuklukları (DSM-V'e göre)
A	Ciddi bir hastalığı olduğunu ya da olacağını sürekli düşünme.
B	Bedensel belirti genellikle yoktur olsa bile ağır ve ciddi olmayan belirtilerdir. Kişi farklı bir hastalığa sahipse ya da bir hastalığa sahip olma ihtimali yüksekse (ailede ciddi bir hastalık öyküsü varsa) bu konuyu sürekli aşırı düzeyde düşünme görülmektedir.
C	Bireyin kendi sağlığı ile ilgili ciddi düzeyde bir kaygı ve korkusu mevcuttur, bu korkuya çok kolay şekilde kapılmaktadır.
D	Bireyin sağlık durumu ile ilgili davranışlarında, sürekli vücudunun bölümlerini kontrol etme gibi aşırı davranışlar veya hastaneye / hekime gitme konusunda kaçınma davranışları görülmektedir.
E	Bahsedilen, hastalık fikriyle aşırı meşguliyet durumu en az altı aydır var olmaktadır. Fakat kişinin korktuğu hastalık türü bu süreç içerisinde değişiklik gösterebilmektedir.
F	Hastalıkla ilgili sürekli düşünme ve hasta olmaya dair zihinsel meşguliyet, Bedensel Belirti Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Bedensel Algı Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk ya da Sanrılı Bozukluk, bedensel tür gibi farklı bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.3.2. Tarihçe

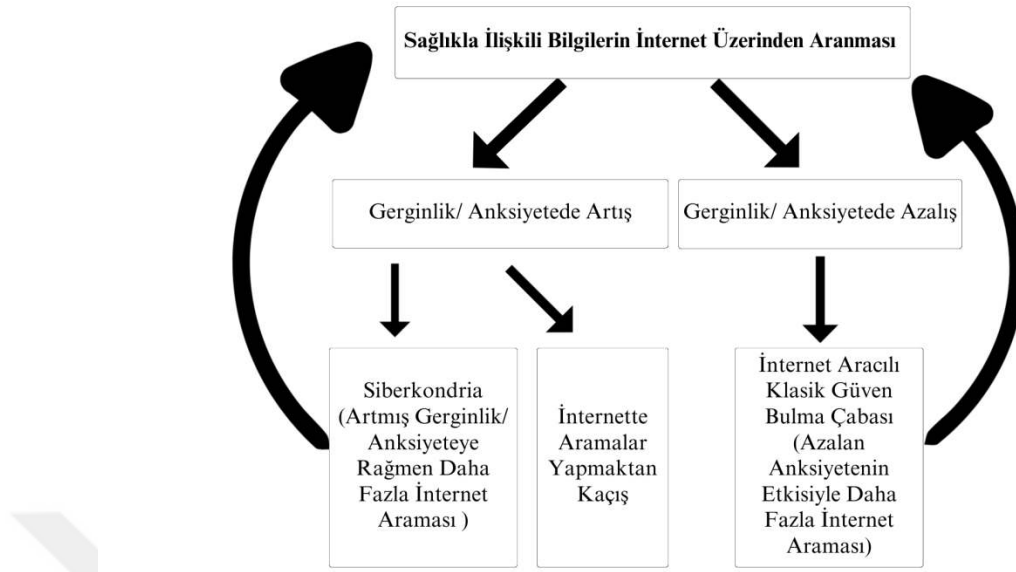
Siberkondri kavramını ilk olarak Wall Street Journal gazetesinde köşe yazarı olan Ann Carns 1999 yılındaki bir makalesinde gündeme getirmiştir.⁸ Siberkondrinin ilk kez bir bilimsel yazı olarak ele alınması ise 2003 yılındadır. Psikiyatri ve Nöroloji alanında faaliyet gösteren bir dergi olan Avusturya Tıp Dergisi siberkondriyi merkeze alan bir araştırma makalesi yayınlamıştır ve sonrasında popülerliği artmıştır.⁷⁰

Çalışmalar bireylerin sağlıklarıyla ilgili internet aracılığıyla aşırı derecede araştırma yapmasının kaygılarının artmasına neden olduğunu ve kişileri baskı altına aldığını göstermektedir.⁷¹ Kişiyi olumsuz anlamda oyalayan ve otokontrolün dışına çıkan bir durum söz konusu olmaktadır. Siberkondri bireylerin kaygı düzeylerinin artmasının yanı sıra; çevrimiçi yanlış bilgilerin sonucunda yanıltıcı bilgilere, reçete ve farklı tedavi yöntemlerine sebep olarak insanlarda tedavi olamamak başta olmak üzere istenmeyen başka olumsuz etkilere de neden olmaktadır.

Günümüzde, siberkondriye ilişkin çok sayıda araştırma makaleleri ve bu çalışmaların üzerine yapılan meta-analizler mevcuttur. Konuya yönelik akademik ilginin giderek artması, siberkondrinin potansiyel olarak büyüyen bir halk sağlığı sorunu niteliği taşıma noktasına gelmesi ile ilgilidir. Bu durum, 1. 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine gereksiz başvuruların artmasına neden olabilir. Aynı zamanda aşırı test ve gereksiz tanımlara, bunların yanı sıra toplam sağlık harcamalarında da artışa neden olabilir.⁷⁰ Tıbbi ve mali yönünün yanı sıra sosyal yönüyle de sorunlar oluşturmaktadır. Tarhan ve arkadaşlarının 2019 yılında, İstanbul'da 1035 katılımcı ile yaptığı çalışmaya göre bireylerin çalışma hayatını da negatif olarak etkilenmektedir.⁷²

2.3.3. Sağlık Bilgisi Arama Davranışı

Siberkondri, sağlık endişesi bakımından ciddi ve ayrıca hipokondriazisi de içeren bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Aşırı ve yersiz sağlık endişesi kavramı hipokondri ile açıklanırken, siberkondri terimi ise çevrimiçi aşırı bilgi arayışına yönlendiren, kaygı düzeyinde sağlık endişesi oluşturan teknolojik yönü olan bir çeşit hipokondriazis olarak yorumlanabilir. Özellikle çevrimiçi sağlık bilgisi arama, semptom araştırma ve aşırı internet kullanımıyla öne çıkan bu durum, araştırılan konu ile ilgili geçici bir rahatlama sağlasa bile mutlaka sonrasında kaygıyı arttırarak siberkondriyi besleyen bir patoloji olarak sürmektedir.⁷³ Siberkondri sözkonusu olduğunda; bilgi arayışı bir konuda detaylı bilgi edinmeyi sağlarken (bu durum genellikle geçici bir bilgi oluştursa da) belirli bir müddet sonra daha fazla kaygı oluşturmaya spesifik (Şekil 2).⁷⁴ Çevrimiçi bilgi arayışının miktarı siberkondri ile anlamlı korelasyon sergilemektedir.⁷⁵ Ayrıca çevrimiçi bilgilerin ne derece doğru olduğu, doğru olan bilgilerin ise ne derece iyi bir usul ile sunulduğu ise başlı başına tartışmalıdır ve uzmanların üretmediği bilgiler yanıltıcı ve kusurlu olabilmektedir.⁷⁶



Şekil 2. Sağlık Bilgisi Arama Davranışı ve Siberkondri Döngüsü

2.3.4. Sağlık Kaygısı ve Siberkondri

Bazı metinlerde siberkondri yerine sağlık kaygısı kavramı da kullanılmaktadır çünkü siberkondri da hipokondriasis ile direkt olarak ilişkilidir. Her ne kadar hipokondriasisin kavramsal kullanımı DSM-V' e göre terk edilmiş görünse de, gerek hipokondriasis gerekse de siberkondri kavramı halen araştırmacılar tarafından çalışılmaya devam ediliyor görünmektedir.⁷⁴ Bu açılarından siberkondri sağlık kaygısının farklı bir dışavurumu olarak kabul edilebilmektedir. Temel neden rahatsızlık hissiyatı oluşturan problem hissi ve sağlık kaygısı duyan kişilerin bir güven arayışı ya da ruhsal bir rahatlama kazanmak nedeniyle çevrimiçi sağlık bilgisini abartılı ve tekrarlayıcı şekilde araması durumudur. Sağlanan bilgi ve ulaşılan güven duygusu olasılıkla kalıcı olmamakta ve korkuları tekrar tekrar yaşatabilecek de bir bilgi sağlayarak kişileri arayışlara yönlendirmektedir. Özellikle sağlıkla ilgili endişeli kişiler, çevrimiçi bilgi arayışını daha çok yapmaktadırlar.⁷¹ Ayrıca kendisinde ya da çocuğunda kronik bir hastalık olan bireyler söz konusu olduğunda, yapılan çalışmalar siberkondri ve sağlık kaygısı seviyelerinin topluma oranla istatistiksel olarak daha ileri düzeyde olduğunu göstermektedir.

3. MATERİYAL METOT

3.1. Çalışmanın Deseni

Kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Kesitsel çalışmalar, herhangi bir zaman noktasında, belirli bir topluluk üzerinde, sonuçların ya da durumların önce başlayıp başlamadığına bakılmaksızın yürütülen tasarımlardır. Çalışmamızda da belirli bir süre zarfında, Ağustos ve Eylül 2025 tarihlerinde, FK yada siberkondri durumlarının ebeveynlikten önce oluşup oluşmadığına bakılmadan tek bir noktadan ebeveynlerin ateş yönetim tutumları değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Kesitsel çalışma seçilme sebebi çalışılan konuda bir frekans verebilmesi açısından oluşturduğu avantajdır. Yürütülmesi kolay olması nedeniyle ve ucuz maliyetlerle yürütülebilmesi nedeniyle de avantajlı bir tasarımıdır. Olumsuz özellikleri ise sebep ve sonuç birlikte değerlendirildiği için, nedensellik açısından dikkatli yaklaşmak gerekmektedir. Ancak kesitsel çalışma genelde önemli bir çalışma tasarımıdır ve gelecekte yapılacak ileri düzey bir çalışmanın planlanmasında ön kanıtların oluşturulmasında faydalıdır.

3.2. Çalışmanın Evreni

Çukurova Üniversitesi EASM'ye başvuran, kayıtlı, 3 ay-6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerdir. Çalışmanın örneklemini için 051 numaralı birime kayıtlı 335, 062 numaralı birime kayıtlı 419, 056 numaralı birime kayıtlı 354 ve 047 numaralı birime kayıtlı 294 çocuk olmak üzere toplam 1402 çocuğun ebeveyni ile çalışma yapılacaktır.

Aile hekimliği sistemlerinde ebeveyn şeklinde bir data mevcut olmadığından, çocukların ebeveynleri sayısal olarak belirlenememektedir. Her ailenin kaç çocuğu olduğunu sistemlerden çekmek mümkün olmadığı için; örneklemini geniş hesaplamak ve evrene genellenebilirliğini daha iyi sağlamak açısından, her çocuğun iki ebeveyni olduğu düşünülerek evren 2804 ebeveyn olarak kabul edildi.

3.3. Çalışmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklemini 2804 ebeveyn üzerinden değerlendirildi. Örneklem analizi için güvenilir örneklem kaynaklarından olan Open Epi Info aracı kullanıldı. Epi Info programı kullanıldığında, çalışmalarda frekansı bilinmeyen durumlar için kullanılan frekans %50 olarak belirlenir. Beklenen frekans %50, hata payı %5 güven aralığı %90 olacak şekilde örneklem büyüklüğü, 247 olarak hesaplandı. En az 247 ebeveyne ulaşana kadar çalışma verilerinin toplanmasına karar verilmiştir. Çalışma verilerinin toplanması durdurulduğu anda toplam 265 ebeveyne ulaştığı görülmüş olup, 247' nin üzerine çıkılarak evrene genellenebilirlik sağlandı.

Dışlama kriterleri

Onam alınamayan ebeveynler, iletişim problemi olanlar ve Türkçe bilmeyenler dışlanacaktır. Çalışmanın yürütüleceği kurumdan izin alındıktan sonra çalışmaya başlandı. Etik kurul onayı alındıktan sonra EASM'ye herhangi bir nedenle başvuran kayıtlı 3 ay-6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlere EASM'de yüz yüze anket uygulandı.

Araştırma Soruları

Bu çalışmamızda şu sorulara cevap aranacaktır:

1. Ebeveynlerin çocuklarda ateş yönetimi konusundaki bilgi ve uygulamaları nelerdir?
2. Ateş yönetimi davranışları hangi sosyodemografik faktörlerle ilişkilidir?
3. Ebeveynlerin febril konvulsiyon hakkındaki bilgi düzeyi nedir?
4. Ebeveynlerin siberkondri düzeyleri nedir?
5. Ebeveynlerde ateş yönetimi davranışları ile siberkondri, FK bilgisi ve sosyodemografik faktörler arasında bir ilişki var mıdır?

Beklenen Yararlar: Çalışmadan elde edilecek sonuçların, ebeveynlerin çocuklarda ateş yönetimindeki bilgi eksikliklerini belirleyerek sağlık eğitimi ihtiyaçlarının saptanmasına katkıda bulunması belenmektedir. Ayrıca febril konvulsiyon ve siberkondri konularında farkındalığı artırmak ve çocuk sağlığını koruma yönünde olumlu etkiler oluşturması hedeflenmektedir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları; açık ve kapalı uçlu soruları içeren bir sosyodemografik veri formu, Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ), Ebeveynler/Bakım Vericiler için Febril Konvulsiyon Ölçeği (FKÖ) ve Siberkondri şiddet ölçeğinin kısa formu (CSS-12) kullanıldı.

3.4.1. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Türkiye Versiyonu (PFMS-TR)

“Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeği” (EAYÖ) ya da orijinal adı ile “Parental Fever Management Scale/Parent’s Childhood Fever Management” (PFMS), ebeveynlerin çocuklarında ateş olduğunda uyguladıkları davranışları ve ateş yönetimi tutumlarını değerlendirmek için kullanılan bir araçtır. Ölçeğin (PFMS) orijinali Walsh ve ark. tarafından 2008 yılında gerçekleştirilmiştir.⁷⁷ Ölçeğin toplumumuzda uygulanabilmesi amacıyla, Türkçe’ye uyarlanması Çınar ve ark. tarafından (2013) sağlanmıştır.^{78,84} Ölçek; çocuk ateşlendiği anda ateş ölçme, ateşin derecesini bilme, sık aralıklarla su içirme, ateş düşürmek için ilaç kullanımı, gece boyu çocuğun kontrol edilmesi, ateşlenen çocukla birlikte uyumak, ateş düşürmek için çocuğu uykudan uyandırıp ilaç verme ve doktor müracaatı ile ilgili 8 maddelik bir soru formudur (1; asla, 2; nadiren, 3; bazen, 4; çoğunlukla, 5; her zaman). Beşli Likert tipindedir ve ateşe yönelik bilgi, ateş düşürme uygulamaları ve sağlık kuruluşuna başvurma eğilimi alt boyutlarına sahiptir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı genel olarak 0.85, alt boyutlarda ise 0.72–0.88 arasında bulunmuştur. Ölçekten alınan yüksek puanlar ebeveynlerin ateş yönetiminde bilgi ve tutumlarının olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçek toplamında alınabilen minimum puan 8, maksimum ise 40’tır. Puan yükseldikçe ateş yönetimi ile ilgili daha fazla ebeveyn uygulamasını, düştükçe ise daha az sorumluluk üstlenme içeren davranışları ifade eder Yüksek puanlar, ebeveynin ateşli hastalık sırasında daha yoğun “ateş yönetimi” davranışı gerçekleştirdiğini, daha fazla müdahalede bulunduğunu gösterir. Ölçeğin bir kesme noktası (cut-off) belirlenmiş olmayıp; puan ne zaman “yüksek” ya da “düşük” olarak sınıflandırılır şeklinde kesin bir ayırım yoktur ve sürekli değişken olarak kabul edilir.

3.4.2. Siberkondri Şiddet Ölçeği Kısa Formu

Siberkondri şiddet ölçeği kısa formu (CSS-12) Mc Elroy ve ark. tarafından 2019 yılında geliştirildi. ⁷⁹ Türkçe geçerlik, güvenirlik çalışması Yam FC. ve ark. tarafından 2023 yılında yapılmış olup; dört farklı alt ölçekten oluşmaktadır.⁹ Dört farklı alt ölçeğin üçer sorudan oluşturduğu 12 soruluk bir anket formudur . Likert tipi bir ölçek olup her soru Likert tipine uygun 1 ile 5 puan arasında bir skor oluşturur ve toplam maksimum puan 60 olabilir. Alt ölçekler üçer sorudan oluştuğu için alt ölçek puanı 3 madde toplamı olarak ya da 3 maddenin ortalaması olarak alınabilir. Ölçekte toplam puan için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı çok iyi (0,89) ve alt boyutlar için iyi ila çok iyi düzeydedir: Aşırılık (0,83), Sıkıntı (0,79), Güvence (0,70) ve Zorlama (0,80).

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kompülsiyon, Kaygı/Stress, Güvence arayışı ve Aşırılık (Aşırı arama)alt ölçeklerinin biraraya gelmesi ile oluşturulmuştur. Ölçek alt maddelerinin maddelere göre dağılımı ise **Tablo 5** 'te sunulmuştur.

Tablo 5. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu Alt Maddeleri

Ölçek	Açıklama	Maddeler
Aşırılık	Aramaların artan/tekrarlayan niteliği	1, 3, 6
Sıkıntı (Kaygı/Stress)	Aramalar sonucunda ortaya çıkan kaygı/sıkıntı	4, 8, 9
Güvence Arayışı	Aramaların kişiyi profesyonel tıbbi yardım aramaya yöneltmesi	5, 11, 12
Zorlantı (Kompülsiyon)	İnternette yapılan aramaların çevrim içi/çevrim dışı yaşamın diğer yönlerini etkilemesi	2, 7, 10

Ölçek için belirli bir kestirim noktası mevcut olmayıp, sürekli bir değişken olarak skaler değerlendirilir. Kestirim noktası olmadığı için, daha yüksek puanlar ya da daha düşük puanlar kıyaslanmaktadır. Bu ölçekte yüksek puan daha fazla siberkondri

göstergesidir. Toplam puan siberkondriyi belirlerken, alt ölçek puanları ise belirli durumları; örneğin, güvence arayışlarının değişkenlere göre kıyaslanmasını sağlar.

3.4.3. Ebeveynler/Bakım Vericiler için Febril Konvülsiyon Ölçeği

Ölçek, Toksöz ve ark. tarafından 2023 yılında ebeveynlerin febril konvülsiyon ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirmek üzere geliştirildi.⁶ Toplam 8 maddeden oluşmakta ve beşli Likert tipindedir. Bilgi düzeyi, tutum ve müdahale uygulamaları olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte; “Temel bilgi” (1., 2., 3. ve 4. maddeler) alt ölçeği, “ilkyardım faktörü” (5. ve 6. maddeler) alt ölçeği, ve “uzun dönem etki” (7. ve 8. maddeler) alt ölçeği olan 3 alt ölçek vardır. Ölçekte 1. ve 4. maddeler doğru ifadeler iken, ölçeğin geri kalan 6 maddesi yanlış ifadelerdir. Yanlış ifadeleri puanlandırırken, cevapları ters çevirerek hesaplamak gerekir. Ölçekten alınan puanların toplamı 8 ile 40 arası bir puandır. Yüksek puanlar, ebeveynlerin febril konvülsiyon hakkında yeterli bilgi ve uygun tutumlara sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.82’dir. .

3.5. İstatistiksel Analiz

Veriler özetlenirken kategorik ölçümler sayı (n) ve yüzde (%), sayısal ölçümlerle ortalama±standart sapma, gerekli yerlerde medyan ve çeyreklikler (Ç1-Ç3) kullanıldı. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanıldı. Sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogorov Smirnov testi ile test edildi. Gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki den fazla grubun sayısal ölçümlerinin genel karşılaştırılmasında varsayımların sağlanmadığı için Kruskal Wallis testi kullanıldı. Bu karşılaştırmalarda anlamlı bulunan durumlar için grupların ikili karşılaştırılmalarında Dunn-Bonferroni düzeltmeli p değerleri kullanıldı. Sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlamadığı durumlarda sürekli ölçümler arasındaki korelasyon Sperman Korelasyon katsayısı ile incelendi. EAYÖ değişkenini bağımsız değişkenlerini kullanarak modellemek için Lineer Regresyon kullanıldı. Modelde Çoklu doğrusal bağlantı test edilirken varyans şişme faktörü (VIF) 5’in üzerinde olan değişkenler modele dahil edilmedi. Ek olarak kuşul indeksinin <30 olması da göz

önüne alındı. Final model Forward metodu ile belirlendi. Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS 20 paket programı kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

3.6. Çalışmanın Etik Kurul İzni

Çalışma, 1964 yılında ortaya konulan ve 2013 yılında ise revizyonu yapılan Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırma boyunca katılımcı ebeveynlerin gönüllülükleri esas alınmış olup; gizlilik ilkesine riayet ederek ve veriler anonimleştirilerek analiz edilip, tezde sunulmuştur. Çalışmanın etik kurul izni Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 155 sayılı ve 16.05.2025 tarihli etik kuruldan alındı. Her bir katılımcıdan yazılı aydınlatılmış onam formu alındı.

4. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen Çarkıpare Eğitim Asm' ye müracatta bulunmuş olan toplam 265 ebeveynidir. Bu ebeveynlerin %57,4'ü kadın (n=152) iken, %42,6'sı erkek (n=113) bireylerden oluştu. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, %0,8'inin okur-yazar olmadığı, %4,5'inin ilkokul mezunu, %4,2'sinin ortaokul mezunu, %26,8'inin lise mezunu, %43,4'ünün lisans ve %20,4'ünün yüksek lisans ve üzeri düzeyde eğitime sahip olduğu belirlendi.

Ebeveynlerin %11,3'ü eşleriyle akraba iken, %88,7'si ise herhangi bir akrabalık bağı bulunmadığını ifade etti. Ebeveynlerin %93,2'sinin çekirdek aile statüsünde iken; %6,8'inin geniş aile tipine sahip olduğu görüldü.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %97,0'ının halen evli olduğu, %2,6'sının boşandığı ve %0,4'ünün ise eşinin vefat ettiği tespit edildi. Evlilik süresi yönünden incelendiğinde; ebeveynlerin %38,5'inin 1–5 yıl, %32,5'inin 5–10 yıl ve %29,1'inin 10 yıl ve daha fazla süre evli olduğu belirlendi. Çalışma grubunda 18 yaş altı evlilikler de mevcuttu; katılımcıların %2,6'sı 18 yaş altında evlendiğini, %97,4'ü ise 18 yaş üstünde evlendiğini belirtti.

Çalışma grubunda ilk çocuklarından sonra geçen süre incelendiğinde; %20,0'ının 1 yıldan az, %35,1'inin 1–5 yıl, %24,9'unun 5–10 yıl ve %20,0'si 10 yıldan fazla süre geçtiğini ifade etti. Çocuk sayısına göre dağılıma göz atıldığında; ebeveynlerin %42,3'ünün bir, %37,7'sinin iki ve %20,0'ının üç veya daha fazla çocuğa sahip olduğu belirlendi.

Çocuklarda kronik hastalık durumu değerlendirildi. Ebeveynlerin %6,8'inin çocuklarında kronik bir hastalık bulunduğunu, %93,2'sinin ise çocuklarında herhangi bir kronik hastalık bulunmadığını ifade ettiği saptandı (Bkz. Tablo 6).

Tablo 6. Çalışma Grubuna Alınan Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	152	57,4
	Erkek	113	42,6
Eğitim	Okur-yazar değil	2	0,8
	İlkokul	12	4,5
	Ortaokul	11	4,2
	Lise	71	26,8
	Lisans	115	43,4
	Yüksek Lisans ve Üzeri	54	20,4
Eşinizle aranızda akrabalık var mı?	Evet	30	11,3
	Hayır	235	88,7
Aile Tipi	Çekirdek Aile	247	93,2
	Geniş	18	6,8
Medeni Durum	Evli	257	97,0
	Boşanmış	7	2,6
	Eşi vefatetmiş	1	0,4
Evlilik Süresi	1-5 Yıl	102	38,5
	5-10 Yıl	86	32,5
	10 Yıl ve Fazla	77	29,1
18 yaş altı evlilik	Hayır	258	97,4
	Evet	7	2,6
İlk Çocuktan Sonra Geçen Süre (yıl)	1 Yıldan az	53	20,0
	1-5 Yıl	93	35,1
	5-10 Yıl	66	24,9
	10 Yıldan Fazla	53	20,0
Çocuk Sayısı	1	112	42,3
	2	100	37,7
	3 ve Fazla	53	20,0
Kronik Hastalık Var mı (Çocuk)	Evet	18	6,8
	Hayır	247	93,2
TOPLAM		265	100

Sonuçlar sayı (n) ve % olarak özetlendi.

Çalışma Grubuna Ait Mesleki Özelliklerin incelendiği Tablo 4’ te araştırmaya katılan ebeveynlerin %18,5’i gelirinin giderinden az olduğunu, %50,2’si gelirinin giderine eşit olduğunu, %31,3’ü ise gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade ettiği gösterildi. Bu durum katılımcıların %31,3’ ünde refah algısı olduğunu göstermektedir.

Ebeveynlerin %71,7’si çalışmakta, %28,3’ü ise çalışmamaktadır, bunların büyük çoğunluğunu ev kadınları oluşturdu. Meslek gruplarına göre dağılım incelendiğinde, %24,2’sinin Ev kadını, %23,8’inin memur statüsünde çalışan değişik meslek grupları olduğu, %12,8’inin işçi, %7,9’unun öğretmen, %12,5’inin sağlık çalışanı, %10,6’sının özel sektör ya da serbest meslek çalışanı, %3,0’ının esnaf, %2,6’sının akademisyen ve %2,6’sının askeri ya da emniyet personeli olduğu belirlendi (Bkz. Tablo 7).

Tablo 7. Çalışma Grubuna Alınan Ebeveynlerin Meslek Hayatı

		n	%
Ekonomik Durum Algısı	Gelir Giderden Az	49	18,5
	Gelir Gidere Eşit	133	50,2
	Gelir Giderden Fazla	83	31,3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	190	71,7
	Çalışmıyor	75	28,3
Meslekler	Ev Kadını	64	24,2
	Memur	63	23,8
	İşçi	34	12,8
	Askeri/Emniyet Personeli	7	2,6
	Öğretmen	21	7,9
	Akademisyen	7	2,6
	Sağlık Çalışanı	33	12,5
	Esnaf	8	3,0
	Özel Sektör/Serbest	28	10,6
	TOPLAM	265	100

Sonuçlar sayı (n) ve % olarak özetlendi.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %89,8'inin evde ateş ölçer bulundurduğu, %10,2'sinin ise ateş ölçerinin bulunmadığını belirttikleri görüldü. Ebeveynlerin %22,6'sı ateşi çocuğun görünümünden anlayabileceğini, % 22,6' sı ise görünümünden anlayabileceğini belirtti. Ebeveynlerin %63,4'ü ateşi dokunarak anlayabileceğini ifade etti. Ateşi ateş ölçerle anlayabileceğini belirten ebeveyn oranı ise %53,6'ydı. Çalışmada ateşi tanımlama durumu bir açık uçlu soru olarak sorulmuştu ve verilen ifadeler tek tek incelendiğinde, ateşin alt ve üst sınırlarına tam hakim olmasalar bile ateşin sınırları içinde kalan ebeveynlerin oranı %73,6' dır (Tablo 8).

Ebeveynlerin ateş karşısında başvurduğu modern ve geleneksel uygulamalar da Tablo 5' te incelendi. Ebeveynlerin %60,8'inin çocuğun kıyafetlerini çıkardığı, %52,8'inin ılık uygulama yaptığı, %67,9'unun ılık duş uyguladığı belirlendi. Ayrıca, %14,7'sinin sirkeli su kullandığı, %62,6'sının ateş düşürücü ilaç verdiği, %6,8'inin fitil kullandığı, %2,6'sının antibiyotik (AB) uyguladığı, ve %33,2'sinin ise ateş durumunda bir doktora başvurduğu saptandı (Tablo 8).

Tablo 8. Ebeveynlerin Ateş Hakkındaki Bilgi, İnanç ve Davranışları

		n	%
Evde Ateş Ölçer Var mı	Evet	238	89,8
	Hayır	27	10,2
Ateşi Görünümünden Anlarım	Hayır	205	77,4
	Evet	60	22,6
Ateşi Dokunarak Anlarım	Hayır	97	36,6
	Evet	168	63,4
Ateşi Ateş Ölçerle Anlarım	Hayır	123	46,4
	Evet	142	53,6
Ateşi Tanımlayabilme	Doğru	195	73,6
	Yanlış	70	26,4
1. Kıyafetlerini çıkarırım	Hayır	104	39,2
	Evet	161	60,8
2. ılık uygulama	Hayır	125	47,2
	Evet	140	52,8
3. Ilık duş	Hayır	85	32,1
	Evet	180	67,9
4. Sirkeli Su	Hayır	226	85,3
	Evet	39	14,7
5. Ateş düşürücü	Hayır	99	37,4
	Evet	166	62,6
6. Fitol	Hayır	247	93,2
	Evet	18	6,8
7. AB	Hayır	258	97,4
	Evet	7	2,6
8. Doktor	Hayır	177	66,8
	Evet	88	33,2

Sonuçlar sayı (n) ve % olarak özetlendi.

Çocuğu ateşlendiğinde Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) götürdüğünü belirten ebeveyn oranı %30,9 (n=82), ASM'ye götürmediğini belirtenlerin oranı %58,9 (n=156),

hiçbir sağlık kuruluşuna başvurmadığını ifade edenlerin oranı ise %10,2 (n=27) olarak saptandı.

Çocuğu ateşlendiğinde acil servise başvurma durumuna göre dağılım incelendiğinde ise ASM'ye götürmeyen ebeveynlerin %76,3'ünün acil servise başvurduğu görülmektedir. ASM'ye götüren ebeveynlerden de Acil servise başvurduğunu söyleyenlerin oranı %41,5 olarak bulundu. ASM'ye götürenlerde acile başvuru oranı daha düşüktü ($p<0,001$) (Tablo 9).

Çocuk doktoruna başvurma durumu değerlendirildiğinde; ASM'ye götürmeyen ebeveynlerin %37,2'sinin çocuk doktoruna başvurduğu. ASM'ye götüren ebeveynlerde de yine %31,7 oranla çocuk doktoru seçeneğinin seçildiği gösterildi ($p=0,401$) (Tablo 9).

Tablo 9. Ebeveynlerin Ateş Durumunda Hekime Başvuru Durumları

		ASM'YE				p
		Götürmem		Götürürüm		
		n	%	n	%	
Çocuğu Ateşlendiğininde Acil Servise Götürenler	Götürmem	37	23,7	48	58,5	<0,001
	Götürürüm	119	76,3	34	41,5	
Çocuğu Ateşlendiğininde Çocuk Doktoruna Götürenler	Götürmem	98	62,8	56	68,3	0,401
	Götürürüm	58	37,2	26	31,7	

Sonuçlar sayı (n) ve % olarak özetlendi. Kikare testi kullanıldı.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (SCÖ) puan ortalamaları Tablo 11'de sunuldu. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde, katılımcıların Aşırılık alt boyutu puan ortalaması $8,89 \pm 3,26$ (min: 3,00; maks: 15,00). Zorlanti alt boyutu puan ortalaması $6,91 \pm 3,08$ (min: 3,00; maks: 15,00). Doktora Güvensizlik alt boyutu puan ortalaması $7,52 \pm 3,07$ (min: 3,00; maks: 15,00) ve Kompülsiyon-İçini Rahatlatma alt boyutu puan ortalaması $5,41 \pm 2,81$ (min: 3,00; maks: 15,00) olarak bulundu.

Siberkondri Ciddiyet Ölçeği toplam puan ortalaması ise $28,73 \pm 10,27$ (min: 12,00; maks: 60,00)'dir. Bu bulgular, ebeveynlerin genel olarak orta düzeyde siberkondri eğilimine sahip olduklarını gösterdi. Ölçeğin alt boyut puanları incelendiğinde en yüksek

ortalamanın Aşırılık alt boyutunda, en düşük ortalamanın ise Kompülsiyon-İçini Rahatlatma alt boyutunda olduğu görüldü (Bkz. Tablo 10).

Tablo 10. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Bulguları Tablosu

	Ort.	SS	Min	Maks
Aşırılık Alt Ölçeği (1-3-6)	8,89	3,26	3,00	15,00
Zorlantı Alt Ölçeği (4-8-9)	6,91	3,08	3,00	15,00
Doktora Güvensizlik Alt Ölçeği (5-11-12)	7,52	3,07	3,00	15,00
Kompülsiyon-İçini Rahatlatma Alt Boyutu (2-7-10)	5,41	2,81	3,00	15,00
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği Toplam Puan	28,73	10,27	12,00	60,00

Sonuçlar ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerler ile sunuldu.
Ort:ortalama, SS:standart sapma

Ebeveynlerin EAYÖ maddelerine verdikleri yanıtların dağılımları ve ortalama puanları gösterildi. Elde edilen bulgulara göre, ebeveynlerin çocukları ateşlendiğinde en yüksek düzeyde katılım gösterdikleri ifadeler “Bol sıvı aldığından emin olmak isterim” (Ort,=4,20±0,56), “Gece boyunca kontrol ederim” (Ort,=4,12±0,59) ve “Onunla aynı odada uyurum” (Ort,=4,10±0,71) maddeleri oldu. Katılım düzeyi görece daha düşük olan ifadeler ise “Gece ateş düşürücü vermek için uyandırırım” (Ort,=3,32±1,07) ve “Ateş düşürücü ilaç kullanırım” (Ort,=3,58±0,95) maddeleridir. Ebeveynlerin genel olarak çocuklarının ateşini ölçme (Ort,=3,97±0,73) ve ateşin değerini bilme isteği (Ort,=4,05±0,67) açısından yüksek duyarlılığa sahip oldukları görüldü (Tablo 11).

Tablo 11. Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeğine İlişkin Bulgular Tablosu

Çocuğumun ateşi olduğunda genellikle	EAYÖ										
	Asla		Nadiren		Bazen		Çoğunlukla		Daima		Ort± SS
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ateşini Ölçerim	2	0,8	14	5,3	21	7,9	181	68,3	47	17,7	3,97± 0,73
Ateşinin Değerini Bilmeyi İsterim	0	0,0	11	4,2	20	7,5	178	67,2	56	21,1	4,05± 0,67
Bol Sıvı Aldığımdan Emin Olmak İsterim	0	0,0	4	1,5	8	3,0	183	69,1	70	26,4	4,20± 0,56
Ateş Düşürücü İlaç Kullanırım	2	0,8	35	13,2	82	30,9	99	37,4	47	17,7	3,58± 0,95
Gece Boyunca Kontrol Ederim	0	0,0	5	1,9	17	6,4	184	69,4	59	22,3	4,12± 0,59
Onunla Aynı Odada Uyurum	0	0,0	13	4,9	16	6,0	167	63,0	69	26,0	4,10± 0,71
Gece Ateş Düşürücü Vermek İçin Uyandırırım	9	3,4	56	21,1	82	30,9	78	29,4	40	15,1	3,32± 1,07
Doktora Götürürüm	2	0,8	26	9,8	75	28,3	104	39,2	58	21,9	3,72± 0,94

Sonuçlar sayı (n) ve % olarak özetlendi. Her soruya ait ortalama skor ve standart sapma değeri de eklendi.

Ort:ortalama, SS:standart sapma

Tablo 12’de ebeveynlerin FKÖ’ ye verdikleri cevaplar gösterilmektedir. Katılımcıların en yüksek düzeyde doğru bilgiye sahip oldukları ifade, “Ateşli havaleler sıklıkla 6 ay ve 5 yaş arasındaki çocuklarda görülür” (Ort,=3,78±1,0) maddesi oldu. Buna karşın, katılımcıların en düşük katılım gösterdikleri ifadelerden biri “Ateş düşürücü ilaçlar ateşli havaleleri önler” (Ort,=2,66±1,1) maddesidir. Benzer biçimde, “Ateşli havale geçirme sırasında çocuğun dilini ısırmasını ve dilin geriye kaçışını engellemek için parmaklar ile ağız ve çeneye müdahale edilmelidir” (Ort,=2,53±1,2) ve “Dişlerinin arasına sert bir cisim (kaşık vb,) yerleştirilmelidir” (Ort,=3,04±1,2) ifadelerine verilen yanıtlar, düşük doğrulukta kalmıştır. Öte yandan, “Ateşli havale geçirmiş çocuklar aşı takvimindeki aşıları yaptırabilir” (Ort,=3,38±1,0) maddesine verilen yanıtlar, genel olarak bu konunun ebeveynler tarafından iyi bilindiğini gösterir bir seviyededir. Bununla birlikte, “Ateşli havale geçiren çocuğun zeka düzeyi olumsuz etkilenebilir” (Ort,=2,86±1,1) ve “Akademik başarısı olumsuz etkilenebilir” (Ort,=3,05±1,2) ifadelerine verilen yanıtlar, ebeveynlerin bu konulardaki yanlış inanışlarını göstermektedir (Tablo 13).

Tablo 12. FKÖ' ye verilen cevapların dağılımı

	Asla		Nadiren		Bazen		Çoğunlukla		Daima		Ort± SS
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Ateşli havaleler, sıklıkla 6 ay ve 5 yaş arasındaki çocuklarda görülür,	11	4,2	19	7,2	51	19,2	121	45,7	63	23,8	3,78± 1,0
2. Çocuk daha önce ateşli havale geçirdi ise bir daha nöbet geçirmemesi için düzenli olarak antiepileptik (nöbet önleyici) ilaçlar kullanılmalıdır,*	27	10,2	48	18,1	95	35,8	57	21,5	38	14,3	3,12± 1,2
3. Ateş düşürücü ilaçlar ateşli havaleleri önler,*	34	12,8	93	35,1	85	32,1	35	13,2	18	6,8	2,66± 1,1
4. Ateşli havale geçirmiş çocuklar aşı takvimindeki aşıları yaptırabilir,	12	4,5	26	9,8	116	43,8	72	27,2	39	14,7	3,38± 1,0
5. Ateşli havale geçirme sırasında çocuğun dilini ısırmasını ve dilin geriye kaçışını engellemek için parmaklar ile ağız ve çeneye müdahale edilmelidir,*	46	17,4	110	41,5	54	20,4	32	12,1	23	8,7	2,53± 1,2
6. Ateşli havale geçirme sırasında çocuğun dilini ısırmasını ve dilin geriye kaçışını engellemek için dişlerinin arasına sert bir cisim (kaşık vb,) yerleştirilmelidir,*	23	8,7	74	27,9	83	31,3	39	14,7	46	17,4	3,04± 1,2
7. Ateşli havale geçiren çocuğun gelecekteki akademik başarısı olumsuz etkilenebilir,*	29	10,9	63	23,8	77	29,1	59	22,3	37	14,0	3,05± 1,2
8. Ateşli havale geçiren çocuğun zeka düzeyi olumsuz etkilenebilir,*	27	10,2	81	30,6	87	32,8	41	15,5	29	10,9	2,86± 1,1

* Ters sorulardır, yanlış bilgi içerdikleri için puanlama tersten yapılmıştır (Asla=5. Daima=1). Toplam ortalama, doğru puan ortalamasıdır.

EAYÖ puanları mesleklere göre incelendiğinde; esnafların, askeri/emniyet personellerine göre toplam EAYÖ puanı daha düşük bulundu ($p=0,009$) (Tablo 13, Şekil 1).

FKÖ açısından değerlendirildiğinde, Özel Sektör/Serbest meslek çalışanları, sağlık çalışanı, akademisyen ve memurlara göre anlamlı olarak daha düşük toplam ölçek puanına sahipti ($p<0,001$) (Tablo 13, Şekil 2).

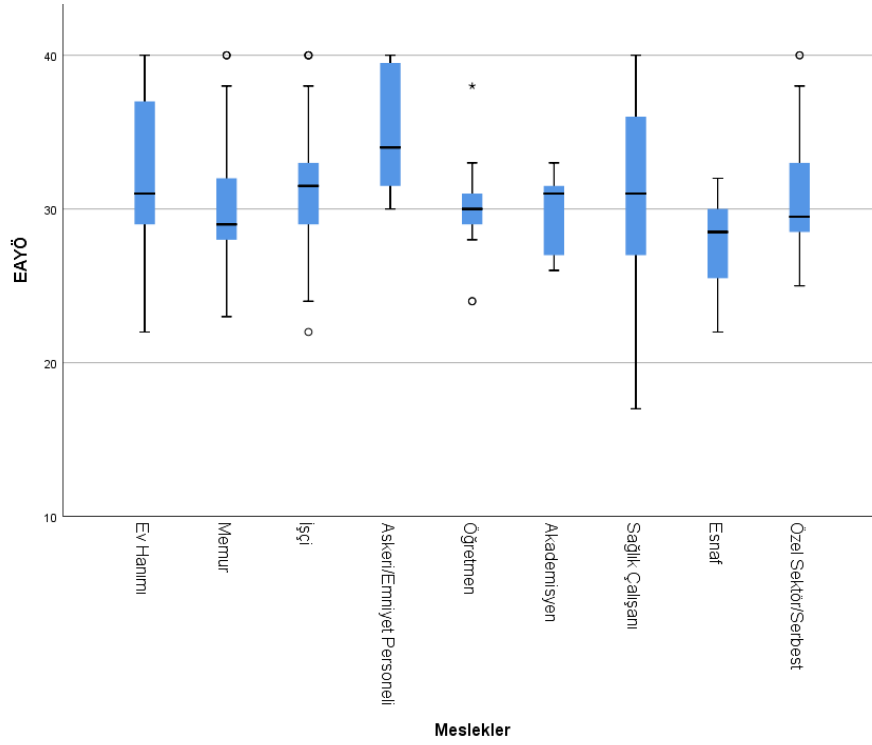
SCÖ puan ortalamaları meslek gruplarına göre anlamlı fark göstermemiştir ($p=0,800$) (Tablo 13).



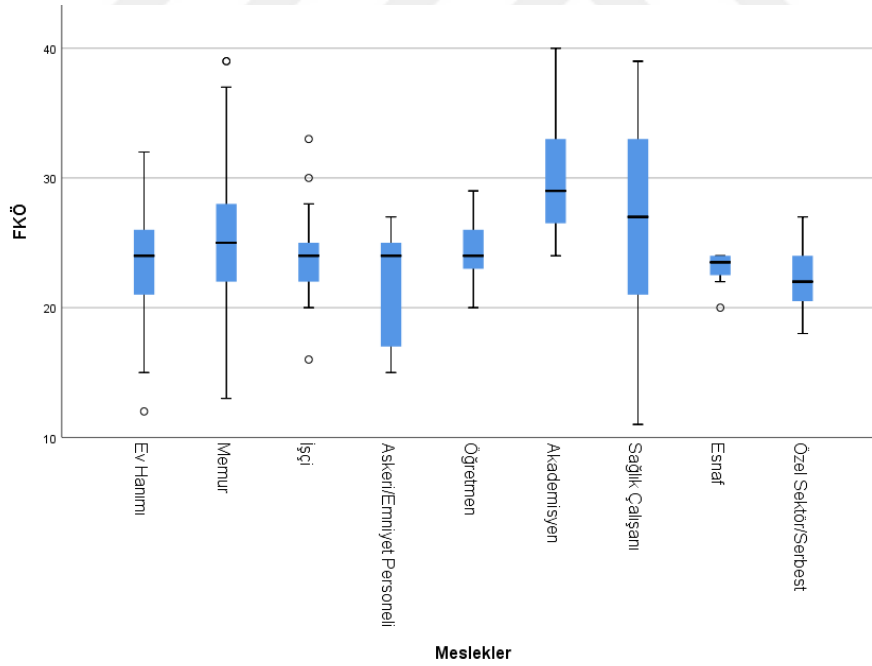
Tablo 13. EAYÖ, FKÖ ve SCÖ puanlarının mesleklere göre karşılaştırılması

	EAYÖ		FKÖ		SCÖ	
	Medyan (Ç1-Ç3)	p	Medyan (Ç1-Ç3)	p	Medyan (Ç1-Ç3)	p
Ev Kadını (n:64)	31(29-37) ^{a,b}	0,009	24 (21-26) ^{a,b}	<0,001	31(22-36)	0,800
Memur (n:63)	29 (28-32) ^{a,b}		25 (22-28) ^a		28 (21-34)	
İşçi (n:34)	32 (29-33) ^{a,b}		24 (22-25) ^{a,b}		29 (20-35)	
Askeri/Emniyet Personeli (n:7)	34 (31-40) ^a		24 (16-26) ^{a,b}		28 (19-52)	
Öğretmen (n:21)	30 (29-31) ^{a,b}		24 (23-26) ^{a,b}		31 (25-38)	
Akademisyen (n:7)	31 (27-32) ^{a,b}		29 (25-33) ^a		24 (19-34)	
Sağlık Çalışanı (n:33)	31 (27-36) ^{a,b}		27 (21-33) ^a		27 (17-37)	
Esnaf (n:8)	28 (25-30) ^b		24 (23-24) ^{a,b}		28 (25-33)	
Özel Sektör/Serbest (n:28)	30 (29-33) ^{a,b}		22 (21-24) ^b		27 (22-33)	

Verilerin dağılımı normal dağılıma uygun olmadığı sonuçlar medyan ve çeyreklikler (Ç1-Ç3) ile sunuldu ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirme yapıldı. Alt grup karşılaştırmalarında Dunn-Bonferroni düzeltmeli p değerlerine göre harflendirme yapıldı. Birbirine benzer harfler içeren gruplarda medyan değerler benzer, farklı harf içeren gruplarda medyan değer farklı bulundu.



Şekil 3. Mesleklere göre EAYÖ puanları



Şekil 4. Mesleklere göre FKÖ puanları

Meslek gruplarının siberkondri alt ölçek skorlarının istatistiksel olarak benzer olduğu görüldü ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Meslek Gruplarına Göre Siberkondri Ciddiyet Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

MESLEKLER	Aşırılık Alt Ölçeği (1-3-6)		Zorlantı Alt Ölçeği (4-8-9)		Doktora Güvensizlik Alt Ölçeği (5-11-12)		Kompülsiyon-İçini Rahatlatma Alt Boyutu (2-7-10)	
	Medyan (Ç1- Ç3)	p	Medyan (Ç1- Ç3)	p	Medyan (Ç1- Ç3)	p	Medyan (Ç1-Ç3)	p
Ev Kadını (n:64)	9 (6-11)	0,260	8 (5-10)	0,624	8 (5-11)	0,587	5 (3-8)	0,999
Memur (n:63)	9 (7-10)		6 (5-9)		7 (5-9)		4 (3-7)	
İşçi (n:34)	9 (8-11)		6 (3-9)		8 (5-9)		4 (3-7)	
Askeri/Emniyet Personeli (n:7)	12 (8-15)		5 (4-11)		7 (5-11)		3 (3-11)	
Öğretmen (n:21)	11 (9-11)		6 (4-10)		8 (7-10)		5 (3-6)	
Akademisyen (n:7)	6 (4-11)		6 (5-10)		6 (4-9)		4 (3-6)	
Sağlık Çalışanı (n:33)	9 (5-12)		6 (3-9)		7 (5-9)		4 (3-7)	
Esnaf (n:8)	10 (9-12)		6 (4-7)		8 (7-9)		5 (4-6)	
Özel Sektör/Serbest (n:28)	9 (6-11)		7 (4-9)		7 (5-9)		4 (3-8)	

Verilerin dağılımı normal dağılıma uygun olmadığı sonuçlar medyan ve çeyreklikler (Ç1-Ç3) ile sunuldu ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirme yapıldı.

Katılımcıların SCÖ, EAYÖ ve FKÖ puanlarının çeşitli sosyodemografik ve durumsal değişkenlere göre dağılımı Tablo 15’de gösterildi.

Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin EAYÖ puan ortalamaları ($30,6 \pm 3,8$) lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara ($32,0 \pm 5,3$) göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p=0,023$). Ayrıca FKÖ puanları açısından da eğitim düzeyine göre anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip ebeveynlerin FKÖ düzeyleri ($25,3 \pm 5,1$), lise ve altı düzeyindekilere ($22,8 \pm 3,6$) göre daha yüksektir.

SCÖ puanları açısından ise eğitim düzeyine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,951$). Cinsiyet, aile sosyal durumu ve aile tipi değişkenleri açısından yapılan karşılaştırmalarda, ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. ($p>0,05$). Ancak aile tipi değişkeni açısından SCÖ puanlarında çekirdek aile yapısına sahip bireylerin ($29,1 \pm 10,3$) geniş aile yapısına sahip bireylere ($23,8 \pm 9,4$) göre daha yüksek puan aldığı görüldü ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,037$). Çalışma hayatı incelendiğinde; çalışan ebeveynlerin EAYÖ puanları ($30,7 \pm 4,3$) çalışmayanlara göre ($32,0 \pm 4,6$) daha düşük ($p=0,023$); buna karşın FKÖ puanları daha yüksek bulundu (ortalamar: $24,9 \pm 5,0$; $23,2 \pm 3,9$) ($p=0,005$). SCÖ açısından ise fark anlamlı bulunmadı ($p=0,077$).

Sağlık profesyoneli olma durumu incelendiğinde, sağlık çalışanlarının FKÖ puanları ($26,3 \pm 7,0$) sağlık alanı dışındaki ebeveynlere ($24,1 \pm 4,3$) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,017$). SCÖ ve EAYÖ puanlarında ise anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Ev kadını olma durumu, EAYÖ ($p=0,012$) ve FKÖ ($p=0,020$) puanlarını etkiledi. Ev kadını olan ebeveynlerin EAYÖ puan ortalaması ($32,3 \pm 4,6$), ev kadını olmayanlara göre ($30,7 \pm 4,3$) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ancak FKÖ puan ortalaması, ev kadını olanlarda daha düşüktür ($23,4 \pm 4,6$).

Gelir algısı açısından değerlendirildiğinde, geliri giderinden fazla olan ebeveynlerin EAYÖ puan ortalamaları ($29,6 \pm 3,9$) diğer gruplardan düşük ($p<0,001$). FKÖ puan ortalamaları ($23,7 \pm 4,3$) ise anlamlı olarak düşük ($p=0,002$) bulundu.

Ateşi tanımlayabilme durumu açısından incelendiğinde, ateşi doğru tanımlayabilen ebeveynlerin FKÖ puan ortalamaları ($24,9 \pm 5,0$) yanlış tanımlayanlardan ($23,2 \pm 3,8$) anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,010$). SCÖ ve EAYÖ puanları

açısından ise fark anlamlı değildi ($p>0,05$). Çocuğunda kronik hastalık bulunma durumu ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).



Tablo 15. Ölçekleri Etkileyen Kesikli Değişkenlerin Karşılaştırılması

		SCÖ		EAYÖ		FKÖ	
		Ort± SD	p	Ort± SD	p	Ort± SD	p
Eğitim	Üniversite ve Üzeri (n:169)	28,8± 9,3	0,951	30,6± 3,8	0,023	25,3± 5,1	0,001
	Lise ve altı (n:96)	28,7± 11,8		32,0± 5,3		22,8± 3,6	
Cinsiyet	Kadın (n: 152)	29,2± 11,0	0,360	31,3± 4,2	0,295	24,7± 5,0	0,205
	Erkek (n:113)	28,1± 9,1		30,7± 4,6		24,0± 4,5	
Aile Sosyal Durum	Bütün (n: 257)	28,8± 10,4	0,349	31,1± 4,4	0,518	24,5± 4,8	0,382
	Ayrı (n: 7)	25,1± 7,9		30,0± 3,9		22,9± 1,6	
Aile Tipi	Çekirdek (n:248)	29,1± 10,3	0,037	31,2± 4,4	0,245	24,4± 4,9	0,883
	Geniş (n:18)	23,8± 9,4		29,9± 4,9		24,3± 4,1	
Çalışma Hayatı	Çalışıyor (n: 190)	28,0± 9,7	0,077	30,7± 4,3	0,023	24,9± 5,0	0,005
	Hayır (n: 75)	30,5± 11,5		32,0± 4,6		23,2± 3,9	
Sağlık Profesyoneli	Sağlık Profesyoneli (n:33)	28,1± 12,0	0,716	31,3± 5,7	0,765	26,3± 7,0	0,017
	Başka (n: 232)	28,8± 10,0		31,0± 4,2		24,1± 4,3	
Gelir Algısı	Gelir Giderden Fazla (n:83)	27,9± 10,3	0,362	29,6± 3,9	0,001	23,7± 4,3	0,002
	Denk ya da Az (n:182)	29,1± 10,3		31,7± 4,5		26,0± 5,5	
Ateşi Tanımlayabilme	Yanlış (n: 70)	28,9± 10,6	0,842	31,8± 4,2	0,104	23,2± 3,8	0,010
	Doğru (n: 195)	28,7± 10,2		30,8± 4,4		24,9± 5,0	
Kronik Hastalık ^a (Çocukta)	Evet (n:18)	29,1± 9,1	0,890	30,7± 3,0	0,734	25,1± 6,5	0,524
	Hayır (n:247)	28,7± 10,4		31,1± 4,5		24,4± 4,6	

^aVeri heterojen dağıldığı için Mann Whitney-U testi kullanıldı, diğer testler için Student t testi uygulandı.

Tablo 16’da yaş, evlilik süresi ve ilk çocuktan sonra geçen süre değişkenleri ile SCÖ puanı arasında anlamlı negatif ilişkiler ($r=-0,134$; $r=-0,149$; $r=-0,127$; $p<0,05$) gözlemlendi. Bu durum, ebeveynlik deneyimi arttıkça siberkondri eğilimlerinin azaldığını düşündürmedi. Çocuk sayısı ile FKÖ puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0,161$; $p<0,01$) bulundu.

SCÖ ile EAYÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki ($r=0,148$; $p<0,05$). SCÖ ile FKÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r=-0,278$; $p<0,01$) bulundu. Benzer şekilde EAYÖ ile FKÖ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r=-0,264$; $p<0,01$) saptandı. Bu sonuç, ateş yönetimi konusunda bilgi ve farkındalık düzeyi yüksek ebeveynlerin ateşi olağan bir durum olarak değerlendirme eğiliminde olduklarını gösterdi (Tablo 16).



Tablo 16. Ölçeklerle birlikte Tüm Sürekli Değişkenlerin Karşılaştırması

		Yaş	Evlenme Yaşı	Evlilik Süresi	İlk Çocuktan Sonra Geçen Süre	Çocuk Sayısı	SCÖ	EAYÖ	FKÖ
Ş	r		0,321	0,690	0,657	0,483	-0,134	-0,003	-0,073
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,029	0,956	0,233
Evlenme Yaşı	r	,321**		-0,381	-0,290	-0,296	0,030	-0,056	0,021
	p	<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	0,630	0,364	0,733
Evlilik Süresi	r	,690**	-,381**		0,876	0,707	-0,149	0,017	-0,076
	p	<0,001	<0,001		<0,001	<0,001	0,015	0,784	0,220
İlk Çocuktan Sonra Geçen Süre (yıl)	r	,657**	-,290**	,876**		0,731	-0,127	0,002	-0,105
	p	<0,001	,000	,000		<0,001	0,038	0,979	0,088
Çocuk Sayısı	r	,483**	-,296**	,707**	,731**		-0,080	0,038	-0,161
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		0,193	0,541	0,009
SCÖ	r	-,134*	,030	-,149*	-,127*	-,080		0,148	-0,278
	p	,029	,630	,015	,038	,193		0,016	<0,001
EAYÖ	r	-0,003	-0,056	,017	,002	,038	,148*		-0,264
	p	,956	,364	,784	,979	,541	,016		<0,001
FKÖ	r	-0,073	,021	-0,076	-0,105	-,161**	-,278**	-,264**	
	p	,233	,733	,220	,088	,009	<0,001	<0,001	

r:Spearman korelasyon katsayısı.

EAYÖ toplam puanları ile bağlantılı olabilecek bağımsız değişkenleri saptamak amacıyla uygulanan lineer regresyon analiz tablosu Tablo 17’de gösterildi. Bağımsız değişkenler seçilirken 3 ölçekle ilişkili olarak çıkan ($p < 0,05$ saptanan) tüm değişkenler analize dahil edildi.. FK Bilgisi, Siberkondri Ciddiyeti Toplam Puanı, Üniversite ve Üzeri Eğitim görmüş olmak, Ev Kadınları, Gelir Durumu Algısı (Geliri Fazla olarak Algılayanlar), Çalışma Durumu (Çalışıyor), Çocuk Sayısı, Yaş (yıl), Evlilik Süresi (yıl), İlk Çocuktan Sonraki Süre (yıl), Sağlık Çalışanları. Aile Tipi (Çekirdek) şeklinde analize dahil edildi.

Tablo 17. EAYÖ’ yü Etkileyen Faktörler Lineer Regresyon Modellemesi

	Katsayı	Katsayı Standart hatası	VIF
Sabit Terim	33,412	3,467	-
FK Bilgisi	-0,198	0,060	1,298
Siberkondri Ciddiyeti	0,046	0,027	1,174
Üniversite ve Üzeri Eğitim	0,842	0,621	1,392
Ev Kadınları	2,078	1,347	5,199
Gelir Durumu Algısı (Gelir Fazla)	1,624	0,583	1,143
Çalışma Durumu (Çalışıyor)	-1,271	1,253	4,983
Çocuk Sayısı	0,114	0,384	2,149
Yaş (yıl)	0,081	0,069	2,604
Evlilik Süresi (yıl)	0,051	0,096	5,548
İlk Çocuktan Sonraki Süre (yıl)	-0,128	0,086	4,568
Sağlık Çalışanları	-1,846	0,832	1,180
Aile Tipi (Çekirdek)	-1,801	0,818	1,097

Modelde Çoklu doğrusal bağlantı test edildi ve VIF değerleri 5’in üzerinde olan değişkenler bulunduğu için modelde çoklu bağlantı olduğu ve bu durumun kestirim hatasına sebep olabileceği görüldü. Birden çok değerde condition indeks değeri de 30 ‘un üzerinde bulunduğu için bu değişkenler dışlanarak Forward LR ile final modeli yeniden kuruldu (Tablo 18).

FK bilgisi değişkeni EAYÖ toplam puanı üzerinde anlamlı ve negatif yönde bir etkiye sahiptir, FKÖ deki 1 birimlik artış Ebeveyn Ateş Yönetimini Ölçek skorunu 0,229 birim azaltmaktadır. ($B = -0,229$, $p < 0,001$).

Gelir durumu algısı (gelir fazla olarak belirtenler) değişkeni anlamlı ve negatif bir etkiye sahiptir ve yüksek geliri olduğunu söyleyenlerde EAYÖ toplam puanı 1,649 birim daha azdır.

Model istatistiksel olarak anlamlı olsa da ($p < 0,001$) düzeltilmiş R^2 (Adjusted R^2) = 0,103 değerine göre bağımlı değişken olan EAYÖ toplam puanındaki varyasyonun bağımsız değişkenler ile açıklanma oranı %10 olarak bulunmuştur.

Tablo 18. EAYÖ' yü Etkileyen Faktörler Final Modeli

	Katsayı	Standart hata	p	VIF
Sabit terim	38,830	1,414	<0,001	
FKÖ toplam puan	-0,229	0,055	<0,001	1,046
Gelir Durumu	-1,649	0,566	<0,001	1,046

5. TARTIŞMA

Ebeveynlerin ateş yönetimi, çocuk hastalarda ateş semptomunun sağlık sistemi içindeki yükü değerlendirildiğinde, önemli bir alandır. Ateş, acil servis başvurularının, birinci basamak başvurularının, yoğun bakım yönetiminin ve gelişmekte olan ülkelerde konsültasyonların da önemli bir kısmını oluşturmaktadır.^{80,81} Ateş semptomu, aslında her yaş grubunu etkileyebilmektedir. Bu semptom bulaşıcı olan hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar, bazı ilaçlar, bazı kanser türleri ve romatolojik hastalıklar gibi çeşitli etkenler tarafından oluşturulabilmektedir.^{82,83} Sağlık sistemi başvurularının; çocuklarda %30' unun, yetişkinlerde ise %75' inin ateşin eşlik ettiği hastalıklar olduğu gösterilmiştir.⁸⁴ Bir çalışmada acil servis başvurularının yaklaşık %22'sini ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların %39'unu oluşturduğu gösterilmiştir.¹ Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını kapsayan ve ülkemizde yapılan bir başka çalışmada kış mevsiminde acil servis başvuruların %34'ünün ateş nedeni olduğunun gösterilmiştir.⁸⁵ Eğer ateş yönetimi etkili bir şekilde yapılabilirse bu başvuruların büyük kısmı engellenebilir. Bir ebeveynin çocuğunda meydana gelen ateş semptomunu iyi yönetebiliyor olması hem sağlık kuruluşlarındaki hem de ebeveynlerin üzerindeki yükün azalmasını sağlayabilir.

5.1. Ebeveynlerin çocuklarda ateş yönetimi konusundaki bilgi ve uygulamaları nelerdir?

Al- Eissa ve ark. yaptıkları, 560 ebeveynin katıldığı çalışmada; ebeveynlerin %25'i ateşi hiç tanımlayamamıştır, %25'i ise 38⁰C altını ateş olarak tanımlamıştır.⁸⁶ Henüz ateş semptomunu tanımlama aşamasında başlayan yanlış bilgiler, uygulama ve başvuruların da yanlış ilerlemesine neden olmaktadır. Çalışmamızın yürütüldüğü popülasyonun (EASM'ye kayıtlı nüfus) eğitim düzeyi toplumumuza göre yüksekti ve önemli bir kısmı sağlık çalışanlarından oluşuyordu. Buna rağmen katılımcıların %26,4' ü ateşi doğru tanımlayamadılar.

Al-Eissa ve ark. yaptıkları çalışmada katılımcıların %76' sı ateşi bir termometre yerine taktik muayene ile anladıklarını ifade etmişlerdir.⁹² Bizim çalışmamızda termometreyle ölçüm dışındaki yöntemlerle ateşin anlaşılma çalışılma oranı %46,4'tü. Katılımcılar dokunarak ya da görünümünden anlamanın yeterli olduğunu ifade ettiler. Her

iki katılımcıdan birinin hiçbir şekilde objektif olarak ateşi ölçme davranışı sergilememesi de sağlık sisteminin gereksiz başvurularla meşgul edilebileceğini öngören bir bulgu olarak göze çarpmaktadır. Al-Eissa ve ark.nın çalışmasında lise ve üstü eğitim düzeyi %40 iken çalışmamızda %90,6 olması ve Al-Eissa ve ark.nın çalışmasının Suudi toplumunda olması ve çalışmalarını 2000 yılında yapmış olmaları termometre kullanımının daha az olmasını etkilemiş olabilir. Buna rağmen çalışmamızdaki katılımcıların ateşi tanımlayamaması Al-Eissa ve ark.nın çalışmasına benzer bulundu.

Dikkat çekici bir bulgu; 27 (%10,5) ebeveyn haricinde diğer ebeveynlerin hepsinin (%89,5) ateş semptomu için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduklarını tespit etmemizdir. Bu başvuru yüzdesi Singhi ve ark' nın. yaptıkları çalışmada %63, Abronheim ve ark' nın yaptıkları çalışmada %58 olarak bulunmuştur.^{87,88} Çalışmamıza katılan ebeveynlerden çocuklarındaki ateş semptomu nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvuru yapanların %34,5' i henüz ASM başvurusu yapmadan pediatrist ya da acil servis başvurusu (ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşu başvurusu) yapmayı düşündüklerini ifade ettiler. Çalışmamızdaki tüm katılımcılardan 104'ü (%40,6) çocuklarındaki ateş semptomunun yönetiminde, ASM müracaatından bağımsız olarak bir pediatristle de konuşmaya yöneldiklerini ifade ettiler. Hiller ve ark. yapmış oldukları çalışmada ebeveynlerin %70,8' i ateş nedeni ile pediatristleri ile daha önce konuştuklarını ve %48,9'u ise ateş semptomu olduğunda direkt pediatriste başvurdıklarını ortaya koymuşlardır.⁹³ Çalışmamızda katılımcıların %40,6'sının ateş durumunda öncelikle bir pediatriste başvurmayı düşündüğünü ifade etmesi, ASM'nin ateş yönetiminde ilk başvuru noktası olarak yeterince benimsenmediğini göstermektedir. Bu bulgu Hiller ve ark.nın çalışmasında ateş durumunda doğrudan pediatriste yöneldiğini ortaya koyan sonuçlarla uyumludur.⁸⁹

Talebi ve ark.nın çalışmasında da annelerin pediatri ve acil servis başvurularını ASM başvurularına kıyasla daha sık tercih ettiği bildirilmiş olup, ASM'nin ateş yönetiminde ilk başvuru noktası olarak benimsenmemesinin farklı sağlık sistemlerinde de olduğu anlaşılmaktadır. İran' ın Sabzevar şehrinde Talebi ve ark. yaptıkları çalışmada; çocukta ateş görülmesi üzerine annelerin %59,7'sinin pediatriste, %34,8'inin aile hekimine ve %4,7'sinin ise acil servise başvurdıklarını gözlemlemişlerdir.⁹⁰

Çalışmamızda 153 ebeveyn (% 59,8) acil servise ateş nedeni ile başvurduklarını ifade ettiler ve bu bulgu sağlık sisteminin ateş nedeniyle gereksiz meşgul edildiğini gösterdi. Çalışmamızda ebeveynlerin acil servise yönelme yüzdeleri, ateşin çoğu zaman acil müdahale gerektirmeyen bir tablo olmasına rağmen ebeveyn kaygısının başvuru davranışını belirgin şekilde yönlendirdiğini göstermektedir. Elde edilen bulgular, ateş yönetimi konusundaki bilgi eksikliğinin yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda sağlık sisteminin işleyişi üzerinde de doğrudan etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bulgularımız, ASM'nin ateş yönetimindeki rolünün ebeveynler tarafından yeterince algılanmadığını ve güvenilir bir ilk başvuru noktası olarak konumlandırılmadığını göstermektedir.

Ebeveynlerin her ikisinden biri, ateş ölçer olmadan ateşi ölçme davranışı gösterdi. Bu durumun sağlık kurumlarına gereksiz başvurulardan gereksiz ateş düşürücü kullanımına kadar önemli etkilere yol açabileceği açıktır. Çalışmamızda ebeveynler çocuklarında ateş semptomu olması durumunda; antipiretik şurup (%62,6'sı), supozituar (%6,8'i) ve antibiyotik (%2,6'sı) kullandıklarını ifade ettiler. Abronheim ve ark. yaptıkları çalışmada asetaminofen kullanımını %33,2 olarak gösterilmiştir.⁹² Helgadottir ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada ise ebeveynlerin %98' i asetaminofen kullanımı, %97' si supozituar kullanımı tariflemiştir. Hatta %56' sı antipiretik olarak sadece supozituar kullanımı ifade etmişlerdir.⁹¹ İzlanda' daki bu çalışmadaki oranlar kadar yüksek olmasa da EASM bölgesindeki bilinçsiz ilaç kullanımı da dikkat çekicidir.

5.2. Ateş yönetimi davranışları hangi sosyodemografik faktörlerle ilişkilidir?

Çalışmamızda ebeveynlerin ateş yönetim puan ortalaması $31,1 \pm 4,4$ olarak bulunmuştur. Bu ortalama çeşitli çalışmalarda değişmektedir ve bu farklılıklar çalışmaların yapıldığı yer, katılımcıların durumu veya toplumlar arası farklılıklardan kaynaklanabilmektedir. Kutlu ve ark.'nın Konya'da 342 ebeveyni dahil ederek yaptıkları çalışmada ateş yönetim puan ortalaması ise $35,2 \pm 3,4$ olarak tespit edilmiştir.⁹² Altun ve ark.'nın Sakarya'da 2009 yılında, Menekşe ve ark.'nın Sakarya'da 2021 ve 2022 yılında, Gülcan ve ark.'nın Karaman'da 2018 yılında yaptıkları çalışmalarda hep çalışmamızdan yüksek skorlar buldukları görüldü (Sırasıyla 34,5; 34,4; 33,4).^{78,93,94} Bu çalışmalar arasında direkt ASM'de yürütülen bir çalışma yoktur ve daha çok 2. ve 3. basamaklarda çocuk

aciller veya polikliniklerde yürütölmüşlerdir. Buna karşılık Hew ve ark.'nın halka açık 12 bölgede yaptıkları çalışmada 27,8 puan ortalaması bulunduğu görölmektedir. ⁹⁵

Çalışmamızda ebeveynlerin ateş yönetimi davranışlarının eğitim ve gelir düzeyi başta olmak üzere sosyodemografik faktörlerle ilişkili olduğu görölmüş olup, bulgularımız literatürde bildirilen sonuçlarla uyumludur. Çalışmamızda ebeveyn ateş yönetimini gelir durum algısı ve FKÖ puan ortalamaları etkiledi. EAYÖ kullanılan diğeri çalışmalara baktığımızda; Kutlu ve ark. 2022 yılında Konya' da gerçekleştirdikleri çalışmada lise altı eğitim düzeyi, 21 yaş üzeri evlilik yaşı, planlı gebelikler ve kentsel ikameti artmış ebeveyn ateş yönetim yükü ile ilişkili buldular. Gülcan ve ark.'nın yine ölkemizde 2022 yılında yapmış oldukları çalışmada ise ilkököl ve üzeri eğitim durumu ile gelir düzeyini anlamlı bulduklarını görüyoruz. Hew ve ark. Yaptıkları çalışmada, çalışmamızla benzer olarak gelir düzeyi düştükçe eayö puanlarının yükseldiğini: yüksek gelir düzeyi ebeveynlerin daha az ebeveyn ateş yükü ile yüklendiğini göstermektedir. Hew ve ark. Küçükçocuk yaşı küçüldükçe eayö puanlarının arttığını göstermektedir. Çalışmamızla farklı çıkan sonuçların, çalışılan örneklem grubu ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda ileri analiz yöntemi kullanıldığı için bulguların daha net olması, başka çalışmalarda anlamlı çıkan sonuçların anlamsız çıkmasına neden olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda EAYÖ en çok etkileyen faktörlerden biri ise FKÖ oldu ve literatürde ateş durumunda ebeveynleri en çok korkutan olgu olan FK bilgisinin ateş ile ilgili oluşacak bakım yüküne ne kadar etki ettiğı gösterildi.

5.3. Ebeveynlerin çocuklardaki febril konvülsiyon hakkındaki bilgi düzeyi nedir?

Yapılan araştırmalar ebeveynlerin ateş ile ilgili bilgilerinin iyi düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır. Bilgi düzeyinin yeterli olmaması, ebeveynleri ateş fobik hale getirebilir. İlk kez Schmitt tarafından 1980'de ortaya atılan bir kavram olan ateş fobisi (fever phobia); gerçekçi olmayan bir ateş korkusu ve davranışları tanımlamaktadır. ⁹⁶

Çalışmamızda ebeveynlerin febril konvülsiyon bilgi düzeyini ölçmek için "Ebeveynler ve Bakım Vericiler için Febril Konvülsiyon Ölçeğı" kullanılmıştır. Literatürde febril konvülsiyonlar konusunda ebeveyn veya bakım verenlerin bilgi düzeyini ölçen standardize başka bir ölçeğe rastlanmamıştır. Ancak Huang ve arkadaşları (2006)

tarafından geliştirilen “Ebeveynlerin Febril Konvülsiyonlara Yönelik Bilgi, Tutum, Endişe ve Uygulama Düzeylerini Değerlendirme Anketi (KACP)” mevcuttur.^{116,117} Ölçüm araçlarının kısıtlılığı nedeniyle literatür taraması sırasında da yeterli araştırmaya ulaşamamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların febril konvülsiyon bilgi düzeyi ortalaması $24,4 \pm 4,8$ olarak bulunmuştur. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olanlarda, çalışanlarda, sağlık profesyonellerinde, ateşi doğru tanımlayabilenlerde beklenildiği gibi FKÖ puanları yüksektir. Toksöz ve arkadaşlarının 2023 yılında Türkiye’de gerçekleştirdiği ve Türkiye genelinde uygulanan çevrim içi çalışmada, 984 gönüllü ebeveyn/bakıcı katılımcının ortalaması ise $24,54 \pm 5,25$ olarak bildirilmiştir. Liu ve arkadaşlarının 2024 yılında Çin’de yaptığı çalışmada ise 402 katılımcının bilgi düzeyi ortalaması $21,64 \pm 4,90$ olarak raporlanmıştır.^{6,97} Bu sonuçlar, çalışmamızdaki katılımcıların FK bilgi düzeylerini literatürdeki benzer çalışmalarla büyük ölçüde uyumlu olduğunu göstermektedir. Toksöz ve ark.’nın bildirdiği ortalama ile nerdeyse eşdeğer bir düzey saptanması çalışmamızın örnekleminin bilgi düzeyi açısından benzer sosyodemografik özelliklere sahip olabileceğini düşündürmektedir.⁶ Liu ve ark.’nın daha düşük ortalama bildirilmesi kültürel farklılıklar, sağlık okuryazarlığı düzeyi, eğitim müdahaleleri veya çalışmaya dahil edilen popülasyon özelliklerindeki diğer farklılıklarla ilişkili olabilir.⁹⁷

5.4. EASM’ ye başvuran ebeveynlerin siberkondri düzeyleri nasıldır?

Türkiye’de yapılan benzer çalışmalara göz atıldığında İstanbul’da, hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada; çalışmaya dahil edilen 488 öğrencinin siberkondri puan ortalamaları 32,5 olarak belirlenmiştir.⁹⁸ Ayrıca EASM bölgemizde yapılan başka bir çalışmada ise Hayta ve ark. 350 anne üzerinde çalıştılar ve siberkondri puan ortalamalarını 30,8 olarak buldular.⁹⁹ Çalışmamızda 256 ebeveynin puan ortalamaları 28,7 olarak bulundu. Puan ortalamalarının benzer olduğu göze çarpmaktadır. Hayta’ dan farklı olarak örneklem grubumuzda babaların da dahil edilmesi puan ortalamalarında kısmi düşüklüğe neden olmuş olabilir.

5.5. Ebeveynlerde siberkondri düzeyi ile ateş yönetimi davranışları arasında bir ilişki var mıdır?

İnternet kullanımının yaygın olması yanlış bilgilendirmelerin olduğu kaynakların kullanımı riskini de beraberinde getirmektedir. Çocuklardaki ateş semptomu ile ilgili yanlış bilgiler ebeveynlerde yersiz kaygılar oluşmasına neden olabilmektedir. Herman ve ark. yürüttükleri çalışmada ebeveynlerin basit bir sağlık okuryazarlığı müdahalesi ile sağlık kaynaklarının internet yerine sağlıkla ilgili dergi, makale ve kitaplara dönüşebildiği ve ateş yönetimini kendi kendilerine (%89 oranda), hekim müracaatı yapmadan gerçekleştirdiklerini ortaya koymuşlardır.¹⁰⁰ Dong ve ark. 2015 yılında ateş korkusuyla ilgili yaptıkları çalışmalarında internetin esas bilgi kaynağı olarak önemli oranda kullanıldığını ve bunun ateş korkusunu tetiklediğini göstermişlerdir.¹⁰¹ İnternetin dezenformasyona neden olduğuna dair kanıtlar her alanda çalışmalara konu olmaktadır.^{76,102}

Çevrimiçi sağlık bilgisi arayışı ve çevrimiçi sağlık kaygısının dışavurumu olan siberkondrinin ebeveynlerin çocuklarındaki ateş semptomunu yönetmelerini etkileyip etkilemediği çalışmamızın araştırma sorularından birini oluşturmaktaydı. Ebeveynlerin çocuklarla ilgili kritik karar alma süreçleri söz konusu olduğunda interneti bir bilgi arama aracı olarak kullanma prevalansı (%91) yüksektir. Yüksek seviyelerdeki siberkondri şiddeti; kendi kendine çocuğuna tedavi başlama ve sağlıkla ilgili kararlar alma gibi konularda ebeveynleri yanlış yönlendirebilmektedir.¹⁰³ Toplumda siberkondri ya da sağlık kaygısı durumu, hastalıklar ya da semptomların iyi yönetilememesine neden olabilmektedir. Top ve ark.'nın 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada ebeveynlerdeki yüksek siberkondri puanlarının son bir yıl içindeki çocuk acil başvurularını arttırdığı gözlenmiştir. Yüksek siberkondri puanlarının özellikle aşırılık alt ölçeği ile ilişkili olduğu bulunmuştur.¹⁰⁴

Avçin ve ark. pandemi döneminde ebeveynlerde yaptıkları çalışmada; 4 ve üzeri çocuk sayısı, kronik hastalık varlığı, ilkökul mezunu olma, ekonomik olarak kötü durumda olma, evliliğin devam etmemesi durumu yüksek siberkondri puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Yine aynı çalışmada yaş grupları arasında siberkondri puanları anlamlı olarak farklıydı.¹⁰⁵ Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi siberkondriyi etkilemedi ve Avçin ve ark.'nın çalışmalarından farklı olarak çocuk sayısı da etkili değildi.¹⁰⁵ Ancak ilk çocuktan sonra geçen süre siberkondriyi azalttı, evlilik süresi, yaş da benzer şekilde etkiledi. Aile tipinin geniş olmasının da siberkondriye puanlarını düşürdüğü görülmüştür.

Siberkondri ile ilgili literatürde birçok araştırma bulunmakla beraber ebeveyn ateş yönetimi ile ilişkisi ilk kez çalışmamızda incelendi. Özellikle CSS-12 formunun kullanıldığı çeşitli çalışmalara baktığımızda Rize’de, 2025 yılında, 400 hasta ile yapılan çalışmada hemotolojik hastalıkları olan kişilerin siberkondri düzeyleri yüksek bulundu.¹⁰⁶ Amanak, K. ve Bilgiç, FS. 149 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada regresyon analizi sonucunda, gebelerde siberkondri şiddetinin gebeliğe ilişkin anksiyeteyi, belirsizliğe tahammülsüzlüğü ve doğum korkusunu artırdığını göstermektedir.¹⁰⁷ Allerji immünoloji hastalıkları tanılı 550 hasta üzerinden yapılan çalışma ise; siberkondri düzeyindeki artışın, allerji ve immünoloji hastalarında sağlık anksiyetesi ve hastalık yükünün yükselmesine neden olduğunu göstermektedir.¹⁰⁸ Başka bir çalışmada ise 51 stabil astım hastasında sağlık anksiyetesi ile siberkondri şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterildi.¹⁰⁹ Siberkondri ve Covid 19 üzerine, 651 gönüllü ile yapılan çalışmada ise dürtüsellik, COVID-19 korkusu ve siberkondri arasındaki anlamlı ilişkiler olduğu bulundu.¹¹⁰ Yine 572 İtalyan katılımcı ile yapılan bir başka çalışmada bulgular, obsesif-kompulsif belirtiler ve internet bağımlılığının siberkondri ile sağlık anksiyetesi ve siberkondri ile anksiyete arasındaki ilişkilerde kısmi aracılık, siberkondri ile depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerde ise tam aracılık üstlendiğini göstermiştir. Ayrıca COVID-19 anksiyetesinin siberkondri ile anksiyete arasındaki ilişkiyi düzenlediği belirlenmiştir.¹¹¹ Top ve ark. yaptıkları çalışmada ebeveynlerde siberkondri ve ebeveynlerin aşılarda tutumları arasındaki ilişkiyi araştırdılar. Ebeveynlerin 1/3’ünde aşı tereddüdü olduğu ve bu durumda siberkondrinin etkisi olduğu tespit edildi.¹¹² Bizim çalışmamızda siberkondrinin ebeveyn ateş yönetimini etkilemediği görüldü. Ancak çalışmamızın kesitsel tipte olduğu ve EASM başvuruları ile sınırlı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Aşırı kaygılı ebeveynlerin acillere ya da pediatri uzmanlarına müracaat etmiş olabilecekleri dikkate alınmalıdır.

Çalışmamızda ilk çocuktan sonra geçen sürenin, evlilik süresinin, yaşın ilerlemesinin siberkondriyi azalttığı gözlemlendi. Bu bulgu ebeveynlik deneyiminin artması nedeniyle olmuş olabilir şeklinde yorumlandı.

5.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Çalışmamız EASM bölgesiyle sınırlı olması nedeniyle kısıtlıdır. Bir başka kısıtlılık ise, siberkondri çalışılırken tanılı herhangi bir psikiyatrik hastalığın sorgulanmaması kabul

edilebilir. Ancak standardize ölçekler kullanılarak, konuyu araştırırken özgöl ve duyarlı olunmaya çalışılması güçlü yön olarak ortaya çıkmaktadır. Kesitsel bir çalışma olması nedeniyle siberkondri, FK bilgisi ve ateş tutumlarının hangisinin önce gerçekleştiğı ortaya konulamayacağından, nedenselliğı dikkatli yaklaşılmalıdır. Grupların bir müddet izlenebileceğı bir çalışmada ya da müdahale çalışmalarıyla desteklenmesi sonuçları daha fazla somutlaştıracaktır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda her iki ebeveyninden birinin ateşi objektif bir şekilde anlamadığı ortaya konulmuştur. EASM bölgesi eğitim düzeyi olarak iyi bir seviyedir. Bu nedenle katılımcıların yarısından fazlasının ateşin tanımını doğru yapmış olması iyi bir oran gibi görünse de; ebeveynlerin önemli bir kısmının ateşin tanımını doğru yapmadığını ve bu durumun da ebeveynlerin ateş yönetimi ile ilgili yaklaşımlarındaki sorunların temeli olabileceğini düşündürmektedir. Ailelerin başta sağlık sistemlerine başvuruları ve hizmet basamaklarının gereksiz meşgul edilmesi olmak üzere, hatalı ve kendi başına gereksiz ilaç kullanımı ve ebeveynlerin üzerine aldıkları gereksiz yükler gibi çok farklı sorunlar ortaya çıktığı görülmektedir. Ebeveynlerin önemli bir kısmı, EASM'ye başvuru yerine bir acil servis ya da pediatrist başvurusu düşünerek, ASM' nin ateş yönetimindeki rolünü yeterince algılayamamıştır.

Özellikle FK hakkındaki bilgiler kısıtlıdır ve ebeveyn ateş yönetimi için önemli bir problem teşkil etmektedir. FK hakkındaki bilginin ateş yönetimine doğrudan etki etmesi, ebeveynlere FK hakkında iyi bir rehberlik sağlanmasının stratejik olduğunu fark ettirmektedir. FK alanında planlı bir eğitimin etkili ateş yönetimini mutlaka olumlu anlamda etkileyecek ve çocukluk çağı ateşinin ebeveynlere ve sağlık sistemine getirdiği yükleri azaltmaya yardımcı olacaktır. Çalışmamızın bulguları, FK bilgisi üzerine yapılacak sağlık okuryazarlığı projelerini ve müdahale çalışmalarını destekler niteliktedir.

Sağlığın genel belirleyicilerinden olan sosyoekonomik düzeyin ateş yönetiminde etkili olduğu açıktır. Gelir durum algısı iyi olanlarda, çocukluk çağı ateşinin ebeveynlere getirdiği yükleri azaltmaktadır. Bizzat gelir algısı yüksek olanlar göz önüne alındığı takdirde; düşük sosyoekonomik düzey direkt kötü bir ebeveyn ateş yönetimi ile ilişkilidir ve fazla yüke neden olmaktadır. Aile hekimleri,, çocukluk çağı ateşi ile başvuran ebeveynleri, sosyoekonomik anlamda değerlendirebilirse, sağlık sektörüne ve ebeveynlere yönelik oluşabilecek aşırı ve gereksiz yükleri azaltabilir.

Siberkondri düzeyleri; çeşitli sosyal, ekonomik ve kişisel faktörlerden etkilenmektedir. Siberkondri birçok farklı alanlarda kaygıları başlatan ya da arttıran bir niteliktedir ve çocukluk çağı ateş yönetiminde de önemli bir etki oluşturmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Kadish HA, Loveridget B, Tobeyt J, Bolte RG, Corneli HM. Applying outpatient protocols in febrile infants 1-28 days of age: can the threshold be lowered? *Clinical pediatrics* **2000**;39(2):81-88.
2. Ju HO, McElmurry BJ, Park CG, McCreary L, Kim M, Kim EJ. Anxiety and uncertainty in Korean mothers of children with febrile convulsion: cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing* **2011**;20(9-10):1490-1497.
3. Kolahi A-A, Tahmoorezadeh S. First febrile convulsions: inquiry about the knowledge, attitudes and concerns of the patients' mothers. *European journal of pediatrics* **2009**;168(2):167-171.
4. Sadleir LG, Scheffer IE. Febrile seizures. *Bmj* **2007**;334(7588):307-311.
5. 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.
6. Toksoz F, Acikgoz A, Mutlu FS, Sayik D. Febrile convulsion knowledge scale for parents/caregivers: A validity and reliability study. *Journal of Pediatric Nursing* **2023**;73:e509-e515.
7. Tunçer GÖ, Akkoç DC, Albayrak P, Kutluk MG, Teber S, Deda G. Febril Konvülsiyon Hakkında Hasta Yakınlarının Bilgi, Kaygı ve Düşünceleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* **2021**;15(1):19-23.
8. Loos A. Cyberchondria: too much information for the health anxious patient? *Journal of Consumer Health on the Internet* **2013**;17(4):439-445.
9. Yam FC, Korkmaz O, Griffiths MD. The association between fear of Covid-19 and smartphone addiction among individuals: the mediating and moderating role of cyberchondria severity. *Current Psychology* **2023**;42(3):2377-2390.
10. Balli S, Shumway KR, Sharan S. Physiology, fever. *StatPearls [Internet]*: StatPearls Publishing; 2023.
11. Ward MA. Fever in infants and children: Pathophysiology and management. *UpToDate [Internet]* **2019**.
12. Hussain SM, Al-Wutayd O, Aldosary AH, et al. Knowledge, attitude, and practice in management of childhood fever among Saudi parents. *Global Pediatric Health* **2020**;7:2333794X20931613.
13. Rose E. Pediatric fever. *Emergency Medicine Clinics* **2021**;39(3):627-639.
14. Control CfD, Prevention. Definitions of symptoms for reportable illnesses. *National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. Division of Global Migration and Quarantine* **2020**;1.
15. Hacımustafaoğlu M. Ateş; klinik kullanımda tanımlamalar. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi* **2018**;12(1):40-41.
16. Carroll J, Klein N. *Clinical manual of fever in children*: Springer; 2019.

17. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BM. *Nelson textbook of pediatrics e-book*: Elsevier Health Sciences; 2007.
18. El-Radhi AS, Carroll J, Klein N. *Clinical manual of fever in children*: Springer; 2009.
19. Kayıran SM. Ateşli Çocuğa Yaklaşım. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi* **2020**;12(3):154-157.
20. Teller J, Ragazzi M, Simonetti G, Lava S. Accuracy of tympanic and forehead thermometers in private paediatric practice. *Acta paediatrica* **2014**;103(2):e80-e83.
21. Waly EH, Bakry HM. Assessment of Egyptian mothers' knowledge and domestic management practices of fever in preschool children in Zagazig City, Sharkia Governorate. *Children* **2022**;9(3):349.
22. Özealp F. *Çocuk yaş gruplarında ateş ölçme yöntemlerinin karşılaştırılması*2015.
23. Çınar V. *Ebeveynlerde Covid-19 Obsesyonu ve Korkusunun Çocuklarının Ateş Yönetimine Etkisi*2024.
24. Özdoğan A. *Ateş yönetimi eğitiminin annelerin ateş ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına etkinliğinin değerlendirilmesi*2024.
25. Corneli HM, KADISH H. Hypothermia in children: clinical manifestations and diagnosis2015.
26. Göbekli A, Güney R. 0-5 yaş grubu çocuklarda ateş yönetimi: Güncel yaklaşımlar. *Journal of Health Sciences and Management* **2022**;2(2):33-39.
27. Dwivedi A. Aetiological profile of fever in neonatal and paediatric population in hospital setting. **2019**.
28. Prasad N, Murdoch DR, Reyburn H, Crump JA. Etiology of severe febrile illness in low-and middle-income countries: a systematic review. *PloS one* **2015**;10(6):e0127962.
29. Bonsu BK, Harper MB. Fever interval before diagnosis, prior antibiotic treatment, and clinical outcome for young children with bacterial meningitis. *Clinical infectious diseases* **2001**;32(4):566-572.
30. Üzümlü Ö, Manyas H, Yıldız K, Bağcıroğlu A, Kasap-Demir B. Protracted Febrile Myalgia Associated with Fever of Unknown Origin. **2020**.
31. Opara N, Opara NU. Typhoid fever and helminth coinfection: a pediatric case report. *Cureus* **2021**;13(11).
32. Chien Y-L, Huang F-L, Huang C-M, Chen P-Y. Clinical approach to fever of unknown origin in children. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* **2017**;50(6):893-898.
33. Tiogouo E, Eloundou P, Moukodi H, Fozu L, Wafeu GS. Atypical clinical presentation of systemic juvenile idiopathic arthritis or Still' s disease: a report of two cases. *Pan African Medical Journal* **2020**;36(1).
34. Barbi E, Marzuillo P, Neri E, Naviglio S, Krauss BS. Fever in children: pearls and pitfalls. *Children* **2017**;4(9):81.
35. Abokyi LN, Asante KP, Mahama E, et al. Use of Antimalarial in the Management of Fever during a Community Survey in the Kintampo Districts of Ghana. *PloS one* **2015**;10(11):e0142106.

36. Cioffredi L-A, Jhaveri R. Evaluation and management of febrile children: a review. *JAMA pediatrics* **2016**;170(8):794-800.
37. POLAT S, BEYAZOVA U. Çocukluk çağında ateşli hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Infectious Diseases-Special Topics* **2009**;2(1):49-56.
38. Nerkiz P, Doğaner YÇ, Aydoğan Ü, et al. Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş bilinç durumu. *Eurasian Journal of Family Medicine* **2012**;1(1):11-16.
39. Rodriguez DM, Nesiamia J, Wang VJ. Fever and serious bacterial illness in infants and children. *Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide. 9th ed. McGraw-Hill Education* **2020**.
40. Oluchi SE, Manaf RA, Ismail S, Udeani TK. Predictors of health-seeking behavior for fever cases among caregivers of under-five children in malaria-endemic area of Imo State, Nigeria. *International journal of environmental research and public health* **2019**;16(19):3752.
41. Tariverdi M, Bolouki SS, Tamaddondar M, Rahmati MB, Mohammadian M, Satarzadeh M. How do parents manage their children's fever? A cross-sectional study related to mothers' knowledge. **2023**.
42. Boulant JA. Role of the preoptic-anterior hypothalamus in thermoregulation and fever. *Clinical infectious diseases* **2000**;31(Supplement_5):S157-S161.
43. Sullivan JE, Farrar HC, Pharmacology SoC, Therapeutics, Drugs Co. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics* **2011**;127(3):e20103852.
44. Evans SS, Repasky EA, Fisher DT. Fever and the thermal regulation of immunity: the immune system feels the heat. *Nature Reviews Immunology* **2015**;15(6):335-349.
45. Earn DJ, Andrews PW, Bolker BM. Population-level effects of suppressing fever. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences* **2014**;281(1778):20132570.
46. Soehnlein O, Lindbom L. Phagocyte partnership during the onset and resolution of inflammation. *Nature Reviews Immunology* **2010**;10(6):427-439.
47. Çaka SY, Çınar N, Altınkaynak S. Ateşli çocuğa yaklaşım. *Journal of Human Rhythm* **2015**;1(4):133-138.
48. Edwards H, Courtney M, Wilson J, Monaghan S, Walsh A. Fever management audit: Australian nurses' antipyretic usage. *Pediatric nursing* **2003**;29(1):31-37.
49. Gülcan MK. Çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. **2020**.
50. Odabaşoğlu E, Koyun M, Uzşen H, Büyük ET. Ateş şikayeti ile acile başvuran ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımı. *Anatolian Journal of Health Research* **2024**;5(1):36-41.
51. Zaniboni D, Ceretti E, Gelatti U, Pezzotti M, Covolo L. Antibiotic resistance: is knowledge the only driver for awareness and appropriate use of antibiotics. *Ann Ig* **2021**;33(1):21-30.
52. Esenay Fİ, İşler A, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G. Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu Orijinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi* **2007**;42(2):57-60.

53. Korkut Y, Emre A, Ayada C. Evaluation of the knowledge, attitudes, and behaviors of antibiotics usage at the parents living in the Aegean part of Turkey. *Konuralp Medical Journal* **2019**;11(3):350-355.
54. ILAE.
55. Patterson JL, Carapetian SA, Hageman JR, Kelley KR. Febrile seizures. *Pediatric annals* **2013**;42(12):e258-e263.
56. Pediatrics AAo. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics* **2011**;127(2):389-394.
57. Aydin A, Ergor A, Ozkan H. Effects of sociodemographic factors on febrile convulsion prevalence. *Pediatrics international* **2008**;50(2):216-220.
58. Cross JH. Fever and fever-related epilepsies. *Epilepsia* **2012**;53:3-8.
59. Qulu L, Daniels WM, Mabandla MV. Exposure to prenatal stress enhances the development of seizures in young rats. *Metabolic brain disease* **2012**;27(3):399-404.
60. Kang B, Kwon YS. Benign convulsion with mild gastroenteritis. *Korean journal of pediatrics* **2014**;57(7):304.
61. Principi N, Esposito S. Vaccines and febrile seizures. *Expert review of vaccines* **2013**;12(8):885-892.
62. Pruna D, Balestri P, Zamponi N, et al. Epilepsy and vaccinations: Italian guidelines. *Epilepsia* **2013**;54:13-22.
63. Francis JR, Richmond P, Robins C, et al. An observational study of febrile seizures: the importance of viral infection and immunization. *BMC pediatrics* **2016**;16(1):202.
64. Li J, Olsen J, Obel C, Christensen J, Precht DH, Vestergaard M. Prenatal stress and risk of febrile seizures in children: a nationwide longitudinal study in Denmark. *Journal of autism and developmental disorders* **2009**;39(7):1047-1052.
65. Kwak BO, Kim K, Kim S-N, Lee R. Relationship between iron deficiency anemia and febrile seizures in children: A systematic review and meta-analysis. *Seizure* **2017**;52:27-34.
66. Clericetti CM, Milani GP, Bianchetti MG, et al. Systematic review finds that fever phobia is a worldwide issue among caregivers and healthcare providers. *Acta Paediatrica* **2019**;108(8):1393-1397.
67. Zheng H, Sin S-CJ, Kim HK, Theng Y-L. Cyberchondria: a systematic review. *Internet Research* **2021**;31(2):677-698.
68. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc* **2013**;21(21):591-643.
69. Birligi AP. Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı. *Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara* **2013**:129-131.
70. Uzun SU, Zencir M. Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale. *Current Psychology* **2021**;40(1):65-71.

71. Menon V, Kar SK, Tripathi A, Nebhinani N, Varadharajan N. Cyberchondria: conceptual relation with health anxiety, assessment, management and prevention. *Asian Journal of Psychiatry* **2020**;53:102225.
72. Tarhan N, Tutgun-ünal A, Ekinci Y. Yeni kuşak hastalığı siberkondri: Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *OPUS International Journal of Society Researches* **2021**;17(37):4253-4297.
73. Özyıldız KH, Alkan A. Akademisyenlerin sağlık anksiyeteleri ile siberkondri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* **2022**;13(33):309-324.
74. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert review of neurotherapeutics* **2013**;13(2):205-213.
75. Demirhan H, Eke E. Sağlık bilgisi arama davranışı açısından dijitalleşmenin etkileri: Siberkondri hastalığı üzerine bir inceleme. *International Journal of Health Sociology* **2021**;1(1):1-18.
76. Şahin M, Kaya E. Understandability and actionability of education materials about syphilis on YouTube. *Sexuality Research and Social Policy* **2022**;19(4):1989-1995.
77. Walsh A, Edwards H, Fraser J. Over-the-counter medication use for childhood fever: a cross-sectional study of Australian parents. *Journal of paediatrics and child health* **2007**;43(9):601-606.
78. Altun İ, Cinar ND, Walsh A. Psychometric properties of the parents' fever management scale in a Turkish population. *HealthMED* **2011**;5(3):567-575.
79. McElroy E, Kearney M, Touhey J, Evans J, Cooke Y, Shevlin M. The CSS-12: Development and validation of a short-form version of the cyberchondria severity scale. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* **2019**;22(5):330-335.
80. El-Gamal F, Mdari J, Abdulrahim H. Causes and clinical aspects of fever in patients visiting primary healthcare. *Middle East Journal of Family Medicine* **2020**;7:10-23.
81. Ames NJ, Powers JH, Ranucci A, et al. A systematic approach for studying the signs and symptoms of fever in adult patients: the fever assessment tool (FAST). *Health and quality of life outcomes* **2017**;15(1):84.
82. Jafari S, Fatollahzadeh A, Ghiasvand F, Seifi A. Epidemiology of causes of fever of unknown origin in an Academic Center: a five-year evaluation from 2009 to 2014. *Archives of Clinical Infectious Diseases* **2018**;13(5).
83. Guillebaud J, Bernardson B, Randriambolamanantsoa TH, et al. Study on causes of fever in primary healthcare center uncovers pathogens of public health concern in Madagascar. *PLoS neglected tropical diseases* **2018**;12(7):e0006642.
84. Strumiło J, Chlabicz S, Pytel-Krolczuk B, Marcinowicz L, Rogowska-Szadkowska D, Milewska AJ. Combined assessment of clinical and patient factors on doctors' decisions to prescribe antibiotics. *BMC family practice* **2016**;17(1):63.
85. Yüksel A. Characteristics of pediatric emergency patients in a Turkish tertiary-level hospital: A 1-year cross-sectional study. *SAGE Open Medicine* **2022**;10:20503121221135401.
86. Al-Eissa Y, Al-Zamil F, Al-Sanie A, et al. Home management of fever in children: rational or ritual? *International journal of clinical practice* **2000**;54(3):138-142.

87. Ahronheim SR, McGillivray D, Barbic S, et al. Expectant parents' understanding of the implications and management of fever in the neonate. *PLoS One* **2015**;10(4):e0120959.
88. Singhi S, Padmini P, Sood V. Urban parents' understanding of fever in children: its dangers, and treatment practices. *Indian pediatrics* **1991**;28(5):501-505.
89. Hiller MG, Caffery MS, Bégué RE. A survey about fever knowledge, attitudes, and practices among parents. *Clinical pediatrics* **2019**;58(6):677-680.
90. Talebi S, Shahrabadi H, VAHIDI SA, Talebi S, Siyavoshi M. MOTHERS' MANAGEMENT OF FEVER OF CHILDREN IN SABZEVAR. **2016**.
91. Helgadóttir HL, Wilson ME. Parents' knowledge and choice of paracetamol dosing forms in 3-to 6-year-old children. *Scandinavian journal of caring sciences* **2008**;22(1):93-97.
92. Kutlu R. Evaluation of fever management and rational drug use in mothers of children under the age of five. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine* **2022**;85(3):404-415.
93. Menekşe D, Tiryaki Ö, Çınar N. Determination of the relationship between parents' health literacy and fever management of their children: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing* **2025**;81(2):867-877.
94. Gulcan MK, Sahiner NC. Determining the fever-related knowledge and practices of mothers with children aged 1–5 years presenting to a child emergency service with fever complaints in Türkiye. *Journal of Pediatric Nursing* **2023**;69:e13-e20.
95. Hew YH, Blebil AQ, Dujaili JA, Khan TM. Assessment of knowledge and practices of parents regarding childhood fever management in Kuala Lumpur, Malaysia. *Drugs & Therapy Perspectives* **2019**;35(1):29-35.
96. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *American journal of diseases of children* **1980**;134(2):176-181.
97. Liu Y, Zhang L, Yan X, Wang X, Huang Y. Psychometric evaluation of the Chinese version of the febrile convulsion knowledge scale for parents/caregivers: translation and validation study. *BMC nursing* **2024**;23(1):402.
98. Gergin A, Koyuncu İE, Balcı S. Determination of cyberchondria levels of late adolescents and the factors affecting these levels. *Archives of Psychiatric Nursing* **2025**:151889.
99. Hayta O. Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Annelerin Siberkondri ve Çocuklarının Sağlığıyla İlişkili İnternet Araştırması Yapma Düzeylerinin İncelenmesi **2025**.
100. Herman A, Young KD, Espitia D, Fu N, Farshidi A. Impact of a health literacy intervention on pediatric emergency department use. *Pediatric emergency care* **2009**;25(7):434-438.
101. Dong L, Jin J, Lu Y, Jiang L, Shan X. Fever phobia: a comparison survey between caregivers in the inpatient ward and caregivers at the outpatient department in a children's hospital in China. *BMC pediatrics* **2015**;15(1):163.
102. Kaya E, Şahin M. YouTube as a source of information about air pollution. *Aerosol Science and Engineering* **2022**;6(2):155-160.
103. Ergün Özdel Z, Özkaya G, Türe Ş. Parental health information seeking online: How cyberchondria and health literacy shape pediatric health decisions. *Archivos argentinos de pediatria* **2025**.

104. Üstüner Top F, Kaya B. The Relationship between Parents' Use of the Pediatric Emergency Department and Cyberchondria. *Clinical Pediatrics* **2025**;64(7):996-1006.
105. Avçin E, Can Ş. The relationship between the stress experienced by parents and cyberchondria during the pandemic process. *Library Hi Tech* **2022**;40(2):548-568.
106. İlkilic K, Evcen R. Cyberchondria and Health Anxiety in Patients Visiting Hematology Outpatient Clinic: Reflection of Digitalisation. *Journal of Clinical Medicine* **2025**;14(19):6795.
107. Amanak K, Şule Bilgiç F. Cyberchondria and pregnancy-related anxiety: multidimensional assessment of Health anxiety, sensitivity, uncertainty, and fear of childbirth in pregnant women. *Psychology, Health & Medicine* **2025**:1-15.
108. Evcen R, Çölkesen F, Yıldız E, et al. Cyberchondria and health anxiety in allergy and immunology. *Alergologia Polska-Polish Journal of Allergology* **2024**;11(1).
109. Durak B, Kaya A. Correlating cyberchondria and health anxiety: demographic insights from stable asthma patients. *Faculty of Medicine, Hitit University, Çorum, Türkiye* **2023**;2(4).
110. Eşkisü M, Çam Z, Boysan M. Health-related cognitions and metacognitions indirectly contribute to the relationships between impulsivity, fear of COVID-19, and Cyberchondria. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* **2024**;42(1):110-132.
111. Ambrosini F, Truzoli R, Vismara M, Vitella D, Biolcati R. The effect of cyberchondria on anxiety, depression and quality of life during COVID-19: the mediational role of obsessive-compulsive symptoms and Internet addiction. *Heliyon* **2022**;8(5).
112. Top FU, Çevik C, Güneş NB. The relation between digital literacy, cyberchondria, and parents' attitudes to childhood vaccines. *Journal of Pediatric Nursing* **2023**;70:12-19.