T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

ÇOCUK ACİL SERVİSTE ANNELERE VERİLEN VİDEO TEMELLİ EĞİTİMİN ATEŞ YÖNETİMİNE ETKİSİ

Emel ODABAŞOĞLU

DANIŞMAN
Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

Haziran, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Emel ODABAŞOĞLU tarafından, **Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR** danışmanlığında hazırlanan **ÇOCUK ACİL SERVİSTE ANNELERE VERİLEN VİDEO TEMELLİ EĞİTİMİN ATEŞ YÖNETİMİNE ETKİSİ** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **30/05/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Suzan YILDIZ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Gülçin BOZKURT İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Ebelik Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Esra KARACA Beykent Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Ayşe KARAKOÇ Marmara Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Emel ODABAŞOĞLU

(İmza)

Tüm varlığım olan canım aileme ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

ÇOCUK ACİL SERVİSTE ANNELERE VERİLEN VİDEO TEMELLİ EĞİTİMİN ATEŞ YÖNETİMİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca, "tezimin tüm aşamalarında rehberlik eden, bilgi ve engin tecrübeleriyle yol gösteren, desteğini ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR'a",

Tez izlem komitesinde yer alan tezime görüş ve önerileriyle katkı sağlayan çok değerli hocalarım, Sayın Prof. Dr. Suzan YILDIZ ve Sayın Prof. Dr. Gülçin BOZKURT'a

Doktora eğitimim boyunca gelişimimi destekleyen değerli Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Sayın Prof. Dr. Suzan Yıldız, Sayın Prof. Dr. Duygu GÖZEN, Sayın Doç. Dr. Serap BALCI ve Sayın Doç. Dr. Birsen MUTLU'ya,

Hiçbir desteğini esirgemeyen ve her zaman gelişimimi destekleyen çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU ve Sayın Doç. Dr. Esra TURAL BÜYÜK'e,

Çalışmama katılmayı kabul eden çok değerli annelere,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan değerli annem Zeliha ODABAŞOĞLU'na, babam Yılmaz ODABAŞOĞLU'na ve kardeşim Şirin ODABAŞOĞLU'na,

Sonsuz teşekkür ederim.

Haziran 2023 Emel ODABAŞOĞLU

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **x**
TABLO LİSTESİ ..... **xi**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xii**
ÖZET ..... **xiv**
ABSTRACT ..... **xvi**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **4**
2.1. ATEŞİN TANIMI……5
2.2. ATEŞİN TARİHÇESİ……..5
2.3. ATEŞİN FİZYOPATALOJİSİ……6
2.4. ATEŞİN ETİYOLOJİSİ……...6
2.5. ATEŞİN SINIFLANDIRILMASI……7
2.6. ATEŞİN ETKİLERİ……8
2.7. ÇOCUKLARDA VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ……8
2.8. ÇOCUKLARDA ATEŞ YÖNETİMİ……10
2.8.1. Farmakolojik Ateş Yönetimi……...11
2.8.2. Nonfarmakolojik Ateş Yönetimi……12
2.9. ATEŞ YÖNETİMİNDE KULLANILAN EĞİTİM YÖNTEMLERİ……14
2.10. ATEŞ YÖNETİMİNDE ÇOCUK HEMŞİRESİNİN SORUMLULUKLARI…….15
3. YÖNTEM **17**
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ……17
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ……...17
3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ…….……..17
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN……17

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ……...19
3.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri……..19
3.5.2. Dışlama Kriterleri……19
3.6. VERİ TOPLAMA FORMLARI VE ARAÇLARI…….....21
3.6.1. Ateş Yönetimi Bilgi ve Uygulama Düzeyi Formu……..21
3.6.2. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği- EAYÖ (Parents' Fever Management Scale-Tr – PFMS TR)…….22
3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI……...22
3.7.1. Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitim Video İçeriğinin Değerlendirilmesi…….22
3.7.2. Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitim Videosunun Değerlendirilmesi……24
3.8. VERİ TOPLANMA SÜRECİ……27
3.8.1. Video Temelli Eğitim Grubu……..27
3.8.2. Kontrol Grubu…….27
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ……30
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ……30
3.11. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ……31
3.11.1. Güçlü Yönleri……31
3.11.2. Sınırlılıkları……31
3.11.3. Güçlükleri……..31
4. BULGULAR..... 32
4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması……33
4.2. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması……..35
4.3. Annelerin Ateş Yönetimi Hakkındaki Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……37
4.4. Annelerin Ateş Yönetimi Hakkındaki Uygulama Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……39
4.5. Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…..41
4.6. Annelerin Ateş Yönetimi Bilgi Düzeyi, Uygulama Düzeyi ve EAYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı……...43
5. TARTIŞMA..... 44
5.1. Annelerin ve Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması……45
5.2. Annelerin Ateş Yönetimi Hakkındaki Bilgi ve Uygulama Düzeyi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması……...46
5.3. Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması……49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 51
KAYNAKLAR..... 53
EKLER..... 64

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 88
ETİK KURUL İZİN YAZISI 89
KURUM İZNİ YAZILARI 91
ÖZGEÇMİŞ 94

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 3.1: Consort akış diagramı (Consolidated standarts of reporting trials, 2010)……20

Şekil 3.2: Araştırmanın akış şeması……..29

Şekil 4.1: Annelerin ateş yönetimi bilgi düzeyi puan ortalamaları……..37

Şekil 4.2: Annelerin ateş yönetimi uygulama düzeyi puan ortalamaları……..39

Şekil 4.3: Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları……..41

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1: Ateş yönetimi bilgi ve uygulama düzeyi değerlendirme formları ve ölçek iç tutarlılık katsayıları ……..22

Tablo 3.2: "Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi" videosunun içeriğine yönelik uzman görüşleri puan ortalaması ve kendall uyumu.....23

Tablo 3.3: Discern ölçeğine göre ''Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi'' videosunun kalitesi ve güvenirliğine yönelik uzman görüşleri puan ortalaması ve kendall uyumu ……25

Tablo 4.1: Annelerin tanıtıcı özellikleri…….....33

Tablo 4.2: Çocukların tanıtıcı özellikleri…….35

Tablo 4.3: Annelerin ateş yönetimi bilgi düzeyi puan ortalamaları…….37

Tablo 4.4: Annelerin ateş yönetimi uygulama düzeyi puan ortalamaları……39

Tablo 4.5: Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları……41

Tablo 4.6: Annelerin 6. ay ateş yönetimi bilgi düzeyi, uygulama düzeyi ve EAYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki…….43

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler	Açıklama
Min-Max	: Minimum – Maksimum
F	: Karışık Desen ANOVA
n	: Örnekleme Alınan Anne/Çocuk Sayısı
N	: Evrendeki Anne/Çocuk Sayısı
η^2	**:** Etki büyüklüğü
p	: Anlamlılık Değeri
r	: Sperman Korelasyon Katsayısı
SS	: Standart Sapma Değeri
$\bar{x}$	: Ortalama
x^2	: Pearson Ki-kare
%	: Yüzde
α	: Alfa Katsayısı Değeri
Wa	: Kendall Uyum Katsayısı
ϕ	**:** Gruplar İçi Karşılaştırma
†	**:** Gruplar Arası Karşılaştırma
&	**:** İlk Ve Son Puan Farklarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Kısaltmalar	Açıklama
AAP	: American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
CONSORT	: Consolidated Standarts of Reporting Trials
CPS	: Canadian Paediatric Society
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DISCERN	: Quality of Criteria for Consumer Health Information
EAYÖ	: Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği
FMF	: Familial Mediterranean Fever (Ailevi Akdeniz Ateşi)
IAP	: Indian Academy of Pediatrics
KKK	: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak
MNT	: Medical News Today

MÖ : Milattan Önce

MS : Milattan Sonra

NICE : National Institute for Health and Care Exellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)

PFMS-TR : Parents' Fever Management Scale-Tr

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ)

ÖZET

[DOKTORA TEZİ]

[ÇOCUK ACİL SERVİSTE ANNELERE VERİLEN VİDEO TEMELLİ EĞİTİMİN ATEŞ YÖNETİMİNE ETKİSİ]

[Emel ODABAŞOĞLU]

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman : Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR

[Araştırma, çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran beş yaş altı çocuğa sahip annelere verilen video temelli eğitimin ateş yönetimine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü, randomize kontrollü deneysel tasarım tipinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, Mayıs-Kasım 2022 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin çocuk acil servisine ateş şikayeti ile başvuran çocukların anneleri, örneklemini ise örneklem seçim kriterleri kapsamındaki 94 anne oluşturdu (Video temelli eğitim grubu=47; Kontrol grubu=47). Verilerin toplanmasında "Ateş Yönetimi Bilgi ve Uygulama Düzeyi Formu" ve "Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği-EAYÖ (Parents' Fever Management Scale-Tr–PFMS-TR)" kullanıldı. Video temelli eğitim grubundaki annelere video temelli "ateşli çocuğa yaklaşım eğitimi", kontrol grubundaki annelere ise kliniğin standart prosedürü uygulandı. Randomizasyon yöntemi ile gruplara atanan annelere, eğitim öncesi (ön test) ve eğitim sonrası 1., 3., 6. aylarda (son test) olmak üzere toplam 4 kez izlem yapıldı. "Annelerin ve çocukların tanıtıcı özellikleri gruplar arasında benzerdi" ($p>0,05$). Kontrol grubundaki annelerin ateş yönetimi bilgi, uygulama ve Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında değişmediği ($p>0,05$), Video temelli eğitim grubundaki annelerin ise ateş yönetimi bilgi ve uygulama düzeyi puan ortalamaları ($p<0,001$) ve Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının ($p<0,001$) eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi. Video temelli eğitim grubundaki annelerin bilgi düzeyi ile uygulama düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Video temelli eğitim grubundaki annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği ile bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

Sonuç olarak “Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi” isimli video temelli eğitimin annelerin ateş yönetimine yönelik bilgi, uygulama ve tutumlarını arttırdığı gözlendi.
Video temelli ateş yönetimi eğitim videolarının çocuk acil servislerde ailelere izletilmesi ve sosyal platformlarda paylaşılarak daha geniş kitlelere ulaştırılması önerilmektedir.
Haziran 2023 [112. sayfa.

Anahtar kelimeler: [Ateş, Ateş Yönetimi, Çocuk, Çocuk Hemşireliği, Video Temelli Eğitim]

ABSTRACT

Ph.D. THESIS

THE EFFECT OF VİDEO-BASED EDUCATİON GİVEN TO MOTHERS ON FEVER MANAGEMENT İN PEDİATRİC EMERGENCY DEPARTMENT

Emel ODABAŞOĞLU

İstanbul University-Cerrahpaşa
Institute of Graduate Studies
Department of Child Health and Disease Nursing
Department of Child Health and Disease Nursing of Programme

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Seda ÇAĞLAR

The study was carried out in a "pretest-posttest control group, repeated measurement, randomized controlled experimental design type" in order to determine the effect of video-based training given to mothers with children under the age of five who applied to the pediatric emergency department with fever. The universe of the study consisted of mothers of children who applied to the pediatric emergency service of a Maternity and Child Health Hospital of the University of Sağlık Bilimleri with a complaint of fever between May and November 2022, and the sample consisted of 94 mothers within the scope of "sample selection criteria". (Video-based training group=47; Control group=47). In data collection, "Fever Management Information and Practice Level Form" and "Parents' Fever Management Scale-Tr-PFMS-TR" was used. Video-based "approach to the child with fever training" was applied to the mothers in the video-based training group, and the standard procedure of the clinic was applied to the mothers in the control group. The mothers who were assigned to the groups with the randomization method were followed up 4 times, before the training (pre-test) and at the 1st, 3rd and 6th months after the training (post-test). “The descriptive characteristics of mothers and children were similar between groups” ($p>0,05$). While the mean fever management knowledge, practice and the Parental Fever Management Scale mean scores of the mothers in the control group did not change before and after the education ($p>0,05$), the mean fever management knowledge and practice level ($p<0,001$) and Parental Fever Management Scale score averages ($p<0,001$) of the mothers in the video-based training group increased “statistically significantly” after the training. It was determined that there was a statistically significant and positive correlation between the knowledge level of the mothers in the video-based education group and the mean scores of the application level ($p<0,05$). It was determined that there was a statistically significant and positive correlation between Parental Fever Management Scale level of the mothers in the video-based education group and the mean scores of the knowledge level ($p<0,05$).

As a result, it was observed that the video-based training named "Approach to the Child with Fever Training" increased the mothers' fever management knowledge, practice and attitude scores for fever management.
It is recommended that video-based fever management training videoes' be shown to families in pediatric emergency departments and shared on social platforms to reach wider audiences.
June 2023, 112. pages.

Keywords: Fever, Fever Management, Child, Pediatric Nursing, Video Based Education

1. GİRİŞ

Çocukluk çağında en sık karşılaşılan ve birçok hastalığın belirtisi olan ateş; "vücut sıcaklığının normal sınırların üzerine çıkması" olarak tanımlanmaktadır (Vicens-Blanes ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022). Başka bir tanıma göre ateş, "yabancı maddelerin immün sisteme girmesi sonucunda vücudun otomatik olarak onu algılayarak nöroendokrin, davranışşal, otonomik ve fizyolojik cevap oluşturmasıdır" (Almaz, 2020; Waly ve Bakry, 2022). Ateş; enfeksiyon, doku-organ hasarı, dehidratasyon, aşı ve birçok potansiyel faktörlerle vücut sıcaklığını ayarlayan termoregülatör merkezinin ayarında değişiklik olmasıyla ortaya çıkar (Akyıldız ve Demiray, 2022; Yolcu, 2022).

Dünyada 5 yaş altındaki çocukların %20-40'ının (Piller ve Herzog, 2019; Elseady ve diğ., 2021; Göbekli ve Güney, 2022), ülkemizde ise %71'inin acil servislere ateşli hastalıklarla başvurduğu bildirilmektedir (Sezici, 2019; Göbekli ve Güney, 2022). Çocuk kliniklerine ve acil servislere başvuruların üçte birinin nedeni ateştir (Tan ve diğ., 2022). Acil servis başvuruları incelendiğinde; ebeveynlerin büyük bölümü, ateşin çocuklarına zarar verebileceği korkusuyla çocuklarının ateşini ölçmeden hastaneye getirdiği belirtilmektedir (Sezici, 2019; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022; Göbekli ve Güney, 2022). Ebeveynlerde ortaya çıkan bu anksiyete hastanelere özellikle acil servislere gereksiz başvuruları da arttırmaktadır (Ong ve diğ., 2018; Sezici, 2019; Hiller ve diğ., 2019; Gwiasda ve diğ., 2022; Alsofyani ve Hassanien, 2022).

Ateş, kendi başına bir hastalık olmayıp altta yatan bir hastalığın belirtisidir. Vücudun mikroorganizmalara karşı açtığı bir savaştır (Arias ve diğ., 2022; Tan ve diğ., 2022; Tavan ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022). Çocukluk çağı ateşi genellikle viral kaynaklıdır ve ilaç kullanmaksızın kendiliğinden düşebilir. Bununla birlikte çocuklarda ateşin sebebi ciddi bakteriyel enfeksiyonlar da olabilir (NICE, 2019). Ateş, çocukların yaş gruplarına özel komplikasyonlar oluşturması açısından önemlidir ve acil tedavi gerektiren bir durumdur (Thompson ve diğ., 2020; Vicens-Blanes ve diğ., 2022). Bazen konvülsiyon ve dehidratasyon gibi istenmeyen sonuçlar gelişebilir (Vicens-Blanes ve diğ., 2022). Tedavisi kolay olmasına rağmen doğru ve etkili ateş yönetiminin bilinmemesi ailelerin yanlış uygulamalar yapmasına neden olabilmektedir (Wijaya ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022). Özellikle çocuklarda

gecikmiş veya yanlış ölçülen ateş morbidite ve mortalite oranını arttırmaktadır (Fernandez-Carballo ve diğ., 2021; Göbekli ve Güney, 2022).

Literatürde yapılan çalışmalar ateşli çocuğa yaklaşımda ailelerin çok fazla endişe ve korku yaşadığını göstermektedir (Yiğitalp, 2019; Al Arifi ve Alwhaibi, 2021; Akbayram, 2021; Chang ve Huang, 2021; Gwiasda ve diğ., 2022; Wijaya ve diğ., 2022). Birçok çalışmada, ailelerin ateş olarak ifade ettiği vücut sıcaklığı değerini yanlış bildikleri görülmektedir (AlAteeq ve diğ., 2018; Yiğitalp, 2019; Al Arifi ve Alwhaibi, 2021; Akbayram, 2021; Sakr ve diğ., 2022). Bazı çalışmalarda ateş yönetiminin annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı çevre gibi değişkenlerden etkilendiği belirlenmiştir (de Bont ve diğ., 2020; Chang ve Huang, 2021, Waly ve Bakry, 2022; Tavan ve diğ., 2022; Yazıcı ve Kutlu, 2022; Gülcan ve Şahiner, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022). Ailelerin ateşli çocuğa yaklaşımında kanıta dayalı uygulamalardan çok geleneksel uygulamalara dayalı doğru olmayan uygulamalar yaptıkları bildirilmektedir (Urbane ve diğ., 2019; Yiğitalp, 2019; Wilson ve diğ., 2019; Pitoli ve diğ., 2021; Alsofyan ve Hassanien, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022). Literatürde özellikle annelerin ateş yönetimi ile ilgili doğru bilgilendirilmesi halinde yanlış uygulamaların önleneceği bildirilmektedir (Yazıcı ve Kutlu, 2022; Gülcan ve Şahiner, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022; Tavan ve diğ., 2022; Wijaya ve diğ., 2022; Meier, 2022).

Ateşli çocuğa yaklaşım ile ilgili eğitim programları hem ailelerin korku ve endişelerini azaltır hem de sağlık bakım hizmetlerini etkili ve doğru bir şekilde kullanımını sağlamaktadır (Tavan ve diğ., 2022; Wijaya ve diğ., 2022; Gwiasda ve diğ., 2022; Meier, 2022). Literatürde ateş yönetimi eğitim programlarının ailelerin bilgi ve uygulamalarını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Ong ve diğ., 2018; Chang ve Huang, 2021; Tavan ve diğ., 2022; Wijaya ve diğ., 2022; Gwiasda ve diğ., 2022; Meier, 2022). Son yıllarda video destekli eğitimler hasta eğitiminde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Melo ve diğ., 2021; Scott, 2021, Frydenberg ve diğ., 2022; Çulha ve Acaroğlu, 2022; Gwiasda ve diğ., 2022). Video, animasyon ve sesin beraber kullanılması, görme ve işitme duyusuna aynı anda hitap eden, hastaların öğrenmelerini ve uygulama becerilerini kolaylaştıran teknolojik bir uygulamadır (Şenyuva, 2019; Çulha ve Acaroğlu, 2022). Videoların kullanıldığı eğitimler teori ile uygulamayı birleştirerek davranış değişikliği oluşturması, esnek öğrenme ortamı sağlaması, tekrarlanabilir olması, öğrenmenin daha kalıcı olması, ucuz ve kolay uygulanabilir olması açısından etkilidir (Çulha ve Acaroğlu, 2022; Feyizoğlu, 2022; Tom ve Phang, 2022).

Literatürde hasta eğitiminde video destekli eğitimin etkin bir şekilde kullanıldığı ve bu eğitimlerin bilgi, tutum ve davranışların gelişmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (Ong ve diğ., 2018; Melo ve diğ., 2022; Tom ve Phang, 2022; Gwiasda ve diğ. 2022).

Çocuk klinikleri ve çocuk acil servislerinde çalışan sağlık profesyonellerinin, klavuz ve rehberler doğrultusunda ateşli çocuğa yaklaşım ile ilgili bilgi ve uygulamalarını güncellemesi bakım kalitesinin artması için önemlidir (Gaffney ve diğ., 2021; Hasiao ve diğ., 2022). Çocuk hemşireleri, aileleri özellikle anneleri doğru ve etkili ateş yönetimi ile ilgili bilgilendirebilirler (Sezici, 2019; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022; Dinç ve Gözen, 2023). Ancak ülkemizde ebeveynlere yönelik hazırlanan ateş yönetiminde video temelli eğitim programlarının etkinliğine dair bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu doğrultuda araştırma; annelere yönelik hazırlanan video temelli eğitimin ateş yönetimine etkisini belirlemek amacıyla "ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü, randomize kontrollü deneysel tasarım tipinde" gerçekleştirildi.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Ateş, bebeklik ve çocukluk döneminde ebeveynlerin en sık karşılaştığı sorunlar arasında yer almaktadır (Komeagac ve Bektaş, 2018). Ateş, çoğunlukla ciddi boyutta olmayan viral kaynaklı bir enfeksiyonun bulgusudur (NICE, 2019). Ateş, ölçüm yerine göre değişmekle birlikte koltuk altından ölçülen normal vücut sıcaklığının "37,5℃ ve üstünde olması" durumudur (WHO, 2014; Green ve diğ., 2021; Indian Academy of Pediatrics-IAP, 2021; Wijaya ve diğ., 2022). Literatürde değişiklikler olmakla birlikle 5 yaş altı çocuklarda vücut sıcaklığının; "rektal 38°C, timpanik 37,8°C, oral 37,5°C, aksiler 37,5°C ve üzerinde olması" ateş olarak değerlendirilmektedir (Canadian Paediatric Society-CPS, 2020; Medical News Today-MNT, 2020). Hipertermi; ateşten farklı bir durum olup ateş olarak değerlendirilemez (Urbane ve diğ., 2019; Vicens-Blanes ve diğ., 2022). Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ hipertermiyi vücut sıcaklığının "38℃'nin üzerinde", şiddetli hipertermiyi ise "40℃'nin üzerinde" olması şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2020).

Ebeveynlerin çocuklarını acil servise getirmelerinin en sık nedenlerinden biri ateştir (Piller ve Herzog, 2019; Barutçu ve Barutçu, 2020; Karakaş ve diğ., 2020; Akyıldız ve Demiray, 2022; Alsofyani ve Hassanien, 2022). Literatür incelendiğinde; dünyada ateşli hastalıklar nedeniyle acil servise gelen 5 yaş altı çocukların %20-40 arasında olduğu (Piller ve Herzog, 2019; Elseady ve diğ., 2021), bu oranın ülkemizde %71'lere çıktığı görülmektedir (Sezici, 2019; Göbekli ve Güney, 2022).

Ateş çocuklarda yaygın bir şekilde görülmesine rağmen ebeveynler için endişe verici bir durumdur (Al Arifi ve Alwhaibi, 2021; Akbayram, 2021; Chang ve Huang, 2021). Çocuklarda görülen küçük bir ısı artışı ailelerin paniğe neden olup bilinçsizce hatta zararlı olabilecek uygulamalar yapmasına neden olabilmektedir (Hiller ve diğ., 2019; Roth ve Basello, 2021; Wijaya ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022). Bu davranış değişikliklerinden dolayı ebeveynler acil servisleri daha çok ziyaret etmektedir (Ong ve diğ., 2018; Sezici, 2019; Hiller ve diğ., 2019; Gwiasda ve diğ., 2022). Araştırmalar ateş yönetimi eğitim programlarının, ailelerin bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirdiğini ve uygun olmayan uygulamaları önemli oranda azalttığını göstermektedir (Thompson, 2020; Chang ve Huang, 2021; Meier, 2022; Wijaya ve diğ., 2022; Tavan ve diğ., 2022).

2.1. ATEŞİN TANIMI

Ateş (fever), kelimesi Latince kökenlidir ve "ısıtmak" anlamına gelir (Öncel, 2020). Ateş, vücudun inflamatuar etkisine karşı fizyolojik bir tepkidir ve "vücut ısısının normal sınırların üzerine çıkması" durumudur (Arias ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022). Vücudun doğal bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkan ateş, "tek başına bir hastalık değil, altta yatan bir hastalığın belirtisidir" ve birçok sebebe bağlı ortaya çıkabilir (Arias ve diğ., 2022; Tan ve diğ., 2022; Tavan ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022). Vücut sıcaklığı, çekirdek sıcaklık olarak da bilinen önemli bir parametredir. Çekirdek sıcaklığı (kor sıcaklık), iç organların sıcaklığını gösterir ve genellikle en doğru sonucu verir (Hall ve Hall, 2020). Ateş, ölçüm yerine göre değişmekle birlikte koltuk altından ölçülen normal vücut sıcaklığının "37,5℃ ve üstünde" olması durumudur (WHO, 2014; Green ve diğ., 2021; IAP, 2021; Wijaya ve diğ., 2022). Vücut sıcaklığı koltuk altı, ağız, deri, rektum ve kulak gibi çeşitli bölgelerden ölçülebilmektedir. Fakat ölçülen vücut bölgesine göre normal vücut sıcaklığı değişkenlik göstermektedir. Koltuk altından yapılan ölçümlerde vücut sıcaklığının normal değeri "36,5-37,5°C'dir" (WHO, 1997; CPS, 2020; MNT, 2020). Günümüzde rehberlerde, ateşli durumda esas amacın ateşin tedavi edilmesi değil, ağır hastalığı olan çocukları tanımlamak ve çocuğun rahatını sağlamak olduğu belirtilmektedir (NICE, 2019; CPS, 2020).

2.2. ATEŞİN TARİHÇESİ

Ateş eski dönemlerden günümüze kadar en önemli enfeksiyon belirtisi olarak bilinmektedir (Somer ve Törün, 2014). "Ateş" kavramı tarihin ilk çağlarından beri köklü değişikliklere uğramıştır. İlkel dönemlerde en eski uygarlıkların (Mısır, Mezopotamya, Çin, Hint ve Yunan) ateş hakkında bilgi sahibi oldukları ve ateşin kötü ruhlar tarafından ortaya çıkarıldığını düşündükleri bilinmektedir. Hipokrat (MÖ 5. yy) ateşin önemini nabız sayısındaki artışa bağlayarak hastanın durumuna göre tahminler yapmıştır (Dinçer, 2017). Galen (MS 2. yy) "vücutta sıcaklık, soğukluk, nem ve kuruluktan meydana gelen dört kriterin bulunduğu ve bu kriterlerin vücuttaki oranları dengeli ise kişi sağlıklıdır" hipotezini savunmuştur (Hamlin, 2014; Meşealan, 2021). Ateşin oluşum mekanizmaları son 50-60 yıllık zaman diliminde açıklanmaya başlanmış olup ateş ile ilgili çalışmalar hala devam etmektedir (Meşealan, 2021).

2.3. ATEŞİN FİZYOPATALOJİSİ

Vücut sıcaklığının normal sınırların dışına çıkması durumunda, vücut normal değerlere dönebilmek için hem davranışsal hem de fizyolojik tepkiler göstermeye başlar. Davranışsal tepkiler; çevresel koşullara karşı bireyin istemli olarak gerçekleştirdiği olaylardan, fizyolojik tepkiler ise; ısı merkezinin yer aldığı hipotalamus tarafından gerçekleştirilen istemsiz olaylardan oluşur (Çaka ve diğ., 2015; Morrison, 2017). Hipotalamusun meydana getirdiği fizyolojik olaylar, hipotalamustaki "anterior preoptik alan" sayesinde gerçekleştirilir. Bu alan sıcağa ve soğuğa duyarlı çok sayıda nöron içermekte ve günlük ateş değişimlerini düzenleyip ayarlamaktadır. Nöronlar, ciltte bulunan ısı reseptörlerinin ilettiği uyarılar ile vücut sıcaklığını dengede tutar (Orhan ve Arslan, 2019; Hall ve Hall, 2020). Vücut sıcaklığı genel olarak dengede olsa da mikroorganizmalar veya bileşenleri, çevresel ısı değişimleri, toksinler, maligniteler ve inflamasyona neden olabilecek durumlar hipotalamusu etkileyerek vücut sıcaklığının artmasına neden olur (Roth ve Basello, 2021; Akyıldız ve Demiray, 2022). Vücut ısısının yükselmesinde aracılık eden moleküllere "pirojen" denir. Pirojenleri eksojen ve endojen pirojenler oluşturur. Endojen pirojenleri enfeksiyon, dışardan yaralanma ve enflamasyona karşı oluşan lenfosit ürünleri oluştururken eksojen pirojenleri endojenlerin ortaya çıkmasına neden olan maddeler oluşturur. Pirojenler vücutta hipotalamustaki merkezleri uyararak ateşin oluşmasına neden olur (Sert, 2021; Akyıldız ve Demiray, 2022).

2.4. ATEŞİN ETİYOLOJİSİ

Ateşin altında yatan nedenler; "enfeksiyonlar ve enfeksiyon dışı nedenler" olarak iki grupta incelenebilir (NICE, 2019; Akyıldız ve Demiray, 2022). Enfeksiyonlar immun sistemi immatür olan 36 ay altındaki bebek ve çocuklarda çok sık görülür. Ölüme sebep olan enfeksiyonların en sık rastlanan belirtisi ateştir (Fernandez-Carballo ve diğ., 2021). Çocuklardaki ateş yüksekliği ebeveynleri çocuk acile getiren en sık nedenlerden biridir (Barutçu ve Barutçu 2020; Karakaş ve diğ., 2020; Akyıldız ve Demiray, 2022). İyi bir muayene ve dikkatli tıbbi değerlendirme yapılan çocuklarda ateşin nedenini bulmak kolaydır. Ateşe neden olan durumlar genel olarak; enfeksiyonlar, genetik hastalıklar, metabolik hastalıklar, aşılar, biyolojik ajanlar ve ilaçlar gibi çeşitli etkenler sebebiyet verebilir (NICE, 2019; Akyıldız ve Demiray, 2022).

2.5. ATEŞİN SINIFLANDIRILMASI

Ateş, derecesine ve gün içindeki dalgalanma durumuna göre birkaç farklı şekilde sınıflandırılabilmektedir;

Subfebril ateş: Vücut sıcaklığının uzun bir süre 36,8°C-38°C aralığında olmasıdır. Bu tür ateş sık olarak enfeksiyon hastalıklarında ortaya çıkar. (Çavuşoğlu ve Erdem, 2018; Hacımustafaoğlu, 2018).

Sürekli Ateş (Febris continua): Vücut sıcaklığının 38°C'nin üzerinde olduğu ve gün boyu sıcaklık farkının 1°C'den az olduğu ateş türüdür. Vücut sıcaklığı sürekli olarak yüksektir. Günlerce sürebilir. Bu tür ateşe tifo, bakteriyel menenjit, kawasaki hastalığı, idrar yolu enfeksiyonu ve endokardit neden olabilir (Çakayar, 2018; Çavuşoğlu ve Erdem, 2018; Hacımustafaoğlu, 2018).

Oynak Ateş (Febris remittens): Sabah ve akşam saatlerindeki vücut sıcaklığı ölçümleri arasında 1°C'den fazla fark vardır. Ateşin özellikle sabah saatlerinde 37°C'nin altına düşmemesi ile karakterizedir. Çocuklarda en sık görülen ateş tiplerinden biridir. Pnömoni, sepsis, tifo başlangıcı ve akut viral solunum yolu enfeksiyonlarında gözlenir (Çavuşoğlu ve Erdem, 2018; Hacımustafaoğlu, 2018).

Aralıklı Ateş (Febris intermittens): Sabah ve akşam saatlerindeki vücut sıcaklığı ölçümlerinde 1°C'den fazla fark görülmesi ve sabah ateşlerinin 37°C'nin altına düşmesi ile seyreden ateş tipidir. Bu ateş türü tüberküloz, piyelonefrit, sıtma ve piyojenik apse gibi hastalıklarda görülür (Çakayar, 2018; Çavuşoğlu ve Erdem, 2018).

Dönek Ateş (Febris Recurrens): Vücut sıcaklığının aniden yükselip aniden düşmesi ile karakterize ateş tipidir. Lyme hastalığında gözlenebilir (Çakayar, 2018; Çavuşoğlu ve Erdem, 2018).

Dalgalı Ateş (Febris undulans): Vücut sıcaklığı yavaş yavaş yükseldikten sonra birkaç gün yüksek kalır ve ardından yavaş yavaş düşer. Vücut sıcaklığı normal seviyelerde birkaç gün kaldıktan sonra tekrar yükselişe geçer. Brusella ve Hodgkin hastalığında bu tip ateş görülür (Çakayar, 2018; Çavuşoğlu ve Erdem, 2018).

Hektik (Septik) Ateş: Akşam saatlerine göre sabah ateşinin daha düşük seyretmesidir. Tüberküloz hastalığında görülebilir (Çakayar, 2018; Çavuşoğlu ve Erdem, 2018).

Günde İki Zirveli Ateş: Ateşin günde iki defa yükselmesi ile seyreden ateş tipidir. Kala-Azar, malarya, gonokokkal endokardit ve milier tüberkülozda görülür (Çakayar, 2018; Çavuşoğlu ve Erdem, 2018).

2.6. ATEŞİN ETKİLERİ

Ateşin Yararlı Etkileri

Ateş, çocukların genel durumunu kötüleştirmesine rağmen, bağışıklık sistemi üzerinde faydalı bir etkiye sahiptir. Ateşin yararları;

- Ateş, vücutta bakteri ve virüslerin çoğalmasını önler.
- Bağışıklık sistemi daha iyi çalışır (Roth ve Basello, 2021).
- Ateş sırasında iştahsızlık gelişir. Bunun sonucu olarak vücudun glikoz ihtiyacı azalır.
- Ateşli çocuktaki durgunluk ve istirahat isteği kaslardaki enerji ihtiyacını azaltarak vücuda olan olumsuz etkileri azaltır (Yolcu, 2022).
- Karaciğerde akut faz reaktanlarının yapımı artar (Sert, 2021).

Ateşin Zararlı Etkileri

Ateşin zararları etkileri de vardır;

- Ateşli çocuklarda oksijen kullanımının artmasından dolayı kardiyak yük artar ve kardiyak verim azalır, bununla birlikte solunum sayısı artar ve kan basıncı azalır.
- Kalp ve beyin dolaşımı sorunu olan çocuklarda ateş genel durumu kötüleştirebilir.
- Kas yıkımı artar. Kas kitlesinin azalması sonucu vücut ağırlığı düşer.
- Vücut sıcaklığının 42°C'nin üzerine çıkması nörolojik hasarlara sebep olabilir.
- Çocuklarda vücut sıcaklığının artması sonucu halsizlik, baş ağrısı, kusma, karın ağrısı, huzursuzluk, dehidratasyon, taşikardi, terleme ve deliryum gibi belirtiler oluşabilir (Lye ve Densmore, 2018; Dokuyucu, 2020, Sert, 2022; Yolcu, 2022).
- Çocuklarda geçici olarak zihinsel yeteneklerde azalmayla birlikte bilinç değişikliklerine (baygınlık, sayıklama) neden olabilir ve febril konvülziyonu tetikleyebilir (Ward ve Hannemann, 2019; Dokuyucu, 2020).
- Ateşli çocukların beslenmeleri ve uykuları bozulabilir (Nield ve Kamat, 2021).

2.7. ÇOCUKLARDA VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Çocuklarda vücut sıcaklığının ölçüm yöntemi ve yeri önemlidir. Çünkü vücut sıcaklığı; "ölçüm yapılan zamana, yere, ölçüm aracına, çocuğun yaşına ve dış etkenlere" bağlı farklılık gösterebilmektedir. Yaşamsal öneme sahip bir bulgu olan ateşin hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde doğru tespit edilmesi için hangi yaş grubunda nereden, nasıl ölçülmesi

gerektiğini bilmek önemlidir (NICE, 2019; Orhan ve Arslan, 2019). En ideal vücut sıcaklığının belirlenmesi için kullanılabilecek olan "güvenilir, non-invaziv, kolay uygulanabilen, uygun maliyetli" en ideal yöntem ve araç ile ilgili bir fikir birliği yoktur (Orhan ve Arslan, 2019). Ateşin ölçümünde birçok bölge ve çeşitli termometreler kullanılmaktadır. Teknolojinin de gelişmesiyle birlikte civalı termometrelerin yerini dijital termometreler almıştır (Yolcu, 2022). Klinik rehberler doğrultusunda yenidoğan döneminde dijital koltuk altı termometre kullanımı, sonrasında ise dijital aksiller veya timpanik kızılötesi (infrared) ölçüm yönteminin kullanılması önerilmektedir (Chiappini ve diğ., 2017; NICE, 2019; Paul ve diğ., 2022). Çocuklarda ateş ölçümü "oral, alın, rektal, timpanik, temporal ve aksiller" olmak üzere farklı yollardan temaslı veya temassız şekilde ölçülür (AAP, 2019; NICE, 2019; Paul ve diğ., 2022; Dinç ve Gözen, 2023).

Rektal Yolla Ateş Ölçümü: Vücudun iç (kor) sıcaklığını en doğru yansıtan ölçüm yöntemidir (Çelik, 2019; Keklik ve diğ., 2020; Sert, 2021). Bu yöntemin prematüre ve yenidoğan bebeklerde, ishal durumunda, bağışıklık sistemi baskılanmış çocuklarda kullanılması önerilmez (Keklik ve diğ., 2020). Çocuklar açısından korkutucu bir deneyim olan rektal ölçüm yönteminin uygulamadaki güçlük, ağrı ve hijyenik olmaması gibi birçok dezavantajı da vardır (Sims ve diğ., 2018; Ward ve Hannemann 2019). Ölçümün "38°C'nin üstünde olması" ateş olarak kabul edilmektedir (WHO, 2014; Lye ve Densmore, 2018; Goyal, 2020; Sakr ve diğ., 2022). Rektal yolun rutin olarak kullanımı klinik rehberlerde önerilmemektedir (Chiappini ve diğ., 2017; NICE, 2019; IAP, 2021).

Aksiller Yolla Ateş Ölçümü: Aksiller yoldan vücut sıcaklığının değerlendirilmesi günümüzde en sık kullanılan ölçüm yöntemlerinden biridir (Orhan ve Arslan 2019). Aksiller ölçüm, çocuğa rahatsızlık vermeden uygulanabilen basit bir yöntemdir. Ancak koltukaltı alanı büyük arterlere yakın olmadığından ve fiziki şartlardan kolayca etkilenebildiğinden güvenilir sonuçlar veren bir yöntem değildir (Elsevier Patient Education, 2022). Aksiller termometre ile vücut sıcaklığı ölçümü yapabilmek için koltuk altı kurulanmalı ve termometrenin ucu aksiller bölgeye yerleştirilmelidir. Dirsek, koltuk altını kapatacak şekilde göğüse doğru tutulmalıdır. Termometre sinyal sesi duyuluncaya kadar bekletilmelidir (Baura, 2020; Keklik ve diğ., 2020; Elsevier Patient Education, 2022). Ölçümün "37,5°C'nin üstünde olması" ateş olarak kabul edilmektedir (WHO, 2014; Green ve diğ., 2021; IAP, 2021; Wijaya ve diğ., 2022).

Timpanik Yolla Ateş Ölçümü: Ateşin hipotalamusa yakın bir bölgeden ölçülmesini sağladığından vücut sıcaklığının ölçümü için en ideal bölgedir (Keklik ve diğ., 2020). Enfeksiyon riski taşımaması, ortam sıcaklığından etkilenmemesi ve hızlı ölçüm olanağı gibi

avantajları vardır (Keklik ve diğ., 2020; Ward, 2020, Yolcu, 2022). Üç yaş altı çocuklarda farklı sonuçlar vermesi, kullanan bireyin eğitimini gerektirmesi dezavantajları arasında sayılabilir. Yenidoğanlarda uygulanması önerilmemektedir (Craig ve diğ., 2017; Chiappini ve diğ., 2017; NİCE, 2019). Timpanik termometre ile vücut sıcaklığı ölçümü gerçekleştirilirken kulaktan ölçüm yapmadan önce kulak değerlendirilir. Ölçümü zorlaştıracak buşon varsa kulak temizlenir. Üç yaş altındaki çocuklarda kulak kepçesi aşağı ve arkaya, 3 yaş üstündeki çocuklarda yukarı ve arkaya doğru çekilerek cihaz kulak yoluna yerleştirilir. Cihaz sinyal sesi duyuluncaya kadar bekletilmelidir (Green ve diğ., 2021; Elsevier Patient Education, 2022). Ölçümün "37,8 °C'nin üstünde olması" ateş olarak kabul edilmektedir (CPS, 2020; MNT, 2020).

İnfrared Temassız Alından Vücut Sıcaklığı Ölçümü: Karotis arterden yüksek kan akışının oluştuğu yüzeysel temporal arter yoluyla ölçülür. Bu bölgeden ateş ölçümü çabuk ve basit olmasına karşın güvenirliliği tartışmalıdır (NICE, 2019; Keklik ve diğ., 2020; Ward, 2020; Sert, 2021). İnfrared temassız alından vücut sıcaklığı ölçümü yapabilmek için eğer alın nemli ise kurulanmalı ve termometre en az 10 dakika aynı ortamda bulundurulmalıdır. İnfrared temassız termometre alına temas ettirilmeden kaş hizasının üstünden (2-3 cm) ölçüm gerçekleştirilmelidir (Elsevier Patient Education, 2022).

Oral Yolla Vücut Sıcaklığı Ölçümü: Ortam sıcaklığından fazla etkilenmediği için avantajlı olmasına rağmen çocuğun ölçüm sırasında mutlak uyum gerektirmesinden dolayı da dezavantajlıdır (Lye ve Densmore, 2018; Ward ve Hannemann, 2019). Bilinci kapalı olan, oral yol ile oksijen tedavisi alan, ağız içerisinde yarası olan ve konvülsiyon geçiren çocuklarda uygun bir yöntem değildir (Ward ve Hannemann, 2019). Ölçümün "37,5°C'nin üstünde olması" ateş olarak kabul edilmektedir (CPS, 2020; MNT, 2020). Oral ölçüm yönteminin beş yaş ve üzeri çocuklarda kullanımı önerilmektedir (NICE, 2019; IAP, 2021).

2.8. ÇOCUKLARDA ATEŞ YÖNETİMİ

Çoğunlukla vücut için birçok yararlı etkilere sahip olsa da çocuklarda görülen ateş, ebeveynlerin acile başvuru nedenleri arasında ilk sırada yer alan ve paniğe neden olan durumlardan biridir (Barutçu ve Barutçu, 2020; Karakaş ve diğ., 2020; Roth ve Basello, 2021; Alsofyani ve Hassanien, 2022). Çoğu ebeveyn evde ateş yönetimi konusunda yanlış uygulamalar yaptıklarından ve ateşi kontrol altına alamadıklarından yakınmaktadır (Hiller ve diğ., 2019; Chilambarasan, 2020; Arias ve diğ., 2022; Wijaya ve diğ., 2022; Waly ve Bakry,

2022). Yanlış ve hatalı uygulamalar sonucunda kontrol edilemeyen ateş çocuğun sağlığını tehdit etmektedir. Bundan dolayı ateşin yükselmesi durumunda alınması gereken tedbirler ve zamanında yapılacak ilk uygulamalar önemlidir (Ulutaş ve Şimşek, 2018; Yiğitalp, 2019).

Ateş yönetiminde tek amaç ateşi düşürmek değil; altta yatan nedeni bulmak ve nedene yönelik tedavi uygulamaktır (Nield ve Kamat, 2021). Nedeni bulduktan sonra ateşin düşürülmesinin asıl amacı çocuğu rahatlatmaktır (Yazıcı ve Kutlu, 2022; Dinç ve Gözen, 2023). Genel durumu iyi olan ateşli bir çocuk için rutin olarak ateşin düşürülmesi önerilmez (Orhan ve Arslan, 2019). Ancak ateşe bağlı tekrarlayan febril konvülsiyon nöbetleri, kronik anemi, metabolik hastalığı, ağır kalp ve akciğer hastalığı olan çocuklarda ateş hemen düşürülmelidir (Nield ve Kamat, 2021). Çocuklarda ateş yönetiminde farmakolojik ve non-farmakoljik uygulamalar kullanılmaktadır (Barutçu ve Barutçu, 2020; Sakr ve diğ., 2022).

2.8.1. Farmakolojik Ateş Yönetimi

Dünya Sağlık Örgütü "38,5ºC üzerindeki" vücut sıcaklığı için farmakolojik tedavi önermektedir. Ateş düşürücülerin devamlı ve bilinçsizce kullanımı gereksiz ilaç kullanımına neden olmaktadır (WHO, 2020).

Türkiye'de ateş düşürücü ilaç kullanım oranı gittikçe artmaktadır. Bu artış ebeveynlerin vücudun doğal savunma mekanizmalarından birinin ateş olduğunun farkında olmamalarından kaynaklanmaktadır (Yazıcı ve Kutlu, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022). Ebeveynlerin çoğu çocuklarının ateşinin düşmemesi durumunda ateşin zarar vereceğinden korktukları için ateş düşürücü ilaç kullanımı için acele etmekte ve böylece endikasyon dışı antipretik ilaç kullanımı artmaktadır (Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022). Kerdar ve diğ. (2021)'nin Almanya'da yaptıkları çalışmada ebeveynler arasında kaygı arttıkça antipiretik kullanım oranının da arttığı bildirilmiştir. Öztürk ve diğ. (2015)'nin yaptığı bir çalışmada ise acil servise yüksek ateş şikayetiyle getirilen çocukların aslında ölçülen ateş değerlerinin normal olduğu, evde anneler ve acil serviste sağlık profesyonelleri tarafından ateş düşürücü kullanım oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle ebeveynlere ateşin bir hastalıktan çok enfeksiyonla savaşmaya yardımcı olan bir mekanizma olduğunun öğretilmesi gerektiği belirtilmektedir (Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022).

Antipiretik ilaçlar, vücudu soğutmak yerine prostaglandin sentezini inhibe edip hipotalamik ısı ayarını normale düşürerek etki gösterirler. Parasetamol ve İbuprofen, çocuklarda ateşin tedavisinde en sık kullanılan ateş düşürücülerdendir (NİCE, 2019; Dinç ve Gözen, 2023). Antipiretik ilaçların amacı, çocuğun fiziksel durumunu hafifletme ve

konforunu sağlamaktır (Yazıcı ve Kutlu, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022; Vicens-Blanes ve diğ., 2022; Dinç ve Gözen, 2023).

Uluslararası organizasyonlar ağrı ve ateşin tedavisinde Parasetamol'ü ilk seçenek olarak önermektedir (AAP, 2008; WHO, 2020). Üç aydan büyük bebeklerde ve çocuklarda 4-6 saatte bir 10-15 mg/kg dozda parasetamol kullanımının etkili ve güvenli olduğu bildirilmektedir (Green ve diğ., 2021; Paul ve Walson, 2021). Suçiçeği, pnömoni, dehidratasyon, Kawasaki hastalığı ve pıhtılaşma bozuklukları olan çocuklarda parasetamol kullanımı önerilmemektedir (de Martino ve diğ., 2017; Green ve diğ., 2021).

Çocuklarda ateşi düşürmede parasetamolden sonra ibuprofen türevi ilaçlar ikinci seçenek olarak kullanılmaktadır. Altı aydan büyük çocuklarda 10 mg/kg doz her 6-8 saatte bir önerilmektedir (Rose, 2021; Green ve diğ., 2021; Paul ve Walson, 2021). Yüksek doz ibuprofen kullanımı gastrointestinal sistem kanaması, ülser ve renal yetmezliklere sebebiyet verebilir (NICE, 2013; Canan, 2018; Ward, 2020). Bu nedenle parasetamol kullanımı ibuprofen kullanımına göre daha güvenli bulunmaktadır (NICE, 2013). Klinik rehberler doğrultusunda parasetamol ve ibuprofenin birlikte verilmesi veya rutin olarak dönüşümlü kullanımı, artan toksisite ve dozların yanlış verilme ihtimalinden dolayı önerilmemektedir (NICE, 2013; Chiappini ve diğ., 2017; Barbi ve diğ., 2017). Bu iki ilacın birlikte ve dönüşümlü kullanımı çocuklarda hipotermi gelişimine yol açabilir (NICE, 2013). Parasetemol ya da ibuprofen uygulamasından sonra 4 saat içinde çocuğun vücut sıcaklığında azalma olmamış ve rahatsızlığı düzelmemişse kullanılan antipiretik ilaç, diğer alternatif bir ilaç ile değiştirilebilir. Asetil salisilik asit (aspirin), çocuklarda "Reye Sendromuna" sebebiyet verdiğinden ateş düşürücü ve ağrı kesici olarak kullanılmamalıdır (NICE, 2019; Orhan ve Arslan, 2019; Green ve diğ., 2021).

2.8.2. Nonfarmakolojik Ateş Yönetimi

Ateşi olan çocuk ve bebeklerde vücut sıcaklığını düşürmek için nonfarmakolojik yöntemler de kullanılmaktadır (Çavuşoğlu ve Erdem, 2018; The Royal Childrens Hospital Melbourne-RCH, 2021). Çocuk ve bebekler ateşlendiğinde üzerindeki giysiler tamamen çıkarılmamalı veya çocuk aşırı sarılmamalıdır. Çocuğun vücut sıcaklığını düşürmek amacıyla üzerindeki giysiler inceltilmelidir (Barbi ve diğ., 2017; NICE, 2019; IAP, 2021; Green ve diğ., 2021). Çocuğu rahatsız etmeyecek şekilde pencere açılarak ortam havalandırılmalıdır (IAP, 2021; Souza ve diğ., 2021). Yüksek ateşe bağlı metabolizma hızı artacağından, ateşli çocuk dehidrate kalabilir. Bu kaybı gidermek için sıvı ve kalori alımı desteklenmelidir (NICE,

2019; RCH, 2021). Fazla fiziksel aktivite vücut sıcaklığının artışına neden olacağından çocuk istirahat ettirilmelidir (NICE, 2019).

Fiziksel soğutma yöntemleri altta yatan nedeni tedavi etmezler ve hipotalamusun ısı ayarı noktasında değişiklik yapamazlar. Ateşin tedavisi için "ılık uygulama yöntemi" rehberler tarafından tavsiye edilmemekle (NICE, 2019; Green ve diğ., 2021) birlikte vücut sıcaklığının >39,5ºC olduğu, antipiretiklere cevap vermeyen ve antipiretik verilmesinden 30 dakika sonrasında halen vücut sıcaklığında değişim olmayan çocuklarda önerilmektedir (NICE, 2019; Orhan ve Arslan, 2019). Ilık uygulama uzun süre devam ettirildiğinde, çocuğun huzursuz olmasına ve titremesine yol açarak vücut sıcaklığının daha da yükselmesine neden olabileceğinden 5-30 dakika arasında tamamlanmalıdır (Lim ve diğ., 2018; Hendrawati, 2019).

Çocuklarda görülen en küçük bir sıcaklık artışında, doğru ateş yönetiminin bilinmemesi ve mevcut komplikasyonları yaşama korkusu ebeveynlerin yanlış uygulamalar yapmasına neden olabilmektedir (Wijaya ve Soewito, 2021; Wijaya ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022). Ebeveynler çocuğunun ateşini düşürmek için soğuk su, alkol veya sirke kullanmak, birden fazla antipiretik kullanmak, normal vücut sıcaklığında bile ateş düşürücü vermek, uyuyan çocuğu uyandırmak, antibiyotikleri ateş düşürücü olarak vermek ve titreme nedeniyle kalın giydirmek gibi zararlı olabilecek uygulamalar yapabilmektedir (Yiğitalp, 2019; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022).

Yiğit ve Sarıalioğlu (2022)'nun yaptıkları çalışmada annelerin %33,3'ünün ateşi düşürmek için soğuk su ile çocuklarının vücutlarını sildiklerini bildirilmiştir. Pitoli ve diğ., (2021)'nin yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin çocuklarının ateşi düşmediğinde birden fazla ateş düşürücü ilacı birlikte verdiklerini bildirmiştir. Wilson ve diğ. (2019)'nin yaptıkları çalışmada ebeveynlerin %65'inin ateş yönetiminde doğru olmayan yöntemler kullandığı (soğuk/ılık duş ılık ve soğuk sünger uygulamaları) ve birden fazla antipretik ilaçları kombine ederek kullandıkları bildirilmiştir. Yiğitalp (2019)'in yaptığı çalışmada annelerin ateşi düşürmek için %22,7'sinin soğuk su, %5,6'sının sirke ile çocuklarının vücutlarını sildikleri bildirilmiştir. Urbane ve diğ. (2019)'nin Letonya'da yaptıkları çalışmada ailelerin yarısının (%50,1) 38°C ve üzerinde ateşi olan çocuklara ateş düşürücü ilaç verdikleri bildirilmiştir. Literatürde ebeveynlerin ateş yönetimi ile ilgili gereksiz ve yanlış uygulamalar yaptıkları görülmektedir (Sezici, 2019; Yiğitalp, 2019; Wilson ve diğ., 2019; Hussaın ve diğ., 2020; Velez-Rivera ve diğ., 2021; Arias ve diğ., 2022; Alsofyani ve Hassanien, 2022; Gülcan ve Şahiner, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022; Sakr ve diğ., 2022).

2.9. ATEŞ YÖNETİMİNDE KULLANILAN EĞİTİM YÖNTEMLERİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık eğitimi; "birey veya toplumların sağlığa ilişkin bilgi birikimini artırarak sağlık durumlarını iyileştirmek veya sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturmak amacıyla uygulanan her türlü eğitimleri kapsayan bir süreçtir" (WHO, 2021). Bu süreçte hedeflere kolay bir şekilde ulaşmak için çeşitli eğitim yöntemleri kullanılmaktadır (Kızıltan, 2019; Demir ve Taşpınar, 2021). Bireylerde sağlık bilgi seviyesini artırmaya yönelik hedeflere ulaşmak için kullanılan yöntemler; "sağlık eğitimi yöntemleri" olarak adlandırılır (Norton ve diğ., 2019). Hasta eğitiminde hemşireler tarafından, klasik (sözel) eğitim modeli, yazılı materyaller/broşürler ve bilgisayar destekli eğitimler (video, DVD, web tabanlı uygulamalar, internet vb.) en sık kullanılan eğitim yöntemleridir (Kızıltan, 2019; Kokcu ve Kaya, 2019; Aksoy ve diğ., 2022).

Klasik eğitim yöntemi, bir eğitimciden birden çok sayıda kişinin faydalanmasını sağlayan geleneksel bir eğitim yöntemidir (Demir, 2021). Tek başına kullanıldığında; sadece bir duyuya hitap ettiğinden ve öğrenilen bilgilerin kalıcı olmamasından kaynaklı bireyde beceri kazanma ya da davranış değiştirme için yeterli olmayan bir eğitim yöntemidir (Demir, 2021; Topçuoğlu ve Özden, 2018).

Günümüzde hasta eğitimde kullanılan yöntemler, inovatif gelişmelerle beraber değişmektedir (Flythe diğ., 2019). Teknolojinin bir unsuru olan video, animasyon ve sesin beraber kullanılması, görme ve işitme duyusuna aynı anda hitap eden, hastaların öğrenmelerini ve uygulama becerilerini kolaylaştıran bir teknolojik uygulamadır (Şenyuva, 2019). Video destekli eğitim yöntemi, hasta eğitiminde son yıllarda yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Mackay ve diğ., 2017). Video temelli eğitimlerin teori ile uygulamayı birleştirerek davranış değişikliği oluşturmada faydalı olduğu belirtilmektedir (Tom ve Phang, 2022). Video temelli eğitim yönteminin, klasik yöntemlerden daha etkili olduğu bildirilmektedir (Gwiasda ve diğ., 2022; Tom ve Phang, 2022). Video temelli eğitim, klinik ortam dışında esnek öğrenme ortamı sağlaması, daha fazla kişiye ulaşabilmesi, birden fazla duyuya hitap etmesi, görsel ve işitsel araçlar ile öğrenmenin daha kalıcı hale gelmesi, videonun defalarca izlenmesi, düşük maliyet ve kolay uygulanması açısından etkili bir yöntemdir (Lima ve diğ., 2017; Tom ve Phang, 2022).

Literatürde giderek artan sayıda sağlık alanında video temelli eğitim yönteminin etkin bir şekilde kullanıldığı görülmektedir (Frydenberg ve diğ., 2022; Melo ve diğ., 2022; Tom ve Phang, 2022). Gwiasda ve diğ. (2022)'nin yaptıkları çalışmada ebeveyn, öğrenci ve ailelere

verilen video destekli ateş eğitiminin bilgi düzeyleri ve tutumlarında etkili olduğu, Ong ve diğ. (2018)'nin Singapur'da yapmış olduğu çalışmada çocuk acile başvuran bakım vericilere izletilen video temelli ateş yönetimi eğitiminin bilgi ve farkındalıkları arttırdığı belirlenmiştir. Alqudah ve diğ. (2014)'nin yapmış oldukları çalışmada 3 ay-5 yaş arası çocukların ebeveynlerine ateş yönetimi ile ilgili verilen eğitimlerin (DVD-video ve broşür) ailelerin ateş yönetimine dair bilgilerini geliştirdiği ve DVD-video kullanımının yazılı eğitim yöntemlerinden daha etkili olduğu belirlenmiştir.

2.10. ATEŞ YÖNETİMİNDE ÇOCUK HEMŞİRESİNİN SORUMLULUKLARI

Çocuk klinikleri ve çocuk acil servislerinde çalışan sağlık profesyonelleri, ateş yönetimi konusunda ebeveynlerle iletişim kurmada önemli bir role sahiptir. Bu nedenle özellikle çocuk hemşirelerinin ateşin tanımı, ateşe verilen cevap, ateşin faydaları, kanıta dayalı ateş yönetim uygulamaları ve güvenli bir şekilde yönetimi konusunda yeterli ve güncel bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (Çaka ve diğ., 2015; Öztürk ve diğ., 2015; Sezici, 2019; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022). Ateşi olan çocuğa yönelik hemşirelik bakımında esas amaç; çocuk ve ailenin uygun yaklaşımla desteklenmesidir. Özellikle çocuk acil biriminde çalışan hemşireler, çocukların hastanede ve taburcu olduktan sonra ev ortamındaki ateş yönetiminde danışmanlık yaparken aynı zamanda ebeveynlerin ateşe yönelik kaygılarını en aza indirmelidirler (Çaka ve diğ., 2015; Çavuşoğlu ve Erdem, 2018; Baş ve diğ., 2019). Ateşli çocuğa ve ailelere yaklaşımda hemşirelik girişimleri şu şekilde planlanabilir:

- Çocuğun detaylı öyküsü alınmalıdır.
- Çocuğun giysileri tamamen soyulmamalı, üzerindeki kalın kıyafetler inceltilmelidir (Keklik ve diğ., 2020; Souza ve diğ., 2021).
- Yüksek ateşi olan çocuğun odası sık sık havalandırılmalıdır (IAP, 2021; Souza ve diğ., 2021).
- Sıcaklık artışından dolayı sıvı ihtiyacı fazla olacağından çocuğun hidrasyonu sağlanmalıdır. Emziren annelerin bebeğini sık sık emzirmesi sağlanmalıdır.
- Ateşli çocuğun diyeti planlanmalı, proteinli, kalorili besinler, sebze ve meyve tüketmesi sağlanmalıdır.
- Ateşin yükselmesi ağız mukozasında ve dudaklarda kuruluk/çatlaklara sebep olabileceğinden, uygun aralıklarla ağız bakımı sağlanmalı ve nemlendiriciler kullanılmalıdır.

- Çocuğun fiziksel aktivitesi kısıtlanarak dinlenmesi sağlanmalıdır (Çavuşoğlu ve Erdem, 2018; NICE, 2019; Keklik ve diğ., 2020).
- Parasetamol ve ibuprofen türevi ilaçlar dönüşümlü kullanılmamalı, ilaçların çocuğun kilosuna göre uygun dozda verilmesi sağlanmalıdır (Dinç ve Gözen, 2023).
- Çocuğun düzenli olarak ateş takibi yapılmalı, çocuğun yaşına ve klinik durumuna uygun ateş ölçer kullanılmalıdır (Green ve diğ., 2021).
- Çocuğun ateşini düşürmek için buzlu su, alkol, sirke gibi maddeler kesinlikle kullanılmamalıdır (Chiappini ve diğ., 2017; NICE, 2019).
- Ailelere ateş yönetimi hakkında eğitim verilmelidir (Akbayram, 2021; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022). Bu eğitimler klinik rehberlere göre hazırlanmalıdır.
- Ailelere ateşin hastalıktan ziyade vücudun hastalığa karşı verdiği doğal bir savunma mekanizma olduğu, ateşi olan tüm çocukların beyin hasarı, nöbet ya da ölüm riski altında olmadığı açıklanmalıdır (Ward, 2020; Yazıcı ve Kutlu, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022).
- Ateş düşürücü ilaçların çocuklarda vücut sıcaklığını düşürmek amacıyla değil çocuğun huzursuzluğunu gidermek için verildiği, hastalığı iyileştirmediği açıklanmalıdır (NICE, 2019; Yazıcı ve Kutlu, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022).
- Aileler sağlık personeline danışmadan reçetesiz antibiyotik kullanmamalıdır (Ward, 2020; Good ve Olans, 2021).
- Ailelere antipiretik ilaçların nasıl uygulanacağı, doğru doz ve dozun ne sıklıkla uygulanacağı konusunda bilgi verilmelidir (Çavuşoğlu ve Erdem, 2018; Dinç ve Gözen, 2023).
- Aileler çocuklarını gece kontrol etmeli fakat antipiretik ilaç vermek için çocuğu uyandırmamalıdır (Green ve diğ., 2021).
- Üç aylıktan küçük bebeklerin uyarana yanıt vermeme, konvülziyonlar, basmakla solmayan döküntü, genel durumu kötü, iki günden uzun süren ateş, dehidratasyon belirtileri göstermesi durumunda hızlı bir şekilde hastaneye başvurmaları gerektiği ebeveynlere açıklanmalıdır (NICE, 2019; Green ve diğ., 2021).

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, "çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran beş yaş altı çocuğa sahip annelere verilen video temelli eğitimin ateş yönetimine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü, randomize kontrollü deneysel tasarım" tipinde gerçekleştirildi.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1 (H_1): Video temelli eğitim yöntemi annelerin ateş yönetimi bilgi düzeyi puanını arttırır.
Hipotez 2 (H_2): Video temelli eğitim yöntemi annelerin ateş yönetimi uygulama düzeyi puanını arttırır.
Hipotez 3 (H_3): Video temelli eğitim yöntemi annelerin "Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği" puanını arttırır.
Hipotez 4 (H_4): Video temelli eğitim alan annelerin bilgi, uygulama ve tutum puanları arasında ilişki vardır.

3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın ***bağımsız değişkeni;*** "Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi" isimli eğitim videosu, ***bağımlı değişkenleri***; "ateş yönetimi bilgi düzeyi puanı", "ateş yönetimi uygulama düzeyi puanı" ve "Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçek'' puanıdır.

3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nin çocuk acil servisinde gerçekleştirildi. Araştırma verileri, Mayıs-Kasım 2022 tarihleri arasında, hafta içi ve hafta sonu 08:00-16:00/16:00-24:00/ 24:00-08:00 saatleri arasında toplandı.

Araştırmanın yapıldığı hastanenin çocuk acil servisinde 3. basamak sağlık hizmetleri sunulmakta olup, yılda ortalama 250.000 çocuk başvurmaktadır. Günlük ortalama 1200 çocuğa hizmet verilmektedir. Çocuk acil servisinde 3 vardiya şeklinde çalışılmaktadır. Gündüz vardiyasında toplam 7 hekim (1 acil sorumlu hekimi, 1 uzman hekim, 2 asistan hekim, 3 pratisyen hekim) ve 11 hemşire (1 sorumlu hemşire, 1 sorumlu hemşire yardımcısı, 9 acil hemşire), gece vardiyasında toplam 6 hekim (1 uzman hekim, 2 asistan hekim, 3 pratisyen hekim) ve 9 hemşire çalışmaktadır.

Çocuk acil servis; triyaj, yedi yataklı sarı alan, yeşil alan, on dört yataklı çocuk gözlem odası, aşı odası, enjeksiyon ve pansuman odası, resüsitasyon odası, çocuk hasta muayene odaları, hekim, hemşire ve personel dinlenme odası, buhar odası, emzirme odası, acil röntgen, acil kan alma, hasta kayıt birimi ve depo alanlarından oluşmaktadır. Acil servis triyajı, triyaj eğitimi almış sağlık görevlisi tarafından yapılmaktadır. Triyaj görevlisi hasta başvurusunda hastanın şikayetlerini dinledikten sonra genel durumu ve vital bulgularını dikkate alarak hastayı yeşil veya sarı alana yönlendirmektedir. Her hasta için "Çocuk Acil Triyaj Formu" doldurularak ilgili acil bölüme teslim edilmektedir.

Kliniğin standart ateş yönetimi prosedüründe; triyaj hemşiresi tarafından üç aydan büyük, 38-39,5 ºC ateşi olan çocuklar sarı alana yönlendirilir, asistan hekim tarafından ateş düşürücü ve ılık uygulama order edilir ve sırası gelince yeşil alanda muayene edilir. Üç aydan küçük 38 ºC'nin üzerinde ateşi olan, daha önce ateşli nöbet geçirmiş 6 yaşından küçük ve 38 ºC'nin üzerinde ateşi olan, kronik hastalığı olan ve 39,5 ºC ve üzerindeki ateşli çocuklar ise triyaj hemşiresi tarafından sarı alana yönlendirilir, asistan hekim tarafından muayene edilirler. Hekim order'ı doğrultusunda çocuğa uygun tedaviye başlanmaktadır. Ilık uygulama yapması için anneye kuru pamuk verilir ve ılık uygulamayı nasıl yapması gerektiği konusunda bilgilendirilir. Uygulama sırasında ne kadar süre ateş ölçüm kontrolü yapılacağı açıklanır. Taburculuk sonrası evde ateş düşürücü ilaçları nasıl kullanacağı ve ateş ölçüm sıklığı anlatılır.

Çocuk Acil Servisi'nde triyaj sonrası değerlendirilen çocuk hastaların, sırasıyla muayenesi yapılmaktadır. Hekim tarafından gözlem altına alınmasına karar verilen çocuklar gözlem odasına alınmakta ve tedavileri burada yapılmaktadır. Gözlem altındaki çocukların tedavi ve takiplerini müşahede de görevli sağlık personelleri yapmaktadır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, Mayıs-Kasım 2022 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi ‘ne bağlı bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin çocuk acil servisine ateş şikayeti ile başvuran çocukların anneleri, örneklemini ise örneklem seçim kriterlerine uyan anneler oluşturdu (n=94).

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla G*Power 3.0.10. programı kullanılarak güç analizi yapıldı. Örneklem sayısını belirlemek amacıyla literatür incelemeleri sonucu Herman ve Nurshal (2017) tarafından yapılan çalışma referans alındı. Yapılan güç analizi sonucunda; 0.05 anlamlılık düzeyi, etki büyüklüğü 0.88, %95 güven aralığında ve %95 güç ile her bir gruba en az 35 olmak üzere toplam 70 annenin dahil edilmesi gerektiği hesaplandı. Araştırmanın tekrarlayan ölçümlü tasarım tipinde olması nedeniyle vaka kayıplarının olacağı göz önünde bulundurularak toplam 100 annenin araştırmaya dahil edilmesi planlandı. Anneler gruplara bilgisayarlı basit randomizasyon yöntemiyle atandı (Video temelli eğitim grubu=50, Kontrol grubu=50) (www.randomizer.org). Araştırmanın örneklemi video temelli eğitim grubunda üç, kontrol grubunda üç annenin kendi isteği ile çalışmadan ayrılmak istemesi nedeniyle video temelli eğitim grubu=47, kontrol grubu=47 olmak üzere toplam 94 anne ile sonlandı (Şekil 3.1).

Veri toplama süreci sonunda örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için post hoc güç analizi yapıldı. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında etki büyüklüğünün 0.781 gücünün ise 0.96 olduğu belirlendi.

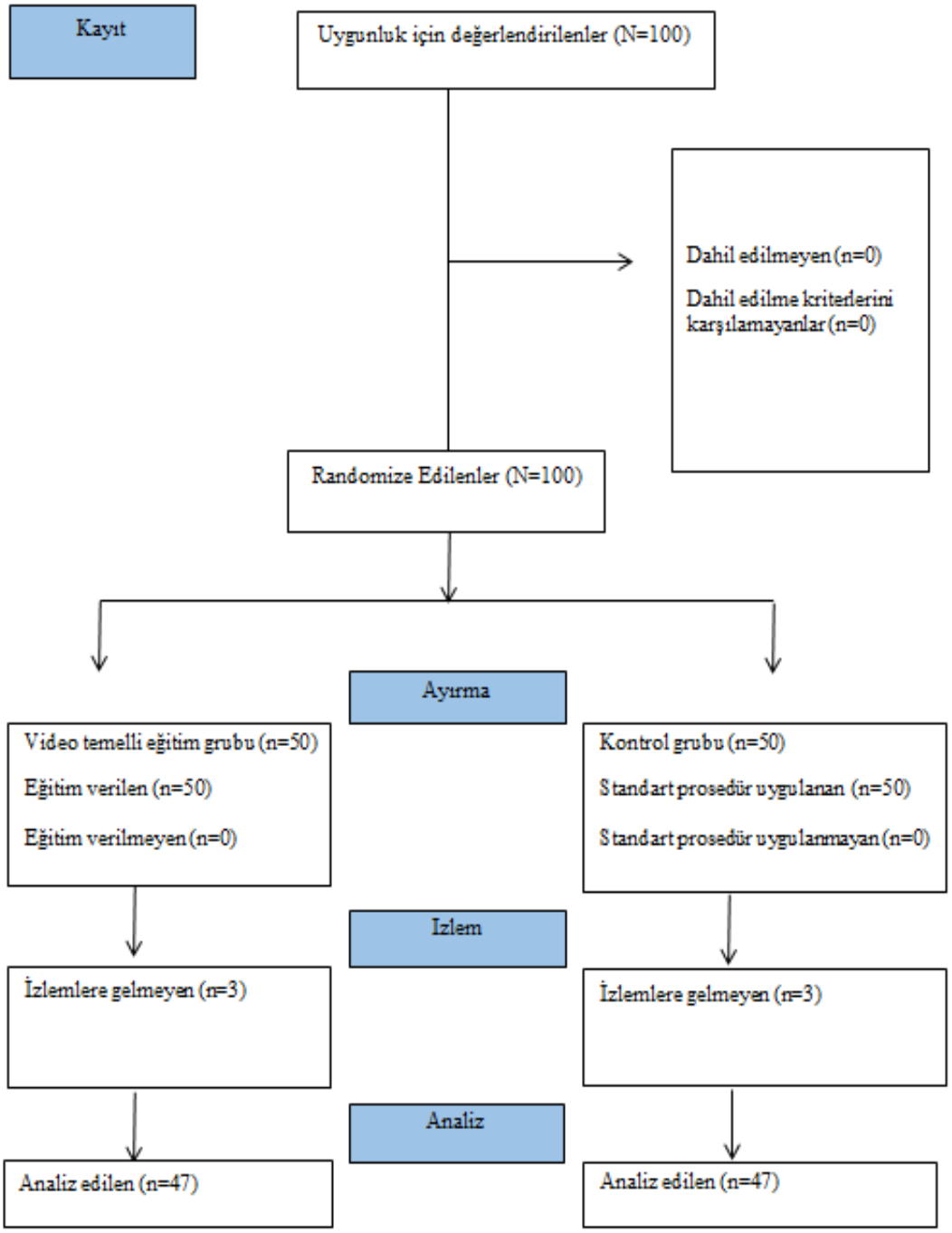
3.5.1. Örneklem Seçim Kriterleri

Araştımanın örneklemini;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü ve 18 yaşından büyük,
- 6 ay- 5 yaş arasında çocuğu olan,
- Çocuğunda ateş şikayeti ile acile başvuran,
- Türkçe konuşup anlayabilen anneler oluşturdu.

3.5.2. Dışlama Kriterleri

- Çocuğu gözlem odasına alınmadan ayaktan taburcu edilen,
- İletişimi engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu olan anneler araştırmaya dahil edilmedi.



Şekil 3.1: Consort akış diyagramı (Consolidated standarts of reporting trials, 2010).

3.6. VERİ TOPLAMA FORMLARI VE ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan "Ateş Yönetimi Bilgi ve Uygulama Düzeyi Formu" ve "Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği-EAYÖ (Parents' Fever Management Scale-Tr –PFMS-TR)" kullanıldı.

3.6.1. Ateş Yönetimi Bilgi ve Uygulama Düzeyi Formu (EK 1)

Verilerin toplanmasında kullanılan "Ateş Yönetimi Bilgi ve Uygulama Düzeyi Formu" beş yaş altı çocuğa sahip annelerin ateş yönetimine ilişkin bilgilerini ve uygulamalarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından konuyla ilgili güncel rehberler, kuruluşlar ve literatür doğrultusunda hazırlandı (Herman ve Nurshal, 2017; Ong ve diğ., 2018; NICE, 2019; WHO, 2020; Green ve diğ., 2021; IAP, 2021; Souza ve diğ., 2021; Wijaya ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022;).

"Ateş Yönetimi Bilgi ve Uygulama Düzeyi Formu" üç bölüm ve toplam 51 maddeden oluşmaktadır. Birinci bölüm; anne ve çocuğa ait sosyo-demografik özellikleri içeren 16 maddeden, ikinci bölüm; annelerin ateş hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmeye yönelik çoktan seçmeli 10 maddeden, üçüncü bölüm ise annelerin ateş yönetimine ilişkin uygulama düzeylerini değerlendirmeye yönelik çoktan seçmeli 25 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar "Doğru/Yanlış/Fikrim yok" olarak değerlendirildi. Annelerin doğru cevapladığı her soru "1" puan, yanlış veya fikrim yok şeklinde cevapladığı her soru "0" puan olarak değerlendirildi.

İkinci bölümden alınacak en yüksek puan "10", en düşük puan "0" dır. Puanın yüksek olması annelerin ateş hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Üçüncü bölümden alınacak en yüksek puan "25", en düşük puan "0"dır. Puanın yüksek olması annelerin ateş yönetimi uygulama düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu form eğitim öncesinde araştırmacı tarafından video temelli eğitim ve kontrol grubundaki annelerle birebir yüz yüze görüşülerek dolduruldu.

İkinci bölüme ait "annelerin ateş yönetimi bilgi düzeylerinin" Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0,999 ve üçüncü bölüme ait "annelerin ateş yönetimi uygulama düzeylerinin" Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0,999-0,988 arasında değişkenlik gösterdiği ve güvenilir olduğu belirlendi (Tablo 3.1).

3.6.2. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği- EAYÖ (Parents' Fever Management Scale-Tr – PFMS-TR) (EK 2)

"Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği-EAYÖ (Parents' Fever Management Scale-Tr-PFMS-TR)" 2008 yılında Walsh ve diğ. (2008) tarafından ebeveynlerin ateş yönetimiyle ilgili uygulamalarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği 2011 yılında Altun ve diğ. tarafından yapılmıştır. Ebeveynlerin ateş yönetimi tutumlarına ilişkin toplam 8 sorudan oluşan ölçek, 5 maddelik likert tiptedir. Sorulara verilen cevaplar sıklık durumuna göre asla "1", nadiren "2", bazen "3", çoğunlukla "4" ve daima "5" olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan "8", en yüksek puan "40"tır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe ateş yönetimi tutumu olumlu yönde artmaktadır. Ölçek 6 ay-5 yaş arası çocuğu olan ebeveynlere uygulanmaktadır (Altun ve diğ., 2011). Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,80'dir. Bu araştırmada Cronbach Alpha güvenirlik katsayısının 0,945-0,990 arasında değişkenlik gösterdiği ve güvenilir olduğu belirlendi (Tablo 3.1).

Tablo 3.1: Ateş yönetimi bilgi ve uygulama düzeyi değerlendirme formları ve ölçek iç tutarlılık katsayıları

	Cronbach α			
	Eğitim Öncesi	**1.ay**	**3.ay**	**6.ay**
Bilgi Düzeyi	0,999	0,999	0,999	0,999
Uygulama Düzeyi	0,999	0,966	0,971	0,988
Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği	0,945	0,978	0,984	0,990

Tablo 3.1'e göre ateş yönetimi bilgi ve uygulama düzeyi değerlendirme formları ve ölçeğin eğitim öncesi, 1.ay, 3.ay ve 6.ay ölçümleri mükemmel iç tutarlılığa sahiptir.

3.7. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

3.7.1. Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi Videosunun İçeriğinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın planlama aşamasında video temelli "Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi" videosu içeriği hazırlanarak alanında uzman kişiler tarafından değerlendirildi. "Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi'' isimli videonun içeriğinde yer alacak konu başlıkları güncel rehberler, kuruluşlar ve literatür taranarak oluşturuldu (Orhan ve Arslan, 2019; NİCE, 2019; WHO,

2020; Green ve diğ., 2021; IAP, 2021; Arias ve diğ., 2022; Yazıcı ve Kutlu, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022). "Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi" isimli video toplam altı alt başlıktan oluşmaktadır; (1) ateşin tanımı (2) ateşin klinik belirtileri (3) sıklıkla kullanılan ateş ölçüm bölgeleri, bölgeler göre ateşin nasıl ölçüleceği ve ateş ölçüm değerleri (4) antipretik ilaçların ne zaman, nasıl, hangi sıklıkla kullanılacağı (5) ılık uygulamanın ne zaman, nasıl ve hangi bölgelere yapılacacağı (6) tıbbi yardım alma zamanı.

Araştırmacı tarafından oluşturulan "Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi" isimli video eğitim içeriğinin yeterliliğini değerlendirilmek için ''Uzman Değerlendirme Formu'' oluşturuldu (EK 3). Hazırlanan senaryo (EK 4), "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında" görevli 7 öğretim üyesi, 2 çocuk psikolog ve 1 çocuk uzman hekimin görüşüne sunuldu. Araştırmacılar tarafından "uzmanların önerileri doğrultusunda" eğitim içeriğinin son şekli verildi. Video eğitim içeriği 20 hedef başlığını içerecek şekilde ve 4'lü likert tipinde oluşturuldu. Formda her madde 1-4 (Uygun Değil=1, Kısmen Uygun=2, Uygun=3, Tamamen Uygun=4) arasında puanlanmaktadır. Değerlendirme formunda alınan puan ortalamasının 4'e yakın olması ''Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi'' isimli videonun içeriğinin uygun olduğunu göstermektedir. Uzman görüşlerinin değerlendirmesinde; ortalama, standart sapma ve Kendall uyum katsayısı testi kullanılmıştır. Uzman görüşleri incelendiğinde, video eğitim içeriği hedeflerinin puan ortalamasının 3,90±0,12 olduğu saptandı. Uzman görüşleri doğrultusunda yapılan analiz sonucu on uzman video eğitiminin bilgi içeriği yönünden yeterli bulmuş olup, uzmanlar arasında anlamlı uyum olduğu belirlendi ($p>0,05$) (Kendall'Wa:0,139; $p=0,119$) (Tablo 3.2).

Tablo 3.2: "Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi" videosunun içeriğine yönelik uzman görüşleri puan ortalaması ve kendall uyumu (*N*=10).

Uzman Değerlendirme Formu	**X±SS**
Hedefler (Madde1-20)	3,90±0,12
Kendall's Coefficient of Concordance	**Test Değerleri**
Kendall's Wa	**0,139**
Chi-Square kikare	26,401
Asymp. Sig. P	**0,119**

3.7.2. Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi Videosunun Değerlendirilmesi

Araştırmacılar tarafından eğitim videosunda yer alacak resimler/fotoğraflar belirlendi. Videonun çekimi hastane ortamında gerekli izinler (EK 5) alınarak gerçekleştirildi. Eğitim videosunun süresi 8 dakika 23 saniyedir.

"Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi" videosunun kalitesi ve güvenirliliğinin değerlendirmesi için DISCERN ölçüm aracı (Quality of Criteria for Consumer Health Information-Tüketici Sağlığı Bilgi Kriterlerinin Kalitesi) (EK 6) kullanıldı. DİSCERN ölçüm aracı, sağlıkla ilgili bilgi sunmak için oluşturulan materyalin kalitesini ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla 1999 yılında Charnock ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Discern ölçüm aracının Türkçe geçerlik ve güvenirliği Gökdoğan tarafından 2003 yılında yapılmıştır. Bu ölçek 3 bölüm, toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Birinci bölüm 8 maddeden oluşmakta ve eğitim materyalinin güvenirliğini değerlendirmektedir. Birinci bölümden 8-40 arasında puan alınabilmektedir. İkinci bölüm 7 maddeden oluşmakta ve eğitim materyali içeriğinde tanımlanan tedavi ve bakım konusundaki bilginin kalitesini değerlendirmektedir. İkinci bölümden 7-35 arasında puan alınabilmektedir. Birinci ve ikinci bölümde her bir soru 1-5 (Eğitim İçeriği Uygun Değil/Hayır=1 ile Uygun/Evet=5) arasında puanlanmaktadır. Alınan puanın artması eğitim materyalinin bilgi kalitesi ve güvenirliliğinin iyi olduğunu göstermektedir. Üçüncü bölüm bir maddeden oluşmakta ve eğitim materyalinin genel değerlendirmesini vermektedir. Bu bölüm (16. madde) ayrı hesaplanmakta ve madde 1-5 (Eğitim İçeriği Genel Değerlendirmesi Düşük=1 ile Yüksek=5) arasında puanlanmaktadır. Toplam puanın artması eğitim materyalinin genel değerlendirmesinin iyi olduğunu göstermektedir (Gökdoğan, 2003).

Video, "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dallarında" görevli 7 öğretim üyesi, 1 çocuk psikolog ve 2 çocuk uzman hekimin görüşüne sunuldu. Araştırmacılar tarafından uzmanların önerileri doğrultusunda videoya son şekli verildi.

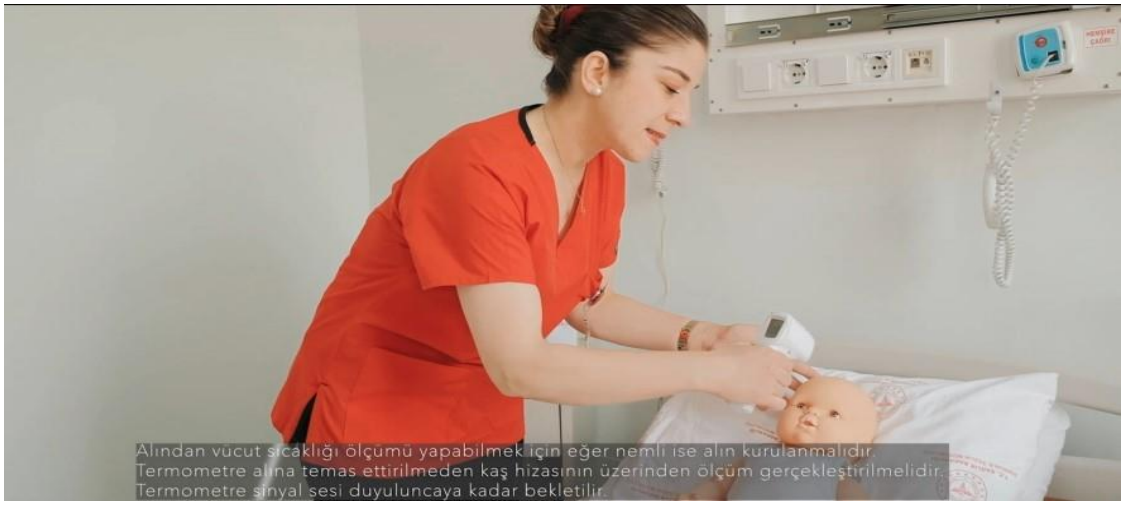
Tablo 3.3: Discern ölçeğine göre ‘’Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi’’ videosunun kalitesi ve güvenirliğine yönelik uzman görüşleri puan ortalaması ve kendall uyumu (*N*=10).

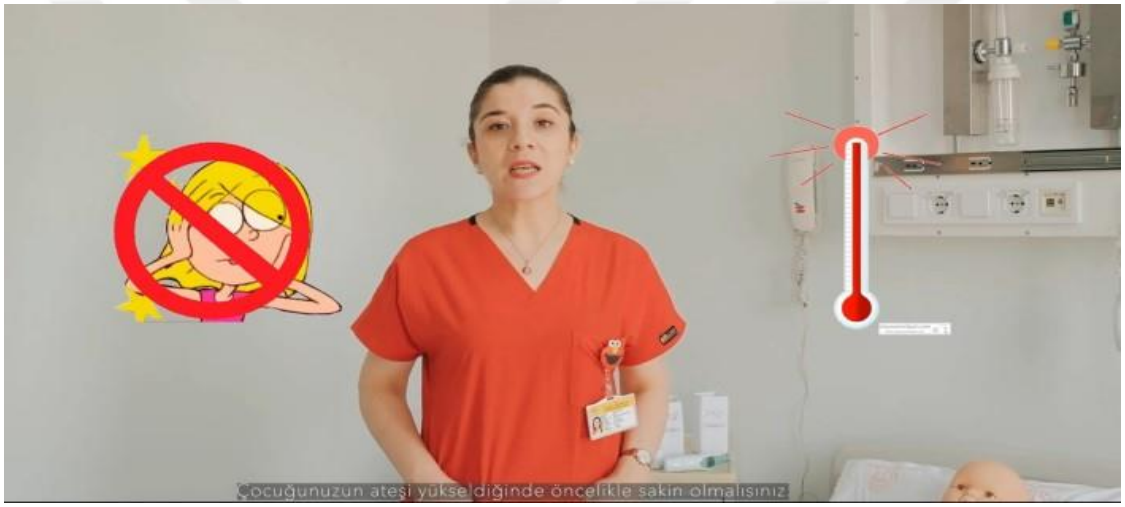
DISCERN ölçüm aracı alt boyut	**min – max**	**X±SS**
Eğitim paketinin güvenirliği (Madde 1-8)	37,00±40,00	39,50±0,97
Eğitim paketinde sunulan bilginin kalitesi (Madde 9-15)	33,00±35,00	34,60±0,84
Toplam puan (Madde 1- 15)	70,00±75,00	74,10±1,60
Eğitim paketinin genel kalitesi (Madde 16)	5,00±5,00	5,00±0,00
Kendall's Coefficient of Concordance	**Test Değerleri**	
Kendall's Wa	**0,112**	
Chi-Square kikare	16,858	
Asymp. Sig. P	**0,327**	

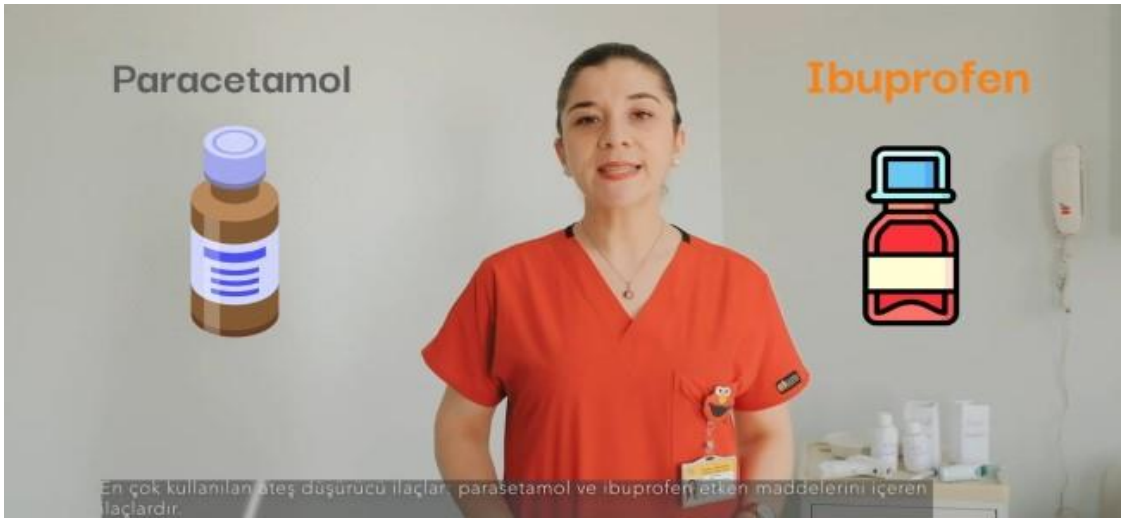
Uzman görüşlerinin değerlendirmesinde; “ortalama, standart sapma ve kendall uyum katsayısı testi” kullanılmıştır. Tablo 3.3’te DISCERN ölçüm aracı ile uzmanların ‘’Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi’’ isimli videoya ait verdikleri tanımlayıcı değerler yer almaktadır. Eğitim paketinin güvenirliği 8-40 puan üzerinden 39,50±0,97, bilgi kalitesi 7-35 puan üzerinden 34,60±0,84, genel kalite değerlendirmesi 15-75 puan üzerinden 74,10±1,60 ve genel kalitesi 1-5 puan üzerinden 5,00±0,00 olarak belirlendi. Ölçekten alınan puanın artması eğitim materyalinin (videonun) bilgi kalitesi ve güvenirliliğinin iyi olduğunu göstermektedir (Gökdoğan, 2003). Uzman görüşleri doğrultusunda yapılan analiz sonucu on uzman videoyu bilgi kalitesi, güvenirliliği ve şekil yönünden yeterli bulmuş olup, uzmanlar arası anlamlı uyum olduğu belirlendi (p>0,05) (Kendall’Wa:0,112; p=0,327) (Tablo 3.3).

Hazırlanan videonun örnek görüntü alıntıları Resim 3.1’de, verilmiştir.









Resim 3.1: Video örnek görüntü alıntıları

3.8. VERİ TOPLANMA SÜRECİ

Eğitim videosunun hazırlanmasının ardından araştırmanın veri toplama sürecine geçildi. Randomizasyon yöntemi ile gruplara atanan annelere, eğitim öncesi ön test ve eğitim sonrası 1., 3., 6. aylarda son test uygulandı. Video temelli eğitim grubundaki annelere video temelli ‘’Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi’’, kontrol grubundaki annelere ise kliniğin standart prosedürü uygulandı.

3.8.1. Video Temelli Eğitim Grubu

Bu gruptaki annelere video temelli “Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi” verildi. İşlem öncesinde; annelere, ilk görüşmede araştırma hakkında detaylı bilgi verilip iletişim bilgilerinin alınacağı ve kaydedileceği bilgisi verildi. Annelerin sözlü ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” ile yazılı izinleri alındı (EK 7).

Anneler ve çocukları gözlem alanı içindeki izolasyon odasına alındı. Annelere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak “Ateş Yönetimi Bilgi ve Uygulama Düzeyi Formu” ve “Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği” uygulandı.

Eğitimler Mayıs-Kasım 2022 tarihleri arasında annelere, birebir ve yüz yüze görüşme yöntemiyle verildi. Araştırmacı tarafından annelere bilgisayar üzerinden ‘’Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi’’ isimli video izletildi. Ardından annelere ihtiyaç duyduklarında izleyebilmeleri için harici bellek ve/veya mail adresi yoluyla eğitim videosu gönderildi. Veri toplama süresi ortalama 40 dakika sürdü.

Eğitim sonrası 1.ay, 3.ay ve 6.ayda anneler telefonla aranarak hastaneye gelmeleri istendi. Bu süreçte anneler ‘’Ateş Yönetimi Bilgi ve Uygulama Formu’’ ve “Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği” ile tekrar değerlendirildi (Şekil 3.2).

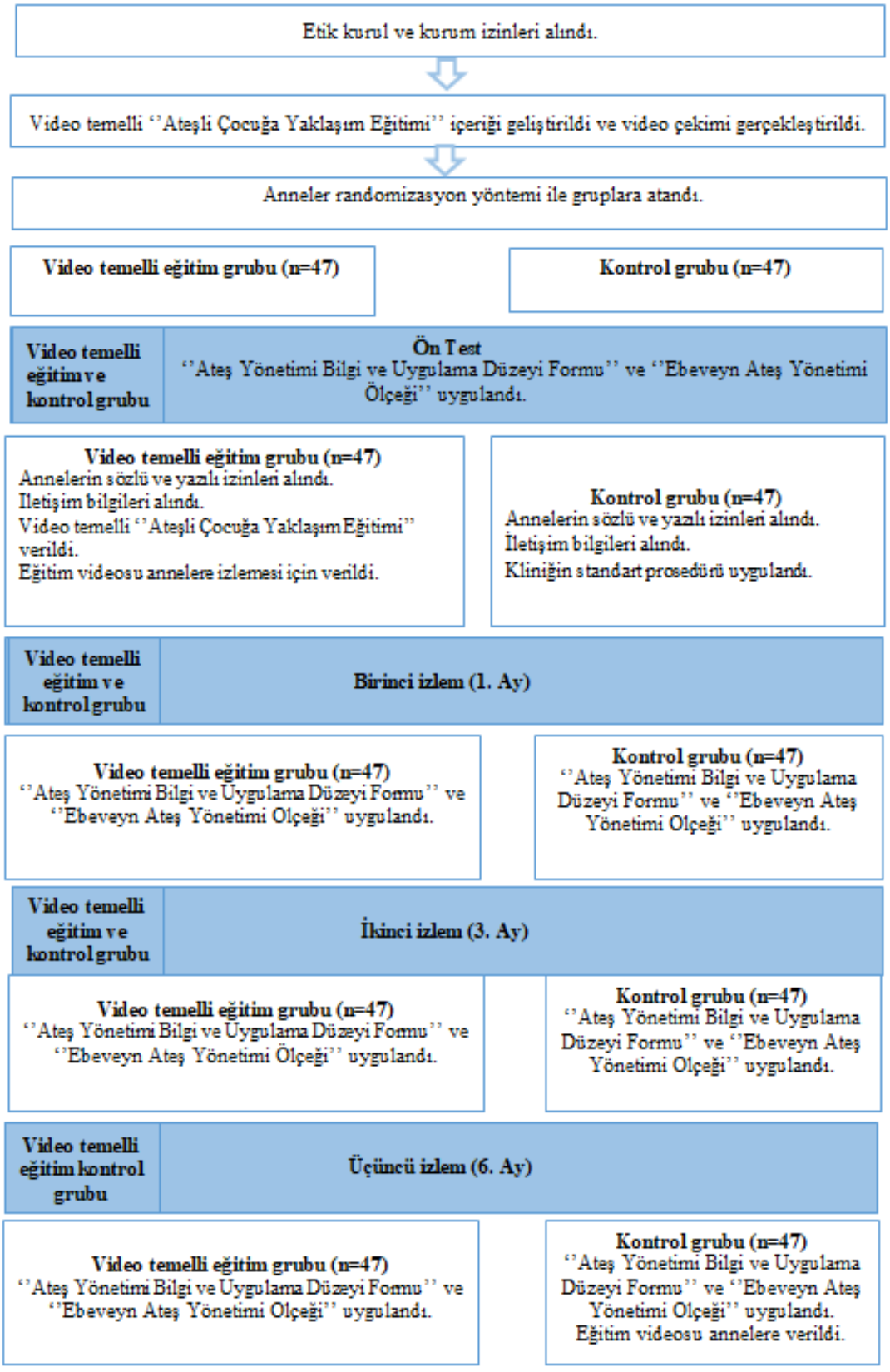
3.8.2. Kontrol Grubu

Bu gruptaki annelere kliniğin standart prosedürü uygulandı. İşlem öncesinde; annelere, ilk görüşmede araştırma hakkında detaylı bilgi verilip iletişim bilgilerinin alınacağı ve kaydedileceği bilgisi verildi. Annelerin sözlü ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” ile yazılı izinleri alındı (EK 8).

Anneler ve çocukları gözlem alanı içindeki izolasyon odasına alındı. Annelere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak “Ateş Yönetimi Bilgi ve Uygulama Düzeyi Formu” ve “Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği” uygulandı. Veri toplama süresi ortalama 20 dakika sürdü.

Kliniğin standart prosedürü dışında başka bir uygulama yapılmadı. Bu prosedüre göre, acil hekimi tarafından verilen order uygulandı. Anne ılık uygulama konusunda bilgilendirildi. Uygulama sırasında ne kadar süre ile ateş ölçüm kontrolü yapılacağı açıklandı. Taburculuk sonrası evde ateş düşürücü ilaçları nasıl kullanacağı ve ateş ölçüm sıklığı anlatıldı.

Eğitim sonrası 1.ay, 3.ay ve 6.ayda anneler telefonla aranarak hastaneye gelmeleri istendi. Bu süreçte anneler "Ateş Yönetimi Bilgi ve Uygulama Formu" ve "Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği" ile tekrar değerlendirildi. Bu gruptaki annelere çalışma tamamlandığında "Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi" isimli video verildi (Şekil 3.2).



Şekil 3.2: Araştırmanın akış şeması

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler "IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26" (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler "birim sayısı (*n*), yüzde (%), ortalama ± standart sapma (*X*±*SS*), medyan (*M*), minimum (*min*) ve maksimum (*max*) değerler" olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı "Shapiro Wilk normallik testi" ile değerlendirildi. Sayısal tanımlayıcı özellikler ve değişkenler normal dağılım gösterdiği için "parametrik testler" kullanıldı. "Anne ve çocuklara ait sayısal tanımlayıcı özelliklerin gruplar arası karşılaştırılmasında" "bağımsız örneklerde *t* testi" kullandı. "Anne ve çocuklara ait kategorik tanımlayıcı özelliklerin gruplar arası karşılaştırılmasında" "ki-kare testlerinden (Pearson kikare/Fisher exact test)" yararlanıldı. "Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla" "Cronbach α güvenilirlik katsayısı" incelendi ve 0,70 üzeri güvenilir kabul edildi.

Annelerin ateşli çocuğa yaklaşım bilgi düzeyi, uygulama düzeyi ve ebeveyn ateş yönetimi ölçeği için dört farklı zamanda elde edilen izlemlerin gruplara göre karşılaştırılmasında "karışık düzen varyans analizi" kullanıldı. "Karışık düzen varyans analizi analizlerinde elde edilen farklılıkların çoklu karşılaştırılma sonuçları" "Bonferroni düzeltmesiyle" bulundu.

Videonun değerlendirilmesinde uzman görüşleri için "Kendall uyum katsayısı'' kullanıldı. Bilgi ve uygulama düzeyi puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde "Spearmen korelasyon testi" uygulandı.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan (EK 9; tarih: 28.04.2022-karar no:2022/227) etik kurul onayı ve Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK 10; tarih: 11.05.2022- karar no:E-26521195-604.01.02) kurum izni alındı.

Araştırmaya dahil edilen annelere "araştırmanın amacı, araştırmanın nasıl yürütüleceği, araştırmanın olası yararları" anlatıldı. "Annelere istedikleri zaman araştırmadan ayrılabilecekleri" ve "araştırma nedeniyle hiçbir ücret talep edilmeyeceği" bilgisi verildi. Annelere "kendilerinden alınan bilgilerin araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacağı" konusunda güven sağlandı. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden sözlü ve "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu" ile yazılı izinleri alındı.

3.11. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ

3.11.1. Güçlü Yönleri

- Tüm bilgi ve uygulama eğitimlerinin tek bir kişi tarafından verilmesi,
- Video içeriğinin güvenirliği için DISCERN ölçüm aracı kullanılması,
- Tekrarlı ölçümler olması nedeniyle annelerin kliniğe gelmesi.

3.11.2. Sınırlılıkları

- Araştırmanın tek bir merkezde yapılması,
- COVID-19 pandemisinin veri toplama sürecinin aksamasına ve uzamasına yol açması.

3.11.3. Güçlükleri

- Araştırma kapsamındaki anneleri görüşmeler için 6 ay boyunca 4 kez kliniğe gelmeye ikna ederek çalışmaya devam etmelerini sağlamak araştırmanın güçlü yanı idi.

4. BULGULAR

Bu bölümde; “çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran beş yaş altı çocuğa sahip annelere verilen video temelli eğitimin ateş yönetimine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü, randomize kontrollü deneysel tasarım tipinde’’ gerçekleştirilen araştırmaya ait bulgular verilmiştir;

4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

4.2. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

4.3. Annelerin Ateş Yönetimi Hakkındaki Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.4. Annelerin Ateş Yönetimi Hakkındaki Uygulama Düzeyi Puan Ortalanmalarının Karşılaştırılması

4.5. Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

4.6. Annelerin Ateş Yönetimi Bilgi Düzeyi, Uygulama Düzeyi ve EAYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 4.1'de "annelerin tanıtıcı özelliklerinin gruplara göre dağılımı ve karşılaştırılması" yer almaktadır.

Tablo 4.1: Annelerin tanıtıcı özellikleri (*N*=94).

Özellikler	**Grup**		**Test İstatistikleri**	
	Video temelli eğitim grubu (*n*=47)	**Kontrol grubu (*n*=47)**	**Test Değeri**	***p***
Yaş, (*yıl*)				
X±*SS*	30,55±5,3	31,36±5,37	-0,735 ‡	0,464
M (min-max)	30 (22-43)	32 (21-43)		
Yaş, *n* (%)				
25 yaş altı	9 (%19,1)	7 (%14,9)	0,450 †	0,799
26-35 yaş arası	29 (%61,7)	29 (%61,7)		
35 yaş üzeri	9 (%19,1)	11 (%23,4)		
Eğitim durumu, *n* (%)				
İlköğretim	18 (%38,3)	11 (%23,4)	2,946 †	0,229
Lise	16 (%34)	23 (%48,9)		
Üniversite	13 (%27,7)	13 (%27,7)		
Çalışma durumu, *n* (%)				
Çalışmıyor	34 (%72,3)	31 (%66)	0,449 †	0,503
Çalışıyor	13 (%27,7)	16 (%34)		
Aile tipi, *n* (%)				
Çekirdek aile	44 (%93,6)	43 (%91,5)	0,154 †	0,694
Geniş aile	3 (%6,4)	4 (%8,5)		
Gelir durumu, *n* (%)				
Geliri giderinden az	5 (%10,6)	1 (%2,1)	3,965 †	0,138
Geliri giderine denk	40 (%85,1)	41 (%87,2)		
Geliri giderinden fazla	2 (%4,3)	5 (%10,6)		
Ateşli çocuğa yaklaşım hakkında önceden bilgi alma durumu, *n* (%)				
Evet	22 (%46,8)	18 (%38,3)	2,100 †	0,147
Hayır	25 (%53,2)	29 (%61,7)		
Ateşli çocuğa yaklaşım hakkında bilgi alınan kaynak, *n* (%)				
Hekim	18 (%36)	9 (%22)		
Hemşire	16 (%32)	8 (%19,5)	10,344 †	0,066
Basın ve yayın	5 (%10)	5 (%12,2)		
Yakın çevre	2 (%4)	8 (%19,5)		
İnternet (Sosyal medya vb)	9 (%18)	11 (%26,8)		

‡: Bağımsız Örneklem t Test (t); †: Ki Kare Testi (χ^2); Özet istatistikler sayısal veriler için ortalama ± standart sapma ve Medyan (minimum, maksimum), kategorik veriler için Sayı (Yüzdelik) değer olarak verilmiştir.

Annelerin "tanıtıcı özellikleri" incelendiğinde; video temelli eğitim grubundaki annelerin yaş ortalamasının 30,55±5,3 yıl ve çoğunluğunun (%61,7; n=29) 26-35 yaş arasında olduğu, kontrol grubundaki annelerin ise yaş ortalamasının 31,36±5,37 yıl ve çoğunluğunun (%61,7; n=29) 26-35 yaş arasında olduğu, "gruplar arasında yaş dağılımları açısından

istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki annelerin (%34; n=16) ve kontrol grubundaki annelerin çoğunluğunun (%48,9; n=23) lise mezunu olduğu ve "gruplar arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki annelerin (%72,3; n=34) ve kontrol grubundaki annelerin çoğunluğunun (%66; n=31) çalışmadığı ve "gruplar arasında çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki annelerin (%93,6; n=44) ve kontrol grubundaki annelerin çoğunluğunun (%91,5; n=43) çekirdek aile tipinde olduğu ve "gruplar arasında aile tipi durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki (%85,1; n=40) ve kontrol grubundaki annelerin çoğunluğunun (%87,2; n=41) "gelirinin giderine denk olduğu" ve "gruplar arasında gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki annelerin %53,2'sinin (n=25), kontrol grubundaki annelerin ise %61,7'sinin (n=29) daha önceden ateşli çocuğa yaklaşım konusunda bilgi almadığı ve "gruplar arasında ateşli çocuğa yaklaşım konusunda bilgi alma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki annelerin %36'sının (n=18) hekimden ve %32'sinin (n=16) hemşireden, kontrol grubundaki annelerin ise %22'sinin (n=9) hekimden ve %19,5'inin (n=8) hemşireden ateşli çocuğa yaklaşım konusunda bilgi aldıkları ve "gruplar arasında ateşli çocuğa yaklaşım konusunda bilgi alınan kaynak açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05).

4.2. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 4.2'de "çocukların tanıtıcı özelliklerinin gruplara göre dağılımı ve karşılaştırılması" yer almaktadır.

Tablo 4.2: Çocukların tanıtıcı özellikleri (*N*=94).

Özellikler	**Grup**		**Test İstatistikleri**	
	Video temelli eğitim grubu (*n*=47)	**Kontrol grubu (*n*=47)**	**Test Değeri**	***p***
Yaş, (*ay*)				
X±*SS*	29,83±14,58	33,7±16,72	-1,197 ‡	0,235
M (min-max)	24 (6-60)	36 (6-60)		
Yaş, *n* (%)				
12 ay altı	7 (%14,9)	8 (%17)	0,697 †	0,706
13-36 ay aralığı	27 (%57,4)	23 (%48,9)		
36 ay üzeri	13 (%27,7)	16 (%34)		
Cinsiyet, *n* (%)				
Kız	21 (%44,7)	25 (%53,2)	0,681 †	0,409
Erkek	26 (%55,3)	22 (%46,8)		
Doğum sırası, *n* (%)				
İlk çocuk	20 (%42,6)	19 (%40,4)	0,044 †	0,834
İki ve üzeri	27 (%57,4)	28 (%59,6)		
Kronik hastalık varlığı, *n* (%)				
Var	5 (%10,6)	1 (%2,1)	2,848 †	0,091
Yok	42 (%89,4)	46 (%97,9)		
Ateş öyküsü, *n* (%)				
Evet	47 (%100)	46 (%97,9)	1,011 †	0,315
Hayır	0 (%0)	1 (%2,1)		
Febril konvülsiyon öyküsü *n* (%)				
Evet	11 (%23,4)	11 (%23,4)	0,001 †	0,999
Hayır	36 (%76,6)	36 (%76,6)		
Ateş ölçüm değeri, (°C)				
X±*SS*	38,66±0,51	38,61±0,56	0,458 ‡	0,648
M (min-max)	38,7 (37,5-39,5)	38,5 (37,8-39,7)		
Ateş ile birlikte görülen klinik bulgu, *n* (%)				
Karın ağrısı	5 (%9,8)	4 (%7)		
Üst solunum yolu enfeksiyonuna ait belirtiler	9 (%17,7)	7 (%12,4)	2,626 †	0,917
Bulantı-Kusma	22 (%43,1)	26 (%45,6)		
İshal	13 (%25,5)	18 (%31,6)		
Nöbet	2 (%3,9)	2 (%3,5)		

‡: Bağımsız Örneklem t Test (t); †: Ki Kare Testi (χ^2); Özet istatistikler sayısal veriler için ortalama ± standart sapma ve Medyan (minimum, maksimum), kategorik veriler için Sayı (Yüzdelik) değer olarak verilmiştir.

Çocukların "tanıtıcı özellikleri" incelendiğinde; video temelli eğitim grubundaki çocukların yaş ortalamasının 29,83±14,58 ay ve çoğunluğunun (%57,4; n=27) 13-36 ay arasında olduğu, kontrol grubundaki çocukların ise yaş ortalamasının 33,7±16,72 ay ve

çoğunluğunun (%48,9; n=23) 13-36 ay arasında olduğu ve "gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki çocukların çoğunluğunun (%55,3; n=26), kontrol grubundaki çocukların %46,8'inin (n=22) erkek olduğu ve "gruplar arasında cinsiyet durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki (%57,4; n=27) ve kontrol grubundaki çocukların çoğunluğunun (%59,6; n=28) iki ve üzeri kardeşi olduğu ve "gruplar arasında doğum sırası durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki çocukların (%89,4; n=42) ve kontrol grubundaki çocukların çoğunluğunun (%97,9; n=46) kronik hastalığı olmadığı ve "gruplar arasında kronik hastalık durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki çocukların (%100; n=47) ve kontrol grubundaki çocukların çoğunluğunun (%97,9; n=46) daha önceden ateşlendiği "gruplar arasında ateş öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki çocukların %76,6'sının (n=36), kontrol grubundaki çocukların ise %76,6'sinin (n=36) daha önceden febril konvülsiyon geçirmediği ve "gruplar arasında febril konvülsiyon öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki çocukların ateş ölçüm değeri ortalamasının 38,66±0,51°C ve kontrol grubundaki çocukların ise ateş ölçüm değeri ortalamasının 38,61±0,56°C olduğu ve "gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05). Video temelli eğitim grubundaki çocukların %43,1'inin (n=22) bulantı kusma, %25,5'inin (n=13) ishal ve %17,7'sinin (n=9) üst solunum yolu enfeksiyonuna ait belirtiler, kontrol grubundaki çocukların %45,6'sının (n=26) bulantı-kusma, %31,6'sının (n=18) ishal ve %12,4'ünün (n=7) üst solunum yolu enfeksiyonuna ait belirtileri olduğu ve "gruplar arasında ateş ile birlikte görülen klinik bulgu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı" belirlendi (p>0,05).

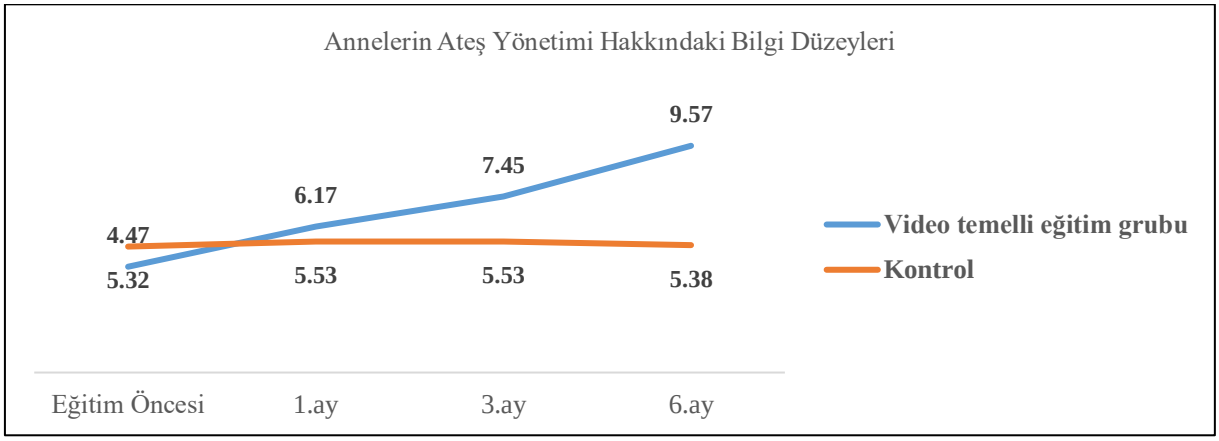
4.3. Annelerin Ateş Yönetimi Hakkındaki Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.3 ve Şekil 4.1'de annelerin zamana ve gruplara göre ateş yönetimi bilgi düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.3: Annelerin ateş yönetimi bilgi düzeyi puan ortalamaları (N=94).

Ölçüm zamanları	Grup		Test İstatistikleri †		
	Video temelli eğitim grubu ***(n=47)***	**Kontrol grubu** ***(n=47)***	***F***	***p***	η^2
Eğitim Öncesi	4,47±5,03 ^{b}	5,32±5,04 ^{b}	0,672	0,415	0,007
1.ay	6,17±4,91 ^{ab}	5,53±5,03 ^{b}	0,388	0,535	0,004
3.ay	7,45±4,41 ^{a}	5,53±5,03 ^{ab}	3,857	0,053	0,040
6.ay	9,57±2,04 ^{a}	5,38±4,99 ^{b}	**28,375**	**<0,001**	**0,236**
Test İstatistikleri ϕ	**F=16,274** **p<0,001** **η^2=0,352**	F=0,027 p=0,994 η^2=0,001			
Fark & (6.ay-Eğitim Öncesi)	5,11±5,05	0,06±5,80	**6,332**	**<0,001**	**0,064**

F: Karışık Desen ANOVA, Etki Büyüklüğü (η^2), ϕ Gruplar içi karşılaştırma, †Gruplar arası karşılaştırma, &İlk ve Son puan farklarının gruplar arası karşılaştırılması, Tanıtıcı istatistikler ortalama ± standart sapma olarak verildi. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). a>b: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder (p<0.05).



Şekil 4.1: Annelerin ateş yönetimi bilgi düzeyi puan ortalamaları.

"Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde"; video temelli eğitim grubundaki annelerin ateş yönetimi bilgi düzeyi puan ortalamalarının eğitim öncesinde 4,47±5,03 puan, 1. ayda 6,17±4,91 puan, 3. ayda 7,45±4,41 puan, 6. ayda 9,57±2,04 puan olduğu ve bilgi düzeyi puan ortalamalarının zamana göre artışının "istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptandı" (p<0,001). "Farkın hangi zamandan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri

analizde" bilgi düzeyi puan ortalamalarının 3. aydan itibaren "istatistiksel olarak daha yüksek olduğu" belirlendi. Kontrol grubundaki annelerin ise ateş yönetimi bilgi düzeyi puan ortalamalarının eğitim öncesinde 5,32±5,04 puan, 1. ayda 5,53±5,03 puan, 3. ayda 5,53±5,03 puan, 6. ayda 5,38±4,99 puan olduğu ve bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında zamana göre "istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı" belirlendi (p=0,994) (Tablo 4.3) (Şekil 4.1).

"Gruplar arası karşılaştırma yapıldığında"; annelerin ateş yönetimi bilgi düzeyi puan ortalamalarının eğitim öncesi, 1.ay ve 3.ay ölçümlerinde "gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı" (p=0,415; p=0,535; p=0,553), 6. ayda video temelli eğitim grubundaki annelerin ateş yönetim bilgi düzeyi puan ortalamalarının kontrol grubuna göre "istatistiksel olarak ileri derecede yüksek olduğu" saptandı (p<0,001) (Tablo 4.3).

Ateş yönetimi bilgi düzeyi puan ortalamalarının gruplar arasındaki eğitim öncesi ve 6 ay arası değişimi incelendiğinde; video temelli eğitim grubunda 5,11±5,05 birimlik artış olup grup içi değişimi büyük etkiye (η^2=0,352) sahipti. Kontrol grubunda ise 0,06±5,80 birimlik anlamlı olmayan bir değişim vardı. Ateş yönetimi hakkındaki bilgi düzeylerinde meydana gelen değişim grup içi ve gruplar arası değişimi orta büklükte (η^2=0,064) anlamlı etkiye sahipti ve gruplar arasında video temelli eğitim grubundaki annelerin eğitim öncesi ve 6. ay bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksekti (p<0,001).

"**Hipotez 1 (H1):** Video temelli eğitim yöntemi annelerin ateş yönetimi bilgi düzeyi puanını arttırır" hipotezi **DOĞRULANDI.**

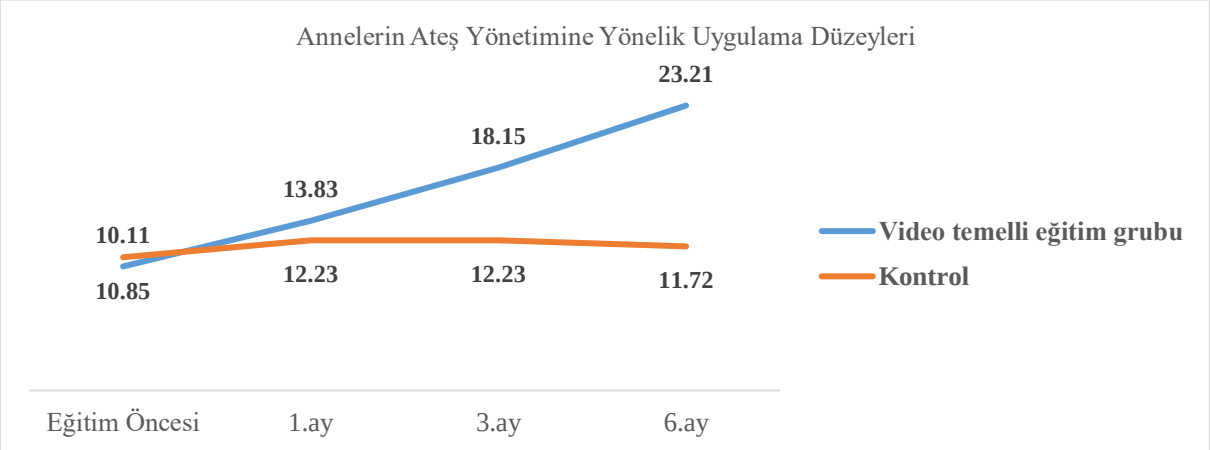
4.4. Annelerin Ateş Yönetimi Hakkındaki Uygulama Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.4 ve Şekil 4.2'de annelerin zamana ve gruplara göre ateş yönetimi uygulama düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.4: Annelerin ateş yönetimi uygulama düzeyi puan ortalamaları (*N*=94).

	Grup		**Test İstatistikleri** †		
Ölçüm zamanları	**Video temelli eğitim grubu (*n*=47)**	**Kontrol grubu (*n*=47)**	***F***	***p***	***η²***
Eğitim Öncesi	10,11±12,40 ^{c}	10,85±12,39 ^{c}	0,085	0,772	0,001
1.ay	13,83±10,07 ^{bc}	12,23±8,48 ^{c}	0,690	0,408	0,007
3.ay	18,15±7,98 ^{b}	12,23±9,85 ^{c}	**10,238**	**0,002**	**0,100**
6.ay	23,21±6,27 ^{a}	11,72±10,14 ^{c}	**43,657**	**<0,001**	**0,322**
Test İstatistikleri ϕ	***F*=17,919** ***p*<0,001** ***η²*=0,374**	*F*=0,141 *p*=0,935 *η²*=0,005			
Fark & **(6.ay-Eğitim Öncesi)**	13,11±12,88	0,87±14,84	**7,086**	**<0,001**	**0,072**

F: Karışık Desen ANOVA, Etki Büyüklüğü (η²), ϕ Gruplar içi karşılaştırma, †Gruplar arası karşılaştırma, &İlk ve Son puan farklarının gruplar arası karşılaştırılması, Tanıtıcı istatistikler ortalama ± standart sapma olarak verildi. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). a>b>c: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder (p<0.05).



Şekil 4.2: Annelerin ateş yönetimi uygulama düzeyi puan ortalamaları.

"Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde"; video temelli eğitim grubundaki annelerin ateş yönetimi uygulama düzeyi puan ortalamalarının eğitim öncesinde 10,11±12,40 puan, 1. ayda 13,83±10,07 puan, 3. ayda 18,15±7,98 puan, 6. ayda 23,21±6,27 puan olduğu ve uygulama düzeyi puan ortalamalarının zamana göre istatistiksel olarak ileri derecede arttığı belirlendi (p<0,001). ''Farkın hangi zamandan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri

analizde" 3. aydan itibaren uygulama düzey puan ortalamalarının eğitim öncesine göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki annelerin ise ateş yönetimi uygulama düzeyi puan ortalamalarının eğitim öncesinde 10,85±12,39 puan, 1. ayda 12,23±8,48 puan, 3. ayda 12,23±9,85 puan, 6. ayda 11,72±10,14 puan olduğu ve uygulama düzeyi puan ortalamalarının ölçüm zamanları arasında "istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı" saptandı (p=0,935) (Tablo 4.4) (Şekil 4.2).

"Gruplar arası karşılaştırma yapıldığında"; annelerin ateş yönetimi uygulama düzeyi puan ortalamalarının eğitim öncesi ve 1.ay ölçümleri arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken (p=0,772; p=0,408), 3. ay ve 6. ayda video temelli eğitim grubundaki annelerin ateş yönetim bilgi düzeyi puan ortalamalarının kontrol grubundan "istatistiksel olarak ileri derecede daha yüksek olduğu" belirlendi (p=0,002; p=0,001) (Tablo 4.4) (Şekil 4.2).

Ateş yönetimi uygulama düzeylerinin çalışma gruplarında zamansal değişimi genel olarak incelendiğinde; video temelli eğitim grubunda 13,11±12,88 birimlik artış grup içi değişimi büyük etkiye (η^2=0,374) sahipti. Kontrol grubunda ise 0,87±14,84 birimlik anlamlı olmayan bir değişim vardı. Ateş yönetimi hakkındaki uygulama düzeylerinde meydana gelen değişim grup içi ve gruplar arası değişimi orta büyüklükte (η^2=0,072) anlamlı etkiye sahipti ve gruplar arasında video temelli eğitim grubundaki annelerin eğitim öncesi ve 6. ay uygulama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksekti (p<0,001).

"Hipotez 2 (H2): Video temelli eğitim yöntemi annelerin ateş yönetimi uygulama düzeyi puanını arttırır" hipotezi **DOĞRULANDI.**

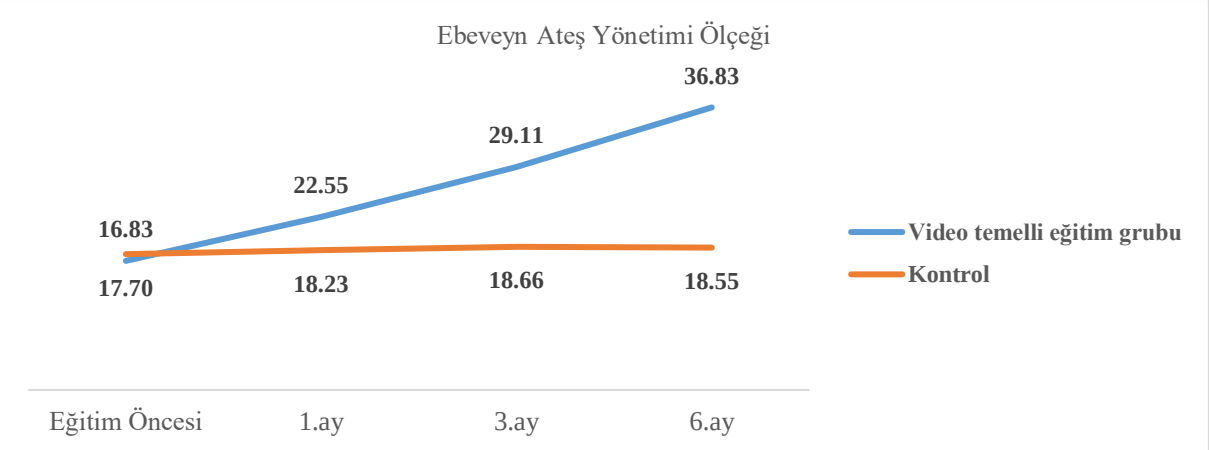
4.5. Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.5 ve Şekil 4.3'te annelerin zamana ve gruplara göre Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.5: Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları (*N*=94).

	Grup		**Test İstatistikleri** †		
Ölçüm zmanları	**Video temelli eğitim grubu (*n*=47)**	**Kontrol grubu (*n*=47)**	***F***	***p***	***η²***
Eğitim Öncesi	16,83±3,29 ^{d}	17,70±3,08 ^{d}	1,761	0,188	0,019
1.ay	22,55±8,81 ^{c}	18,23±2,89 ^{d}	**10,205**	**0,002**	**0,100**
3.ay	29,11±9,97 ^{b}	18,66±2,44 ^{d}	**48,660**	**<0,001**	**0,346**
6.ay	36,83±5,30 ^{a}	18,55±3,15 ^{d}	**413,087**	**<0,001**	**0,818**
Test İstatistikleri ϕ	***F*=255,808** ***p*<0,001** ***η²*=0,895**	*F*=0,622 *p*=0,603 *η²*=0,020			
Fark & **(6.ay-Eğitim Öncesi)**	20,00±6,10	0,85±4,66	**52,092**	**<0,001**	**0,362**

F: Karışık Desen ANOVA, Etki Büyüklüğü (η²), ϕ Gruplar içi karşılaştırma, †Gruplar arası karşılaştırma, &İlk ve Son puan farklarının gruplar arası karşılaştırılması, Tanıtıcı istatistikler ortalama ± standart sapma olarak verildi. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). a>b>c>d: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder (p<0.05).



Şekil 4.3: Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puan ortalamaları.

"Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde"; video temelli eğitim grubundaki annelerin ''Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği (EAYÖ)'' puan ortalamalarının eğitim öncesinde 16,83±3,29 puan, 1. ayda 22,55±8,81 puan, 3. ayda 29,11±9,97 puan, 6. ayda 36,83±5,30 puan ile zamana göre "istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu" belirlendi (p<0,001).

“Farkın hangi zamandan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde” 1. aydan itibaren alınan ölçümlerin eğitim öncesine göre “istatistiksel olarak yüksek olduğu” belirlendi. Kontrol grubundaki annelerin ise EAYÖ puan ortalamalarının eğitim öncesinde 17,70±3,08 puan, 1. ayda 18,23±2,89 puan, 3. ayda 18,66±2,44 puan, 6. ayda 18,55±3,15 puan ile zamana göre “istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı” saptandı (p=0,603). Sonuç olarak video temelli eğitim grubunda kontrol grubuna göre 6 ay içerisinde istatistiksel olarak artış görülmüştür (p<0,05) (Tablo 4.5) (Şekil 4.3).

“Gruplar arası karşılaştırma yapıldığında”; annelerin EAYÖ puan ortalamalarının eğitim öncesinde gruplar arasında “istatistiksel olarak anlamlı fark yok iken” (p=0,188), 1. ay 3. ay ve 6. ayda video temelli eğitim grubundaki annelerin EAYÖ puan ortalamalarının kontrol grubundan “istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu” belirlendi (p=0,002; p=0,001; p=0,001) (Tablo 4.5).

Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği çalışma gruplarında zamansal değişimi genel olarak incelendiğinde video temelli eğitim grubunda 20,00±6,10 birimlik artış grup içi değişimi büyük etkiye (η^2=0,895) sahipti. Kontrol grubunda ise 0,85±4,66 birimlik anlamlı olmayan bir değişim vardı. Ebeveyn ateş yönetimi ölçeği puanlarında meydana gelen değişim grup içi ve gruplar arası değişimi büyük (η^2=0,362) anlamlı etkiye sahipti.

“Hipotez 3 (H3): Video temelli eğitim yöntemi annelerin ‘’Ebeveyn Ateş Yönetim Ölçeği’’ puanı arttırır” hipotezi **DOĞRULANDI.**

4.6. Annelerin Ateş Yönetimi Bilgi Düzeyi, Uygulama Düzeyi ve EAYÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Annelerin 6. ay ateş yönetimi bilgi düzeyi, uygulama düzeyi ve EAYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Tablo 4.6: Annelerin 6. ay ateş yönetimi bilgi, uygulama ve EAYÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki (*N*=94).

		Bilgi Düzeyi	**Uygulama Düzeyi**
Video temelli eğitim *n*=47	**Uygulama Düzeyi**	**r=0,337 *p*=0,021**	1
	Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği	**r=0,335** *p*=**0,021**	r=0,108 *p*=0,468
Kontrol *n*=47	**Uygulama Düzeyi**	r=0,092 *p*=0,537	1
	Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği	r=0,235 *p*=0,111	**r=0,258 *p*=0,040**

r: Spearman korelasyon katsayısı, Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Video temelli eğitim grubunda annelerin ateş yönetimi bilgi düzeyi ile uygulama düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak "anlamlı, zayıf ve pozitif yönlü" (r=0,337; p=0,021) ilişki belirlendi. Kontrol grubunda annelerin ateş yönetimi bilgi düzeyi ile uygulama düzeyi puanları arasında "istatistiksel olarak anlamlı ilişki" (r=0,092; p=0,537) gözlenmedi.

Video temelli eğitim grubundaki annelerin EAYÖ ile bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak "anlamlı, zayıf ve pozitif yönlü" (r=0,335; p=0,021) ilişki belirlenmesine rağmen EAYÖ ile uygulama düzeyi puanları arasında "istatistiksel olarak anlamlı ilişki" (r=0,108; p=0,468) gözlenmedi. Kontrol grubundaki annelerin EAYÖ ile bilgi düzeyi puanları arasında ''istatistiksel olarak anlamlı ilişki'' (r=0,235; p=0,111) belirlenmemesine rağmen EAYÖ ile uygulama düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak "anlamlı, zayıf ve pozitif yönlü" (r=0,258; p=0,040) ilişki belirlendi.

"Hipotez 4 (H_4): Video temelli eğitim alan annelerin bilgi, uygulama ve tutum puanları arasında ilişki vardır" hipotezi **DOĞRULANDI.**

5. TARTIŞMA

Ateş, çoğunlukla ciddi boyutta olmayan viral kaynaklı bir enfeksiyonun bulgusudur (NICE, 2019). Literatürde değişiklikler olmakla birlikle 5 yaş altı çocuklarda vücut sıcaklığının; "rektal 38°C, timpanik 37,8°C, oral 37,5°C, aksiler 37,5°C ve üzerinde olması" ateş olarak değerlendirilmektedir (Canadian Paediatric Society-CPS, 2020; Medical News Today-MNT, 2020). Çoğunlukla vücut için birçok yararlı etkilere sahip olsa da çocuklarda görülen ateş, ebeveynlerin acile başvuru nedenleri arasında ilk sırada yer alan ve paniğe neden olan durumlardan biridir (Barutçu ve Barutçu, 2020; Karakaş ve diğ., 2020; Roth ve Basello, 2021; Alsofyani ve Hassanien, 2022). Doğru ve etkin ateş yönetiminin bilinmemesi ailelerin yanlış uygulamalarda bulunmalarına neden olabilmektedir (Wijaya ve Soewito, 2021; Wijaya ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022; Dinç ve Gözen, 2023). Çocuk hemşireleri, kanıta dayalı hemşirelik yaklaşımlarıyla güvenli ve etkili bakım verebilir ve aileleri ateşli çocuğa yaklaşım konusunda bilgilendirebilir (Sezici, 2019; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022; Tavan ve diğ., 2022; Sakr ve diğ., 2022).

Literatürde; teknolojinin gelişmesiyle beraber hemşirelerin eğitim uygulamalarında, teori ile uygulamayı birleştirerek, bilgileri uygulamaya ve davranışa dönüştürmede olumlu etkisi olduğu bilinen video temelli eğitim videolarını kullanmalarının yararı vurgulanmaktadır (Ong ve diğ., 2018; Faleiros ve diğ., 2019; Scottt ve diğ., 2021; Wang ve diğ., 2021; Çulha ve Acaroğlu, 2022; Gwiasda ve diğ., 2022).

Bu bilgiler doğrultusunda, "çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran beş yaş altı çocuğa sahip annelere verilen video temelli eğitimin ateş yönetimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan'' araştırmanın sonuçları literatür bilgisi doğrultusunda üç başlık altında tartışılmıştır;

5.1. Annelerin ve Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Annelerin Ateş Yönetimi Hakkındaki Bilgi ve Uygulama Düzeyi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Annelerin ve Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, araştırma kapsamındaki video temelli eğitim ve kontrol grubundaki anneler ile çocuklarının tanıtıcı özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Ebeveynlerin ateşli çocuğa yaklaşımları, birçok faktörden etkilenmektedir. Literatürde ateş yönetiminin; annenin yaşı, çocuğun yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı çevre, çocuk sayısı gibi sosyodemografik değişkenlerden etkilendiği bildirilmektedir (Hussain ve diğ., 2020; Akbayram, 2021; Arias ve diğ., 2022; Alsofyani ve Hassanien, 2022; Waly ve Bakry, 2022; Tavan ve diğ., 2022; Yazıcı ve Kutlu, 2022; Gülcan ve Şahiner, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022).

Ateş yönetimi ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde; eğitim seviyesi yüksek olan, yaşı daha büyük olan, çocuk sayısı az olan, daha önce çocuğunda ateş şikayetiyle hastaneye başvuran, çocuğu daha önce febril konvülsiyon geçiren, ateşli çocuğa yaklaşım ile ilgili eğitim alan ebeveynlerin ateş yönetiminde daha başarılı olduğu bildirilmektedir (Dokuyucu, 2020; Hussain ve diğ., 2020; Sert, 2021; Akbayram, 2021; Karakul ve Pınar, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022; Yazıcı ve Kutlu, 2022; Gülcan ve Şahiner, 2022; Arias ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022; Alsofyani ve Hassanien, 2022).

Araştırmada video temelli eğitim ve kontrol grubundaki anneler tanıtıcı özellikler açısından (yaş, yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, ateşli çocuğa yaklaşım hakkında önceden bilgi alma durumu ve ateşli çocuğa yaklaşım hakkında bilgi alınan kaynak) karşılaştırıldığında ‘’iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi’’ ($p>0,05$) (Tablo 4.1). Annelerin tanıtıcı özelliklerinin benzer olması, video temelli eğitimin etkisini değiştirebilecek değişkenlerin her iki grupta homojen olduğunu göstermektedir.

Video temelli eğitim ve kontrol grubundaki çocuklar tanıtıcı özellikler açısından (yaş, yaş grubu, cinsiyet, doğum sırası, kronik hastalık, ateş öyküsü, febril konvülsiyon öyküsü, ateş ölçüm değeri ve ateş ile birlikte görülen klinik bulgu) karşılaştırıldığında “gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı” ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Bu bulgu, video temelli eğitim ve kontrol grubundaki çocukların, bireysel ve hastalık özellikleri açısından homojen olduğunu göstermektedir.

Annelerin ve çocukların tanıtıcı özelliklerinin gruplar arasında benzer olması, araştırma bulgularının güvenirliği açısından önemli bir sonuçtur ve bu araştırmanın deneysel tasarıma uygun olduğunu göstermektedir.

5.2. Annelerin Ateş Yönetimi Hakkındaki Bilgi ve Uygulama Düzeyi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Ateş yönetimini bilmeyen aileler ateşi olan çocuğa yanlış yaklaşmaktadır (Wijaya ve Soewito, 2021; Wijaya ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022). Etkili ateş yönetiminde ebeveynlere eğitim verilerek bilgilerinin güncellenmesi önemlidir (Alsofyani ve Hassanien, 2022; Tavan ve diğ., 2022; Dinç ve Gözen, 2023). Sağlık eğitiminde hemşirelerin öncü bir konumda olması farklı eğitim stratejileri geliştirme ihtiyacını doğurmaktadır (Alsofyani ve Hassanien, 2022). Son yıllarda hasta eğitimde kullanılan yöntemler, inovatif gelişmelerle beraber değişmektedir (Flythe ve diğ., 2019; Aksoy ve diğ., 2022). Sağlık ile ilgili kolay ulaşılabilen eğitim programlarının varlığı bireyin kendi kendine yönetimine teşvik edilmesine, sağlık davranış, tutum ve uygulamalarının geliştirmesine katkı sağlamaktadır (Flythe ve diğ., 2019). Literatürde ateş yönetimi eğitiminde sıklıkla kullanılan klasik yöntemlerin kullanılmasına tek başına yetersiz olduğu ve kalıcılığı için farklı eğitim yöntemleri ile kombine edilerek kullanılması önerilmektedir (Scott ve diğ., 2021; Tavan ve diğ., 2022).

Ebeveynlerin ateş yönetiminde çok fazla geleneksel uygulamalara dayalı yanlış uygulamalar yaptıkları görülmektedir (Urbane ve diğ., 2019; Sert, 2021; Alsofyan ve Hassanien, 2022; Tavan ve diğ., 2022). Literatürde ebeveynlerin ateş yönetimi ile ilgili doğru ve etkili bilgilendirilmesi halinde yanlış tutum ve davranışların önlenebileceği bildirilmektedir (Thompson, 2021; Kelly ve diğ., 2019; Yazıcı ve Kutlu, 2022; Gülcan ve Şahiner, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022; Tavan ve diğ., 2022; Wijaya ve diğ., 2022; Meier, 2022).

Araştırma kapsamındaki annelerin ateş yönetimi bilgi düzeyi puan ortalamalarının video temelli eğitim grubunda 3. aydan itibaren "istatistiksel olarak ileri düzeyde" arttığı belirlendi ($p<0,001$). Eğitim öncesi ve eğitim sonrası 1. ay, 3. ayda grupların ateş bilgi düzeyi puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak benzer olduğu ($p>0,05$), ancak eğitim sonrası 6. ayda video temelli eğitim grubundaki annelerin ateş bilgi düzeyi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 4.3).

Araştırma kapsamındaki annelerin ateş yönetimi uygulama düzeyi puan ortalamalarının video temelli eğitim grubunda 3. aydan itibaren ‘’istatistiksel olarak ileri düzeyde arttığı’’ belirlendi ($p<0,001$). Eğitim öncesi ve eğitim sonrası 1. ayda grupların ateş bilgi düzeyi puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak benzer olduğu ($p> 0,05$), ancak eğitim sonrası 1. ay ve 6. ayda video temelli eğitim grubundaki annelerin ateş uygulama düzeyi puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 4.4).

Literatür incelendiğinde ebeveynlere ateş yönetimi hakkında verilen farklı eğitim yöntemlerinin (klasik eğitim yöntemi, broşür, akıllı kartlar, simülasyon ve video temelli eğitim) ebeveynlerin ateş yönetimi bilgi, uygulama ve tutumları üzerinde olumlu sonuçları olduğu görülmektedir (Herman ve Nurshal 2017; Hsieh ve diğ. 2018; Kelly ve diğ. 2019; Thompson 2021; Meier 2022; Wijaya ve diğ. 2022).

Video temelli eğitim yöntemlerinin ebeveynlerin ateş yönetimi üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar incelendiğinde;

Gwiasda ve diğ. (2022)’nin 123 kişi ile yaptıkları çalışmada ebeveyn (n=16), öğrenci (n=45) ve eğitimcilere (n=62) ön test ve ardından kısa bir video temelli ateş yönetimi eğitimi verilmiş ve son test uygulanmıştır. Verilen video temelli ateş eğitiminin bilgi düzeyleri ve tutumların artmasında etkili olduğu bildirilmiştir.

Tavan ve diğ. (2022)’nin İran’da, 3 ay-14 yaş arasında çocuğu olan 90 ebeveyni deney (n=45) ve kontrol (n=45) olarak iki gruba ayırmış, deney grubundakilere simülasyon temelli ateş yönetimi eğitimi verirken kontrol grubuna hastanenin standart prosedürü uygulanmıştır. Çalışma sonucunda deney grubundaki ebeveynlerin ateş yönetim bilgi ve uygulama puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır.

Scott ve diğ. (2021)’nin Kanada’da acil serviste 58 ebeveyn ile yaptıkları çalışmada pediatrik ateş yönetimi için iki bilgilendirme aracı (infografik-bilgilendirme grafikleri yazılı eğitim dökümanı ve video temelli eğitim) geliştirilmiştir. Video temelli eğitim evde ateş yönetimi ile ilgili 7 dakikalık bilgiden oluşurken infografik-bilgilendirme grafikleri eğitim dökümanı ise ateşin evde yönetimi ile ilgili kısa bilgilerden oluşmuştur. Ebeveynler her iki aracı ilgi çekici ve bilgilendirici bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışma sonucunda ebeveynlerin evde ateş yönetiminde geleneksel yöntemlere (broşür ve sözlü tavsiyeler) göre bu iki yöntemin kullanımı önerilmiştir.

Chang ve Huang (2021)’ın 3 ay-5 yaş arasında çocuğu olan 160 ebeveyn ile yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada, eğitim öncesi, 6. ay ve 12. ay sonunda ebeveynlerin ateş

kaygısını azaltmaya yönelik simülasyon yöntemi ile verilen eğitimin sadece eğitim kitapçığı ile verilen eğitime göre daha etkili olduğu belirlenmiştir.

Hart ve diğ. (2019)'nin 0-17 yaş grubu çocuğu olan 233 ebeveyn ile yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada, birinci gruba web tabanlı modül, ikinci gruba web sitesi ile ve üçüncü gruba ise sadece yazılı ve sözlü eğitimler verilmiştir. Web tabanlı modül ve web sitesi aracılıyla verilen eğitimlerde yer alan ebeveynlerin bilgi puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ong ve diğ. (2018) Singapur'da Kadın ve Çocuk Hastanesi Acil biriminde 50 bakım vericiyi deney (n=25) ve kontrol (n=25) olarak iki gruba ayırmış, deney grubundakilere ateş yönetimi ile ilgili video izletilirken kontrol grubuna ateş yönetimi ile ilgili broşür verilmiştir. Eğitim sonrası video izletilen grupta broşür verilen gruba göre bilgi düzeyinde belirgin puan artışı olduğu fakat anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Eğitim sonrasındaki farkındalık video izletilen grupta %68, kontrol grubunda %36 oranında artmıştır.

Chang ve diğ. (2016)'nin Tayvan'da 3 ay-5 yaş arasında çocuğu olan 160 ebeveyn ile yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada, eğitim öncesi ve eğitim sonrası 1.gün, 6. ay ve 12. ay sonunda çocuklarda ateş yönetimine yönelik simülasyon ve broşür ile eğitim verilen deney grubunun bilgi, motivasyon, davranışsal beceri ve davranışsal ateş yönetim düzeylerinin sadece broşür ile eğitim verilen gruptan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tork (2016)'un Mısır'da 6 ay-5 yaş arası çocuğu olan 150 ebeveyn ile yaptığı yarı deneysel bir çalışmada, ateşli çocuğa yaklaşım ile ilgili simülasyon eğitimi verilen ebeveynlerin bilgi, motivasyon, davranışsal beceri ve ateş yönetimi davranışlarının sadece broşür ile eğitim verilen ebeveynlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Video temelli ateş eğitiminin, eğitimde etkili olmasının nedenleri arasında; hem görsel hem işitsel öğrenme tekniklerinin beraber kullanılması, videonun erişilebilirliğin kolay ve ucuz olması, bilgilerin tekrarlanmasının özellikle davranış ve uygulamalarda olumlu gelişmeler göstermesi sayılabilir. Geleneksel yöntemlerin özellikle görsel ve işitsel eğitim aracı olan video ile birlikte kapsamlı eğitim programlarının oluşturulması ve eğitimlerin belirli zamanlarda tekrarlanmasıyla ateş yönetimi bilgi ve uygulamalarının daha etkin ve doğru bir şekilde sürekliliğinin artacağı düşünülmektedir.

5.3. Annelerin Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Tedavisi kolay olmasına rağmen doğru ve etkili ateş yönetiminin bilinmemesi ailelerin yanlış tutum ve davranışlarda bulunmalarına neden olabilmektedir (Wijaya ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022). Çocuklarda görülen en küçük bir sıcaklık artışında mevcut komplikasyonları yaşama korkusu ebeveynlerin yanlış tutum ve davranışlar sergilemesine neden olabilmektedir (Wijaya ve Soewito, 2021; Wijaya ve diğ., 2022; Waly ve Bakry, 2022).

Ateş yönetimi ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde; ebeveynler çocuğunun ateşini düşürmek için soğuk su, alkol veya sirke kullanmak, birden fazla antipiretik kullanmak, normal vücut sıcaklığında bile ateş düşürücü vermek, uyuyan çocuğu uyandırmak, antibiyotikleri ateş düşürücü gibi vermek ve titreme nedeniyle kalın giydirmek gibi zararlı olabilecek uygulamalar yaptıkları bildirilmektedir (Urbane ve diğ., 2019; Wilson ve diğ., 2019; Yiğitalp, 2019; Velez-Rivera ve diğ., 2021; Pitoli ve diğ., 2021; Arias ve diğ., 2022; Alsofyani ve Hassanien, 2022; Gülcan ve Şahiner, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022; Sakr ve diğ., 2022).

Literatürde ateş yönetimi eğitim programlarının ailelerin bilgi ve uygulamalarını olumlu yönde etkilediği ve doğru olmayan tutum ve davranışları önemli oranda azalttığı bildirilmektedir (Ong ve diğ., 2018; Chang ve Huang, 2021; Tavan ve diğ., 2022; Wijaya ve diğ., 2022; Gwiasda ve diğ., 2022; Meier, 2022).

Araştırma kapsamındaki annelerin *EAYÖ puan ortalamalarının* video temelli eğitim grubunda 1. aydan itibaren istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ($p<0,05$). Eğitim öncesi grupların EAYÖ puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak benzer olduğu ($p>0,05$), ancak eğitim sonrası, 1. ay ve 6. ayda video temelli eğitim grubundaki annelerin EAYÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptandı. Video temelli eğitim grubundaki annelerin "Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği" nden aldıkları puan ortalamalarının 6 ay içerisinde 16,83-36,83 puan arasında, kontrol grubundaki annelerin ise 17,70-18,55 puan arasında değiştiği belirlendi ($p<0,001$) (Tablo 4.5).

Türkiye'de yapılan ebeveyn ateş yönetimi ölçeğinin kullanıldığı çalışmalarda ebeveynlerin puan ortalamalarının 28,71 ve 35,20 arasında (Çaka ve diğ., 2015; Altun ve diğ., 2011; Çınar ve diğ., 2014; Göbekli ve Güney, 2022; Gülcan ve Şahiner, 2022; Yazıcı ve Kutlu, 2022; Yiğit ve Sarıalioğlu, 2022; Karakul ve Doğan, 2022; Korkut ve diğ., 2022),

uluslararası literatürde ise 17,20 ve 27,84 arasında değiştiği görülmektedir (Saed ve diğ., 2013; Walsh ve diğ., 2008; Hew ve diğ., 2019; Wilson ve diğ., 2019). Araştırmada annelerin EAYÖ' den aldığı puanlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu sonuçlara göre ebeveynlerin ateşe yönelik bakım yüklerinin fazla olduğu dolayısıyla daha iyi bir tutum sergiledikleri söylenebilir.

Araştırmamızda ayrıca video temelli eğitim grubundaki annelerin bilgi puanları arttıkça uygulama puanlarının da arttığı ve pozitif yönde bir ilişki (r=0,337) olduğu saptandı (Tablo 4.6). Video temelli eğitim grubundaki annelerin bilgi ve uygulama düzeyi puanları arasında ilişki olmasının nedeni; bu gruptaki annelere izletilen ateşli çocuğa yaklaşım eğitim videosunun annelerin bilgi düzeylerini arttırarak uygulamalara yansımasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Literatürde ateş yönetimi bilgisi ile uygulaması arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmamızda video temelli eğitim grubundaki annelerin EAYÖ puanları arttıkça bilgi puanlarının da arttığı ve pozitif yönde ilişki (r=0,335; p=0,021) olduğu, kontrol grubundaki annelerin ise EAYÖ puanları arttıkça uygulama puanlarının da arttığı ve pozitif yönde bir ilişki (r=0,258; p=0,040) olduğu saptandı (Tablo 4.6). Literatürde ateş yönetimi bilgisi ile EAYÖ arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Video temelli eğitim grubundaki annelerin EAYÖ ve bilgi düzeyi puanları arasındaki ilişkinin nedeninin; bu gruptaki annelere izletilen eğitim videosunun annelerin bilgi düzeylerini arttırarak EAYÖ puanının artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

‘’Çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran beş yaş altı çocuğa sahip annelere verilen video temelli eğitimin ateş yönetimine etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü, randomize kontrollü deneysel tasarım tipinde’’ gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Annelerin ve çocukların tanıtıcı özellikleri gruplar arasında benzerdi ($p>0,05$).
- Annelerin eğitim öncesi ateş yönetimi bilgi, uygulama ve EAYÖ puan ortalamaları gruplar arasında benzerdi ($p>0,05$).
- Kontrol grubundaki annelerin ateş yönetimi bilgi, uygulama ve EAYÖ puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrasında (1. ay, 3. ay, 6. ayda) benzerdi ($p>0,05$).
- Video temelli eğitim grubundaki annelerin, ateş yönetimi bilgi düzeyi puan ortalamaları 6 ay içerisinde anlamlı düzeyde arttı ($p<0,001$; $\eta^2=0,352$).
- Video temelli eğitim grubundaki annelerin, ateş yönetimi uygulama düzeyi puan ortalamaları 6 ay içerisinde anlamlı düzeyde arttı ($p<0,001$; $\eta^2=0,374$).
- Video temelli eğitim grubundaki annelerin, EAYÖ puan ortalamaları 6 ay içerisinde anlamlı düzeyde arttı ($p<0,001$; $\eta^2=0,895$).
- Video temelli eğitim grubunda bilgi düzeyi puan ortalaması ile uygulama düzeyi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).
- Video temelli eğitim grubunda EAYÖ puan ortalaması ile bilgi düzeyi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

Sonuç olarak “Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi” isimli video temelli eğitimin annelerin ateş yönetimi bilgi, uygulama ve ölçek puanlarını arttırdığı ve dolayısıyla video eğitiminin ateş yönetiminde etkili olduğu görülmektedir.

Bu doğrultuda;

- Ebeveynlerin ateş yönetimi eğitiminde video temelli eğitim yöntemlerinin kullanılması,

- Çocuk hemşirelerinin, ateş yönetiminde video temelli eğitim yöntemlerinin uygulanması konusundaki farkındalıklarının artırılması,
- Çocuklarda ateş yönetiminde video temelli eğitim yönteminin etkinliği ile ilgili araştırmaların tekrarlanması,
- Ateşli çocuğa yaklaşım eğitiminde farklı eğitim yöntemlerinin bir arada kullanıldığı eğitim modüllerinin oluşturulması,
- Ateş yönetimi konusundaki eğitim ve danışmanlık programlarının birinci ve ikinci basamak tedavi kurumlarında yaygınlaştırılması,
- Ateş yönetimi içerikli videoların çocuk servislerinin bekleme alanlarında ve sosyal platformlarda paylaşılarak kolayca daha geniş kitlelere ulaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

AlAteeq, M. M., AlBader, B. O., Al-Howti, S. Y., Alsharyoufi, M., Abdullah, J. B., 2018, Parent's knowledge and practice in home management of fever in their children in Riyadh, Saudi Arabia, *Journal of family medicine and primary care*, 7 (5), 1012. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_18_18.

American Academy of Pediatrics, AAP., 2019, *Is a fever harmful or beneficial? when should a fever be treated?*, https://www.aappublications.org/news/2019/05/03/idsnapshot050319, [Ziyaret tarihi: 20 Eylül 2022].

American Academy of Pediatrics, AAP., 2008, *Fever how to take a temperature*, http://www.medem.com, [Ziyaret tarihi: 10 Eylül 2022].

Akyıldız, M. Y. ve Demiray, E. K. D., 2022, Pediyatrik hastada nedeni bilinmeyen ateş, *Phnx med j*, 4 (1), 48-51. doi:10.38175/phnx.1026536.

Akbayram, H. T., 2021, Fever management in preschool children; what do parents know? what are they doing?, *Journal of child ınfection*, 15 (3), 154–160. doi:10.5578/ced.20211301.

Aksoy, Ö., Yiğit, F., Yurtsev, E., 2022, Perinatolojide sağlık eğitimi: Gelişen ve değişen dinamikler, *Atlas üniversitesi tıp ve sağlık bilimleri dergisi*, 3, 6-18.

Almaz, Z., 2020, *Pediatrik yoğun bakım ünitesindeki entübe hastalarda kor ısıya en yakın vücut sıcaklığı ölçüm yönteminin belirlenmesi,* Yüksek Lisans, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Al Arifi, M. N. and Alwhaibi, A., 2021, Assessment of Saudi parents' beliefs and behaviors towards management of child fever in Saudi Arabia—A cross-sectional study, *International journal of environmental research and public health*, 18 (10), 5217. https://doi.org/10.3390/ijerph18105217.

Alsofyani, B. A. and Hassanien, N. S., 2022, Factors affecting parent's practice regarding the management of children's fever, *Cureus*, 14 (6), e25658. doi:10.7759/cureus.25658.

Alqudah, M., Johnson, M., Cowin, L., George, A., 2014, An innovative fever management education program for parents, caregivers, and emergency nurses, *Advanced emergency nursing journal*, 36 (1), 52-61.

Altun, İ., Çınar, N.D., Walsh A., 2011, Psychometric properties of theparents' fever management scale ina Turkish population, *HealthMED*, 5 (3), 567-575.

Arias, D., Carter, S. R., Chen, T. F., Moles, R. J., 2022, Australian care givers' knowledge of and attitudes towards paediatric fever management, *Journal of paediatrics and child health*, 58 (1), 54-62. doi:10.1111/jpc.15625.

Baş, N. G., Karatay, G., Karatay, M., 2016, Beş yaş altı çocuğa sahip annelerin ateş yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamaları, *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*, 13 (3), 258-263. doi:10.5222/HEAD.2016.258.

Barbi, E., Marzuillo, P., Neri, E., Naviglio, S., Krauss, B. S., 2017, Fever in children: Pearls and pitfalls, *Children (Basel)*, 4 (9), 81. https://doi.org/10.3390/children4090081.

Baura, G., 2020, *Medical device technologies a systems based overview using engineering standards*, (2nd ed.), Elsevier Academic Press.

Barutcu, A. ve Barutcu, S., 2020, Evaluation of knowledge, attitudes and practices of parents presenting to a hospital emergency department with a complaint of fever in a child, *Signa vitae*, 16 (1), 123-129. doi:10.22514/sv.2020.16.0016.

Çaka, S. Y., Çınar, N., Altınkaynak, S., 2015, Ateşli çocuğa yaklaşım, *Journal of human rhythm*, 1(4), 133-138.

Çakayar, A., 2018, Olgu eşliğinde ateşli hastaya yaklaşım, *İç hastalıkları dergisi,* 25, 19-33.

Canadian Paediatric Society, CPS., 2020, *Health condıtıons and treatments fever and temperature taking,* https://caringforkids.cps.ca/handouts/health-conditions-and-treatments/fever_and_temperature_taking, [Ziyaret tarihi: 24 Şubat 2023].

Canan, O., 2018, Çocuklarda antipiretik olarak ibuprofen doğru seçenek mi?, *Çukurova medical journal,* 43 (2), 502-503. https://doi.org/10.17826/cumj.342892.

Charnock, D., Shepperd, S., Needham, G., Gann, R., 1999, DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices, *Journal of epidemiology & community health,* 53, 105–111.

Çavuşoğlu, H ve Erdem, Y., 2018, *Çocuklarda enfeksiyon hastalıkları ve hemşirelik bakımı,* Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B, Editörler, Pediatri Hemşireliği, 2. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi.

Çelik, H.T., 2019, Prematüre ve zamanında doğan yenidoğanlarda timpanik, aksiller ve rektal vücut sıcaklığı ölçümlerinin karşılaştırılması, *Türkiye çocuk hastalıkları dergisi*, 13 (2), 63-66. https://doi.org/10.12956/tchd.539047.

Chang, L. C. and Huang, M. C., 2021, Efficacy of scenario simulation-based education in relieving parental anxiety about fever in children, *Journal of pediatric nursing*, 61, 102-108. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.024.

Chang, L. C., Lee, P. I., Guo, N. W., Huang, M. C., 2016, Effectiveness of simulationbased education on childhood fever management by Taiwanese parents, *Pediatr neonatol*, 57 (6), 467–73.

Chiappini, E., Venturini, E., Remaschi, G., Principi, N., Longhi, R., Tovo, P.A. …&de Martino, M., 2017, 2016 update of the ıtalian pediatric society guidelines for management of fever in children, *The journal of pediatrics,* 180,177-183. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.09.043.

Chilambarasan, V., 2020, *Parental knowledge, attitudes and beliefs regarding fever in children*, Thesis (PhD), Thanjavur Medical College, Thanjavur.

Consolidated Standarts of Reporting Trials, CONSORT., 2010, *Consort 2010 checklist*, https://www.consort-statement.org/, [Ziyaret tarihi: 20 Eylül 2022].

Culha, Y. ve Acaroglu, R., 2022, The effect of video-assisted clean ıntermittent catheterization training on patients' practical skills and self-confidence, *International neurourology journal*, 26 (4), 331-341. doi: https://doi.org/10.5213/inj.2244166.083.

Çınar, N. D., Altun, I., Altınkaynak, S., & Walsh, A., 2014, Turkish parents' management of childhood fever: a cross-sectional survey using the PFMS-TR, *Australasian emergency nursing journal*, 17 (1), 3–10. https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.10.002.

Demir, R. ve Taşpınar, A., 2021, Doğum sonrası farklı eğitim yöntemleriyle verilen taburculuk eğitiminin taburculuğa hazır oluşluk, doğum sonu uyum süreci ve emzirme öz-yeterliliğine etkisi, *Adnan menderes üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi dergisi*, 6 (1), 97-115. https://doi.org/10.46237/amusbfd.997250.

Demir, R., 2021, *Doğum sonrası farklı eğitim yöntemleriyle verilen taburculuk eğitiminin taburculuğa hazır oluşluk, doğum sonu uyum süreci ve emzirme öz-yeterliliğine etkisi*, Doktora, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Dinçer, Ş., 2017, *Çocuk kliniklerinde hemşire olarak çalışan sağlık profesyonellerinin ateş yönetimi konusundaki bilgilerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Dinç, S. ve Gözen, D., 2023, Ailelerin ateşe yönelik oral ilaç uygulamalarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü, *SBÜ hemşirelik dergisi,* 5 (1), 45-50. doi: 10.48071/sbuhemsirelik.1177804.

De Bont, E. G., Bohnen, J. M., Verhoeven, R., Dinant, G. J., Cals, J. W., 2020, Childhood fever: Parental paracetamol administration after consulting out-of-hours general practice, *European journal of general practice*, 26 (1), 21–25. Doi: https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1676415.

De Martino, M., Chiarugi, A., Boner, A., Montini, G., De Angelis, G.L., 2017, Working towards an appropriate use of ibuprofen in children: An evidence-based appraisal, *Drugs*, 77 (12), 1295-1311. doi:10.1007/s40265-017-0751-z.

Dokuyucu, Z., 2020, *1 ay 5 yaş arası (1-60 ay) çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ateş yönetimi konusundaki bilgi ve uygulamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi,* Yüksek Lisans, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Elseady, G. M., Khalifa, M. I., Okby, O. M., Fayed, N. M., 2021., effect of an evidence based protocol for childhood fever management on quality of care provided by nurses, *Menoufia nursing journal*, 6 (1), 147-156. doi: 10.21608/menj.2021.187192.

Elsevier Patient Education, 2022, *How to take body temperature, pediatric*, https://www.clinicalkey.com/#!/content/patient_handout/5-s2.0-pe_6e709a98-8f76-4bf7-8388-62a155906b9b, [Ziyaret tarihi: 4 Şubat 2023].

Faleiros, F., Cucick, C.D., Silva, Neto E.T., Rabeh, S.A.N., Favoretto, N.B., Kappler, C., 2019, Development and validation of an educational video for clean intermittent bladder catheterization, *Rev. eletr. enferm*, 21, 53973. https://doi.org/10.5216/ree.v21.53973.

Fernandez-Carballo, B. L., Escadafal, C., MacLean, E., Kapasi, A. J., Dittrich, S., 2021, Distinguishing bacterial versus non-bacterial causes of febrile illness–A systematic review of host biomarkers, *Journal of infection*, 82 (4), 1–10. https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.01.028.

Feyizoğlu, G., 2022, *İnsülin kullanan tip 2 diyabet hastalarında rutin yaklaşıma kıyasla eğitimde video kullanımının insülin uygulama hatalarını azaltma etkisi: Randomize kontrollü çalışma***,** Doktora, Bahçeşehir Üniversitesi Lisanüstü Eğitim Enstitüsü.

Frydenberg, A., Oborne, N., Polley, C., Littlejohn, E., & Gray, A., 2022, Paediatric asthma education: Implementation of video-based education for families, *Journal of paediatrics and child health*, 58 (5), 868-872. doi:10.1111/jpc.15862.

Flythe, J. E., Hilliard, T., Lumby, E., Castillo, G., Orazi, J., Abdel-Rahman, E. M., Pai, A. B., Rivara, M. B., St. Peter, W. L., Weisbord, S. D., Wilkie, C. M., Mehrotra, R., 2019, Fostering innovation in symptom management among hemodialysis patients: Paths forward for insomnia, muscle cramps, and fatigue, *Clinical journal of the american society of nephrology*, 14 (1), 150–160. https://doi.org/10.2215/CJN.07670618.

Gaffney, G. R., Bereznicki, L. R., Bereznicki, B. J., 2021, Knowledge, beliefs and management of childhood fever among nurses and other health professionals: A cross-sectional survey, *Nurse education today*, 97, 104731. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104731.

Good, A. and Olans, R., 2021, CE: Pediatric antibiotic stewardship, *American journal of nursing*, 121 (11), 38-43. doi: 10.1097/01.NAJ.0000798052.41204.18.

Göbekli, A. ve Güney, R., 2022, Experiences and practices of mothers with children 0–5 age group on fever management: A mixed methods study, *J clin nurs*, (00), 1-18. doi:10.1111/jocn.16593.

Gökdoğan, F., 2003, Etkili bir hasta iletişimi için araç geliştirme: yazılı materyallerin uygunluğunun değerlendirilmesi (DISCERN), *Onkoloji hemşireliği derneği bülteni*, (16–17), 8-16.

Gwiasda, M., Schwarz, S., Büssing, A., Jenetzky, E., Krafft, H., Kerdar, S. H., ... &Martin, D., 2022, Changing knowledge and attitudes about childhood fever: testing a video instruction before its application in a health app, *GMS Journal for medical education*, 39 (2), 1-14.

Gülcan, M. K. ve Şahiner, N. C., 2022, 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 Turkiye, *Journal of pediatric nursing*. 1-8, https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.11.024.

Goyal, N. K., 2020, *The newborn infant*, in Kliegman, R. M., St Geme, J. W., Blum, N. J., Shah, S. S., Tasker, R. C. and Wilson, K. M (Eds.), Nelson Textbook of Pediatrics, (21th ed., pp. 867-76.), Philadelphia; Elsevier.

Green, R., Webb, D., Jeena, P. M., Wells, M., Butt, N., Hangoma, J. M., ... &Mustafa, F., 2021, Management of acute fever in children: consensus recommendations for community and primary healthcare providers in sub-Saharan Africa, *African journal of emergency medicine*, 11 (2), 283-296. https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.11.004.

Hart, L, Nedadur, R, Reardon, J., Sirizzotti, N., Poonai, C, Speechley, K.N. … &Poonai, N., 2019, Web-based tools for educating caregivers about childhood fever: a randomized controlled trial. *Pediatric Emergency Care*, (5), 353-358. doi: 10.1097/pec.0000000000000936.

Hamlin, C., 2014, *More than hot: a short history of fever*, JHU Press.

Hall, J. E., and Hall, M. E., 2020, *Guyton and hall textbook of medical physiology* (14th ed.), Philadelphia: Elsevier.

Hacımustafaoğlu, M., 2018, Ateş ; klinik kullanımda tanımlamalar, *Journal of pediatric ınfection*, 12 (1), 40-41. doi:10.5578/ced.201810.

Herman, H. and Nurshal, D., 2017, The effect of health education to parent's behaviours on managing fever in children, *International journal of research in medical sciences*, 5 (11), 4701-7. doi: http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20174919.

Hendrawati, E.M., 2019, Effect of tepid sponge on changes in body temperature in children under five who have fever in Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Hospital, *Enfermeria clinica*, 29, 91-93. doi: 10.1016/j.enfcli.2018.11.029.

Hew, Y. H., Blebil, A. Q., Dujaili, J. A., Khan, T. M., 2019, Assessment of knowledge and practices of parents regarding childhood fever management in Kuala Lumpur, Malaysia, *Drugs & therapy perspectives*, 35 (1), 29–35.

Hiller, M. G., Caffery, M. S., Bégué, R. E., 2019, A survey about fever knowledge, attitudes, and practices among parents, *Clinical pediatrics*, 58 (6), 677-680. https://doi.org/10.1177/0009922819834276.

Hsieh, P, Frazier J.P., Oholendt, K., 2018, Parental education in debunking myths: ıs fever still a phobia*?, J Pediat infants*, 1(1), 40-46.

Hussain, S. M., Al-Wutayd, O., Aldosary, A. H., Al-Nafeesah, A., AlE'ed, A., Alyahya, M. S., ...Aloyaidi, G. A., 2020, Knowledge, attitude, and practice inmanagement of childhood fever among Saudi parents, *Global pediatric health*, 7, 1-9. doi: 10.1177/2333794X20931613.

Hsiao, B. H., Tzeng, Y. L., Lee, K. C., Lu, S. H., Lin, Y. P., 2022, Impact of an educational program on ımproving nurses' management of fever: An experimental study. *Healthcare*, 10 86), 1135. https://doi.org/10.3390/healthcare10061135.

Indian Academy of Pediatrics, IAP., 2021, *Guidelines for parents fever: General management*, https://iapindia.org/pdf/IAP-Guidelines-for-Fever.pdf, [Ziyaret tarihi: 24 Ocak 2023].

Karakaş, N. M., Özdemir, B., Kılıç, S., Akbulut, Ö., 2020, Ebeveynleri çocuk acile getiren nedenler: 4 yıllık izlem, *Osmangazi tıp dergisi*, 42 (1), 67-74. https://doi.org/10.20515/otd.472672.

Karakul, A. ve Doğan, P., 2022, Determination of fever management and rational drug use of mothers with children under six years old: fever management and rational drug use of mothers, *Health & research journal*, 8 (4), 299–310. https://doi.org/10.12681/healthresj.30245.

Keklik, S., Karakul, A., Öztornacı, B. Ö., Ardahan, E., Doğan, P., Doğan, Z., Sarı, H. Y., 2020, Covid-19 tanısı olan çocuk hastalarda ateş yönetimi, *İzmir katip çelebi üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi dergisi*, 5 (2), 123-128.

Kelly, M., Sahm, L., McCarthy, S., O'Sullivan, R., Mc Gillicuddy, A., Shiely, F., 2019, Randomised controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practices of fever, *BMC pediatrics*, 19 (1), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12887-019-1808-9.

Kerdar, S.H., Himbert, C., Martin, D.D., Jenetzky, E., 2021, Cross-sectional study of parental knowledge, behaviour and anxiety in management of paediatric fever among German parents, *BMJ open*, 11 (10). doi:10.1136/bmjopen-2021-054742.

Kızıltan, G., 2019, Son dönem böbrek yetmezliğinde tıbbi beslenme tedavisi, *Journal of nutrition and dietetics*, 46 (1), 48–56. https://doi.org/10.33076/2018.BDD.1170.

Komeagac, A. ve Bektaş, M., 2018, Effect of the evidence-based pediatric fever management training given to nursing students, *International journal of caring sciences*, 11(2), 860-867.

Kokcu, O.D. ve Kaya, H., 2019, The effect of web-based training on anxiety and depression levels in myocardial ınfarction patients, *International journal of caring sciences,* 12 (3), 1372-1379.

Korkut, B., Kalem, P., Musellim, E., Inci, H., Doğan, E., Adahan, D., 2022, Comparing fever management by mothers of children aged 1–5 and 6–10 years, *Pakistan journal of medical & health sciences*, 16 (04), 979-979. doi: https://doi.org/10.53350/pjmhs22164979.

Lye, P.S. and Densmore, E.M., 2018, *Fever*, Kliegman, R.M., Lye, P.S., Bordini, B.J., Toth, H., Basel, D. (Ed.), Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis içinde (ss. 701-725), Philadelphia: Elsevier.

Lim, J., Kim, J., Moon, B., Kim, G., 2018, Tepid massage for febrile children: A systematic review and meta-analysis, *International journal of nursing practice*, 5 (24), e12649. https://doi.org/10.1111/ijn.12649.

Lima, M. B., Rebouças, C., Castro, R., Cipriano, M., Cardoso, M. ve Almeida, P. C., 2017, Construction and validation of educational video for the guidance of parents of children regarding clean intermittent catheterization, *Rev esc enferm usp*, 51, e03273 https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016005603273.

Mackay, B.J., Anderson, J. ve Harding, T., 2017, Mobile technology in clinical teaching, *Nurse education in practice*, 22**,** 1-6. doi: 10.1016/j.nepr.2016.11.001.

Meier, O. R., 2022, *Evidence-based education to improve caregiver knowledge of fever management in young children*, Thesis (PhD), The University of Arizona.

Melo, E. S. J., de Oliveira, B. S. B., Melo, F. M. D. S., da Silva, M. J. N., de Oliveira, R. K. L., Bezerra, J. C., ... & Barbosa, L. P., 2022, Audiovisual and printed technology to prevent childhood diarrhea: A clinical trial, *Public health nursing*, 39 (2), 423-430. doi: 10.1111/phn.12962.

Meşealan, İ., 2021, *Çocuk hastalarda invaziv olmayan ateş ölçüm yöntemlerinin karşılaştırılması,* Yüksek Lisans, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

MedicalNewsToday, MNT., 2020, *What is a normal body temperature range?*, https://www.medicalnewstoday.com/articles/323819, [Ziyaret tarihi: 24 Şubat 2023].

Morrison, S. F., 2017, *Regulation of body temperature*, In Boron, W.F. & Boulpaep, E.L. (Eds.), Medical Physiology (3th ed.), Philadelphia; Elsevier.

National Institute for Health and Care Exellence, NICE., 2019, *Fever in under 5s: Assessment and initial management, clinical guideline,* https://www.nice.org.uk/guidance/ng143/resources/fever-in-under-5sassessment- and-initial-management-pdf-66141778137541, [Ziyaret tarihi: 20 Haziran 2022].

National Institute for Health and Care Excellence, NICE., 2013, *Fever in under 5s: Assessment and initial management, clinical guideline,* http:// thepafp.org/website/wp-content/uploads/2017/05/2013- Fever-in-Under-5s-by-NICE.pdf, [Ziyaret tarihi: 2 Haziran 2022].

Nield, L.S. & Kamat, D., 2021, *Fever*, Kliegman, R., Stanton, B., St Geme, J.W., Schor, N.F., Behrman, R.E., Nelson, W.E. (Editors), Nelson Textbook of ediatrics içinde (ss. 1386-1388).

Norton, P. J., Mosley, M., McBride, D. G., Garikapaty, V., 2019, Factors in accessing routine health care: Mental health and postpartum mothers, *Missouri medicine*, 116 (4), 325-330.

Ong, T. E. L., Kua, J. P. H., Yiew, L. J., Lim, Z. Y., Thia, M. X. H., Sung, S. C., 2018, Assessing effective methods to educate caregivers on fever in children aimed at reducing input to the paediatric emergency department, *Proceedings of singapore healthcare*, 27 (2), 73-84. https://doi.org/10.1177/2010105817733271.

Orhan, K.B. ve Arslan, Z., 2019, Ateşin fizyopatolojisi ve yönetimi, *Türkiye klinikleri*, 11-7.

Öncel, G., 2020, *Acil servise ateş ile başvuran üst solunum yolu enfeksiyonlu hastalarda intravenöz parasetamol ve ibuprofen etkinliğinin karşılaştırılması*, Uzmanlık, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı.

Öztürk, Ö., Topan, A., Kuzlu Ayyıldız, T., 2015, Ateş şikayeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi, *Journal of health science and profession*, 2 (3), 285-296. doi: 10.17681/hsp.79575.

Paul, S. P., Kini, P. K., Tibrewal, S. R., Heaton, P. A., 2022, NICE guideline review: fever in under 5s: assessment and initial management (NG143), *Archives of disease in childhood-education and practice*, 107, 212-216. doi:10.1136/archdischild-2021-321718.

Paul, I.M and Walson, P.D., 2021, Acetaminophen and ibuprofen in the treatment of pediatric fever: a narrative review, *Current medical research and opinion*, 37 (8), 363-1375. https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1928617.

Piller, S. And Herzog, D., 2019, The burden of visits for fever at a paediatric emergency room: a retrospective study on patients presenting at the cantons hospital of Fribourg, A

peripheral public hospital of Switzerland, *Pediatric health, medicine and therapeutics*, (10), 147-152.

Pitoli, P. J., Duarte, B. K., Fragoso, A. A., Damaceno, D. G., Marin, M. J. S., 2021, Fever in children: parents' search for urgent and emergency services, *Ciência & saúde coletiva*, 26 (02), 445-454. https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40782020.

Rose, E., 2021, Pediatric fever, *Emergency medicine clinics of north america*, 39 (3), 627-639. https://doi.org/10.1016/j.emc.2021.04.011.

Roth, A.R., Basello G.M., 2021, *Fever*, Kellerman, R.D., Rakel, D. (Ed.*) Conn's Current Therapy* içinde (ss. 15-17), Philadelphia: Elsevier.

Sa'ed, H. Z., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., Nabulsi, M. M., Tubaila, M. F., Awang, R. ve Sawalha, A. F., 2013, Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: a cross-sectional study from Palestine, *BMC pediatrics*, 13 (1), 66. *http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/66*.

Sakr, F., Toufaili, Z., Akiki, Z., Akel, M.,Malaeb, D., Dabbous, M., Salameh, P., 2022, Fever among preschool-aged children: A cross-sectional study assessing Lebanese parents' knowledge, attitudes and practices regarding paediatric fever assessment and management, *BMJ open*, 12 (10), e063013. doi:10.1136/bmjopen-2022-063013.

Sezici, E., 2019, Annelerin hastanede yatan çocuklarında ateş deneyimleri: Niteliksel bir çalışma, *Dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi elektronik dergisi*, 12 (1) , 40-45.

Sert, E.H., 2021, *Ebeveynlerin ateş hakkındaki bilgileri ve ateşli çocuğa yaklaşımlarının değerlendirilmesi,* Uzmanlık, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Sims, M.A., Patton, R.A., Williamson, J., Ryan-Wenger, N.A., 2018, Selection of the most accurate thermometer devices for clinical practice: Part 2: Nursing practice and policy change in the use of non-core thermometer devices, *Pediatric nursing*, 44 (3), 134-154.

Somer, A., Törün, S.H., 2014, *Ateş, tanımlama, ölçüm yöntemleri ve ölçüm yerleri,* Somer, A. (Ed.), Çocuklarda ateş içinde (s.9-27.), Selen Medya Yayıncılık Tanıtım ve Organizasyon Hizmetleri, Ankara.

Souza, M.V.D., Damiã, E.B.C., Buchhorn, S.M.M., Rossato, L.M., 2021, Non-pharmacological fever and hyperthermia management in children: An integrative review, *Acta paulista de enfermagem*, 34, eAPE00743. doi**:** 10.37689/acta-ape/2021AR00743.

Scott, S.D., Cunningham. C., Le, A., Hartling, L., 2021, Development and usability testing of two arts-based knowledge translation tools for parents about pediatric fever, Internal technical report, *ECHO research*, University Of Alberta. doi: https://doi.org/10.1101/2021.06.08.21258574.

Şenyuva, E., 2019, Teknolojik gelişmelerin hemşirelik eğitimine yansımaları. *Florence nightingale hemşirelik dergisi*, 27 (1), 79. doi:10.26650/FNJN322556.

Tan, E., Beck, S., Haskell, L., MacLean, A., Rogan, A., Than, M., …. &Dalziel, S. R., 2022, Paediatric fever management practices and antipyretic use among doctors and nurses in New Zealand emergency departments, *Emergency medicine australasia*, 34 (6), 943-953. doi:10.1111/1742-6723.14022.

Tavan, A., Monemi, E., Keshavarz, F., Kazemi, B., & Nematollahi, M., 2022, The effect of simulation-based education on parental management of fever in children: A quasi-experimental study, *BMC nursing*, 21 (1), 1-7. https://doi.org/10.1186/s12912-022-00938-7.

Topçuoğlu, Ü. F. ve Özden, M., 2018, *Diksiyon ve konuşma eğitimi* (4. bs.). Ankara: Pegem Akademi.

Tom, K. and Phang, P. T., 2022, Effectiveness of the video medium to supplement preoperative patient education: A systematic review of the literatüre, *Patient education and counseling*, 105 (7), 1878-1887, https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.01.013.

Tork, H. M., 2016, The effectiveness of simulation-based education on parental management of fever for young children: A quasi-experimental study, *Int j appl res*, 2 (5), 1094-8.

The Royal Childrens Hospital Melbourne, RCH., 2021, *Fever in children*, https://www.rch.org.au/kidsinfo/fact_sheets/Fever_in_children/, [Ziyaret tarihi: 1 Eylül 2022].

Thompson, A. P., Nesari, M., Hartling, L., & Scott, S. D., 2020, Parents' experiences and information needs related to childhood fever: A systematic review, *Patient education and counseling*, 103, 750–763. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.004.

Thompson, M.B., 2021, *Effects of pediatric fever education on caregivers in the emergency department*, Thesis (PhD), The University of Southern Mississippi Leadership and Advanced Nursing Practice.

Ulutaş, İ. ve Şimşek, İ., 2018, Annelerin çocuklarının ateşine müdahale yaklaşımlarının incelenmesi, *Balıkesir sağlık bilimleri dergisi,* 7 (3), 62-68.

Urbane, U. N., Likopa, Z., Gardovska, D., Pavare, J., 2019, Beliefs, practices and health care seeking behavior of parents regarding fever in children, *Medicina*, 55 (7), 398. doi:10.3390/medicina55070398.

Velez-Rivera, S.M., Rodriguez-Rodriguez, N.J., Ortiz-Vera, Y.A., Parambil, A., Hernandez-Munoz, J.J., 2021, Appropriateness of acetaminophen dosing by caregivers of pediatric patients presenting to the emergency department at the university pediatric hospital in Puerto Rico, *Puerto rico health sciences journal*, 40 (1), 19-25.

Vicens-Blanes, F., Miró-Bonet, R., Molina-Mula J., 2022, Analysis of the perceptions, knowledge and attitudes of parents towards fever in children: A systematic review with a qualitative meta- synthesis. *J clin nurs,* (00), 1–27. doi:10.1111/jocn.16271.

Walsh, A., Edwards, H., Fraser, J., 2008, Parents' childhood fever management: Community survey and instrument development, *Journal of advanced nursing*, 63 (4), 376–388. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04721.x.

Wang, S. Y., Chang, T. H. ve Han, C. Y., 2021, Effectiveness of a multimedia patient education ıntervention on ımproving self-care knowledge and skills in patients with colorectal cancer after enterostomy surgery: A pilot study, *Advances in skin & wound care*, 34 (2), 1–6. doi: 10.1097/01.ASW.0000725192.98920.c4.

Ward, M.A., 2020, *Up to date-patient education: Fever in children*, https:// www.uptodate.com/contents/fever-in-infants-and-childrenpathophysiology- and-management, [Erişim tarihi: 10 Mayıs 2022].

Ward, M.A., Hannemann, N.L., 2019, *Fever: Pathogenesis and treatment*, Cherry, J., Demmler-Harrison, G.J., Kaplan, S.L., Steinbach, W.J., Hotez, P. (Eds.), Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases (ss. 52-56., 8th ed.), Philadelphia: Elsevier.

Waly, E. H. And Bakry, H. M., 2022, Assessment of Egyptian mothers' knowledge and domestic management practices of fever in preschool children in Zagazig City, Sharkia Governorate. *Children*, 9 (3), 349. https://doi.org/10.3390/children9030349.

Wijaya, S., Wibowo, W. D. A., Rokhman, A., Putra, F. N., Yulandari, H. A., Anisya, E. R., 2022, Mother's smart card effect on mother's knowledge and awareness of children's fever in the pre-hospital phase, *Babali nursing research*, 3 (2), 127-134. https://doi.org/10.37363/bnr.2022.3296.

Wijaya, S. and Soewito, B., 2021, Pelatihan penatalaksanaan prehospital henti jantung dan demam anak dengan konsep safe community di Kota Lubuklinggau, *Jurnal kreativitas pengabdian kepada masyarakat (PKM)*, 4 (5), 1124–1131, doi: https://doi.org/10.33024/jkpm.v4i5.4248.

Wilson, K.M., Beggs, S. A., Zosky, G. R., Bereznicki, L. R., & Bereznicki, B. J., 2019, Parental knowledge, beliefs and management of childhood fever in Australia: A nationwide survey, *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 44 (5), 768–774. https://doi.org/10.1111/jcpt.13000.

World Health Organisation, WHO., 1997, *Maternal and newborn health/safe motherhood*, Thermal protection of the newborn : *A practical guide*, https://apps.who.int/iris/handle/10665/63986, [Ziyaret tarihi: 1 Eylül 2022].

World Health Organisation, WHO., 2014, *Module 5: Fever*, https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104772/7/9789241506823_Module5_eng.pdf, [Ziyaret tarihi: 20 Haziran 2022].

World Health Organization, WHO., 2020, *Hyperthermia*, https://www.who.int/elena/titles/bbc/hyperthermia_sam/en/, [Ziyaret tarihi: 20 Mart 2023].

World Health Organisation, WHO., 2021, *Health promotion glossary of terms*, https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349, [Ziyaret tarihi: 1 Temmuz 2022].

Yazıcı, T. ve Kutlu, R., 2022, Evaluation of fever management and rational drug use in mothers of children under the age of five, *Journal of ıstanbul faculty of medicine*, 85 (3), 404-415. doi:10.26650/IUITFD.1000301.

Yiğit, P. ve Sarıalioğlu, A., 2022, Ateşli çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeyleri ile ateş yönetimlerinin incelenmesi, *Journal of current pediatrics/guncel pediatri*, 20 (1), 34-44. doi:10.4274/jcp.2021.57614.

Yiğitalp, G., 2019, 0-6 yaş çocuğu olan annelerin ateş konusunda bilgi ve uygulamaları: Diyarbakır örneği, *STED/Sürekli tıp eğitimi dergisi,* 28 (3), 172-180. doi:10.17942/sted.399082.

Yolcu, B., 2022, *Annelerin çocukluk çağı ateş yönetiminde bilgi tutum ve yaklaşımlarının incelenmesi*, Yüksek Lisans, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

EKLER

EK 1. Ateş Yönetimi Bilgi Ve Uygulama Düzeyi Formu

Bu araştırma **''Çocuk Acil Serviste Annelere Verilen Video Temelli Eğitimin Ateş Yönetimine Etkisi"** isimli doktora tezini yürütmek amacıyla planlanmıştır. Literatüre katkı sağlayacak aşağıdaki sorular bilimsel çalışmalar dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

Uzman Hemşire Emel Odabaşoğlu
Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR

Anket No:

Video temelli eğitim grubu ( ) Kontrol grubu ( )

Annenin adı- soyadı:

Telefon numarası:

Adres:

Bölüm 1: Sosyo-demografik Özellikler

1. Yaşınız: ……..
2. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar
3. Eğitim düzeyiniz:
a) İlköğretim
b) Lise
c) Üniversite
4. Mesleğiniz:
a) Çalışıyor
b) Çalışmıyor
5. Daha önce ateşli çocuğa yaklaşımla ilgili bilgi aldınız mı?
a) Evet
b) Hayır
6. Cevabınız "Evet" ise nereden bilgi aldınız. Birden fazla şık işaretlenebilir.
a) Hekim
b) Hemşire
c) Basın ve yayın
d) Yakın çevre
e) İnternet (Sosyal medya vb.)
5. Çocuğunuzun yaşı:
6. Çocuğunuzun cinsiyeti: a) Kız b) Erkek
7. Çocuğunuzun kronik bir hastalık durumu: a) Var b) Yok
8. Çocuğunuz daha önce febril konvülsiyon geçirdi mi?
a) Evet
b) Hayır
9. Çocuğunuzun daha önce ateşi yükseldi mi?
a) Evet
b) Hayır
10. Ailedeki çocuk sayısı:……
11. Ailedeki çocuklar arasındaki sırası (Kaçıncı çocuk)……..
12. Aile tipiniz: a) Çekirdek aile b) Geniş aile
13. Sağlık Güvencesi: a) Var b) Yok
14. Ailenin gelir durumu:
a) Gelir giderden düşük
b) Gelir gidere eşit
c) Gelir giderden yüksek
15. Ateş ile birlikte görülen klinik bulguyu belirtiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
( ) Ateş ( ) Karın ağrısı ( ) Öksürük ( ) Kulak Ağrısı ( ) Soğuk Algınlığı ( ) Göğüs Ağrısı ( ) Bulantı- Kusma ( ) İshal ( ) Nöbet ( ) Diğer (belirtiniz)…….
16. Acilde ölçülen ateş değeri:

Bölüm 2: Annelerin Ateş Hakkındaki Bilgi Durumları

1. Çocuklarda normal vücut sıcaklığı kaç derece olmalıdır?
a) 35,5 ve altı
b) 35,5- 36,4 °C
c) 36,5- 37,5°C

d) 37,3- 38°C
e) 38.1-39.0°C
f) Bilmiyorum

2. Çocuklarda vücut sıcaklığının kaç derecenin üzerine çıkması ateştir?
a) 37 °C
b) 37.5 °C
c) 38.5 °C
d) 39 °C
e) 40
f) Bilmiyorum

3. Ateş ile ilgili verilen bilgilerden yanlış olanı işaretleyiniz?
a) Ateş bir hastalık değildir fakat bir hastalığın belirtisidir.
b) Çocuğun ateşi olduğu an tedavi edilmelidir.
c) Ateş düşürülmezse havale, beyin hasarı, zeka geriliği, yürüme bozukluğu gibi sorunlar meydana gelebilir.
d) Belli bir dereceyi geçmeyen ateşin hastalığın ilerlemesini önleyici etkisi vardır. Bu yüzden ateş çok fazla çıkmadığı sürece müdahale etmeye gerek yoktur.
e) Bilmiyorum

4. Çocuklarda sıklıkla görülen ateş belirtileri nelerdir?
a) Baş ağrısı
b) Huzursuzluk
c) Kırgınlık
d) Hepsi
e) Bilmiyorum

5. Çocukların ateşi hangi durumlarda çıkabilir?
a) Soğuk algınlığı
b) Bronşit, zatürre
c) Covid-19
d) Diş çıkarma
e) Aşılama sonrası
f) Sıcak hava
g) Fazla giyinme
h) Egzersiz
i) Hepsi
j) Bilmiyorum

6. Belli bir dereceyi geçmeyen ateş zararlı mıdır?
a) Evet
b) Hayır
c) Bilmiyorum

7. Ateşin olumsuz etkileri nelerdir?
a) Titremek
b) Sıvı kaybı
c) Rahatsız hissetmek veya huzursuzluk
d) Hepsi
e) Bilmiyorum

8. Çocukların ateşini düşürmenin faydaları nelerdir?
a) Kendini daha iyi hisseder
b) Havaleyi önler
c) Daha kolay uyur

d) İyileşmesi daha hızlı olur
e) İştahı açılır
f) Hepsi
g) Bilmiyorum

9. Ateş düşürücü ilaçların yan etkileri var mıdır?
a) Evet
b) Hayır
c) Bilmiyorum

10. Ölçüm bölgesi değiştiğinde vücut sıcaklığı değeri değişir mi?
a) Değişir
b) Değişmez
c) Bilmiyorum

Bölüm 3: Annelerin Ateş Yönetimine Yönelik Deneyim ve Uygulamaları

Aşağıda yer alan ifadelerden sizin için en uygun olanı işaretleyiniz

Ateş Yönetimine İlişkin Uygulamalar	**Doğru**	**Yanlış**	**Fikrim yok**
Çocuğumun ateşi yükseldiğinde ilk önce giysilerini inceltirim, odasını havalandırırım.			
Çocuğumun ateşi yükseldiğinde vücudunun belli bölgelerini (koltuk altı, alın ve kasık) ılık suyla ıslattığım havlular ile silerim.			
Çocuğumun ateşi yükseldiğinde ılık su ile duş aldırırım.			
Çocuğumun ateşi yükseldiğinde ılık uygulama yaparken suya bir miktar alkol/sirke/kolanya koyarım.			
Ilık uygulama yaparken çocuğum huzursuz ise ılık uygulama yapmaya devam etmem.			
Çocuğumun ateşi yükseldiğinde 5-30 dk ılık uygulama yaparım.			
Çocuğumun ateşi yükseldiğinde ateş düşürücü ilaç verdikten 30 dakika sonra ılık uygulama yaparım.			
Çocuğumun ateşini mutlaka termometre ile ölçerim.			
Çocuğumun vücut sıcaklığı 38.5°C'nin üzerine çıktığında ateş düşürücü ilaç veririm.			
Çocuğumun ateşini düşürmeye çalıştıktan sonra 15 dk aralıklarla ateş ölçümü yaparım.			

Çocuğumun ateşi yükseldiğinde bol sıvı almasını sağlarım.			
Çocuğumun ateşi yükseldiğinde proteinden zengin kalorili gıdalarla beslenmesini sağlarım.			
Çocuğuma ateş düşürücü vermeme rağmen vücut sıcaklığı 39,5°C'nin üzerindeyse ılık uygulama yaparım.			
Çocuğum ateşliyken iki farklı ateş düşürücüyü aynı anda veririm.			
Ateş düşürücü ilaç saati geldiğinde, çocuğumun ateşini ölçmeden ateş düşürücü ilaç veririm.			
Çocuğumun ateşi yükseldiğinde rastgele bir ateş düşürücü kullanırım.			
Çocuğumun ateşi yükseldiğinde çabuk düşmesi için gerekenden daha sık veya daha fazla miktarda ateş düşürücü ilaç kullanırım.			
Çocuğumda ateş düşürücü ilaç olarak Aspirin kullanırım.			
Çocuğumun ateşi yükseldiğinde hemen antibiyotik başlarım.			
Çocuğumun kronik bir hastalığı yoksa veya huzursuz değilse hemen ateş düşürücü ilaçlar vermem.			
Çocuğum ateşi olduğunda Parasetamol ve İbufen ateş düşürücü ilaçları dönüşümlü olarak kullanırım.			
İnatçı/düşmeyen ateş durumunda çocuğumu hemen doktora götürürüm.			
Ateş düşürücü ilacı açtıktan sonra ağzı tam olarak kapatılmış güneş görmeyen serin bir yerde saklarım			
Açılmış ateş düşürücü ilacı iki hafta boyunca kullanırım.			
Ateş düşürücü ilacı açtıktan sonra buzdolabının rafında saklarım.			

EK 2. Ebeveyn Ateş Yönetimi Ölçeği- EAYÖ (Parents' Fever Management Scale-Tr – PFMS-TR)

Aşağıdaki sorular çocuğunuz ateşlendiğinde genellikle ne yaptığınızla ilgilidir. Lütfen bu durumda genellikle yaptığınız uygulamayı en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.

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

EK 3. ‘’Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi’’ Senaryo Uzman Değerlendirme Formu

‘’Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi’’ Videosunun Hedefleri	Tamamen Uygun	Uygun	Kısmen uygun	Uygun Değil
	4	3	2	1
Hedef 1: Çocuk hemşiresinin orada bulunma amacını kavrayabilme				
Öneri 1:				
Hedef 2: Ateş ve normal vücut sıcaklığını tanımlayabilme				
Öneri 2:				
Hedef 3: Ateşin nedenlerini açıklayabilme				
Öneri 3:				
Hedef 4:Ateşe neden olan durumları açıklayabilme				
Öneri 4:				
Hedef 5: Ateşin neden yükseldiğini açıklayabilme				
Öneri 5:				
Hedef 6: Ateşin belirti ve bulgularını açıklayabilme				
Öneri 6:				
Hedef 7: Ateşin yararlarını açıklayabilme				
Öneri 7:				
Hedef 8: Ateşin zararlarını açıklayabilme				
Öneri 8:				
Hedef 9: Ateş ölçüm araçları (Termometre çeşitlerini) açıklayabilme				
Öneri 9:				
Hedef 10: Ateş ölçüm yöntemlerini açıklayabilme				
Öneri 10:				
Hedef 11: Koltuk altından ölçüm yöntemini				

açıklayabilme				
Öneri 11:				
Hedef 12: Koltuk altından ateş ölçümünü uygulayabilme				
Öneri 12:				
Hedef 13: Alından ölçüm yöntemini açıklayabilme				
Öneri 13:				
Hedef 14: Alından ateş ölçümü yöntemini uygulayabilme				
Öneri 14:				
Hedef 15: Kulaktan ölçüm yöntemini açıklayabilme				
Öneri 15:				
Hedef 16: Kulaktan ateş ölçümü yöntemini uygulayabilme				
Öneri 16:				
Hedef 17: Ateş yükseldiği zaman yapılacak girişimleri bilme				
Öneri 17:				
Hedef 18: Ateş düşürücü ilaçları ne zaman ve hangi sıklıkla kullanacağını bilme				
Öneri 18:				
Hedef 19: Ilık uygulama yönteminin amacını açıklayabilme				
Öneri 19:				
Hedef 20: Ailenin tıbbi yardımı ne zaman alması gerektiğini bilmesi				
Öneri 20:				

EK 4. ''Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi'' Videosunun Senaryosu

Eğitim Videosu: Çocuk Acil Serviste Annelere Verilen Video Temelli Eğitimin Ateş Yönetimine Etkisi

''Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi'' İsimli Videonun Senaryosu:

Video Girişi:

ATEŞLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM EĞİTİMİ

Bu video, çocuğunda ateş şikayeti ile acile başvuran anneleri bilgilendirmek amacıyla çocuk hemşireleri tarafından hazırlanmıştır.

1. Kare: 7 sn

Siyah zemin üzerine beyaz yazı, hedefler arası geçişlerde baloncuk sesi

Hedef 1: Çocuk hemşiresinin orada bulunma amacını kavrayabilme:

Merhaba değerli anneler! ''Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimine'' hoş-geldiniz.

2. Kare: 5 sn

Hemşire üniformalarıyla kameraya doğru gülümseyerek yürür.

Hedef 2: Ateş ve normal vücut sıcaklığını tanımlayabilme:

Ateş nedir?

1. Normal vücut sıcaklığı 36.5-37.5°C' dir.
2. Ateş, vücut sıcaklığının 37.5°C ve üzerinde olmasıdır.
3. Ateş, vücudun doğal savunma mekanizmasıdır.
4. Ateş hastalıkların erken dönemdeki belirtisidir.

3. Kare: 16 sn

Hemşire konuşurken arkada ateş ile ilgili görseller sırayla belirir.

1. Normal vücut sıcaklığını değerinin gösteren animasyon
2. Ekranın sağ alt yanında 37.5°C gösteren termometre animasyonu

Hedef 3: Ateşin nedenlerini açıklayabilme:

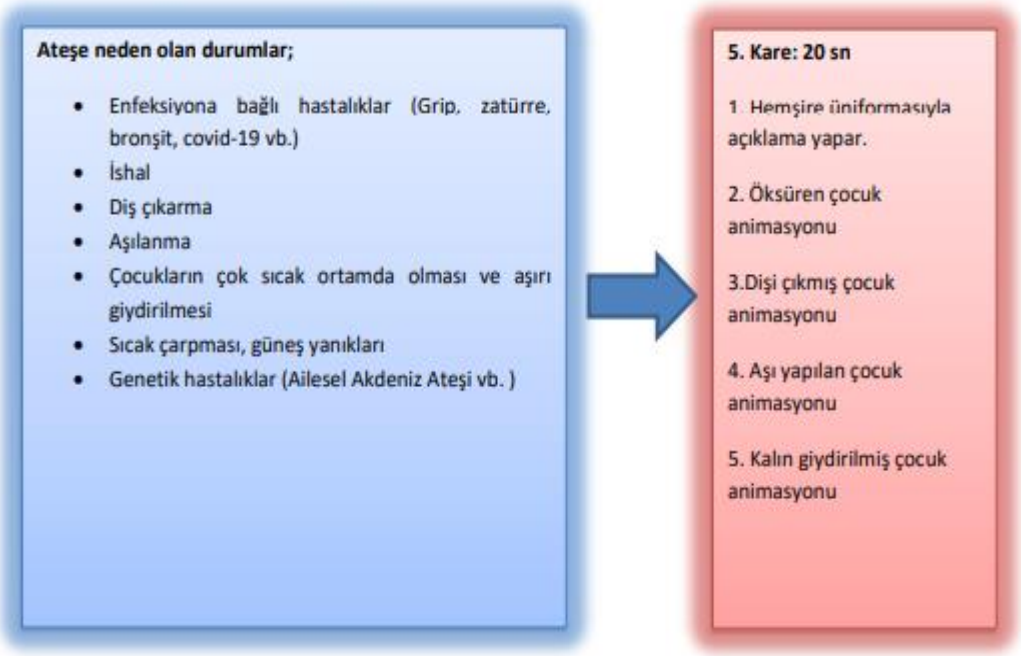
Ateşin nedenleri

1. Çocuklarda ateş genellikle bir enfeksiyon olduğunda yükselir.
2. **Peki enfeksiyon nedir?** Enfeksiyon gözle görülmeyen mikropların vücuda girmesidir.
3. Çocukların bağışıklık sistemleri tam gelişmediği için enfeksiyonlar daha sık görülür.

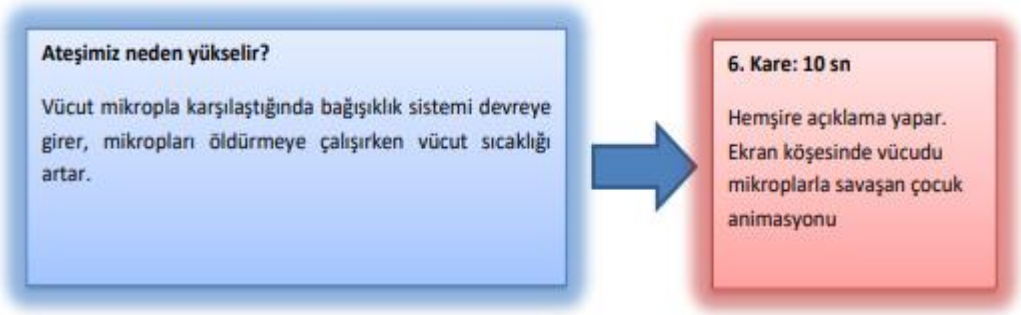
4. Kare: 18 sn

1. Hemşire formasıyla açıklama yapar.
2. Mikrop animasyonu
3. Çocuk animasyonu

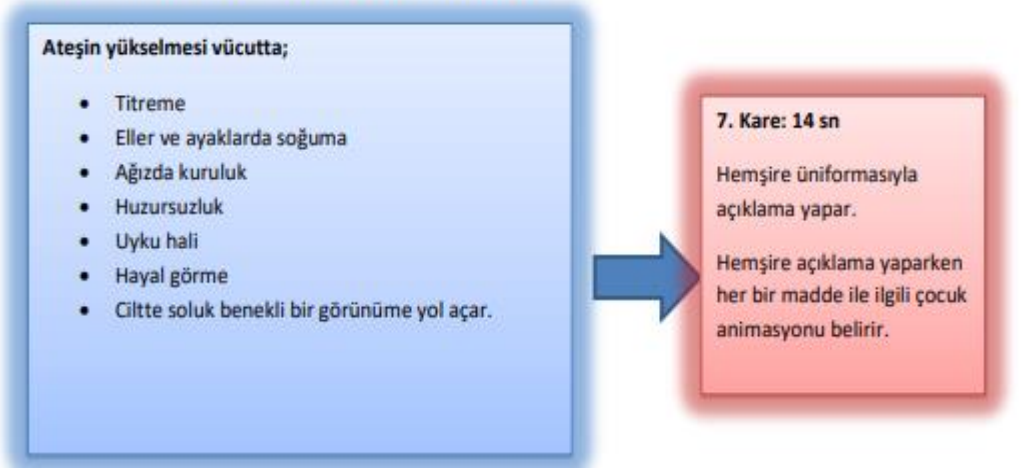
Hedef 4:Ateşe neden olan durumları açıklayabilme:



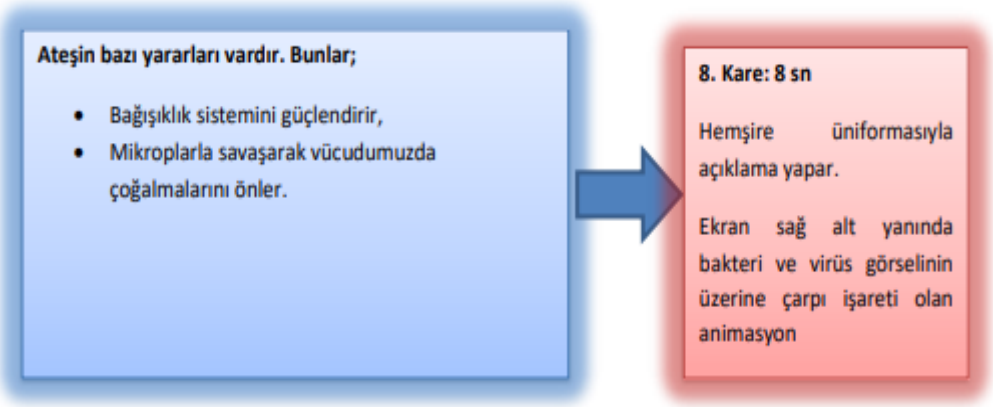
Hedef 5: Ateşin neden yükseldiğini açıklayabilme:



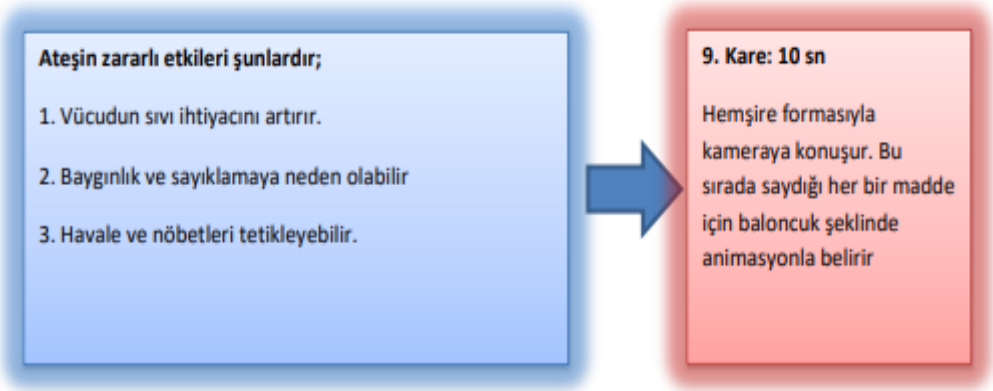
Hedef 6: Ateşin belirti ve bulgularını açıklayabilme:



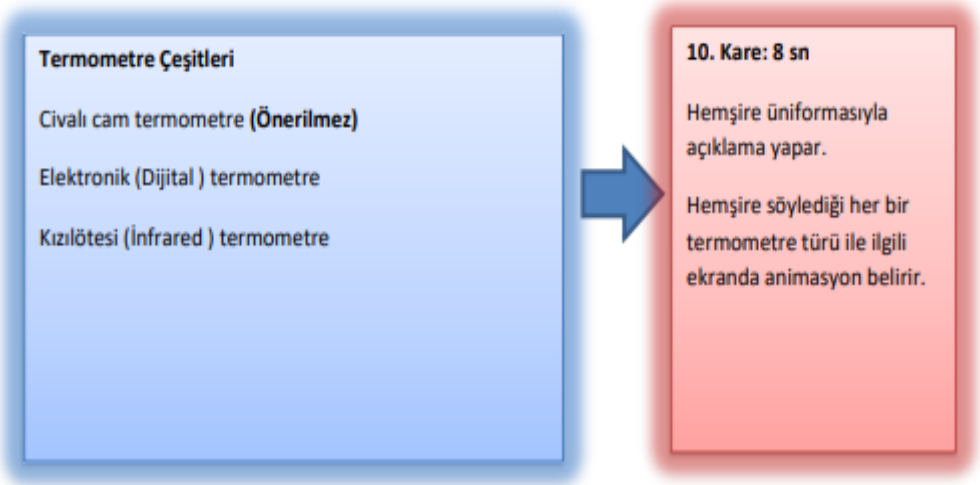
Hedef 7: Ateşin yararlarını açıklayabilme:



Hedef 8: Ateşin zararlarını açıklayabilme:



Hedef 9: Ateş ölçüm araçları (Termometre çeşitlerini) açıklayabilme:



Hedef 10: Ateş ölçüm yöntemlerini açıklayabilme:

Ateş ölçüm yöntemleri

- Makattan ölçüm **(Mecbur kalınmadıkça önerilmez)**
- Koltuk altından ölçüm
- Kulaktan ölçüm
- Alından ölçüm
- Ağızdan ölçüm

Bu ölçüm yöntemlerinden en sık kullanılan koltuk altı, alın ve kulaktan ölçüm yöntemlerini açıklayacağım.

11. Kare: 20 sn

Hemşire üniformasıyla açıklama yapar.

Ekranın sağ alt yanında her bir ölçüm yöntemiyle ilgili animasyon

Hedef 11: Koltuk altından ölçüm yöntemini açıklayabilme:

Koltuk altından ölçüm yöntemi

En sık kullanılan ölçüm yöntemlerinden biridir. Kolay ve çocuğa rahatsızlık vermez. **37.5°C** ve üzerinde olması ateş olarak kabul edilir.

12. Kare: 15 sn

Hemşire üniformasıyla açıklama yapar.

Ekranda 37.5°C gösteren termometre animasyonu

Koltuk altından ateş ölçümü yapılan çocuk animasyonu

Hedef 12: Koltuk altından ateş ölçümünü uygulayabilme:

Öncelikle çocuğun koltuk altı kuru olmalıdır ve termometrenin ucu koltuk altına yerleştirilir. Dirsek, koltuk altını kapatacak şekilde göğse doğru tutulur. Termometre sinyal sesi duyuluncaya kadar bekletilir.

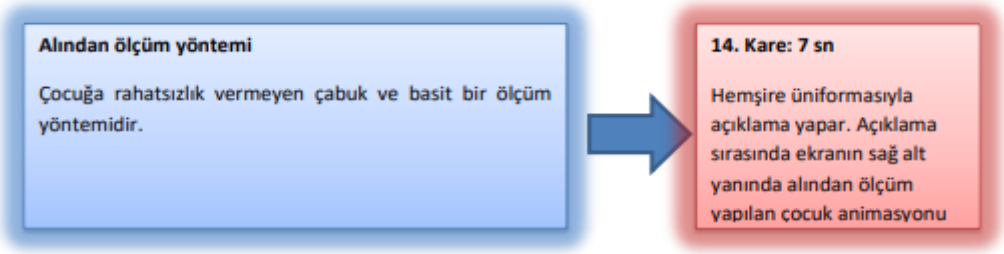
13. Kare: 15 sn

Hemşire formasıyla açıklama yapar.

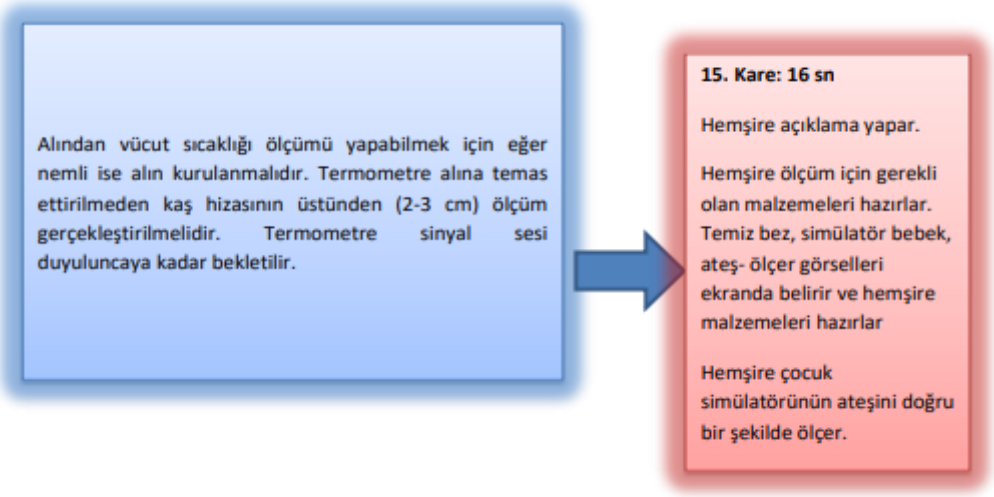
Açıklama sırasında ekranın sağ alt yanında uygulamada kullanılacak olan simülatör bebek, gazlı bez ya da kuru bez ve ateş ölçer (derece) animasyonları belirir ve bu sırada hemşire malzemeleri hazırlar

Hemşire çocuk simülatörünün ateşini doğru bir şekilde ölçer

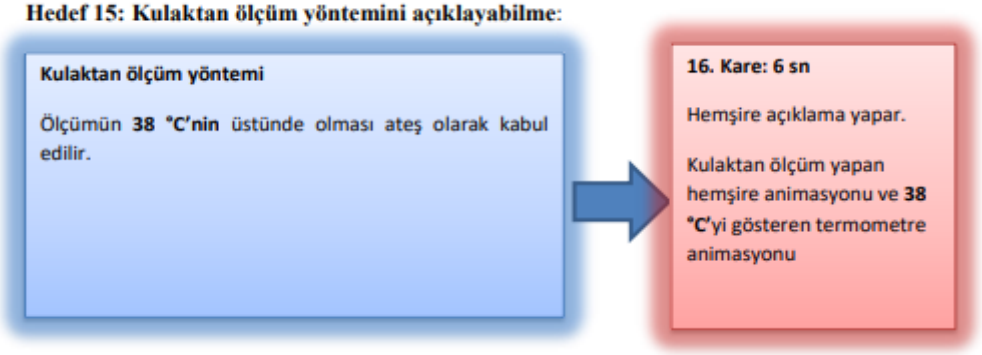
Hedef 13: Alından ölçüm yöntemini açıklayabilme:



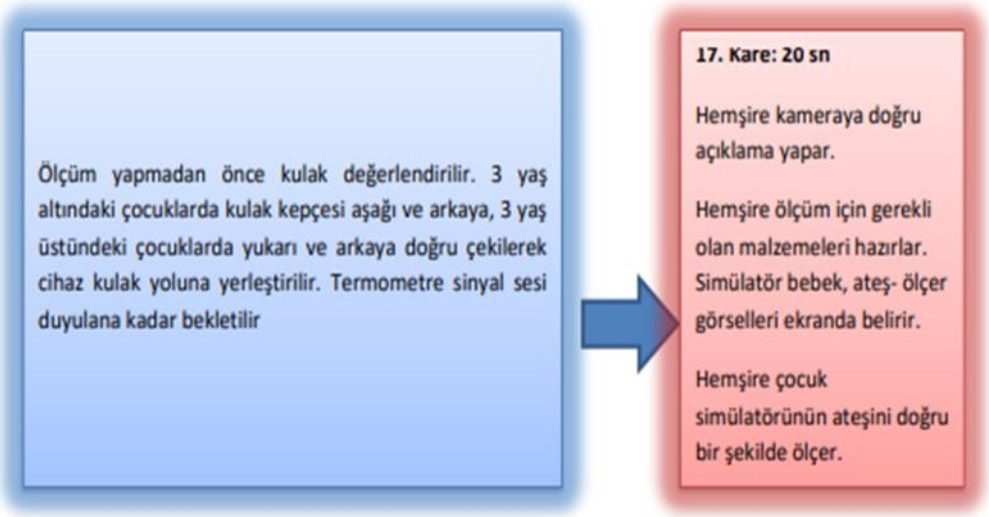
Hedef 14: Alından ateş ölçümü yöntemini uygulayabilme:



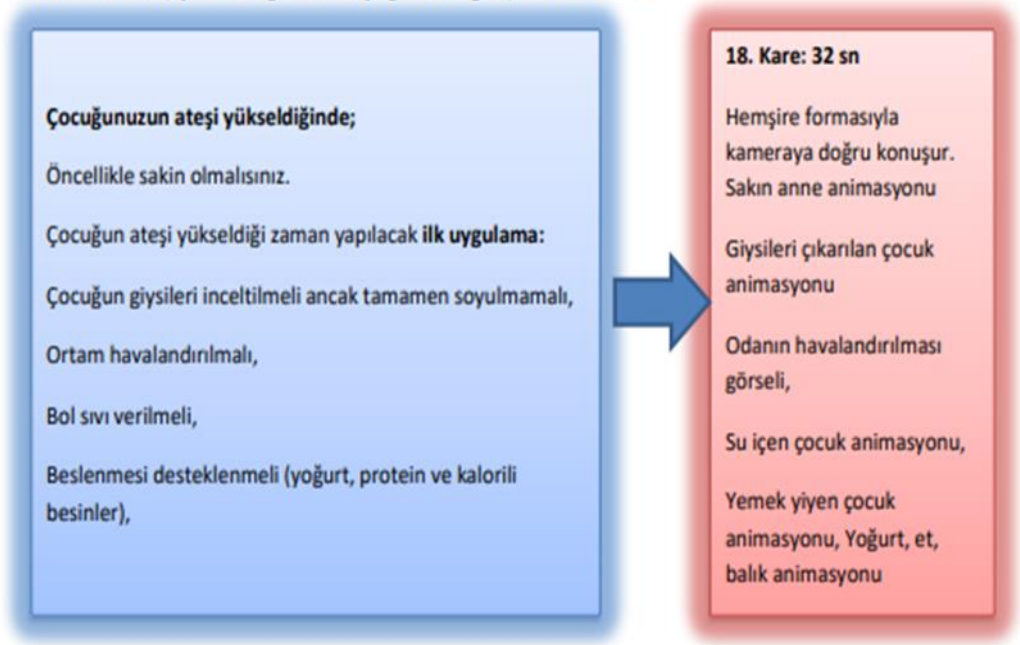
Hedef 15: Kulaktan ölçüm yöntemini açıklayabilme:



Hedef 16: Kulaktan ateş ölçümü yöntemini uygulayabilme:



Hedef 17: Ateş yükseldiği zaman yapılacak girişimleri bilme:



Hedef 17: Ateş yükseldiği zaman yapılacak girişimleri bilme:(DEVAM)

Çocuğun fazla fiziksel harekette bulunması ve ağlaması engellenmeli,

Çocuğu sakinleştirici metotlar (müzik dinletme, oyun oynama vb.) kullanılmalıdır

Kronik bir hastalığı yoksa veya çocuk huzursuz değilse ateş düşürücü ilaç verilmemelidir.

Eğer ateş düşmezse ve yükselmeye devam ederse;

Aile Hekim önerdiği şekilde ateş düşürücü ilaç verilmeli,

İlaç verildikten 30 dk sonra ılık uygulama yapılmalıdır.

18. Kare: 45 sn

Müzik dinleyen ve oyun oynayan çocuk animasyonu

Ateş düşürücü ilaçlara çarpı koyan animasyon

Ateşi yüksek olan çocuk animasyonu ve kırmızı oklarla yukarıya doğru artış gösteren termometre animasyonu

İlaç içen çocuk animasyonu ve ılık uygulama yapılan çocuk animasyonu

Hedef 18: Ateş düşürücü ilaçları ne zaman ve hangi sıklıkla kullanacağını bilme:

İlaç tedavisi olarak;

Çocuğunuzun ateşi tüm önlemlere rağmen 38.5 ºC'nin üzerinde ise ateş düşürücü ilaç verilmesi gerekmektedir.

İlaç tedavisinde **temel amaç** huzursuz olan çocuğu rahatlatmaktır

En çok kullanılan ateş düşürücü ilaçlar; parasetamol ve ibuprofen etken maddelerini içeren ilaçlardır.

Parasetamol, ateşi düşürmede en sık önerilen ilaçtır. 4-6 saatte bir verilmelidir. 1 aylıktan büyük bebeklerde ve çocuklarda kullanılır.

İbuprofen: Ateşi düşürmede parasetamolden sonra ikinci seçenektir 6 aylıktan küçük çocuklara önerilmez. 6-8 saatte bir verilmelidir.

Aynı anda parasetamol ve ibuprofen kullanılmaz.

Paranox-S fitil: Eğer çocukta kusma var ise fitil kullanılabilir.

Yan etkileri fazla olduğu için Aspirin verilmemelidir.

İlaçları mutlaka doktorununuz önerdiği şekilde kullanınız!

19. Kare: 65 sn

Hemşire formasıyla kameraya doğru konuşur.

Parasetamol ve ibuprofen ilaç kutusu görseli belirir

Aspirin kutusunun üzerinde çarpı koyan animasyon belirir.

Hemşire açıklama yaparken parasetamol ilaç kutusu ekranın sağ alt köşesine belirir. İlaç içen çocuk animasyonu

Hemşire açıklama yaparken ibuprofen ilaç kutusu ekranın sağ alt köşesinde belirir. İlaç içen çocuk animasyonu

Hemşire açıklama yaparken paranox-s fitil kutusu görseli belirir. Fitil uygulanan çocuk animasyonu

Hedef 19: Ilık uygulama yönteminin amacını açıklayabilme:

Ilık uygulama yöntemi;

Çok yüksek derecedeki ateşlerde (39.5 °C üstü),

Ateş düşürücü ilaçlara cevap vermeyen ve

Ateş düşürücü ilaç uygulamasından 30 dakikayı takiben ateşi düşmeyen çocuklarda ılık uygulama önerilmektedir.

Ilık uygulamada buzlu su, alkol, sirke gibi maddeler kesinlikle kullanılmamalıdır.

Ilık uygulama 5 dakikadan az 30 dakikadan fazla olmamalıdır.

Ilık uygulamada kullanılacak olan suyun sıcaklığı 28-30°C olmalıdır.

Ilık uygulama koltuk altından, alından ve kasık bölgelerinden uygulanmalıdır.

Uygulama saat yönünde yapılmalı ve ıslatılmış bezler ısındıkça değiştirilmelidir

Uygulama sonrasında mutlaka vücut sıcaklığı ölçümü belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

20. Kare: 50 sn

Hemşire formasıyla açıklama yapar.

39.5 °C üstünü gösteren termometre animasyonu

Hemşire açıklama yaparken buzlu su alkol ve sirke üzerine çarpı koyan animasyon belirir

Suyun sıcaklığının 28-30°C olduğunu gösteren animasyon

Koltuk altı, alın ve kasık bölgelerine ılık uygulama yapan hemşire animasyonu

Çocuğun ateşini ölçen hemşire animasyonu

Hedef 20: Ailenin ne zaman tıbbi yardım alması gerektiğini bilmesi

Hangi Durumlarda Doktora Gidilmelidir?

2 aylıktan küçük özellikle yeni-doğanlarda ateş 38 ve üzerinde ise

Tüm yaş gruplarında ateş 40 derece civarında ise

Nöbet geçirme öyküsü,

Kronik bir hastalığı,

Bağışıklık sistemini etkileyen lösemi, lenfoma gibi hastalığı varsa

İlaç ve ılık uygulamayla ateş düşmüyorsa

3 günden daha uzun süre ateş düşmediyse

Kusuyor ve sıvı almıyorsa

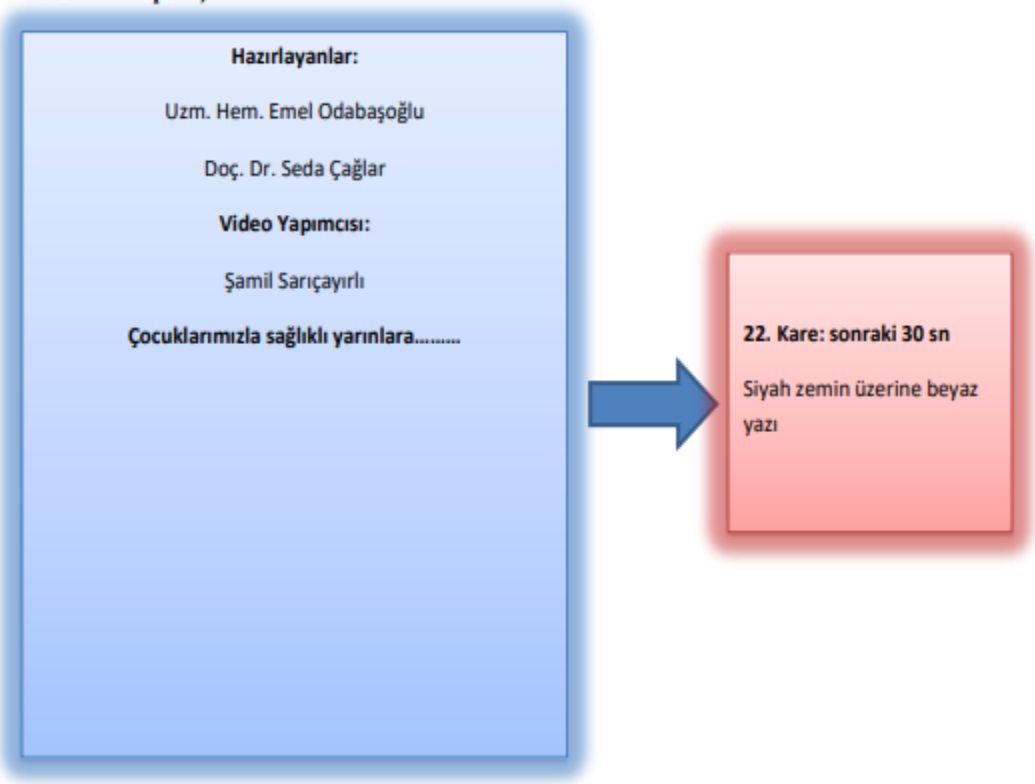
Çok uykulu ve uyandırmak zor ise

Ense ağrısı varsa **ACİLE** başvurulmalıdır.

21. Kare: 40 sn

Hemşire formasıyla açıklama yapar. Açıklama yaparken her bir madde ile ilgili animasyonlar belirir

Videonun Kapanışı:



EK 5. Videonun Hastane Ortamında Çekim İzni

EK 6. DISCERN Ölçüm Aracı (Quality of Criteria for Consumer Health Information - Tüketici Sağlığı Bilgi Kriterlerinin Kalitesi)

Hazırlanan "Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi'' videosunun güvenirlik ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesinde; DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçüm Aracı kullanılacaktır. DISCERN aracının 3 bölümü bulunmaktadır. Her bir sorunun altında sorunun anlaşılmasını kolaylaştırmak amacı ile ipuçları bulunmaktadır. Her bir soru için 1-5 arasında bir puan verilerek değerlendirme yapılır.

DISCERN ÖLÇÜM ARACI

BÖLÜM 1

Bu videolar güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU: Videoların başlangıcında net bir açıklama olup olmadığına bakın.

- Videolar ne hakkında?
- Videolar hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- Videolar kimler için yararlı?

1. Soruya "Hayır" yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz.

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU: Videolarda hedeflerde belirtilen bilgilere ulaşılıp ulaşılamayacağını düşününüz.

3. Konu ile ilgili mi?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU: Bu videoda;

- Videoları izleyenlerin sorabileceği soruların yer alıp almadığına bakın.
- Videolardaki bilgiler ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığına dikkat edin.

4. Bu videoları hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU: Videoları sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın. Bibliyografi ya da kaynak listesi, alıntı yapılan kuruluş ya da uzmanların adresleri gibi adresleri kontrol edin.

5. Bu videolarda bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU:

- Videoların hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- Videolardaki bilgilerin revize edildiği tarihe bakın.

6. Bu videolarda sunulan bilgiler tutarlı ve tarafsız mıdır?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU:

- Videoların kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Videoların hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazlası olmasına bakın.
- Videoların bir dış değerlendirmesinin olup olmadığına bakın

Dikkatli olunması gereken nokta:

- Videolar bir konu hakkında bilgi verirken diğer tedavi seçeneklerinden söz etmeden yalnız özel bir tedavinin avantaj ya da dezavantajları üzerine odaklanıyor mu?
- Videolar tek bir vakaya dayandırılıyor mu?
- Bilgi heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir biçimde sunuluyor mu dikkat edin.

7. Videolar ek bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU:

Videolar, bilgi ve öneri sağlamada diğer kuruluşlara ilişkin ayrıntı ve daha fazla seçenek sunuyor mu?

8. Bu videolarda belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU:

- Tedavi seçeneklerine ilişkin uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksiklikleri yönünden tartışmalara bakın,
- Videolarda sunulan tedavi seçeneklerinin herkesi aynı biçimde etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin.

BÖLÜM 2

Videolarda sunulan bilginin kalitesi nasıldır?

Bu videolarda tanımlanan tedavi/tedavilere soruları uygulayın.

9. Her bir tedavinin nasıl uygulandığını tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU: Tedavilerin vücut üzerindeki etkilerine nasıl ulaştığını tanımlayıp tanımlamadığına bakın.

10. Her bir tedavinin yararını tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU: Semptomların giderilmesi ya da kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süreli durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Her bir tedavinin risklerini tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU: Tedavinin yan etkileri, komplikasyonları, kısa ve uzun süreli yan etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Tedavi uygulanmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU: Tedavinin ertelenmesi (tedavi uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararlarının neler olduğuna bakın.

13. Tedavi seçeneklerinin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU:

- Tedavi seçeneklerinin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Tedavi seçeneklerinin aile, arkadaş ve bakım verenle ilişkisine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.

14. Birden fazla tedavi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU:

- Her tedaviden kimlerin hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın
- Özel bir tedaviyi seçmeden ya da reddetmeden önce daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İPUCU: Tedavi seçenekleri hakkında ailesi, arkadaşları, doktorlar ya da diğer sağlık elemanları ile tartışmaların yer alıp almadığına bakın.

BÖLÜM 3

Videoların genel değerlendirmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler açısından videoların kalitesini genel anlamda değerlendiriniz.				
Düşük (Ciddi/aşırı eksik var)		Orta (Eksiklikler önemli ancak ciddi değil)		Yüksek (Çok az eksiklik var)
1	2	3	4	5

ÖNERİLERİNİZ

Lütfen bu bölüme, "videolar" ile ilgili olarak düzeltilmesi, eklenmesi, çıkarılması, geliştirilmesi gereken kısımlar konusunda önerilerinizi yazınız.

……

KATKI VEREN

UZMANIN ADI SOYADI:

EK 7. "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu"

(Video Temelli Eğitim Grubu)

Doç. Dr. Seda Çağlar'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, "Çocuk Acil Serviste Annelere Verilen Video Temelli Eğitimin Ateş Yönetimine Etkisi" isimli bir araştırmaya davet edilmiş bulunmaktasınız.

Bu çalışma yüksek ateşe neden olan hastalıların çocuklarda sık görülmesi, yüksek ateş şikayeti ile çocuk acil servisine başvuran ailelerin sayısının fazla olması nedeniyle ailelerin yüksek ateş sırasında yaptığı yanlış uygulamaların sıklığı ve konu hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilerek uygun eğitimin verilmesi ve gerekli önlemlerin alınması, yüksek ateş ve yüksek ateş sırasında yapılan yanlış uygulamalara bağlı komplikasyonların azaltılması hususunda önemli bir noktadır. Bu çalışmanın amacı çocuk acil serviste annelere verilen video temelli eğitimin ateş yönetimine etkisini belirlemektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmamak tamamen sizin hür iradenize bağlıdır. Çalışmaya katılmadığınız taktirde hastanemizdeki size ait tedavi ve takip sürecinde her hangi bir aksama oluşmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız taktirde, daha sonradan dilerseniz çalışmadan ayrılma ve vazgeçme hakkına da sahipsiniz. Bu bir girişimsel çalışma olmadığı için size herhangi bir müdahale veya deneysel amaçlı ilaç verilmeyecektir.

Çalışmanın yaklaşık olarak 1 yılda tamamlanması planlanmaktadır. Sizlere bu çalışma sırasında araştırmacı tarafından hazırlanan ''Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi'' isimli video izletilecek ve ateş yönetimi hakkında bilgi verilecektir. Veri toplama formları birebir yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduracaktır ve bu yapılacak işlemler araştırma dışında her hangi bir nedenle kullanılmayacaktır. Çalışmaya siz de dahil olmak üzere 50 kişi dahil edilecektir.

Araştırmamızdan annelere verilen video temelli eğitim sonucunda ateş yönetiminde daha etkili, bağımsız bir şekilde ve endişelenmeden olumlu karalar vereceği ve uygulamalar yapacağı gibi yararlar elde edilecektir. Araştırmaya katılmak ile her hangi bir parasal ya da yasal yük altına girmeyeceğinizi önemle belirtmek isteriz. Araştırma ile ilgili olarak bilgi edinme hakkına her zaman sahipsiniz ve bu amaçla 24 saat boyunca Uzm. Hem. Emel Odabaşoğlu'na ( )'lu telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

Katılımcının/Hastanın Beyanı: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

	Katılımcı	**Araştırmacı**
Ad Soyad		Uzm. Hem. Emel ODABAŞOĞLU Tez Danışmanı Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR
Telefon		
Tarih		
İmza		

EK. 8 "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu"

(Kontrol Grubu)

Doç. Dr Seda Çağlar'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, "Çocuk Acil Serviste Annelere Verilen Video Temelli Eğitimin Ateş Yönetimine Etkisi" isimli bir araştırmaya davet edilmiş bulunmaktasınız.

Bu çalışma yüksek ateşe neden olan hastalıların çocuklarda sık görülmesi, yüksek ateş şikayeti ile çocuk acil servisine başvuran ailelerin sayısının fazla olması nedeniyle ailelerin yüksek ateş sırasında yaptığı yanlış uygulamaların sıklığı ve konu hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilerek uygun eğitimin verilmesi ve gerekli önlemlerin alınması, yüksek ateş ve yüksek ateş sırasında yapılan yanlış uygulamalara bağlı komplikasyonların azaltılması hususunda önemli bir noktadır. Bu çalışmanın amacı çocuk acil serviste annelere verilen video temelli eğitimin ateş yönetimine etkisini belirlemektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmamak tamamen sizin hür iradenize bağlıdır. Çalışmaya katılmadığınız taktirde hastanemizdeki size ait tedavi ve takip sürecinde her hangi bir aksama oluşmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız taktirde, daha sonradan dilerseniz çalışmadan ayrılma ve vazgeçme hakkına da sahipsiniz. Bu bir girişimsel çalışma olmadığı için size herhangi bir müdahale veya deneysel amaçlı ilaç verilmeyecektir.

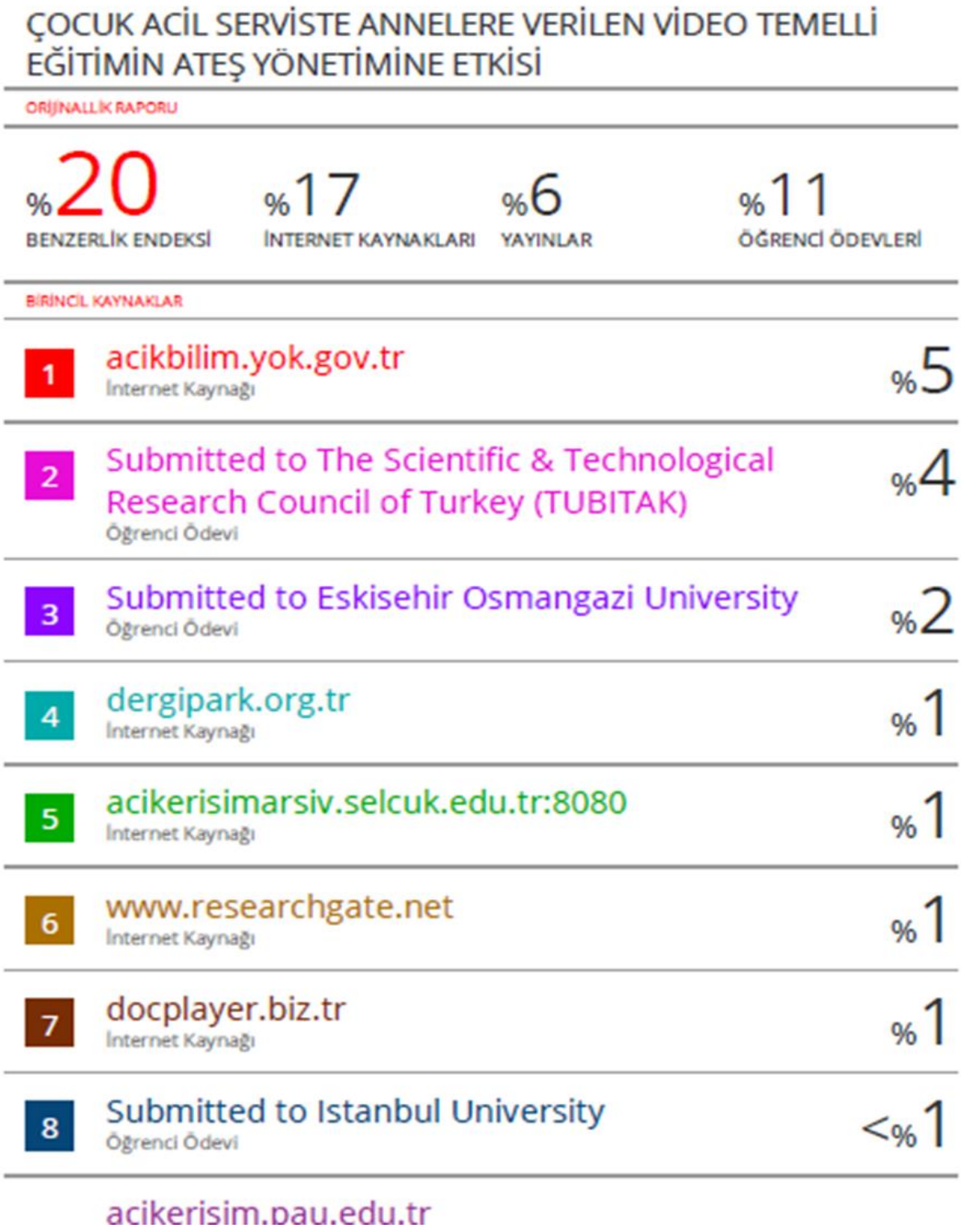
Çalışmanın yaklaşık olarak 1 yılda tamamlanması planlanmaktadır. Sizlere bu çalışma tamamlandıktan sonra araştırmacı tarafından hazırlanan ''Ateşli Çocuğa Yaklaşım Eğitimi'' isimli videonun erişimi sağlanacaktır. Veri toplama formları birebir yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduracaktır ve bu yapılacak işlemler araştırma dışında her hangi bir nedenle kullanılmayacaktır. Çalışmaya siz de dahil olmak üzere 50 kişi dahil edilecektir.

Araştırmaya katılmak ile her hangi bir parasal ya da yasal yük altına girmeyeceğinizi önemle belirtmek isteriz. Araştırma ile ilgili olarak bilgi edinme hakkına her zaman sahipsiniz ve bu amaçla 24 saat boyunca Uzm. Hem. Emel Odabaşoğlu'na no'lu telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

Katılımcının/Hastanın Beyanı: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

	Katılımcı	**Araştırmacı**
Ad Soyad		Uzm. Hem. Emel ODABAŞOĞLU Tez Danışmanı Doç. Dr. Seda ÇAĞLAR
Telefon		
Tarih		
İmza		

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



ÇOCUK ACİL SERVİSTE ANNELERE VERİLEN VİDEO TEMELLİ EĞİTİMİN ATEŞ YÖNETİMİNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%20	%17	%6	%11
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%5
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%4
3	Submitted to Eskisehir Osmangazi University Öğrenci Ödevi	%2
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
7	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
8	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<%1

acikerisim.pau.edu.tr

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Emel ODABAŞOĞLU
(İmza)

EK 9. Etik Kurul İzni

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Emel ODABAŞOĞLU
(İmza)

EK 10. Kurum İzni

EK 11. EAYÖ Kullanım İzni

ÖZGEÇMİŞ