



T.C.

**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ATEŞLİ HAVALLENİN HASTALARDA VE BAKIM VERENLERDE
UYKU KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatma Damla KURT

Tez Danışmanı: Dr. İpek DOKUREL ÇETİN

BALIKESİR

2024

BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi beyan ederim.

...../...../2024

Dr. Fatma Damla KURT

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın her aşamasında sınırsız özveri ve sabrı ile desteğini esirgemeyen başta danışman hocam İpek DOKUREL ÇETİN olmak üzere, katkısı ve emeği geçen herkese teşekkürlerimi borç bilirim.

Bu zorlu yolculukta, benim için çok büyük fedakarlıklar yapan tüm zor anlarımda yanımda olarak, benden yardımlarını esirgemeyen canım aileme, sevgili eşim ve ailesine ne kadar teşekkür etsem az gelir.

Dünyaya bir çocuk getirmenin ne zorlu bir yol olduğunu ebeveyn olunca anladım.. Bu zorlu yolun her anı eşsiz.. Canım oğlum ve canım kızım yanınızda olamadığımız o eşsiz anlarda, umarım size çalışkan bir birey olmanın ne kadar önemli olduğunu anlayacağınız, bizi kendinize örnek alacağınız ebeveynler olursunuz.

Çocuk doktoru olarak kucak açacağım tüm hastalarım, hepiniz benim çocuklarım olacaksınız.

...../...../2024

Dr. Fatma Damla KURT

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	2
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1-GİRİŞ VE AMAÇ	1
2-GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Uyku Kavramı.....	3
2.1.1. Uykunun Tanımı	3
2.1.2. Uykunun Türleri.....	4
2.1.4. Uyku Özellikleri.....	4
2.1.5. Uykunun Önemi	5
2.2. Uyku Bozukluğu	7
2.2.1. Uyku Bozukluğunun Tanımı	8
2.2.2. Uyku Bozukluğunun Sebepleri	9
2.2.3. Uyku Bozukluğu Türleri.....	10
2.2.4. Uyku Bozukluğunun Etkileri	12
2.2.5. Uyku Kalitesi ve Ölçülmesi	13
2.3. Ateşli Havale.....	15
2.3.1. Nedenleri	16
2.3.2. Etkileri	17
2.3.3. Tedavisi	18
2.4. Bakım Veren Yüğü	19
2.4.1. Bakım Veren Yüğünün Tanımı	20
2.4.2. Bakım Veren Yüğünün Özellikleri	20
2.5. Ateşli Havale İlişkili Uyku Kalitesi Üzerindeki Etkisi	21
3-GEREÇ VE YÖNTEM.....	23

3.1. Çalışma Protokolü.....	23
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi	23
3.3. Çalışma Popülasyonu	24
3.4. Veri Toplama Aracı.....	25
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	25
3.4.2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi-PUKİ	25
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ	26
3.4.4. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-ÇUAÖ	27
3.4.5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği-STAI.....	27
3.4.6. Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36	28
3.5. İstatistik Yöntem.....	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇLAR	51
KAYNAKLAR.....	54
ÖZGEÇMİŞ	63
EKLER.....	64
Ek 1: Anket Formu.....	64
Ek 2: Etik Kurul İzni	77

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 4. 1. Kontrol ve hasta grubunun bazı demografik ve doğum ile ilgili bilgileriyle fark analizi sonuçları	30
Tablo 4. 2. Kontrol ve hasta gruplarının bazı klinik bulguları ile fark analizi sonuçları	32
Tablo 4. 3. Kontrol ve hasta gruplarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ve fark analizi sonuçları.....	33
Tablo 4. 4. Kontrol ve hasta gruplarının uyku kalitesi (PUKI) düzeyleri ve fark analizi sonuçları.....	34
Tablo 4. 5. Kontrol ve hasta gruplarının depresyon (BDÖ) düzeyleri ve fark analizi sonuçları	34
Tablo 4. 6. Kontrol ve hasta gruplarının çocuk uyku alışkanlıkları (ÇUAA) düzeyleri ve fark analizi sonuçları	35
Tablo 4. 7. Kontrol ve hasta gruplarının yaşam kalitesi (SF-36) düzeyleri ve fark analizi sonuçları.....	35
Tablo 4. 8. Kontrol grubunda durumluk-sürekli kaygı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları.....	36
Tablo 4. 9. Hasta grubunda durumluk-sürekli kaygı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları.....	37
Tablo 4. 10. Kontrol grubunda uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları.....	37
Tablo 4. 11. Hasta grubunda uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları.....	38
Tablo 4. 12. Kontrol grubunda depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları.....	39
Tablo 4. 13. Hasta grubunda depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları.....	39
Tablo 4. 14. Febril konvülsiyon ile uyku kalitesi, çocukluk uyku alışkanlıkları, kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları	40
Tablo 4. 15. Kontrol grubunda uyku kalitesi (PUKI) ile çocukluk uyku alışkanlıkları, kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları	40

Tablo 4. 16. Hasta grubunda uyku kalitesi (PUKI) ile çocukluk uyku alışkanlıkları, kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları	41
Tablo 4. 17. Hasta grubunda uyku kalitesiyle anlamlı ilişki içerisinde olan depresyon ve durumluk kaygının etkisine yönelik Genelleştirilmiş Lineer Regresyon Model (Logit) sonuçları.....	42



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2. 1. Uykunun önemi ve uykusuzluğun etkisi.....	Error! Bookmark not defined.
Şekil 2. 2. Uyku ile beyin fonksiyonları arasındaki ilişki	Error! Bookmark not defined.
Şekil 2. 3. Hızlı göz hareketi (REM) uykusunu gösteren polisomnografik kayıt	Error! Bookmark not defined.
Şekil 2. 4. Aşamalarına göre uyku kalitesi	Error! Bookmark not defined.
Şekil 2. 5. Uyku kalitesinin klinik ölçümü	Error! Bookmark not defined.
Şekil 4. 1. Doğum sırasının dağılımı ve gruplar arasındaki farkı	32
Şekil 4. 2. Hasta ve kontrol gruplarının sürekli kaygı düzeyleri ve fark analizi sonuçları	34



KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birlięi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
ÇUAA	: Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
STAI	: Kaygı Ölçeği
ve ark	: ve arkadaşları
REM	: Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketi)
OSA	: Obscurative Sleep Apnea (Obstrüktif Uyku Apnesi)
PSG	: Polisomnografi
RLS	: Restless Legs Syndrome (Huzursuz Bacak Sendromu)

ÖZET

Bu çalışmada, ateşli nöbet geçiren 3 ay-6 yaş arasındaki çocukların bakım verenlerinin uyku kalitesinin incelenmesi amaçlandı. Çalışmada Balıkesir Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine ateşli havale şikayeti ile başvuru yapan 3ay-6 yaş aralığındaki hastaların anneleri ile çocuklarının uyku kaliteleri ve bakım verenlerin kaygı düzeyi hakkında anket çalışması yapıldı. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi-PUKİ, Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ, Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-ÇUAA, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği-STAI ve Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 formları kullanıldı. Elde edilen sonuçlara göre hasta grubunda sağlıklı kontrollere kıyasla doğum sırası istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0.046$). Durumluk kaygı ateşli nöbet geçiren çocukların bakım verenlerinde daha yüksek olsa da, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.097$). Sürekli kaygı düzeyi ateşli nöbet geçiren çocukların bakım verenlerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0.002$). Hasta grubu ile kontrol grubunun uyku kalitesi ($p=0.968$), depresyon ($p=0.552$), çocuk uyku alışkanlıkları ($p=0.269$) ve yaşam kalitesi ($p=0.781$) düzeyleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Hasta grubunda durumluk kaygı ile yaşam kalitesinin enerji ($r=-0.407$; $p=0.006$), mental sağlık ($r=-0.319$; $p=0.037$) ve toplam puanları ($r=-0.585$; $p=0.014$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Sürekli kaygı ile yaşam kalitesinin genel sağlık ($r=-0.412$; $p=0.006$), enerji ($r=-0.503$; $p=0.001$), mental sağlık ($r=-0.497$; $p=0.001$) ve toplam puanları ($r=-0.566$; $p=0.018$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Hasta grubunda, fiziksel rol kısıtlamaları ($r=0.356$, $p=0.036$), ağrı ($r=0.600$, $p<0.001$), emosyonel rol kısıtlamaları ($r=0.386$, $p=0.017$), enerji ($r=-0.493$, $p=0.002$), mental sağlık ($r=-0.395$, $p=0.014$) ve sosyal fonksiyon ($r=-0.409$, $p=0.011$) puanları ile PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. ÇUAA puanları ile yaşam kalitesinin tüm boyut puanları ve ya toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi. ($p=0.944$). Hasta grubunda depresyon düzeyi ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ($r=-$

0.490, $p=0.024$), fiziksel rol kısıtlamaları ($r=0.381$, $p=0.012$), ağrı ($r=0.357$, $p=0.013$), enerji ($r=-0.654$, $p<0.001$), mental sağlık ($r=-0.569$, $p<0.001$), sosyal fonksiyon ($r=-0.368$, $p=0.011$) ve toplam ($r=-0.499$, $p=0.030$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Febril konvülsiyon sayısı ile PUKİ ($p=0.968$), çocukluk uyku alışkanlıkları ($p=0.272$), durumluk kaygı ($p=0.230$), depresyon ($p=0.555$) ve yaşam kalitesinin ($p=0.859$) arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ancak febril konvülsiyon sayısı ile sürekli kaygı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptandı ($r=0.304$, $p=0.005$). Hasta grubunda PUKİ ile durumluk kaygı ($r=0.362$, $p=0.030$) ve depresyon ($r=0.580$, $p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Genelleştirilmiş Lineer Model sonuçlarına göre hasta grubunda PUKİ üzerinde depresyon düzeyinin etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı ($B=0.645$, $p<0.001$).

Çocukların, ateşli havale geçirme durumlarının bakım verenlerde uyku düzen ve kalitesi üzerinde etkileri olduğunu görmekteyiz. Sonuç olarak ateşli nöbet çocuklara bakım verenlerde sürekli kaygıyı arttırsa da, kısa vadede doğrudan uyku kalitesini etkilememektedir. Ancak uzun vadede, sürekli kaygı üzerinden uyku kalitesi üzerine etkisi olduğu ifade edilebilir.

Anahtar kelimeler: Ateşli nöbet, uyku kalitesi, stres, depresyon, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

In this study, the sleep quality of caregivers of children 3 month-6 aged with febrile seizures was examined. In the study, a survey was conducted on patients between the ages of 1 month and 6 years who applied to Balıkesir University Hospital Child Health and Diseases Polyclinics with the complaint of febrile seizures and their mothers. The data collection tool consisted of a personal information form, Pittsburgh Sleep Quality Index-PSQI, Beck Depression Inventory-BDI, Child Sleep Habits Questionnaire-CUAA, State and Trait Anxiety Scale-STAI and Quality of Life Scale-SF36. According to the results, birth order was statistically significantly higher in the patient group ($p=0.046$). Although state anxiety was higher in caregivers of children with febrile seizures, these differences were not statistically significant ($p=0.097$). Trait anxiety level was statistically significantly higher in caregivers of children with febrile seizures ($p=0.002$). The differences between the sleep quality ($p=0.968$), depression ($p=0.552$), child sleep habits ($p=0.269$) and quality of life ($p=0.781$) levels of the patient group and the control group were not statistically significant. In the patient group, there was a statistically significant relationship between state anxiety and quality of life energy ($r=-0.407$; $p=0.006$), mental health ($r=-0.319$; $p=0.037$) and total scores ($r=-0.585$; $p=0.014$). There were statistically significant relationships between trait anxiety and general health ($r=-0.412$; $p=0.006$), energy ($r=-0.503$; $p=0.001$), mental health ($r=-0.497$; $p=0.001$) and total scores ($r=-0.566$; $p=0.018$) of life quality. There was a statistically significant relationship between scores of PSQI scores with physical role limitations ($r=0.356$; $p=0.036$), pain ($r=0.600$; $p=0.001$), emotional role limitations ($r=0.386$; $p=0.0017$), energy ($r=-0.493$; $p=0.002$), mental health ($r=-0.395$; $p=0.014$) and social function ($r=-0.409$; $p=0.011$). The differences between CUAA scores and all dimension scores and total scores of quality of life were not statistically significant ($p=0.944$). In the patient group, depression level and SF36 quality of life were related to physical function ($r=-0.490$; $p=0.024$), physical role limitations ($r=0.381$; $p=0.012$), pain ($r=0.357$; $p=0.013$), energy ($r=-0.654$; $p=0.001$), mental health ($r=-$

0.569; $p=0.001$), social function ($r=-0.368$; $p=0.011$) and total ($r=-0.499$; $p=0.030$) scores. The relationships between febrile convulsion and PSQI ($p=0.968$), childhood sleep habits ($p=0.272$), state anxiety ($p=0.230$), depression ($p=0.555$) and quality of life ($p=0.859$) were not statistically significant. However, there was a statistically significant and positive relationship between febrile convulsion and trait anxiety ($r=0.304$; $p=0.005$). There was a statistically significant relationship between PSQI and state anxiety ($r=0.362$; $p=0.030$) and depression ($r=0.580$; $p=0.001$) in the patient group. According to the Generalized Linear Model (Logit) results, the effect of depression level on PSQI in the patient group was statistically significant ($B=0.645$; $p=0.001$).

We see that children's febrile seizures have an impact on caregivers' sleep patterns and quality. As a result, although febrile seizures constantly increase anxiety in caregivers, they do not directly affect sleep quality in the short term. However, in the long term, it can be stated that it has an effect on sleep quality through constant anxiety

Key words: Febrile seizure, sleep quality, stress, depression, quality of life.

1-GİRİŞ VE AMAÇ

Uyku ile nöbetler arasında yakın ve karşılıklı bir ilişki vardır (1,2). Nöbet aktivitesinin oluşumu üzerinde de uykunun önemli aktive edici etkisi olduğu bilinmektedir. Örneğin, uykunun hızlı olmayan göz hareketi (NREM) evresinde meydana gelen nöronal senkronizasyon tarafından nöbetlerin meydana gelmesi kolaylaşabilir (3). Ayrıca, uyku yoksunluğunun da epilepsili hastalarda nöbetleri tetiklediği bilgisi kabul görmektedir. Öte yandan, nöbetlerin oluşumu ve buna dair kaygılar sıklıkla uyku kalitesini ve miktarını olumsuz yönde etkilemektedir. Epilepsi hastalarında nöbetler, uyku düzeninde veya sirkadiyen ritimde bozulmaya neden olmaktadır. Bu durum da, hastalarda uyku kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Ayrıca, antiepileptik ilaçlar genellikle uykuyu etkileyerek, uyku ile nöbetler arasındaki etkileşimi daha da karmaşık hale getirir (4). Bütün bu etkileşimler, nöbetler ve uyku anormalliklerinden oluşan kısır bir döngüyü harekete geçirebilir. Nöbetler ve uyku arasındaki bu iyi bilinen etkileşime rağmen, bu ilişkinin nörobiyolojik temelleri büyük ölçüde belirsizliğini korumaktadır. Bu nedenle planlanan çalışmanın, uyku-nöbet ilişkisinin daha iyi anlaşılmasının ve bakımverenler üzerindeki etkisi hakkında önemli bilgiler sağlaması beklenmektedir.

Ateşli nöbetler genellikle 6 ila 60 ay arasındaki bebeklerde ve çocuklarda görülmekte olup, CNS enfeksiyonu, metabolik bozuklukların eşlik etmediği tonik ve klonik nöbetlerdir (5).

Her ne kadar toplumda yaygın olsa da, annelerde çocuğun bu durumu kaygıya sebep olmaktadır (6). Öte yandan literatürde her ne kadar annelerin ve ailelerin ateşli nöbet sebebiyle yaşadığı kaygıyı inceleyen çalışmalar olsa da (6), bu kaygının etkisi ile bakımverenlerin yaşadığı uyku sorunlarına odaklanan yeterli çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, ateşli nöbet geçiren 3ay-6 yaş arasındaki çocukların ve bakım verenlerinin uyku kalitesinin incelenmesi amaçlandı. Ayrıca bu çalışma ile nöbet geçiren hastaların bakım verenlerinin, hastanın tekrar nöbet geçirme ihtimali korkusundan dolayı

uyku kalitesini ve kaygı düzeyini olumsuz yönde etkileri hakkında bilgi sağlanması beklenmektedir.



2-GENEL BİLGİLER

2.1. Uyku Kavramı

Uzun bir süre boyunca uyku, beynin ve vücudun dış algılara kapandığı bir zaman dilimi olarak kabul edilmiştir. Ancak, yapılan uyku araştırmaları sayesinde artık uykunun, gece boyunca öngörülebilir düzenlerde tekrarlanan farklı aşamalardan oluştuğu bilinmektedir. Bireylerin ne kadar iyi dinlendiği, yalnızca toplam uyku süresine bağlı olmamakla birlikte her gece ne kalitede uyuduğuna ve uyku aşamalarının zamanlamasına da bağlıdır (7).

Her ne kadar günlük yaşamın bir parçası olsa da, uyku kavramsal olarak üzerinde pek çok araştırma ve tanım yapılan, ancak tartışmaların da olduğu bir konudur. Uyku ile ilgili geçmişten günümüze birçok varsayım yapılmış olsa da, bunlar ile ilgili yeterli kanıt sunulamamış ve varsayımdan ileri gitmemiştir (8). Devam eden başlıklarda, uyku kavramının tanımı, özellikleri, türleri ve önemine kısaca değinilmiştir.

2.1.1. Uykunun Tanımı

Beynin kortikal ve subkortikal bölgesindeki işlemler sonucunda gerçekleşen uyku, bireylerin ışık, ses gibi uyaranlara karşı bilinçsizlik ya da farklı bilinçlilik durumu olarak tanımlanmaktadır. Tüm memeli türlerinde uyku büyüme ve gelişme sürecinin doğal bir parçasıdır (9). Bir başka tanıma göre ise uyku serebral aktivite düzeyinin en düşük seviyede olduğu ve şuurun kapalı olduğu durumu ifade etmektedir (8).

Uyku insan yaşamının önemli bir parçasıdır ve yeterli uyku sağlık için gerekli bir durumdur. Bebeklikten yaşlılığa kadar, insan bedeni için yeterli uyku süresi yaş ile değişkenlik göstermektedir. Bebekler çocuklara, gençler ise yaşlılara göre daha uzun süre uyur. Yenidoğan bir bebeğin günlük 14-16 saat, okul öncesi çocuğun 11-12 saat, okul çağı çocukların 10 saat, ergenlikteki çocukların 7-8 saat uykuya ihtiyaçları vardır (10). Uyku ihtiyacını doğuran nedenler ve uykunun biyolojik döngüye nasıl dahil olduğu evrimin en

büyük gizemlerinden biridir. Kesin olarak bilinen tek şey, gün içindeki fonksiyonları yerine getirebilmek için uykunun gerekli olduğu, dolayısıyla uykunun bozulmasının günlük yaşamı herhangi bir şekilde olumsuz etkilediğidir. Fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın yanı sıra bazı hastalıklardan ve kazalardan korunmak da uykunun kalitesi ve miktarına bağlıdır (10).

2.1.2. Uykunun Türleri

Uyku iki ana bölüme ayrılır. Bunlar, hızlı göz hareketi (REM) uykusu ve yavaş dalga uykusudur. Uyku genellikle yavaş dalga uykusuyla başlar. Yavaş dalga uykusunun ilk aşamasında, hafif bir uyuma söz konusudur ve gürültü veya diğer rahatsızlıklardan kolayca uyanmak mümkündür. Uykunun bu ilk aşamasında gözler yavaş hareket eder, kaslar gevşer ve kalp atış hızı ve nefes yavaşlamaya başlar. Daha sonra, ara sıra hızlı dalga patlamalarıyla birlikte daha yavaş beyin dalgalarıyla tanımlanan yavaş dalga uykusunun ikinci aşamasına geçilir (7).

REM uykusuna paradoksal veya aktif uyku denir. Bununla birlikte sempatik sinir sisteminden gelen etkiler baskındır. Bu tür uykunun kişinin zihinsel durumunu, özellikle de öğrenme, psikolojik uyum ve hafızayla ilgili işlevleri iyileştirdiği öne sürülmektedir. Bu süreçte beyin gün içerisinde meydana gelen süreç ve olayların yanı sıra birikmiş diğer bilgileri de görüntülemektedir. Vücut felç olmuş gibi hisseder ve beyindeki sıcaklık, kan akışı ve oksijen tüketimi artar. Ayrıca nabız, kan basıncı ve kalp atış hızı da uyanıklık seviyelerine yaklaşacak şekilde artar. Solunum hızı, apne dönemlerine göre çok hızlıdan çok yavaş kadar değişir (10).

2.1.4. Uyku Özellikleri

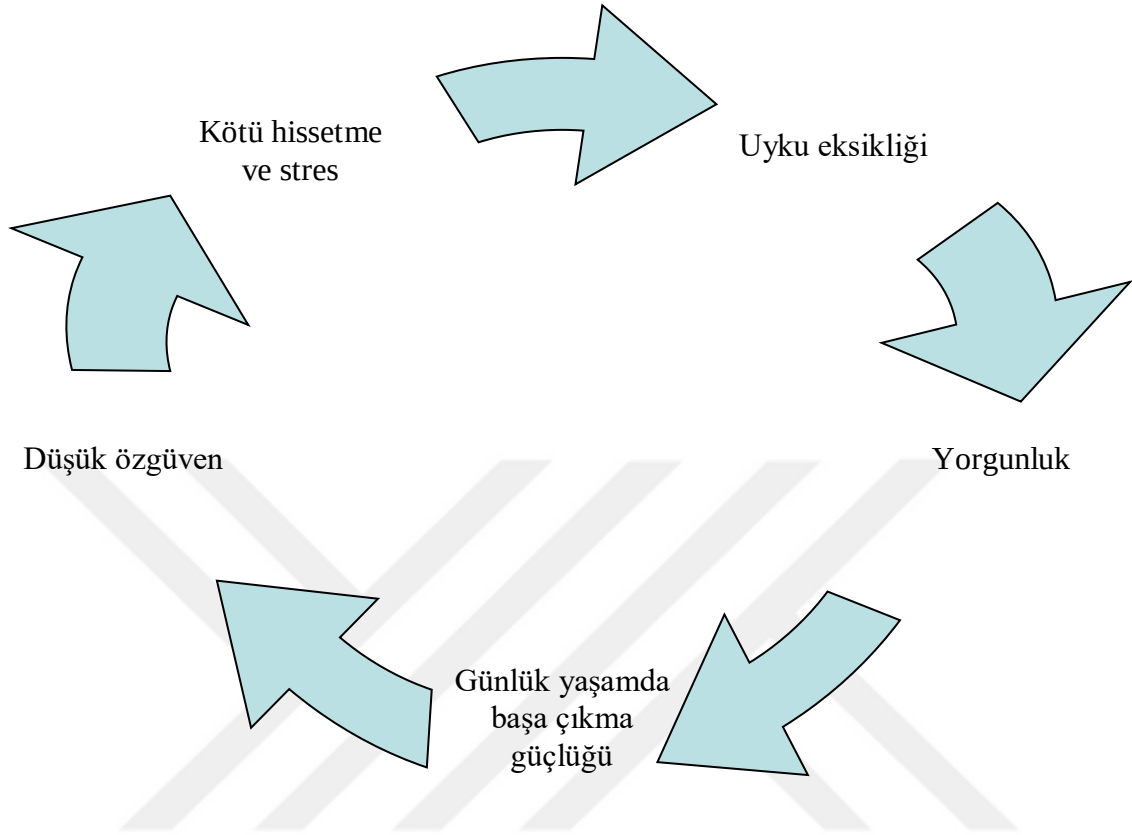
Uyku, özel bir bilinç durumu olarak tanımlanır. Uyku belirli aşamalardan oluşmaktadır ve genel olarak çevreye karşı tepkisiz kalma durumunu ifade etmektedir. Bu dönemsel bir durumdur. Uyku sırasında bilincin kapanması, vücut sistemlerine kendilerini yeniden inşa etmeleri ve yenilemeleri için zaman tanır. Dolayısıyla uyku, kişinin normal ve duygusal durumunu düzeltmeye yardımcı olan düzeltici bir mekanizmadır (10).

REM uykusu sırasında göz kapakları kapalı kalsa da gözler hızla farklı yönlerde hareket eder. Nefes alışması da daha hızlı, düzensiz ve yüzeysel hale gelir, kalp atış hızı ve kan basıncı artar. Rüyalar genellikle REM uykusu sırasında görülür. Bu tür uyku sırasında kollarındaki ve bacaklardaki kaslar geçici olarak felç olur ve dolayısıyla görülen rüyaları canlandırmak mümkün değildir (7).

Uyku aynı zamanda nefes alma, kalp fonksiyonu, kas tonusu, sıcaklık, hormon salgılanması ve kan basıncıyla ilgili birçok fizyolojik değişikliklerle de ilişkilidir. Çeşitli çalışmalardan elde edilen veriler, sabah 4'ten itibaren vücut sıcaklığının, kan basıncının, plazma kortizol ve adrenalin konsantrasyonlarının insanları uyandıklarında aktiviteye hazırlamak için arttığını göstermiştir. Gece yaklaştıkça tam tersi olur. Kişiyi uykuya hazırlamak için plazma kortizol konsantrasyonları, zihinsel süreçler ve vücut ısısı giderek azalır (10).

2.1.5. Uykunun Önemi

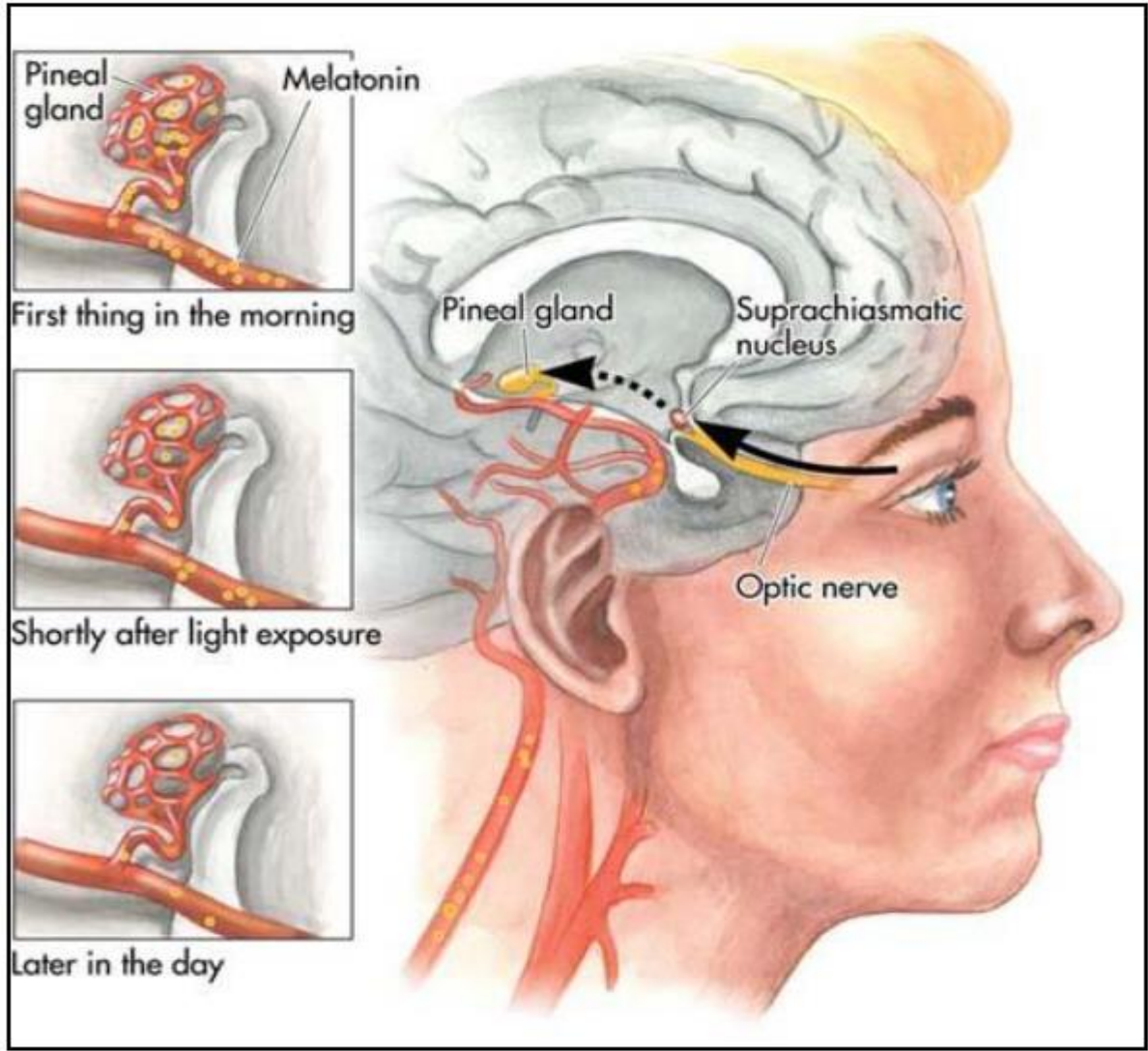
İnsanların neden rüya gördüğü ve REM uykusunun neden bu kadar önemli olduğu tam olarak anlaşılamamıştır. REM uykusunun, beynin öğrenme ve anı oluşturma için kullanılan bölgelerini uyardığı bilinmektedir. Hayvan çalışmaları, rüyaların uyanırken edinilen yeni bilgilerin beynin sınıflandırılmasını ve seçici olarak depolanmasını yansıtabileceğini öne sürmektedir. Bu bilgi işlenirken beyin günün sahnelerini yeniden izleyebilir ve bunları rastgele karıştırabilir. Rüyalar genellikle kısa bir süreliğine uyandığımızda ya da bir çalar saat ya da ortamdaki başka bir gürültüyle uyandığımızda hatırlanır. Ancak araştırmalar, beyinde öğrenmeyi ve hatırlamayı sağlayan yollar oluşturmak için REM uykusu dışındaki uyku aşamalarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir (7). Uykunun psikolojik ve fiziksel önemini aşağıdaki şekilde göstermek mümkündür.



Şekil 2. 1. Uykunun önemi ve uykusuzluğun etkisi Kaynak: Mind, 2020, s.2.

Uyku, insan vücudunun temel bir ihtiyacıdır ve aynı zamanda normal fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için sağlıklı olması için de temel bir ön koşuldur. Sonuç olarak herhangi bir uyku bozukluğu vücut fonksiyonlarını doğrudan etkileyerek performansını düşürür. Uykunun insan sağlığı açısından öneminin bilincinde olan Dünya Sağlık Örgütü, 21 Mart'ı Dünya Uyku Günü olarak ilan etmiştir (10).

Uyku aynı zamanda, beyin fonksiyonlarının düzenlenmesini ve beynin dinlenmesini de sağlaması bakımından önemlidir. Literatürde yapılan çalışmalar, uyku üzerinde epifiz bez tarafından salgılanan indoleamin türevi salgı olan melatonin pozitif katkısını rapor etmektedir. Günde 6 mg melatonin tedavisiyle uyku kalitesinin daha yüksek olabileceği klinik olarak saptamıştır (11). Uyku ile beyin fonksiyonları arasındaki ilişki aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.



Şekil 2. 2. Uyku ile beyin fonksiyonları arasındaki ilişki Kaynak: Broadbent, 2022, s.9

Gece uykusunun kalitesi ise uykunun başladığı ve bittiği saat, gürültünün olmaması, uygun sıcaklık, hafif beslenme ve egzersize bağlıdır. Uyku yerinin rahatlığı ve stabilitesinin yanı sıra günlük rutine bağlılık da uykunun işleyişini düzenler. Uykunun bu şaşırtıcı işlevinin nörobiyolojik ve psikolojik olmak üzere iki amaca hizmet ettiği görülmektedir (10).

2.2. Uyku Bozukluğu

Uyku bozuklukları yetişkin popülasyonda yaygındır ve trafik kazaları, yaşam kalitesinin azalması ve ölüm oranlarının artması gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilidir. Uyku bozukluğu olan hastaları üç gruba ayırmak mümkündür. Bunlar; uykuya dalma sorunu

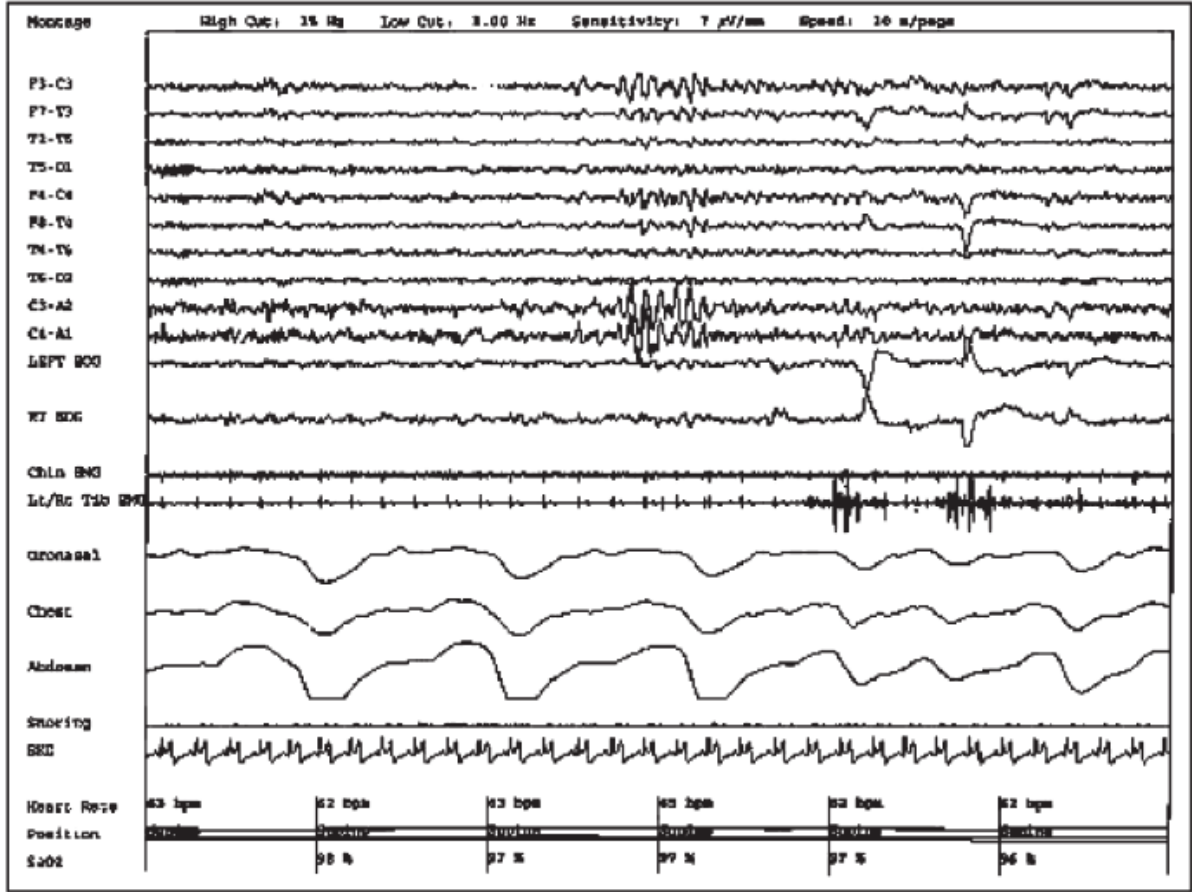
yaşayanlar, uyku davranış ve hareket bozuklukları olan kişiler ve gündüz aşırı uykululuğu olan kişilerdir (12).

2.2.1. Uyku Bozukluğunun Tanımı

Uyku biyolojik bir ihtiyaçtır. Ancak önemine rağmen, bu ihtiyacı karşılamak şaşırtıcı derecede zor olabilir. Uyku bozuklukları, uykuya dalmada sorunlar, uyku sırasında ortaya çıkan rahatsızlıklar ve gündüz aşırı uykululuk hali olarak tanımlanır. Amerikan Uyku Derneği verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 50 ila 70 milyon yetişkin uyku bozukluklarından muzdariptir. Bu bozukluklar sıklıkla depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi sorunlarla beraber görülmektedir (13).

Uyku-uyanıklık döngüsü bozuklukları, sirkadiyen saatin çevresel ve sosyal zamana göre geçici olarak yanlış hizalanmasıyla karakterize edilir. Bu, vardiyalı çalışma sırasında, jet lag ve uyku bozuklukları gibi dış sinyallerdeki değişiklikler nedeniyle ortaya çıkabilir. Aynı şekilde biyolojik saatin ritmindeki bir bozukluk nedeniyle de ortaya çıkabilir ve genellikle kronik uykusuzluğa neden olur (14).

Aşağıdaki şekilde, uyku sürecindeki beyin aktiviteleri görülmektedir. Elektroensefalogramlar (ilk 10 kanal), C3-A2 ve C4-A1 derivasyonlarında belirgin bir şekilde görülen, karışık frekanslı teta aktivitesini, testere dişi dalgalarıyla karışık bazı alfa ve düşük amplitüdlü beta aktivitelerini (kaydın ortası) gösterir. Elektrokülografik kanallarda hızlı göz hareketleri gözlenir. Mental elektromiyogramda belirgin hipotoni görülürken tibialis elektromiyogramında fazık miyoklonik patlamalar görülür (15).



Şekil 2. 3. Hızlı göz hareketi (REM) uykusunu gösteren polisomnografik kayıt (Kaynak: Chokroverty, 2010, s.128).

2.2.2. Uyku Bozukluğunun Sebepleri

Birçok uyku bozukluğu yalnızca tıbbi öyküye dayanarak teşhis edilebilir. Bununla birlikte, gece boyunca yapılan polisomnografi (PSG), Obsküratif Uyku Apnesi (OSA) gibi bazı uyku bozukluklarının teşhisine yardımcı olabilir. PSG beyin dalgası aktivitesini, göz hareketlerini, kas aktivitesini, kalp atış hızını, ritmi ve nefes almayı kontrol eder. Beyin dalgası aktivitesi uyku aşamalarını, uyku gecikmesini ve uyanıklığı değerlendirmek için kullanılır. REM uykusunu değerlendirmek için göz hareketleri izlenir ve parasomnileri ve HBS'yi değerlendirmek için kas aktivitesi izlenir. OSA tanısını gösterebilecek apneyi tespit etmek için yaşamsal belirtiler izlenir. PSG genellikle bir uyku laboratuvarında yapılır ancak evde uyku apnesi testleri bazen daha az ciddi uyku sorunu olan hastalarda uyku apnesini teşhis etmek için kullanılır (12).

2.2.3. Uyku Bozukluğu Türleri

Uyku bozuklukları, uykuya dalmada sorunlar, uyku sırasında ortaya çıkan rahatsızlıklar ve gündüz aşırı uykululuk hali olarak kendini göstermektedir. Uyku bozuklukları, Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması'nın 3. baskısına göre yedi kategoride sınıflandırılmaktadır. Uykusuzluk, gecikmiş uyku-uyanıklık evresi ve huzursuz bacak sendromu (RLS), uykuya dalma sırasında ortaya çıkan sorunların yaygın örnekleridir. RLS ayrıca gece geç saatlere kadar uykuyu da etkileyebilir. Diğer uyku sorunları arasında hızlı göz hareketi (REM) uyku davranışı bozukluğu gibi parasomniler yer alır. Parasomniler uyurgezerlik, kabuslar, uykuda yeme bozuklukları ve uyku felcini içeren yıkıcı uyku bozukluklarıdır. Gündüz aşırı uykululuğa neden olan uyku bozuklukları arasında obstrüktif uyku apnesi (OSA) ve narkolepsi yer alır (12).

Uyku Sağlığı Örgütü en yaygın uyku bozukluklarının türlerini şu şekilde özetlemiştir (16):

1. **İnsomnia:** Uykuya dalmanın veya uykuda kalmanın zor olduğu zamandır. Çoğu zaman bunun nedeni hastalıktan kaynaklanan rahatsızlıktır. Diğer zamanlarda üzüntü, endişe veya stres duyguları olabilir. Bu gibi durumlarda sebebi ortadan kaldırmak gerekir. Ancak diğer durumlarda belirgin bir neden yoktur. İyi uyku alışkanlıkları geliştirmenin yardımcı olabileceği yer burasıdır. Bu yeterli değilse, daha karmaşık tedaviler de mevcuttur. Bunlardan biri bilişsel davranışçı terapi olarak bilinmektedir. Sakinleştiriciler en iyi ihtimalle yalnızca kısa vadede işe yarayacaktır, bu nedenle deneyimli terapist gerekir.
2. **Horlama:** Horlama yaygın bir uyku bozukluğudur. Erkeklerin %40'ı ve kadınların %20'si düzenli olarak bu durumdan muzdariptir. Yaş ve kilo alımıyla birlikte durum kötüleşir. Horlayan biri partnerinin uykusunu rahatsız edebilir. Bu her ikisi için de üzücü olabilir. Ayrıca düzenli olarak horlayan birçok kişide obstrüktif uyku apnesi vardır.
3. **Obstrüktif uyku apnesi:** Bu, özgürce nefes alma yeteneğinizi kaybettiğiniz anlamına gelir. Bu uyku sırasında tekrar tekrar olur. Dar ve sarkık bir boğazdan kaynaklanır. Uyku apnesi olan çoğu insan aynı zamanda horlar. Uyuyan kişinin nefes alma sorunu yaşadığı dönem,

uyanmasıyla sona erer. Bu heyecan çoğu zaman çok kısa süreli olur ve hatırlanmaz. Ancak bu tür tekrarlanan uyanmalar uykuyu bozar ve gün içinde aşırı yorgunluğa neden olur.

4. Uyku sırasında hipoventilasyon: Nefes almak için kullandığımız kasların beyinden gelen sinyallere ihtiyacı vardır. Uyuduğumuzda beynimiz bunları yapmak için daha az uyarana sahip olur. Bu, ciddi akciğer hastalığı veya obezite nedeniyle solunum kasları zayıf veya aşırı strese maruz kalan kişilerin uyku sırasında olabildiğince sert nefes alamayabileceği anlamına gelir. Bu, uyku hipoventilasyonu olarak bilinir. Tedavi edilmediği takdirde gün boyu solunum sorunlarına ve kalp yetmezliğine yol açabilir.

5. Huzursuz bacak sendromu: Huzursuz bacak sendromu olan kişiler bacaklarında rahatsızlık hissederler. Bunu durdurmanın tek yolu bacakları hareket ettirmektir. Ne kadar şiddetli olduğu genellikle gün boyunca değişir. En kötü zaman akşamdan sabahın erken saatlerine kadardır. Bu, bazı insanlar için uykuyu önemli ölçüde kötüleştirebilir. Bazen buna vücuttaki demir eksikliği neden olur. Bunu durdurabilecek birkaç ilaç mevcuttur.

6. Bruksizm: Bu, uyurken dişleri gıcırdatmayı içeren uyku bozukluğudur. Bu oldukça yaygın bir durum olup, tedavi edilmediği takdirde dişlerde kalıcı hasara neden olabilir. Bazen bu çenede rahatsızlığa neden olur. Ancak çoğu zaman buna sahip olan insanlar durumun farkında değildir.

7. Narkolepsi: Yaklaşık 2.000 kişiden 1'inde narkolepsi vardır. Bunun nedeni uyanıklık ve uyku arasındaki dengesiz geçiştir. Bu rahatsızlığa sahip kişiler istediklerinden daha sık uykulu hissedebilir veya uykuları bozulabilir. Bu duruma sahip kişiler halüsinasyon da görebilir. Bu uykuya dalarken veya uyanırken olur. Bazen uyandıklarında bir süre hareket edemezler.

8. Uykuda konuşma, uykuda yürüme ve diğer otomatik aktiviteler: Genellikle yalnızca uyanırken yapılan birçok şey vardır. Bunlar yürümeyi ve konuşmayı içerir. Ancak bazı insanlar bunu uykularında da yaparlar. Bu sadece kısmen uyanık olduklarında olur.

9. Kabuslar ve gece terörü: Bunlar aynı zamanda tam olarak bireylerin uyanık olmadığı durumda da meydana gelir. Yine çocuklarda yetişkinlere göre çok daha yaygındır. Sahip

olduğu kişiyi ve etrafındakileri oldukça rahatsız edebilirler. Ayrıca insanları yatmadan önce huzursuz edebilirler.

10. Hızlı göz hareketi davranış bozukluğu: Uyku periyodu birkaç aşamaya ayrılabilir. Rüyaar çoğunlukla REM uykusu sırasında görülür. REM hızlı göz hareketi anlamına gelir. Şu anda, uzuvların tüm kasları genellikle gevşemiştir. Ancak davranış bozukluğunda kaslar REM uykusu sırasında aktiftir.

2.2.4. Uyku Bozukluğunun Etkileri

Gecikmiş ve ileri uyku fazı sendromları, biyolojik saatin senkronizasyonunun bozulmasıyla ilişkili kronik uykusuzluk bozukluklarıdır. İlkini belirtileri arasında yatmadan önce uykusuzluk ve doğru zamanda uyanma zorluğu yer alır. Ana uyku bölümü her gün aynı saatte, ancak sosyal açıdan arzu edilenden çok daha geç bir saatte gerçekleşir. Bunun dışında uyku normaldir. Zorlukların genellikle bir süre gece çalışması veya vardiyalı çalışma sonrasında ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bu hastaların yarısında bir miktar psikopatoloji görülmesine rağmen spesifik bir psikiyatrik tanı tespit edilememiştir (14).

Yavaş dalga uykusu sırasında kalp hızı, kan basıncı, kalp debisi ve periferik damar direnci azalır ve REM uykusu sırasında daha da azalır. Yavaş dalga uykusu sırasında serebral kan akışı ve serebral metabolik glikoz ve oksijen oranları azalır, ancak REM uykusu sırasında uyanıklığın üzerindeki değerlere yükselir. Bu nedenle derin hemodinamik değişiklikler, özellikle kardiyopulmoner hastalığı olan hastalarda sabahın erken saatlerinde mortalitedeki artışı açıklayabilir (15).

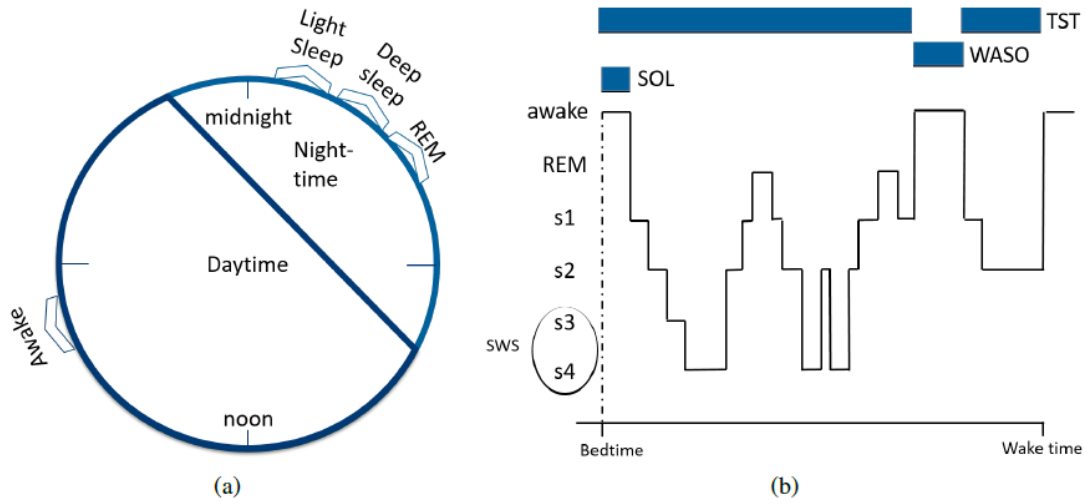
İleri uyku fazı sendromu, ana uyku periyodunun sürekli olarak sosyal olarak arzu edilenden daha erken gerçekleşmesiyle karakterize edilir. Semptomlar arasında, hem uykunun başlaması hem de istenenden daha erken uyanmayla birlikte aşırı akşam uykululuğu yer alır. Aksi halde uyku bölünmez. Çok az sayıda hasta psikopatolojinin tanımlanması için yardım istedi. Akşam sosyal aktivitelerinden erken ayrılmak zorunda kalmaktan dolayı olumsuz kişisel ve sosyal sonuçların ortaya çıkması muhtemeldir (14).

2.2.5. Uyku Kalitesi ve Ölçülmesi

Uyku kalitesinin ne anlama geldiğinin derinlemesine anlaşılması, alanlar arası araştırma gerektirir. Aslında kişinin uyku davranışı ve dolayısıyla uyku özellikleri hem fizyolojik hem de zihinsel birçok faktöre bağlıdır. Bu hususların hem klinik hem de teknik uzmanlar tarafından incelenmesi gerekmektedir ve her insanı hayatının her aşamasında ilgilendirmektedir. Uyku tıbbında “uyku kalitesi” terimi yaygın olarak kullanılsa da bu terimin henüz yerleşik bir tanımı yoktur. Bazen bir dizi niceliksel uyku göstergesine atıfta bulunmak için kullanılır (17).

Uyku kalitesi kavramı yaygın olarak kullanılmasına rağmen, literatür incelendiğinde bunun henüz tam olarak anlaşılmadığı görülmektedir. Sübjektif olarak iyi uykunun gerçekte ne olduğu ve nasıl ölçülmesi gerektiği konusunda çok az sistematik bilgi var gibi görünüyor. Uyku kalitesi, objektif olarak tanımlanması ve ölçülmesi zor olan karmaşık bir olgu olarak tanımlanmaktadır. Aslında sonuçlar, özellikle uykusuzluk çeken hastalarda uyku kalitesinin karmaşıklığını vurgulamaktadır. Araştırmalar, kronik uykusuzluk öyküsünün EEG'de kötü uykuyu öngörmediğini göstermiştir (18).

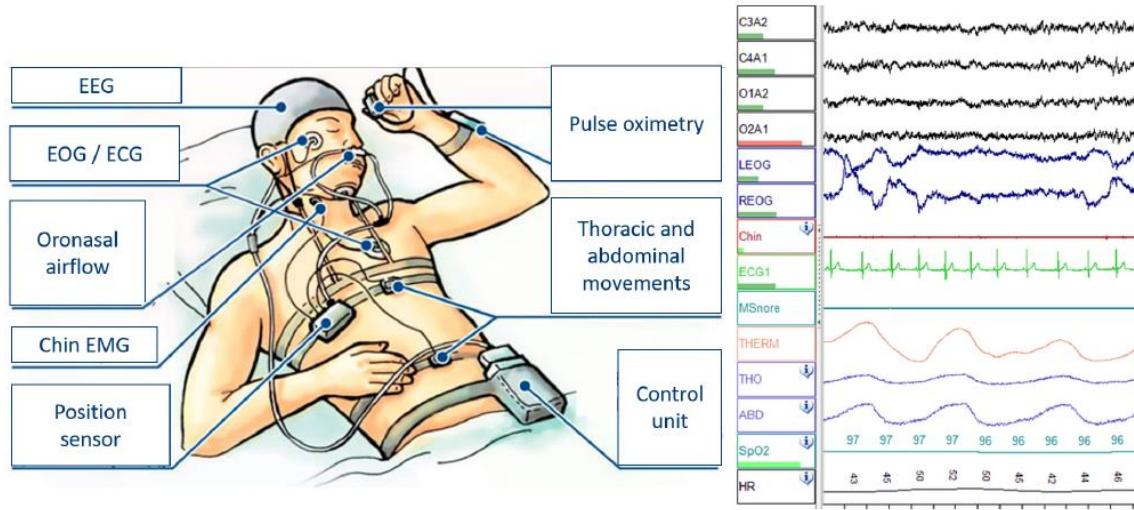
Uyku kalitesinin etkisini araştırırken hedef popülasyonun yaşı çok önemlidir. Özellikle insanlar yaşlandıkça hem zihinsel hem de fiziksel olarak değişiklikler yaşarlar. Bu genellikle uyku özelliklerini etkiler. Bu özellikler uyku düzeninde, uyku süresinde ve kalitesinde değişikliklere sebep olur. Yaşa bağlı değişiklikleri olan yaşlı yetişkinler uykuya dalmada zorluk, uyku bölünmesi ve uykuyu sürdürmede zorluk yaşarlar (17).



Şekil 2. 4. Aşamalarına göre uyku kalitesi Kaynak: Crivello ve ark, 2016, s.4.

Sistem yaklaşımına göre uyku kalitesi, bireysel, sosyal ve çevresel gereksinimlere göre uyarlanan ve fiziksel ve zihinsel sağlığı destekleyen çok boyutlu bir uyku-uyanıklık modeli olarak anlaşılan, sağlıklı uykuyu değerlendirmek için önemli olduğu düşünülen beş faktörden biridir. Temel bir insan ihtiyacı olarak uyku, ortaya çıkan en acil konulardan biridir; çünkü uyku yoksunluğu ve uyku bozukluklarının, sağlık üzerinde yaygın olumsuz etkilerle birlikte metabolik ve inflamatuvar süreçleri etkilediğine dair ikna edici kanıtlar vardır (2).

Polisomnografi (PSG), uyku kayıtlarını dönem dönem analiz ederek uyku düzenini belirlemek için altın standart olarak kabul edilir. PSG, hızlı göz hareketi (REM) uykusu, yavaş dalga uykusu (SWS), 1. aşama uykusu ve 2. aşama uykusu gibi kesinlikle uyku mimarisiyle ilgili önlemler sağlar. Bu uyku özellikleri bağımsız olarak değerlendirilemez ancak uyku kalitesinin bazı ölçümlerinin bir parçası olarak da dikkate alınır. Polisomnografinin tipik bir grafik biçimi bir hipnogramla temsil edilir. Elektroensefalogram (EEG), elektrookülografi (EOG) ve elektromiyografi (EMG) değerlendirmesine dayalı olarak kişinin zaman içindeki uyku aşamalarını temsil eder. Bu izleme yöntemlerinin kombinasyonuna genellikle polisomnografi denmektedir (17). Uyku kalitesinin klinik ölçümü aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.



Şekil 2. 5. Uyku kalitesinin klinik ölçümü Kaynak: Crivello ve ark, 2016, s.6.

Uyku kalitesinde azalmayı da içeren uyku bozuklukları, aynı zamanda gündüz aşırı uykululuktan kaynaklanan trafik kazalarının ve iş kazalarının da yaygın bir nedenidir. Kötü uyku kalitesi kişinin günlük aktivitelerinde kayıplara neden olur, iş verimliliğini ve genel yaşam kalitesini etkiler, bu da güçlü sosyal ve ekonomik sonuçlara neden olur. Uyku kalitesi, başta Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI) olmak üzere çeşitli araçlar kullanılarak değerlendirilebilir. Bu araçtaki bir madde uyku kalitesine ilişkin bireysel subjektif algılarla ilgilidir ve bazı yazarlar bu değerlendirmeyi yapmak için tek bir soru kullanmıştır. Benzer şekilde, sağlık değerlendirmesi alanında, öz-değerlendirmeli sağlıkla ilgili tek bir soru aracılığıyla elde edilen bilgilerin ölüm, hastalık ve diğer sonuçlarla yüksek düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiş ve günümüzde en çok kullanılan sağlık göstergelerinden biri haline gelmiştir (2).

2.3. Ateşli Havale

Ateşli havale(febril konvülziyon), Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneğinin(ILAE) tanımına göre, yaşları altı ay ile beş yaş arasında olup, öncesinde afebril nöbet hikayesi olmayan çocuklarda herhangi bir metabolik bozukluk veya merkezi sinir sistemi patolojisine bağlı olmaksızın 38°C ve daha yüksek ateşin yol açtığı nöbetlerdir.

(19). Ateşli havale iki alt sınıfa ayrılır: Basit ve Komplike febril konvülziyon. Amerikan prospektif popülasyon temelli çalışma olan Ulusal İşbirliği Perinatal Projesi'nde (NCPP), komplike febril konvülziyon, aşağıdaki özelliklerden bir veya daha fazlasına sahip olanlar olarak tanımlanmıştır (20):

- 15 dakikadan fazla süren
- 24 saat içinde tekrarlayan
- Fokal özelliklere sahip olan

Febril konvülziyon genellikle 3ay-6 yaş aralığındaki çocuklarda görülür. Bunlar, merkezi sinir sistemi enfeksiyonu, metabolik bozukluklar veya konvülziyon öyküsü olmayan, ateşin eşlik ettiği genelleştirilmiş tonik-klonik nöbetlerdir. Ateş, rektal sıcaklığın 38°C'den yüksek olması, koltuk altı sıcaklığının 37.5°C'nin üzerinde olması veya timpanik sıcaklığın 38.2°C'nin üzerinde olması olarak tanımlanır. Ateşli bir hastalık sırasında, ateşin başlangıcından önce veya sonra, 24 saat içinde, ateşli nöbetler meydana gelebilir. Febril nöbetler pediatrik popülasyonun %2-5'ini etkilemektedir ve bazı Asyalı etnik gruplarda daha yaygın olduğu bildirilmektedir (5).

Komplike febril konvülziyon 15 dakikadan uzun süren, 24 saatte bir defadan fazla tekrarlayan ya da postiktal nörolojik bozukluklarla, çoğunlukla postiktal felçle veya önceden var olan nörolojik bozukluklarla ilişkili, fokal veya jenerilize ve uzun süreli ataklardır (19). Diğer çalışmalar da çok benzer tanımları benimsemiştir; ancak Hesdorfer ve arkadaşları, ilk ateşli nöbetlerin süresinin dağılımının en iyi şekilde iki popülasyon varsayılarak modellendiğini bulmuşlardır ve verileri, basit bir ateşli nöbet için üst sınırın on dakika olması gerektiğini öne sürmüştür (20).

2.3.1. Nedenleri

Ateşli havalenin bilinen yaygın sebeplerini aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür (20):

Genetik faktörler: Ateşli nöbetlerin genetiğine ilişkin giderek artan bir literatür bulunmaktadır. Nüfusa dayalı çalışmalar aile öyküsünün önemli olduğunu ve ateşli nöbetler ile epilepsinin ailedeki ateşli nöbet riskine bağımsız katkılar yaptığını ileri sürmektedir. Ateşli nöbetleri olan hastaların genetik analizlerinde 8q13-21(FEB1); 19q(FEB2); 2q23-24(FEB3) gibi genetik yatkınlığa yol açan loküsler gösterilmiştir.

Doğum öncesi faktörler: Kötü anne sağlığı, ebeveynlerin kısırlığı, doğum öncesi annenin sigara içmesi ve alkol tüketimi, bebeklerde ateşli nöbetlerin ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmiştir. Ancak nüfus çalışmaları sosyal ve anneye ait faktörlerin önemine dair ikna edici kanıtlar bulunmamaktadır.

Perinatal Faktörler: Araştırmalar, anormal hamilelik veya doğum öyküsünün genel olarak ateşli nöbetlere ve özellikle de karmaşık başlangıçlı ateşli nöbetlere yatkınlık oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

Hızlandırıcı faktörler: Ateşin yüksekliği veya süresi önemli olabilir, ancak ateşli nöbetler genellikle tesadüfen evde meydana geldiğinden ateş kayıtlarının değerlendirilmesinde sorunlar vardır. Viral enfeksiyonlar genellikle ateşli nöbetlerle ilişkili ateşe neden olur.

2.3.2. Etkileri

Febril konvülziyonlu hastalarda viral enfeksiyonlar, bakteriyel enfeksiyonlara göre daha sık görülmektedir. Özellikle 2 yaş üstü ilk febril konvülziyon geçirenlerde en sık HHV-6 saptanmıştır.

Ayrıca bazı bakteriyel enfeksiyonlar da ateşli nöbetlerle ilişkili olabilir. Örneğin idrar yolu enfeksiyonları ve bakteriyel enfeksiyonlar, ateşli nöbetler, Shigella ve pnömokokal bakteriyemi ile ilişkili olabilir. Bakteriyel menenjitli çocuklarda bazen nöbetler olur ve lomber ponksiyon yapıp yapılmayacağına karar verirken bunun akılda tutulması önemlidir (20).

İlk ateşli nöbetlerini geçiren her yaştaki çocuklarda, CNS enfeksiyonunu (ensefalit/menenjit) dışlamak önemlidir. Çocuklar 6 aydan küçükse, 15 dakikadan uzun süren nöbetler geçiriyorsa, 24 saat içinde ikiden fazla nöbet geçiriyorsa, dikkat eksikliği ile birlikte fokal motor veya motor olmayan nöbetler geçiriyorsa ve/veya çocuk hastaneye başvurduğunda özellikle aşağıdaki klinik bulgularla dikkat etmek gerekir (5):

- Uyuşuk olma, sinirlilik veya Glasgow ölçeğinde 15 puanın altında olma ile dönüşümlü olarak görülür.

- Boyunda sertlik, Kernig belirtisi ve Brudzinski belirtisi.
- Kusma, gergin veya şişkin fontanel ve papil ödemi.
- Makula veya peteşiyal ekzantemin varlığı.
- Postiktal durum sırasında yanlış duruşlar veya bayılmanın atağı takip eden bir saat sürenin üzerinde olması.

Febril nöbetler küçük çocuklarda görülme sıklığının yüksek olması ve tekrarlama eğiliminde olması nedeniyle pediatrik pratikte ciddi bir sorundur. Son yıllarda ateşli nöbetlerin olası komplikasyonları ve bu duruma yönelik tedavilerin anlaşılması artmıştır. Ateşli nöbetlerin değerlendirilmesi ve tedavisine yönelik güncellenmiş kılavuzlar, Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Japon Çocuk Nörolojisi Derneği tarafından sırasıyla 2011 ve 2015'te yayımlanmıştır (21).

2.3.3. Prognoz ve Tedavi

Febril konvülsiyonların (FK) çoğu iyi seyirli olmakla beraber, risk faktörleri varlığında nöbetin tekrarlama riski çok yükselmektedir. Ailede febril konvülsiyon öyküsü, 18 aydan küçük olma, ilk konvülsiyonda 40°C'den daha düşük sıcaklık ve ateşli hastalık başlangıcı ile ilk konvülsiyon arasında 1 saatten daha az zaman olması FK tekrarlama açısından risk faktörleri arasındadır

Febril konvülsiyonda bir diğer önemli konu ise aileye hastalık hakkında bilgilendirilme yapılarak nöbete dair kaygılarının giderilmesidir. Febril konvülsiyon öncesinde tamamen sağlıklı çocuklarda aniden ortaya çıkan oldukça korkutucu bir durumdur. Ailelere ateşli havalenin görüldüğü kadar ağır sorunlardan kaynaklanmadığı, iyi seyirli bir olay olduğu ve beyinde kalıcı sekellere yol açmadığı anlatılmalıdır.

Febril konvülsiyon sonrasında hastalar, acil serviste bilinç açıldıktan sonra yaklaşık 6-8 saat takip edilmelidir. İlk kez FK geçiren bir çocukta postiktal dönem dışında letarjisi devam ediyorsa, klinik durumu stabil değilse, yaşı 18 ayın altında ise, kompleks tipte FK ise,

çocuğun ev koşulları uygun değilse, takibinde belirsizlik varsa hastanede yatırılıp birkaç gün takip edilmelidir. Çeşitli yazarlar akut dönemde müdahalenin nadiren gerekli olduğunu belirtmektedir. Tekrarlayan konvülsiyonlar durumunda, benzodiazepin kullanımının solunum depresyonuna neden olabileceği göz önüne alındığında, ilk tedaviyi hemen uygulayın. İntravenöz (IV), intramüsküler, oral, intranazal veya rektal olarak verilen benzodiazepinler bir krizi durdurmak için kullanılabilir ancak profilaktik tedavi için önerilmez (5).

Nöbeti durdurmak için müdahale genellikle gerekli değildir. Çoğu zaman bu nöbetler bir doktor tarafından görüldüğü zamana kadar kendiliğinden düzelir. Öte yandan çocuk sağlık kuruluşuna geldiğinde nöbetler halen devam ediyorsa ivedilikle tedaviye başlanmalıdır. Bu durumda intravenöz yolla uygulanan lorazepam (0,05-0,1 mg/kg) veya diazepam (0,1-0,2 mg/kg) nöbetleri durdurmada oldukça etkili bir tedavidir (21).

Şu anda dünya çapında ateşli nöbetlerin ana tedavisi sedasyondur. Ancak hastaların üçte birinde ikinci bir ateşli nöbet atağı gelişir. Febril nöbetler, özellikle tekrarladıklarında iyi huylu bir durum değildir. Bebeğin nefes alması ve yaralanma riski vardır. Bir meta-analiz, antikonvülsanların, özellikle diazepam ve klobazamın, tekrarlayan ateşli nöbetlerin profilaksisi olarak şu anda etkili bir şekilde kullanıldığını göstermiştir. Antikonvülsanların etkili olmasına rağmen bazı hastaların tolere edemediği baş dönmesi, sedasyon, ataksi ve sinirlilik gibi yan etkileri de vardır (29).

2.4. Bakım Veren Yüğü

Artmaya devam eden yaşlanan nüfus ve kronik hastalıklarla yaşayan insan sayısıyla birlikte sağlık hizmetleri hastaneden topluma ve aileye kaymakta ve bakım verenler, aile bireyleri olmaktadır. Aile üyeleri, hastalara ve sevdiklerine uzun süreli bakım sağlamada önemli bir rol oynamaktadır. Birçok araştırma, aile bakıcılarının akıl hastalığı, Parkinson hastalığı, demans ve ölümcül kanser gibi belirli hastalıkları olan hastaların bakımında önemli bir yük yaşadıklarını belirtmiştir. Bakım veren yüğü kavramı hemşirelik araştırmalarında sık rastlanan bir kavram olmasa da bakım veren yüğü kavramının net bir tanımı eksiktir (22).

2.4.1. Bakım Veren Yükünün Tanımı

Bakım verme, bakım alan ve bakım veren açısından farklı yönleri olan bir durumdur. Bakım verenin üzerine yüklenen ekonomik ve zihinsel yük, zamanla bakım vereni sosyal, psikolojik ve fiziksel açıdan olumsuz etkileyebilmektedir. Yük, psikolojik stres, fiziksel sağlık sorunları, ekonomik ve sosyal sorunlar, aile ilişkilerinde bozulma, kontrol kaybı gibi olumsuz öznel ve nesnel sonuçlar olarak tanımlanmaktadır (23).

Bakıcı, zihinsel sağlığı kötü olan, fiziksel olarak yetersiz olan veya hastalık ya da yaşlılık nedeniyle sağlığı bozulan bir kişinin bakımından sorumludur. Üstlenilen rol aşağıdaki görevleri içermektedir (24):

- Kronik hastalığı veya rahatsızlığı olan bir kişinin bakımı
- İlaçları yönetmek veya başkası adına doktorlar ve hemşirelerle iletişim kurmak.
- Hasta veya engelli bir kişinin yıkanmasına veya giydirilmesine yardımcı olmak
- Tek başına yapamayan birinin ev işlerini, yemeklerini veya faturalarını ödeme gibi günlük işlerini yerine getirmek

2.4.2. Bakım Veren Yükünün Özellikleri

Bakım veren, hastaya tedavi, kişisel bakım ve psikososyal destek sağlama zorunluluğunu hisseder. Ayrıca bakım verdiği hastanın ömrünün sonuna yaklaştığını anlama korkusu da bakım verenin baş etmesi gereken duygulardan biridir. Vasi olmak öngörülemeyen bir durum olduğundan bu duruma uyum, durum geliştikten sonra gerçekleşir (23).

Kırılgan aile üyelerinin bakımı, toplumdaki tüm aile üyelerinin kültürel bir sorumluluğu olarak kabul edilir ve bu, dini değerlerle de uyumludur. Sevdiğiniz kişinin bakıcısı olmak, bakıcılar açısından minnettarlık olarak yorumlanabilir. Bu aynı zamanda aralarındaki duygusal bağı da teyit eder ve aile bağlarının ve ahlaki değerlerin doğal bir

sonucu olarak algılanır. Yararlanıcılara bağlılık ve sevgi göstermenin bir yoludur. Güçlü aile bağları bakıcının stresini azaltabilir (25).

Bakım verenlerin yaşadığı stresin doğası ve miktarı, bakım alıcısının ihtiyaçlarının karşılanmasından ve bakım verenin hastanın ihtiyaçlarıyla baş etme konusundaki algılanan yeteneğinden kaynaklanan birincil ve ikincil stres etkenleridir. Bakıcı stresi, günlük yaşam aktivitelerinde yardımın yanı sıra doktor randevularına ulaşımın ayarlanması, takip tanı testleri ve kemoterapi randevuları gibi görevlerde yardım da dahil olmak üzere hastanın ihtiyaçlarıyla ilgili olabilir (26).

2.5. Ateşli Havalenin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

18 aydan itibaren sabah uykusunun süresi giderek azalır. Genel olarak 6 yaşındaki bir çocuk sadece gece uyur, ancak yaşla birlikte uyku düzeyi de değişir(10). Özellikle 6 ila 60 ay arası nöbetlerde, biyolojik ritim daha az etkilenir. Epileptik nöbetler ağırlıklı olarak günün belirli saatlerinde ortaya çıkar. Atakların sıklığı biyolojik ritme bağlıdır. Biyolojik ritim ve hormonlardaki ve uyku-uyanıklık döngülerindeki ikincil döngüsel değişiklikler potansiyel olarak nöbetlerin zamanlamasını etkileyebilir (27).

Sağlıklı yatma zamanı önerileri günlük kesintisiz uykuyu temel alır. Genellikle kesintiler nedeniyle uyku çoğu zaman bölünür. Bu nedenle, kişinin dinlenirken kaç kez uyandığını hesaba katan daha karmaşık bir uyku indeksi olan uyku kalitesi ve kişinin öznel dinlenme hissi de uykunun sağlığı nasıl etkilediğinin önemli belirleyicileridir. Polisomnografi parametrelerinin analizi, spektral analiz verileri ve subjektif uyku değerlendirmeleri, uyku derinliğinin yaşlılarda doğal olarak azaldığını ve kadınlarda erkeklere göre daha derin olduğunu göstermektedir (28).

Ebeveynler çocuklarının ateşli nöbet geçirdiğine tanık olduklarında, bu durum ciddi kaygı ve korkuyu tetikleyebilir. Bu olayı aile yaşamının kalitesinde kısıtlamalar izleyebilir ve daha sonra çocuklarında ateş ortaya çıktığında ebeveynler uzun süre kaygı ve belirsizlik

yaşayabilir. Her ne kadar ateşli nöbetler iyi prognoz ile ilişkilendirilse de ebeveynlerin yaşadığı bu kaygı, hastalığın doğasına kıyasla keskin bir tezat oluşturmaktadır (30).



3-GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Protokolü

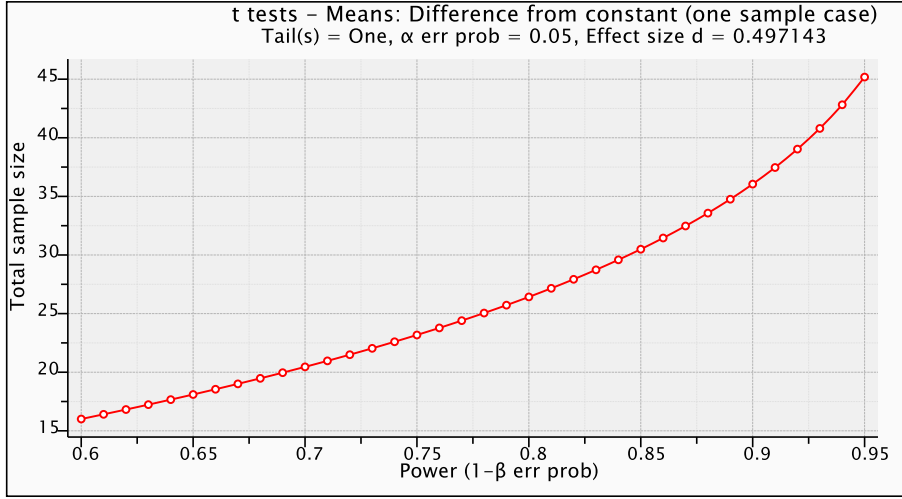
Çalışma kesitsel olarak ve müdeha-müdahale gerektirmeyen şekilde, ileriye yönelik anket çalışması olarak planlanmıştır.

Çalışma için veri toplama süreci 8 ay olarak belirlenmiş olup, polikliniğe başvuran gönüllülerle yüz yüze görüşülerek hem hastalara ve hem de annelerine poliklinik başvurusunda ve poliklinik hizmeti sonrasında anket uygulanması planlanmıştır. Verilen cevapların istatistiksel olarak değerlendirilmesi sağlanmıştır. Ebeveynlere öncesinde çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış, gönüllü olarak çalışmaya katılmak isteyen ailelerden anket öncesinde yazılı olarak onamları alınmıştır.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Balıkesir Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine ateşli havale şikayeti ile başvuru yapan 3ay-6 yaş aralığındaki hastalar ve anneleri, örneklemi ise araştırmayı katılmayı kabul eden hastalar ve anneleri oluşturmaktadır.

Araştırmada örneklem sayısını belirlemek üzere G*power 3.1.9.2 programında güç analizi yapıldı. Buna göre Maltseva ve ark tarafından yapılan çalışmada bakımverenlerin uyku kalitesi düzeyi olan 8.5 ± 3.5 ortalama değerinde, %80 güven aralığında değişimle, etki değeri 0.4971429 olarak bulundu. Bu etki değeri %95 güven aralığı ve 0.05 anlamlılık düzeyinde, alınması gereken minimum hasta sayısı 46 olarak hesaplandı (Şekil 3.1).



Şekil 3. 1. Örneklem büyüklüğü güç analizi sonuçları

Araştırmada bu minimum hasta sayısının üzerine çıkmak için, tam sayım örnekleme yöntemiyle, son iki yılda ateşli nöbet geçiren tüm aileler anket için aranıp davet edildi. Bu kapsamda 645 hasta uygun olup, iletişim bilgileri alınabilen ve iletişim kurulan 239 aileye telefon ile ulaşılabildi. Testi tam olarak doldurmayan, nörolojik hastalığı olan ve epilepsi tanısı alanlar dışlandıktan sonra, araştırmaya 51 hasta dahil edildi.

3.3. Çalışma Popülasyonu

01.04.2023 tarihinde başlanılarak, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine başvuru yapan 3ay-6 yaş aralığındaki çocuklar ve çocukların bakım verenleri ile yüz yüze görüşülerek anketin cevaplandırılması planlandı. Araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıdaki gibi belirlendi:

- Ateşli havale geçirmiş olma ya da ateşli havale geçiren hastaya bakım verme,
- Anketleri doldurmada gönüllü olmak ve bir engeli olmamak
- Kronik olarak ilaç kullanımı olmaması

- Araştırma sonuçlarını etkileyecek kronik hastalık olmaması
- Araştırma ölçeklerini doldurmayı etkileyebilecek mental bir rahatsızlığın olmaması

Kontrol grubu olarak ateşli havale geçiren hasta ya da bakım vereni ile benzer demografik yapıya sahip, ancak ateşli havale geçirmeyen, rutin kontrole gelen ve araştırma dahil edilme kriterlerine uygun olan gönüllülerden oluşmaktadır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı kişisel bilgi formu, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi-PUKİ, Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ, Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-ÇUAA, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği-STAI ve Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 bölümlerinden oluşmaktadır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Demografik verilerin toplanması amacıyla oluşturulan bu formda yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, aile tipi, anne-babanın mesleği, herhangi bir işte çalışma durumu, ailenin demografik özellikleri, ailenin ve çocuğun öğrenim durumu, ailenin sosyoekonomik düzeyi bilgilerini içermektedir.

3.4.2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi-PUKİ

Buyss ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir ve yeterli iç tutarlılığı, güvenilirliği ve test-tekrar test geçerliliğini göstermiştir. Uyku sorunlarına özel ölçekler arasında en sık kullanılan genel ölçek Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'dir. Agargun ve arkadaşları tarafından PUKİ'nin ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği üzerine bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,79 olarak bulunmuştur (31).

Uyku bozukluğu olan kişileri sağlıklı insanlardan ayırmaya, uyku sorunlarını tanımlamaya ve uyku kalitesini belirlemeye yardımcı olan bir öz değerlendirme aracıdır.

PSQI, bir aylık bir süre boyunca uyku kalitesini ve uyku bozukluklarını değerlendirir. Ölçekte yer alan 24 sorunun 19'u öz bildirim soruları olup, geri kalan 5 soru ise eş veya oda arkadaşının yanıtlaması için hazırlanmıştır. Bahsedilen son 5 soru yalnızca klinik bilgi amaçlıdır ve puanlamada dikkate alınmaz. Kişisel raporlama sorularının sonuncusu (soru 19) oda arkadaşınızın olup olmadığını sorar; Ancak ölçeğin toplam ve bileşen puanları belirlenirken bu durum dikkate alınmaz. Ancak uyku sorunu yaşayan kişinin bir yakınının verdiği bilgileri de dikkate alır. Kişinin yanıtladığı 18 soru kullanılarak 7 alt boyut değerlendirilmektedir.

7 alt ölçek şunlardır: öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku gecikmesi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku verimliliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6), ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7). Yedi bileşen puanının toplamı toplam PUKİ puanını verir. Her birine verilen yanıt, semptomların sıklığına bağlı olarak 0'dan 3'e kadar bir ölçekte derecelendirilir. Toplam puan 0 ile 21 arasında değişmektedir.

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği-BDÖ

Beck Depresyon Envanteri, depresif belirtilerin şiddetini ve düzeyini ölçmek ve depresyon riskini belirlemek amacıyla tasarlanmış, somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alt birimlerden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Başarısızlık, karamsarlık, suçluluk, tatminsizlik, kendini suçlama, cezalandırma, kendinden nefret etme, sinirlilik, ağlama nöbetleri, kararsızlık, sosyal içe dönüklük, uyku bozukluğu, beden imajı, fonksiyonel kitleme, yorgunluk, bedensel şikayetler, libido, iştah azalması, benlik saygısı, ceza, kilo kaybı vb. gibi 21 semptom kategorisini içerir.

Ölçek 1961 yılında Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş, 1978 yılında revize edilmiş (BDI-1a) ve 1996 yılında BDI-2 yayınlanmıştır (Beck ve ark. 1961). Orijinal versiyon, kişinin geçen hafta nasıl hissettiğine ilişkin 21 sorudan oluşuyor. Ölçeğin kullanımı için özel bir eğitim gerekmemektedir. Ölçeğin uygulandığı kişiden, başvuru günü

de dahil olmak üzere son bir hafta içinde nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçmesi istenir.

Ölçekte dörtlü Likert tipi ölçüme karşılık gelen 0, 1, 2, 3 numaralı toplam 21 öz bildirim maddesi bulunmaktadır. “0” numaralı cümle, o maddede bahsedilen depresif duygu veya durumun var olmadığını, sayı arttıkça daha yoğun yaşandığını ifade etmektedir. Testi puanlarken, her cevaba 0'dan 3'e kadar bir puan verilir ve daha sonra toplam puan, depresyonun şiddetini belirlemek için cevap anahtarıyla karşılaştırılır (32).

Depresyon Ölçeği'nin Türkçe formunun Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Heasley (1989) tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Beck Depresyon Envanteri'nin kesme noktasının 17 olduğunu ve 17 ve üzeri puanların vakaların %90'ından fazlasında tedavi gerektirebilecek düzeyde depresyonu ayırt edeceğini öngörmüştür (33).

3.4.4. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi-ÇUAA

Çocukların uyku alışkanlıklarını ve uyku ile ilgili sorunlarını incelemek amacıyla 2000 yılında Owens ve arkadaşları tarafından geliştirilen kısa bir form olan Çocukların Uyku Alışkanlıkları Anketi (CSHQ), toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Uyku direnci, uyku gecikmesi, uyku süresi, uyku kaygısı ve geceyi kapsayan 20 ölçek olup, uyanma, parasomni, uykuda solunum bozukluğu ve gündüz uykululuk olmak üzere sekiz alt ölçek tanımlanmıştır (34). Ölçek ebeveynler tarafından geriye dönük olarak doldurulmaktadır. Ebeveynlerden çocuklarının önceki haftaya göre uyku düzenini derecelendirmeleri istenir. Toplamda 41 puan kesme değeri olarak kabul ediliyor ve bunun üzerindeki değerler “klinik olarak anlamlı” kabul edilmektedir. Ankette ayrıca çocuğun uyku alışkanlıklarına ilişkin üç açık uçlu soru yer almaktadır.

3.4.5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği-STAI

Durumluk Kaygı Ölçeği, 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve 1985 yılında Öner ve Le Compte tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. .

Yüksek puanlar kaygı düzeyinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise kaygı düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. 1975 yılında Türkçeye çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek, yirmişer maddeden oluşan durumluk kaygı ölçeği ve sürekli kaygı ölçeğinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten alınan toplam puan 20-80 arasında değişmektedir. Büyük puan kaygı düzeyinin yüksek olduğunu, küçük puan ise kaygı düzeyinin düşük olduğunu gösterir. “Hiç” ile “Tamamen” arasında değişen dört puanlık bir ölçektir. Envanterin Türkiye’de geçerlik ve güvenirliği 1977 yılında N. Öner tarafından yapılmıştır.

Durumluk kaygı anketlerinde iki tür ifade vardır. Dik ifadeler olumsuz duyguları ifade ederken, ters ifadeler olumlu duyguları ifade eder. Durumluk Kaygı Anketi’ndeki ters ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Durumluk Kaygı Anketi’ndeki ters ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33. maddelerdir. 36 ve 39. Doğrudan ve ters ifadelerin bireysel toplam ağırlıkları bulunduktan sonra ters ifadelerin toplam ağırlık puanı, doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından çıkarılır. Bu sayıya önceden belirlenmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Bu değiştirilmemiş puan Durumluk Kaygı Anketi için 50, Sürekli Kaygı Anketi için ise 35’tir. Elde edilen son değer kişinin kaygı puanıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği (SAS), duygusal tepkilerdeki ani değişiklikleri değerlendirmek için çok hassas bir araçtır. Listenin ikinci bölümünde yer alan 20 maddelik Kaygı Ölçeği (SCSS), kişinin tipik olarak yaşama eğiliminde olduğu kaygının süresini ölçmeyi amaçlamaktadır. Puanlar düşük kaygı için 20 ile yüksek kaygı için 80 arasında değişmektedir (35).

3.4.6. Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF 36) kullanılarak toplandı. Yaşam Kalitesi Ölçeği, kişinin yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik bir ölçek olarak benimsenmiş ve kullanılmaktadır. SF-36, Hayes, Wells, Sherborne, Rogers ve Spritzer (36) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kocıygit, Aydemir, Ölmez, Fishek ve Memiş (1999) tarafından yapılmıştır (37). SF-36, fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, rol güçlükleri (fiziksel ve duygusal), zihinsel sağlık, canlılık, ağrı ve genel sağlık algıları gibi

sağlığın sekiz yönünü 36 maddeyle değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 0 ile 100 arasında bir puan vermekte olup, daha yüksek puan daha yüksek sağlık düzeyini ifade etmektedir. SF-36'nın Türk toplumu için normatif değerleri Demiral ve diğerleri (38) tarafından belirlenmiştir (39).

3.5. İstatistik Yöntem

Nominal ve ordinal verilerin tanımlanmasında frekans analizi kullanıldı. Fark analizlerinde nominal ve ordinal parametre farkı için Fisher's Exact testi ve Ki-kare testi kullanıldı. Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortalama fark [%95 güven aralığı (%95CI)] ve standart sapma, sayımla belirtilen değişkenler için yüzde (%) değeri, normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve minimum maksimum değerler kullanılarak verildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle "Kolmogorov- Smirnov/Shapiro-Wilk testleri" kullanılarak incelendi. Ölçüm verilerinin fark analizlerinde normal dağılıma uyan parametreler için Bağımsız Örneklem t-testi, uymayanlar için Mann Whitney U testi yapıldı. Sayısal ölçümler arasındaki ilişki miktarının belirlenmesinde "Spearman korelasyon" (veriler normal dağılım göstermediği durumda) analiz uygulanmıştır. İlişkisel tarama modelinde Genelleştirilmiş Lineer Model (Logit) analizi yapıldı. Tüm analizler SPSS 17.0 for Windows paket programında, %95 güven aralığında gerçekleştirildi.

Çalışma için Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 28.04.2023 tarihli etik kurul izni alındı.

4. BULGULAR

Kontrol grubunun yaş ortalaması (3.33 ± 1.89 yıl) hasta grubunun yaş ortalamasından (3.98 ± 1.68 yıl) daha düşüktü, fakat gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). Kontrol grubunun %54.2'si kız ve %45.8'i erkek olup; hasta grubunun %43.1'i kız ve %56.9'u erkekti. Kontrol ve hasta gruplarının cinsiyet dağılımları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). Kontrol grubunun boy ortalaması (97.49 ± 21.17 cm) hasta grubunun boy ortalamasından (100.26 ± 20.63 cm) daha düşüktü, fakat gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). Benzer şekilde, kontrol grubunun kilo ortalaması (15.03 ± 6.08 kg) hasta grubunun kilo ortalamasından (18.90 ± 14.32 kg) daha düşük olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$).

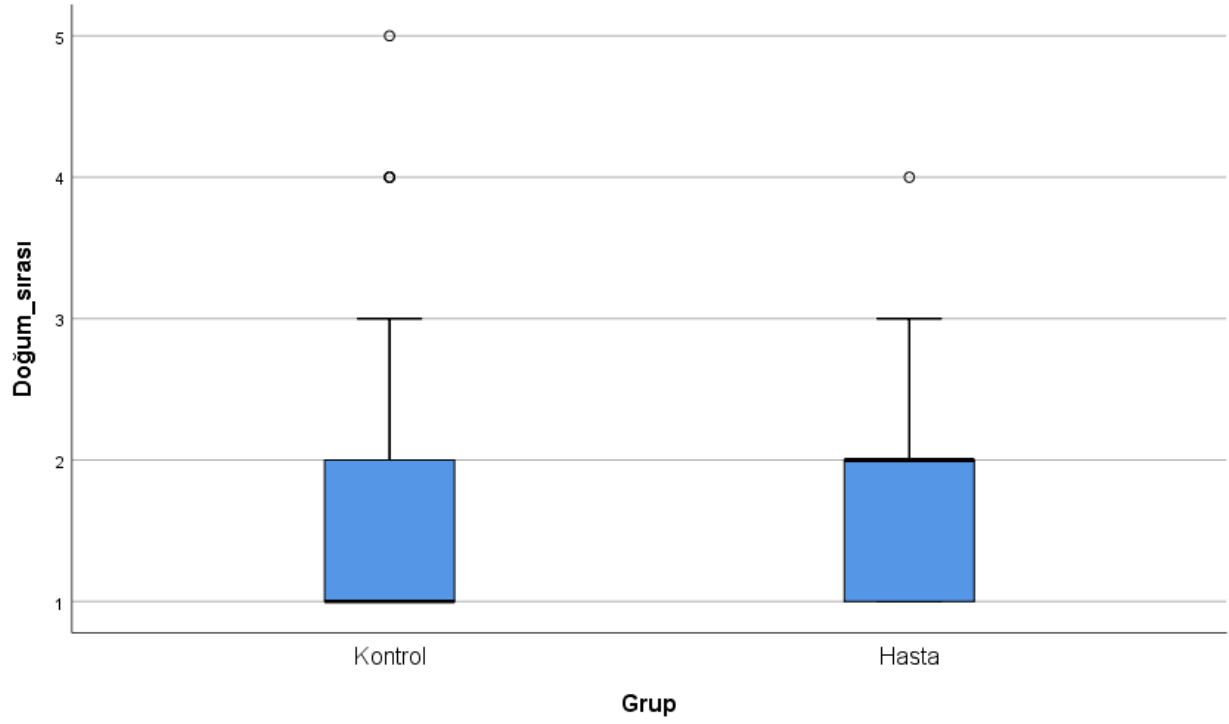
Doğum sırası istatistiksel olarak anlamlı şekilde hasta grubunda daha yüksekti ($p < 0.05$). Kontrol grubunun doğum kilo ortalaması (3154.26 ± 646.01 gr) hasta grubunun doğum kilo ortalamasından (3187.06 ± 627.97 gr) daha düşük olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). Gebelik haftası ortalaması her iki grupta da birbirine yakın olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). Kontrol grubunun %83.7'si, hasta grubunun %82.0'si sezaryen doğumla dünyaya gelmişti ve doğum şeklinin gruplar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). Kontrol grubunun %6.3'ünde, hasta grubunun ise %2.1'inde IVF doğum söz konusu olup, her iki grupta da gebelik türü arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). Kontrol grubunun %72.4'ü, hasta grubunun %62.9'u yatak odasını annesi ile paylaşmaktaydı. Yatak odasını kardeşi ile paylaşanların oranı ise kontrol grubunda %27.6 ve hasta grubunda %37.1 olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4. 1. Kontrol ve hasta grubunun bazı demografik ve doğum ile ilgili bilgileriyle fark analizi sonuçları

Parametreler	Kontrol (n=49)	Hasta (n=51)	p değeri
Yaş	3.33±1.89	3.98±1.68	0.087 ^a
Cinsiyet, n (%)			0.185 ^b
Kız	26 (54.2)	22 (43.1)	
Erkek	22 (45.8)	29 (56.9)	
Boy(cm)	97.49±21.17	100.26±20.63	0.486 ^a
Kilo(kg)	15.03±6.08	18.90±14.32	0.073 ^a
Doğum haftası(hafta)	37.85±2.16	38.17±2.10	0.599 ^a
Doğum kilosu(gr)	3154.26±646.01	3187.06±627.97	0.961 ^a
Doğum sırası	1.58±1.01	1.78±0.77	0.046^a
Doğum şekli, n (%)			0.518 ^b
CIS	41 (83.7)	41 (82.0)	
NSD	8 (16.3)	9 (18.0)	
Gebelik türü, n (%)			0.316 ^b
IVF	3 (6.3)	1 (2.1)	
Spontan	45 (93.8)	46 (97.9)	
Yatak odasını paylaşma, n (%)			0.295 ^b
Anneyle	21 (72.4)	22 (62.9)	
Kardeşle	8 (27.6)	13 (37.1)	

a. Mann Whitney U Testi, b. Fisher's Exact Testi, SS: Standart Sapma, CIS: Sezaryen doğum, NSD: Normal Spontan Doğum, IVF: Yardımcı üreme tekniği. İstatiksel anlamlı testler koyu renkle işaretlenmiştir.

Kontrol grubu hastalarında ortalama doğum sırası bir civarındayken, hasta grubunda ikinci sırada doğanlar çoğunlukta idi (Şekil 4.1).



Şekil 4. 1. Doğum sırasının dağılımı ve gruplar arasındaki farkı

Kontrol grubunun HGB (Hemoglobin) ortalaması (11.67 ± 1.58 gr/dL), hasta grubunun ortalamasından (11.83 ± 0.99) daha düşüktü ve farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). MCV (Ortalama Korpusküler Hacim) ortalaması hasta grubunda (74.31 ± 14.33 mm³) kontrol grubuna göre (74.56 ± 13.01 mm³) daha düşük olsa da, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$). Nötrofil ve lenfosit ortalamalarının da, hasta grubunda daha yüksek olsa da, farklarının anlamlı olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Benzer şekilde ferritin ortalaması da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermedi ($p > 0.05$) (Tablo 4.2).

Hasta grubun febril konvüzyon sayısı 1 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 2.39 ± 1.86 değere sahipti. Ateş ise 36.5 ile 41 derece arasında olup, ortalama 38.44 ± 1.07 değere sahipti. Hasta grubunun %16.0'ında horlama, %20.0'sinde kronik hastalık, %18.0'inde operasyon öyküsü ve %41.2'sinde aile öyküsü vardı (Tablo 4.2).

Tablo 4. 2. Kontrol ve hasta gruplarının bazı klinik bulguları ile fark analizi sonuçları

Parametre	Kontrol (n=49)	Hasta (n=51)	p değeri
HGB, gr/dL	11.67±1.58	11.83±0.99	0.201 ^a
MCV mm ³	74.56±13.01	74.31±14.33	0.136 ^a
Nötrofil, mcl	3849.15±3407.07	4111.65±2807.60	0.622 ^a
Lenfosit, mcl	3331.63±1781.93	3519.29±1629.47	0.474 ^a
Ferritin, ml/ng	38.35±28.69	36.22±27.79	0.837 ^a
Febril konvüzyon sayısı		2.39±1.86	-
Ateş °C		38.44±1.07	-
Horlama, n (%)		8 (16.0)	-
Kronik hastalık, n (%)		10 (20.0)	-
Operasyon öyküsü, n (%)		9 (18.0)	-
Aile öyküsü, n (%)		21 (41.2)	-

a. Mann Whitney U Testi. HGB: Hemoglobin, MCV: Ortalama Korpusküler Hacim

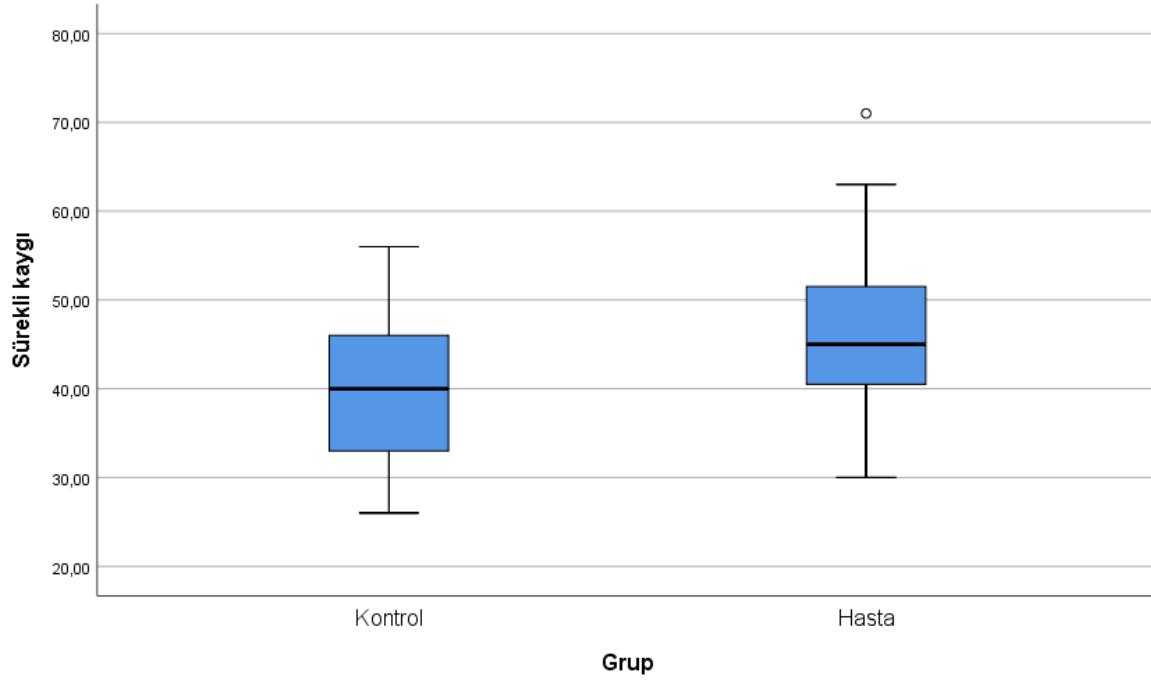
Kontrol grubunun durumluk kaygı ortalaması (36.44±9.82), hasta grubunun durumluk kaygı ortalamasından (40.70±13.52) daha düşüktü, fakat gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Ancak hasta grubunun sürekli kaygı ortalaması (46.05±8.56), kontrol grubunun sürekli kaygı ortalamasından (40.31±8.10) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ($p<0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4. 3. Kontrol ve hasta gruplarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ve fark analizi sonuçları

Grup	Kontrol (n=49)	Hasta (n=51)	p değeri
Durumluk kaygı	36.44±9.82	40.70±13.52	0.097 ^a
Sürekli kaygı	40.31±8.10	46.05±8.56	0.002 ^a

a. Bağımsız Örneklem t-testi.

Sürekli kaygı ortalaması da, değişim aralığı da hasta grubunda anlamlı şekilde daha yüksekti (Şekil 4.2).



Şekil 4. 2 Hasta ve kontrol gruplarının sürekli kaygı düzeyleri ve fark analizi sonuçları

Kontrol grubunda uyku kalitesi PUKI ortalaması (17.27 ± 10.31) hasta grubuna (17.18 ± 10.22) göre daha yüksek olsa da, gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4. 4. Kontrol ve hasta gruplarının uyku kalitesi (PUKI) düzeyleri ve fark analizi sonuçları

Grup	Kontrol (n=49)	Hasta (n=51)	p değeri
PUKI	17.27 ± 10.31	17.18 ± 10.22	0.968 ^a

a. Mann Whitney U testi.

Kontrol (11.50 ± 12.21) ve hasta gruplarının (11.50 ± 9.03) depresyon düzeylerinin göstergesi olan BDÖ puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız olup ($p > 0.05$), grupların benzer depresyon düzeyine sahip olduğunu gösterdi (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5. Kontrol ve hasta gruplarının depresyon Beck Depresyon Ölçeği düzeyleri ve fark analizi sonuçları

Grup	Kontrol (n=49)	Hasta (n=51)	p değeri
Beck Depresyon Ölçeği	11.50 ± 12.21	11.50 ± 9.03	0.552 ^a

a. Mann Whitney U testi.

Kontrol grubunda çocuk uyku alışkanlık düzeyi (57.59 ± 8.67) hasta grubundaki çocuk uyku alışkanlık düzeyinden (55.51 ± 7.00) daha yüksekti, ancak gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4. 6. Kontrol ve hasta gruplarının çocuk uyku alışkanlıkları (ÇUAA) düzeyleri ve fark analizi sonuçları

Grup	Kontrol (n=49)	Hasta (n=51)	p değeri
ÇUAA	57.59 ± 8.67	55.51 ± 7.00	0.269 ^s

a. Mann Whitney U testi.

Yaşam kalitesinin genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları, enerji, mental sağlık ve toplam puanı kontrol grubunda hasta grubuna göre daha yüksekti. Yaşam kalitesinin ağrı, emosyonel rol kısıtlamaları ve sosyal fonksiyon puanları ise hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksekti. Fark analizi sonuçlarına göre tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 4.7).

Tablo 4. 7. Kontrol ve hasta gruplarının yaşam kalitesi (SF-36) düzeyleri ve fark analizi sonuçları

Parametreler	Kontrol (n=49)	Hasta (n=51)	p değeri
SF36 Genel sağlık	4.87 ± 1.60	4.24 ± 1.61	0.064 ^a
SF36 Fiziksel fonksiyon	16.70 ± 4.05	14.24 ± 5.86	0.135 ^a
SF36 Fiziksel rol kısıtlamaları	1.62 ± 2.67	1.39 ± 1.53	0.573 ^a
SF36 Ağrı	2.24 ± 2.10	2.35 ± 2.13	0.702 ^a
SF36 Emosyonel rol kısıtlamaları	1.13 ± 1.04	1.35 ± 1.04	0.276 ^a
SF36 Enerji	11.89 ± 3.72	10.31 ± 4.26	0.067 ^a
SF36 Mental sağlık	16.68 ± 4.51	16.40 ± 4.94	0.899 ^a
SF36 Sosyal fonksiyon	3.29 ± 1.59	3.38 ± 1.52	0.718 ^a
SF36 Toplam	58.30 ± 9.65	57.53 ± 9.66	0.781 ^b

a. Mann Whitney U Testi, b. Bağımsız Örneklem t-testi.

Kontrol grubunda, durumluk kaygı ile yaşam kalitesinin fiziksel rol kısıtlamaları ($r=0.393$; $p=0.011$), ağrı ($r=0.304$; $p=0.047$), enerji ($r=-0.547$; $p=0.000$), mental sağlık ($r=-0.530$; $p=0.000$) ve toplam puanı ($r=-0.606$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Sürekli kaygı ile fiziksel fonksiyon ($r=-0.401$; $p=0.023$), fiziksel rol kısıtlamaları ($r=0.393$; $p=0.011$), ağrı ($r=0.416$; $p=0.006$), enerji ($r=-0.697$; $p=0.000$), mental sağlık ($r=-0.690$; $p=0.000$), sosyal fonksiyon ($r=-0.354$; $p=0.022$) ve toplam puanları ($r=-0.735$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Tablo 4.8).

Tablo 4. 8. Kontrol grubunda durumluk-sürekli kaygı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

Parametreler	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı
SF36 Genel sağlık	-0.222	-0.070
SF36 Fiziksel fonksiyon	-0.221	-0.401*
SF36 Fiziksel rol kısıtlamaları	0.393*	0.393*
SF36 Ağrı	0.304*	0.416**
SF36 Emosyonel rol kısıtlamaları	0.205	0.184
SF36 Enerji	-0.547**	-0.697**
SF36 Mental sağlık	-0.530**	-0.690**
SF36 Sosyal fonksiyon	-0.248	-0.354*
SF36 Toplam	-0.606**	-0.735**

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Hasta grubunda durumluk kaygı ile yaşam kalitesinin enerji ($r=-0.407$; $p=0.006$), mental sağlık ($r=-0.319$; $p=0.037$) ve toplam puanları ($r=-0.585$; $p=0.014$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Sürekli kaygı ile yaşam kalitesinin genel sağlık ($r=-0.412$; $p=0.006$), enerji ($r=-0.503$; $p=0.001$), mental sağlık ($r=-0.497$; $p=0.001$) ve toplam puanları ($r=-0.566$; $p=0.018$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Tablo 4.9).

Tablo 4. 9. Hasta grubunda durumluk-sürekli kaygı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

Parametreler	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı
SF36 Genel sağlık	-0.278	-0.412**
SF36 Fiziksel fonksiyon	-0.403	-0.364
SF36 Fiziksel rol kısıtlamaları	0.244	0.181
SF36 Ağrı	-0.162	-0.035
SF36 Emosyonel rol kısıtlamaları	0.267	0.171
SF36 Enerji	-0.407**	-0.503**
SF36 Mental sağlık	-0.319*	-0.497**
SF36 Sosyal fonksiyon	-0.231	-0.211
SF36 Toplam	-0.585*	-0.566*

*p<0.05, **p<0.01

Kontrol grubunda, PUKİ ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ($r=-0.460$; $p=0.021$), fiziksel rol kısıtlamaları ($r=0.361$; $p=0.042$), ağrı ($r=0.561$; $p=0.001$), enerji ($r=-0.597$; $p=0.000$), mental sağlık ($r=-0.402$; $p=0.022$) ve toplam ($r=-0.576$; $p=0.004$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. ÇUAA puanları ile yaşam kalitesinin tüm boyut puanları ve toplam puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.177$) (Tablo 4.10).

Tablo 4. 10. Kontrol grubunda uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

Grup	PUKİ	ÇUAA
SF36 Genel sağlık	-0.185	0.047
SF36 Fiziksel fonksiyon	-0.460*	-0.119
SF36 Fiziksel rol kısıtlamaları	0.361*	0.033
SF36 Ağrı	0.561**	0.288
SF36 Emosyonel rol kısıtlamaları	0.244	-0.091
SF36 Enerji	-0.597**	-0.304
SF36 Mental sağlık	-0.402*	-0.280
SF36 Sosyal fonksiyon	-0.243	-0.124
SF36 Toplam	-0.576**	-0.279

*p<0.05, **p<0.01

Hasta grubunda, PUKİ puanlarıyla fiziksel rol kısıtlamaları ($r=0.356$; $p=0.036$), ağrı ($r=0.600$; $p=0.000$), emosyonel rol kısıtlamaları ($r=0.386$; $p=0.017$), enerji ($r=-0.493$; $p=0.002$), mental sağlık ($r=-0.395$; $p=0.014$) ve sosyal fonksiyon ($r=-0.409$; $p=0.011$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. ÇUAA puanları ile yaşam kalitesinin tüm boyut puanları ve toplam puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.944$) (Tablo 4.11).

Tablo 4. 11. Hasta grubunda uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

Grup	PUKİ	ÇUAA
SF36 Genel sağlık	-0.280	-0.220
SF36 Fiziksel fonksiyon	-0.464	-0.321
SF36 Fiziksel rol kısıtlamaları	0.356*	-0.031
SF36 Ağrı	0.600**	0.108
SF36 Emosyonel rol kısıtlamaları	0.386*	0.101
SF36 Enerji	-0.493**	0.005
SF36 Mental sağlık	-0.395*	0.132
SF36 Sosyal fonksiyon	-0.409*	0.036
SF36 Toplam	-0.396	0.017

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Kontrol grubunda, depresyon düzeyiyle SF36 yaşam kalitesinin genel sağlık ($r=-0.328$; $p=0.026$), fiziksel fonksiyon ($r=-0.394$; $p=0.017$), fiziksel rol kısıtlamaları ($r=0.455$; $p=0.001$), ağrı ($r=0.520$; $p=0.000$), emosyonel rol kısıtlamaları ($r=0.434$; $p=0.002$), enerji ($r=-0.673$; $p=0.000$), mental sağlık ($r=-0.613$; $p=0.000$), sosyal fonksiyon ($r=-0.290$; $p=0.046$) ve toplam ($r=-0.720$; $p=0.000$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Tablo 4.12).

Tablo 4. 12. Kontrol grubunda depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

Grup	BDÖ
SF36 Genel sağlık	-0.328*
SF36 Fiziksel fonksiyon	-0.394*
SF36 Fiziksel rol kısıtlamaları	0.455**
SF36 Ağrı	0.520**
SF36 Emosyonel rol kısıtlamaları	0.434**
SF36 Enerji	-0.673**
SF36 Mental sağlık	-0.613**
SF36 Sosyal fonksiyon	-0.290*
SF36 Toplam	-0.720**

*p<0.05, **p<0.01

Hasta grubunda, depresyon düzeyiyle SF36 yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ($r=-0.490$; $p=0.024$), fiziksel rol kısıtlamaları ($r=0.381$; $p=0.012$), ağrı ($r=0.357$; $p=0.013$), enerji ($r=-0.654$; $p=0.000$), mental sağlık ($r=-0.569$; $p=0.000$), sosyal fonksiyon ($r=-0.368$; $p=0.011$) ve toplam ($r=-0.499$; $p=0.030$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13. Hasta grubunda depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

Grup	BDÖ
SF36 Genel sağlık	-0.262
SF36 Fiziksel fonksiyon	-0.490*
SF36 Fiziksel rol kısıtlamaları	0.381*
SF36 Ağrı	0.357*
SF36 Emosyonel rol kısıtlamaları	0.255
SF36 Enerji	-0.654**
SF36 Mental sağlık	-0.569**
SF36 Sosyal fonksiyon	-0.368*
SF36 Toplam	-0.499*

*p<0.05, **p<0.01

Febril konvülziyonlu hastalar ile PUKİ, çocukluk uyku alışkanlıkları, durumluk kaygı, depresyon ve yaşam kalitesinin arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ancak febril konvülziyonlu hasta grubu ile sürekli kaygı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardı ($r=0.304$; $p=0.005$) (Tablo 4.14).

Tablo 4. 14. Febril konvülziyon ile uyku kalitesi, çocukluk uyku alışkanlıkları, kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

Grup	Febril Konvülziyon
PUKİ	0.005
Çocukluk uyku alışkanlıkları (ÇUAA)	-0.127
Durumluk kaygı (STAI TX1)	0.130
Sürekli kaygı (STAI TX2)	0.304**
Depresyon (BDÖ)	0.061
Yaşam Kalitesi (SF36)	-0.025

** $p<0.01$

Kontrol grubunda, PUKİ ile sürekli kaygı ($r=0.544$; $p=0.001$), depresyon ($r=0.791$; $p=0.000$) ve yaşam kalitesi ($r=-0.576$; $p=0.004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Tablo 4.15).

Tablo 4. 15. Kontrol grubunda uyku kalitesi (PUKİ) ile çocukluk uyku alışkanlıkları, kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

Grup	PUKİ
Çocukluk uyku alışkanlıkları (ÇUAA)	0.224
Durumluk kaygı (STAI TX1)	0.305
Sürekli kaygı (STAI TX2)	0.544**
Depresyon (BDÖ)	0.791**
Yaşam Kalitesi (SF36)	-0.575**

Hasta grubunda, PUKİ ile durumluk kaygı ($r=0.362$; $p=0.030$) ve depresyon ($r=0.580$; $p=0.000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (Tablo 4.16).

Tablo 4. 16. Hasta grubunda uyku kalitesi (PUKI) ile çocukluk uyku alışkanlıkları, kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları

Grup	PUKI
Çocukluk uyku alışkanlıkları (ÇUAA)	0.321
Durumluk kaygı (STAI TX1)	0.362*
Sürekli kaygı (STAI TX2)	0.241
Depresyon (BDÖ)	0.580**
Yaşam Kalitesi (SF36)	-0.396
Cinsiyet	0.053
Yaş	-0.039
Doğum şekli	-0.108
Doğum haftası	0.124
Doğum kilosu	-0.105
Gebelik yöntemi (IVF, spontan, vb)	0.068
Doğum sırası	-0.083
Boy, cm	0.054
Kilo, kg	0.052
Uykuda horlama	0.116
Kronik hastalık	0.034
İlk ateşli havale geçirme yaşı	0.343
MCV	-0.162
Nötrofil	0.082
Lenfosit	0.136
Ferritin	-0.015
Febril konvülziyon sayısı	0.072
Ateşli havaleye ateş eşlik etmesi	0.319
Aile öyküsü	0.147
Nörolojik gelişim	-0.131
Anneye uyuma	-0.133
Gece uyanma	0.218
Yatak odasını paylaşma	-0.125

Genelleştirilmiş Lineer Model (Logit) sonuçlarına göre PUKI üzerinde depresyon düzeyinin etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı ($B=0.645$; $p<0.01$) (Tablo 4.17).

Tablo 4. 17. Hasta grubunda uyku kalitesiyle anlamlı ilişki içerisinde olan depresyon ve durumluk kaygının etkisine yönelik Genelleştirilmiş Lineer Regresyon Model (Logit) sonuçları

Parametreler	B	Std. Hata	95% Wald Güven Aralığı		Hipotez Testi		
			Minimum	Maksimum	Wald X^2	df	p
Kesişim	7.59	4.56	-1.34	16.53	2.77	1	0.096
BDÖ Toplam	0.64	0.18	0.29	1.00	12.96	1	0.000
Durumluk kaygı	0.06	0.13	-0.20	0.32	0.19	1	0.663
Ölçüm	60.22	14.60	37.44	96.87			

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, ateşli nöbet geçiren 3 ay-6 yaş arasındaki çocukların bakım verenlerinin uyku kalitesi incelendi. Bu kapsamda hastalara bakım verenlerin yaşam kalitesi, kaygı ve stres düzeyleri ile çocukların uyku alışkanlıkları ve demografik özellikler analiz edilerek, uyku kalitesi üzerindeki etkileri araştırıldı. Bu sayede, çocukların ateşli havale geçirme durumlarının bakım verenlerde uyku düzen ve kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin nicel verilerle ortaya koyulması amaçlandı. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre sürekli kaygı düzeyi ateşli nöbet geçiren çocukların bakım verenlerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti. Hasta grubu ile kontrol grubunun uyku kalitesi, depresyon, çocuk uyku alışkanlıkları ve yaşam kalitesi düzeyleri birbirine yakındı ve farklar anlamlı değildi. Elde edilen sonuçlar, çocuklarda ateşli havale geçirme durumlarının bakım verenlerde uyku düzen ve kalitesi üzerinde anlamlı etkisinin olduğunu ortaya koydu.

Uyku bireylerin en önemli bedensel ve ruhsal ihtiyaçlarından birisi olup, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi ve günlük işlevlerini yerine getirmesi için düzenli ve yeterli uykuya ihtiyacı vardır (40-42). Uykunun yetersiz ya da eksik olduğu durumlarda semptomatik olarak başlayan birçok sağlık sorunu, devam eden süreçte ciddi hastalıklara neden olabilmektedir. Bu nedenle, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için düzenli uykuya ihtiyacı vardır (43-50). Bir yakını ya da hasta olan bir bireye herhangi bir sebeple bakım vermek, beraberinde bir takım sorumluluklar, bakım verilen hastanın durumuna yönelik belirsizlikler ve normal dışı bir süreci ifade ettiğinden, uyku düzeni ya da uyku kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğunu ifade etmek mümkündür.

Ateşli havale ya da febril konvülsiyon daha çok çocukluk döneminde görülen, tanımsal olarak 24 saat içerisinde tekrarlayan, 15 dakikadan uzun süren ve fokal özellikleri olan klinik tablodur (51-55). Ateşli nöbetlerde 38 derecenin üzerinde ateş (5), tekrarlama eğilimi (21) ve hastanın genel olarak fizik muayenesinin kaygı verici görünmesi (20) sebebiyle, bakım verenlerde ciddi bir endişeye sebep olabilmektedir. Çocukluk döneminde

daha sık görülmesi nedeniyle, ateşli havale hastalarında bakım verenler genellikle anne ve babalardır (56-60). Bu durumda, sadece hastanın sorumluluğu değil, aynı zamanda çocuğunun sağlığı söz konusu olduğundan, bu endişeler çok daha yüksek düzeyde olabilmektedir. Klinik gözlemlerimiz ve bu araştırmayı yapmaktaki esas sebeplerden birisi de, ateşli nöbet geçiren hastaların özellikle annelerinde uyku kalitesi ve düzeninin bozulması ve ruh halinin kötü olmasıdır.

Literatürde bakım veren kişilerin bakım verme sürecine yönelik olarak hissetmiş oldukları duygusal stresin göstergesi olarak bakım veren yükü terimi kullanılmaktadır (23-25). Bakım veren yükü ile ilgili yapılan tanımlarda bir bireyin özbakım da dahil olmak üzere, günlük işlerinin yerine getirilmesi ifadeleri geçmekte olup, daha çok bireylerin bakıma ihtiyaç duyan kişilerin sorumluluk ve bakımlarını yapmaları anlatılmaktadır. Öte yandan bakım veren ile bakım verilen arasında bir aile ilişkisi ya da duygusal ilişkinin olması durumunda ise durum sadece bakım veren yükünden çıkmakta, ruhsal anlamda da bireylerin olumsuz etkilendiği bir yöne doğru evrilmektedir.

Bu çalışmada çocukların daha çok anne ve babalarının bakım veren olması nedeniyle, direk bakım veren yükünün değerlendirilmesi yerine; bireylerin psikolojik özellikleri, yaşam kalitesi ve uyku kalitesini hedefleyen değerlendirmeler yapıldı. Bakım verenlerin çocuklarının akut gelişen hastalık durumlarının bakım verenlerin stres, depresyon, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri analiz edildi. Bunun için, sağlıklı kontrol grubu ile çocuklarında ateşli nöbet olan bakım verenlerin puanları kıyaslandı, ardından her bir grubun kendi içerisinde değerleri analiz edilerek, uyku kalitesi üzerindeki etkileri ortaya koyuldu.

Ateşli nöbet her ne kadar çocuklar arasında yaygın olsa da, hastalığın birçok farklı nedene bağlı olarak ortaya çıkabileceğinden ötürü, literatürde kesin olarak belli bir demografiden söz etmek mümkün değildir. Demografik bakımdan ateşli nöbet geçiren ve geçirmeyen çocukların özellikleri birbirine yakındır (5, 19, 20). Elde ettiğimiz bu sonuçlar, literatür ile uyumluydu. Bizim çalışmamızda, ateşli nöbet geçiren çocukların demografik

özellikleri arasında incelediğimiz doğum sırası hastaların olduğu grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti.

Ateşli nöbet geçiren hastaların tanısına yönelik kesin bir tanı yöntemi bulunmamaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda, ateşli nöbete neden olan durumlarda, klinik bulgular ateşli nöbet geçirmeyen çocuklar ile benzer olmaktadır (5, 19, 20). Bizim çalışmamızda, ateşli nöbet geçiren ve geçirmeyen çocukların laboratuvar değerleri (HGB, MCV, nötrofil, lenfosit, ferritin) daha yüksekti, ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Daha farklı merkezlerle ve daha çok sayıda örneklem ile yapılacak olan çalışmalarda, ateşli nöbet geçiren çocukların yüksek olan bu değerlerinin anlamlı olabilmesi mümkündür. Bu nedenle, kesin bir yargıya varmak için, daha fazla çalışma ve örnekleme ihtiyaç vardır.

Bakım veren yükü aile bireyleri ya da özellikle anne ve baba ile çocuk arasında olduğunda, çok daha ciddi ve ruh sağlığını etkileyecek düzeyde olabilmektedir (23-26). Öte andan ateşli nöbet, diğer çocuk sağlığı konularına ve sorunlarına göre toplumda daha fazla deneyimlenmiş olan ve daha fazla kabul görmüş olan, süreci ve çocuk üzerindeki etkileri her ne kadar tüm detaylarıyla bilinmese de, sürece yönelik bilginin olduğu bir konudur (5, 19, 20). Bu nedenle, uzun süreli bir depresyon ya da ruh sağlığı bozukluğu olmasa da, kaygı ve endişeyi arttıran bir etkisi olabilir. Bizim çalışmamızda, durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeyleri ateşli nöbet geçiren çocukların bakım verenlerinde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek çıkmıştı. Fark analizleri ise durumluk kaygı farkları anlamlı olmasa da, sürekli kaygı düzeylerinin anlamlı derecede farklı olduğunu gösterdi. Ancak depresyon düzeyleri bakım verenlerde her iki grup içinde birbirine benzer bulundu. Ateşli nöbet geçirenler ile geçirmeyen çocukların bakım verenlerinin depresyon düzeyleri düşüktü. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonuç, literatür ile uyumlu olup, çocukların ateşli nöbet geçirme durumları bakım verenlerde her ne kadar anlamlı şekilde sürekli kaygı düzeyini arttırsa da, kalıcı şekilde depresyona sebep olmadığını ifade etmek mümkündür. Bir diğer yaklaşıma göre ise, depresyonun daha uzun sürede ortaya çıkabileceği, ileri zamanlarda da ölçüm yapılmasının faydalı olacağı öne

sürülebilir. Sürekli kaygı ile ilgili yapılan çalışmalarda, depresyona dönüşmesinin mümkün olduğu ve bunun için süreç gerektiği rapor edilmektedir. Buradan hareketle, aslında ateşli nöbet geçiren çocukların bakım verenlerinde kısa vadede sürekli stres artışı görülmekte olduğunu, uzun vadede ise depresyona dönüşme potansiyelinin yüksek olduğunu ifade etmek mümkündür.

Uyku kalitesi bakım verenlerde özellikle bakım verme süreciyle ilişkili olan, aynı zamanda bakım vermenin türü ve şekli ile de ilişkili olan bir durumdur. Ancak bu durum hemen ortaya çıkmayıp, uzun vadede daha belirgin hale gelebilir. Bizim çalışmamızda uyku kalitesi ateşli nöbet geçiren çocuklara bakım verenlerde daha düşüktü. Fakat bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Burada, ateşli nöbetin literatürdeki diğer bakım veren yüklerine kıyasla daha kısa sürmesinden kaynaklanan bir farklılığın olduğunu öne sürmek mümkündür. Buna ilave olarak, uyku kalitesi için daha fazla zamansal çalışmaya ve örnekleme ihtiyaç olduğu ifade edilebilir.

Çocukların uyku alışkanlıklarının da, bakım verenlerin uyku kaliteleri üzerinde etkisinin söz konusu olabilir. Genellikle uyku alışkanlığı kötü ya da olumsuz olan çocuklarda, ebeveyn ve ailelerde de, uyku kalitesi ve düzeni düşüktür(56). Bizim çalışmamızda, ateşli nöbet geçiren ve geçirmeyen çocukların çocuk uyku alışkanlıkları birbirine benzerdi ve her ne kadar kontrol grubunda uyku alışkanlık düzeyleri daha yüksek olsa da, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu durum, ateşli nöbetin etkisinin dışında, çocukların genel uyku düzeninin etkisinin olmadığını, araştırma sonuçlarına olası etkilerinin anlamlı düzeyde olmadığını göstermektedir. Diğer bir ifadeyle, hasta ve kontrol gruplarında benzer çocuk uyku alışkanlığı düzenleri söz konusu olup, çocuk uyku alışkanlıkları bakım verenlerde ilave bir uyku kalitesi farkına sebep olmamaktadır.

Çocuğun sahip olduğu bir sağlık sorunu, bakım veren ve ebeveynlerde belli bir strese sebep olmakta ve bu durum ise yaşam kalitesini düşürmektedir. Ancak sağlık sorununun büyüklüğü, şiddeti ve süresinin bakım verenlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkiyi değiştirdiğini ifade etmek mümkündür. Daha uzun süren, kronik ve kötü prognoza sahip

sağlık sorunlarında, bakım veren yükü daha fazla olacak ve bakım verenin yaşam kalitesi daha düşük olacaktır. Ancak daha akut ve kısa süren sağlık sorunlarında, bakım verende geçici stres olsa da, bunun yaşam kalitesi düşüşüne yol açması daha sınırlı olacaktır. Bizim çalışmamızda, ateşli nöbet geçiren çocukların bakım verenlerinde her ne kadar yaşam kalitesinin tüm boyutları daha düşük düzeyde yaşam kalitesini gösterse de, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu durum hem ateşli nöbetin diğer sağlık sorunlarına nispeten daha kısa süreli olmasıyla ya da örneklemin tek merkezli ve sınırlı olmasıyla ilişkili olabilir. Daha geniş örneklem ve çok merkezli çalışmalarla araştırma genişletilebilir.

Yaşam kalitesi sadece bireylerin fiziksel sağlık ve maddi değerleri ile değil, aynı zamanda ruh sağlıkları ve sahip oldukları sosyal çevre ile de ilişkilidir. Özellikle ruh sağlığını olumsuz etkileyen durumlarda, psikolojik sorunlarda ya da psikiyatrik hastalıklarda ve semptomlarında, bireylerin yaşam kaliteleri düşmektedir. Özellikle sürekli stres durumunda, yaşam kalitesinde çok ciddi düşüşler söz konusudur. Bizim çalışmamızda da, literatür ile uyumlu olarak, her iki grupta da, ateşli nöbet geçiren ve geçirmeyen çocukların bakım verenlerinde yaşam kalitesiyle stres arasında ilişki vardı (56, 61). Westin ve Levander (62) çalışmalarında, ateşli nöbet geçirme durumunun çocukların ailelerinde strese neden olduğunu rapor etmişlerdir. Pokharel ve ark (61) çalışmalarında, nöbet geçiren hastalarda hastaya bakım verenlerin psikolojik yükünün ve stres düzeyinin daha fazla olduğunu rapor etmiştir. Othman ve ark (56) çalışmalarında ateşli nöbet olan çocukların ailelerinde anksiyete düzeyinin anlamlı şekilde yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Bu ilişkinin altında yatan başka sebeplerin de araştırılması, bunun için ileri araştırmalar yapılması sayesinde, stresin ne düzeyde ateşli nöbet bakım verme durumundan kaynaklandığını ortaya koymak mümkün olabilir.

Uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki pek çok araştırmaya konu olsa da, aradaki ilişkinin etkisi, yönü, içeriği ve mekanizmasına yönelik pek çok farklı bakış açısı söz konusudur. Yaşam kalitesi yüksek olan bireylerde uyku kalitesi de daha yüksek olup, genellikle rahat ve yeterli uykuya sahip olan bireylerde günlük yaşamasal fonksiyonlar ve mental fonksiyonlar daha etkili olacağından, yaşam kalitesi uyku kalitesi ile birlikte

artmaktadır (63-65). Ancak bunun tersi de geçerli olup, uyku kalitesi yüksek olan bireylerde de, yaşam kalitesi buna bağlı olarak yüksek olacaktır. Bizim çalışmamızda, hasta grubunun PUKI puanlarıyla fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, emosyonel rol kısıtlamaları, enerji, mental sağlık ve sosyal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Kontrol grubunda ise PUKI ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, enerji, mental sağlık ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Bu bakımdan araştırma sonucunda ortaya çıkan sonuçlar ile literatür uyumlu olup, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi arasında doğrudan ilişki olduğunu ifade etmek mümkündür.

Çocuklu ailelerde, çocuğun uyku düzeni özellikle anne başta olmak üzere, ev içerisindeki uyku düzenini etkileyebilmektedir. Genellikle düzenli uyku saatine uyan ailelerde çocuk ile aile uyku düzeni uyum içerisinde olduğunda, yaşam kalitesi uyku kalitesine bağlı olarak yükselmektedir. Ancak aile ile çocuğun uyku düzeni ve saatlerinde uyumsuzluklar olduğu ya da uyku düzensizliği olan çocuklarda, ailelerin de uyku düzeni bozulacak ve bu durum yaşam kalitesine olumsuz yansıyacaktır (66-68). Rudd ve ark (67) çalışmalarında, anneler başta olmak üzere, ailedeki bireylerin uyku kaliteleri ile çocukların uyku düzenleri arasında ilişki olduğunu rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda kontrol grubunda ve hasta grubunda ÇUAA puanları ile yaşam kalitesinin tüm boyut puanları ve toplam puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bunun pek çok sebebi olabilmekle beraber, en önemli sebeplerin başında, her iki grupta da çocukların uyku düzenlerinin yüksek uyum içerisinde olması gelebilir. Diğer bir ifadeyle, her iki grupta da çocuklar uyumlu bir uyku düzenine sahipti.

Yaşam kalitesi algılanan bir kavram olduğundan ve algılar psikolojik bir süreç olduğundan, psikolojik sorun ya da semptomlar yaşam kalitesini de etkilemektedir. Genellikle ruh sağlığını etkileyen olumsuz hastalık durumu ya da semptomları, bireyler ve çevrelerinde ciddi yaşam kalitesi düşüşlerine sebep olabilmektedir (69-71). Bizim çalışmamızda, kontrol grubunda depresyon düzeyiyle SF36 yaşam kalitesinin genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, emosyonel rol kısıtlamaları, enerji, mental sağlık, sosyal

fonksiyon ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Hasta grubunda da depresyon düzeyiyle SF36 yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Elde edilen bu sonuçlar literatür ile uyumlu olup, depresyon semptomu yüksek olan bakım verenlerde yaşam kalitesi daha düşüktü(69-71). Bu sonuçlar, her iki grupta da, bakım verenlerin psikolojik ve mental anlamda literatür ile ve beklenti ile uyumlu yapıya sahip olduklarına işaret etmektedir.

Araştırmanın asıl problemi olan, ateşli nöbet ile uyku kalitesi arasındaki ilişki, her ne kadar şimdiye dek dolaylı çalışmalarla incelense de, çalışmamızdaki gibi kapsamlı olarak ele alan çalışmaya rastlanmamıştır (66-68). Ancak sağlık sorunları ve bakım veren yükü ile ilgili çalışmalar, hem bakım veren yükünün, hem de sağlık sorunlarının uyku kalitesini düşürdüğü yönündedir. Bizim araştırmamızda, febril konvülsiyon ile PUKİ, çocukluk uyku alışkanlıkları, durumluk kaygı, depresyon ve yaşam kalitesinin arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ancak febril konvülsiyon ile sürekli kaygı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardı. Dolayısıyla, ateşli nöbetin bakım verenlerde sürekli kaygıya neden olduğu araştırma sonuçlarına göre açıktır. Ancak bu sürekli kaygının uzun vadede uyku kalitesini ve psikolojik durumları etkileme durumu için zamana dayalı kohort çalışmalara ihtiyaç vardır.

Uyku kalitesini bu bakımdan incelediğimizde, uyku kalitesine etki eden psikolojik faktörler ve yaşam kalitesinin etkisine bakmak gerekir. Bizim çalışmamızda, kontrol grubunda PUKİ ile sürekli kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Hasta grubunda ise PUKİ ile durumluk kaygı ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Genelleştirilmiş hasta grubunda yapılan çok değişkenli analiz sonuçlarına göre PUKİ üzerinde depresyon düzeyinin etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı. Dolayısıyla kısa dönemde her ne kadar ateşli nöbet bakım veren üzerinde doğrudan uyku kalitesini etkilemese de, ateşli nöbet sonrası bakım verende istatistiksel olarak anlamlı şekilde sürekli kaygı artmakta ve sürekli kaygı ise anlamlı şekilde depresyonu

tetiklemektedir. Bu nedenle, her ne kadar kısa sürede ateşli nöbet geçiren çocuğa bakım verende uyku kalitesi düşmese de, uzun sürede etkisi olabilir.

Araştırma sonuçlarına bağlı olarak, ateşli nöbet geçiren çocukların bakım verenlerine ve özellikle ebeveynlerine psikolojik destek verilebilir. Bu sayede, ailelerin uzun dönemde sürekli kaygı düzeyleri ve bunun neticesinde depresyon düzeylerinin azalması mümkün olabilir. psikolojik destek sayesinde anne ve babalar çocuklarının sadece ateşli nöbetler esnasında değil, aynı zamanda ileri yaşamında da, sağlık sorunlarıyla baş etmede psikolojik anlamda daha güçlü bir hale gelebilirler.

Araştırmanın Limitasyonları

Araştırmanın en önemli limitasyonu, örneklem için gerekli hasta bulma güçlüğüdür. Bu nedenle düşük sayıda örneklem ile yürütülen çalışmamızın daha büyük örneklem ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Bunun dışında çalışmamız tek merkezde yürütülmüş bir çalışma olması nedeni ile çalışmaya hastanın dahil edilmesinde tek merkeze bağlı biasa neden olabilmektedir. Bu nedenle çalışmamızın sonuçlarını topluma genelleştirilemeyebilir. Bu amaçla çoklu merkezle yürütülen benzer tasarımlı çalışmaların yürütülmesi gerekmektedir. Genellikle küçük yaştaki çocuklarda bakım veren anneler olduğundan ve çocukların havale geçirmesi anneleri yüksek düzeyde kaygıya ittiğinden, ölçeklere ve araştırma anketine gönüllü katılım düzeyi oldukça düşüktür. Ancak bu durum araştırmanın özgün olmasına da sebebiyet vermektedir. Çalışmamız polikliniğe başvuran hastaları kapsadığından sonuçlarımız topluma dair verileri yansıtamayabilir.

Bir diğer önemli limitasyon ise uyku kalitesi ile ilgili çok fazla değişkenin olması ve psikolojik değişkenlerin her birini takip etmenin mümkün olmamasıdır. Buna ilave olarak araştırmada, kontrol değişkenleri de sınırlı tutulmuştur. Uyku kalitesini etkileyen farklı değişkenlerin de değerlendirmeye alınması amaçlandığında uygulanacak ölçek sayısı artarak, katılımcıların çalışmaya dair ilgi ve dikkatleri de azalmaktadır.

6. SONUÇLAR

Çalışma sonuçları, ateşli nöbet geçiren çocuklarda bakım verenlerde sürekli kaygı düzeyinin yüksek olduğunu ve bu durumun ateşli nöbet geçiren birisine bakım verme ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Diğer bir ifadeyle, bakım veren kişide sürekli kaygı belli bir düzeyde olsa bile, ateşli nöbet geçiren birisine bakım verme durumu, istatistiksel olarak anlamlı şekilde ateşli nöbet geçiren birisine bakım veren bireylerin bu sürekli kaygı düzeyini arttırmaktadır. Özellikle bakım verenlerin ebeveyn olması nedeniyle, bu etkinin önemli olduğunu ifade edilebilir. Çalışmada elde edilen sonuçları aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür:

- Ateşli nöbet geçiren çocukların demografik özellikleri arasında, bizim randomizasyon sonuçlarımıza göre doğum sırası hasta grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti. Bu durum daha geç sıradaki çocuklarda ateşli nöbetin daha yaygın olması ile ilişkili olabilir.
- Ateşli nöbet geçiren ve geçirmeyen çocukların laboratuvar değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da, genel olarak laboratuvar değerleri hasta grubunda daha yüksekti.
- Durumluk kaygısı ateşli nöbet geçiren çocukların bakım verenlerinde daha yüksek olsa da, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.
- Sürekli kaygı düzeyi ateşli nöbet geçiren çocukların bakım verenlerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti.
- Uyku kalitesi ateşli nöbet geçiren çocuklara bakım verenlerde daha düşük olsa da, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.
- Depresyon düzeyleri bakım verenlerde birbirine benzerdi ve ateşli nöbet geçirenler ile geçirmeyen çocukların bakım verenlerinin depresyon düzeyleri arasındaki fark anlamlı değildi.

- Ateşli nöbet geçiren ve geçirmeyen çocukların uyku alışkanlıkları birbirine benzerdi ve her ne kadar kontrol grubundaki çocukların uyku alışkanlıkları daha düzenli olsa da, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.
- Ateşli nöbet geçiren çocukların bakım verenlerinde her ne kadar yaşam kalitesinin tüm boyutları daha düşük düzeyde yaşam kalitesini gösterse de, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.
- Her iki grupta da, ateşli nöbet geçiren ve geçirmeyen çocukların bakım verenlerinde yaşam kalitesiyle stres arasında ilişki vardı.
- Hasta grubunun PUKI puanlarıyla fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, emosyonel rol kısıtlamaları, enerji, mental sağlık ve sosyal fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı.
- Kontrol grubunda PUKI ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, enerji, mental sağlık ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı.
- Kontrol grubunda ve hasta grubunda ÇUAA puanları ile yaşam kalitesinin tüm boyut puanları ve toplam puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi.
- Kontrol grubunda depresyon düzeyiyle SF36 yaşam kalitesinin genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, emosyonel rol kısıtlamaları, enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı.
- Hasta grubunda depresyon düzeyiyle SF36 yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları, ağrı, enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı.
- Febril konvülsiyon ile PUKİ, çocukluk uyku alışkanlıkları, durumluk kaygı, depresyon ve yaşam kalitesinin arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı

değildi. Ancak febril konvülziyon ile sürekli kaygı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardı.

- Kontrol grubunda PUKİ ile sürekli kaygı, depresyon ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı.
- Hasta grubunda PUKİ ile durumluk kaygı ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı. Genelleştirilmiş Lineer Model (Logit) sonuçlarına göre PUKİ üzerinde depresyon düzeyinin etkisi istatistiksel olarak anlamlıydı.



KAYNAKLAR (

1. Cao Y, Yang Z, Yu Y, Huang X. Physical activity, sleep quality and life satisfaction in adolescents: A cross-sectional survey study. *Front Public Health*. 2022;10:1010194. Published 2022 Dec 20. doi:10.3389/fpubh.2022.1010194
2. Barros MBA, Lima MG, Ceolim MF, Zancanella E, Cardoso TAMO. Quality of sleep, health and well-being in a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2019;53:82.
3. Matos G, Tufik S, Scorza FA (2011). Sleep, epilepsy and translational research: what can we learn from the laboratory bench doi: 10.1016/j. pneurobio.2011.09.006 PMID: 21964302.
4. Giorelli AS, Passos P, Carnaval T, Gomes Mda M.(2013) Excessive daytime sleepiness and epilepsy: a systematic review. *Epilepsy research and treatment*. doi: 10.1155/2013/629469 PMID: 24288600; PubMed Central PMCID: PMC3833197.
5. Subcommittee on Febrile Seizures; American Academy of Pediatrics. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011 Feb;127(2):389-94. doi: 10.1542/peds.2010-3318. PMID: 21285335.
6. Sajadi M, Khosravi S. Mothers' Experiences about Febrile Convulsions in Their Children: A Qualitative Study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2017 Jul;5(3):284-291. PMID: 28670589; PMCID: PMC5478749.
7. NIH (2011). Your Guide to Healthy Sleep. National Institute of Health.
8. Saygın M ve Özgüner, MF. (2020). Uykunun Mikro Yapısı ve Mimarisi. *Uyk. Bült./Slep Bult.*, 2020; 1 (1): 19-29.
9. Şahin L. ve Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 22(1) 93-98.

10. Lambrini, K., Petros, O., Ioanna, P., Konstantinos, K., Konstantinos, T., Christos, I., Areti, T. (2018). Sleep and Health: Role of Dopamine. InTech. doi: 10.5772/intechopen.79476
11. Gao Y, Chen X, Zhou Q, et al. Effects of Melatonin Treatment on Perioperative Sleep Quality: A Systematic Review and Meta-Analysis with Trial Sequential Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nat Sci Sleep*. 2022;14:1721-1736. Published 2022 Sep 24. doi:10.2147/NSS.S381918
12. Holder S, Narula NS. Common Sleep Disorders in Adults: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2022 Apr 1;105(4):397-405. PMID: 35426627.
13. Weir, K. (2022). Diagnosing And Treating Sleep Disorders. *Monitor on Psychology*, July/August 2022.
14. Sedgwick, P. M. (1998). Disorders of the sleep-wake cycle in adults. *Postgrad MedJ* 1998;74:134-138.
15. Chokroverty, S. Overview of sleep & sleep disorders, *Indian J Med Res* 131, February 2010, 126-140.
16. SHF (2022). Ten Common Sleep Disorders. Sleep Health Foundation.
17. Crivello A, P. Barsocchi, M. Girolami and F. Palumbo, "The Meaning of Sleep Quality: A Survey of Available Technologies," in *IEEE Access*, 2019, 7(1), 167374-167390.
18. Harvey AG, Stinson K, Whitaker KL, Moskowitz D, Virk H. The subjective meaning of sleep quality: a comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep*. 2008 Mar;31(3):383-93. doi: 10.1093/sleep/31.3.383. PMID: 18363315; PMCID: PMC2276747.
19. Capovilla G, Mastrangelo M, Romeo A, Vigeveno F. Recommendations for the management of "febrile seizures": Ad Hoc Task Force of LICE Guidelines Commission. *Epilepsia*. 2009 Jan;50 Suppl 1:2-6. doi: 10.1111/j.1528-1167.2008.01963.x. PMID: 19125841.
20. Verity, C. M. (2020). Febrile convulsions: a practical guide. Chapter 8.

21. Leung AK, Hon KL, Leung TN. Febrile seizures: an overview. *Drugs Context*. 2018 Jul 16;7:212536. doi: 10.7573/dic.212536. PMID: 30038660; PMCID: PMC6052913.
22. Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*.
23. Timur Ö, Gündüz N, Atlaş H, Turan H, Karaşahin Ö, Tasar PT, Binici DN. Burden, quality of life and coping strategies of palliative care patients' caregivers. *Ege Journal of Medicine / Ege Tıp Dergisi* 2021; 60: Supplement / Ek Sayı 1-9.
24. Settineri S, Rizzo A, Lotta M ve Mento C. Caregiver's Burden and Quality of Life: Caring for Physical and Mental Illness. *Int J. Psychol.Res*, 2014, 7(1), 30-39.
25. Putri YSE, Putra IGNE, Falahaini A, Wardani IY. Factors Associated with Caregiver Burden in Caregivers of Older Patients with Dementia in Indonesia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 29;19(19):12437.
26. Wilborn-Lee, B. (2015). The Effects of Stress and Burden on Caregivers of Individuals with a Chronic Illness. Walden University, College of Social and Behavioral Sciences.
27. Sharafi R, Hassanzadeh Rad A, Aminzadeh V. Circadian Rhythm and the Seasonal Variation in Childhood Febrile Seizure. *Iran J Child Neurol*. Summer 2017; 11(3):27-30.
28. Bonilla-Jaime, H.; Zeleke, H.; Rojas, A.; Espinosa-Garcia, C. Sleep Disruption Worsens Seizures: Neuroinflammation as a Potential Mechanistic Link. *Int. J. Mol. Sci.* **2021**, 22, 12531.
29. Assawabumrunkul, S., Chittathanaseth V ve Fangsaad, T. Efficacy of melatonin for febrile seizure prevention: A clinical trial study. *Neuroscience Informatics* 2(2022)100089
30. Flury T, Aebi C, Donati F. Febrile seizures and parental anxiety: does information help? *Swiss Med Wkly*. 2001 Sep 22;131(37-38):556-60. doi: 10.4414/smw.2001.09790. PMID: 11759176.

31. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliliği ve güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 7(2):107-115.
32. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF ve ark. (1978) *Cognitive Therapy of Depression*, New York: Guilford Pres, s. 229-256
33. Hisli N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
34. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. (2000) The Children's Sleep Habits Questionnaire: psychometric properties of a survey instrument for schoolaged children.doi:15:1043-1051.
35. Oner N, Le Compte A. (1985) *Durumluk-Sürekli kaygı envanteri elkitabı*, 20. Basım İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. s.3-5.
36. Hays, R. D., Wells, K. B., Sherbourne, C. D., Rogers, W., & Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of general psychiatry*, 52(1), 11-19.
37. Sherbourne C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 30(6):473-83. Epub 1992/06/11.
38. Demiral, Y., Ünal, B., Kılıç, B., Soysal, A., Bilgin, A. C., Uçku, R., & Theorell, T. (2007). İş stresi ölçeğinin İzmir Konak Belediyesi'nde çalışan erkek işçilerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(1), 11-18.
39. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fisek G ve ark.(1999). Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*.
40. Schmickler JM, Blaschke S, Robbins R, Mess F. Determinants of Sleep Quality: A Cross-Sectional Study in University Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2019. Published 2023 Jan 23. doi:10.3390/ijerph20032019
41. Liao W, Liu X, Kang N, et al. Independent and combined effects of sleep quality and night sleep duration on health-related quality of life in rural areas: a large-scale

- cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2022;20(1):31. Published 2022 Feb 21. doi:10.1186/s12955-022-01936-8
42. Sejbuk M, Mironczuk-Chodakowska I, Witkowska AM. Sleep Quality: A Narrative Review on Nutrition, Stimulants, and Physical Activity as Important Factors. *Nutrients*. 2022;14(9):1912. Published 2022 May 2. doi:10.3390/nu14091912
 43. Jiménez-Vaquero C, Alonso-Dominguez R, Garcia-Yu IA, et al. Analysis of the determinants of sleep quality in a Spanish population: a study protocol for a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023;13(3):e069444. Published 2023 Mar 8. doi:10.1136/bmjopen-2022-069444
 44. Nsengimana A, Mugabo E, Niyonsenga J, et al. Sleep quality among undergraduate medical students in Rwanda: a comparative study. *Sci Rep*. 2023;13(1):265. Published 2023 Jan 6. doi:10.1038/s41598-023-27573-9
 45. St-Onge MP, Zuraikat FM, Neilson M. Exploring the Role of Dairy Products In Sleep Quality: From Population Studies to Mechanistic Evaluations. *Adv Nutr*. 2023;14(2):283-294. doi:10.1016/j.advnut.2023.01.004
 46. Ding P, Li J, Chen H, Zhong C, Ye X, Shi H. Independent and joint effects of sleep duration and sleep quality on suboptimal self-rated health in medical students: A cross-sectional study. *Front Public Health*. 2022;10:957409. Published 2022 Oct 6. doi:10.3389/fpubh.2022.957409
 47. Hwang JH, Park SW. The relationship between poor sleep quality measured by the Pittsburgh Sleep Quality Index and smoking status according to sex and age: an analysis of the 2018 Korean Community Health Survey. *Epidemiol Health*. 2022;44:e2022022. doi:10.4178/epih.e2022022
 48. Lucchini M, O'Brien LM, Kahn LG, et al. Racial/ethnic disparities in subjective sleep duration, sleep quality, and sleep disturbances during pregnancy: an ECHO study. *Sleep*. 2022;45(9):zsac075. doi:10.1093/sleep/zsac075

49. Wilson K, St-Onge MP, Tasali E. Diet Composition and Objectively Assessed Sleep Quality: A Narrative Review. *J Acad Nutr Diet.* 2022;122(6):1182-1195. doi:10.1016/j.jand.2022.01.007.
50. Johnson DA, Javaheri S, Guo N, et al. Objective Measures of Sleep Apnea and Actigraphy-Based Sleep Characteristics as Correlates of Subjective Sleep Quality in an Epidemiologic Study: The Jackson Heart Sleep Study. *Psychosom Med.* 2020;82(3):324-330. doi:10.1097/PSY.0000000000000778
51. Christensen KJ, Dreier JW, Skotte L, et al. Seasonal Variation and Risk of Febrile Seizures: A Danish Nationwide Cohort Study. *Neuroepidemiology.* 2022;56(2):138-146. doi:10.1159/000522065
52. Eilbert W, Chan C. Febrile seizures: A review. *J Am Coll Emerg Physicians Open.* 2022;3(4):e12769. Published 2022 Aug 23. doi:10.1002/emp2.12769
53. Sawires R, Buttery J, Fahey M. A Review of Febrile Seizures: Recent Advances in Understanding of Febrile Seizure Pathophysiology and Commonly Implicated Viral Triggers. *Front Pediatr.* 2022;9:801321. Published 2022 Jan 13. doi:10.3389/fped.2021.801321
54. Offringa M, Newton R, Nevitt SJ, Vraha K. Prophylactic drug management for febrile seizures in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;6(6):CD003031. Published 2021 Jun 16. doi:10.1002/14651858.CD003031.pub4
55. Dreier JW, Li J, Sun Y, Christensen J. Evaluation of Long-term Risk of Epilepsy, Psychiatric Disorders, and Mortality Among Children With Recurrent Febrile Seizures: A National Cohort Study in Denmark. *JAMA Pediatr.* 2019;173(12):1164-1170. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3343
56. Othman A, Razak SA, Nasir A, Ghazali AK, Mohd Radzi MAR. Depressive, Anxiety, and Stress Symptoms in Parents of Children Being Admitted for Febrile Seizures in a Tertiary Hospital in the East Coast of Malaysia. *Eur J Investig Health Psychol Educ.* 2023;13(6):1015-1025. Published 2023 Jun 9. doi:10.3390/ejihpe13060077.

57. Yi Y, Zhong C, Wei-Wei H. The long-term neurodevelopmental outcomes of febrile seizures and underlying mechanisms. *Front Cell Dev Biol.* 2023;11:1186050. Published 2023 May 25. doi:10.3389/fcell.2023.1186050.
58. Rice SA, Müller RM, Jeschke S, et al. Febrile seizures: perceptions and knowledge of parents of affected and unaffected children. *Eur J Pediatr.* 2022;181(4):1487-1495. doi:10.1007/s00431-021-04335-1.
59. Tiwari A, Meshram RJ, Kumar Singh R. Febrile Seizures in Children: A Review. *Cureus.* 2022;14(11):e31509. Published 2022 Nov 14. doi:10.7759/cureus.31509.
60. Kariuki SM, Abubakar A, Stein A, Marsh K, Newton CRJC. Prevalence, causes, and behavioral and emotional comorbidities of acute symptomatic seizures in Africa: A critical review. *Epilepsia Open.* 2017;2(1):8-19. Published 2017 Jan 24. doi:10.1002/epi4.12035
61. Pokharel R, Poudel P, Lama S, Thapa K, Sigdel R, Shrestha E. Burden and Its Predictors among Caregivers of Patient with Epilepsy. *J Epilepsy Res.* 2020 Jun 30;10(1):24-30.
62. Westin E, Sund Levander M. Parent's Experiences of Their Children Suffering Febrile Seizures. *J Pediatr Nurs.* 2018 Jan-Feb;38:68-73. doi: 10.1016/j.pedn.2017.11.001. Epub 2017 Nov 11.
63. Wu S, Wu C, Wang X, Fei W, Fu Y. Mediating effect of circadian rhythm between work stress and sleep quality in Chinese shift-working nurses: A cross-sectional survey. *Nurs Open.* 2023;10(2):560-569. doi:10.1002/nop2.1322.
64. Cudney LE, Frey BN, McCabe RE, Green SM. Investigating the relationship between objective measures of sleep and self-report sleep quality in healthy adults: a review. *J Clin Sleep Med.* 2022;18(3):927-936. doi:10.5664/jcsm.9708
65. Gorgoni M, Scarpelli S, Mangiaruga A, et al. Pre-sleep arousal and sleep quality during the COVID-19 lockdown in Italy. *Sleep Med.* 2021;88:46-57. doi:10.1016/j.sleep.2021.10.006

66. Hoyniak CP, Bates JE, McQuillan ME, et al. The Family Context of Toddler Sleep: Routines, Sleep Environment, and Emotional Security Induction in the Hour before Bedtime. *Behav Sleep Med.* 2021;19(6):795-813. doi:10.1080/15402002.2020.1865356
67. Rudd BN, Holtzworth-Munroe A, D'Onofrio BM, Waldron M. Parental relationship dissolution and child development: the role of child sleep quality. *Sleep.* 2019;42(2):zsy224. doi:10.1093/sleep/zsy224.
68. Yuwen W, Chen ML, Cain KC, Ringold S, Wallace CA, Ward TM. Daily Sleep Patterns, Sleep Quality, and Sleep Hygiene Among Parent-Child Dyads of Young Children Newly Diagnosed With Juvenile Idiopathic Arthritis and Typically Developing Children. *J Pediatr Psychol.* 2016;41(6):651-660. doi:10.1093/jpepsy/jsw007.
69. Gyori D, Farkas BF, Horvath LO, et al. The Association of Nonsuicidal Self-Injury with Quality of Life and Mental Disorders in Clinical Adolescents-A Network Approach. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):1840. Published 2021 Feb 14. doi:10.3390/ijerph18041840
70. Jafari A, Nejatian M, Momeniyan V, Barsalani FR, Tehrani H. Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):499. Published 2021 Oct 12. doi:10.1186/s12888-021-03507-5
71. Tsigebrhan R, Fekadu A, Medhin G, Newton CR, Prince MJ, Hanlon C. Comorbid mental disorders and quality of life of people with epilepsy attending primary health care clinics in rural Ethiopia. *PLoS One.* 2021;16(1):e0238137. Published 2021 Jan 20. doi:10.1371/journal.pone.0238137.
72. AASM. (2019). International Classification of Sleep Disorders (Third Edition). American Academy of Sleep Medicine.
73. Broadbent, L. Sleep: A basic introduction into the neuroscience of sleep and the effects of sleep deprivation on health, safety and wellbeing, 2022. ~~GradIOSH, DipNEBOSH.~~

74. Maltseva, M., Schubert-Bast, S., Zöllner, J.P. *et al.* Sleep quality, anxiety, symptoms of depression, and caregiver burden among those caring for patients with Dravet syndrome: a prospective multicenter study in Germany. *Orphanet J Rare Dis* **18**, 98 (2023).



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Fatma Damla KURT

Öğrenim Bilgisi:

İdari Görevler:

Ulusal Yayın ve Etkinlikler

Kurt, F.D., Can, D. (2021) Tedaviye Dirençli Ağır Astım Atağının Ayırıcı Tanısında Pnömomediastinum 65. Türkiye Milli Pediatri Kongresi 3-7 Kasım 2021 Poster Sunumu.

EKLER

Ek 1: Anket Formu

Hasta olgu formu

HASTA ADI SOYADI
PROTOKOL NO
CİNSİYET
DOĞUM TARİHİ
DOĞUM ŞEKLİ
DOĞUM HAFTASI
DOĞUM KİLOSU
IVF / SPONTAN
DOĞUM SIRASI

BOY
KİLO
HORLAMA

KRONİK HASTALIK
TANI ALMA YAŞI

OPERASYON

HMG SAYISI
MCV
NÖTROFİL
LENFOSİT
FERRİTİN

TOPLAM FEBRİL KONV SAYISI
HANGİ ATEŞ DERECEŚİ
AİLEDE NÖROLOJİK HASTALIK
NÖROLOJİK GELİŞİM BASAMAKLARI

Gülümseme

Desteksiz oturma

Yürüme

UYKU
ANNE İLE UYUMA
GECE UYANIYOR MU
GECE AĞLAYARAK UYANMA
YATAK ODASINI KİMSEYLE PAYLAŞIYOR MU? (ANNE, KARDEŞ?)

(Okulöncesi ve Okul çağı çocukları için)

Aşağıdaki cümleler çocuğunuzun uyku alışkanlıklarını ve uykuyla ilişkili muhtemel zorluklarını içermektedir. Geçen haftayı düşünerek bu sorulara cevap veriniz. Eğer geçtiğimiz hafta bir nedenle (çocuğunuzun ateşli bir enfeksiyonu olmuş olabilir ve iyi uyuyamamış olabilir ya da örneğin taşınma ya da tadilat nedeniyle ev yaşantınızda düzen değişikliği yaşanmış olabilir) her zamanki yaşantı düzeninizden farklı geçti ise o zaman normal düzeninizde yaşadığınız en son haftayı düşünerek soruları yanıtlayınız.

Eğer bir durum haftada 5-7 kez oluyorsa GENELLİKLE, 2-4 kez oluyorsa BAZEN, 1 kez oluyor ya da hiç olmuyorsa NADİREN şeklinde cevap veriniz.

Yatma Zamanı

Çocuğunuzun yatış saatini yazınız: _____

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
1) Yatağa her gece aynı saatte gider*	☐	☐	☐
2) Yattıktan sonra 20 dakika içinde uykuya dalar*	☐	☐	☐
3) Kendi başına yatağında uykuya dalar*	☐	☐	☐
4) Anne-babasının ya da kardeşinin yatağında uykuya dalar	☐	☐	☐
5) Uykuya dalarken anne-babasının odada olması gerekir	☐	☐	☐
6) Yatma saatinde mücadele eder (ağlar, yatakta durmak istemez vs)	☐	☐	☐
7) Karanlıkta uyumaktan korkar	☐	☐	☐
8) Yalnız başına uyumaktan korkar	☐	☐	☐

Uyku Davranışı

Çocuğunuzun her günlük genel uyku miktarı: _____ saat, _____ dakika
(gece uykusu ile gün içindeki uyku miktarının toplamı)

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
9) Çok az uyur	☐	☐	☐
10) Yeterli miktarda uyur*	☐	☐	☐
11) Her gün aynı miktarda uyur*	☐	☐	☐
12) Gece yatağını ıslatır	☐	☐	☐
13) Uykusunda konuşur	☐	☐	☐
14) Uyku sırasında huzursuzdur ve çok hareket eder	☐	☐	☐
15) Gece uykusunda yürür	☐	☐	☐
16) Gece başkasının yatağına gider (anne-babasının, kardeşlerinin vs)	☐	☐	☐
17) Uykuda dış gıcırdatır (dış hekimi de bunu size söylemiş olabilir)	☐	☐	☐
18) Yüksek sesle horlar	☐	☐	☐
19) Uyku sırasında sanki nefes alması duruyor gibidir	☐	☐	☐
20) Uyku sırasında kesik kesik nefes alır, burnundan horultuyla nefes alıp verir	☐	☐	☐
21) Ev dışında bir yerde uyumakta sorun yaşar (akrabalarda, yada gezide)	☐	☐	☐
22) Gece uykudan bağıarak uyanır, terlemiştir, sakinleştirilemez	☐	☐	☐

23) Korkutucu bir rüya nedeniyle telaşla uyanır

☐☐☐

Gece Uykudan Uyanma

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
24) Uykuda bir kez uyanır	☐	☐	☐
25) Uykuda bir kereden fazla uyanır	☐	☐	☐

Gece uyandığında kaç dakika uyanık kaldığını yazınız: _____

Sabah Uykudan Kalkma/ Gündüz Uykululuk Hali

Sabahları genelde uyandığı saati yazınız: _____

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
26) Sabah kendiliğinden uyanır*	☐	☐	☐
27) Keyifsiz bir şekilde uyanır	☐	☐	☐
28) Çocuğu yetişkinler ya da kardeşleri uyandırır	☐	☐	☐
29) Sabahları yataktan çıkmakta zorlanır	☐	☐	☐
30) Sabahları uyanıp ayılması uzun zaman alır	☐	☐	☐
31) Sabahları yorgun görünür	☐	☐	☐

Aşağıda belirtilen durumlarda çok uykusu gelir ya da uyuyakalır:

	1 Uykusu gelmez	2 Çok uykusu gelir	3 Uyuyakalır
32) Televizyon seyrederken	☐	☐	☐
33) Arabada yolculuk ederken	☐	☐	☐

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6** (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13** (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

- (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.



Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKi)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.

Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- 4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- 5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?
- | | Haftada | Hiç | 1'den az | 1 - 2 kez | 3'ten Çok |
|---|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a | 30 dakika içinde uykuya dalamadınız | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| b | Gece yarısı veya sabah erkenden uyanınız | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| c | Tuvalete gittiniz | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| d | Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| e | Aşırı derecede üşüdünüz | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| f | Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| g | Kötü rüyalar gördünüz | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| h | Ağrı duyduunuz | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| i | Diğer nedenler | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| j | Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
- 6 Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.
- ☐0 Çok iyi ☐1 Oldukça iyi ☐2 Oldukça kötü ☐3 Çok kötü
- 7 Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?
- ☐0 Hiç ☐1 Haftada 1'den az ☐2 Haftada 1 - 2 kez ☐3 Haftada 3'ten çok
- 8 Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
- ☐0 Hiç ☐1 Haftada 1'den az ☐2 Haftada 1 - 2 kez ☐3 Haftada 3'ten çok
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
- ☐0 Hiç problem oluşturmadı ☐2 Bir dereceye kadar problem oluşturdu
- ☐1 Yalnızca çok az bir problem oluşturdu ☐3 Çok büyük bir problem oluşturdu
- 10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?
- ☐0 Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok ☐2 Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
- ☐1 Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var ☐3 Partner aynı yatakta
- 11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun.
- | | Haftada → | Hiç | 1'den az | 1 - 2 kez | 3'ten çok |
|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a | Gürültülü horlama | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| b | Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| c | Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| d | Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| e | Diğer huzursuzluklarınız: | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |

Adınız Soyadınız: _____

Hasta # _____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel

Çok iyi

İyi

Orta (fena değil)

Kötü

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi

Bir yıl öncesinden biraz iyi

Hemen hemen aynı

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü

Bir yıl öncesinden çok daha kötü

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınızdaki bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb

Evet, çok kısıtlı

Evet, biraz kısıtlı değil

Hayır, hiç kısıtlı

b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, hafif sporlara katılma vb

elektrikli süpürgeyi itme,

c)Ağır kaldırma ve yük taşıma

d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma

e)Tek bir merdiven basamağını çıkma

f)Öne eğime, çömelme veya diz çökme

g)İki kilometreden çok yürüme

h)Bir kilometre yürüme

i)100 metre yürüme

j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme

4-Son 4 hafta içinde

çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden

herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

Evet Hayır

a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?

b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?

c)Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?

d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

Evet Hayır

a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?

b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?

c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç etkilemedi

Çok az

Orta derecede

Epeyce

Çok fazla

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç olmadı

Çok az

Az

Orta derecede

Çok

Pek çok

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Hiç etkilemedi

Biraz etkiledi

Orta derecede etkiledi

Epey etkiledi

Çok etkiledi

GENEL SAĞLIK

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

Kesinlikle doğru
Çoğunluk
Emin
değilim

Çoğunluk
la yanlış

Kesinlikle
yanlış

- a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum
- b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım
- c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum
- d)Sağlığım mükemmel

DUYGULARINIZ

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

Sürekli

Çoğu
zaman

Epey
zaman

Bazen

Ara
sıra

Hiç bir
zaman

- a)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?

b)Çok sinirli biri mi oldunuz?

c)Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi

hissettiğiniz ve

hiçbir şeyin moralinizi

düzeltemeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?

d)Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?

e)Çok enerjik oldunuz mu?

f)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?

g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?

h)Mutlu bir insan oldunuz mu?

i)Yorgunluk hissettiniz mi?

j)Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?

(arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)

Yorum:



STAI FORM TX – I

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hİ Ç	Bİ R A -	Ç O -	T A M A M İY r
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

		He me hi n ç b he ir me za n m an	Ba ze n	Ç ok za m an	He me n he za ma r n
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 2: Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.08.2023-E.285306



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :E-11811414-050.03-285306
Konu :Etik Kurul Karar Formu

21.08.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Kurulumuz tarafından kayıtlarımıza uygun olarak düzenlenen Karar Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Ziya İLHAN
Kurul Başkanı

Ek:Etik Kurul Karar Formu (1 Adet)

Dağıtım:
Dr. Öğr. Üyesi İpek DOKUREL ÇETİN
Arş. Gör. Dr. Fatma Damla KURT

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSFL6CZSLK Pin Kodu :25982

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/balikesir-universitesi-ebys>

Adres:Balıkesir Üniversitesi Rektörlüğü Çağış Yerleşkesi 10145 BALIKESİR

Telefon:2666121400 Faks:2666121412

Web:<http://www.balikesir.edu.tr>

Kep Adresi:balikesiruniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Volkan Koç

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni

Tel No: 2666121400-101517





T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Ateşli Havalenin Hastalarda ve Bakım Verenlerde Uyku Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Balıkesir Üniversitesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir
	TELEFON	(0266) 612 14 18
	FAKS	(0 266) 612 14 17
	E-POSTA	sb.etikkurulu@balikesir.edu.tr
KARAR BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Uzm.Dr. İpek DOKUREL ÇETİN
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
	VARSA İDARİ SORUMLU ÜNVANI, ADI-SOYADI	-
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ (TÜBİTAK vb kaynaklardan destek alanlar için) ÜNVANI, ADI-SOYADI	-
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Arş.Gör. Fatma Damla KURT BAÜN Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Kesitsel Tipte Araştırma
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023/52	Tarih: 13/06/2023
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN BULUNMUŞ olup usulüne uygun gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik sakınca OLMADIĞINA oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmanın tüm süreçlerinde ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden gereken izinlerin alınmasından araştırmacılar sorumludur.	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı	Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma ile İlişkisi		İm
			VAR	YOK	
Prof. Dr.	Ziya İLHAN	Başkan		X	
Prof. Dr.	Funda GÜLCÜ BULMUŞ	Başkan Yrd.		X	
Prof. Dr.	Figen EŞMELİ	Üye		X	
Doç. Dr.	Özkan IŞIK	Üye		X	
Doç. Dr.	Celalettin ÇEVİK	Sözcü		X	
Dr.Öğr.Üyesi	Emrah ÖZCAN	Üye		X	KATILMADI
Av.	Serhat AKBAŞ	Üye		X	KATILMADI