



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA ARAşTIRMA MERKEZİ

ÇOCUK SAĞLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ

ÇOCUK ACİL SERVİSE FEBRİL KONVÜLZİYON
NEDENİYLE BAşVURAN HASTALARIN EBEVEYNLERİNİN
DENEYİMLERİ: KALİTATİF ALIşMA

Dr. Fatma KARCIOğLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA ARAşTIRMA MERKEZİ

ÇOCUK SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ

ÇOCUK ACİL SERVİSE FEBRİL KONVÜLZİYON
NEDENİYLE BAşVURAN HASTALARIN EBEVEYNLERİNİN
DENEYİMLERİ: KALİTATİF ALIşMA

Dr. Fatma KARCIOğLU

Tez Danışmanı
Doç. Dr. İlknur FİDANCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince deneyimlerinden ve bilgilerinden faydalandığım başta pediatri eğitim sorumlum Prof. Dr. M. Ayşin TAŞAR ve idari sorumlum Doç. Dr. Arzu YILMAZ'a

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tezimin planlanması ve yürütülmesi sırasında bilgi ve katkılarıyla bana yol gösteren, tezimin her aşamasında sabrını ve desteğini esirgemeyen, çok değerli tez danışmanım Doç. Dr. İlknur FİDANCI'ya,

Bilgi, yardım ve deneyimleriyle tez sürecimde büyük emekleri olan Doç. Dr. Hilal AKSOY, Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER ve Doç. Dr. İzzet FİDANCI'ya

Eğitimimiz boyunca kahrımızı çeken başasistanımız Uzm. Dr. A. Esra TAPÇI'ya

Üniversite hayatımın ilk gününden itibaren her zaman yanımda olan ve dostluğunu esirgemeyen, aynı zamanda eşkıdemim Dr. Sıla ÇAMUR'a,

Çocukluğum, canım arkadaşım, dostum Neslihan TURGUL'a

Asistanlık sürecimin bana kazandırdığı, kendileriyle çalışmaktan büyük keyif aldığım canım arkadaşlarım Dr. Perihan Anıl KASAR, Dr. Hasret TEKİN, Dr. Reyhan DEMİRTAŞ, Dr. Ayşenur ÜNLÜ, Dr. Maidenur SERT, Dr. Edanur ACAREL, Dr. Meltem GÜNALAY'a

Asistanlığım süresince aynı çalışma ortamını paylaştığım hocalarım, uzman arkadaşlarım, asistan arkadaşlarım ve hemşire arkadaşlarım ile tüm sağlık personeline,

Bugün bulunduğum yere gelmemde büyük emekleri olan, bu yolda her türlü fedakârlığı ve desteği gösteren, beni hiç yalnız bırakmayan başta annem ve babam Yeter ESEROĞLU ve Şeref ESEROĞLU, hayatın bana en güzel hediyesi ablam Aysun ESEROĞLU ve abim Ender Burak ESEROĞLU'ya,

Hayatımı paylaştığım yol arkadaşım, zorlu asistanlık sürecinde hep yanımda olan, sevgisini ve desteğini her daim hissettiren sevgili eşim Feyyaz KARCIOĞLU'ya,

Asistanlık sürecimde aramıza katılan biricik oğlumuz, Erdem KARCIOĞLU'ya

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
ÖZET	viii
ABTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ATEŞ	3
2.2. SICAKLIK ÖLÇÜM YERİ VE YÖNTEMİ.....	3
2.3. ATEŞ FOBİSİ	3
2.4. FEBRİL KONVÜLZİYON.....	4
2.4.1. Febril Konvülziyon Görölme Sıklığı	4
2.4.2. Risk Faktörleri	4
2.4.2.1. Yüksek Ateş.....	4
2.4.2.2. Enfeksiyon.....	5
2.4.2.3. Genetik Yatkınlık.....	5
2.4.2.4. Diğerleri	6
2.4.3. Klinik Özellikler	6
2.4.3.1. Basit Febril Konvülziyon	7
2.4.3.2. Komplike Febril Konvülziyon	7
2.4.4. Ayırıcı Tanı.....	7
2.4.5. Tanısal Değerlendirme.....	8
2.4.5.1. Öykü.....	9

2.4.5.2. Fizik Muayene	9
2.4.5.3. Lomber Ponksiyon	10
2.4.5.4. Diğer Laboratuvar Testler	10
2.4.5.5. Nörogörüntüleme	11
2.4.5.6. Elektroensefalografi	11
2.4.5.7. Genetik Testler	11
2.4.6. Yönetim	12
2.4.6.1. Acil Yaklaşım ve Tedavi	12
2.4.6.2. Hastane Öncesi Tedavi	12
2.4.6.3. Taburcu Edilme Durumu	12
2.4.6.4. Nörolojik Sonuçlar	13
2.4.6.5. Febril Konvülziyon Sonrası Epilepsi	13
2.4.6.6. Epilepsi Gelişme Riskinde Elektroensefalogram Rolü	13
2.4.6.7. Mortalite	14
2.5. KALİTATİF ARAŞTIRMALAR.....	14
2.5.1. Kalitatif Araştırmanın Tanımı	14
2.5.2. Kantitatif Araştırmalardan Farkı.....	15
2.5.3. Kalitatif Çalışma Modelleri	16
2.5.3.1. Fenomenoloji.....	16
2.5.3.2. Etnografi	16
2.5.3.3. Gömülü Teori	17
2.5.3.4. Vaka Çalışması	18
2.5.4. Kalitatif Veri Toplama Yöntemleri	18
2.5.4.1. Bireysel Röportajlar	18
2.5.4.2. Odak Gruplar.....	19
2.5.4.3. Gözlem	19

2.5.4.4. Kalitatif Çalışma Analizi	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. ÖRNEKLEM SEÇİMİ	21
3.2. DAHİL EDİLME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	21
3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	21
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	21
3.5. VERİLERİN ANALİZİ.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA	66
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
KAYNAKÇA	85
ÖZGEÇMİŞ.....	91
EKLER.....	92
EK-1: ETİK KURUL ONAYI.....	92
EK-2: TEZ KONUSU ONAY FORMU.....	93
EK-3: KODLAR SİSTEMİ	95

KISALTMALAR

AAP	: Amerikan Pediatri Akademisi
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CMV	: Sitomegalovirüs
EEG	: Elektroensefalogram
FK	: Febril Konvüziyon
GABA	: Gama Amino Butirik Asit
GEFS+	: Genetik Epilepsi Febril Konvülziyonlar Artı
HHV-6	: İnsan Herpes virüs -6
HHV-7	: İnsan Herpes virüs -7
HİB	: Haemophilus influenzae tip b
HSV	: Herpes Simpleks Virüsü
LP	: Lomber Ponksiyon
M.Ö.	: Milattan Önce
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
RSV	: Respiratuar Sinsityal Virüs

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Sosyodemografik özellikler	23
Tablo 4.2. Ebeveynlerin çocuklarına ait sağlık bilgileri	24
Tablo 4.3. Kategorilerin temalar altındaki dağılımı	25



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Farkındalık teması kategoriler ve kodlar dağılımı	26
Şekil 4.2. İçsel farkındalık kategorisi kodlar dağılımı	27
Şekil 4.3. Nöbet farkındalığı kategorisi kodlar dağılımı.....	29
Şekil 4.4. Tutum teması kategoriler ve kodlar dağılımı	31
Şekil 4.5. Bilişsel tutum kategorisi kodlar dağılımı.....	32
Şekil 4.6. Davranışsal tutum kategorisi kodlar dağılımı	34
Şekil 4.7. Duygusal tutum kategorisi kodlar dağılımı	36
Şekil 4.8. Bilgi teması kategori ve kodlar dağılımı.....	37
Şekil 4.9. Bilgi kaynakları kategorisi kodlar dağılımı	40
Şekil 4.10. Öykü teması kategori ve kodlar dağılımı.....	41
Şekil 4.11. Nöbet öyküsü kategorisi kodlar dağılımı	43
Şekil 4.12. Davranış teması kategori ve kodlar dağılımı	44
Şekil 4.13. Nöbet esnasındaki davranış kategorisi kodlar dağılımı	46
Şekil 4.14. İnanç teması kodlar dağılımı.....	48
Şekil 4.15. Duygu teması kategoriler ve kodlar dağılımı	49
Şekil 4.16. Şaşkınlık kategorisi kodlar dağılımı	50
Şekil 4.17. Pişmanlık kategorisi kodlar dağılımı	51
Şekil 4.18. Güven kategorisi kodlar dağılımı	52
Şekil 4.19. Çaresizlik kategorisi kodlar dağılımı	54
Şekil 4.20. Kaygı kategorisi kodlar dağılımı	55
Şekil 4.21. Rahatlama kategorisi kodlar dağılımı.....	57
Şekil 4.22. Panik kategorisi kodlar dağılımı.....	59
Şekil 4.23. Korku kategorisi alt kategoriler ve kodlar dağılımı.....	60
Şekil 4.24. Ebeveyne ait korku kategorisi kodlar dağılımı	61
Şekil 4.25. Çocuğa dair korku kategorisi kodlar dağılımı	63

ÖZET

Giriş ve Amaç: Febril konvülziyon, intrakranial enfeksiyonu ve metabolik bozukluğu olmayan, daha önce afebril konvülziyon geçirmemiş, 6 ay ile 60 ay arası çocuklarda ateşli dönemde oluşan, çocukluk çağı nöbetleri olarak tanımlanmıştır. İyi prognozuna rağmen geçirilen febril konvülziyon, hasta yakınlarında ciddi endişeye yol açmakta ve acil servislere sık başvuru nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Febril konvülziyon sonrasında, ailelerde ciddi anksiyete oluşmaktadır. Ailelerde, oluşan anksiyete sonrası aile içi ilişkileri etkilenmekte ve bireylerde psikolojik, bilişsel ve bedensel sorunlar ortaya çıkmaktadır. Araştırmamızla, febril konvülziyon geçiren hastaların ebeveynlerinin deneyimlerinin, kaygılarının araştırılması, karşılaştıkları zorlukların daha iyi anlaşılması, böylece konvülziyon hakkında ebeveynlere verilen bilgilerin etkinliğinin artırılması, bu durumla daha iyi başa çıkmalarına yönelik ebeveyn-sağlık çalışanı arasındaki ilişkinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda toplumda ender görülen olayların ve olguların, bütüncül bir şekilde ve derinlemesine araştırılmasına olanak sağlayan kalitatif araştırma yöntemi kullanılmıştır. Çalışmamız Nisan 2024-Temmuz 2024 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniği'ne başvuran febril konvülziyon geçiren 0-5 yaş çocukların ebeveynleriyle yüz yüze yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yoluyla toplandı. Katılımcılara birinci bölümde sosyodemografik bilgilerini ve genel özelliklerini değerlendiren 9 soru anket yöntemiyle, ikinci bölümde ise febril konvülziyon hakkında deneyimlerini değerlendiren 20 soru yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle yöneltildi. Analiz basamaklarında MAXQDA 2024 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamızda 20 ebeveyn ile görüşme yapıldı. Görüşme yapılan ebeveynlerden dördü babaydı. Ebeveynlerin yaş aralığı 24-43 yıl idi. Başvuran hastalar daha önce ateşsiz konvülziyon geçirmemişti ve ek hastalıkları da bulunmuyordu. Kalitatif analiz sonuçları incelendiğinde katılımcıların araştırma konusundaki görüşlerinin 7 majör kategoride kümelendiği görüldü: farkındalık, tutum, bilgi, öykü, davranış, inanç, duygu. Duygu teması bu çalışmanın odağını oluşturmaktaydı. Ailelerin febril konvülziyon ile ilgili ölüm korkusu veya sakatlık

korkusu gibi anksiyeteleri olduğu görüldü. Bilgi eksikliğinden dolayı birçok ailenin kararsız ve belirsiz oldukları veya yanlış müdahale ettikleri saptandı.

Sonuç: Çalışmamız ailelerin anksiyetelerinin daha çok bilgi eksikliğinden kaynakladığını tespit etmiş olup, ailelere yönelik kapsamlı eğitimlerin ve bilgi desteklerinin sağlanması, bilişsel tutumları güçlendirmek ve konvülziyon yönetimini daha bilinçli şekilde gerçekleştirmek adına kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Febril konvülziyon, çocuk acil, ebeveyn, deneyim, kalitatif çalışma, anksiyete



ABSTRACT

Introduction and Objective: Febrile convulsions are defined as childhood seizures that occur during febrile period in children between the ages of 6 months and 60 months who do not have intracranial infection and metabolic disorders and who have not had febrile seizures before. Despite its good prognosis, it worries the relatives of the patients and is one of the most common reasons for admission to emergency departments. After febrile seizures serious anxiety occurs in families. After the anxiety in families, family relationships are affected and psychological, cognitive and physical problems emerge in individuals. The aim of our study was to investigate the experiences and concerns of parents of patients with febrile seizures to better understand the difficulties they experience, to increase the effectiveness of the information given to parents about seizures and to strengthen the relationship between parents and healthcare professionals to better cope with this situation.

Materials and Methods: In our study, "qualitative research methods" were used, which allow for a holistic and in-depth investigation of rare events and phenomena in the society. Our study was collected through face-to-face semi-structured in-depth interviews with parents of children aged 0-5 years with febrile seizures who were admitted to the Pediatric Emergency Department of Ankara Training and Research Hospital between April 2024 and July 2024. The participants were asked 9 questions assessing their sociodemographic information and general characteristics in the first part by questionnaire method and 20 questions assessing their experiences about febrile seizures in the second part by semi-structured interview technique. MAXQDA 2024 program was used in the analysis steps.

Results: In our study, 20 parents were interviewed. Four of the interviewed parents were fathers. The age range of the parents was 24-43 years. The patients had no previous history of convulsions without fever and had no comorbidities. When the qualitative analysis results were examined, it was seen that the opinions of the participants on the research were clustered in 7 major categories: awareness, attitude, knowledge, history, behavior, belief, emotion. The theme of emotion is also the focus of this study. It was observed that families had anxiety about febrile seizures such as

fear of death or fear of disability. It was seen that many families were indecisive and uncertain or intervened incorrectly due to lack of information.

Conclusion: Our study found that families' anxiety was mostly due to lack of information and providing comprehensive trainings and information support for families is critical to strengthen cognitive attitudes and to perform convulsion management more consciously.

Keywords: Febrile seizures, pediatric emergency, parent, experience, qualitative study, anxiety



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Febril konvülziyon (FK), intrakranial enfeksiyonu ve metabolik bozukluğu olmayan, daha önce afebril konvülziyon geçirmemiş, 6 ay ile 60 ay arası çocuklarda ateşli dönemde oluşan, çocukluk çağı nöbetleri olarak tanımlanmıştır (1). Basit ve komplike olarak ikiye ayrılır. Basit FK, 24 saat içerisinde bir defa görülen, jeneralize vasıfta, 15 dakikadan kısa süren nöbetlerdir. Komplike FK, 24 saat içerisinde tekrarlayan, fokal ve 15 dakikadan uzun süren nöbetler olarak adlandırılır. Çoğu nöbet, konvülziyon eşiğinin düşük olduğu, enfeksiyonlara eğilimin ve ateşli hastalıkların çok görüldüğü erken çocukluk yaşlarında, 6 ay ile 36 ay arasında olmakta ve 12-18 ay arasında pik yapmakta ve erkek çocuklarda daha sık görülmektedir (E/K: 1,1/1- 2/1) (2-4). Oluşmasında rol oynayan bazı faktörler, genetik, yaş ve ateştir (4-6).

Febril konvülziyon geçiren çocuklarda prognoz genellikle iyidir. FK geçiren bir çocukta istenmeyen muhtemel beş risk; Intelligence Quotient (IQ) azalması, beyin hasarı ve nörokognitif bozulma, tekrarlayıcı FK, epilepsi gelişimi ve ölümdür (7). Basit FK'ların beyin hasarına neden olduğu gösterilmemiştir. Tekrarlayan basit FK sonrası IQ düşüklüğü, akademik performansta bozulma ve nörokognitif bozulma beklenmemektedir (8). Teorik olarak FK esnasında travma, aspirasyon veya kardiyak aritmi sonucu ölüm söz konusu olsa da, bu çok nadir bir olasılıktır (9).

Febril konvülziyon, iyi prognozuna rağmen hasta yakınlarını çok endişelendirmekte olup acil servislere en sık başvuru nedenlerinden biridir. Şahit olan çoğu ebeveyn, kalıcı bir hasardan hatta çocuklarının öleceğinden endişe etmektedir. Bilgi yetersizliği ve yardım edemeyecek olma hissi ailelerin endişelerini artırmaktadır. Bu durum ilk konvülziyondan sonra aylarca devam edebilir (10). FK sonrasında, ailelerde ciddi anksiyete oluşmaktadır (11, 12). Ailelerde, oluşan anksiyete sonrası aile içi ilişkileri etkilenmekte ve bireylerde psikolojik, bilişsel ve bedensel sorunlar ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak aile işlevleri yerine getirilememektedir. Aileler FK sonrası ve sonrasında ne yapması gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve ailelere yeterli bilgi verilmesi ile anksiyetenin azalacağını gösteren çalışmalar mevcuttur (11, 13, 14).

Ülkemizde FK geçiren hastaların ebeveynlerinin deneyimleri ile ilgili yeterince kalitatif çalışma yapılmamıştır. Çalışmamızda, FK geçiren hastaların ebeveynlerinin

kaygılarının araştırılması, deneyimlerinin ve karşılaştıkları zorlukların daha iyi anlaşılması, böylece konvülziyon hakkında ebeveynlere verilen bilgilerin etkinliğinin artırılması, bu durumla daha iyi başa çıkmalarına yönelik ebeveyn-sağlık çalışanı arasındaki ilişkinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ATEŞ

Ateş, merkezi sinir sisteminin (MSS) aracılık ettiği ve kontrol ettiği belirli bir biyolojik yanıtın parçası olarak ortaya çıkan vücut ısısının anormal yükselmesidir. Ateş, çocuk acil poliklinik başvuruların en sık nedenlerinden biridir. Ateşli çocukların sadece çok azında ciddi hastalık belirtileri görülse de ateşin yüksekliği her zaman hastalığın ciddiyetiyle korelasyon göstermese de ateş varlığı ailelerde kaygıya neden olmaktadır (15).

2.2. SICAKLIK ÖLÇÜM YERİ VE YÖNTEMİ

Klinik uygulamada en yaygın vücut ısı ölçümü rektal, oral ve aksiller alandan yapılır; ayrıca ebeveynler ve bakıcılar vücut ısısını timpanik membrandan veya alından ölçebilir. Bu alanların her birinin kendi normal değer aralığı vardır. Aksiller ısı oral ısıdan 0,5 °C, rektal ısıdan 1°C daha düşüktür. Vücut ısı ölçümünün; oral 37,8 °C, aksiller 37,2 °C, rektal 38 °C'nin üzerinde olması ateş olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak aksiller ölçüme göre alınan vücut ısı tanımlamasında; normal vücut sıcaklığı (36.5-37.2 °C), subfebril ateş (37.2-38.4 °C), hafif ateş (38-38.5 °C), orta ateş (38.5-39 °C), yüksek ateş (39-40 °C), hiperpireksi (40,5 °C ve üzeri) olarak değerlendirilmektedir (16).

2.3. ATEŞ FOBİSİ

1980 yılında Schmitt, ailelerin ateş karşısındaki endişelerini “fever phobia” (ateş fobisi) olarak tanımlamıştır. İlk kez Dr. Schmith tarafından dile getirilen “ateş fobisi” ailelerin ateşe, ateş yönetimine ve beraberinde getirdiği hastalıklara yönelik yanlış/ hatalı bilgilerle ilişkili korkularını/ kaygılarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir (17).

Eski Yunanlılarda ateş, hastalıklara karşı vücudun gösterdiği doğal ve sağlıklı bir tepki olarak görülmekte ve desteklenmektedir. Bu teori Fransız fizyolog Claude Bernard'ın 19. yüzyılın ortalarında deney hayvanlarında vücut sıcaklığının 5-6 °C'lik ani yükselmesinin ölüme sebebiyet verdiğini göstermesine kadar 2000 yıl boyunca

devam etmiştir. Bu deney sonrası ateş, vücut için zararlı kabul edilmiş ve kesinlikle tedavi edilmesi gerektiğine inanılmıştır (18, 19). Bu inanın getirdiği ateş fobisi günümüzde de sürmektedir.

2.4. FEBRİL KONVÜLZİYON

İlk defa M.Ö. 2080 yılında Hammurabi'nin Babil kitabelerinde söz edilmektedir. Ateş ve yaşla ilişkisi ilk defa milattan 400 yıl önce Hipokrat tarafından ortaya koyulmuştur (20).

2.4.1. Febril Konvülziyon Görülme Sıklığı

Beş yaş altındaki çocukların %2-4'ünde görülmektedir. 12-18 ay arasında pik yapmakta ve erkek çocuklarda daha sık görülmektedir (E/K: 1,1/1 - 2/1) (2). İnsidansı %2-4 civarında olmakla birlikte bazı popülasyonlarda daha yüksek oranlarda görüldüğü belirtilmektedir.

2.4.2. Risk Faktörleri

Febril konvülziyon, yaşa bağlı olup gelişmekte olan sinir sisteminin, altta yatan genetik bir duyarlılık ile birlikte, ateşin etkilerine karşı savunmasız olmasından kaynaklanmaktadır. Yaşın yanı sıra, en yaygın olarak tanımlanan risk faktörleri arasında yüksek ateş, viral enfeksiyon, yakın zamanda aşılama ve ailede FK öyküsü yer almaktadır.

2.4.2.1. Yüksek Ateş

Febril konvülziyon tanım gereği ateşli bir hastalık sırasında ortaya çıkmaktadır. Beş yaş altında görülmesi küçük yaşlarda ateşin kolaylaştırıcı edici rol oynadığını göstermektedir. Genellikle ateş 38°C'nin üzerindedir (21). Ateşin derecesi ne kadar yüksek olduğunda ve ateşin seyrinin hangi aşamasında FK gelişebileceği tartışmalıdır. Ateşin ortaya çıkmasından önce olabileceği gibi ateşli hastalığın seyrinde erken ve geç dönemlerde de ortaya çıkabilir (22).

Yüksek ateşin MSS etkilerini değerlendiren çalışmalarda, hiperterminin hücre içine kalsiyum girişini azaltarak, eksitator sinaptik iletinin hızlanmasına ve Gama Amino Butirik Asit (GABA) salınımını azaltarak hipokampusün inhibisyonunun azalmasına neden olduğu gösterilmiştir (23).

Enfeksiyonlar sırasında ortaya çıkan proinflatuar sitokinlerin (İnterlökın-1 Beta, Tümor Nekroz Faktör-alfa ve İnterlökın-6) enfeksiyon sırasında nörotransmitterleri modüle ederek FK oluşumunu kolaylaştırdığı düşünülmektedir (24).

2.4.2.2. Enfeksiyon

Febril konvülziyonlarla birlikte viral enfeksiyonlar yaygın olarak tespit edilirken, bakteriyel enfeksiyonlar nadirdir (25). FK'ların viral enfeksiyonlara spesifik olmadığı, daha ziyade sıcaklık artışının derecesine bağlı olduğu düşünülmektedir. *İnsan Herpes virüs 6* (HHV-6) ve İnfluenza gibi yüksek ateşle ilişkili viral enfeksiyonlar en yüksek riski oluşturuyor gibi görünmektedir. Avrupa'da yapılan bir çalışmada, FK geçiren çocukların %35'inde HHV-6, %14'ünde *Adenovirüs*, %11'inde *Respiratuar sinsityal virüs* (RSV), %9'unda *Herpes simpleks virüsü* (HSV), %3'ünde *Sitomegalovirüs* (CMV) ve %2'sinde *İnsan Herpes virüs -7* izole edilmiştir (26).

Asya'da, FK geçiren çocuklarda en sık *İnfluenza A* virüsü izole edilmiştir ve Hong Kong'da yapılan bir çalışmada vakaların %20'sini oluşturmuştur. *Parainfluenza* (%12) ve *Adenovirüs* (%9) de yaygındı (27). HHV-6 ve *İnfluenza A* virüslerinin yanı sıra bakteriyel nörotoksin (*Shigella dysenteriae*) için MSS'ne spesifik bir nörotropizm veya invazyon özelliği olduğu iddia edilmektedir, ancak bu henüz kanıtlanmamıştır (28).

COVID-19 çocuklarda ateşli bir hastalığa neden olabilir, ancak FK'ların yaygın bir nedeni olarak bildirilmemiştir. COVID-19 teşhisi konan 0-5 yaş arası 8854 çocuğun sağlık kaydı verilerinin incelendiği bir çalışmada, sadece %0,5'ine aynı zamanda FK tanısı konulmuştur (29).

2.4.2.3. Genetik Yatkınlık

Febril konvülziyonların genetik yatkınlığı uzun süredir bilinmektedir, ancak kalıtım şekli tam olarak anlaşılamamıştır. FK geçiren çocukların birinci derece akrabaları arasında, ebeveynlerin ve kardeşlerin %10 ila 20'sinin de FK geçirme olasılığı bulunmaktadır. Monozigotik ikizlerde (aynı yumurta ikizleri) uyum oranı dizigotik ikizlerden (farklı yumurta ikizleri) daha yüksektir ve diğer kardeşlerinkine benzer bir düzeydedir (30). Ebeveynlerinden birisinde FK hikâyesi olan çocuklarda

geçirme riski 3 ile 4 kat artmaktadır, ebeveynlerinin her ikisi de çocukluk döneminde FK geçirmişler ise risk 20 kat artar ve eğer çocuğun ikizi FK geçirmişse risk 3 ile 4 kat artar (31).

Bazı hastalar ve aileler, FK'lara eğilim gösterir. Bu durum, Genetik Epilepsi Febril Konvülziyonlar Artı (GEFS +) olarak bilinen bir durumun erken belirtisidir; bu durumda çeşitli nedensel gen mutasyonları tanımlanabilir ve epilepsinin bir işaretçisi olabilir. Bebeklik döneminin şiddetli miyoklonik epilepsisi (Dravet sendromu), erken çocukluk döneminde iyi bilinen başka bir genetik epilepsi türüdür.

2.4.2.4. Diğerleri

Febril konvülziyon geçiren çocuklarda etyolojik faktörler üzerine yapılan çalışmalarda, prenatal ve perinatal faktörler arasında annenin gebeliğinde sigara, alkol veya ilaç kullanımı, toksemi geçirilmesi, tekrarlayan vajinal kanamalar veya düşük tehdidi, annede tirotoksikoz, kronik böbrek hastalığı, epilepsi, hipertansiyon veya otoimmün hastalıklar gibi kronik hastalıklar saptanmıştır (32).

Çok sayıda çalışma, doğum sonrası intrakraniyal hasarın, konvülziyon riskini artırabileceğini göstermiştir. Prematüre doğum, yenidoğan yoğun bakımda uzun süre yatmak, düşük doğum ağırlığı, yenidoğan döneminde sepsis geçirilme bu risk faktörleri arasındadır (33).

Demir eksikliği olası bir risk faktörü veya patojenik mekanizma olarak öne sürülmüştür (34).

Febril konvülziyon geçiren çocuklarda astım, alerjik rinit ve diğer atopik hastalıkların görülme olasılığı daha yüksektir. Alerjiler ve immünolojik mekanizmalar, FK'ların olası nedenleri arasında gösterilmektedir. Bu hastaların sık üst solunum yolu enfeksiyonu gibi ateşli hastalıklar yaşadıkları için geçirme insidansı da yüksektir (35).

2.4.3. Klinik Özellikler

Çocukların çoğunluğu hastalığın ilk gününde FK geçirir ve bazı durumlarda konvülziyon çocuğun hasta olduğunun ilk belirtisidir. FK ilişkili ateşin derecesi değişkendir ve çocuğun konvülsif eşik sıcaklığına bağlıdır. Genellikle ölçülen ateş 39 °C veya üzerindeyken, vakaların yaklaşık %25'i ateş 38-39 °C arasındayken meydana

gelir. Genellikle ateş hızla yükselirken görülür, ancak ateşin yükselme hızı değil ateşin derecesi tetikleyici uyarıcıdır (36).

2.4.3.1. Basit Febril Konvülziyon

Basit FK jeneralizedir, 15 dakikadan kısa sürer ve 24 saatlik bir süre içinde tekrarlamaz. En sık görülen konvülziyon tipi jeneralize tonik-kloniktir, ancak atonik ve tonik konvülziyon da görülür. Yüz ve solunum kasları yaygın olarak tutulur. Tanım gereği basit FK'nun süresi 15 dakikaya kadar çıkabilse de, çoğu çok daha kısadır ve ortalama süresi 3-4 dört dakikadır.

Çocuklar tipik olarak basit FK sonrası hızlı bir şekilde normal haline dönerler. Afebril konvülziyonlarda olduğu gibi, postiktal fazda konfüzyon veya ajitasyon ve uyuşukluk görülebilir. Uzamış uyku hali basit FK için tipik değildir ve alternatif bir etiyolojinin (örn. menenjit, yapısal beyin patolojisi) veya devam eden konvülziyon aktivitesinin değerlendirilmesini gerektirmelidir (37).

2.4.3.2. Komplike Febril Konvülziyon

Komplike FK fokal başlangıçlı, uzun süreli veya 24 saat içinde tekrarlayan konvülziyonlardır. Basit FK'na kıyasla daha az yaygındır ve febril konvülziyonların yaklaşık %20'sini oluşturur. Uzamış nöbetler FK geçiren çocukların %10'undan azında, fokal özellikler ise %5'inden azında görülür. Başlangıçtaki basit FK'yı, komplike konvülziyonlar takip edebilir. Komplike FK geçiren çocuklar genellikle daha küçüktür ve anormal gelişim gösterme olasılıkları daha yüksektir. Bununla birlikte, başlangıçtaki komplike FK, sonraki tüm konvülziyonların komplike olacağını göstermez. Komplike veya fokal tipte olan FK'nun ardından geçici hemiparezi (Todd parezisi) nadirdir ve vakaların %0,4-2'sinde görülür (38).

2.4.4. Ayırıcı Tanı

Febril konvülziyonun ayırıcı tanısı, epileptik olmayan olayları veya hareketleri, MSS enfeksiyonundan (örn. menenjit veya ensefalit) kaynaklanan nöbetleri içerir.

Febril konvülziyon ayırıcı tanısında aşağıdaki nedenler ekarte edilmelidir (39);

1) Akut semptomatik konvülziyonlar:

a. MSS enfeksiyonları (menenjit, ensefalit, ensefalopati, Reye sendromu, malarya gibi)

b. Hiponatremi

c. Hipoglisemi, hipokalsemi

d. Shigella ve salmonella enfeksiyonları

e. İntoksikasyon

f. Konvülziyon yapan ajanlar (Organik fosfor, oral hipoglisemik ajanlar v.s.)

g. Febril Konvülziyonlar Genetik Epilepsi Artı (GEFS +)

h. Bebeklik döneminin şiddetli miyoklonik epilepsisi (Dravet sendromu)

2) Non-konvulzif nörolojik nedenler:

a. MSS enfeksiyonu sırasında koreatetoz ile karıştırılabilir.

b. Hareket bozuklukları (Kore, tik, tremor)

c. Shuddering ataklar: 4-6 aylık bebeklerde korku, kızgınlıkla ortaya çıkan birkaç saniye süren titreme ya da kaslarda sertleşme şeklindeki ataklar

3) Non-konvulzif nonnörolojik nedenler:

a. Rigor: Ateş sırasında paroksizmal olarak titremeler ya da kas spazmı olarak tanımlanabilir.

b. Refleks anoksik ataklar: Ateşin tetiklediği bu vagal senkop ile karıştırılabilir.

2.4.5. Tanısal Değerlendirme

Basit FK öyküsü olan ve fokal bulguları olmayan çocuklarda genellikle tanısal testler gereksizdir. Bu durumda, değerlendirme, altta yatan ateşli hastalığın belirlenmesi ve tedavisine odaklanmalıdır. Ayrıca, ebeveynler veya bakıcılar, tekrarayan FK riskinin ve gelecekteki epilepsi olasılığının düşük olduğu konusunda bilgilendirilmelidir (40).

Uzun süreli veya fokal belirtiler gösteren FK ile başvuran çocuklarda, özellikle bu durum ilk kez meydana geliyorsa, menenjit veya altta yatan yapısal ya da metabolik bir neden gibi alternatif etiyolojilerin olasılığı daha yüksektir. Ancak, bu olasılık

genellikle düşüktür. Ayrıca, bu çocuklarda daha sonra FK geçirme riski biraz daha yüksek olabilir. Bu nedenle, bu çocuklar için daha bireyselleştirilmiş bir yaklaşım gereklidir. Ayaktan takip sırasında elektroensefalografi (EEG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG), komplike FK geçiren çocuklarda gelecekteki epilepsi riskini belirlemeye yardımcı olabilir. Komplike FK'nın ayaktan değerlendirilmesi konusunda standart bir yaklaşım bulunmamaktadır. Bu nedenle her hasta için özel plan yapılmalı ve anormal laboratuvar sonuçlarının yorumlanması için tedavi eden klinisyen, pediatrik nörolog ile iş birliği içinde olmalıdır. Ayrıca, menenjit belirtileri ve semptomları bu yaş grubunda daha belirsiz olabileceği için, 12 aylıktan küçük çocuklara özel dikkat gösterilmelidir. Bu hastalarda, özellikle *Haemophilus influenzae tip b* (Hib) veya *Streptococcus pneumoniae* aşılamaları güncel değilse veya aşı doğrulanamıyorsa, lomber ponksiyon (LP) yapılma eşiği daha düşük olmalıdır (41).

2.4.5.1. Öykü

Febril konvülziyon nedeniyle başvuran bir çocuğun değerlendirilmesinde, anamnezin temel unsurları arasında konvülziyonun özellikleri, süresi ve varsa fokal özellikler bulunur. FK genellikle tanıklar için korkutucu olabilir ve konvülziyonla ilgili ayrıntıların doğru bir şekilde hatırlanması, özellikle süre gibi detayların elde edilmesi zor veya güvenilir olmaz. Bu nedenle, mümkünse konvülziyonu gören kişiyle görüşülmesi önerilir. Ayrıntılı anamnez, çocuğun ciddi enfeksiyon riskini veya altta yatan yapısal anormallikleri tanımlayabilecek herhangi tıbbi veya nörolojik durumu belirlemelidir. Anamnez, çocuğun bağışıklama durumunu, kişisel veya ailesel nöbet öyküsünü, nörolojik sorunları ve gelişimsel gecikmeleri içermelidir. Bilinen bir nörolojik bozukluğu olan bir çocuğun FK geçirme olasılığı daha yüksek olabilir ve bu durum basit bir FK olarak değerlendirilmeyebilir (39).

2.4.5.2. Fizik Muayene

Genel bir fizik ve nörolojik muayene, çocuğun vital bulgularını, bilinç düzeyini, meningeal irritasyon bulguları olup olmadığını, gergin veya bombe fontanel (bebeklerde) varlığını, kas tonusu, kas gücü ve spontan hareketlerde fokal farklılıkları değerlendirmeyi içermelidir. Bu belirtilerden herhangi birinin varlığı, menenjit veya altta yatan yapısal anormallik gibi alternatif bir etiyolojinin düşünülmesini gerektirebilir. FK geçiren çocuklar genellikle konvülziyon sonrası iyi durumdadır ve

postiktal dönemde genellikle 5-10 dakika içinde düzelirler. Bu sürenin uzaması ensefalopati, olası MSS enfeksiyonu veya ciddi sistemik enfeksiyon şüphesini artırmalıdır (39).

2.4.5.3. Lomber Ponksiyon

Febril konvülziyon geçiren çocuklarda menenjit veya ensefaliti dışlamak için LP yapılması ve beyin omurilik sıvısı (BOS) incelenme ihtiyacı temel olarak klinik bulgulara dayanır. Menenjitli çocukların yaklaşık %25'i ilk başvuru sırasında veya öncesinde konvülziyon geçirir, ancak hemen hemen hepsinde menenjitin diğer belirti ve semptomları (örneğin, bilinç değişikliği, ense sertliği, peteşiyal döküntü) olacaktır (42). FK sonrası normale dönen, iyi görünümlü çocukların çoğunda LP gereksizdir. Amerikan Pediatri Akademisi'nin (43) FK'da LP uygulanmasına ilişkin tavsiyeleri şunlardır (44):

- Meningeal irritasyon bulguları ya da olası bir menenjit veya intrakraniyal enfeksiyonu düşündüren diğer klinik özellikler olduğunda LP yapılmalıdır.
- Hib veya S.pneumoniae için bağışıklama durumu eksik veya bilinmiyor ise 6-12 ay arasındaki bebeklerde LP düşünülmelidir.
- Antibiyotik tedavisi menenjitin belirti ve semptomlarını maskeleyebileceğinden, hasta antibiyotik kullanırken LP düşünülmelidir.
- FK hastalığının ikinci gününden sonra ortaya çıktığında veya öykü veya muayeneye dayanarak klinisyenin olası MSS enfeksiyonu konusunda endişeleri devam ettiğinde de LP düşünülmelidir.

2.4.5.4. Diğer Laboratuvar Testler

Tam kan sayımı ve serum elektrolitleri , kan glukozu, kalsiyum ve üre azotu ölçümü basit FK olan hastalarda çok düşük tanısal değere sahiptir; bu parametreler yalnızca hastanın kusma, ishal gibi anormal sıvı kaybı olduğunda veya dehidratasyon veya ödemin fizik muayene bulguları mevcut olduğunda ölçülmelidir (44). LP yapılmasına karar verilmişse, kan kültürü ve serum glukoz testi eş zamanlı olarak yapılmalıdır.

Komplike FK ile başvuran çocuklarda hiponatremi daha sık görülür ve bu durum, hastalık sırasında tekrarlayan konvülziyon riski ile ilişkilendirilmiştir (45). Bu nedenle, FK geçiren çocuklarda genellikle hipotonik sıvılarla agresif sıvı tedavisinden kaçınılmalıdır. Serum sodyumunun ölçülmesi, FK geçiren çocukta değerli bir inceleme olarak kabul edilmiştir; serum sodyumu ne kadar düşükse, konvülziyonun tekrarlama olasılığı ve çocuğun tedavi için hastaneye yatırılma ihtiyacı o kadar yüksektir (46).

2.4.5.5. Nörogörüntüleme

Basit FK geçiren çocuklarda Bilgisayarlı Tomografi (BT) veya Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ile nörogörüntüleme gerekli değildir (44). Komplike FK ile başvuran çocuklarda intrakraniyal patoloji insidansı da çok düşük görünmektedir. Anormal kafa büyüklüğüne sahip, özellikle fokal nörolojik bulguları olan veya kafa içi basınç artışı belirti ve semptomları gösteren çocuklarda acil nörogörüntüleme (kontrastlı BT veya MRG) yapılmalıdır. Acil durumlar dışında, özellikle anormal gelişim öyküsü olan ve fokal veya uzun süreli FK geçiren çocuklarda, bu çocukların FK riskinin daha yüksek olduğu düşünüldüğünden, yüksek çözünürlüklü MRG genellikle ayaktan takip sırasında yapılır (5, 47).

2.4.5.6. Elektroensefalografi

Özellikle basit FK geçiren nörolojik olarak sağlıklı çocukta rutin EEG gerekli değildir (44). Komplike FK geçiren çocuklarda EEG ihtiyacı çeşitli faktörlere ve klinik değerlendirmeye bağlıdır. Kısa süreli ve 24 saat içinde iki kez tekrarlayan bir konvülziyon, tanımı gereği komplikedir ancak nörolojik muayene anormal olmadıkça EEG çekilmesini gerektirmez. Uzamış veya fokal özellikleri olan bir konvülziyon, gelecekteki epilepsi riski daha yüksek olduğu için EEG ve nörolojik takip gerektirir. EEG'nin optimal zamanlaması iyi tanımlanmamıştır.

2.4.5.7. Genetik Testler

FK geçiren çocukların çoğunda, hatta aile öyküsü olanlarda bile genetik testler önerilmez. Ancak, 12-18 ay arası özellikle uzun süreli komplike FK ve diğer konvülziyon tipleri görülen çocuklarda Dravet sendromu gibi alternatif bir tanı düşünüldüğünde genetik testler yapılabilir.

2.4.6. Yönetim

2.4.6.1. Acil Yaklaşım ve Tedavi

Febril konvülziyon ile gelen hastada öncelik, konvülziyonun durdurulması, ateşin kontrolü ve ateşe yol açan nedenin tedavisidir. Konvülziyonların çoğu ilk değerlendirilme sırasında kendiliğinden sonlanır (48).

Konvülziyon ile gelen bir çocuğa ilk yapılacak işlem hava yolunun açık olmasının sağlanmasıdır. Solunum ve dolaşım yönünden yakın takip gereklidir. Sekresyonun aspirasyonu, başa uygun pozisyonun verilmesi ve “airway” takılması ilk basamak tedavidir. Rezervuarlı maske ile %100 oksijen vermeye başlanması gerekir (49).

Solunum stabilizasyonundan sonraki aşama dolaşım sisteminin kan basıncı ve kalp hızı ölçülerek değerlendirilmesidir. Hipovolemi ve hipotansiyon varsa, erken tedavileri önemlidir. Solunum ve dolaşım sisteminin değerlendirilmesinden sonra intravenöz yolu açılır (49).

Çoğu olguda benzodiazepinler gereksizdir. Ateş semptomatik olarak tedavi edilmelidir. Konvülziyon beş dakikadan daha uzun sürerse benzodiazepin grubu ile tedavi edilmelidir. İlk tercih intravenöz benzodiazepinlerden midazolam (0.15-0.2 mg/kg) veya diazepam (0.1-0.3 mg/kg) olmalıdır (50).

Akut tedavide rektal diazepam (0.5 mg/kg) veya bukkal midazolam (0.2-0.5 mg/kg) veya intranasal midazolam (0.2 mg/kg) tedavileri damar yolu açılmaması durumunda uygulanabilir. Eğer konvülziyon devam ederse ek doz verilebilir.

2.4.6.2. Hastane Öncesi Tedavi

Uzamış konvülziyon ve status epileptikus geçiren çocuklarda sağlık görevlileri tarafından intramüsküler midazolam veya intravenöz lorazepam ile tedavi etmek güvenli ve etkili görünmektedir (51). Ancak ülkemizde lorazepam bulunmamaktadır.

2.4.6.3. Taburcu Edilme Durumu

Basit FK geçiren çocukların çoğu hastaneye yatış gerektirmez ve konvülziyon sonrasında normal durumlarına döndükten sonra güvenli bir şekilde taburcu edilebilirler. Ebeveynler ve bakıcılar tekrarlayan FK riski konusunda eğitilmelidir.

Komplike veya uzun süreli konvülziyon geçiren çocuklar, özellikle postiktal sürenin uzaması veya normale dönüşte gecikme varsa, daha uzun bir gözlem süresi gerektirebilir (39).

2.4.6.4. Nörolojik Sonuçlar

Febril konvülziyonların ardından nörolojik defisitler, bilişsel bozukluklar ve davranış sorunları gibi nörolojik sekellerin ortaya çıkması nadir görülür.

2.4.6.5. Febril Konvülziyon Sonrası Epilepsi

Epilepsi, FK geçiren çocuklarda genel popülasyona göre daha sık görülür. Basit FK geçiren normal bir çocukta risk yaklaşık %1-2'dir ve genel popülasyonun sadece biraz üzerindedir. Komplike FK için, anormal gelişim öyküsü veya ailesinde epilepsi öyküsü olan çocuklarda risk %5-10'a yakındır (52).

Epidemiyolojik çalışmalar, FK geçiren çocuklar arasında epilepsi için risk faktörlerini belirlemiştir:

- Anormal nörolojik gelişimi olan ve ilk konvülziyonu komplike olan çocuklar (52).
- Fokal, uzun süreli ve 24 saat içinde tekrarlanan konvülziyonlar (53).
- Ailede epilepsi öyküsü, serebral palsi veya 5. dakika APGAR skoru düşük olanlar (54).
- Ailede epilepsi öyküsü (özellikle anne), komplike FK, fokal belirtiler, Todd paralizisi, konvülziyon öncesi kısa ateş süresi, FK'nın geç başlaması (>3 yaş) ve birden fazla FK tekrarı (55).

2.4.6.6. Epilepsi Gelişme Riskinde Elektroensefalogram Rolü

Elektroensefalogram, tekrarlayan FK riskini belirlemede yararlı olmasa da diğer risk faktörleriyle birlikte epilepsi gelişme riski yüksek olan çocukları belirlemek için ayaktan takip sırasında kullanılır. Ancak, EEG'nin bu durumda faydasını destekleyen kanıtlar karışıktır (7).

2.4.6.7. Mortalite

Eski alışmalar FK'ların ani ölüm riskinde artışla ilişkili olduğunu öne sürerken, geniş bir popölasyona dayalı çalışmanın sonuçları FK geçiren çocuklar arasında mortalitede görölen küçük artışın komplike FK geçirenlerle sınırlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bu hastalardaki artmış risk, daha önce var olan nörolojik anormallikler ve daha sonra görölen epilepsi ile kısmen de olsa açıklanmaktadır. (56).

2.5. KALİTATİF ARAŞTIRMALAR

Bilimsel araştırmalar genellikle kantitatif ve kalitatif olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır. Kantitatif araştırmalar, biyoloji, kimya, fizik, jeoloji gibi doğa bilimlerinde gözlemleyebildiğimiz ve ölçebildiğimiz fenomenleri incelemek için kullanılır. Örneğin, bir fenomenin sayısal özelliklerini, ilişkilerini veya değişimlerini belirlemek amacıyla veri toplama ve analiz yöntemleri kullanılır. Kalitatif araştırmalar ise psikoloji, sosyoloji, antropoloji gibi sosyal bilimlerde insan davranışlarının nedenlerini, olayların sosyal dünyadaki etkilerini anlamak için yapılan araştırmalardır. Bu tür araştırmalarda, derinlemesine görüşmeler, odak grupları veya gözlem gibi kalitatif veri toplama yöntemleri kullanılarak katılımcıların deneyimleri, algıları ve sosyal etkileşimleri incelenir. Her iki araştırma yaklaşımı da bilimsel bilgi üretmek için önemlidir ve araştırma sorusuna, konuya ve hedeflenen amaca bağlı olarak tercih edilirler (57).

2.5.1. Kalitatif Araştırmanın Tanımı

“Kalitatif” teriminin sözlük anlamı nitelikselidir. “Kalitatif değerlendirme” ise araştırılan verinin niteliğinin, kalitesinin ve özelliklerinin incelenmesi olarak tanımlanabilir (58). Kalitatif araştırmalar, sosyal fenomenleri daha iyi açıklamakla ilgilenmektedir. Başka bir ifadeyle yaşadığımız dünyayı ve olayların neden ne şekilde olduklarını anlamamızı hedeflemektedir. Bu amacını gerçekleştirmeye çalışırken de cevabını aradığı sorular şöyledir:

- Neden insanların davranışları farklılık göstermektedir?
- Düşünce ve davranışlar nasıl oluşmaktadır?
- İnsanlar çevrelerinde olaylardan nasıl etkilenmektedir?

- Neden ve nasıl belirli kültürler geliyor?
- Sosyal gruplar arasındaki farklılıklar nelerdir?

Kalitatif araştırmalarda “neden?”, “nasıl?”, “hangi yolla?” gibi kelimelerle başlayan soruların cevapları aranmaktadır. Diğer taraftan kantitatif araştırmalarda cevapları aranan sorular: “ne kadar”, “ne sıklıkta”, “ne ölçüde” gibi soru kelimeleriyle başlamaktadır (57).

2.5.2. Kantitatif Araştırmalardan Farkı

Kalitatif araştırmaların kantitatif araştırmalardan farklılıkları genel olarak şöyledir:

- Kalitatif araştırmalar, bireylerin fikirleri, deneyimleri ve hislerinden subjektif veriler elde etmektedirler.
- Kalitatif araştırmalar, doğal olarak kendiliğinden oluşan fenomenleri tanımlar. Kantitatif çalışmalardan farklı olarak çalışmadaki mevcut duruma hiçbir müdahalede bulunulmaz.
- Kalitatif çalışmada, araştırılan konu bütüncül bir bakış açısı ile ele alınmaktadır. Kantitatif çalışmalar ise bir grup değişkeni tanımlama yeteneğine dayanmaktadır.
- Kalitatif çalışmalarda, veriler sosyal dünyayı anlamamıza yardımcı olacak kavramlar ve teoriler geliştirmek için kullanılmaktadır. Bunun için tümevarım yaklaşım kullanılmaktadır. Kantitatif çalışmalarda ise daha önceden ileri sürülen teorileri test etmek için tümdengelim yaklaşımı kullanılmaktadır.
- Kalitatif araştırmalarda, veriler bireylerle birebir görüşmeler, grup görüşmeleri veya gözlem sonucunda elde edilmektedir. Bilgi toplama süreci bu yüzden uzun sürmektedir.
- Kalitatif çalışmalarda veri toplama zaman alıcı ve veriler fazla olduğu için küçük örneklemeler kullanılmaktadır.
- Kalitatif çalışmalarda farklı örneklem teknikleri kullanılmaktadır. Kantitatif çalışmalarda bütünü yansıtabilecek rastgele örneklemeler seçilerek çalışmalar

oluşturulmaktadır. Kalitatif çalışmalarda ise popülasyondaki spesifik grup ve alt gruplar örneklem olarak seçilerek bu gruplar üzerinde araştırmalar yapılmaktadır.

- Kalitatif çalışmalarda güvenirlik ve geçerliliği değerlendirmek için kullanılan kriterler de kantitatif çalışmalardan farklılık göstermektedir (57).

2.5.3. Kalitatif Çalışma Modelleri

Kalitatif araştırma modelleri fenomenoloji, etnografi, gömülü teori, vaka çalışması olarak dört ana grupta toplanabilir.

2.5.3.1. Fenomenoloji

Tam olarak fenomen çalışması anlamında olup, yaşadığımız dünyanın bir parçasını oluşturan bazı şeyleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Fenomen olaylar, durumlar, deneyimler ya da görüşler olabilir. Etrafımızda farkında olduğumuz fakat tam olarak anlayamadığımız birçok fenomen vardır. Örneğin korelasyon çalışmaları sırt ağrısı olan kişiler ve ağrının nedenleri hakkında fikir verebilir. Randomize kontrollü çalışmalarla ağrı kesici ilaçların etkinliğinin karşılaştırmasını yapabiliriz. Ancak bel ağrısı ile yaşamının ne demek olduğunu, insanların yaşamı üzerindeki etkilerini, ne gibi problemlere yol açtığını anlayamayız. Fenomonolojik araştırmalar bize tanımlayıcı açıklamalar yapamasa da yine de farkındalığımızı ve iç görümüzü arttırmaktadır.

2.5.3.2. Etnografi

“İnsanların portresi” anlamına gelen bir terim olup, kültürlerin ve insanların tanımlayıcı çalışmaları için kullanılan bir metodolojidir. Bu araştırma modelinde, çalışmadaki insanların ortak kültürel parametreleri kullanılır. Bu parametreler; coğrafi konum (ortak bir bölge ya da ülkede yaşıyor olmak), dini inanışlar, ortak yaşanmış deneyimler, örf ve adetleri içermektedir.

Sağlık bakımı uygulamalarında araştırmacılar etnografik yaklaşımı seçebilirler. Çünkü kültürel parametrenin bakıma ya da tedaviye yanıtı etkileyebildiği düşünülmektedir. Etnografik çalışmalar, sağlık profesyonellerine kültürel farkındalığın ve duyarlılığın geliştirilmesi ve tüm kültürlerdeki insanları kapsayacak kaliteli bakımın sağlanması konusunda faydalı olmaktadır.

2.5.3.3. Gömülü Teori

Temel özelliği, bir fenomen hakkında veri toplarken ve analiz yaparken yeni bir teori geliştirmektir. Açıklamaların yeni bilgiler ortaya çıkarması ve fenomen hakkında yeni teoriler geliştirmesi ile fenomenolojinin ötesine geçer. Sağlık bakımı uygulamalarında yeni teoriler, mevcut olan problemlerin çözülmesinde farklı yeni bir yol izlenmesine fırsat sağlamaktadır. Örneğin yas sürecinin karakteristik belli dönemleri bulunmaktadır: İnkâr, fke, kabullenme ve zlme. Gömülü teori ile, eski sahip olunan bilgiler kullanılarak üzerine yeni bilgiler eklenebilir ve yas süreci daha iyi anlaşılabilir. Böylece yakınını kaybeden insanlara, tanımlanan yas dönemlerden geçerken yardımcı olunabilir. Çeşitli bilgi toplama teknikleri gömülü teoriyi geliştirmek için kullanılmaktadır. Özellikle röportajlar ve gözlemler tercih edilmektedir. Bunun yanı sıra literatür taraması ve bununla ilişkili doküman analizi de kalitatif çalışmaya önemli katkı sağlamaktadır. Gömülü teoride anahtar nokta, sürekli olarak karşılaştırmalı olarak simultane olarak bilgilerin toplanması ve analizinin yapılmasıdır. Bu süreçte bilgiler yazılır, kaydedilir ve içerik gözden geçirilir. Analiz sırasında oluşan fikirler, araştırmacının bir sonraki görüşmesinde kullanılabilir. Sonuç olarak, yarı yapılandırılmış röportaj şeklinde görüşmelerle bilgi toplamaya çalışan araştırmacı, bu yolla, basamak basamak röportaj içeriğini şekillendirip geliştirmektedir, böylece neredeyse son röportaj içeriği, ilk yapılan röportajdan farklı görünecektir. Yeni bir teori, araştırmacının konuştuğu insanların sözlerinden ve gözlemlediği olaylardan yola çıkarak yeni fikirleri ve temaları fark etmesi ile elde edilir. Çeşitli fikirler ve kategoriler arasındaki ilişki hakkında hipotezler test edilir. Böylece yeni kavram ve anlayışların yapılması gerçekleşir. Bu anlamda teori verinin içinde gömülüdür. Fenomenolojide olduğu gibi, farkında olduğumuz ama tam olarak açıklayamadığımız kavramlar olduğunda, sağlık bakımı yönüyle de bu durum yeni bir teorisinin geliştirilmesi ile açıklanabilir. Buna maneviyat örnek verilebilir. Sağlık bakımı profesyonelleri bütüncül yaklaşımda hastanın “manevi ihtiyaç”larından bahsederler. Fakat bunun ne anlama geldiğini tam olarak anlayamayız. İlk bakışta manevi ihtiyaçlar dini inançlara bağlansa da pek çok insana göre manevi ihtiyaçlar bundan daha fazlasıdır. Bu bireyin kişisel bir iyilik hali, mutlu hissetme hali ya da iç huzuru olabilir. Gömülü teori araştırması, sağlık bakımı profesyonellerine doğru bir bütüncül bakım sağlamaları için daha iyi bir çalışma alanı sağlar.

2.5.3.4. Vaka Çalışması

Vaka çalışmaları da anket çalışmaları gibi hem kalitatif hem kantitatif çalışmalarda kullanılabilir. Kalitatif yaklaşımda tek veya az sayıdaki birimlerin derinlemesine analizi yapılır. Vaka çalışması, bir kişi, bir kuruluş veya bir kurum gibi tek bir birimi tanımlamak için kullanılır. Vaka çalışmaları, vakanın derinlemesine incelenip geniş bilgi vermesini sağlamaktadır. Örneğin bir bölgedeki sağlık ve sosyal servisler tarafından ortaklaşa yürütülen hastane taburculuk irtibat şeması gibi yeni bir hizmet servisinin geliştirilmesini yürütmek için vaka çalışması yapılabilir (57).

2.5.4. Kalitatif Veri Toplama Yöntemleri

Veri toplamaya yönelik kalitatif çalışmalarda çoğunlukla bireylerle birebir görüşülmektedir ya da grup halinde görüşmeler yapılmaktadır. Kalitatif yaklaşımı kullanmak, verinin zenginleşmesini ve çalışılan konuya daha derin bir bakış açısıyla bakılmasını sağlamaktadır. Kantitatif çalışmanın aksine kalitatif çalışmalarda verilerin analizi istatistiksel olarak yapılamamaktadır. Kalitatif çalışmalarda sıklıkla yüz yüze görüşmeler, odak gruplar ya da gözlemler kullanılarak bilgiler toplanmaktadır. Bu yüzden veri toplama uzun zaman almaktadır. Örneklemeler de kantitatif çalışmalara göre daha küçüktür. Verilerin analizi de çok zaman alıcı ve dolayısıyla pahalıdır. Kalitatif bilgi toplamada kullanılan ana yöntemler bireysel röportajlar, odak gruplar ve gözlemdir.

2.5.4.1. Bireysel Röportajlar

Röportajlar, yüksek yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış şekilde uygulanabilir. Yüksek yapılandırılmış röportajlarda, araştırmacının aynı soruları aynı yolla sorması gerekir ve bu yönüyle ankete çok benzer. Yarı yapılandırılmış röportajlarda ise araştırmacı kavramayı istediği konularda açık uçlu sorular yöneltmektedir. Yarı yapılandırılmış röportaj, hem röportajı yapan araştırmacı için hem de röportaj yapılan birey için konuyu derinlemesine daha detaylı karşılıklı konuşma olanağı sağlar. Eğer röportaj yapılan birey soruyu cevaplamakta güçlük çekerse veya kısa cevaplar verirse röportaj yapan kişi sorunun cevabını genişletmek için ipuçları verebilir. Röportajı yapan birey, gelen orijinal cevaplar yönünde röportajı yönlendirip ayrıntılara inebilir ve cevapla ilgili yeni sorular oluşturabilir. Yapılandırılmamış röportajlarda amaç sınırlandırılmış konu başlıkları ile

derinlemesine görüşme yapabilmektir ve sorular kişinin önceki verdiği cevaplara dayanarak oluşturulur. Yarı yapılandırılmış röportajdan farkı ise yarı yapılandırılmış röportajda araştırmacının elinde bir grup soru bulunmaktadır ve röportaj sırasında bunlardan yararlanmaktadır. Ayrıca röportajın yapıldığı bireye ipuçları sunulabilmektedir, röportaj yapan kişiye bir süre ayrılmaktadır ve röportaj yapılan bireye cevaplayabilmesi için de süre bırakılmaktadır.

2.5.4.2. Odak Gruplar

Belli bilgileri elde etmek veya diğer metotlarla bilgi toplamanın zor olduğu durumlarda odak gruplar kullanılabilir. Son yıllarda özel sektörde özellikle de pazarlama sektöründeki araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır.

2.5.4.3. Gözlem

Kalitatif çalışmalarda, tüm yaklaşımlar bireylerle karşılıklı etkileşim halinde olmayı gerektirmez. Sınırlı bilgi edinebilen ya da değerlendirilmesi zor bilgiler için uygulanabilir. Örneğin her zaman kişilere neyi nasıl yaptıklarını sorduğunuzda aldığımız cevap gerçekten nasıl yaptıkları olmayabilir. Bu durumları, kişilerin nasıl davranış sergilediklerini gözlemleyerek çok daha inandırıcı bilgiler elde edilebilir. Bu bilgileri elde ederken tanımlayıcı notlar alınabilir, video kaydı ve fotoğraflar kullanılabilir, dokümanlar kaydedilebilir (57).

2.5.4.4. Kalitatif Çalışma Analizi

Bir araştırma projesinde verilerin analizi, toplanan veri kütesinin özetlenmesini ve sonuçların en önemli özellikleri iletecek şekilde sunulmasını içerir. Kantitatif araştırmalarda analiz, değişkenlerin sıklıkları, değişkenler arasındaki farklılıklar, sonuçların önemini tahmin etmek için tasarlanmış istatistiksel testler ve tesadüfen oluşmama olasılıkları gibi şeyleri içerir. Bütün bunlar, temel olarak, verilerde bir şeyin ne sıklıkta görüldüğünü sayarak ve bir ölçümü diğerleriyle karşılaştırarak yapılır. Analizin sonunda, sadece bir yığın sonuç değil, aynı büyük resim diyebileceğimiz ana bulgular da vardır. Kalitatif araştırmalarda büyük resmi keşfetmekle de ilgilenilir; ancak onu bulmak için farklı teknikler kullanılır. Kantitatif araştırmalarda olduğu gibi, ölçülebilir bazı veriler olabilir; ancak çoğunlukla bir

fenomeni tanımlamak, onun ne anlama geldiğini açıklamak ve anlamak için verileri kullanmakla ilgilenilmektedir.

Kalitatif verilerin kodlanması farklı teknikler gerektirir. Örneğin, eğer araştırmacı hastalarla görüşerek hastaların sağlık merkezinden beklentilerini araştırmak için kalitatif bir yaklaşım kullanmışsa, elinde bir anket değil, her hastayla yapılan görüşmenin bir dökümü olacaktır. Araştırmacı transkripti okur ve bir noktada görüşülen kişinin sağlık merkezini en son neden ziyaret ettiğine dair bir referans bulur. Kalitatif araştırmacının ön kodlama için bir sistemi yoktur; bu nedenle bir görüşmedeki tüm veri öğelerinin diğer görüşmecilerden toplanan verilerle karşılaştırılabilmesi için transkript metninde görünen veri öğelerini tanımlama ve etiketleme (kodlama) yöntemine ihtiyacı vardır. Bu, içerik analizi adı verilen bir süreç gerektirir ve temel prosedür aşağıda açıklanmıştır. Kalitatif veriler; görüşmeler, odak grupları, gözlem veya doküman analizi yollarından hangisiyle toplanmış olursa olsun, metnin analizi ile ilgili olduğu için prosedür aynıdır.

İçerik analizi, sınıflandırma, özetleme ve tablolama amacıyla sözlü veya davranışsal verilerin sınıflandırılması için bir prosedürdür. İçerik iki düzeyde analiz edilebilir. Temel analiz düzeyi, verilerin betimleyici bir açıklamasıdır. Bu, aslında hiçbir şey okunmadan ve hakkında hiçbir şey varsayılmadan söylenen şeydir. Bazı metinler buna açık analiz seviyesi veya türü olarak atıfta bulunur. Analizin daha yüksek seviyesi yorumlayıcıdır: yanıtla ne kastedildiğiyle, neyin çıkarsandığı veya ima edildiğiyle ilgilenir. Bazen örtük analiz seviyesi olarak adlandırılır. İçerik analizi, verilerin kodlanmasını ve sınıflandırılmasını içerir. Bazı yazarlar bunu kategorize etme veya indeksleme olarak adlandırır. Temel fikir, bir şekilde bilgi verici olan veri özlerini transkriptlerden belirlemek ve her görüşmenin kütesinde gizli olan önemli mesajları çözmektir. Bu süreç ilk başta kafa karıştırıcı görünebilir. Kalitatif araştırmacı verilerle ilgili fikrini değiştiriyor ve hangi verilerin nereye ait olduğuna karar vermekte zorlanıyor gibi görünür. Bu bir dereceye kadar doğrudur. İçerik analizi sürecinde, araştırmacı, bulguları özetlemek ve açıklamak için kullanılan temaların ve kategorilerin verilerin doğru ve tam bir yansıması olduğundan emin olana kadar verileri ve verilerin kategorizasyonunu sürekli gözden geçirir (57).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızın amacı FK geçiren çocukların ebeveynlerinin deneyimleri hakkında bilgi edinmektir. Bu çalışmada toplumda ender görülen olayların ve olguların, bütüncül bir şekilde ve derinlemesine araştırılmasına olanak sağlayan ‘‘kalitatif (nitel) araştırma yöntemleri’’ kullanılmıştır.

Çalışmamızın Etik Kurul onayı ekte yer almaktadır (Bkz. Ek-1).

3.1. ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniği Acil Servisi’ne, 0-5 yaş arası FK geçirme nedeni ile başvuran çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Kalitatif bir çalışma olduğu için 20 kişilik bir çalışma planlandı. Kişilerden çalışmaya katılım ve röportajlarda ses kayıtlarının ses kayıt cihazına alınması için sözlü ve yazılı onam alındı.

3.2. DAHİL EDİLME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Araştırmaya katılan kişilerden çalışmadan çıkmayı isteyenler veya röportaj sırasında soruları cevaplamaya uyum sağlayamayan 2 kişi araştırmadan dışlandı. Anadili Türkçe olan hastalar ile görüşme yapıldı. Ortamda sadece görüşmeci ve katılımcı bulundu. Ebeveynin tüm dikkatini toplayabilmesi için görüşmeleri çocuğun durumu stabil olduğu dönemde, sakin ve sessiz bir odada gerçekleştirildi.

3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Grounded theory yöntemi ile çalışma yürütüldü. Katılımcılara birinci bölümde sosyodemografik bilgilerini ve genel özelliklerini değerlendiren 9 soru anket yöntemiyle, ikinci bölümde ise FK hakkında deneyimlerini değerlendiren 20 soru yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle yöneltildi. Görüşmeler yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, kota örnekleme tekniği kullanılarak toplandı. Nisan 2024-Temmuz 2024 tarihleri arasında FK geçiren 0-5 yaş çocukların ebeveynleri ile röportaj yapıldı. Araştırmaya katılanlara yarı yapılandırılmış röportaj tekniği ile sorular yöneltildi. Tüm röportajlar kişilerin izinleri alınarak dijital ses kaydı ses kayıt cihazına alındı; kayıtlar

tüm vurguları ve özel ifadeleri içerecek şekilde 24 saat içerisinde yazıya aktarıldı ve bu şekilde saklandı. Ardından ses kayıtları imha edildi. Hedef hasta sayısına ulaşınca araştırma sonlandırıldı.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışmaya katılan hastaların röportajlarından elde edilen yazılı metinler, araştırmacı tarafından ayrı ayrı okundu. Eşlik eden beden dili, jest, mimikler de değerlendirildi. Her kişinin en çok üzerinde durduğu konular yazılı metin üzerinde işaretlendi ve “anahtar kelimeler listesi” (opencodings list) oluşturuldu.

Kodlamayı takiben kategoriler oluşturuldu. Anahtar kelime listesinde yer alan kelimelerden birbiri ile bağlantılı olanlar “minör kategoriler” olarak adlandırılan küçük alt başlıklar altında toplandı. Oluşturulan minör kategoriler röportaj yapılan her kişi için listelenmeye başlandı. Vurgulanan konularla ilgili olabildiğince çok sayıda minör kategori oluşturuldu. Tüm bu minör kategoriler her röportajda listeye eklendi ve liste güncellendi.

Minor kategoriler ise daha kapsamlı ortak başlıklar olan “major kategoriler” adı altında toplandı. Aynı minör kategori birden fazla majör kategoride değerlendirdiğinde parantez içerisinde sayı ile belirtildi. Şekillerde minör kategorilerde x,y olarak belirtilen değerlerde x ebeveyni, y kod numarasını temsil etmektedir (Şekil 4.2). Son olarak major kategorilerin ortak yönleri ile gruplandırılması şeklinde “ana temalar” belirlendi. Çalışmanın sonuçlarının değerlendirilmesinin temel unsurunu ana temalar oluşturdu. Tüm bu analiz basamaklarında MAXQDA 2024 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

Niceliksel Bulgular

Çalışma dâhilinde 20 ebeveyn ile görüşüldü. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Sosyodemografik özellikler

	Görüşülen Kişi	Yaş	Eğitim Durumu	Meslek	Çocuk Sayısı	Hastanın Yaşı	Hastanın Cinsiyeti	Ek Hastalıklar
Ebeveyn 1	Anne	34	Lisans	Ev Hanımı	2	4	Kız	Yok
Ebeveyn 2	Anne	29	Lise	Gıda Sektörü	1	1,5	Kız	Yok
Ebeveyn 3	Anne	26	Lise	Aşçılık	1	2	Erkek	Yok
Ebeveyn 4	Anne	28	Lise	Ev Hanımı	3	5	Erkek	Yok
Ebeveyn 5	Anne	24	İlkokul	Ev Hanımı	1	2	Kız	Yok
Ebeveyn 6	Baba	31	Ortaokul	İnşaat sektörü	2	2	Kız	Yok
Ebeveyn 7	Anne	37	Ortaokul	Ev Hanımı	6	1	Kız	Yok
Ebeveyn 8	Anne	33	Ön lisans	Grafik tasarım	2	3,5	Erkek	Yok
Ebeveyn 9	Anne	27	Lisans	Ziraat mühendisi	1	1,5	Erkek	Yok
Ebeveyn 10	Anne	34	Okur-yazar değil	Ev Hanımı	5	4,5	Erkek	Yok
Ebeveyn 11	Anne	29	Lisans	Ev Hanımı	1	3	Erkek	Yok
Ebeveyn 12	Anne	24	Lise	Ev Hanımı	3	1,5	Erkek	Yok
Ebeveyn 13	Anne	26	Lise	Ev Hanımı	2	2	Kız	Yok
Ebeveyn 14	Anne	30	Lise	Ev Hanımı	1	1,5	Erkek	Yok
Ebeveyn 15	Baba	34	Ortaokul	Tekstil	2	1,5	Erkek	Yok
Ebeveyn 16	Anne	27	Ortaokul	Ev Hanımı	2	5	Erkek	Yok
Ebeveyn 17	Anne	42	Lise	Ev Hanımı	3	4,5	Erkek	Yok
Ebeveyn 18	Baba	43	İlkokul	Serbest Meslek	3	4,5	Erkek	Yok
Ebeveyn 19	Anne	34	Lisans	Muhasebe	2	9 ay	Erkek	Yok
Ebeveyn 20	Baba	38	Ön lisans	Elektrik işleri	2	9 ay	Erkek	Yok

Ebeveynlerin çocuklarına ait sağlık bilgileri Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Ebeveynlerin çocuklarına ait sağlık bilgileri

	Demir Eksikliği Tedavisi	Demir Profilaksi	Daha Önce Ateşli Havale Bilgisi	Ateşli Havale'yi Duydu mu?	Ailede Ateşli Havale Geçiren	24 saat içinde tekrarladı mı?	Ateşli havale öyküsü var mı?
Ebeveyn 1	Hayır	Evet	Yok	Evet	Yok	Hayır	Evet
Ebeveyn 2	Hayır	Evet	Yok	Evet	Yok	Hayır	Hayır
Ebeveyn 3	Hayır	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Ebeveyn 4	Hayır	Evet	Yok	Hayır	Yok	Hayır	Hayır
Ebeveyn 5	Hayır	Evet	Yok	Hayır	Yok	Evet	Hayır
Ebeveyn 6	Hayır	Evet	Yok	Evet	Yok	Evet	Hayır
Ebeveyn 7	Evet	Evet	Yok	Hayır	Yok	Evet	Evet
Ebeveyn 8	Hayır	Evet	Yok	Evet	Evet	Evet	Evet
Ebeveyn 9	Hayır	Hayır	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Ebeveyn 10	Hayır	Evet	Evet	Evet	Yok	Hayır	Evet
Ebeveyn 11	Hayır	Evet	Yok	Evet	Yok	Hayır	Hayır
Ebeveyn 12	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Ebeveyn 13	Evet	Evet	Yok	Hayır	Yok	Hayır	Hayır
Ebeveyn 14	Hayır	Hayır	Yok	Evet	Yok	Hayır	Evet
Ebeveyn 15	Hayır	Hayır	Yok	Hayır	Yok	Hayır	Evet
Ebeveyn 16	Evet	Evet	Evet	Evet	Yok	Hayır	Hayır
Ebeveyn 17	Hayır	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Ebeveyn 18	Hayır	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Ebeveyn 19	Hayır	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır
Ebeveyn 20	Hayır	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır

Niteliksel bulgular

Bu bölümde 20 FK geçiren çocukların ebeveyni ile (16 anne ve 4 baba) birebir derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. FK geçiren çocukların ebeveynleriyle yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin çözümlenmesiyle ulaşılan bulgulara ve bunların yorumlanmasına yer verilmiştir.

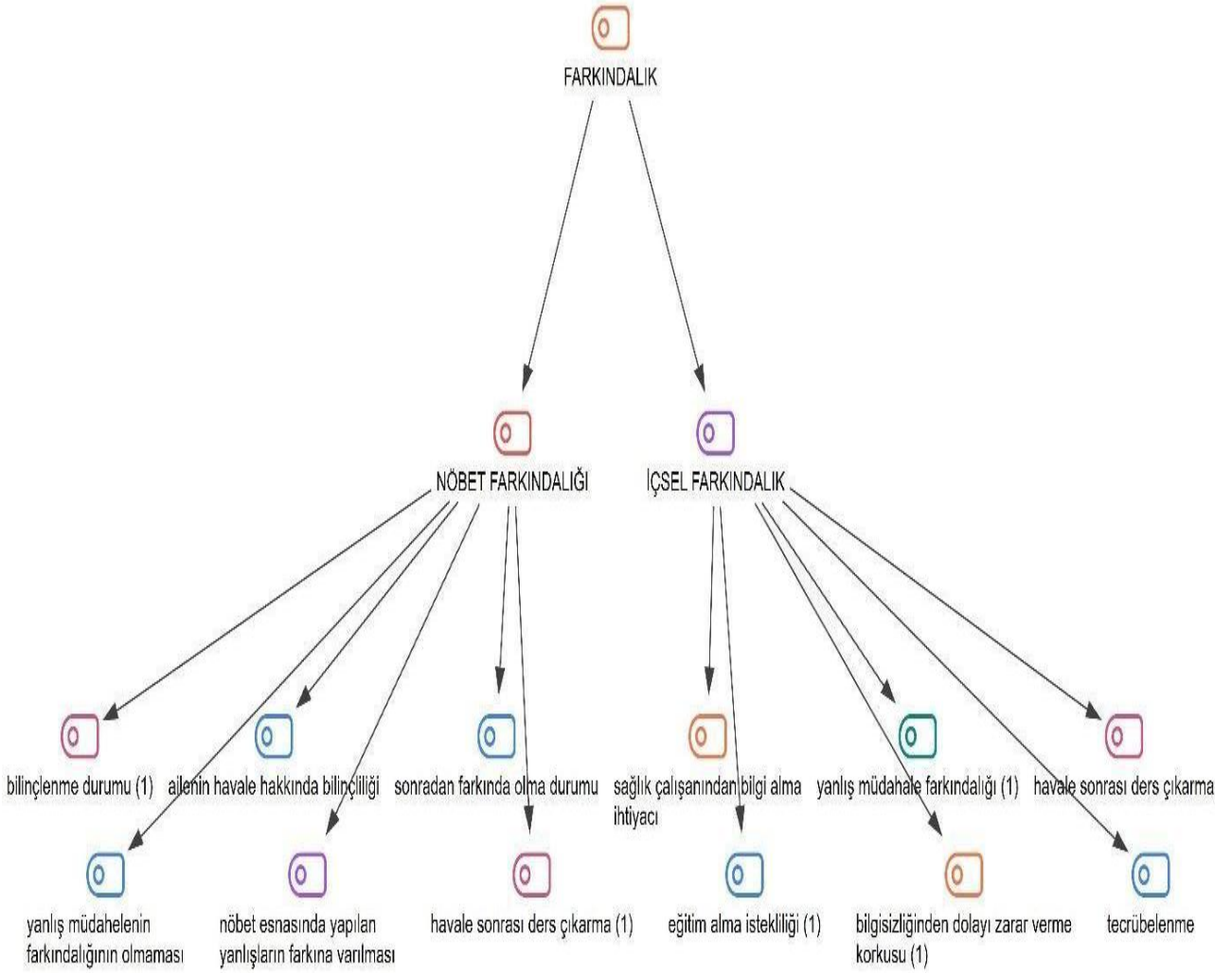
Febril konvülziyon geçiren çocukların ebeveynlerinin deneyimleriyle ilgili olarak çalışmamızın analizinde 7 ana tema belirlendi. Temaları elde ederken öncelikle tüm transkriptler aynı şekilde okunarak kodlandıktan sonra üzerinde uzlaşılan kodlardan kod listesi oluşturulmuştur; ardından minör kategoriler belirlenip metinlerde işaretlenmiştir. Kod listeleri üzerinden kategoriler belirlenmiş ve tematik analiz yöntemi ile temalar oluşturulmuştur. Çalışmamızı 7 ana tema ve 22 major kategori oluşturmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kategorilerin temalar altındaki dağılımı

Temalar	Kategori no	Kategori başlığı
Farkındalık	1	İçsel farkındalık
	2	Nöbet farkındalığı
Tutum	1	Davranışsal tutum
	2	Bilişsel tutum
	3	Duygusal tutum
Bilgi	1	Bilgi kaynakları
Davranış	1	Nöbet esnasındaki davranış
Öykü	1	Nöbet öyküsü
İnanç		
Duygu	1	Merhamet
	2	Memnuniyetsizlik
	3	Şaşkınlık
	4	Pişmanlık
	5	Güven
	6	Çaresizlik
	7	Kaygı
	8	Rahatlama
	9	Panik
	10	Korku - Ebeveyne ait korku - Çocuğa dair korku
	11	Minnettar olma duygusu
	12	Empati

Farkındalık temasında iki major kategori belirlendi. İçsel farkındalık ve nöbet farkındalığı olarak değerlendirildi (Şekil 4.1).

Tema 1. Farkındalık



Şekil 4.1. Farkındalık teması kategoriler ve kodlar dağılımı

İçsel farkındalıklarını ifade ederken ebeveynlerin çoğu eğitim alma isteğinden, havale sonrası ders çıkardıklarından ve sağlık çalışanlarından bilgi alma ihtiyaçlarından bahsetmekteydi (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. İçsel farkındalık kategorisi kodlar dağılımı

“Vardı, kızım la yaşadık daha önce. Hani şey olarak hani biz kaşıkla falan ağzını çalışmamız, suya sokmaya çalışmamız gerekiyor diye biliyorduk ama bu yanlışmış. Yan yatırıp yani o şekilde geçmesi için beklememiz gerekiyormuş.” (Ebeveyn 20).

“Eşim yani dilini çıkarmaya çalıştı hani. Normalde yan yatırıp sessiz yani hareketsiz bir şekilde bekleyip yani su dökme olmayacak işte ya da çocuğu hırpalama ya da sallama türü falan şeyler yanlışmış mesela. Onu öğrendik. Kenara koyup bekleyip yan çevirip hiç diline müdahale de edilmeyecekmiş. Bu arada parmağımı kopabilir ya da onun ağzına zarar gelebilirmiş.” (Ebeveyn 1)

“Acaba ne yaşayacağız ne olacak? Bu saatten sonra bizim hayatımız nasıl yol alacak? Endişelerim oldu. Yani böyle hani sakat kalır mı, engelli olur mu? Hocalara hep sordum, düşündüm.” (Ebeveyn 8)

Bazı ebeveynler bilgisizlik nedeniyle müdahalede yetersiz hissettiklerini ve zarar vermekten kaçındıklarını belirtmişlerdir.

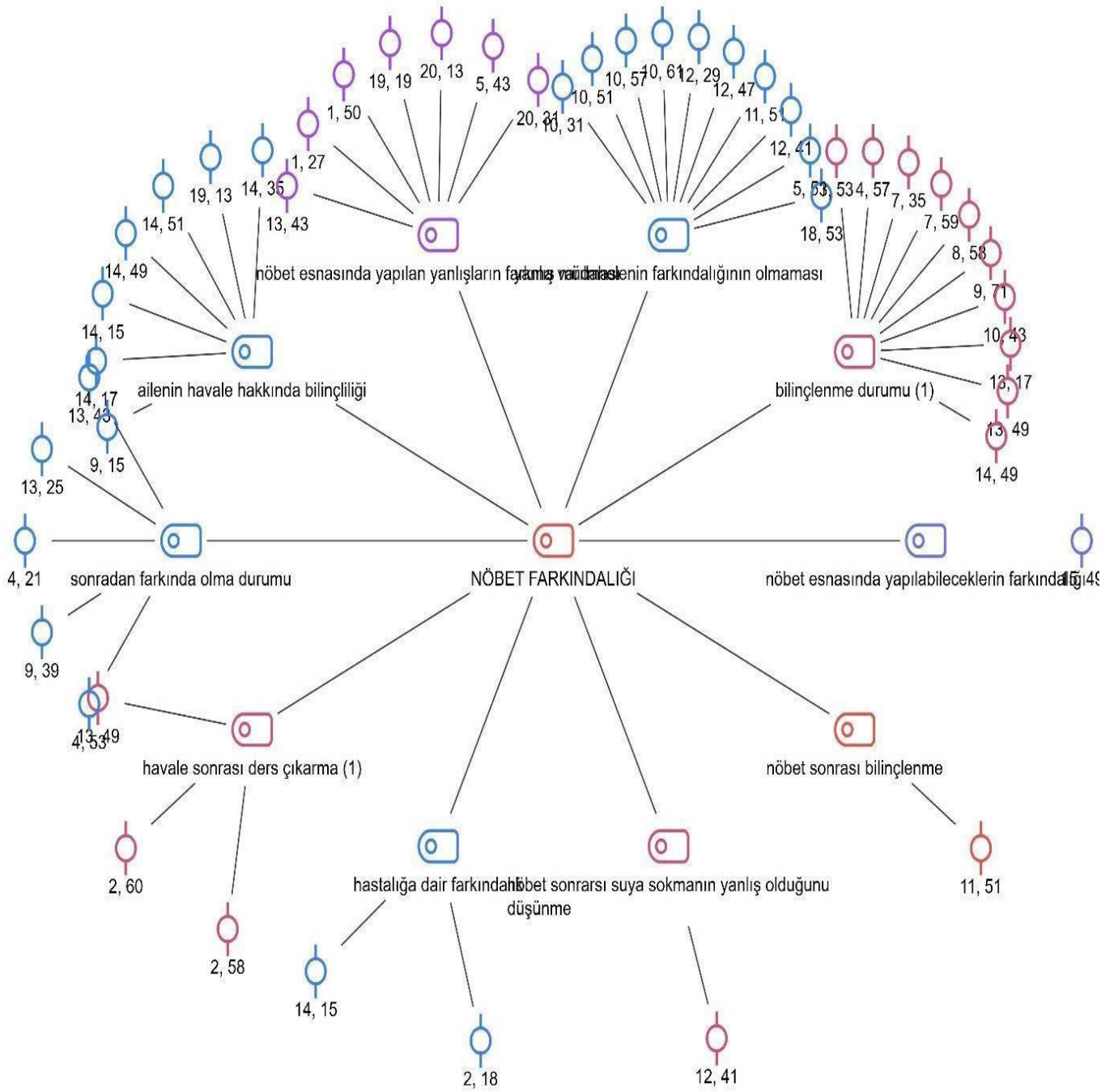
“Biraz daha rahatladım, çünkü doktorların gözetimi altında daha rahattım. En azından birine anlatabilirsin. Müdahale edecek birileri olması daha iyi. Hani ben ne kadar şey yapabilirim, müdahale edebilirim. Hani yaptığım şey doğru olur mu, zarar verir mi?” (Ebeveyn 19)

Bir kısmı da nöbet sırasında yaptıkları yanlışların farkına vardıklarında, bu durumu tecrübe edinme fırsatı olarak değerlendirdiklerinden bahsetmişlerdir.

“Biraz daha sakin kalmaya çalışırım. Çünkü biz çok şey yaptık biz çocuk elden gidiyor diye parçaladık kendimizi. Daha sakin kalmaya çalışırım. Bir de hani işte ama eğitim falan alırsam ona göre uygulamaya çalışırım.” (Ebeveyn 13)

“Eşim çocuğu benim kucağımdan alıp bağırdı evin içerisinde ve ben onu kucağımdan alıp dışarıya götürdüm. Bu bilinci yakalamak çok önemli.” (Ebeveyn 17).

Nöbet farkındalığı konusunda ailelerin az bir kısmı, havale hakkında bilinçli olduklarından ve nöbet esnasında yapılabileceklerden bahsetmişti (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Nöbet farkındalığı kategorisi kodlar dağılımı

“İlk havalesini geçirdiğinde tekrar böyle bir şey olursa yan çevirmemiz gerektiğini, işte nöbeti geçene kadar sakın kalıp hiçbir şey yedirip içirmek yok. O tarz müdahalede bulunmamız gerektiğini söylediler. Ben de öyle yaptım arabada zaten.”
(Ebeveyn 14)

Ailelerin yarısından azı ise, nöbet sonrası bilinçlenmiş ve yaptıkları yanlışların farkına vararak ders çıkarmışlardı.

“Eşim parmağıyla müdahale etti hocam. Ama öğrendikten sonra diğer havalelerinde onu yapmadık. Hani bilincine vardktan sonra bir daha öyle hani parmağımızla açalım da hani şöyle kendine gelir de bir daha yapmadık. Hep kurallara uyduk. Duşunu aldıldık. Hemen acili aradık ve hızlıca getirdik ya ambulansla geldik. Diğer havaleleri de o şekilde. Bilinçlendik yani.” (Ebeveyn 1)

Hastalığa dair farkındalığı olan aileler azınlıktaydı. Birkaç ebeveyn de nöbet olduğunun sonradan farkına vardığını ifade etti.

“Ya biz dediğim gibi kuma esnasında olduğu için, ben boğazına başka şeyler takıldığını düşündüm. Nöbet hiç ya da dedim ki birden titremeye başlayınca böyle donuk kalınca dedim ki havale geçiriyor diye düşündük. O şekilde yani.” (Ebeveyn 13)

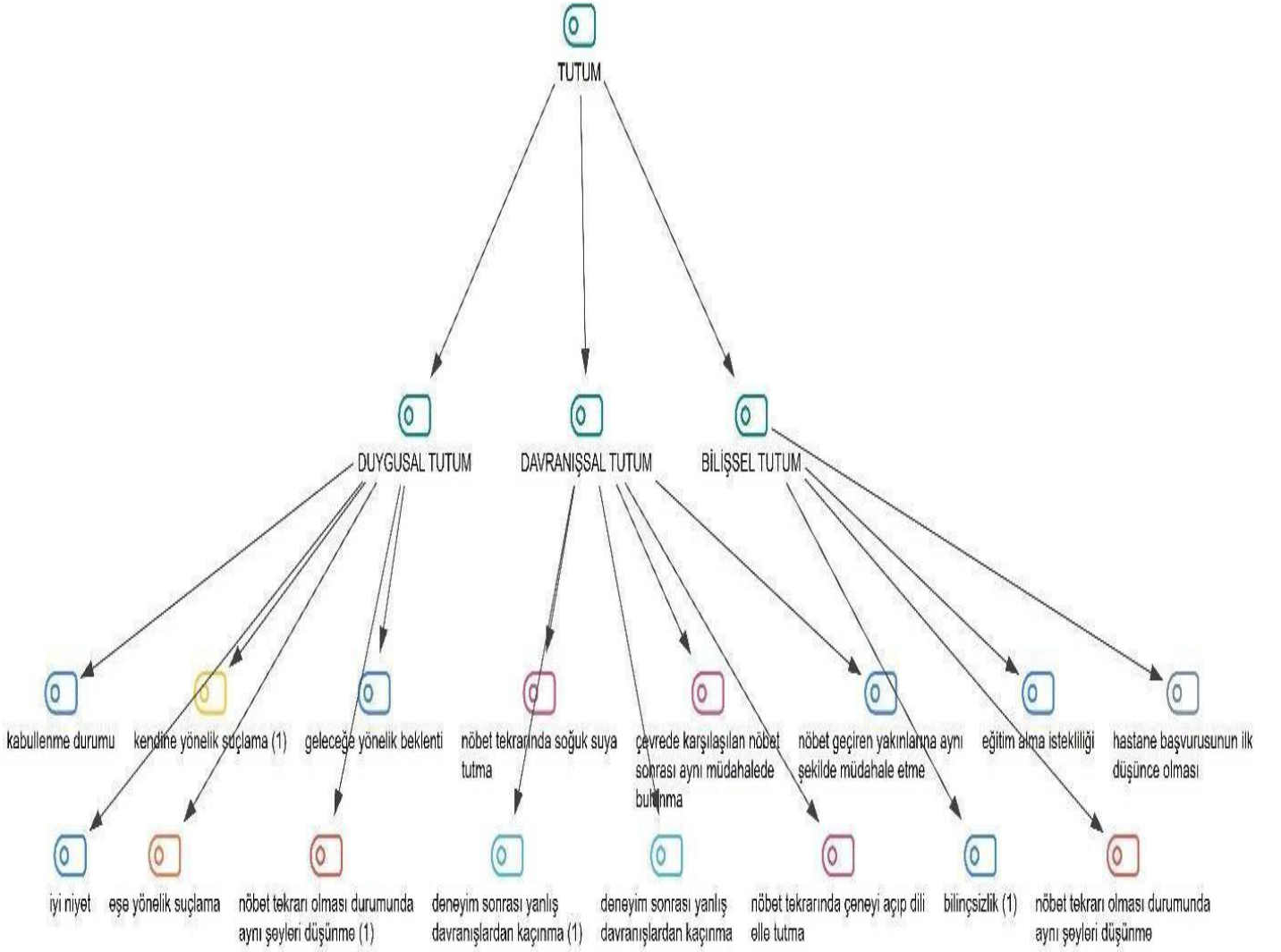
Ebeveynlerin çoğu, yaptıkları yanlış müdahalelerin farkında değildi.

“Yok elimden gelen her şeyi de yaptım. Doktorların bana anlattığı gibi suya tutuyorsun, üstünü çıkartıyorsun. Kaşık tutuyorsun, çenesi kilitlenmesin diye. Boğazına hiçbir zaman su falan kaçmasın diye yüzüne dökmüyorsun, yüzünü ters tutuyorsun, söyledikleri her şeyi yaptım.” (Ebeveyn 10)

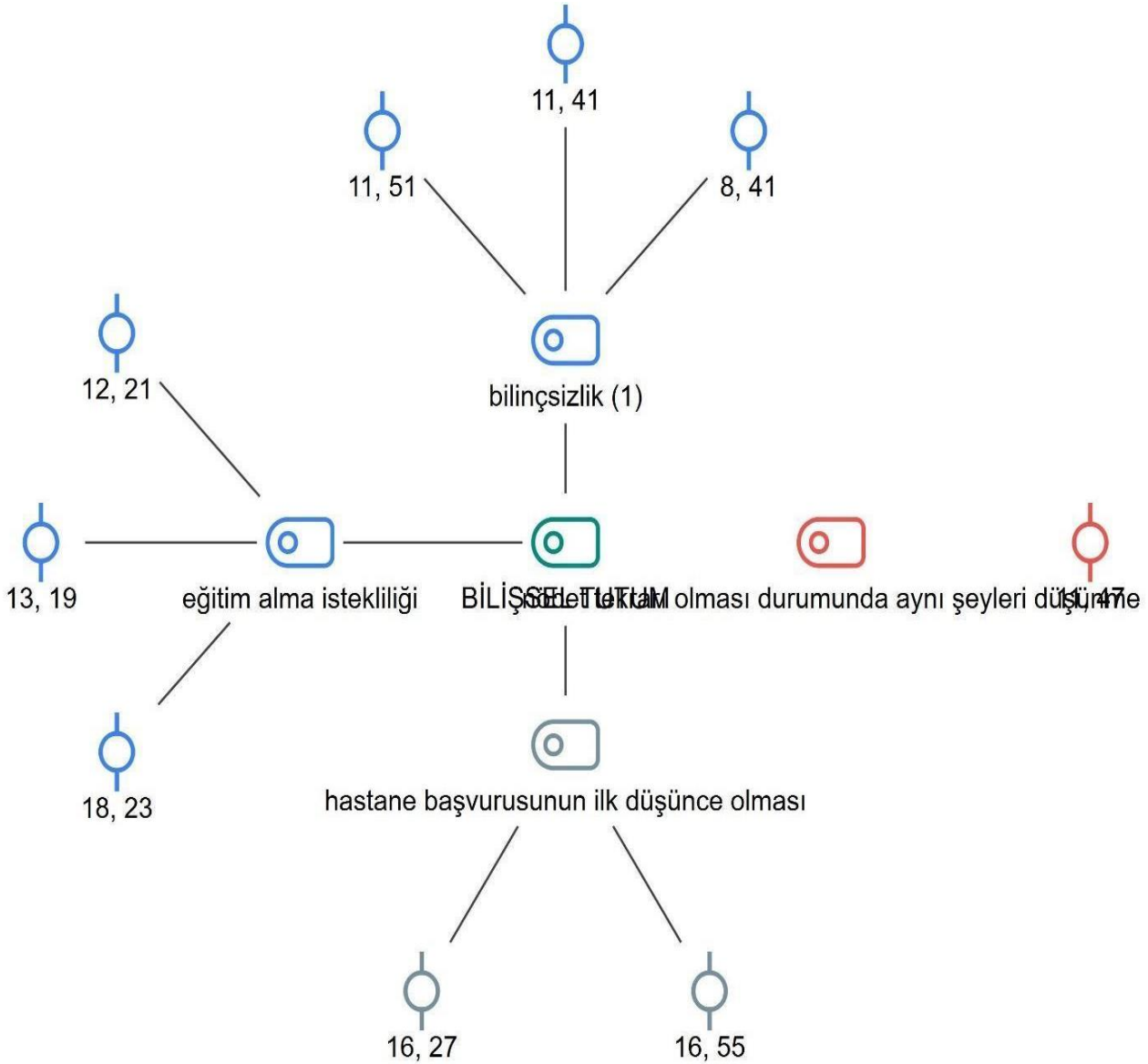
“Vallahi ben tokatladım. Ağzı yüzü gidince tokat vurdum, ondan sonra su tuttum.” (Ebeveyn 12)

Tutum temasında üç major kategori belirlendi. Bunlar davranışsal tutum, bilişsel tutum, duygusal tutumdu (Şekil 4.4).

Tema 2. Tutum



Şekil 4.4. Tutum teması kategoriler ve kodlar dağılımı



Şekil 4.5. Bilişsel tutum kategorisi kodlar dağılımı

Bilişsel tutumda ebeveynlerin çoğu herhangi bir nöbet durumunda ilk düşüncelerinin hastaneye gitmek olduğunu, bir nöbet tekrarı durumunda aynı endişeyi taşıyacaklarını ifade ettiler.

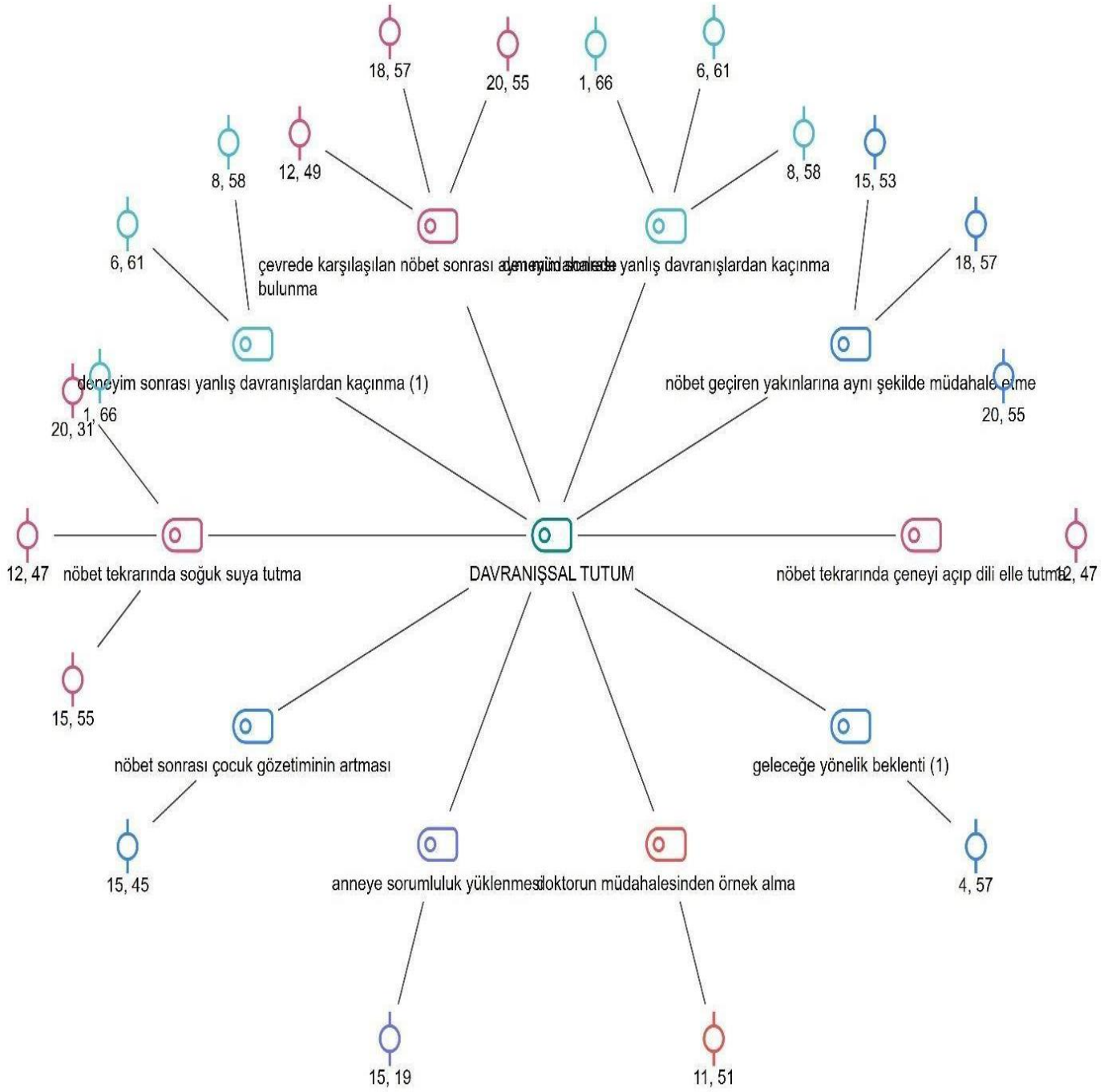
“Bir anda alıp hastaneye getirmek isterim, ne müdahale edeceğimi bilmiyorum ki nasıl olacağını.” (Ebeveyn 16)

Birçoğu eğitim isteğini dile getirirken, bir kısmı da eğitim eksikliğinden dolayı nasıl hareket edeceklerini bilememeleri nedeniyle gelecekteki durumlar hakkında karar verme konusunda belirsizlik yaşadıklarını ve bilinçsizliklerinden dolayı hangi adımları atacaklarını kestiremediklerini ifade etmişti.

“Kısa mı uzun mu? Almak isterim. Böyle bir şey yaşadktan sonra bence herkes almalı böyle bir eğitim.” (Ebeveyn 13)

“Tabi, daha bilinçli olurum en azından. Yapabileceğim tek şey yine ne olur, mesela doktorumuz şey yaptı gözlerini falan sıkı tepki vermesi için ağlaması için. Bunu yaparım. Yine üzerine su falan sürerim herhalde.” (Ebeveyn 11)

Davranışsal tutumda ebeveynler, nöbet tekrarında soğuk suya tutma veya çeneyi açıp dili elle tutma gibi müdahalelerde bulunacaklarından, çevrede veya yakınlarında nöbet geçiren birine aynı şekilde müdahale edeceklerinden, deneyimlerinden öğrendikleri hatalardan kaçınma isteği taşıdıklarından, doktorun önerilerini takip edeceklerinden söz etti (Şekil 4.6).



Şekil 4.6. Davranışsal tutum kategorisi kodlar dağılımı

“Dediğim şekilde ıı şöyle yakın bir hastane olur hani yapabileceğim. ıı dün asistan doktordan şöyle bakarak gördüm. Aynı şekilde nöbet geçirdiği zaman yan çevirdi. Yan çevirdi. Hafif şöyle sırtına vurdu biraz şey yaptı. Ondan sonra kısmen soğuk uygulama yapıldı. Hani burada gördüklerimi yaparım diye düşünüyorum. Paniklemezsem burada gördüklerimi yaparım.” (Ebeveyn 6)

Birkaç ebeveyn gelecekte ne beklediklerinden bahsetmişti.

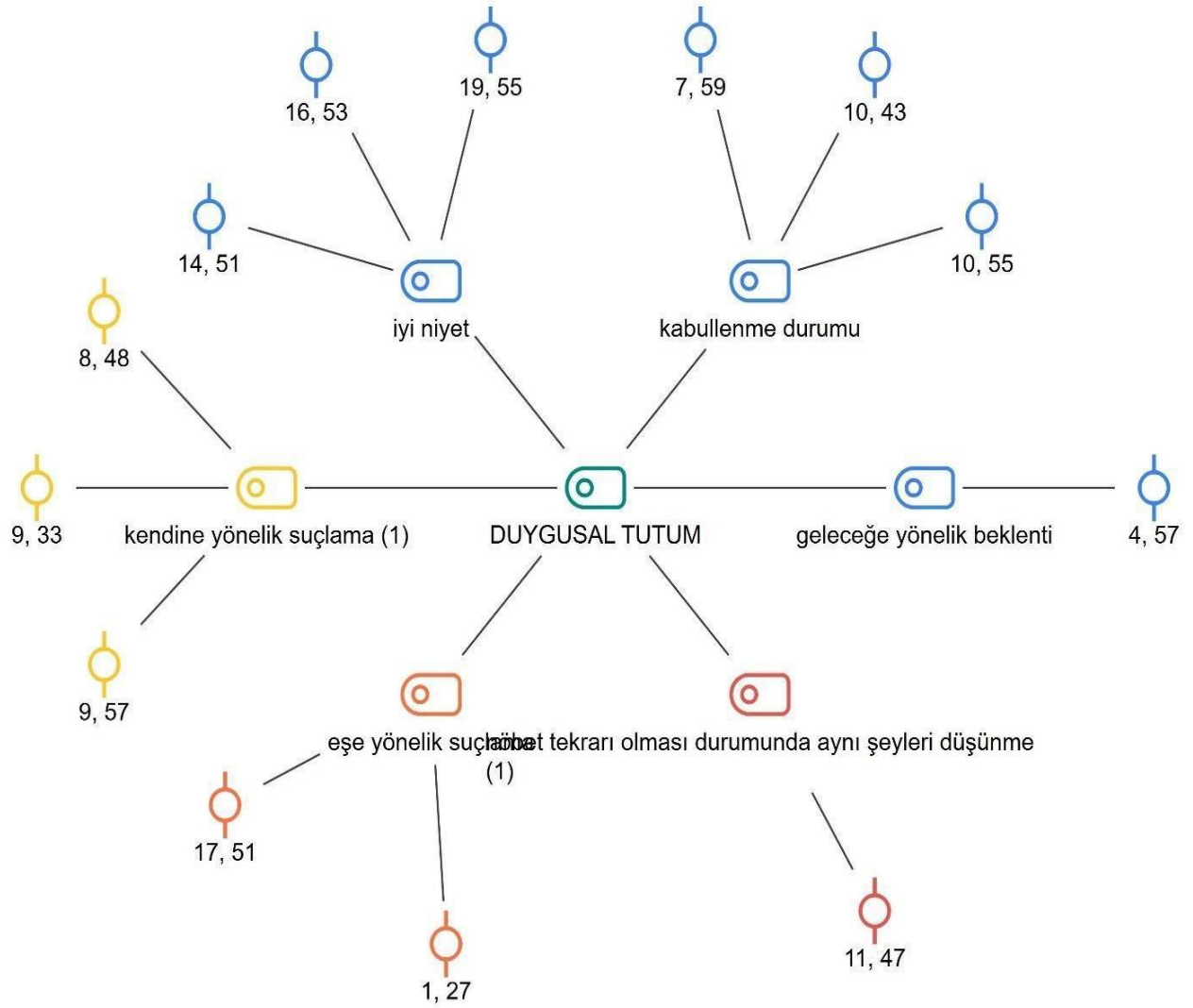
“Daha bilinçli olurum herhalde. Bilmiyorum yani bu sefer kendim korkmam en azından. Çabuk getiririm. Bilmiyorum.” (Ebeveyn 4)

“Yapmam dediğim, çok büyük panik paniğe kapılmamak. Artık başıma gelebilecek olanı biliyorum çünkü.” (Ebeveyn 8)

Ayrıca, bir baba nöbet sonrası çocuğun gözetimini artıracakları ve annenin üzerine daha fazla sorumluluk düşeceğini belirtmişti.

“İsterseniz annesini çağırın, komşuya dahi bırakmıyorsunuz dedim yani. Ya ben bir markete gideyim geleyim, yok dedim. Saniye gözünün önünden ayırmayacaksınız dedim. İşin gücün çocuk ya başka bir şey istemiyoruz ki biz zaten.” (Ebeveyn 15)

Duygusal tutumda aileler, geleceğe yönelik beklentilerinden bahsetmişti. Ayrıca, durumu kabullendiklerini ve bunun yanı sıra, eşlerine veya kendilerine yönelik suçlamalardan da bahsetmişlerdi (Şekil 4.7).



Şekil 4.7. Duygusal tutum kategorisi kodlar dağılımı

“Daha bilinçli olurum herhalde. Bilmiyorum yani bu sefer kendim korkmam en azından. Çabuk getiririm. Bilmiyorum.” (Ebeveyn 4)

“Açıkçası hep o korkuyu yaşıyor insan, acaba bir şey olacak mı? Zihinsel ya da bedensel bir zarar kalacak mı diye. O korku hep oluyor. Burada da olsan oluyor. Evde de olsan oluyor. Sanırım bunu yenemiyoruz beynimizde. Yenemeyebiliriz. Çünkü yerleşmiş hep kalıp halinde kulaktan kulağa yayılan bir şeyler olduğu için bu insanların kulağında ve beyinde yer ediyor.” (Ebeveyn 17)

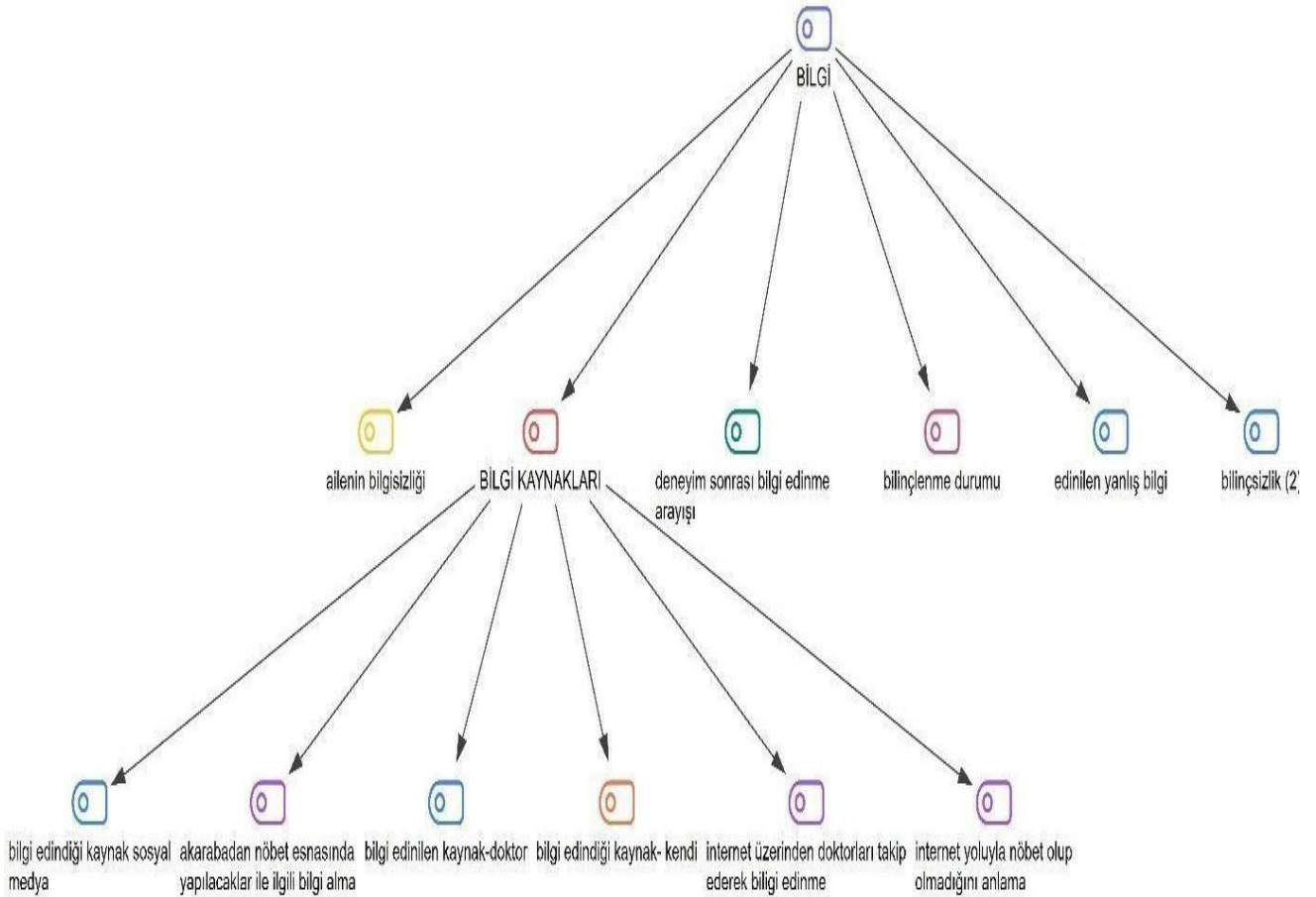
“Dedim, altta yatan büyük bir sorun var muhtemelen dedim. Hani epilepsi tanısı daha tam konulmadı ama. Epilepsi hakkında da bir şey bilmiyorum da. Büyük bir hastalığın geldiğini anlamıştım. Yani öyle düşündüm işte.” (Ebeveyn 8)

Ebeveynlerin birçoğu nöbet tekrarı durumunda benzer düşüncelere sahip olacaklarını belirtmişlerdi. Ayrıca bu durumun başkalarının yaşamaması yönünde duydukları iyi niyeti dile getirmişlerdi.

“Yine aynı şekilde, hem annesini sakinleştirdim soğuk kalması açısından. Hem çocuğa yapabileceğim bir şey varsa ben yaptım, müdahale ederdim. Başımızdan geçtiği için insan tecrübeleniyor.” (Ebeveyn 14)

Bilgi temasında bilgi kaynakları olarak bir adet majör kategori değerlendirdi. Herhangi bir kategori içerisinde değerlendirilmeyen minör kategoriler ayrıca değerlendirildi (Şekil 1.8).

Tema 3. Bilgi



Şekil 4.8. Bilgi teması kategori ve kodlar dağılımı

Bazı ebeveynler, ilk anda çocuklarının havale geçirdiğini anlayamadıklarından söz etmişti.

“Eşim internetten baktı havale geçiriyor mu geçirmiyor mu diye.” (Ebeveyn 13)

“Bilğim yoktu. Yanlış bir şey yaparım diye de hani bir şey yapmak istemedim açıkçası.” (Ebeveyn 4)

Çoğu ebeveyn bu konuda bilinçsiz ve bilgisiz olduklarından bahsetmişti.

“Yani. Ne söyleyebilirim ki, yani tabi ki çok korktum ve ilk defa böyle başıma geldi. Yani yakın yani ilk defa başıma geldi. Tabi çok tedirgin oldum yani.” (Ebeveyn 18)

“Nasıl müdahale edeceğim ki. Bir anda alıp hastaneye getirmek isterim, ne müdahale edeceğimi bilmiyorum ki nasıl olacağını.” (Ebeveyn 16)

“Dedim herhalde çocuğumu ölecek yani nefessiz kaldı. Biz o şekilde düşündük. Yani çırpındık falan ama yani bir bilgi de olmayınca sadece soğuk su döktük yüzüne. Hemen ambulansı aramak geldi aklımıza. (Gözleri doldu ağlamak üzereydi, elleriyle gözlerini sıktı.)” (Ebeveyn 13)

“Tabi yani bir güvence var yani. Çünkü hastanede benim yapabileceğim bir şey olsa zaten evde yaparım ben. Güveneceğim yer neresi hastane. Tabi bir rahatlama var. Çünkü emin ellerde yani. Doktorların yapabileceği bir şey yani. Biz en fazla yapabileceğimiz ne? Bilmiyoruz.” (Ebeveyn 15)

Birçoğu deneyimlerinden sonra bilgi arayışına girdiklerini ve bilinçlendiklerini belirtmişlerdi.

“Bu öyle olduktan sonra bakmaya gayret ettim. O zaman baktım bu neden oluyor diye. O zaman internete baktım.” (Ebeveyn 7)

“Müdahale ederim. Artık alıştım. Aynı doktorların yaptığını yaparım.” (Ebeveyn 7)

Ayrıca, çevrede söylenenlerin ebeveynler üzerinde kalıcı etkiler bıraktığından da söz edilmişti.

“Çünkü yerleşmiş hep kalıp halinde kulaktan kulağa yayılan bir şeyler olduğu için bu insanların kulağında ve beyinde yer ediyor.” (Ebeveyn 17)

Bazı ebeveynler, nöbet sırasında ne yapacaklarını net bir şekilde bildiklerini ifade etmişlerdi.

“İlk havalesini geçirdiğinde tekrar böyle bir şey olursa yan çevirmemiz gerektiğini, işte nöbeti geçene kadar sakın kalıp hiçbir şey yedirip içirmek yok. O tarz müdahalede bulunmamız gerektiğini söylediler. Ben de öyle yaptım arabada zaten.” (Ebeveyn 17)

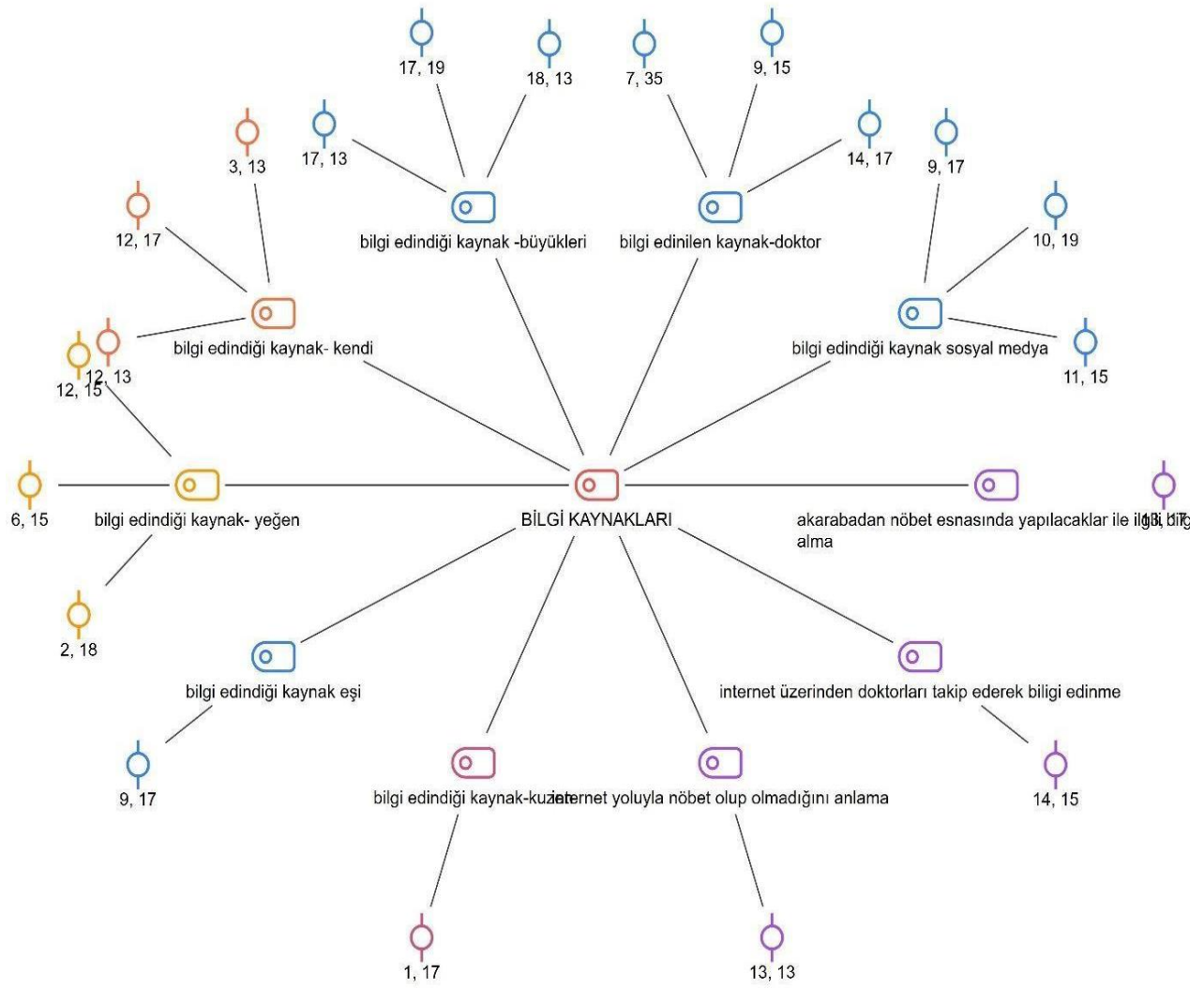
Ancak, bazı ebeveynler edindikleri bilgilerin yanlış olduğunu bilmiyorlardı.

“Doktor havale geçirdiğinde mutlaka soğuk suya sokuyorsun, tahta şey kullanıyorsun, tahta kaşık gibi. Hemen hastaneye getiriyorsun gibi. Bunları söylemişti.” (Ebeveyn 10)

Ayrıca, eğitime karşı isteksizlik gösteren birkaç ebeveyn de mevcuttu.

“Burada mı alacağız? Annesi alır da ben alamam yani. Benim vaktim yok.” (Ebeveyn 15)

Bilgi kaynakları konusunda, bilgilerini sosyal medya aracılığıyla, doktorlarından, eşlerinden, kendi deneyimlerinden veya akrabalarından edindiğinden bahsetmişti (Şekil 4.9).



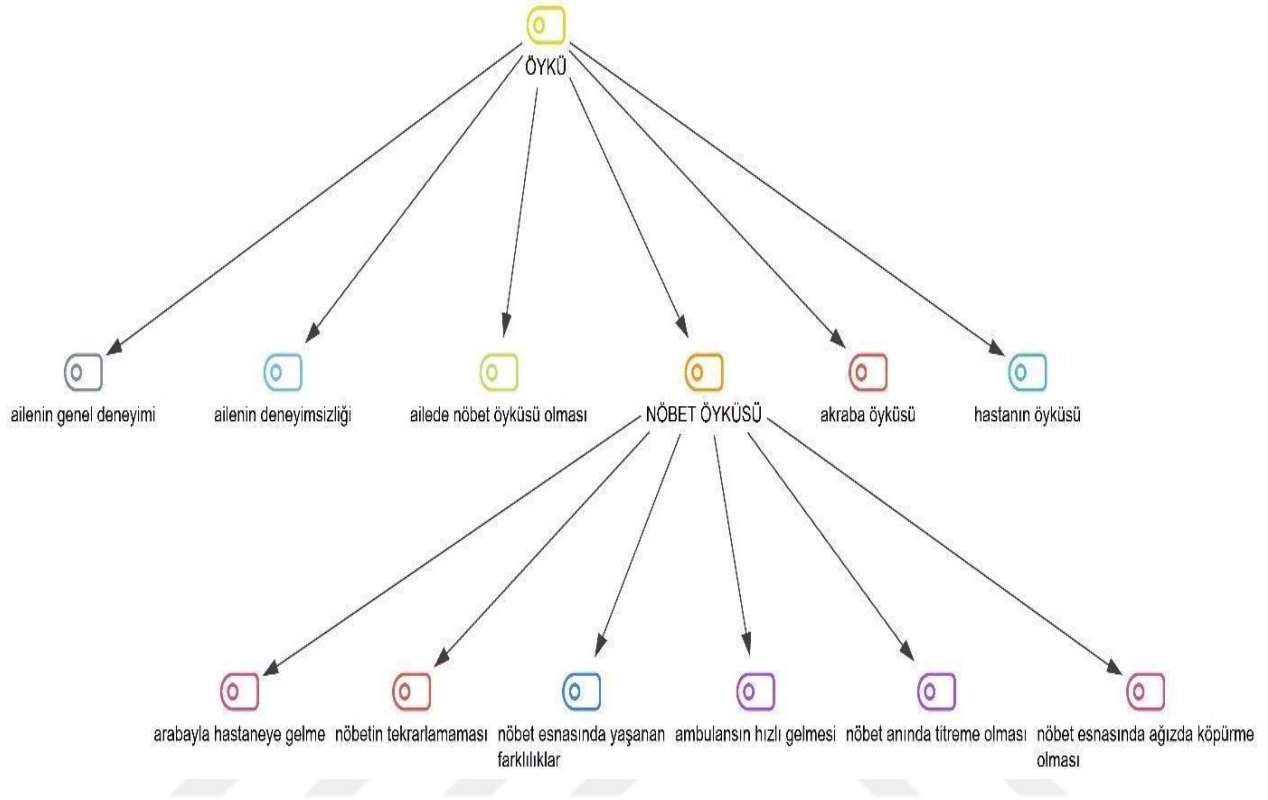
Şekil 4.9. Bilgi kaynakları kategorisi kodlar dağılımı

“Yani, evet, bazı takip ettiğim doktorlar var internette, Instagram’da. Ateş düşürmek için yapılan yöntemler falan işte, üzerini inceltmek, ılık duş aldirmek, öyle şeyleri takip ediyordum. Ola ki başımıza gelirse olursa diye.” (Ebeveyn 14)

“Vardı, ben kendim de geçirdim. Benim ablam da geçirdi. Biliyordum. Kendini sıkıldığında anladım zaten ağzı köpürdü. Yeğenlerim de geçirdi oradan da biliyordum.” (Ebeveyn 12)

Öykü temasında nöbet öyküsü olarak bir adet majör kategori belirlendi. Herhangi bir kategori içerisinde değerlendirilmeyen minör kategoriler ayrıca değerlendirildi (Şekil 4.10).

Tema 4. Öykü



Şekil 4.10. Öykü teması kategori ve kodlar dağılımı

Bazı ebeveynler, çocuklarının, ailelerinin, kendilerinin veya akrabalarının nöbet geçirdiği durumlarla karşılaşmışlardı. Aynı şekilde, çevrelerinde nöbet geçiren kişilere şahit olan ebeveynler de vardı.

“Kızımın havalesinde de ben vardım. O da 1,5 yaşındaydı. O da üst solunum enfeksiyonu sırasındaiken geçirdi. Beni rahatlatan bu süreçlerde şu ayrıntıydı. Çocuklarımın hastalığı döneminde, hani gözetimliken, ateşliyen havale geçirir, aman dikkat, bu söz, bir tık rahatlatıyordu hani. Sebebi o ateşli hastalığa, üst solunum yolu işte. Oğlumdaki ilk rota virüsünden kaynaklı. İşte vücut hastalıkla birleşince işte ya da kendini yeterince koruma altına almayınca beyin kilitliyor kendini. Yani bu tür hani kendimizi böyle telkin edip ona sebep bulduğumuz için biraz da rahatlama oluyordu. O zaman ilk yaşadığımızda daha çok korkmuştum, ilk annelik, ilk çocuk. Evet o zaman daha çok korkmuştum.” (Ebeveyn 17)

“O zaman ilk yaşadığımızda daha çok korkmuştum, ilk annelik, ilk çocuk. Evet o zaman daha çok korkmuştum.” (Ebeveyn 17)

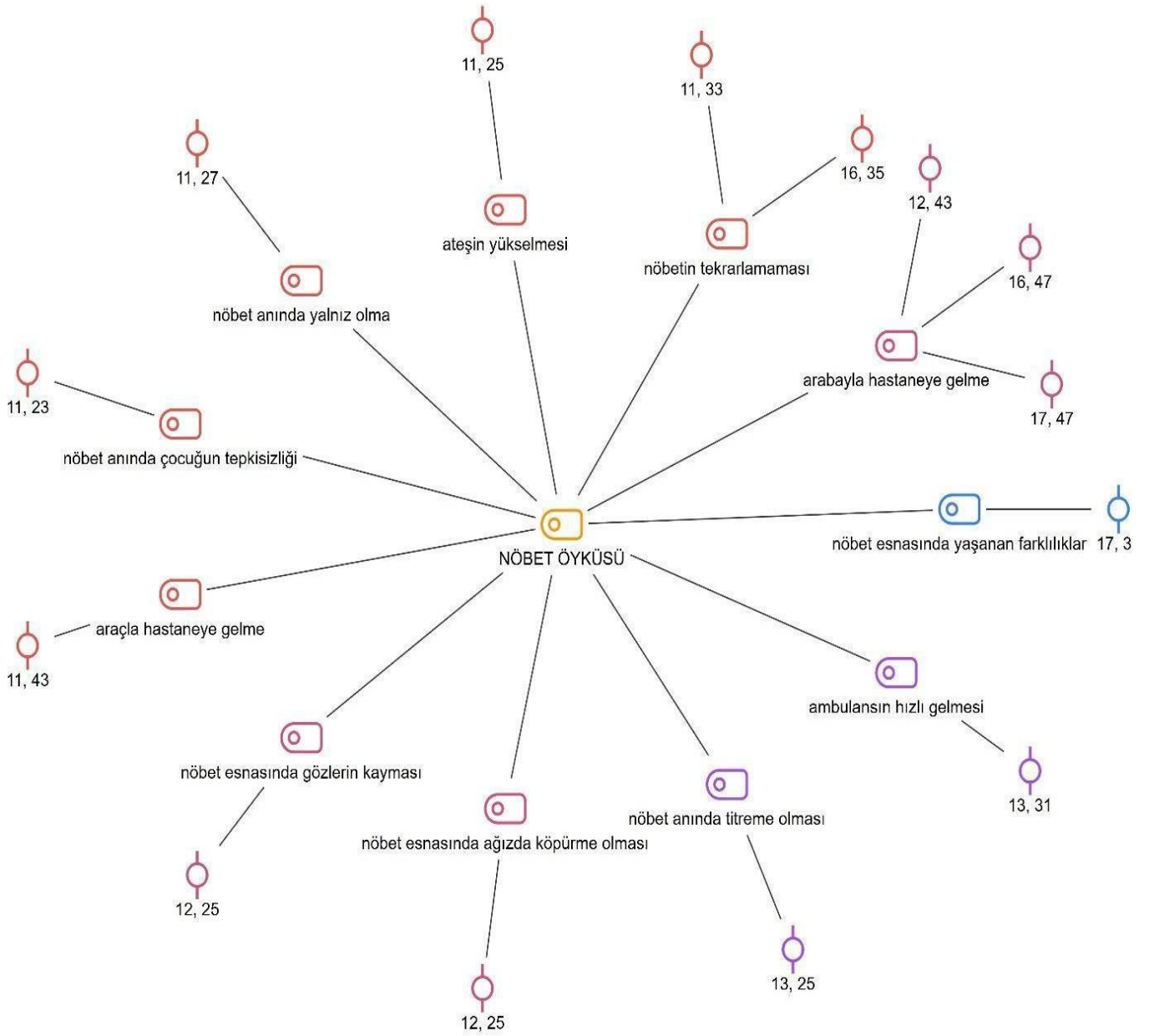
“Bunu ilk geçirdiğinde, bunu benim eşimin ailesinde çok var. Amca oğlu, çünkü benim teyzemin çocukları, oradan biliyorum hani havaleyi. Daha önce gördüm, aileden var.” (Ebeveyn 10)

Ateşi yükseldiğinde nasıl müdahale edeceklerini bilmeyen veya bu konuda deneyimsiz olduklarını dile getiren ebeveynler de çoğunlukta.

“İlk defa kendi çocuğumda böyle yaşadım. Ötekilerini büyüttüm ama hiç hastane yüzü görmedim.” (Ebeveyn 7)

“Yıkayacaktım bir dakika içinde oldu. Uzanıyordu. Bir anda baktım kendinden geçti. Böyle tuhaf hareketler yapmaya başladı. Gözü kapalıydı. Dudakları morardı. Bembeyaz kesildi. Kucakladım çıktım evden.” (Ebeveyn 11)

Nöbet öyküsünde, nöbet sırasında ağızda köpürme, gözlerde kayma, titreme, ateşin yükselmesi, çocuğun tepkisizliği gibi belirtilerden bahsedildi (Şekil 4.11).



Şekil 4.11. Nöbet öyküsü kategorisi kodlar dağılımı

“Şuuru kapandı, gözleri kapandı, tepki vermedi.” (Ebeveyn 11)

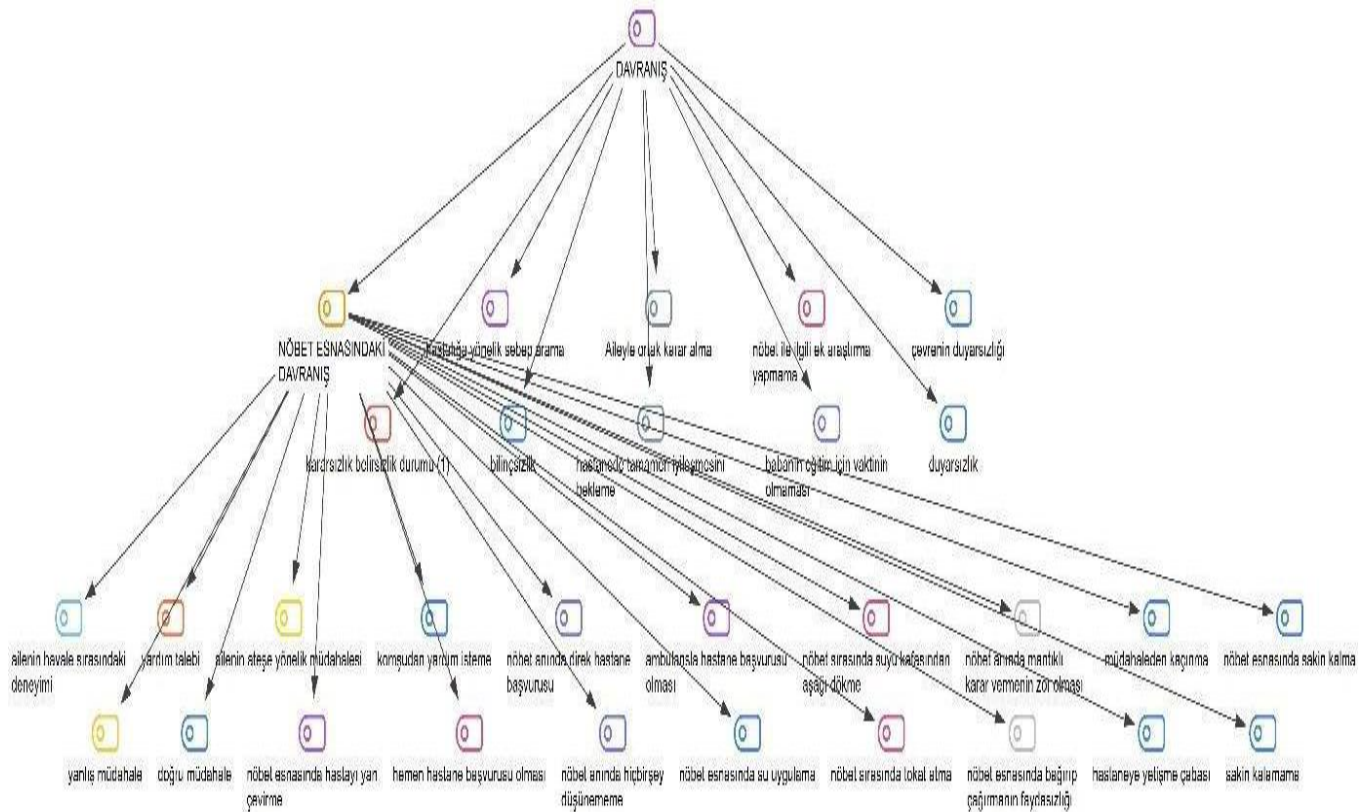
Hastaneye ambulansla veya araçla gittikleri anlatıldı. Ayrıca bazı ebeveynler, çocuklarının nöbeti esnasında kendilerinin yalnız kaldıklarını ifade ettiler.

“Önce yalnızdım, eşim zaten yetişt, o işe gitmek zorundaydı. Sonra ikincisinde aynı şekilde devam etti. Annemi çağırdım, taksiye bindik, hastaneye geldik.” (Ebeveyn 19)

Nöbeti tekrarlamayan çocuklardan da bahsedildi.

Davranış ana teması, nöbet esnasındaki davranış majör kategorisi oluşturularak ve kategori dışında kalan minör kategoriler ile değerlendirildi (Şekil 4.12).

Tema 5. Davranış



Şekil 4.12. Davranış teması kategori ve kodlar dağılımı

Çoğu ebeveyn nöbet sırasında kararsız ve belirsiz hissettiklerini ifade etti. Bazıları bilinçsiz davranışlar sergilerken, diğerleri hastalığın sebebini araştırmaya odaklanmıştı.

“Ya biz bilmediğimiz için dedim ki hani acaba sıkıntı mı yaptım boğazında falan ağzını açmaya çalışırken, müdahale ederken. Yani yapmasa mıydım bilmiyorum ama o an başka bir şey gelmedi. O parmağımızı sokunca zaten bir iki daha istiğfar etti. Oradakileri attı. Ondan sonra biraz daha aydınlandı.” (Ebeveyn 13)

“Evet. Daha önce geçirdiği için doktorlar bunun tekrar olabileceğini, işte olduğu durumlarda böyle davranmam gerektiğini söyledikleri için hani en azından birkaç bir şey bildiğim için rahattı. Yani çevirmem gerektiğini biliyordum. Su filan vermemem gerektiğini biliyordum. Kısım o kadar da olsa içim rahattı. Başımızdan bir kere geçtiği için. Bu geçecek bir önceki gibi normale dönecek gibi düşündüm ama niye oluyor diye de bir sorguladım. Yani niye her ateşte nöbet geçiriyor? Bunu bir sorguladım açıkçası.” (Ebeveyn 14)

Hastanede kalarak hastalığın tamamen iyileşmesini sağlamak isteyenler oldu.

“Yani tamamen iyileşip tedavisini görüp öyle yani evimize gitmek istiyorum.” (Ebeveyn 16)

Aileleriyle birlikte karar vermeye çalışan ebeveynler de vardı.

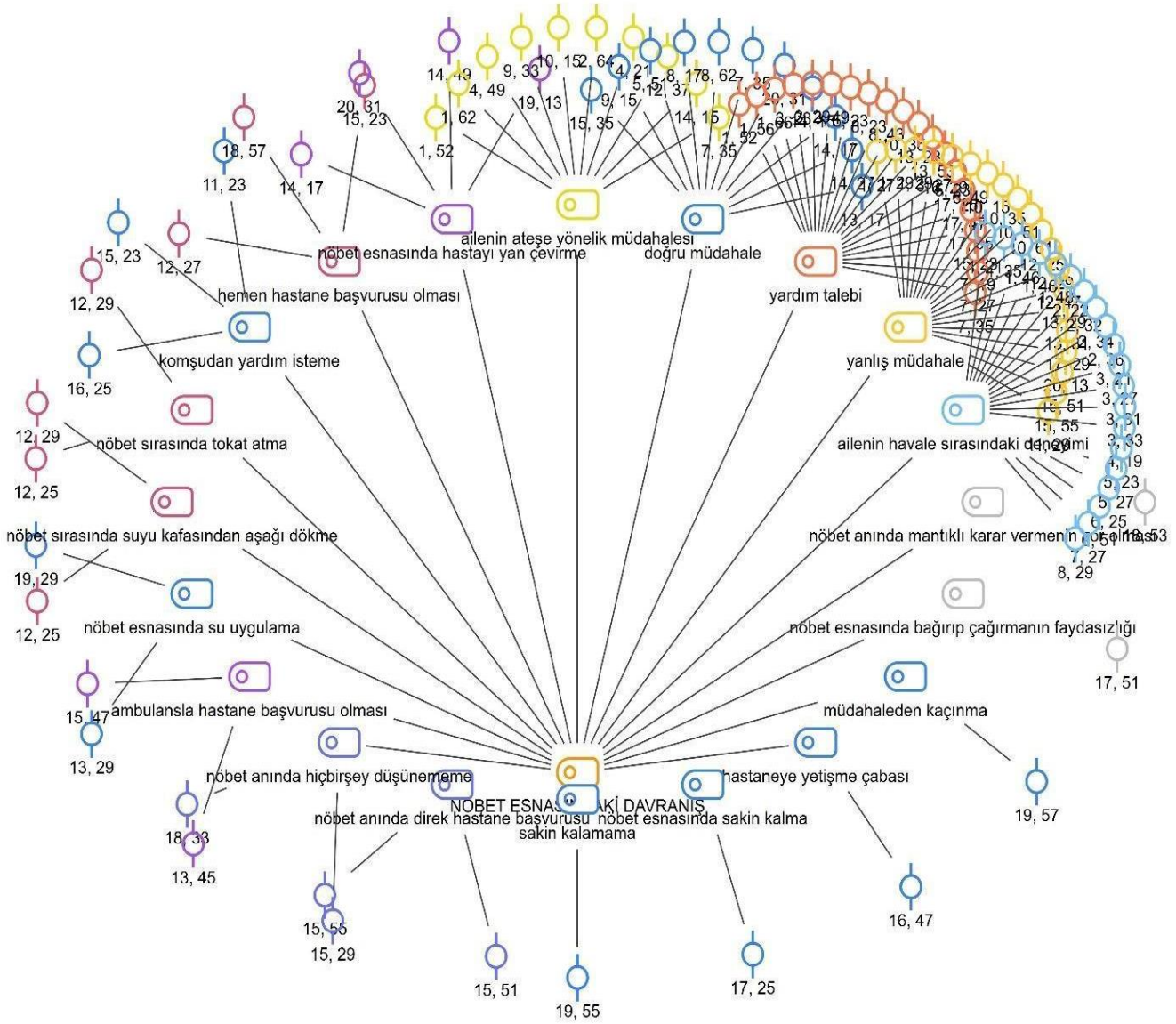
Bir baba, duyarsız davranarak eğitim ve zamansızlık sorunlarından bahsetmiş ve nöbetle ilgili ek araştırma yapmamıştı.

“Annesi alır da ben alamam yani. Benim vaktim yok.” (Ebeveyn 15)

Çevresinin duyarsızlığından yakın bir ebeveyn de deneyimlerini dile getirdi.

“Daha sakın olurdum. Mesela akrabalarından çocuklara bir şey olduğu zaman ‘ya çocuktur diyordum’ olur ya çocuktur. Mesela bana da dün bayağı bir söylenti oldu. ‘Çocuktur olur havale de geçirir; düşer; kalkar. Çünkü çocuktur. İsmi üstünde çocuktur’ dediler. Ben bu şekilde hani ‘o acıyı, o stresi yaşamayan bilmez’ dedim kim sorduysa ‘Ben yaşadım, ben biliyorum’ dedim.” (Ebeveyn 6)

Nöbet esnasındaki davranışları geniş bir yelpazeye yayılmıştı. Hastayı yan çevirme, ateşe yönelik müdahale, su uygulama, soğuk kompres yapma, ağız açma gibi çeşitli müdahalelerden bahsedildi (Şekil 4.13).



Şekil 4.13. Nöbet esnasındaki davranış kategorisi kodlar dağılımı

Birçok ebeveyn evde geçmesini beklemeyip hemen hastaneye gelebilmek için komşu ya da ambulans çağırma ihtiyacını dile getirdi.

“O sırada benim bir komşum var. Komşuma götürünce dili kaçtı mı diye baktı. Dili kaçmadı. İşte soğuk su serpti. Yere yatırdı. Resmen çocuk ölüyor sandı. Hemen kendi oğluna seslendi, hadi çocuğu bi hastaneye götürelim diye. Hemen aldık. Hemen acile getirdik.” (Ebeveyn 7)

Ancak çoğu ebeveyn suyu başa dökme, suya sokma, hatta tokat atma gibi yanlış müdahalelerde bulunmuştu.

“Yok elimden gelen her şeyi de yaptım. Doktorların bana anlattığı gibi suya tutuyorsun, üstünü çıkartıyorsun. Kaşık tutuyorsun, çenesi kilitlenmesin diye. Boğazına hiçbir zaman su falan kaçmasın diye yüzüne dökmüyorsun, yüzünü ters tutuyorsun, söyledikleri her şeyi yaptım.” (Ebeveyn 10)

Bu durumda müdahalede bulunmaktan çekinenler ya da nasıl müdahale edeceklerini bilemeyenler de vardı.

“Kızım yanımda geçirmişti. Onda havale olduğunu bile anlamamıştım. Yani ambulans çağırdım falan ama. Müdahale edemiyordum çocuğa. O kadar ateşi yükselmışti ki artık elimden şey gelmeyince bir sağlık görevlisinden danışmak için yani aradım ambulansı. Sağlık görevlisini istedim ki ben şu an ne yapabilirim. Yani ambulans gelsin, onu da bilmiyorum. Bana bir şey deyin onu yapayım falan diye aramıştım mesela onları. Ambulans yönlendirmişlerdi onlar da. Havale olabileceğini söylemişlerdi.” (Ebeveyn 8)

Doğru müdahalede bulunan ebeveynlerin sayısı ise azdı.

“Su şişesi vardı yanımda. Saçlarına, yüzüne, ellerine su döktük sadece. Hiçbir şey yedirip içirmedik. Yan çevirdim. Nöbeti geçene kadar su döktük, başka bir şey yapmadık. Üstü çıplaktı.” (Ebeveyn 14)

Bir baba, hastaneye yetişirken trafik kurallarına uymadığını belirtmişti.

“Tabi endişelendim, tabi yani ben şoföre devamlı bas bas bas boşver şey yapma diyordum. Yani önümüzde 1 tane 2 tane araba vardı. Onu geç yani dedim gerekirse vur dedim yani hiç şey yapma. Çünkü akşam olduktan sonra soytarılar çıkıyor. Lay lay lom yolda geziyor gerekirse vur dedim yani.” (Ebeveyn 15)

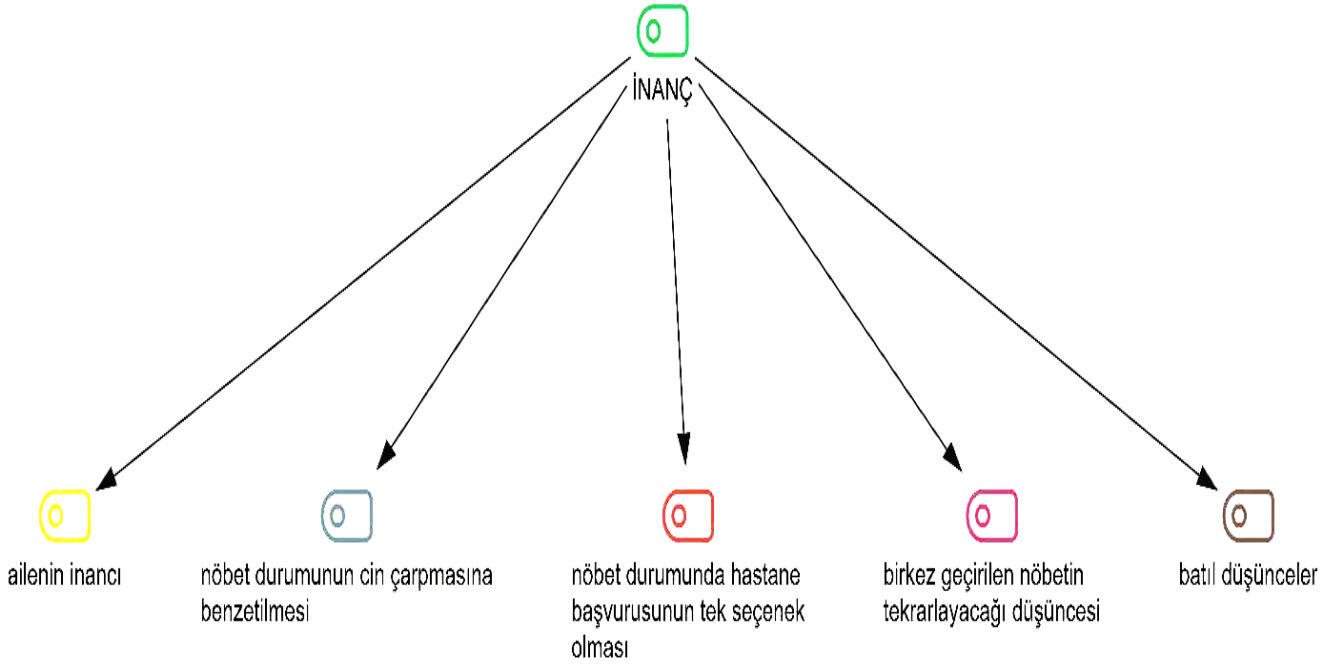
Nöbet sırasında sakin kalanlar olduğu gibi panikleyenler de vardı. Bazı ebeveynler ise anneleri sakinleştirmeye çalıştılar.

Nöbet anında mantıklı kararlar vermenin zorluğundan bahsedildi ve bağırıp çağırmanın faydasız olduğunu düşünen ebeveynler de görüldü.

“Evin içerisinde bağırmaktansa ya da arabada bağırmaktansa. Alıp bir an önce doktora yetiştirmeyi daha uygun görüyorum.” (Ebeveyn 17)

İnanç temasını minör kategoriler oluşturdu (Şekil 4.14).

Tema 6. İnanç



Şekil 4.14. İnanç teması kodlar dağılımı

Ebeveynlerin bir kısmı, dini inançları ve dualarını nöbet geçiren çocukları için dile getirirken, bazıları ise nöbeti cin çarpması gibi batıl inançlarla ilişkilendiriyor ve bu düşüncelerini ifade ediyordu.

“Çok ateşlendi ama böyle yani böyle eli yüzü bir şeyler oldu. Sanki cin çarpılır gibi.” (Ebeveyn 16)

“O zaman da şükrettik hani çok şükür en azından kendine geldi. Allah korusun hareket etmeyecek, hani yürümeyecek, konuşmayacak. Konuşmamasından korktum. Allah korusun, hani engelli olur diye çok zor oluyor, korkum o oldu.” (Ebeveyn 10)

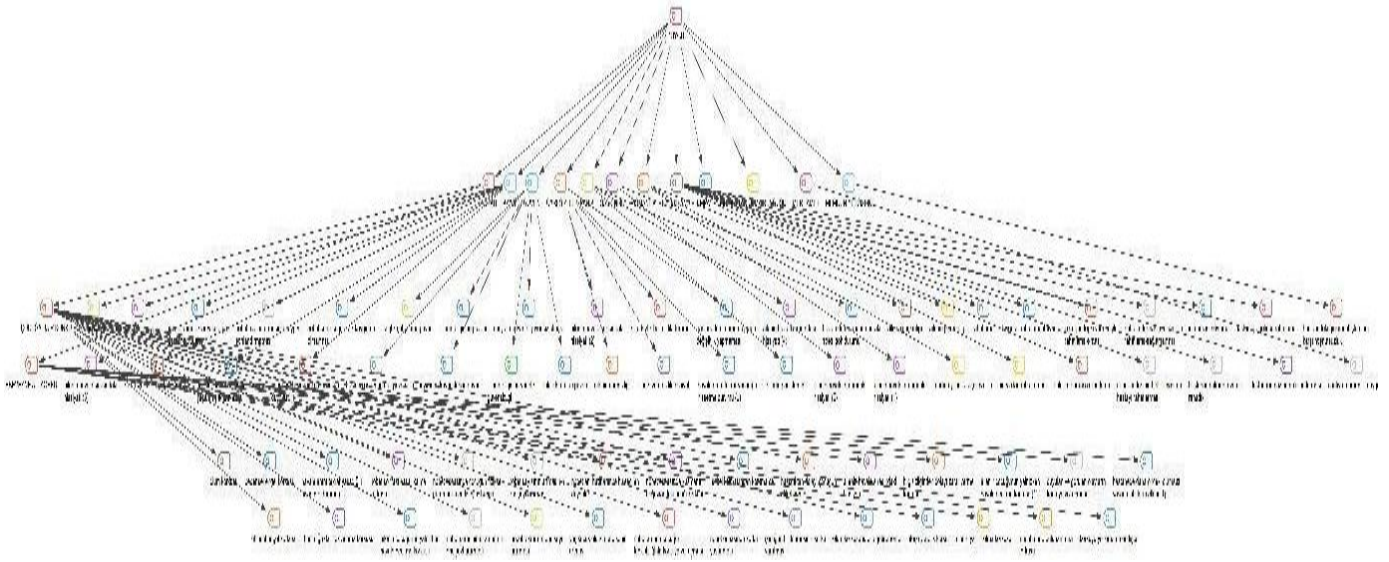
“Kötüyü çağırdık gibi yani kötüyü düşündük.” (Ebeveyn 1)

Nöbet geçirme durumunun bir kez yaşanması halinde tekrarlanabileceği düşüncesini taşıyanlar da vardı ve bazı ebeveynler için tek çözüm yolunun hastaneye gitmek olduğuna inanıyorlardı.

“Bir kere geçirdiyse yine geçirir.” (Ebeveyn 12)

Duygu ana teması, ifade edilmesi en zor ve karmaşık olan temaydı ve 14 majör kategori olarak; merhamet, memnuniyetsizlik, şaşkınlık, pişmanlık, güven, çaresizlik, kaygı, rahatlama, panik, korku (çocuğa dair korku ve ebeveyne ait korku olarak iki alt kategori), minnettar olma duygusu ve empati duyguları ile değerlendirilmiştir (Şekil 4.15).

Tema 7. Duygu



Şekil 4.15. Duygu teması kategoriler ve kodlar dağılımı

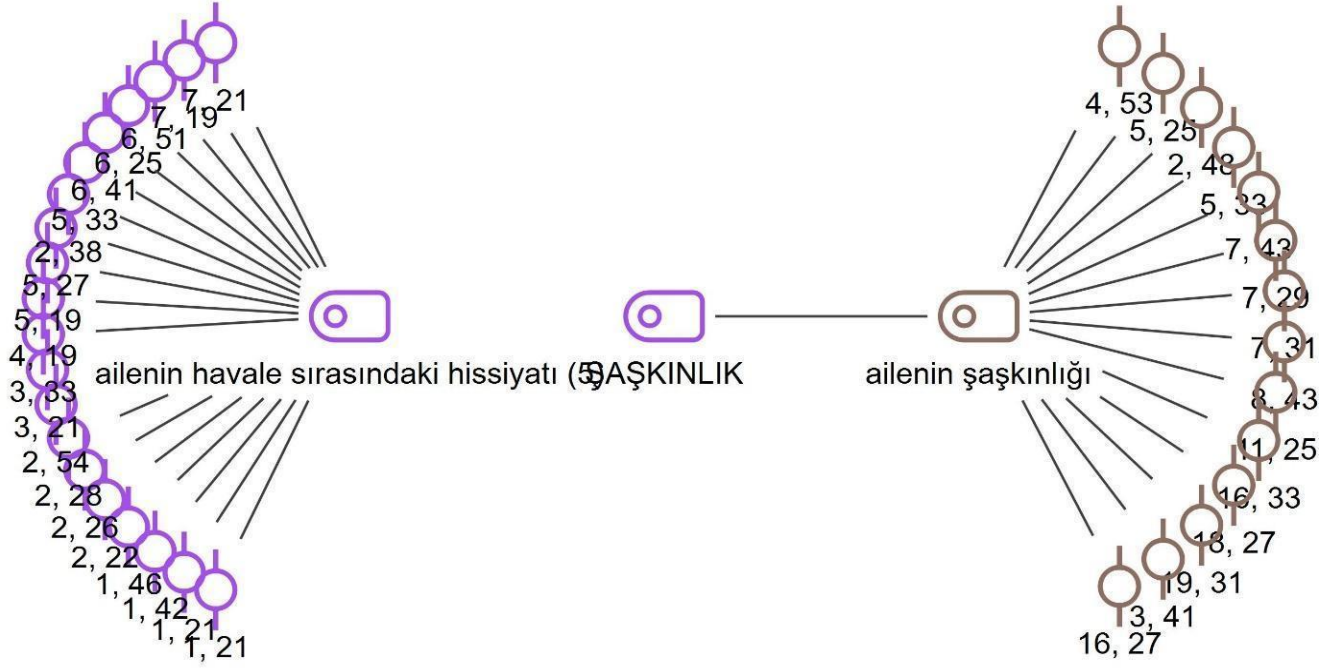
Merhamet duygusunda her canlıya duyulan merhametten bahsedildi.

“Daha soğukkanlı olabilirdim yani sonuçta can yani evet.” (Ebeveyn 18)

Memnuniyetsizlik duygusunda, bir anne hastanedeki girişimsel işlemlerden hoşnut olmadığını dile getirdi.

“Yani hislerimde hiçbir değişiklik olmadı. Bir de çok ağlattılar tabi. Çok delik deşik oldu. Orada da çok üzüldüm.” (Ebeveyn 9)

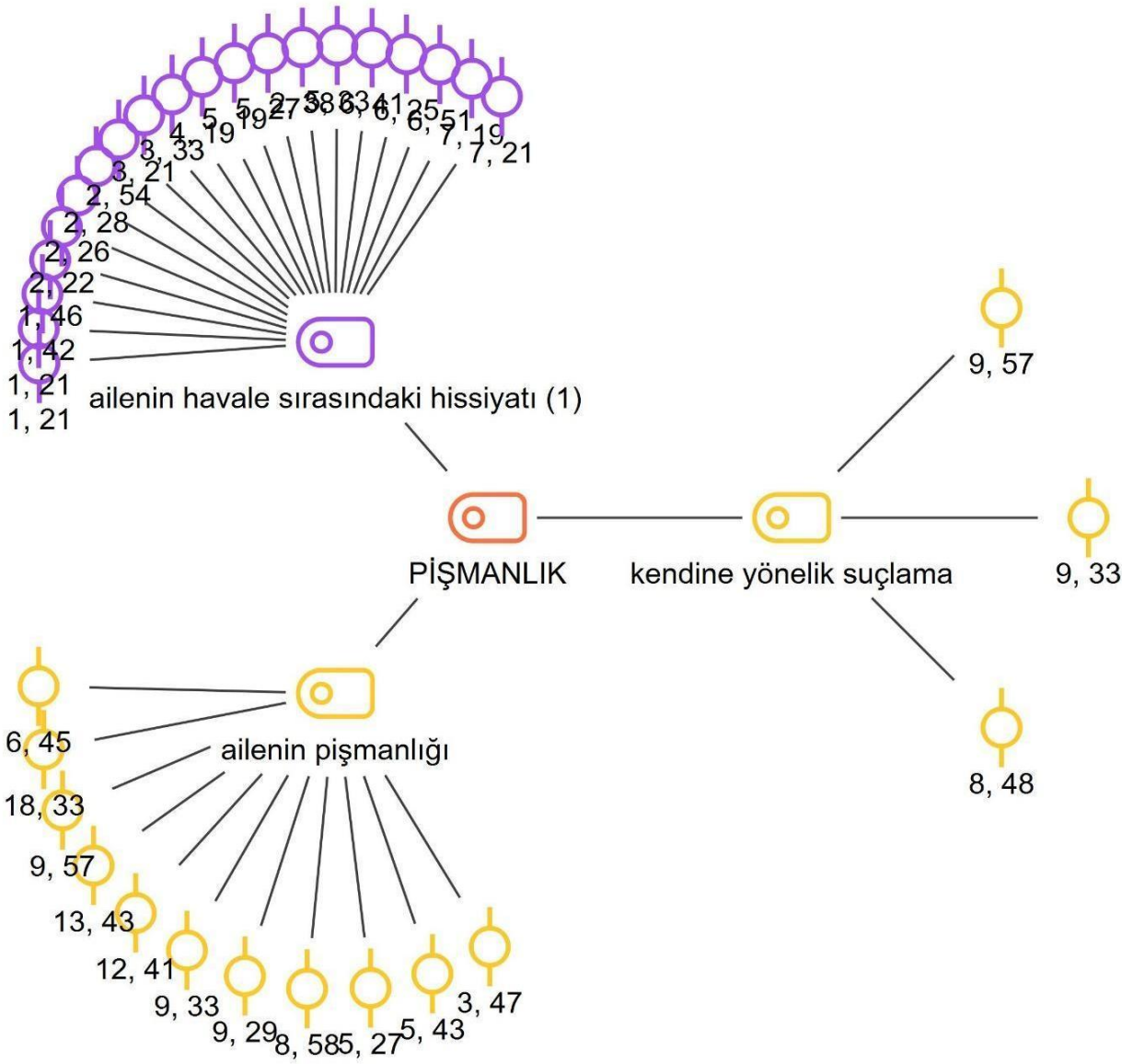
Şaşkınlık duygusunda, ebeveynlerin hemen hemen yarısı havale sırasında şaşkınlık hissettiğini ifade etti (Şekil 4.16).



Şekil 4.16. Şaşkınlık kategorisi kodlar dağılımı

“Gördüğümde mi? Çok kötü kilitlenmişim. Hiç hareket edemedim. Zaten anne babası onu işte kaşık yapıyorlardı. Su, hani kendine getirmeye çalışıyorlardı ve ben gördüğüm yerde kilitlenip kalmıştım.” (Ebeveyn 3)

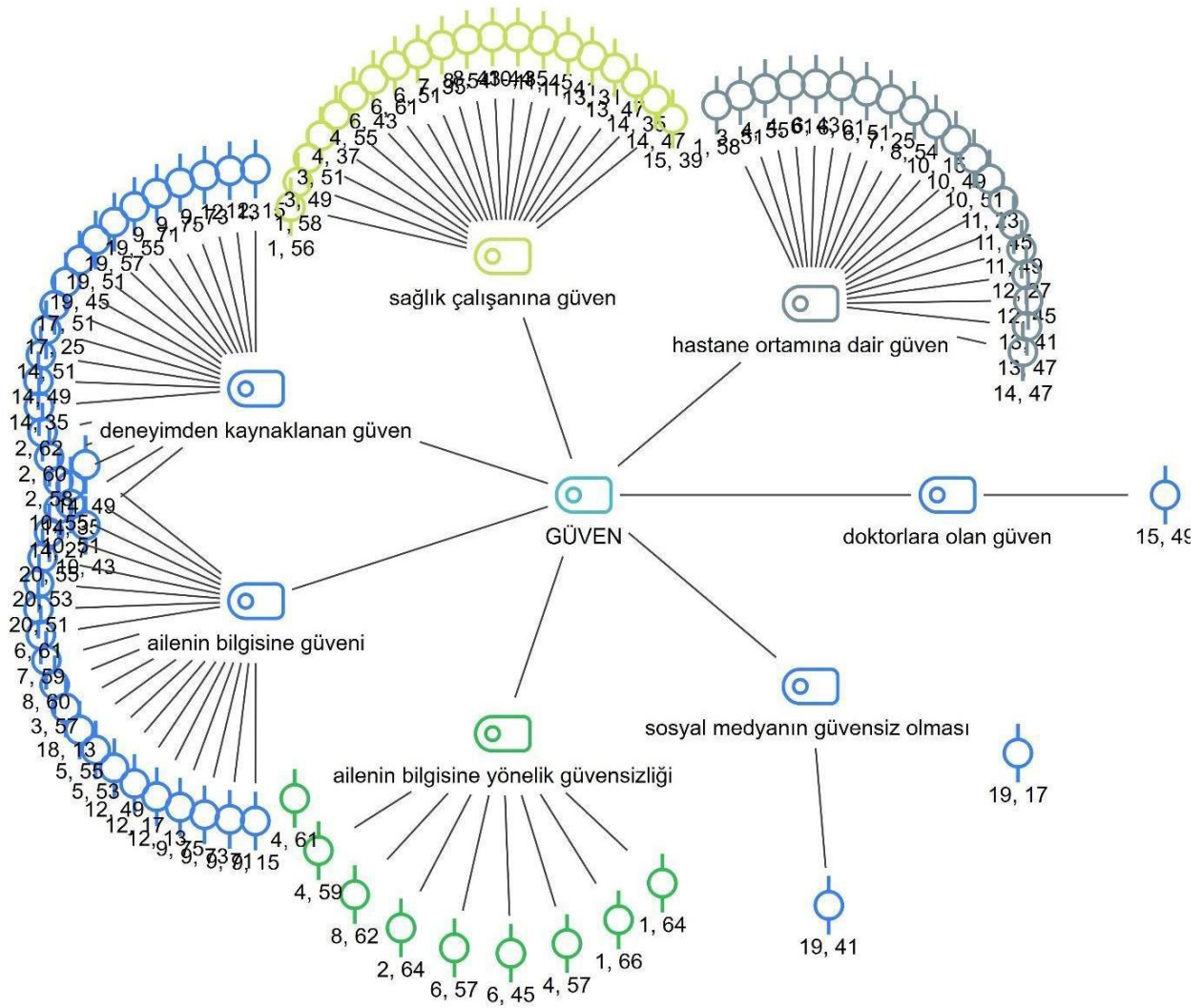
Pişmanlık duygusunda, ebeveynlerin bir kısmının belirli konularda pişmanlık hissettiği ve birkaçının kendini suçladığı ifadelerine yer verildi (Şekil 4.17).



Şekil 4.17. Pişmanlık kategorisi kodlar dağılımı

“Çünkü eşim ona ateş düşürücü verelim dedi. Biz ateş düşürücü vermeye çalıştık ama tükürdü, vermedik. Ateş de 37,5 üstü değildi. Hani soğuk bezle silersen düşer, hani daha fazla çıkmaz diye ikinciye denemedik. Çok ağladı çünkü. Sonra ateş 38 üstüne çıkınca eşim fitil verelim dedi. Ben de zararlı diyorlar vermeyelim dedim. Tekrar Calpol vermeyi denedim, tekrar tükürdü, ilacı tükürüğünde zaten tükürür tükürmez yığıldı. (Kendini daha fazla tutamayıp ağladı.)” (Ebeveyn 9)

Güven duygusu konusunda, ebeveynlerin neredeyse tamamı hastane ortamına ve sağlık çalışanlarına güvendiklerini ifade etti (Şekil 4.18).



Şekil 4.18. Güven kategorisi kodlar dağılımı

“Artık emin ellerdeyim yani çok şükür. Çocuğuma bakılacak. O yüzden iyiydim yani. Hastaneye geldiğimiz için iyiydim sevindim.” (Ebeveyn 14)

“Valla bir daha olursa inşallah olmaz da bilmiyorum yani nasıl ne yapacağımı ne müdahale edeceğimi bilmiyorum. Yani yine hastaneye getirmek isterim hemen.” (Ebeveyn 16)

“Daha güvende hissettim kendimi doktorların elinde hemşirelerin yanında. O şekilde.” (Ebeveyn 8)

Sosyal medyanın güvensiz olduğunu vurgulayan birkaç ebeveyn vardı.

“Daha sonra hani o zaman daha cahildim, bilmiyordum, bilmeyince daha iyi oluyor galiba. Çünkü sonra da burada oturduğum sırada internetten alıştırmaya başladım. Belirtileri, belirtiler sonucu hangi hastalıklar çıkıyor. Araştırdınca aslında daha çok mesela paniğe kapılıyor. Çok bakmamakta birazcık da fayda var gibi.” (Ebeveyn 19)

Birçok ebeveyn, kendi deneyimlerinden kaynaklanan güven duygusuna sahipti.

“Yine aynı şekilde, yan çeviririm hemen hızlıca eğer araba varsa hastaneye giderim, araba yoksa ambulans çağırırım, nöbet geçene kadar yine elimden geleni yaparım.” (Ebeveyn 14)

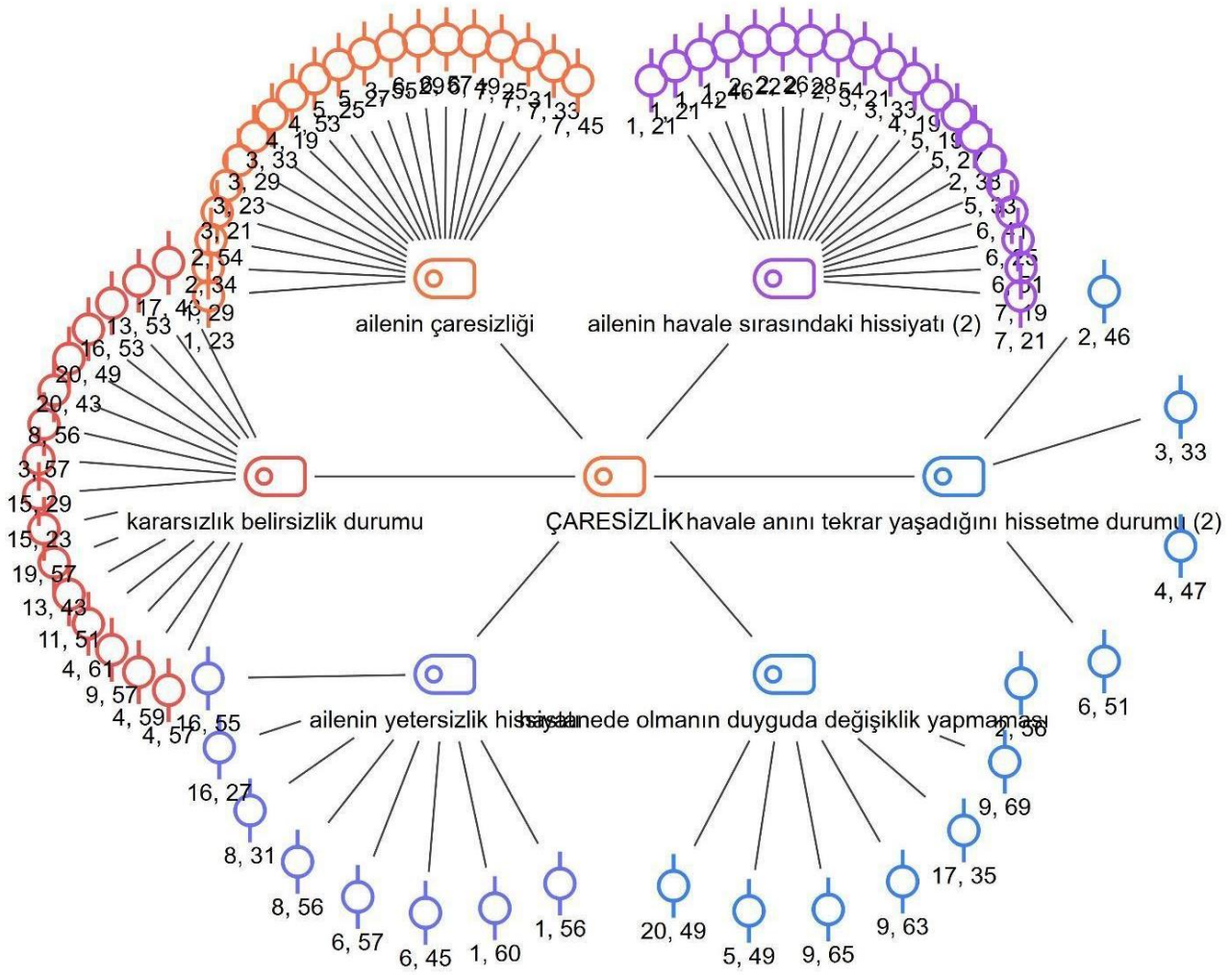
Bilgileri yanlış olsa bile kendi bilgilerine güvenen ailelerin sayısı fazlaydı.

“Soğuk suya tutarım. Çenesini açarım hani ağzına parmak sokup dilini tutarım elimle.” (Ebeveyn 12)

Bununla birlikte, bilgilerine güvenmeyen aileler de bulunmaktaydı.

“Biraz daha rahatlardım, çünkü doktorların gözetimi altında daha rahattım. En azından birine anlatabilirsin. Müdahale edecek birileri olması daha iyi. Hani ben ne kadar şey yapabilirim, müdahale edebilirim. Hani yaptığım şey doğru olur mu, zarar verir mi?” (Ebeveyn 19)

Çaresizlik duygusuyla, ailelerin büyük çoğunluğu havale sırasında yetersiz hissettiklerini ve nasıl davranacaklarını bilemediklerinden şikâyet etti (Şekil 4.19).



Şekil 4.19. Çaresizlik kategorisi kodlar dağılımı

“Ben de bugün onu, o soruyu soruyorum kendime durmadan. Hani eve gitmek korkutuyor şu an beni. Tekrar evde aynı şeyi yaşarsam. Soğukkanlı olmak istiyorum. Sadece istiyorum ama. Olabilir miyim bilmiyorum. Öyle.” (Ebeveyn 8)

“Valla ben yani her şeyi düşündüm. Her şey aklıma geldi yani o an. İşte ben yani felç falan geçiriyor zannettim. Ondan sonra dedim ki acaba şuurunu falan mı kaybetti? Hiçbir şekilde tepki vermiyordu. Çok korktum yani. O an sadece hastaneye yetiştirmek istedim yani önce.” (Ebeveyn 16)

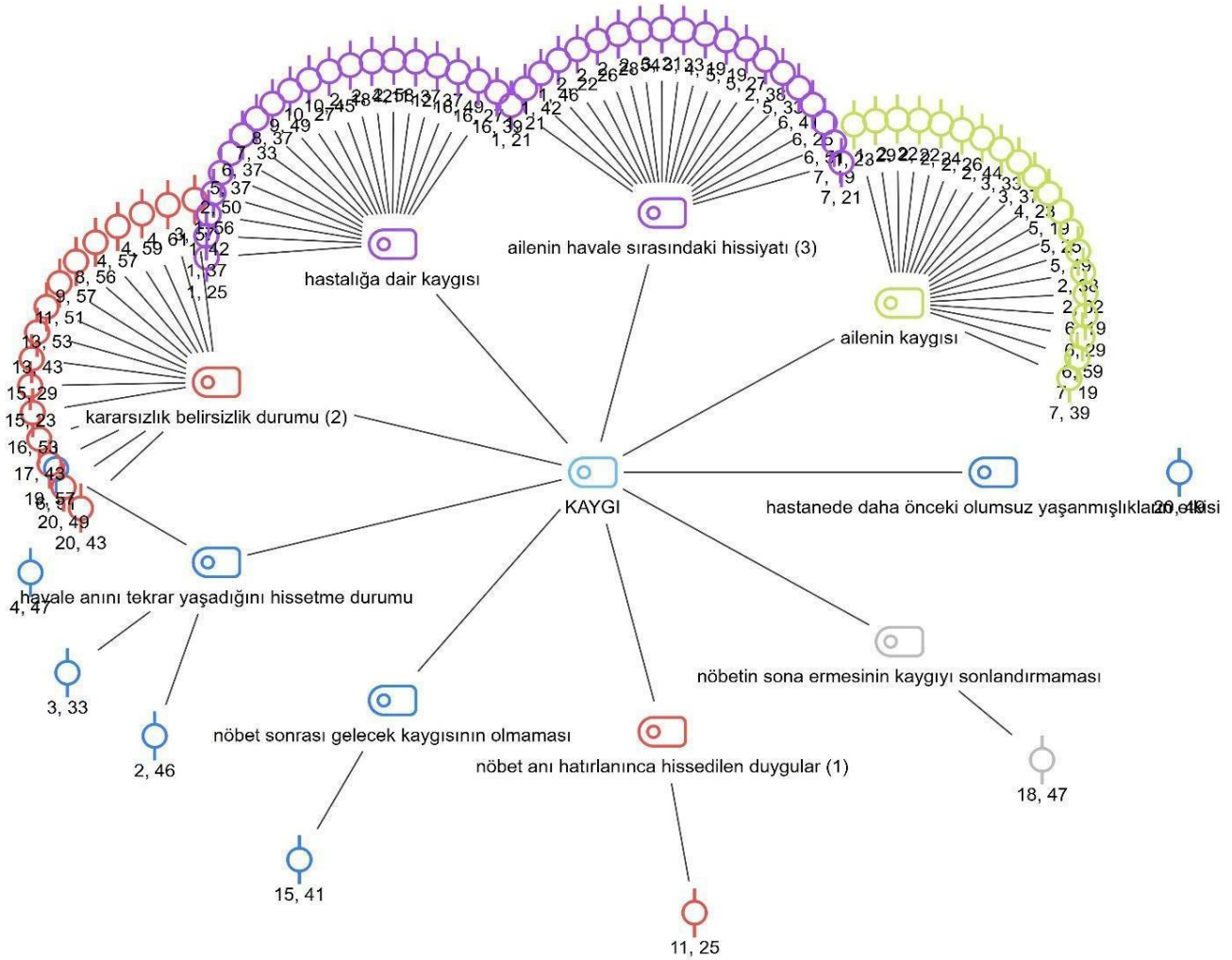
“Yok ben kendimden geçmiştım korktuğum için. O kadar şey değildim yani.” (Ebeveyn 5)

Bazıları havale anını tekrar yaşadıklarını hissettiler ve hastanede olsalar bile çaresizlik duygusunu deneyimleyen ebeveynler de bulunmaktaydı.

“Dedim herhalde çocuğumu ölecek yani nefessiz kaldı. Biz o şekilde düşündük. Yani çırpındık falan ama yani bir bilgi de olmayınca sadece soğuk su döktük yüzüne. Hemen ambulansı aramak geldi aklımıza. (Gözleri doldu ağlamak üzereydi, elleriyle gözlerini sıktı.)” (Ebeveyn 13)

“Çünkü diyor kendileri diyor yani biz bir şey yapamayız, olacaksa olur diye. Ne yapabilirler ki.” (Ebeveyn 9)

Ebeveynlerin tamamının hastalık veya hastalığın çocuklarında yol açabilecekleriyle ilgili kaygıları bulunuyordu (Şekil 4.20).



Şekil 4.20. Kaygı kategorisi kodlar dağılımı

“O sırada daha çok endişelendim. Çünkü hani büyük kızım, üçüncü nöbet, üçüncü kez hani nöbet geçirmeyle karşılaştım. Tabii ki daha endişelendim. Acaba bu sefer mi olacak bir şey? Evet, öbürlerini atlattık ama bunda mı olacak bir şey diye korktum yine. Uyandığında acaba benimle konuşabilecek mi, işte ayağa kalkıp yürüyebilecek mi? O endişeyi yaşadım yani.” (Ebeveyn 17)

“Biz tabi toplumsal olarak havaleye karşı hani ee işte oksijen yetersizliğinden dolayı hani zihinsel engel kalır diye büyüdük hep. Yani öyle büyüdükçe. En çok ondan korktuk tabi. Hani sonra geri dönünce, ayılınca bir şey kalabilir, kalıcı hasar olur diye. Öyle.” (Ebeveyn 9)

“Kendinden geçince zaten bir tarafı şey etti böyle ağzı yüzü. Gözleri kaydı, ondan sonra ağzı köpürdü. Sonra böyle kendini sıkınca kasıldı böyle şey oldu. En çok ondan korktum. Zaten ondan sonra aldım tokat vurdum. Suyu, kafasından aşağıya su döktüm.” (Ebeveyn 12)

Bazıları nöbet anını hatırladıklarında bu kaygılarının devam ettiğini ve ne yapacaklarını bilemedikleri için kaygılarının arttığını belirttiler.

“O anı sormayın, onları sormayın, hiç sormayın. Aklıma geliyor çok kötü oluyorum. (Sesi titreyerek cevap verdi ve ağladı.)” (Ebeveyn 11)

“Tabii son noktaya gelince artık iyice çocuğumun elimin altında gittiğini bilincine gelince de kötü hissettim.” (Ebeveyn 3)

Bir baba, daha önce hastanede olumsuz deneyimler yaşadığı için kaygısının daha da arttığını dile getirdi.

“Ben hastanede annemi kaybettim. Onun şeyi var içimde.” (Ebeveyn 20)

Bazı ebeveynler için ise havale sona erse bile kaygının sonlanmadığını ifade ettiler.

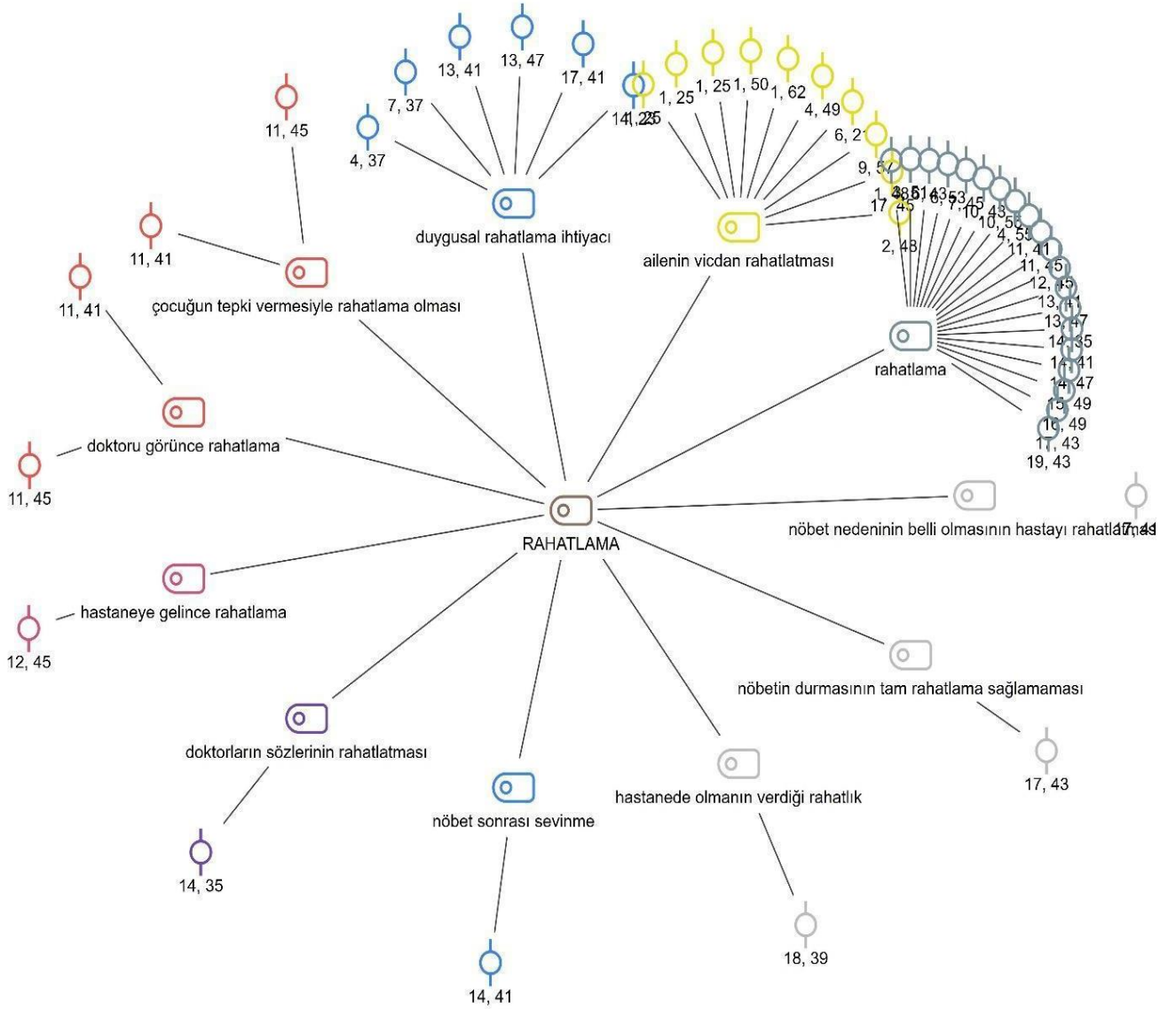
“Yani şu anda tabi tam anlamıyla tehlike geçmiş değil yani bizim için. Şu an daha durdu diye tarifleyemiyorum.” (Ebeveyn 18)

Başka bir baba ise nöbet sonrasında çocuğuyla ilgili gelecek kaygısının olmadığını söyledi.

“Sakat kalsa da benim çocuğum. Sıkıntı yok yani kalsa bile benim çocuğum.”

(Ebeveyn 15)

Rahatlama duygusuyla, ebeveynlerin çoğu çocuklarının tepki vermesiyle, hastanede olmakla, doktorun sözleriyle veya durumun sona ermesiyle, nedenin belirlenmesiyle rahatladıklarından bahsetti (Şekil 4.21).



Şekil 4.21. Rahatlama kategorisi kodlar dağılımı

“Rahatladım zaten sonra. Yani tepki verince, gözünü açınca, ağlayınca rahatladım. Sonra doktor hanım dedi hani tedirgin olmana gerek yok. Daha sonra nörolojiye sevk edeceğiz hani oradan da bir muayene ettirirsin dedi. O şekilde.”

(Ebeveyn 11)

“Mesela daha önce, şimdiki daha sakindim. Çünkü daha önce gördüklerim olan hani nasıl kendine gelecek diye biliyorum. Ne zaman kendine geleceğine, kendine geldiğini de biliyorum. Bilinci yerinde onu da biliyorum, ilki daha çok korkunç ilk gördüğüm için. İkinciye biraz daha sakın, üçüncüye şimdi bu sefer daha sakindim.” (Ebeveyn 10)

Ayrıca duygusal olarak rahatlamaya ihtiyaç duyduklarını ifade eden birkaç ebeveyn de vardı.

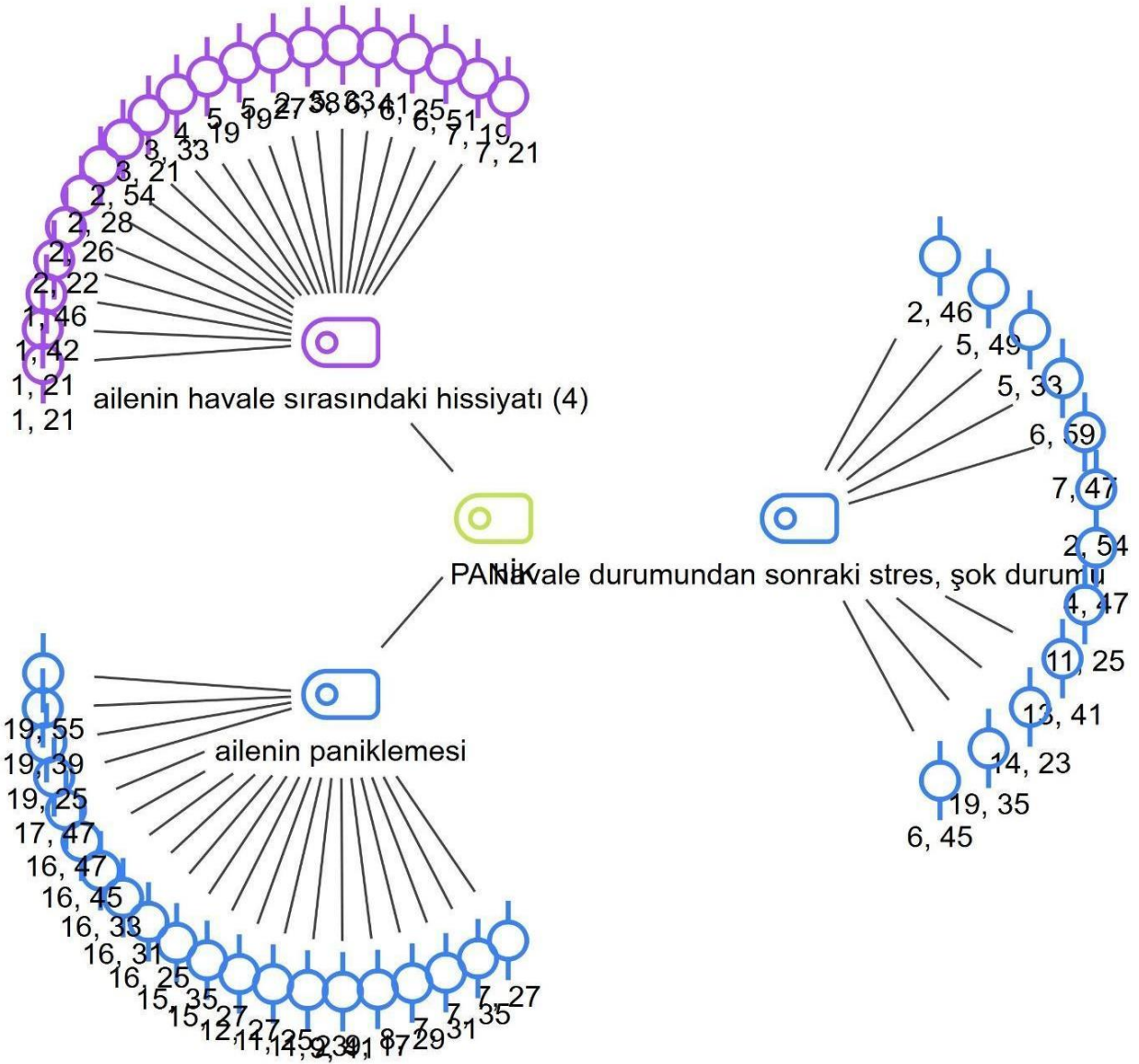
“Yani elim ayağım boşaldı direk. Şu an bacaklarım hala tutmuyor yani. Ama sakın kalmaya da çalışıyorum çünkü çocuğum için.” (Ebeveyn 14)

Bununla birlikte, bazı ebeveynlerin vicdanını rahatlatmaya çalıştıkları fark edildi.

“Ama fitili versem de havale geçirirdi dedi doktorlar. Yani ateşi düşmesiyle bir alakası yok. Onu geçirecekse geçirir dedi doktorlar.” (Ebeveyn 9)

“Hani çünkü benim çocuğumun bir hastalığı yok hani biliyorum. Eminim. Çünkü kontrollerini şeylerini yaptırıyorum. Çocuğuma da gözümler gibi bakıyorum ilk göz ağrım olduğu için. Hani bir sıkıntısı yoktu.” (Ebeveyn 6)

Panik kategorisinde, aileler havale sırasında paniklediklerini ve sonrasında stresli ve şaşkın olduklarını ifade ettiler (Şekil 4.22).



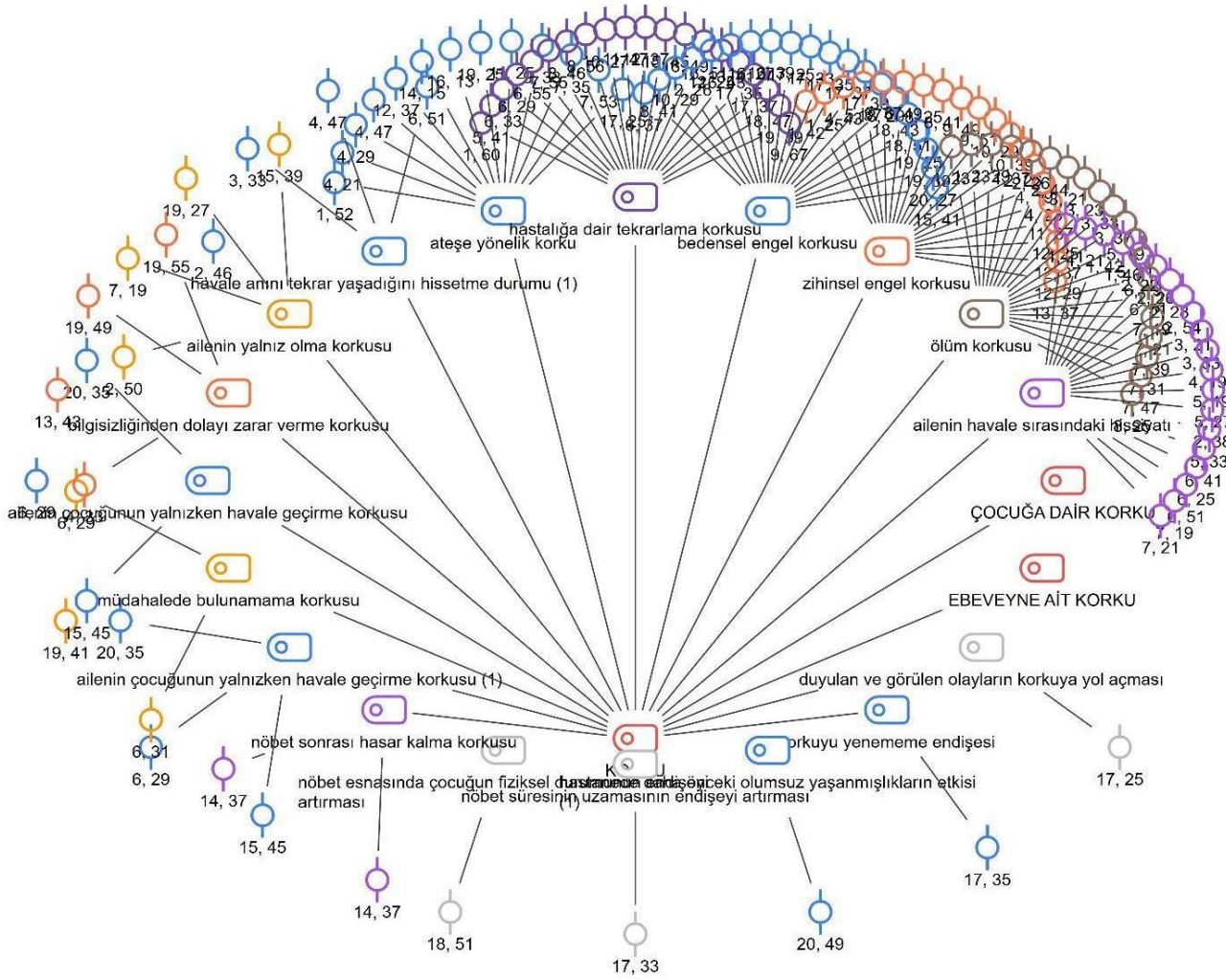
Şekil 4.22. Panik kategorisi kodlar dağılımı

“Yani yolları bağıra bağıra geldik, yani aç aça geldik. Yani açın yolları diye hemen geldik. 15 dakika sürdü.” (Ebeveyn 16)

“Çocuk zaten kendinden geçti. Titremeye başladı. Şuuru kapandı, gözleri kapandı, tepki vermedi o an bir refleksle aldım direk zaten komşunun kapısını çaldım ben. Direkt hastaneye geldim sonrasında.” (Ebeveyn 11)

“Ne bileyim artık yani ateşten gerçekten diğer çocuklarım da var. Ateşten artık, ufacık ateşlenseler bana bir travma olarak kaldı. Gözümlün önünden hala gitmiyor geceden beri. Sürekli o halde, gözümlün önünden gitmiyor.” (Ebeveyn 4)

Korku duygusu, en çok ifade edilmeye çalışılan duygu oldu. Ailelerin hepsi çeşitli korkularından söz ettiler. Korkular, ebeveyne ait korku ve çocuğa ait duygu olarak alt kategorilerde değerlendirildi (Şekil 4.23).



Şekil 4.23. Korku kategorisi alt kategoriler ve kodlar dağılımı

Ebeveyne ait korkuda, ateşe karşı duyulan korku, ailelerde yaygın bir endişe kaynağı olarak öne çıkmaktaydı (Şekil 4.24).

Ebeveynlerin çoğu, bilgi eksikliği nedeniyle nöbete karşı doğru müdahaleyi yapamamaktan ve bu nedenle zarar vermekten korkmaktaydı.

“Bilgim yoktu. Yanlış bir şey yaparım diye de hani bir şey yapmak istemedim açıkçası.” (Ebeveyn 4)

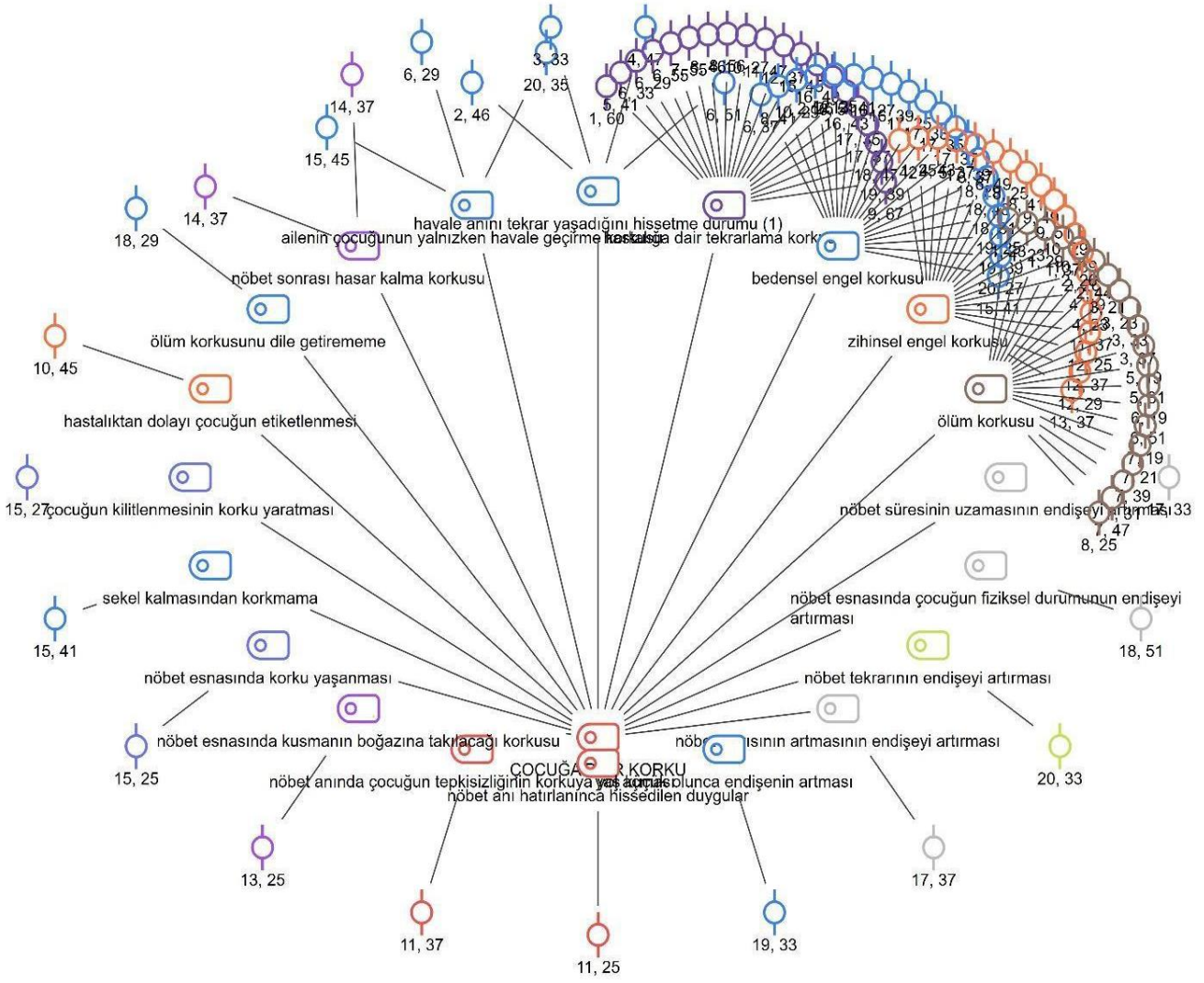
Ayrıca, çocuklarının yalnızken nöbet geçirmesi ve bu durumda müdahale edememe endişesi de bir şekilde hissedilmektedir.

“Benim çocuğum sosyal ortamlara karışan bir çocuk. Açıkçası onun başına bir şey gelir korkusu oluyordu. Bir yere gönderirken özellikle ateş olup olmadığına, sağlık durumu her şey çok dikkat ediyordum. Hani bir yerde başına gelirse ben yokken nasıl olur? Ya beceremezlerse ya bir an müdahale edemezlerse de tehlikeli bir boyut alırsa diye korktum açıkçası.” (Ebeveyn 19)

Benzer şekilde, bazı ebeveynler kendi başlarına nöbete tanık olma düşüncesinden de korkmaktadır. Bu endişeler, bazı ebeveynin korkularının asla geçmeyeceği düşüncesine kapılmasına yol açmaktadır.

“Tekrarlarsa ne gibi şeylerle karşılaşacağım bilmiyorum. Çünkü hani ola ki uykudayım. Birden geçirdi. Biz duymadık, görmedik gibisinden. Hani ondan korkum çoktu.” (Ebeveyn 6)

Çocuğa dair korkuda ebeveynler, çocuklarının nöbet anında tepkisiz kalması, boğazında takılma hissi yaşaması veya kilitlenmesi gibi fiziksel durumlarından dolayı büyük endişe duyduklarını ifade ettiler (Şekil 4.25).



Şekil 4.25. Çocuğa dair korku kategorisi kodlar dağılımı

“Dudakları falan çok kurumuştı. Yani ağzı çok kurumuştı, çok korkmuştum haliyle. Birkaç kez kapı falan açıldığında gördüğümde çocuğum hala hareketsiz yatıyordu. Büyük endişeye kapıldım yani.” (Ebeveyn 18)

Ailelerin tamamı, çocuklarının fiziksel veya bedensel engelli olacağı, kalıcı hasar göreceği, kötü bir şey olacağı veya öleceği düşüncesine kapılmıştır.

“Yaşayıp da hep derler ya, çocuk işte ateşli havale geçirdi, işte bir şey kaldı. Hastalık kaldı. Hep bu korkuyu yaşıyoruz. Mesela akli olaraktan beyine zarar verebilir ya da bedensel, zihinsel engeller verebilir. Bu tür şeyler, duyduğumuz ve gördüğümüz şeylerden biz de korkuyorduk tabii ki.” (Ebeveyn 17)

“Yani ölüme kadar giden kafamda bir ton düşünce saniyelerde oluştu hemen.”
(Ebeveyn 2)

Bir baba konuşma seyrinde kendi ile çelişip engel kalmasından korkmadığını ifade etti.

“Sakat kalsa da benim çocuğum. Sıkıntı yok yani kalsa bile benim çocuğum.”
(Ebeveyn 15)

Birkaç aile, bu korkularını ifade etmekte zorlanmışken, havale anını tekrar yaşadığı hissederek korkuları daha da arttı.

“Valla inanin hiç hatırlamıyorum şu an hala etkisinde gibiyim. O an tekrar tekrar gözümde canlanıyor. O yüzden hala atlatmış değilim.” (Ebeveyn 2)

Çoğu, nöbet süresinin uzamasıyla birlikte endişelerinin arttığını belirtmişti.

“Uyanamayacağını sandım. (Uzunca düşündü söylemek istemedi.) Öleceğini düşündüm. Çünkü en azından şunu biliyorum, yani beynine oksijen gitmeyecek. Çok şükür kurtulsa bile yani kalıcı bir şey kalacağını hissediyordum zaten. Bu korku hala da var içimde yani yok değil yani.” (Ebeveyn 18)

Nöbetin 24 saat içinde tekrarlaması durumunda, ailelerin kaygılarının katlanarak arttığı dile getirilmişti. Ayrıca, tüm ebeveynler nöbetlerin tekrarlamasından korkmaktaydı.

“Çocuğum ölüyor dedim yaa çocuğum ölüyor. Şöyle ses soluk yoktu. Çünkü buraya geldiğinde baygındı. Ses soluk yoktu.” (Ebeveyn 6)

“O sırada daha çok endişelendim. Çünkü hani büyük kızım, üçüncü nöbet, üçüncü kez hani nöbet geçirmeyle karşılaştım. Tabii ki daha endişelendim. Acaba bu sefer mi olacak bir şey? Evet, öbürlerini atlattık ama bunda mı olacak bir şey diye korktum yine.” (Ebeveyn 17)

Bunun yanı sıra, bir ebeveyn çocuğunun etiketlenmesinden korktuğunu ifade etmiştir.

“Yeni en azından korkum, mesela size Keppra ilacı vereceğiz dediler. İlacı veriliyor size şey vereceğiz dediler. Rapor vereceğiz. Hani ilerleyen zamanlarda asker üyesi olamaz dediler. Ben, öyle bir engel olabilir dedi ya dedim ki yani boğazımızı da

kessek bile çocuğumun ilacını parayla alacağız, onu böyle şeylerden mahrum etmeyeceğiz. Çocuğum ya asker üyesi olmak isterse. Çocuğumun ilacını da parayla aldık, raporla almadık.” (Ebeveyn 10)

Minnettar olma duygusuyla, kendilerine yapılan yardımın ardından duydukları minnetten bahsedildi.

“Artık emin ellerdeyim yani çok şükür. Çocuğuma bakılacak. O yüzden iyiydim yani. Hastaneye geldiğimiz için iyiydim sevindim.” (Ebeveyn 14)

Empati duygusu ve iyi niyetle hareket eden bazı ebeveynler de mevcuttu; bu ebeveynler, çocuklarının durumunu anlamaya çalışarak en iyi şekilde yardımcı olmayı amaçlamışlardı.

“Yine aynı şekilde, hem annesini sakinleştirdim soğuk kalması açısından. Hem çocuğa yapabileceğim bir şey varsa ben yapardım, müdahale ederdim. Başımızdan geçtiği için insan tecrübeleniyor.” (Ebeveyn 14)

5. TARTIŞMA

Febril konvülziyonlar, özellikle küçük çocuklarda yüksek ateşle birlikte ortaya çıkan ve ebeveynler için oldukça korkutucu olabilen nöbetlerdir. Çocuklarının FK geçirdiğini gören ebeveynler, genellikle yoğun kaygı, korku ve endişe yaşarlar. Bu duygusal tepkiler, ebeveynlerin zihinsel sağlıklarını ve genel yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca, bu durum ebeveynlerin çocuklarına karşı tutumlarını, sağlık hizmetlerine olan güvenlerini ve çocuklarının sağlığı ile ilgili karar verme süreçlerini de etkileyebilir (11). Çalışmamızda FK konusunda ebeveynlerin yaşadığı çeşitli duygusal ve davranışsal tepkiler ayrıntılı olarak incelenmiştir. Elde edilen bulgular, ebeveynlerin konvülziyon anında geniş bir duygu yelpazesi yaşadıklarını ve bu duyguların müdahale stratejilerini, bilgi arayışlarını ve genel tutumlarını etkilediğini ortaya koymuştur. Merhamet, memnuniyetsizlik, şaşkınlık, pişmanlık, güven, çaresizlik, kaygı, rahatlama, panik, korku, minnettarlık ve empati gibi duygular, ebeveynlerin nöbetlerle başa çıkma yöntemlerini ve sağlık profesyonellerine olan yaklaşımlarını etkilediğini göstermiştir. Ayrıca, ebeveynlerin FK hakkında bilgi eksiklikleri ve kültürel inançları, bilgi kaynakları ve çevresel duyarsızlık gibi faktörler, onların davranışsal tutumlarını ve duygusal tepkilerini etkilediğini göstermiştir.

Bu konuda yapılan çalışmaların büyük kısmı “nasıl” ve “neden” sorularının yanıtlanmadığı kantitatif araştırmalardır (59-61). Literatür taraması yaptığımızda çalışma konumuz ile ilgili ülkemizde yapılmış kalitatif bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yurt dışında ise konuyu ele alan kısıtlı sayıda kalitatif çalışma vardır (9, 10).

Kalitatif çalışmaların da kısıtlılığı bulunmaktadır: Buradaki sonuçlar genel olarak hastaların görüşlerini temsil etmemektedir. Sonuçlar, sadece çalışmanın yapıldığı grup için geçerlidir ve zaten kalitatif çalışmanın da amacı genelleme yapmak değildir. Kalitatif çalışma ele aldığı konu üzerinde derinlemesine düşünülmesini sağlamak ve farkındalığın artmasını sağlamak amacındadır. Yaptığımız çalışmayı, birebir farklı bir kalitatif çalışma ile kıyaslamak kalitatif çalışmanın doğası gereği doğru olmayacaktır. Çünkü her bir kalitatif çalışmanın sonucu, o gruptaki kişilere özeldir; kişilerin bulundukları topluma, kültüre, sosyoekonomik duruma, döneme göre sonuçlar etkilenmektedir. Dolayısı ile amaç önceki kalitatif çalışmalar ile benzerlik ya

da farklılık bulmak değildir. Kalitatif çalışmamızın sonuçlarına ve tartışmasına bu bilgiler ışığında bakacak olursak daha verimli ve anlaşılır olacaktır. Değerlendirme yapılırken aynı konuyu ele alan yurt içi ve yurt dışı kantitatif çalışmaların sonuçlarına da değinildi. Çalışmamız elde ettiğimiz temalar üzerinden teker teker değerlendirilmeye çalışıldı.

Nalbantoğlu ve ark.'nın (62) yaptığı bir çalışmada, basit ve komplike FK nedeniyle takip edilen hastaların hemoglobin ve ferritin değerleri, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Ayrıca komplike FK nedeniyle takip edilen hastaların hemoglobin ve ferritin değerleri de basit FK'lı hastaların değerlerinden anlamlı düşük bulunmuştur. Çalışmamızda FK ile ilişkisi açısından demir kullanımı sorgulandı. Çalışmamızda hastalardan alınan anamnezlere göre sadece üç hasta demir profilaksisi kullanmamıştı ve demir eksikliği tedavisi de almamıştı. Demir profilaksisi alan dört hastada da demir eksikliği gelişmişti ve tedavi almıştı.

Kalitatif analiz sonuçları incelendiğinde katılımcıların araştırma konusundaki görüşlerinin 7 tema altında kümelendiği görüldü: farkındalık, tutum, bilgi, öykü, davranış, inanç, duygu. Temaları ayrı alt başlıklar halinde inceleyerek bulguları irdelendi.

Farkındalık

Febril konvülsiyon hakkında ebeveynler, çoğunlukla bilgi eksiklikleri nedeniyle çocuklarına zarar vermekten korktuklarını ya da müdahalede yetersiz hissettiklerini belirttiler. Bu durum, ebeveynlerin sağlık çalışanlarından bilgi alma ihtiyacını artırmakta ve eğitime yönelik büyük bir istek duymalarına yol açmaktaydı.

Çalışmamızda, FK'dan etkilenen ebeveynlerin, yaşadıkları deneyimlerden ders çıkardıkları ve daha önce yaptıkları yanlış müdahalelerin farkına vardıkları görülmüştür. Bu bulgu, deneyim yoluyla öğrenmenin önemini ve ebeveynlerin kendilerini geliştirme süreçlerini vurgulamaktadır. Ayrıca, konvülsiyon sırasında sakin kalmanın ebeveynler tarafından önemi gözlemlenmiştir.

Ebeveynlerin, FK durumunda daha etkin bir şekilde başa çıkabilmeleri için bilgi edinme ve eğitim alma arayışında olmaları, bu tür durumlarla daha iyi başa çıkabilmek için kendilerini geliştirme isteklerinin bir göstergesidir. Sağlık

Çalışanlarıyla sağlanan bilgi alışverişi ve eğitim fırsatları, ebeveynlerin bilgi seviyelerini artırarak, çocuklarının sağlık yönetiminde daha bilinçli ve güvenli müdahalelerde bulunmalarına yardımcı olabilir.

Nöbet farkındalığı ebeveynlerin sağlık hizmetlerinden veya etraftan aldıkları bilginin yeterliliği ve bu bilgiyi pratikte nasıl kullandıkları ile ilgiliydi.

Ailelerin FK konusundaki genel bilinç düzeyleri incelendiğinde, bazı ailelerin konvülziyon anında yapılması gerekenler hakkında bilgi sahibi oldukları ve bu konuda gereklinlemler hakkında bir farkındalık geliştirdikleri görüldü. Bu aileler, konvülziyon sırasında ne yapmaları gerektiğine dair belirli bir bilgiye sahip olup, bu bilgiyi uygulamalarıyla da etkin bir yönetim sergilediler. Bununla birlikte, bazı ebeveynler konvülziyon sırasında yapılan yanlış müdahalelerin farkında olmadıklarını belirtmiş ve bu konuda yeterli bir bilinçlenme sağlanamadığı görüldü. Bu durum, FK yönetimi konusunda bilgi eksikliklerinin aileler üzerinde ciddi etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Özellikle yanlış müdahalelerde bulunan ebeveynler, bu hataların farkına vardıklarında, hatalardan ders çıkardıkları ve tekrarlayan seferlerde daha bilinçli hareket ettikleri veya edecekleri izlendi.

Tutum

Febril konvülziyonun ebeveynler üzerinde yarattığı etkiler ve ebeveynlerin bu duruma karşı geliştirdikleri tutumlar, çocuklarının sağlığı ve genel aile dinamikleri zerindenlemi bir rol oynar. Bu çalışmada, ebeveynlerinin tutumlarını bilişsel, davranışsal ve duygusal kategorilerde değerlendirildi.

Ailelerin konvülziyon durumundaki davranışsal tutumlarını incelediğimizde, çoğu ailenin konvülziyon tekrarı durumunda belirli stratejilere sahip olduğu görüldü. Örneğin, bazı aileler konvülziyon sırasında çocuğun soğuk suya tutulması, çenesinin açılması ve dilinin elle tutulması gibi müdahale yöntemlerini düşündüklerini belirttiler. Bu tür yaklaşımlar, ebeveynlerin konvülziyon anında ne yapacaklarına dair yanlış olsa dahi belirli bir strateji geliştirdiğini göstermektedir.

Ailelerin, çocuklarının gözetimini artıracaklarını, anneye verilen sorumluluğun artırılacağını ifade etmeleri anksiyetelerinin diğer bir göstergesi olabilir. Ayrıca, karşılaşılan sorunlara aynı şekilde müdahale etme ve doktorlarınnerilerini takip etme

eğilimleri, profesyonel tavsiyelere duydukları güveni ve deneyimlerini bir öğrenme aracı olarak kullanma isteklerini göstermektedir.

Çalışmamızda ebeveynlerin neredeyse hepsi bir an önce hastaneye başvurması gerektiğini düşünüyordu. Erdağ ve ark.'nın (60) çalışmasında ebeveynlerin %72'si en kısa zamanda hastaneye gitmek gerektiğini düşündüğünü, %15'i cami hocasına dua okutmaya gitmek gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir. Yapılan çalışmada ebeveyn sayısının 150 kişi olması ve acile FK olmadan ateşle başvurmaları bu farklı düşüncelere yol açmıştır. Çalışmamızın ebeveyn sayısının az olması, benzer durumları yaşayan tüm ebeveynleri temsil etmeyebilir. Çalışmanın hastanede bulunan ebeveynlerle sınırlandırılması da başka bir kısıtlamadır.

Çalışmamızda FK'a şahit olan ebeveynlerde uyku bozukluğu, dispepsi gibi somatik sorunların da ortaya çıkabileceği çalışmalar da mevcuttur (63). Çalışmamızda ebeveynlere somatik bozukluklara ait soru sorulmadığı için yorum yapılmamıştır.

Kayserili ve ark.'nın (43) çalışmasında, çocuk acile FK sebebiyle başvuran 122 aileyle görüşülmüştür. Aileler, çocukları ilk kez FK geçiren ve daha önce çocukları FK geçirmiş olanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Her iki grup aile de FK'nun yaşamı tehdit eden bir durum olduğunu, EEG ve BT gibi testlerin gerekli olduğunu düşündüğünü bildirmişlerdir. Çalışmamızda hiçbir ebeveyn ileri testlerin gerekli olduğunu düşündüğünden bahsetmedi. Ancak çocuk nöroloji takibinde olmak istediklerini ifade eden ebeveynler mevcuttu.

Ebeveynlerin gelecekteki konvülziyon durumlarına ilişkin beklentileri sorgulandığında, önceki deneyimlerinden ders çıkardıklarını ve bu doğrultuda daha bilinçli ve etkili bir yaklaşım sergileyeceklerini ifade ettiler. Bu, ailelerin deneyimlerini değerlendirerek kendilerini sürekli geliştirme yönündeki çabalarını ve öğrenmeye açık olduklarını göstermektedir.

Westin ve ark.'nın (10) yaptıkları çalışmada, aileler bir defa FK deneyimledikten sonra rekürren FK'a müdahale ederken kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu bulgular, ailelerin konvülziyon durumlarındaki davranışsal tutumlarının ve stratejilerinin, konvülziyon yönetiminde önemli bir rol oynadığını ve ailelerin bu konuda daha fazla bilgi ve deneyim kazandıkça daha bilinçli ve etkili müdahaleler geliştireceklerini düşündürmektedir. Eğitim ve bilgi aktarımının,

ailelerin bu stratejileri daha da geliştirerek, konvülziyona karşı daha hazırlıklı ve güvenli bir yaklaşım benimsemelerine katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Ailelerin bilişsel tutumlarını incelediğimizde, çoğu ailenin hastane başvurusu ve konvülziyon yönetimi konusundaki düşünce yapılarının belirli kalıplar içinde olduğu gözlemlendi. Aileler, konvülziyon tekrarında benzer düşünceler geliştireceklerini ve aynı endişe ve tutumları sergileyeceklerini ifade ettiler. Bu durum, konvülziyonla ilgili deneyimlerin ve endişelerin ailelerin bilişsel süreçleri üzerinde kalıcı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Ancak, bazı ailelerin bilinçsiz tutumlar sergileme riskinin bulunduğu ve bu konuda daha fazla bilgi edinme isteği olduğu ifade edildi. Bu, ailelerin mevcut bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ve konvülziyon yönetimi konusunda daha derinlemesine bilgi edinme ihtiyacı duyduklarını ortaya koymaktadır. Eğitim ve bilgi edinme isteğini, bu eksikliklerin giderilmesi ve konvülziyon durumlarına daha etkili bir şekilde yaklaşılabilmesi için önemli bir adım olarak değerlendirmekteyiz.

İngiltere ve İsviçre’de yapılan iki çalışmada anneler FK öncesi ya da en azından hastaneye başvurunun ilk saatlerinde daha çok bilgilendirmiş olmayı dilediklerini belirtmişlerdir (64, 65).

Ailelerin duygusal tutumlarını incelediğimizde, konvülziyon tekrarında benzer duygular ve kaygılar yaşadıkları gözlemlendi. Bu, konvülziyonun getirdiği duygusal yükün kalıcı olabileceğini ve ailelerin bu tür durumlarda aynı tür duygusal tepkileri gösterme eğiliminde olduklarını ortaya koymaktadır.

Bazı ailelerde, duygusal yükün bir kısmının suçlama yönünde olduğu görüldü. Özellikle bazı ebeveynler, eşlerini suçlarken, diğer bazı ebeveynlerin kendilerini suçlama eğiliminde oldukları gözlemlendi. Bu durum, aile içindeki stresin ve kaygının, suçlama ve kendini suçlama şeklinde dışa vurulabileceğini ve bu duygusal durumların aile içi ilişkileri etkileyebileceğini göstermektedir.

Wirrel ve ark. (66), FK geçirmiş çocuğa sahip 35 ailede yaptığı çalışmada, konvülziyondan sonraki iki haftalık sürede, aile fonksiyonlarını ve anksiyete düzeylerini araştırmış ve hastaların hemen tamamında aile işlevlerinde gerileme ve anksiyete saptamıştır. Bununla birlikte, durumu kabullenen ve gelecekte daha sakin kalma yönünde beklentileri olan aileler de mevcuttur. Bu aileler, duygusal tepkilerini

yönetme ve konvülziyon durumlarına daha olgun ve yapıcı bir şekilde yaklaşma çabası içindedir. Ayrıca, iyi niyet duygusu taşıyan ve durumu daha yapıcı bir şekilde ele almaya çalışan ebeveynler, yaşadıkları zorlukları olumlu bir şekilde aşma eğilimindedir.

Bilgi

Ebeveynlerin konvülziyonla ilgili bilgi sahibi olmaları, çocuklarının sağlığını koruma ve konvülziyonu yönetme konusundaki yetkinliklerini artırır. Çalışmamızda ailelerin bilgi düzeyine dair yapılan değerlendirmede, birçok ailenin FK olduğunu anlamakta zorlandığı ve bu konuda yetersiz bilgiye sahip olduğu görüldü. Westin ve ark.'nın (10) çalışmasında, ebeveynlerin çoğu, konvülziyonun FK olduğunu anlamakta zorlanmış ve boğulma gibi başka sağlık sorunları yaşandığını düşünmüşlerdir. Bilgi eksikliği nedeniyle konvülziyonun ne anlama geldiğini ve olası sonuçlarını bilmedikleri için endişeleri artmış ve çocuklarının öleceği korkusu yaşamışlardır. Flury ark.'nın (64) yaptığı çalışmada, ailelerin %44'nün ne yapması gerektiğini bilmediğini saptamışlar. Bilgisizlik, ailelerin bilinçsiz müdahalelerde bulunmalarına sebep olmuş ve bazıları için edindikleri bilgilerin yanlış olduğunu sonradan fark etmelerine yol açmıştır.

Yapılan birçok çalışma ebeveynlerin FK hakkındaki bilgilerinin zayıf olduğunu göstermiştir (9, 67, 68). Çalışmamızda da konvülziyon esnasında çocuğu soğuk suya sokma, su dökme, ağzına elini sokarak dişlerini açmaya çalışmak, kaşıkla ağzına müdahale etmek ve tokatlamak gibi yanlış uygulamaların yapıldığı saptandı. Bu uygulamaları yapan ailelerin bilgi kaynakları önceki deneyimleri veya akrabalarından duyduklarıydı.

Bununla birlikte, bazı aileler FK sonrası yaşadıkları deneyimlerden ders çıkararak bilgi düzeylerini artırmış ve bilinçlenmişlerdir. Bu, tecrübelerin ve yaşanan olayların, ailelerin bilgi seviyelerini iyileştirmede önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Eğitim arayışına giren aileler, bilgi eksikliklerini gidermek ve daha etkili bir şekilde başa çıkabilmek için önemli adımlar atmaktadır. Ancak, bazı ailelerin eğitime karşı isteksiz kalmaları, bilgi edinme sürecinin her aile için aynı derecede etkin olmayabileceğini ortaya koymaktadır.

Westin ve ark.'nın (10) yaptığı çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde bilgi düzeyleri kişiden kişiye değişiklik göstermiş; bazı ebeveynler FK terimini hiç duymamışken, bazıları bu konuda deneyimli veya daha önce araştırma yapmıştır. Ayrıca, ebeveynlerin FK hakkında sahip oldukları bazı bilgiler, belirli bir kaynağa dayandırılmayan kişisel tecrübelerden kaynaklanabilir. Bu tür bilgilerin doğruluğu, ebeveynlerin nöbetlere yaklaşımını ve başa çıkma stratejilerini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu tür bilgilerin güvenilirliği ve doğruluğu, ailelerin müdahalelerini ve genel yaklaşımını belirlemede kritik bir rol oynayabilir.

Tunçer ve ark.'nın (67) çalışmasında, FK'a müdahale etmeyi bildiklerini belirten ebeveynler bilgilerini %43,9'u sağlık çalışanı aracılığıyla, %42,1'i kendi deneyimiyle, %44,2'si etraftan duyduklarıyla, %28,8'i internet aracılığı ile edindiklerini belirtmişlerdir. FK geçiren çocuğa nasıl müdahale edeceğini bildiğini söyleyen %56,2 ebeveynin ancak %5,1'inin bilgisi doğru olarak değerlendirilmiştir. FK esnasında soğuk suya sokma, ağzına elini sokma, sarsma gibi yanlış uygulamaların olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda da ailelerin çoğunluğu bilgilerini sosyal medya aracılığı ile edindiğini ifade etti.

Febril konvülziyon sonunda ailelerin çocuklarının beyinde hasar kalacağı, epilepsi hastası olacakları veya felç olacakları gibi kulaktan duyma yanlış bilgiler tüm dünyada yaygın olarak görülmektedir (67, 69). Bu bulgular, FK ile ilgili bilgi eksikliklerinin ve eğitim gereksinimlerinin aileler üzerindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır. Ailelerin doğru bilgiye ve eğitimlere erişimlerinin artırılması, konvülziyon anındaki müdahaleleri iyileştirebilir ve genel olarak FK'nun daha etkili bir şekilde yönetilmesini sağlayabilir. Eğitimler, ebeveynlerin bilgi düzeylerini artırarak, FK'a dair daha doğru ve bilinçli müdahaleler yapmalarını destekleyecektir.

Ebeveynlerin edindikleri bilgilerin kaynağı, bu bilgilerin doğruluğu, güvenilirliği ve genel olarak konvülziyonları anlama ve yönetme konusundaki tutumlarını büyük ölçüde etkiler. Bu bağlamda, ebeveynlerin bilgiyi hangi kaynaklardan temin ettikleri, bilgi kaynaklarının çeşitliliğini ve bu kaynakların güvenilirliğini değerlendirmek önemlidir. Ebeveynlerin hangi bilgi kaynaklarını daha güvenilir buldukları ve bu bilgilerin konvülziyonlara yaklaşım ve yönetim konusundaki tutumlarını nasıl etkilediği de önemlidir. Çalışmamızda sağlık

profesyonellerinden alınan bilgiler genellikle daha güvenilir bulunurken, sosyal medyada karşılaşılan bilgiler hakkında görüşler değişkenlik göstermektedir. Bazı aileler sosyal medyayı bilgi edinme konusunda güvenli bir kaynak olarak değerlendirirken, diğerleri sosyal medyayı yanıltıcı ve güvenilirlikten yoksun bulmaktadır. Bu durum, sosyal medyanın bilgi kaynağı olarak kullanılmasının avantajlarını ve risklerini de gözler önüne sermektedir. Ayrıca, sağlık profesyonelleri ve güvenilir kaynaklardan alınan bilgilerin öne çıkarılması, ailelerin bilgi edinme süreçlerinde daha sağlıklı ve güvenilir bir temel oluşturabilir. Bu bağlamda, eğitim programları aracılığıyla güvenilir bilgi kaynaklarına erişim sağlamak ve yanlış bilgilerin etkilerini azaltmak, ailelerin konvülziyonlara daha bilinçli bir şekilde yaklaşmalarını destekleyebilir.

Öykü

Ebeveynlerin FK ilgili yaşadıkları deneyimler, onların durumu anlama ve yönetme becerilerini şekillendirir. Ailelerin konvülziyon öykülerini incelediğimizde, birçok ailenin çevrelerinde, aile bireylerinde veya akrabalarında konvülziyon geçiren kişilere şahit oldukları görülmüştür. Bu tür kişisel deneyimler ve gözlemler, bazı ailelerin nöroloji muayenelerine başvurmalarına ve konvülziyonlarla ilgili daha fazla bilgi edinmelerine neden olmuştur. Ailelerin bu deneyimleri, konvülziyonun tanınması ve yönetilmesi konusundaki bilgilerini şekillendirebilir ve sağlık hizmetlerine başvuru eğilimlerini etkileyebilir.

Ju ve ark.'nın (70) yaptığı çalışmada ebeveynler FK'a bizzat tanıklık ettiyse ya da bir yakını FK geçirdi ise müdahale konusundaki bilginin de arttığı saptanmıştır. Çalışmamızda deneyim sonrası edindikleri bilginin yanlış olduğunu fark edemeyen ebeveynler de olduğu görülmüştür.

Ayrıca, deneyimsiz, nasıl müdahale edeceklerine dair bilgisiz bazı aileler de bulunmaktaydı. Bu aileler, acil durumlarla başa çıkmada zorlanabilirler. Ebeveynlerin FK sırasında nasıl müdahale edebileceği, FK sonrasında kendilerini, çocuklarını nelerin beklediğini bilmek aileleri daha güvende hissettirebilir.

Aynı zamanda, FK konusunda bilgi eksikliklerini gidermek ve acil durumlarda daha etkili müdahale stratejileri geliştirmek için eğitim programlarının önemini ortaya koymaktadır. Ailelerin, geçmiş deneyimlerinden faydalananarak, sağlık

profesyonelleriyle iş birliği içinde, konvülziyon yönetimi konusunda daha bilinçli ve hazırlıklı olmaları sağlanması gerektiğini düşünüyoruz.

Nöbet öyküsü, ebeveynlerin çocuklarının FK ile ilgili yaşadıkları olayları ve bu olayların ayrıntılarını kapsar. Bu kategori, konvülziyonun ilk ortaya çıkış anı, konvülziyonun süresi, sıklığı ve şiddeti gibi faktörleri içerir. Ailelerin konvülziyon öyküsü ile ilgili verdikleri bilgiler, konvülziyon sırasında yaşanan belirtiler ve müdahale yöntemleri hakkında önemli detaylar sunmaktadır. Bu bilgiler, konvülziyonların nasıl algılandığını ve ailelerin bu durumlarla başa çıkma stratejilerini anlamak açısından öneme sahiptir.

Birçok aile, konvülziyon sırasında çocuğun ateşinin yükseldiğini, titreme ve kasılmalar yaşandığını, çocuğun tepkisiz kaldığı ve ağızda köpürme gibi belirtilerin meydana geldiğini belirtmiştir. Bu belirtiler, FK'nun tanımlanmasında yaygın olarak karşılaşılan durumlar olarak öne çıkmaktadır.

Westin ve ark.'nın (10) çalışma sonuçlarına göre, ebeveynler konvülziyon sırasında genellikle tepkisizlik, dudakların morarması ve kasılma gibi belirtiler gözlemlemişlerdir. Acil durumlar sırasında ailelerin müdahale stratejileri çeşitlilik göstermektedir. Bazı aileler, ambulans çağırmayı tercih ederken, diğerleri hızlı bir müdahale için kendi araçlarıyla hastaneye gitmeyi seçmiştir. Bu farklı yaklaşımlar, ailelerin acil durum yönetimi konusundaki tercihlerinin ve koşullarının çeşitliliğini göstermektedir. Acil durumlarda ambulans çağırmanın, tıbbi yardımın hızla ulaşmasını sağlayarak konvülziyonların yönetimini iyileştirebileceği düşünülmektedir.

Konvülziyon anında yalnız kalan ailelerin varlığı, acil müdahale sürecini etkileyen bir diğer önemli faktördür. Yalnız kalan aileler, acil müdahaleyi gerçekleştirmek ve gerekli yardımı sağlamak konusunda daha fazla zorluk yaşayabilirler. Bu durum, konvülziyon anında destek ve yardım alma sürecinin ne kadar önemli olduğunu ve ailelerin bu süreçteki ihtiyaçlarını vurgulamaktadır.

Bu bulgular, konvülziyon öykülerinin ve yaşanan deneyimlerin, ailelerin konvülziyon yönetimindeki yaklaşımlarını ve stratejilerini nasıl şekillendirdiğini ortaya koymaktadır.

Davranış

Davranış temasıyla ebeveynlerin hem çocuklarına karşı sergiledikleri davranışları hem de çevre ve aile içindeki tepkileri incelendi. Ailelerin davranışsal yaklaşımlarına ilişkin değerlendirmelerde, birçok ailenin konvülziyon sırasında nasıl davranacakları konusunda kararsız ve belirsiz oldukları görülmüştür. Bu belirsizlik, aile üyeleri arasında ortak karar almayı zorlaştırmış ve genellikle birlikte hareket etmeye yönlendirmiştir. Ayrıca, hastalığın yönetimiyle ilgili endişeler, ailelerin çocuğun tamamen iyileşmeden hastaneden ayrılmak istememelerine neden olmuştur. Bazı aileler, hastalığın nedenine dair araştırmalar yapmışken, diğerleri ek bilgi edinmeye veya eğitime vakit ayırmamış ve bu durum bilinçsizlik ve duyarsızlık olarak değerlendirilmiştir. Ebeveynlerin konvülziyon sırasında sergiledikleri davranışlar, bu durumların yönetiminde ne kadar farklı yaklaşımlar benimsendiğini ve müdahale stratejilerinin çeşitliliğini gözler önüne sermektedir.

Konvülziyon sırasında, bazı aileler su ile müdahale ettikleri veya suyu çocuğun kafasından aşağı döktüklerini belirtmişlerdir. Bu tür uygulamalar, genellikle yanlış anlaşılmalara veya eksik bilgi nedeniyle yapılmaktadır. Su ile müdahale, FK sırasında önerilmeyen bir uygulamadır ve çocuğun güvenliğini tehlikeye atabilir. Ayrıca, çocuğa tokat atma, ağza parmak sokma gibi yanlış ve zararlı müdahalelerde bulunanlar da saptanmıştır. Bu tür müdahaleler, konvülziyon sırasında yapılmaması gereken davranışlardır ve hem çocuğun hem de ailenin güvenliği açısından risk taşır. Erdağ ve ark.'nın (60) çalışmasında, çocuklarını ateş şikayetiyle acile getiren 150 aileyle görüşülmüştür. Bu çalışmada, FK geçiren çocuklar için ailelerin yaptığı çeşitli müdahaleler şu şekildedir: Ailelerin %55'i çocuklarını suya sokmuş, %28'i sallayarak uyarak tepki vermeye zorlamış, %15'i yüzüne su veya kolonya çarpmış, %2'si ağzını açık tutmaya çalışmış ve %2'si hiçbir müdahalede bulunmadan beklemiştir. Bizim çalışmamızda da ebeveynlerin çoğunun yanlış müdahalelerde bulunduğu saptanmıştır. Doğru müdahalede bulunan aileler az sayıda idi. Konvülziyon sırasında sakin kalmaya çalışan ebeveynler, bağırıp çağırmanın faydasız olduğunu düşündüklerini ve bu nedenle sakin kalmayı tercih ettiklerini ifade ettiler. Bu yaklaşım, konvülziyon anında duygusal kontrolün ve soğukkanlılığın önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, anneleri sakinleştirme çabası gösterenler hem kendi hem de çocuklarının stresini azaltmayı hedeflemiştir. Diğer aileler, konvülziyon sırasında hemen hastaneye gitmeye çalışmış,

evde konvülziyon geçirmeyi beklemeden yardım istemiş ve hastaneye ulaşmak için çaba göstermiştir. Bu yaklaşım, acil tıbbi yardımın zamanında alınmasının önemini vurgular ve ailelerin duruma hızlı bir şekilde müdahale etme isteğini göstermektedir.

Erdağ ve ark.'nın (60) çalışmasında, ebeveynlerin %72'si en kısa zamanda hastaneye gitmek gerektiğini düşünürken, %15'i cami hocasına dua okutmaya gitmek gerektiğini düşünmüştür. Bizim çalışmamızda ebeveynlerin neredeyse hepsi bir an önce hastaneye başvurması gerektiğini düşünüyordu. Yapılan çalışmada ebeveyn sayısı 150 kişi olması ve acile FK olmadan ateşle başvurmaları bu şekilde farklı düşünmelerine sebep olmuş olabilir. Çalışmamızda ebeveyn sayısının az olması, benzer durumları yaşayan tüm ebeveynleri temsil etmeyebilir. Ayrıca çalışma sırasında hastanede olan ebeveynlerle sınırlandırması da ayrı bir kısıtlamadır.

Bazı ebeveynler, konvülziyon sırasında ne yapacaklarını bilmemekte ve bu da müdahale sürecinde belirsizliğe yol açmaktadır. Ju ve ark. (70) tarafından yapılan çalışmada çocuğu FK geçiren annelerde anksiyete nedeninin özellikle belirsizlik olduğu bildirilmiştir. Çalışmalarında FK'a tanıklık edenlerin %80'i kaygılandığını belirtilmiştir. Hasta yakınları FK'a bizzat tanıklık ettiyse ya da bir yakını FK geçirdi ise müdahale konusundaki bilginin de arttığı saptanmıştır. Ancak, bazı ebeveynler müdahaleden kaçınmış veya yanlış uygulamalar yapmıştır, bu da bilgi eksikliğinin ve stresin müdahale kararlarını nasıl etkilediğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, hastaneye giderken trafik kurallarına uymayan bir baba örneği, acil durumlarda güvenlik kurallarına uyulmasının önemini ve bu tür durumların yönetiminde dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir. Bu bulgular, ebeveynlerin konvülziyon sırasında sergiledikleri davranışların çeşitliliğini ve bu davranışların müdahale etkinliğini nasıl etkilediğini ortaya koymaktadır. Doğru ve etkili müdahaleler için gerekli bilgilendirme ve eğitimler, ailelerin konvülziyon yönetimi konusundaki tutumlarını ve davranışlarını iyileştirebilir. Eğitim programları, ailelerin konvülziyon sırasında daha bilinçli ve güvenli davranışlar sergilemelerini sağlayarak hem çocukların hem de ebeveynlerin güvenliğini artırabilir.

Febril konvülziyon karşısında çevrenin duyarsızlığı, ebeveynlerin çevrelerinden aldıkları tepkilerin yetersiz veya duyarsız olmasını ifade eder. Bu durum, ebeveynlerin yaşadıkları durumlarda yeterli destek ve empati bulamamaları ile

sonuçlanabilir. Bu durum, konvülziyonun ciddiyetine yönelik eksik bir anlayış veya bilgi eksikliğinden kaynaklanabilir. Çevredeki kişilerin nöbetin etkilerini ve acil tıbbi müdahalenin önemini anlamamış olmaları, ebeveynlerin yalnızlık ve destek eksikliği hissetmelerine yol açabilir. Ebeveynlerin bu stresli ve zor durumda ihtiyaç duydukları desteği bulmalarını zorlaştırabilir. Bu durum, ebeveynlerin yaşadığı duygusal yükü ve stres seviyelerini artırabilir.

Ailenin duyarsızlığı, aile üyelerinin veya yakın akrabaların FK karşı gösterdikleri ilgi ve desteğin eksikliğini ifade eder. Bu durum, ebeveynlerin acil durumlarla başa çıkma süreçlerinde yalnızlık ve çaresizlik hissini artırabilir ve aile içindeki dayanışmanın eksikliği ile ilişkili olabilir.

Konvülziyon sırasında ebeveynlerin davranışları hem çocuklarının güvenliği hem de acil müdahalenin etkinliği açısından kritik öneme sahiptir. Yanlış bilgiye sahip olmak, ebeveynlerin konvülziyon sırasında zararlı veya etkisiz yöntemler kullanmasına neden olabilir. Bu tür bilinçsizlik, çocuğun sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Eğitim programları ebeveynlerin konvülziyon hakkında doğru bilgi edinmelerini sağlayabilir ve yanlış müdahaleleri önleyebilir. Ayrıca, bilinçsizlik nedeniyle yaşanan stres ve panik duygularını azaltarak, ebeveynlerin daha etkili ve güvenli müdahaleler yapmalarına yardımcı olabilir.

İnanç

Kültürel ve toplumsal inançlar, FK konusunda ebeveynlerin tutumlarını ve davranışlarını önemli ölçüde etkileyebilir. Bu inançlar, konvülziyonun nasıl anlaşıldığını ve yönetildiğini şekillendirebilir, bu nedenle kültürel bağlamın sağlık davranışları üzerindeki etkilerini anlamak önemlidir.

Bazı kültürel ve toplumsal inançlar, konvülziyonları doğaüstü güçlerin bir etkisi olarak, cin çarpması veya kötü ruhların etkisi olarak yorumlayabilir. Bu tür inançlar, tıbbi müdahaleye olan güveni azaltabilir ve sağlık hizmetlerine başvurmayı geciktirebilir. Konvülziyonlar doğaüstü olaylar olarak algılandığında, ebeveynler konvülziyonları tedavi etmek veya önlemek için geleneksel ritüeller, dualar veya tılsımlar gibi manevi yöntemlere başvurabilirler.

Bazı ebeveynler için konvülziyon karşısında hastaneye başvurmak tek seçenek olarak görülür. Bu inanç, ebeveynlerin acil tıbbi müdahaleye duydukları güveni ve bu

müdahalenin gerekliliğine olan inançlarını ifade eder. Ebeveynler, konvülziyonun ciddiyetini ve acil müdahale gerekliliğini anlamış olabilirler ve bu nedenle hemen sağlık hizmetlerine başvurmayı tercih edebilirler.

Bir kez FK geçiren çocuğun tekrar konvülziyon geçireceğine dair yaygın bir inanç bulunmaktadır. Bu düşünce, ebeveynlerin sürekli bir kaygı içinde olmalarına neden olabilir. Ebeveynler, çocuklarının gelecekte tekrar konvülziyon geçirme olasılığını düşündüklerinde, bu kaygıyı yönetmek için çeşitli hazırlıklar yapabilirler. Bu inanç, ebeveynlerin çocuklarını koruma yönündeki tutumlarını etkileyebilir ve onları daha dikkatli ve tedbirli davranmaya yönlendirebilir. Ayrıca, bu sürekli kaygı, ebeveynlerin günlük yaşamlarını ve stres seviyelerini etkileyebilir.

Febril konvülziyon ile ilgili batıl düşünceler, ebeveynlerin konvülziyonu açıklama ve yönetme şekillerini etkileyebilir. Batıl düşünceler, konvülziyonun belirli ritüeller, tılsımlar veya geleneksel yöntemlerle önlenilebileceği veya tedavi edilebileceği inancını içerebilir. Bu batıl inançlar, modern tıbbi yaklaşımlar yerine geleneksel yöntemlere yönelme eğilimlerini doğurabilir ve sağlık hizmetlerine başvuruda gecikmelere yol açabilir.

Ailenin genel dini inançları, FK karşısındaki tutumlarını ve davranışlarını önemli ölçüde etkileyebilir. Ailenin inançları, konvülziyonun anlamlandırılmasından tedavi yollarına kadar birçok alanda belirleyici olabilir. Tıbbi müdahalelere olan yaklaşımlarını, konvülziyon sırasında uyguladıkları stratejileri ve genel tutumlarını yönlendirebilir. Bu inançlar, sağlık hizmetlerine erişim ve tıbbi önerilere uyum açısından da önemli bir rol oynayabilir. Literatür tarandığında Erdağ ve ark.'nın (60) çalışmasında ebeveynlerin %15'i cami hocasına gidip dua ettirmenin uygun olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda ebeveynler bu konuda ifadelere yer vermemiştir.

Duygu

Febril konvülziyon geçiren çocukların ebeveynlerinin yaşadığı duygusal tepkiler, oldukça geniş ve karmaşık bir yelpazeyi kapsamaktadır. Merhamet, memnuniyetsizlik, şaşkınlık, pişmanlık, güven, çaresizlik, kaygı, rahatlama, panik, korku, ebeveyne ait korku, çocuğa dair korku, minnettar olma duygusu ve empati duygu teması altında değerlendirildi. İncelemesi en zor ve karmaşık olan tema duygu teması oldu.

Merhamet, ebeveynlerin çocuklarının yaşadığı acı ve rahatsızlıkları hafifletme arzusuyla ortaya çıkar. Ebeveynler, diğer çocukların da acısını paylaşma ve onlara yardım etme çabası içindeydiler. Merhamet duygusu, çocuklara veya ebeveynlere daha dikkatli ve destekleyici bir şekilde yaklaşımlarını teşvik edebilir.

Memnuniyetsizlik, yaşadıkları deneyimlerden tatminsizlik duymalarını ifade ediyordu. Bu durum, sağlık hizmetlerinden memnun olmama duygularını içeriyordu. Bu duygu, ebeveynlerin daha iyi bir destek ve hizmet talep etmelerine yol açabilir.

Şaşkınlık, FK'nun aniden ortaya çıkmasıyla yaşanan beklenmedik duygusal tepkileri kapsıyordu. Ebeveynler, nöbetlerle ilk kez karşılaştıklarında genellikle şaşkınlık ve kafa karışıklığı yaşadıklarını belirttiler. Bu duygu, ebeveynlerin durumu nasıl anlamlandıracakları ve nasıl hareket edecekleri konusunda belirsizlik yaşamasına neden olabilir. Şaşkınlık, ebeveynlerin acil durum yönetimi sırasında etkisiz kalmalarına yol açmış gibi gözükmekteydi.

Pişmanlık, ebeveynlerin nöbetler sırasında veya sonrasında yaptıkları veya yapamadıkları şeyler nedeniyle duydukları üzüntü ve kendini suçlama duygusudur. Çocuklarının nöbetlerini önleyemedikleri veya yeterince hızlı müdahale edemedikleri için hissettikleri pişmanlık, ebeveynlerin kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olabilir. Bu duygu, gelecekteki nöbetler için daha iyi bir hazırlık yapma isteğini artırabilir.

Güven, ebeveynlerin FK ile başa çıkma yeteneklerine, bilgilerine veya sağlık profesyonellerine duydukları güveni ifade etmektedir. Sağlık sistemine ve uzmanların önerilerine duyulan güven, ebeveynlerin rahatlamalarını ve etkin bir şekilde hareket etmelerini sağlar. Ebeveynler, FK gibi acil durumlarla karşılaştıklarında, sahip oldukları bilgi ve sağlık profesyonellerine duydukları güven, durumu nasıl ele alacaklarını belirleyebilir. Eğer ebeveynler sağlık hizmetlerine ve verilen bilgilere güvenmiyorsa, bu durum, stres ve panik duygularını artırabilir. Ebeveynler, sağlık profesyonellerinin tavsiyelerini dikkate almak yerine kendi yargılarına başvurabilir veya alternatif kaynaklardan bilgi arayışına girebilirler. Bu durum hem yanlış öğrenme riskini artırır hem de uygun müdahaleyi geciktirebilir. Sosyal medya, günümüzde bilgi edinmenin popüler bir yolu haline gelmiştir. Ancak, sosyal medyada yayımlanan bilgilerin doğruluğu sıklıkla sorgulanabilir. Ebeveynler, sosyal medyadaki

bilgileri güvenilir olarak değerlendirebilirler; ancak bu durum, bilgi kirliliği ve yanlış yönlendirilmiş bilgilerle sonuçlanabilir. Sosyal medya kaynaklarına güvenmeyen veya bu tür bilgileri şüpheyile karşılayan ebeveynler, daha güvenilir ve doğruluğu kanıtlanmış kaynaklara yönelme eğilimindedirler. Bu bağlamda, güven duygusu, ebeveynlerin hangi bilgi kaynaklarını tercih edeceklerini ve acil durumlarda nasıl hareket edeceklerini etkiler.

Westin ve ark.'nın (10) çalışmasında ilk konvülziyon deneyiminden sonra çoğu ebeveyn acil servisi aramış ve sağlık personelinin müdahalesi sırasında rahatlama hissetmişlerdir. Ebeveynler, çocuklarının acilde gördüğü muameleden memnun olduklarını, sağlık personelinin duyarlı ve iyi kalpli olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık personelinin bilgilendirme ve sorulara yanıt verme konusunda gösterdiği özen, ebeveynler tarafından takdir edilmiştir. FK sırasında ebeveynlerin nasıl müdahale edebileceği, FK sonrasında kendilerini, çocuklarını nelerin beklediğini bilmek aileleri daha güvende hissettirebilir.

Aynı çalışmada birden fazla konvülziyon geçiren çocukların ebeveynleri ise edindikleri deneyimlerin onları daha hazırlıklı ve güvende hissettirdiğini ifade etmişlerdir (10). Nöbetler sırasında veya sonrasında yaşanan çaresizlik, ebeveynlerin durumu yönetme kapasitesini etkileyebilir ve bu duyguların yönetilmesi ebeveynlerin genel iyilik halleri üzerinde önemli bir etki yaratabilir. Çalışmamıza katılan bazı ebeveynler hastanede olsalar dahi çaresizlik duygularını yenememişti. Westin ve ark. (10) çalışmasında da konvülziyon sırasında ne yapacaklarını bilmemek, ebeveynlerin kendilerini kontrolsüz ve güçsüz hissetmelerine neden olduğunu saptamışlardır. Ancak, tekrarlayan konvülziyon deneyimleri bazı ebeveynlerin zamanla daha sakin ve hazırlıklı hissetmelerine yardımcı olmuştur. Gelecekteki nöbetler hakkında duyulan sürekli kaygı, ebeveynlerin genel yaşam kalitesini etkileyebilir ve bu durum, çocuklarının sağlık durumunu sürekli olarak gözlemleme ve endişe duyma şeklinde kendini gösterebilir.

Febril konvülziyon sonrası ailelerde oluşan anksiyete ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Farsar ve ark.'nın (68) çalışmasında, 84 gönüllü anne iki gruba ayrılmış ve State Trait Anxiety Inventory (STAI) anketi uygulanmış. Daha sonra grup 1'e FK hakkında üç saatlik yüz yüze eğitim verilmiştir. 9 gün sonra annelerin

anksiyetesini değerlendirmek için tekrar test yapılmıştır. FK ile ilgili eğitim alan grupta anksiyetenin anlamlı seviyede azaldığı saptanmış, kontrol grupta anlamlı fark gözlenmemiş.

Ju ve ark.'nın (70) yaptığı çalışmada, annelerde anksiyete nedeninin özellikle belirsizlik olduğu bildirilmiştir. alışmalarında konvölziyona tanıklık edenlerin %80'i kaygılandığını belirtmiştir. Bizim alışmamızda tüm ebeveynler çocukları ile ilgili kaygıları konusunda ifadelere yer vermişti.

Rahatlama, ebeveynlerin çocuklarının FK atlattıktan sonra hissettikleri huzur ve sakinliği ifade etmektedir. Nöbetlerin geçmesiyle birlikte gelen rahatlama duygusu, ebeveynlerin stres ve endişe seviyelerini düşürebilir. Westin ve ark.'nın (10) alışmasında, ilk konvölziyon deneyiminden sonra çoğu ebeveyn acil servisi aramış ve sağlık personelinin müdahalesi sırasında rahatlama hissetmişlerdir. Bizim alışmamızda da benzer şekilde ebeveynler hastanede olmakla veya sağlık çalışanın müdahalesi ile rahatladıkları ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra konvölziyon sonlanması veya konvölziyon nedeninin belli olması da ebeveynin rahatlamasını sağlıyordu. Ju ve ark.'nın (70) yaptığı çalışmada çocuğu FK geçiren annelerde anksiyete nedeninin özellikle belirsizlik olduğu bildirilmiştir. FK'a tanıklık edenlerin %80'i kaygılandığını belirtmiştir.

Panik, ebeveynlerin konvölziyon anında yaşadıkları ani ve yoğun korku ve endişe halini ifade etmektedir. Konvölziyon sırasında acil müdahale ihtiyacı ve korku, ebeveynlerin paniğe kapılmalarına neden olmuştur. Bu durum, ebeveynlerin durumu yönetme yeteneklerini olumsuz etkilemiştir. Korku ve panik halinde çocuğa yardımcı olmak adına daha tehlikeli bir durum açığa çıkmaktadır. Sağlık alışanlarının müdahaleler konusunda doğru bilgilendirilmesi ve bu bilgilerin de ailelere anlayabilecekleri şekilde basit ve anlaşılır şekilde aktarılması gerektiğini düşünüyöruz.

Korku, ebeveynlerin çocuklarının sağlığıyla ilgili genel endişe ve tedirginliklerini veya kendi deneyimleri ve yetenekleri hakkında duydukları endişeleri ifade etmektedir. Nöbetler sırasında ve sonrasında hissettikleri derin korku, ebeveynlerin çocuklarının geleceği ve sağlık durumu hakkında duydukları endişeyi yansıtıyordu. Bu korku, ebeveynlerin çocuklarına karşı daha koruyucu ve dikkatli olmalarına neden olabilir.

Akça ve ark. çocuk acil ünitesine FK nedeniyle başvuran 377 çocuğun ebeveynleriyle yaptığı çalışma sonucunda, düşmeyen ateşte ailelerin %91,5'i çocuklarının FK geçireceğini, %21'i beyin hasarı kalacağını, %9,5'u felç kalacağını, %9'u ise öleceğini düşünmüşlerdir. Aileler FK sonrası neler olabileceği konusunda %64,7'si zekâ geriliği, %17,1'i konuşma bozukluğu, %21,8 'i görme sorunu, %19,1'i işitme sorunu, %17'si epilepsi, %9,8'u ise öleceğini düşündüğünü ifade etmişlerdir (61). Tunçer ve ark.'nın (67) yaptığı çalışmada, ebeveynlerin FK'nın kalıcı hasar bırakma konusundaki görüşlerinde %42,3'ü zeka geriliği, %22,8'i epilepsi, %32,3'ü felç, %20,3'ü hafıza bozukluğu olacağını düşündüğünü belirtmişlerdir. %25'i hasar bırakacağını fakat ne olduğuna dair fikri olmadığı ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda da ailelerin tamamı ya çocuklarının öleceğini ya da bedensel veya zihinsel engelli olacağını düşündükleri konularında ifadelere yer verdi.

Çocuklarının gelecekteki sağlık sorunları hakkında ebeveynlerin hissettikleri korkular, ebeveynlerin nöbetlere karşı duydukları endişeleri ve koruyucu tutumlarını şekillendirebilir.

Westin ve ark.'nın (10) çalışmasında da ebeveynler nöbetlerin tekrar etme olasılığından endişe duymuş ve çocuğun uzak bir yerde konvülziyon geçirme korkusunu da yaşadıklarını belirtmişlerdir. Minnettar olma duygusu, ebeveynlerin çocuklarının FK geçirdikten sonra sağlıklı bir şekilde iyileşmelerine duydukları şükran ve memnuniyet duygusunu ifade etmektedir. Ebeveynler, çocuklarının sağlığını koruyan sağlık çalışanlarına, yakınlarına veya iyileşme sürecindeki olumlu gelişmelere karşı minnettarlık duyabilirler.

Empati, ebeveynlerin çocuklarının yaşadığı acı ve rahatsızlıkları anlama ve bu durum karşısında hissettikleri anlayış ve destek duygusunu kapsar. Empati, ebeveynlerin diğer ebeveynlere karşı daha duyarlı ve destekleyici bir tutum sergilemelerine yardımcı olabilir.

Çalışmamızın Güçlü Yönleri

Çalışmamız eğitim ve rehberlik programlarına hazırlık temeli oluşturacağını ve bu programların, ebeveynlerin bilgi düzeylerini artırarak, FK ile başa çıkma konusunda daha bilinçli ve etkili stratejiler geliştirmelerine yardımcı olacağını düşünmekteyiz. Türkiye'de FK geçiren çocukların ebeveynlerinin deneyimlerini

değerlendiren çalışmaya ulaşamamıştır. Yanı sıra literatür incelendiğinde kısıtlı sayıda çalışmaya ulaşılmış olması, bu araştırmayı değerli kılmaktadır.

Çalışmamızın Kısıtlılıkları

Fenomenolojik araştırmaların doğası gereği, bu çalışmadaki katılımcı sayısı oldukça yeterli görülmekle birlikte, çalışma örnekleminin Ankara ilinden seçilmesi, hastanemizin konumundan dolayı sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi orta-düşük olan popülasyonun başvurmasından ve açık uçlu sorulara kısa cevaplar verilmesinden dolayı Türkiye'nin diğer bölgelerindeki ebeveynlerin görüşleri arasındaki benzerlik ve farklılıkların ortaya konulamamasına neden olmaktadır. Araştırma grubundaki kişi sayısının görece küçük olması ve Ankara Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran ebeveynlere genellenebilir olması araştırmamızın en temel kısıtlılığıdır.

Sonuç olarak eğitim ve bilgi edinme fırsatlarının artırılması, ailelerin bilişsel tutumlarını iyileştirebilir, bilgi eksikliklerini giderebilir ve bu sayede konvülziyon durumlarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkabilmelerini sağlayabilir. Bu çerçevede, ailelere yönelik kapsamlı eğitimlerin ve bilgi desteklerinin sağlanması, bilişsel tutumları güçlendirmek ve konvülziyon yönetimini daha bilinçli bir şekilde gerçekleştirmek adına kritik bir öneme sahiptir.

Konvülziyon durumlarının ailelerin duygusal tutumları üzerinde karmaşık bir etki yarattığını gözlemledik. Ailelerin duygusal yüklerini ve streslerini yönetme yöntemleri, destekleyici eğitimler ve bilgi paylaşımı ile güçlendirilebilir. Ayrıca, duygusal destek ve rehberlik, ailelerin daha sakin ve yapıcı bir yaklaşım benimsemelerine yardımcı olabilir. Bu hem ebeveynlerin hem de çocukların iyilik halleri açısından önemli bir faktördür ve aile içindeki duygusal dengeyi koruyarak konvülziyon yönetimini iyileştirebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Febril konvülsiyon geçiren çocukların ebeveynleri, nöbet sırasında büyük bir korku, panik ve kaygı yaşamaktadır. Bilgisizlik ve yetersiz müdahale korkusu, ebeveynlerin nöbete yanlış müdahalelerde bulunmasına veya hiçbir müdahalede bulunmamasına yol açabilmektedir. Bununla birlikte, eğitim ve bilgilendirme programları, ebeveynlerin kaygılarını azaltmada etkili olup, doğru müdahale yöntemlerini öğretmekte ve bilinç düzeylerini artırmaktadır.

Sonuçlar:

Eğitimin Önemi: Ebeveynlerin febril konvülsiyon konusunda eğitilmeleri, kaygılarını önemli ölçüde azaltmaktadır. Eğitim programları, nöbet sırasında yapılması gereken doğru müdahaleleri öğretmekte ve ailelerin doğru bilgilere erişimini sağlamaktadır.

Yanlış Müdahaleler: Bilinçsiz ebeveynler, nöbet sırasında çocuklarına zarar verebilecek yanlış müdahalelerde bulunabilmektedir. Yanlış yöntemlerin önlenmesi için bilgilendirmenin önemi vurgulanmalıdır.

Duygusal Destek: Ebeveynlerin yaşadığı korku ve kaygılar, çocuğun sağlığı üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilir. Bu nedenle sağlık çalışanları, ailelere duygusal destek sağlamalıdır.

Öneriler:

Eğitim Programları: Hastanelerde, FK geçiren çocukların ebeveynlerine yönelik düzenli eğitim programları uygulanmalıdır. Eğitim materyalleri, nöbet sırasında yapılacak doğru müdahaleleri, tekrarlama riskini ve nöbetin uzun vadeli etkilerini içermelidir.

Bilgilendirme Kitapçıkları: FK geçiren çocukların ailelerine, nöbet anında yapılacaklar hakkında rehber niteliğinde kitapçıklar dağıtılmalıdır.

Duygusal Destek ve Danışmanlık: Sağlık profesyonelleri, yalnızca tıbbi destek sağlamakla kalmamalı, aynı zamanda ailelerin psikolojik durumlarını dikkate alarak onlara danışmanlık hizmeti sunmalıdır.

Bu yaklaşımlar, ailelerin nöbet anında doğru kararlar alabilmesine ve çocuklarının sağlık süreçlerini daha iyi yönetebilmelerine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

1. Febrile seizures: clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics*. 2008;121(6):1281-6.
2. Chung S. Febrile seizures. *Korean J Pediatr*. 2014;57(9):384-95.
3. Fetveit A. Assessment of febrile seizures in children. *Eur J Pediatr*. 2008;167(1):17-27.
4. Kjeldsen MJ, Kyvik KO, Friis ML, Christensen K. Genetic and environmental factors in febrile seizures: a Danish population-based twin study. *Epilepsy Res*. 2002;51(1-2):167-77.
5. Sadleir LG, Scheffer IE. Febrile seizures. *BMJ*. 2007;334(7588):307-11.
6. Duffner PK, Baumann RJ. A synopsis of the American Academy of Pediatrics' practice parameters on the evaluation and treatment of children with febrile seizures. *Pediatr Rev*. 1999;20(8):285-7.
7. American Academy of Pediatrics Steering Committee on quality improvement and management, subcommittee on febrile seizures. Febrile seizures: clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics* 2008:1281-6.
8. Chang YC, Guo NW, Huang CC, Wang ST, Tsai JJ. Neurocognitive attention and behavior outcome of school-age children with a history of febrile convulsions: a population study. *Epilepsia*. 2000;41(4):412-20.
9. Sajadi MP, Khosravi SP. Mothers' experiences about febrile convulsions in their children: a qualitative study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2017;5(3):284-91.
10. Westin E, Levander MS. Parent's experiences of their children suffering febrile seizures. *Journal of Pediatric Nursing*. 2018;38:68-73.
11. 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):1015-25.
12. Klotz KA, Özcan J, Sag Y, Schönberger J, Kaier K, Jacobs J. Anxiety of families after first unprovoked or first febrile seizure - A prospective, randomized pilot study. *Epilepsy Behav*. 2021;122:108120.
13. Yılmaz D, Arhan E, Yuksel D, Özçelik A, Senbil N, Serdaroglu A, et al. Attitudes of parents and physicians toward febrile seizures. *Clin Pediatr (Phila)*. 2008;47(9):856-60.

14. Almousa A, Alshahrani D, Almubarak MS, Alothman A, Alrashoudi AM, Alsharif A, et al. Parents' knowledge, attitude, and practice regarding febrile convulsion in children in Riyadh, Saudi Arabia. *Cureus*. 2023;15(10):e47314.
15. Dong L, Jin J, Lu Y, Jiang L, Shan X. Fever phobia: a comparison survey between caregivers in the inpatient ward and caregivers at the outpatient department in a children's hospital in China. *BMC Pediatr*. 2015;15:163.
16. Kara B. Çocuklukta ateşle ilgili bilgilerin gözden geçirilmesi. *Sted*. 2003;12:10-4.
17. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child*. 1980;134(2):176-81.
18. Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. *Pediatrics*. 1985;75(6):1110-3.
19. Kluger MJ. Fever. *Pediatrics*. 1980;66(5):720-4.
20. Öztürk B, Nalbantoğlu B, Güzel EÇ, Hatipoğlu S, Nalbantoğlu A. Çocuk acil ünitesine febril konvülsiyon tanısıyla başvuran beş ay-beş yaş arasındaki çocukların retrospektif olarak incelenmesi. *Journal of Child*. 2011;11(3):114-21.
21. Esmaili Gourabi H, Bidabadi E, Cheraghalipour F, Aarabi Y, Salamat F. Febrile seizure: demographic features and causative factors. *Iran J Child Neurol*. 2012;6(4):33-7.
22. Berg AT, Shinnar S, Darefsky AS, Holford TR, Shapiro ED, Salomon ME, et al. Predictors of recurrent febrile seizures. A prospective cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997;151(4):371-8.
23. Wallace RH, Marini C, Petrou S, Harkin LA, Bowser DN, Panchal RG, et al. Mutant GABA(A) receptor gamma2-subunit in childhood absence epilepsy and febrile seizures. *Nat Genet*. 2001;28(1):49-52.
24. Karpenko MN, Vasilishina AA, Gromova EA, Muruzheva ZM, Miliukhina IV, Bernadotte A. Interleukin-1 β , interleukin-1 receptor antagonist, interleukin-6, interleukin-10, and tumor necrosis factor- α levels in CSF and serum in relation to the clinical diversity of Parkinson's disease. *Cell Immunol*. 2018;327:77-82.
25. Shah SS, Alpern ER, Zwerling L, Reid JR, McGowan KL, Bell LM. Low risk of bacteremia in children with febrile seizures. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(5):469-72.
26. Bertolani MF, Portolani M, Marotti F, Sabbattini AM, Chiossi C, Bandieri MR, et al. A study of childhood febrile convulsions with particular reference to HHV-6 infection: pathogenic considerations. *Childs Nerv Syst*. 1996;12(9):534-9.

27. Chiu SS, Tse CY, Lau YL, Peiris M. Influenza A infection is an important cause of febrile seizures. *Pediatrics*. 2001;108(4):E63.
28. Millichap JG, Millichap JJ. Role of viral infections in the etiology of febrile seizures. *Pediatr Neurol*. 2006;35(3):165-72.
29. Cadet K, Boegner J, Ceneviva GD, Thomas NJ, Krawiec C. Evaluation of febrile seizure diagnoses associated with COVID-19. *J Child Neurol*. 2022;37(5):410-5.
30. Seinfeld SA, Pellock JM, Kjeldsen MJ, Nakken KO, Corey LA. Epilepsy after febrile seizures: twins suggest genetic influence. *Pediatr Neurol*. 2016;55:14-6.
31. Hauser WA, Annegers JF, Anderson VE, Kurland LT. The risk of seizure disorders among relatives of children with febrile convulsions. *Neurology*. 1985;35(9):1268-73.
32. Greenwood R, Golding J, Ross E, Verity C. Prenatal and perinatal antecedents of febrile convulsions and afebrile seizures: data from a national cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1998;12 Suppl 1:76-95.
33. Hampers LC, Spina LA. Evaluation and management of pediatric febrile seizures in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 2011;29(1):83-93.
34. Kwak BO, Kim K, Kim SN, Lee R. Relationship between iron deficiency anemia and febrile seizures in children: A systematic review and meta-analysis. *Seizure*. 2017;52:27-34.
35. Lin WY, Muo CH, Ku YC, Sung FC, Kao CH. Increased association between febrile convulsion and allergic rhinitis in children: a nationwide population-based retrospective cohort study. *Pediatr Neurol*. 2014;50(4):329-33.
36. Millichap JG. Studies in febrile seizures. I. Height of body temperature as a measure of the febrile-seizure threshold. *Pediatrics*. 1959;23(1 Pt 1):76-85.
37. Hesdorffer DC, Benn EK, Bagiella E, Nordli D, Pellock J, Hinton V, et al. Distribution of febrile seizure duration and associations with development. *Ann Neurol*. 2011;70(1):93-100.
38. Nelson KB, Ellenberg JH. Prognosis in children with febrile seizures. *Pediatrics*. 1978;61(5):720-7.
39. Elmas B, Tabanlı G. Febril konvülziyona yaklaşım. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2016;6(4):254-61.
40. Oluwabusi T, Sood SK. Update on the management of simple febrile seizures: emphasis on minimal intervention. *Curr Opin Pediatr*. 2012;24(2):259-65.

41. Agrawal S, Nadel S. Acute bacterial meningitis in infants and children. *pediatric drugs*. 2011;13(6):385-400.
42. Green SM, Rothrock SG, Clem KJ, Zurcher RF, Mellick L. Can seizures be the sole manifestation of meningitis in febrile children? *Pediatrics*. 1993;92(4):527-34.
43. Kayserili E, Ünalp A, Apa H, Asilsoy S, Hizarcioğlu M, Gülez P, et al. Parental knowledge and practices regarding febrile convulsions in Turkish children. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2008;38(4):343-50.
44. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011;127(2):389-94.
45. Millichap JG, Madsen JA, Aledort LM. Studies in febrile seizures. V. Clinical and electroencephalographic study in unselected patients. *Neurology*. 1960;10:643-53.
46. Kiviranta T, Airaksinen EM. Low sodium levels in serum are associated with subsequent febrile seizures. *Acta Paediatr*. 1995;84(12):1372-4.
47. Practice parameter: long-term treatment of the child with simple febrile seizures. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. *Pediatrics*. 1999;103(6 Pt 1):1307-9.
48. Warden CR, Zibulewsky J, Mace S, Gold C, Gausche-Hill M. Evaluation and management of febrile seizures in the out-of-hospital and emergency department settings. *Ann Emerg Med*. 2003;41(2):215-22.
49. Saltık S. Akut nöbet ve tedavisi. *Pediatric Aciller Sempozyumu*. 2001:115-24.
50. McMullan J, Sasson C, Pancioli A, Silbergleit R. Midazolam versus diazepam for the treatment of status epilepticus in children and young adults: a meta-analysis. *Acad Emerg Med*. 2010;17(6):575-82.
51. Bassan H, Barzilay M, Shinnar S, Shorer Z, Matoth I, Gross-Tsur V. Prolonged febrile seizures, clinical characteristics, and acute management. *Epilepsia*. 2013;54(6):1092-8.
52. Nelson KB, Ellenberg JH. Predictors of epilepsy in children who have experienced febrile seizures. *N Engl J Med*. 1976;295(19):1029-33.
53. Annegers JF, Hauser WA, Shirts SB, Kurland LT. Factors prognostic of unprovoked seizures after febrile convulsions. *N Engl J Med*. 1987;316(9):493-8.
54. Vestergaard M, Pedersen CB, Sidenius P, Olsen J, Christensen J. The long-term risk of epilepsy after febrile seizures in susceptible subgroups. *Am J Epidemiol*. 2007;165(8):911-8.

55. Pavlidou E, Panteliadis C. Prognostic factors for subsequent epilepsy in children with febrile seizures. *Epilepsia*. 2013;54(12):2101-7.
56. Holm IA, Poduri A, Crandall L, Haas E, Grafe MR, Kinney HC, et al. Inheritance of febrile seizures in sudden unexplained death in toddlers. *Pediatr Neurol*. 2012;46(4):235-9.
57. Hancock B, Ockleford E, Windridge K. An introduction to qualitative research: Trent focus group London; 2001.
58. Merenstein J, Rao G, D'Amico F. Clinical research in family medicine: quantity and quality of published articles. *Fam Med*. 2003;35(4):284-8.
59. Kausar S, Kouser S, Aziz Z, Bibi F. The effect of educational interventions on knowledge, attitude and practices of mothers regarding febrile convulsions in children. *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*. 2020.
60. Erdağ GÇ, Akın Y, Girit N, Altuğ H. Ailelerin ateş ve febril konvülsiyon hakkındaki bilgi düzeyleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2010;41(1):1-8.
61. Akça G, Akça Ü, Çalışkan B. Ebeveynlerin ateş ve febril konvülziyon hakkındaki tutum ve inanışları. *Fırat Tıp Dergisi*. 2024;29(1).
62. Nalbantoğlu A, Nalbantoğlu B. Çocuklarda demir eksikliğinin febril konvülziyon ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44(3):1033-9.
63. Balslev T. Parental reactions to a child's first febrile convulsion. A follow-up investigation. *Acta Paediatr Scand*. 1991;80(4):466-9.
64. Flury T, Aebi C. Febrile seizures and parental anxiety Does information help? *Swiss medical weekly*. 2001;131(3738):556-60.
65. Miller R. The effect on parents of febrile convulsions. *Paediatr Nurs*. 1996;8(9):28-31.
66. Wirrell E, Turner T. Parental anxiety and family disruption following a first febrile seizure in childhood. *Paediatrics & Child Health*. 2001;6(3):139-43.
67. Tunçer GÖ, Akkoç DC, Albayrak P, Kutluk MG, Teber S, Deda G. Febril konvülziyon hakkında hasta yakınlarının bilgi, kaygı ve düşünceleri. *Turkish Journal of Pediatric Disease*. 2021;15(1):19-23.
68. Farsar A, Kolahi A. Can educational programs help ease parental anxiety following their child first febrile convulsion? *Iran J Child Neurology*. 2008;25-31
69. Hakizimana M, MMed, Onesphore, Kalimba M, MMed, Edgar, Arnold M, Linda, Cartledge M, Peter. The assessment of parents' knowledge, attitudes and concerns

about febrile seizures in children at tertiary hospitals in Rwanda-a descriptive study. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2021;67(1):fmab003.

70. Ju HO, McElmurry BJ, Park CG, McCreary L, Kim M, Kim EJ. Anxiety and uncertainty in Korean mothers of children with febrile convulsion: cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*. 2011;20(9-10):1490-7.



ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı : Fatma KARCIOĞLU

Doğum Yeri ve Tarihi :

Medeni Durumu : Evli

E-posta :

2. Eğitimi

2013-2019 Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bolu

3. Unvanları

2020-halen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Araştırma Görevlisi Hekim

2019-2020 Hekim (Pratisyen)

4. Mesleki Deneyimi

2020-halen SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

2019-2020 Orhangazi Devlet Hastanesi

5. Bilimsel Etkinlikleri

Clinical Characteristics of COVID-19 in Children Compared with Their Families in Turkey: A Tertiary-Care Hospital Experience. Turkish J Pediatr Dis/Türkiye Çocuk Hast Derg / 2023; 17: 25-29. <https://doi.org/10.12956/tchd.1090919>

6. Sertifikalar

Emzirme Danışmanlığı Eğitimi, Ankara 2021

Neonatal Resusitasyon Programı Eğitimi, Ankara, 2021

Çocuk İleri Yaşam Desteği Eğitimi, Ankara, 2022

Mekanik Ventilasyon Kursu, Ankara, 2024

EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI

	T.C. ANKARA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI 235091178  
Sayı : E-93471371-514.10-238699378 Konu : E.Kurul – E-24-34- Etik Kurul Kararı		07.03.2024
ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE		
34 - no'lu çalışma		
SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları Kliniği'nden " Çocuk Acil Servise Febril Konvülsiyon Nedeniyle Başvuran Hastaların Ebeveynlerinin Deneyimleri: Kalitatif Çalışma " konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle 06.03.2024 tarihinde uygun görülmüştür.		
Prof. Dr. UĞUR KOÇER Etik Kurul Başkanı		
Bu belge, güncel elektronik imza ile onaylanmıştır. Belge doğrulama kodu: 6096F309-43C4-4AB9-B8F6-32A913CF15ED Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-etik		
Hazretpe Mh. Uluslar Cd. No:89 06210 Altındağ / ANKARA 06230 Telefon No: e-Posta: islaaret@sa.gov.tr Kep Adresi:		Bilgi için: Sibel TOKU Sağlık Teknisyeni Telefon No: 03122853189 

EK-2: TEZ KONUSU ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.05.2024-360501



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-86241737-100--360501
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararı

21.05.2024

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 14.05.2024 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Prof.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızda afiliye olan SUAM'larda görevli 86 (seksen altı) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili olarak oybirliği ile alınan kararlar Ek'tedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı
Başkanlığına
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi
Anabilim Dalı Başkanlığına
Üroloji Anabilim Dalı Başkanlığına
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
Başkanlığına
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanlığına
Hava ve Uzay Hekimliği Anabilim Dalı
Başkanlığına
Ruhsal Sağlık ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Çocuk Sağlık ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığına

(Bu belge, görevli akademik kişi ile imzalandıktan sonra)

Bilgi İşlemci Kurumu /BİGİC/2024/77 Pınar Kızı 03082

Bilgi Teknoloji Adresi : <https://www.tsknizya.gov.tr/index.php>

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yürüyen Tıvarek Mah. 38.11

Bilgi için: Lereni YILDIRIM

E-Posta: info@tsgnizya.gov.tr

Ölçüm: 100mm

Tel: 0312 304 01 73 Faks: 0312 304 01 90

Web: <http://tsgnizya.gov.tr>

Kayıt Adresi: info@tsgnizya.gov.tr



			Deneysel Modeli	
5	Dr. Furkan ÖZKAN	GTF Kalp Damar Cerr.AD.Bşk.lığı	Robotik Kalp Cerrahisinin orta ve uzun dönem sonuçları	Kabul edildi.
6	Dr. Gizem IŞIK	GTF Kalp Damar Cerr.AD.Bşk.lığı	Subareolar kesi ile yapılan minimal invaziv Kardiyak Cerrahi Klinik sonuçlarımız	Kabul edildi.
7	Dr. Feyza Nur GENÇ ARSLAN	Ankara Şehir SUAM	İstemli Yasal Kürtaj Yaptıran Kadınların Akut Dönemdeki Kararlarıyla İlgili Pişmanlıkları İle Öncesinde İstemli Yasal Kürtaj Yaptırmış Menopoz Dönemindeki Kadınların Geçmişteki Kararlarıyla İlgili Pişmanlıklarının Karşılaştırılması'	Kabul edildi.
8	Dr. Gönül OR	Ankara SUAM	Kronik Hipoparatiroidi tanılı hastalarda serum endokan ve Pentraxin 3 düzeylerinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması	Kabul edildi.
9	Dr. Hasan BASRI	Ankara Şehir SUAM	Akut Apandisit ve Perfore Akut Apandisit Hastalarında Intestinal Fatty Acide Binding Protein (IFABP), Tiyoal disülfid ve iskemi Modifiye Albumin (IMA) değerleri ile rutinde kullanılan inflamasyon markerlerinin karşılaştırılması."	Kabul edildi.
10	Dr. Fatma KARCIOĞLU	Ankara SUAM	Çocuk acil servise febril konvülsiyon nedeniyle başvuran hastaların ebeveynlerinin deneyimleri: Kalitatif Çalışma	Kabul edildi.
11	Dr. Abdullah Ömer AYDAR	GTF İç Hst AD. Bşk.lığı	Anksiyete Depresyon Ölçeği ve Tam Kan İnflamasyon indeksleri arasındaki ilişkinin incelenmesi	Kabul edildi.
12	Dr. Beyzanur KARLIDAĞ	Ankara Şehir SUAM	Nikotin bağımlılarında Krebs von den Lungen 6 (KL-6) Düzeyi ve Solunum Fonksiyon Testlerinde Etkisi	Kabul edildi.
13	Dr. Umut İRFAN	Ankara Şehir SUAM	Meme koruyucu cerrahi uygulanan invaziv meme kanserli hastalarda cerrahi sınır pozitifliğini etkileyen faktörler	Kabul edildi.
14	Dr. Şükriye DEMİRKAYA	Ankara Şehir SUAM	Anorektal Malformasyon Nedeniyle Opere Edilen Okul Çağındaki Çocuklarda Fekal/Üriner Kontinansın, Hayat Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi	Kabul edildi.
15	Dr. Münevver DİZ	Ankara Şehir SUAM	Karın Ön Duvarı Defekti ile Doğan Hastaların Değerlendirilmesi ve Uzun Dönem Takibi	Kabul edildi.

EK-3: KODLAR SİSTEMİ

Kod Sistemi	Frekans
Kod Sistemi	1769
FARKINDALIK	0
İÇSEL FARKINDALIK	0
Nöbet esnasında sakın kalmanın önemi	1
Eğitim alma istekliliği (1)	7
Havale sonrası ders çıkarma	3
Tecrübelenme	2
Bilgisizliğinden dolayı zarar verme korkusu (1)	4
Sağlık çalışanından bilgi alma ihtiyacı	10
Yanlış müdahale farkındalığı (1)	6
Nöbet esnasında yapılan yanlışların farkına varılması (1)	0
Bilgisizlik nedeniyle müdahalede yetersizlik	1
NÖBET FARKINDALIĞI	0
Ailenin havale hakkında bilinçliliği	7
Nöbet esnasında yapılabileceklerin farkındalığı	1
Nöbet sonrası bilinçlenme	1
Yanlış müdahalenin farkındalığının olmaması	10
Hastalığa dair farkındalık	2
Havale sonrası ders çıkarma (1)	3
Sonradan farkında olma durumu	5
Nöbet esnasında yapılan yanlışların farkına varılması	7
Nöbet sonrası suya sokmanın yanlış olduğunu düşünme	1
Bilinçlenme durumu (1)	14
TUTUM	0
DAVRANIŞSAL TUTUM	0

Nöbet tekrarında soğuk suya tutma	3
Nöbet tekrarında çeneyi açıp dili elle tutma	1
Geleceğe yönelik beklenti (1)	1
Deneyim sonrası yanlış davranışlardan kaçınma (1)	3
Çevrede karşılaşılan nöbet sonrası aynı müdahalede bulunma	3
Doktorun müdahalesinden örnek alma	1
Deneyim sonrası yanlış davranışlardan kaçınma	3
Nöbet geçiren yakınlarına aynı şekilde müdahale etme	3
Anneye sorumluluk yüklenmesi	1
Nöbet sonrası çocuk gözetiminin artması	1
BİLİŞSEL TUTUM	0
Nöbet tekrarı olması durumunda aynı şeyleri düşünme	1
Hastane başvurusunun ilk düşünce olması	2
Eğitim alma istekliliği	7
Bilinçsizlik (1)	7
DUYGUSAL TUTUM	0
Kabullenme durumu	8
Geleceğe yönelik beklenti	1
Nöbet tekrarı olması durumunda aynı şeyleri düşünme (1)	1
İyi niyet	6
Eşe yönelik suçlama	2
Kendine yönelik suçlama (1)	3
BİLGİ	0
BİLGİ KAYNAKLARI	0
Bilgi edindiği kaynak sosyal medya	16
İnternet üzerinden doktorları takip ederek bilgi edinme	1
İnternet yoluyla nöbet olup olmadığını anlama	1

Akrabadan nöbet esnasında yapılacaklar ile ilgili bilgi alma	11
Bilgi edindiği kaynak eşi	1
Bilgi edinilen kaynak-doktor	10
Bilgi edindiği kaynak- kendi	3
Nöbet esnasında yaptıklarından emin olma	1
Havale olduğunu anlayamama	2
Çevrede söylenen şeylerin kişide kalıcı olması	1
Akrabaların nöbet geçirmesi nedeniyle nöbet hakkında bilgi sahibi olma	1
Ailenin bilgisizliği	49
Bilinçlenme durumu	13
Deneyim sonrası bilgi edinme arayışı	22
Edinilen yanlış bilgi	7
Bilinçsizlik (2)	7
Eğitime karşı isteksizlik	4
ÖYKÜ	0
Nöroloji takibi olması	1
Çevrede nöbete şahit olma	1
NÖBET ÖYKÜSÜ	0
Nöbetin tekrarlamaması	2
Nöbet esnasında yaşanan farklılıklar	1
Ambulansın hızlı gelmesi	1
Nöbet anında titreme olması	1
Arabayla hastaneye gelme	3
Nöbet esnasında ağızda köpürme olması	1
Nöbet esnasında gözlerin kayması	1
Araçla hastaneye gelme	1
Nöbet anında çocuğun tepkisizliği	1

Nöbet anında yalnız olma	1
Ateşin yükselmesi	1
Ateş yükselince müdahale edememe	1
Kendisinde nöbet öyküsü olması	3
Akraba öyküsü	13
Ailenin deneyimsizliği	31
Hastanın öyküsü	12
Ailenin genel deneyimi	38
Ailede nöbet öyküsü olması	16
DAVRANIŞ	3
Kararsızlık belirsizlik durumu (1)	16
Aileyle ortak karar alma	1
Hastanede tamamen iyileşmesini bekleme	1
NÖBET ESNASINDAKİ DAVRANIŞ	0
Nöbet esnasında hastayı yan çevirme	4
Nöbet anında mantıklı karar vermenin zor olması	1
Nöbet esnasında bağırıp çağırmanın faydasızlığı	1
Komşudan yardım isteme	3
Müdahaleden kaçınma	1
Hastaneye yetişme çabası	1
Nöbet esnasında sakin kalma	1
Sakin kalamama	1
Hemen hastane başvurusu olması	1
Yardım talebi	23
Yanlış müdahale	33
Ailenin ateşe yönelik müdahalesi	10
Doğru müdahale	11

Nöbet anında direk hastane başvurusu	2
Nöbetin evde geçmesini beklememe	1
Hastaneye gelirken trafik kurallarına uymama	1
İlk müdahalede çocuğun yan çevrilmesi	1
Nöbet anında hiçbir şey düşünememe	2
Nöbet esnasında anneyi sakinleştirme	1
Öncelikle ambulansı arama	1
Nöbet tekrarında daha sakin kalma	1
Ambulansla hastane başvurusu olması	2
Nöbet esnasında su uygulama	2
Nöbet esnasında ağzı açmaya çalışmak	1
Nöbet esnasında soğuk uygulama yapma	1
Ateş düşürücü verme	1
Hemen hastane başvurusu olması	3
Nöbet sırasında suyu kafasından aşağı dökme	2
Nöbet sırasında tokat atma	2
Nöbet anında bir şey düşünememe	1
Nöbet anında çocuğun sadece su ile yüzünü yıkama	1
Ailenin havale sırasındaki deneyimi	49
Nöbet ile ilgili ek araştırma yapmama	1
Babanın eğitim için vaktinin olmaması	1
Hastalığa yönelik sebep arama	12
Çevrenin duyarsızlığı	1
Duyarsızlık	1
Bilinçsizlik	7
İNANÇ	0
Nöbet durumunun cin çarpmasına benzetilmesi	1

Nöbet durumunda hastane başvurusunun tek seçenek olması	1
Bir kez geçirilen nöbetin tekrarlayacağı düşüncesi	1
Batıl düşünceler	1
Ailenin inancı	21
DUYGU	0
MERHAMET	0
Canlıya merhamet duygusu	1
MEMNUNİYETSİZLİK	0
Hastanedeki girişimsel işlemlere karşı hoşnutsuzluk	1
ŞAŞKINLIK	0
Ailenin havale sırasındaki hissiyatı (5)	60
Ailenin şaşkınlığı	14
PİŞMANLIK	0
Ailenin havale sırasındaki hissiyatı (1)	60
Kendine yönelik suçlama	3
Ailenin pişmanlığı	11
GÜVEN	0
Ailenin bilgisine güveni	20
Sosyal medyanın güvensiz olması	2
Doktorlara olan güven	1
Deneyimden kaynaklanan güven	30
Ailenin bilgisine yönelik güvensizliği	9
Hastane ortamına dair güven	57
Sağlık çalışanına güven	43
ÇARESİZLİK	1
Ailenin havale sırasındaki hissiyatı (2)	60
Havale anını tekrar yaşadığını hissetme durumu (2)	4

Kararsızlık belirsizlik durumu	16
Hastanede olmanın duyguda değişiklik yapmaması	7
Ailenin yetersizlik hissiyatı	8
Ailenin çaresizliği	43
KAYGI	0
Ailenin havale sırasındaki hissiyatı (3)	60
Hastanede daha önceki olumsuz yaşanmışlıkların etkisi	1
Kararsızlık belirsizlik durumu (2)	16
Nöbetin sona ermesinin kaygıyı sonlandırmaması	1
Havale anını tekrar yaşadığını hissetme durumu	4
Nöbet anı hatırlanınca hissedilen duygular (1)	1
Ailenin kaygısı	85
Hastalığa dair kaygısı	40
Nöbet sonrası gelecek kaygısının olmaması	1
RAHATLAMA	0
Nöbet nedeninin belli olmasının hastayı rahatlatması	1
Nöbetin durmasının tam rahatlama sağlamaması	1
Hastanede olmanın verdiği rahatlık	1
Duygusal rahatlama ihtiyacı	6
Rahatlama	29
Ailenin vicdan rahatlatması	10
Nöbet sonrası sevinme	1
Doktorların sözlerinin rahatlatması	1
Hastaneye gelince rahatlama	1
Doktoru görünce rahatlama	2
Çocuğun tepki vermesiyle rahatlama olması	2
PANİK	0

Ailenin havale sırasındaki hissiyatı (4)	60
Ailenin paniklemesi	45
Havale durumundan sonraki stres, şok durumu	12
KORKU	0
EBEVEYNE AİT KORKU	0
Ailenin havale sırasındaki hissiyatı	60
Ateşe yönelik korku	13
Ailenin çocuğunun yalnızken havale geçirme korkusu (1)	3
Bilgisizliğinden dolayı zarar verme korkusu	4
Ailenin yalnız olma korkusu	4
Duyulan ve görülen olayların korkuya yol açması	1
Korkuyu yenememe endişesi	1
Müdahalede bulunamama korkusu	3
Hastanede daha önceki olumsuz yaşanmışlıkların etkisi (1)	1
ÇOCUĞA DAİR KORKU	0
Nöbet sonrası hasar kalma korkusu	2
Nöbet süresinin uzamasının endişeyi artırması	1
Nöbet esnasında çocuğun fiziksel durumunun endişeyi artırması	1
Nöbet tekrarının endişeyi artırması	1
Nöbet sayısının artmasının endişeyi artırması	1
Yaş küçük olunca endişenin artması	1
Havale anını tekrar yaşadığını hissetme durumu (1)	4
Nöbet anı hatırlanınca hissedilen duygular	1
Nöbet anında çocuğun tepkisizliğinin korkuya yol açması	1
Nöbet esnasında kusmanın boğazına takılacağı korkusu	1
Nöbet esnasında korku yaşanması	1
Sekel kalmasından korkmama	1

Çocuğun kilitlenmesinin korku yaratması	1
Ölüm korkusu	52
Zihinsel engel korkusu	41
Hastalığa dair tekrarlama korkusu	29
Hastalıktan dolayı çocuğun etiketlenmesi	1
Ölüm korkusunu dile getirememe	1
Çocuğa kötü bir şey olacak korkusu	1
Bedensel engel korkusu	31
Ailenin çocuğunun yalnızken havale geçirme korkusu	3
MİNNETTAR OLMA DUYGUSU	5
EMPATİ	8