

**T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI**

**EBEVEYNLERİN EPİLEPTİK NÖBET HAKKINDAKİ BİLGİ VE
DAVRANIŞLARI İLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Muzaffer TANRIÖVER
Dz.Tbp.Bnb.**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**ANKARA
2012**

**T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI**

**EBEVEYNLERİN EPİLEPTİK NÖBET HAKKINDAKİ BİLGİ VE
DAVRANIŞLARI İLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Muzaffer TANRIÖVER
Dz.Tbp.Bnb.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Askeri Tıp Fakültesi'nin
Aile Hekimliği Anabilim Dalı İçin Öngördüğü

UZMANLIK TEZİ

Olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Oktay SARI
Yrd.DoÇ.Dz.Tbp.Kd.Bnb.

ANKARA
2012

ONAY SAYFASI
GATA Askeri Tıp Fakóltesi Dekanlığı'na;

“EBEVEYNLERİN EPİLEPTİK NÖBET HAKKINDAKİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARI İLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ” konulu bu çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof.Tbp.Kd.Alb. Bayram KOÇ

Asil Üye(Tez Danışmanı) : Yrd.Doç.Dz.Tbp.Kd.Bnb. Oktay SARI

Asil Üye : Yrd.Doç.Dz.Tbp.Kd.Bnb. Ümit AYDOĞAN

Yedek Üye : Doç Dr. Altuğ KUT

ONAY:

Dz.Tbp.Bnb. Muzaffer TANRIÖVER'in 25.06.2012 tarihinde savunduğı bu tez Akademi Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve kabul edilmiştir.

Sadettin ÇETİNER
Prof. Hv.Tbp. Tümgeneral
Askeri Tıp Fakóltesi Dekanı ve
Komutan Bilimsel Yardımcısı

TEŞEKKÜR

Konunun belirlenmesi ve çalışmanın yürütülmesinde yardım ve katkılarını esirgemeyen, tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Yrd.Doç.Dz.Tbp.Kd.Bnb.Oktay SARI'ya, desteğini yanımda hissettiğimiz değerli hocalarımız Yrd.Doç.Tbp.Bnb.Ümit AYDOĞAN'a ve Prof.Tbp.Kd.Alb. Bayram KOÇ'a teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim süresince bulunduğum kliniklerden Çocuk Hastalıkları Kliniğinde başta Prof.Tbp.Tuğa.Okan ÖZCAN olmak üzere tüm personeline, Göğüs Hastalıkları Kliniğinde başta Prof.Tbp.Tuğa.Hayati BİLGİÇ olmak üzere tüm personeline, İç Hastalıkları Kliniğinde başta Prof.Tbp.Tuğg.Fikret ARPACI olmak üzere tüm personeline, Genel Cerrahi Kliniğinde başta Prof.Tbp.Tuğg.Yusuf PEKER olmak üzere tüm personeline, Kadın Hastalıkları Kliniğinde başta Prof.Dz.Tbp.Kd.Alb.Ali ERGÜN olmak üzere tüm personeline, Psikiyatri Kliniğinde başta Prof.Dz.Tbp.Kd.Alb.Nahit ÖZMENLER olmak üzere tüm personeline ve Kardiyoloji Kliniğinde başta Prof.Tbp.Kd.Alb.Hürkan KURŞAKLIOĞLU olmak üzere tüm personeline içten davranışları ve yardımlarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Çocuk NÖROLOJİ BD Kliniğinin tüm personeline, tezimi hazırlarken bana desteklerini esirgemeyen ve engin bilgileriyle ışık tutan Doç.J.Tbp.Alb. Sebahattin VURUCU, Uzm.Tbp.Bnb. Mutluay ARSLAN, çalışmalarımın her aşamasında yanımda bana destek olan Yrd.Doç.Dz.Tbp.Kd.Bnb.Oktay SARI, ve Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'ndaki tüm doktor arkadaşlarıma, tezimin yazımı aşamasındaki yardımlarından dolayı sevgili devre arkadaşım Türker TÜRKER'e, desinatörümüz Funda TAŞKESEN'e ve Hv.Tbp.Yzb.Mevlüt KARADUMAN'a teşekkür ederim.

Her zaman maddi manevi desteği ile yanımda olan annem, babam ve kardeşlerime, özellikle tezimin hazırlanması sırasında bana tahammül eden ve sabırlarıyla her zaman yanımda olan sevgili eşim Şenay TANRIÖVER'e, canım çocuklarım Emre ve Hayat'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Muzaffer TANRIÖVER

Dz.Tbp.Bnb.

Ankara, Haziran 2012

ÖZET

Dz.Tbp.Bnb. Muzaffer TANRIÖVER, “**Ebeveynlerin Epileptik Nöbet Hakkındaki Bilgi Ve Davranışları İle Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi**” GATA Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012.

Giriş ve Amaç: Konvülziyonlar çocukluk çağında sık görülmekte ve ebeveynlerin yanlış müdahaleleri nedeniyle olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Çocukların konvülziyon geçirmesi ebeveynler için önemli psikososyal sorunları beraberinde getirmektedir. Ebeveynlerin daha üzüntülü, daha korkulu, daha endişeli veya daha suçluluk içeren duygular hissetmelerine ve panik hali içinde bulunmalarına neden olabilmektedir. Çalışmamızda konvülziyon geçirme öyküsü bulunan çocukların ebeveynlerinin, konvülziyon hakkındaki bilgi düzeylerini, konvülziyon geçiren çocuğa karşı yaklaşımlarını, ailelerin konvülziyon konusunda gereksinimlerini ortaya çıkarmayı ve başa çıkma tutumlarını belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ile Çocuk acil polikliniğine Temmuz 2011-Nisan 2012 tarihleri arasında başvuran ve geçmişinde konvülziyon geçirme öyküsü bulunan 115 çocuğun ebeveynleri ile görüşülerek yapıldı. Hasta örneklemini anketimize katılmayı kabul eden ve geçmişinde en az bir kez konvülziyon geçirme öyküsü bulunan çocukların ebeveynleri oluşturdu. Ebeveynlerin konvülziyon hakkında bilgi ve davranışları ile başa çıkma tutumlarını belirlemek için iki bölümden oluşan anket formu sorumlu hekim gözetiminde ebeveynler tarafından dolduruldu.

Bunun için ebeveynlere araştırmacılar tarafından hazırlanan nöbet esnasında yapılması ve yapılmaması gerekenlere yönelik 10 soru soruldu ve her soru 1 puan üzerinden değerlendirildi.

Ayrıca Başa çıkma tutumlarını değerlendirmek için 60 sorudan oluşan COPE(Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği) uygulandı. COPE 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerden, Sorun odaklı başa çıkma,

Duygusal odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma puanları hesaplanmaktadır.

Bulgular: Çalışma grubumuzu yaşları 1 ile 17 yıl arasında değişen (ortalama yaş $7,5 \pm 4,9$) 115 çocuk oluşturdu. Ebeveynlerin yaş ortalaması $34,2 \pm 6,0$ idi. Olguların %50,4'ü (n=58) kız ve %49,6'sı (n=57) erkekti. Soru formunu dolduran ebeveynlerin %59,1'i (n=68) baba ve %40,9'u (n=47) anneydi. Ebeveynlerin %15,7'si alt, %78,3'ü orta ve %6'sı üst gelir düzeyine mensuptu. Ebeveynlerin %73 (n=84)'ünün konvülziyon hakkında bilgisi varken %27 (n=31)'sinin yoktu. Konvülziyon esnasında ebeveynlerin %41,4'ü korku, %38,3'ü panik, %26'sı üzüntü ve %6,5'i sakin olduklarını belirttiler. Olguların %75,7'si afebril konvülziyon geçirmiştir. Ebeveynlerin konvülziyon esnasında çocuğa yaklaşımlarını değerlendiren 10 sorunun tamamına %13'ü doğru cevap vermiştir. Ebeveynler nöbet esnasında yapılması gerekenlere yönelik ortalama 10 üzerinden 7 puan almıştır. Ortalamanın altında kalanların oranı %28'dir. Çocukların %72,2'si ilk konvülziyonu ilk 5 yaşta geçirmiştir. Başvurdukları sağlık kuruluşunda ebeveynlerin %44,3'üne (n=51) danışmanlık hizmeti verilmiştir, Konvülziyon ile ilgili alınması gereken önlemler ve yapılması gerekenler ebeveynlerin sadece %56,5'ine (n=65) anlatılmıştır. Olguların %88,7'sinin ilk başvurdukları sağlık kuruluşu hastanedir. Anne, Baba, kardeşler ve yakın akrabalarda febril konvülziyon veya epilepsi geçirme öyküsü bulunanların oranı %33,3'dür. Çocuk nöbet geçirirken ilk müdahaleyi %74,8 anne veya baba yapmıştır. Ebeveynlerin %30,2'si 38 derece altını ateş olarak kabul etmiştir. Ebeveynlerin en sık kullandıkları ateş düşürücü %33,9'la ibuprofen'dir, asetaminofen kullanım oranı ise %24,8'dir. Ebeveynlerin %8,3'ü ateş düşürmek için antibiyotik vereceğini belirtmiştir. Soğuk uygulama yaparken kullandığınız su nasıl olmalı sorusuna ebeveynlerin %61,8'i doğru cevap vermiştir. Ebeveynlerin sorun odaklı başa çıkma puanı: 59,2, duygusal odaklı başa çıkma puanı: 54,4 ve disfonksiyonel başa çıkma puanı: 35,4 olarak hesaplandı. Annelerin aktif başa çıkma tutumu babalardan istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Annelerin geri durma başa çıkma tutumu babalardan istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Ailelerin gelir düzeylerine göre 3

ana başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak fark yoktu. (P=0.103),(p=0,947),(p=0,641)

Sonuç: Febril Konvülziyonların nadiren, epileptik nöbetlerin ise belli aralıklarla tekrarlama riski bulunduğundan sadece medikal tedaviye odaklanılmamalı aynı zamanda konvülziyon konusunda ebeveynler bilgilendirilmeli, aydınlatılmalı ve konvülziyon esnasında doğru yaklaşım tarzı öğretilmelidir. Ayrıca konvülziyon geçiren çocuğa sahip olmak ebeveynlerin kaygı düzeylerini belirgin olarak artırması, başa çıkma tutumları ise anlamlı düzeyde etkilenmemesi nedeniyle ailelere medikal destek önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Konvülziyon, Ebeveynler, Çocuk, Başa çıkma tutumları

SUMMARY

Muzaffer TANRIOVER, Naval Major M.D. **“Evaluation of Parents’ Attitudes, Knowledge and Coping Skills Regarding Epileptic Seizure”**

GATA Military Medical Faculty Family Medicine Department, Medical Dissertation, Ankara, 2012.

Introduction and Objective: Convulsions are frequently seen during childhood period and may result in undesired conditions due to inappropriate interventions by parents. Having seizing children brings about important psychosocial issues for parents. It may cause parents to be more worried, more scared, and make them feel more guilty and get them into panic state. In our study, we aimed at determining attitudes, approach towards seizing children, knowledge level and coping skills of parents whose children have a history of seizure.

Material and methods: We conducted this study by interviewing 115 parents whose children have a history of seizure. They applied to Gulhane Military Medical Academy and Military Medical Faculty Pediatrics Department, Emergency Pediatrics Section between July 2011 to April 2012. Our patient sample consists of parents whose children have at least once convulsive history in past and parents who gave consent to take part in the study. In order to determine the knowledge,behaviour and coping skills of parents regarding convulsion of their children, parents filled the survey consisting of two parts under supervision of attending physician. In this survey 10 questions about things to do or not to do during convulsive attack, prepared by investigator and asked to parents and evaluated over 1 point for each question. In addition to evaluate coping skills, COPE scale formed from 60 questions is conducted. COPE includes 15 subsurveys. In these subsurveys, points from problem-focused, emotion-focused and dysfunctional coping are calculated.

Findings: Our study group includes 115 children whose age ranges between 1 to 17 years(mean age $7,5\pm4,9$). Parents mean age was $34,2\pm6,0$. Of cases, 50,4% were female($n=58$) and 49,6% were male($n=57$). Of parents filling survey, 59,1% were father($n=68$) and 40,9% were mother($n=47$). Of families, 15,7% were from low income, 78,3% were from middle income and 6% were from high income. 73% of parents($n=84$) have knowledge about convulsion and 27% of parents($n=31$) do not have any knowledge about convulsion. During convulsion, 41,4% of parents stated that they were fear, 38,3% of parents stated that they were panic, 26% of parents stated that they were worry and 6,5% of parents stated that they were calm. 75,7% of case were afebrile convulsion. Regarding 10 questions evaluating parents approach towards seizing children during convulsion, 13% of parents responded true. Parents got 7 over 10 points scale about survey of things to do during convulsion. Rate of those under average was 28%. 72.2% of children had their first episode of convulsion under age 5. 44,3% of parents ($n=51$) were given counseling about convulsions by health care institution they applied. Only 56,5% of parents(65) were told about measures and precautions to be taken during convulsion. For 88,7% of cases, first health institution they applied is hospital. 33,3% of cases have history of febril convulsion in their first and second degree relatives. First intervention were given by parents for 74,8% of cases. 30,2% of parents have accepted under 38 degree as fever. The most common used antipyretic was ibuprofen by 33,9% and acetaminophen by 24,8%. 8,3% of parents indicated that they would give antibiotic to decrease fever. Question about which water should be used during cold application were answered correct by 61,8% of parents. Points of parent about problem-focused coping, emotion-focused coping and dysfunctional coping were 59,2 , 54,4 and 35,4 respectively. Active coping manner of mothers were statistically lower than that of fathers ($p<0,05$). Refraining coping attitude of mothers were statistically higher than that of fathers ($p<0,05$). There were no statistically difference between income levels and coping skills of families. ($P=0.103$),($p=0947$),($p=0641$)

Conclusion: Owing to the risk that febril convulsions recur rarely and epileptic seizures recur at certain intervals, not only management should not be focused on medical treatment but also parents should be informed, illuminated about convulsions and educated about true approach towards seizuring children.

Key Words: Convulsion, Parents, Child, Coping attitudes

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
SUMMARY.....	vi
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xii
TABLolar	xiii
ŞEKİLLER.....	xivv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi:	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. EPİLEPTİK NÖBET	3
2.2. KONVULZİYON EPİDEMIYOLOJİSİ	3
2.3. EPİLEPTİK NÖBETLERİN SINIFLANDIRILMASI.....	4
2.3.1. Parsiyel Nöbetler	6
2.3.2. Jeneralize Nöbetler	8
2.4. EPİLEPSİ GENETİĞİ.....	10
2.4.1. Epilepsi İle İlişkili Kromozom Bozuklukları	11
2.5. FEBRİL KONVÜLZİYON.....	12
2.5.1. Febril Konvülziyonda Etyoloji.....	12
2.5.2. Patogenez.....	13
2.5.3. Genetik Faktörler	14
2.5.4. Klinik Özellikler	15
2.5.5. Febril Status Epileptikus (FSE)	16
2.5.6. Ayırıcı Tanı	16
2.5.7. Febril Konvülziyonda Değerlendirme	17
2.5.8. İlk Febril Konvülziyonda Risk Faktörleri	19
2.5.9. Febril Konvülziyonda Tekrarlama.....	20
2.5.10. Febril Konvülziyonda Morbidite Ve Mortalite.....	21
2.5.11. Febril Konvülziyonda Yaklaşım Ve Tedavi.....	21

2.6. EPİLEPSİ GELİŞMESİNİ ÖNLEME.....	23
2.7. FEBRİL KONVÜLZİYONDA AİLE TUTUMU VE EĞİTİMİ.....	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	25
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA.....	37
KAYNAKLAR	44

EKLER

EK-A: ANKET FORMU-1

EK-B: ANKET FORMU-2

EK-C: ETİK KURUL ONAYI

KISALTMALAR

ADNFLE	: Dominant Noktürnal Frontal Lob Epilepsisi
AEİ	: Anti Epileptik İlaç
BAFME	: Yetişkinin Benign Ailesel Miyoklonik Epilepsisi
BBT	: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
BFIC	: Benign Ailesel İnfantil Konvülzyonlar
BFNC	: Benign Ailesel Yenidoğan Konvülziyonlar
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
BPNH	: Bilateral Periventriküler Nodüler Heterotopi
COPE.....	: Başa Çıkma Tutumları Ölçeği
DBT	: Difteri-Boğmaca-Tetanoz
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
EEG	: Elektroensefalografi
FK	: Febril Konvülziyon
FPEVF	: Değişken Odaklı Ailesel Parsiyel Epilepsi
FSE	: Febril Status Epileptikus
GEFS+	: Jeneralize Nöbetler ile Ateşli Nöbetler Artı
Hz	: Hertz
HİE	: Hipoksik İskemik Hasarlanma
ICCA	: Ailesel İnfantil Konvülziyonlar ve Koreatetoz
ILAE.....	: Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği
IFNa	: İnterferon Alfa
LP	: Lomber Ponksiyon
MERRF	: Myoclonic-Epilepsy with Ragged Red Fibers
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MDS	: Miller-Dieker Sendromu
NCL	: Nöronal Seroid Lipofuskinozis
NSE	: Nöron Spesifik Enolaz
RNA	: Ribo Nükleik Asit
SBH	: Subkortikal Band Heterotopi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

SSS : Santral Sinir Sistemi
TNF : Tumor Necrosis Factor
ÜSYE : Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

TABLÖLAR

Tablo 1: Epileptik Nöbetlerin Uluslararası (ILAE) Sınıflaması	4
Tablo 2: Epilepsi ile İlişkili Kromozom Bozuklukları ve Mendeliyen Epilepsiler	11
Tablo 3: Febril Konvülsiyon nöbet özellikleri.	15
Tablo 4: Febril konvülsiyonda LP endikasyonları	18
Tablo 5: İlk kez FK geçiren çocuklarda risk faktörleri	19
Tablo 6: İlk FK'dan Sonra Tekrarlama Riski.....	20
Tablo 7: Demografik veriler tablosu	28
Tablo 8: Çocukların konvülsiyon geçirme sayıları	30
Tablo 9: İlk başvuru sağlık kuruluşu	31
Tablo 10: Çocuğu konvülsiyon geçiren ebeveynlerin doğru davranışlarının oranı.....	32
Tablo 11: Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre doğru davranışta bulunma puanları	32
Tablo 12: Ebeveynlerin ateş bilinç düzeyleri	33
Tablo 13: Ebeveynlerin en sık kullandıkları ateş düşürücü ilaçlar	33
Tablo 14: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)ne ait 3 ana başa çıkma tutumu.....	34
Tablo 15: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)ne ait 15 alt başa çıkma tutumu.....	35

ŞEKİLLER

Şekil 1: Febril konvülziyonda patogenezez.....	14
Şekil 2: Ebeveynlerin konvülziyonla ilgili bilgi kaynakları	29
Şekil 3: Konvülziyon esnasında ebeveynlerin ilk hissettikleri	29
Şekil 4: Çocuk nöbet geçirirken ilk müdahaleyi yapanların dağılımı.....	31

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi:

Epilepsi, doğuştan veya sonradan edinilmiş bozukluklardan kaynaklanan santral sinir sistemi işlevsizliğinin neden olduğu, tekrarlayan nöbetlerle seyreden, çocukluk ve ergenlik dönemindeki en yaygın görülen kronik nörolojik hastalıktır. Nöbetler hastalığın temel belirtisidir. Çocukluk dönemi epilepsi yaygınlığı yaklaşık olarak %0,5 kadardır. Epilepsilerin yaklaşık olarak %50'si 5 yaşından, %75'i ise 20 yaşından önce başlamaktadır (1,2).

Febril konvülziyon(FK) çocukluk çağı konvülziyonlarının en sık görülenidir. Tüm çocukların %4-5 'inde görülmektedir (3).

Ailede bu tür bir hastalık ya da aile bireyleriyle ilgili bir belirsizlik olduğunda tüm aile bireyleri etkilenir. Çocukluk dönemindeki kronik hastalıklar, belirti, sağaltım yöntemi, seyri, günlük aktivite kısıtlaması, uzun dönem etkisi gibi nedenlerle aileye birçok yük getirmektedir. Bir çocuğun kronik hastalık tanısı alması uzun dönemde ebeveyn ve diğer aile üyeleri üzerinde ruhsal ve psikososyal risklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (4,5).

Epilepsili çocukların ebeveynleri pek çok ruhsal sorun yaşamasına rağmen, genelde çocuğa odaklanıldığı için bu durum gözden kaçmaktadır.

Febril konvülziyonlar, çocukların küçük olması nedeniyle özellikle ilk kez karşılaşıyorsa, ailelerde büyük bir korku ve paniğe neden olur ve çoğu, çocuğunun öleceğini düşünür (6).

Anne babalara FK 'un benign bir olay olduğu, beyinde harabiyete yol açmadığı anlatılmalıdır (3).

Konvülziyonun tekrarladığı çocuklarda aile açısından durum daha da sıkıntılı hale gelir. Hatta anne babalar, haftalarca uyku bozuklukları veya başka fonksiyonel rahatsızlıklardan yakınırırlar (7). Aileler genellikle endişelidir, hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip değildir ve ilk müdahalede yetersizdirler (8).

Konvülziyonda önemli bir konu da ailenin konvülziyon hakkında bilgilendirilmesidir. Aileye kaygılarının giderilmesi için nöbet esnasında yapılması ve yapılmaması gereken müdahaleler anlatılmalıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

GATA Çocuk hastalıkları polikliniğine ve çocuk acil servise başvurarak konvülziyon geçirme öyküsü olan çocukların aileleri ile görüşerek, konvülziyon ile ilgili bilgilerini, nöbet geçiren çocuğa yaklaşım tarzlarını, ailelerin nöbet konusunda gereksinimlerini anlamayı ve başa çıkma tutumlarını belirlemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. EPİLEPTİK NÖBET

Epileptik nöbet, bir grup serebral nöronun ani, anormal ve aşırı boşalmasına bağlı olarak geçici bulgu ve/veya semptomların ortaya çıkmasıdır (9). Bu tanıma bağlı olarak, epileptik nöbet zamansal olarak kesin bir başlangıcı ve bitişi olan geçici bir durumdur. Genellikle bitişi, postiktal dönemdeki semptomların tabloyu karartması nedeniyle, başlangıç kadar kesin belirlenemeyebilir. Nöbetin klinik görünümünü ise, anormal epileptik deşarjın ortaya çıktığı nöronlar, yayıldığı anatomik yollar ve bölgeler belirler(3).

Epilepsinin varlığından söz edilebilmesi için en az bir nöbet geçirilmesi gerekir. Ek olarak, beyinde gelecekte nöbet geçirme olasılığını arttıran bir bozukluğun bulunması da temel kavramdır. Epilepsi tanımına bakacak olursak bunun sadece tekrarlayıcı nöbetlere yatkınlık ile giden bir durum olmadığını görürüz. Bazı epilepsi hastalarında, çeşitli bilişsel, psikolojik ve sosyal bozukluklar, bu durumun bir parçası olarak görülebilir (3).

2.2. KONVULZİYON EPİDEMİYOLOJİSİ

Epilepsi oldukça sık görülür, çeşitli çalışmalarda genel popülasyonda görülme sıklığı her 1000 kişide 5 ile 8 arasında bulunmuştur (10,11). On dört yaşın altındaki çocuklarda insidansı 46-83 /100 000 olarak bildirilmiştir (10). İnsidans bir yaşın altındaki çocuklarda fazladır. 0-16 yaş arası Türk çocuklarında yapılan bir çalışmada epilepsi prevalansı %0,8 olarak bulunmuştur (12).

15 yaşın altındaki en sık etiyolojiler, konjenital yapısal bozukluklar, travma ve hipoksik iskemik ensefalopati olarak bulunmuştur (3). Değişik çalışmalarda özgül bir etiyoloji ancak % 30-35 olguda saptanabilmiştir (13).

FK çocukluk çağı konvülsiyonlarının en sık görülenidir. Tüm çocukların % 4-5'inde görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri ve Batı Avrupa'da sıklığı % 2-4 Japonya'da % 9-10 olarak bildirilmektedir. Ülkemizdeki sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Ancak Diyarbakır'da ilkökul çocuklarında FK prevalansı %8,9, İstanbul Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri arasında ise % 5,5 bulunmuştur. Sıklığının ülkelere göre değişik bulunması, FK tanımının farklı olması, genetik yatkınlık ve sosyoekonomik faktörlerle açıklanabilir (3).

Anne ya da babasında Febril Konvülziyon öyküsü olanlarda genel popülasyona göre 4 kat fazla görülmektedir. Erkek/kız oranı 1/1 yada 1,7/1 gibi değişik oranlarda bildirilmektedir (14,15). Febril konvülziyon en erken 1 ayda görülür, üst yaş sınırı yoktur. Çocukların % 50'sinde ilk 2 yılda başlamaktadır. En sık 18-22 ayda görülmektedir. Yedi yaş üstünde nadiren ortaya çıkmaktadır. Ateş 38.5°C nin üstündedir. Genellikle ateş yükseldikten sonraki 1-2 saat içinde, nadiren 1 saatten önce gelişir, Bazen ateş düşerken de görülebilir (16).

2.3. EPİLEPTİK NÖBETLERİN SINIFLANDIRILMASI

Epileptik nöbet geçiren bir hastayı değerlendirirken ilk yapılması gerekenlerden biri nöbetin tipini ve mümkünse hangi epileptik sendroma uyduğunu saptamak olmalıdır. Epileptik nöbetlerin sınıflandırılmasında 1981'de Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE) tarafından yapılan sınıflandırma kullanılmaktadır (Tablo 1) (17).

Tablo 1: Epileptik Nöbetlerin Uluslararası (ILAE) Sınıflaması

I. Parsiyel Nöbetler

A. Basit parsiyel nöbetler

1. Motor bulgular gözlenen nöbetler
 - a. Yayılım olmayan fokal motor
 - b. Yayılım gösteren fokal motor
 - c. Versif
 - d. Postural
 - e. Fonatuar
2. Somatosensoriyel veya özel duyuşsal semptomlu nöbetler
 - a. Somatosensoriyel
 - b. Görsel
 - c. İşitsel
 - d. Koku ilişkili
 - e. Tat ilişkili
 - f. Vertijinöz
3. Otonomik semptom veya bulguları olan nöbetler
4. Psişik semptomlu nöbetler

- a. Disfazi
- b. Dismnezi
- c. Bilişsel semptomlar
- d. Affektif semptomlar
- e. İllüzyonlar
- f. Yapılandırılmış halüsinasyonlar

B. Kompleks parsiyel nöbetler

- 1. Basit parsiyel başlangıçlı nöbetler
 - a. Basit parsiyel özellikler gösteren
 - b. Otomatizmalar ile birlikte
- 2. Başlangıçta bilinç değişikliği olan nöbetler
 - a. Sadece bilinç değişikliği olan
 - b. Otomatizmalar ile birlikte

C. Sekonder jeneralize olan parsiyel nöbetler

- 1. Basit parsiyel şeklinde başlayıp jeneralize olan nöbetler
- 2. Kompleks parsiyel şeklinde başlayıp jeneralize olan nöbetler
- 3. Basit parsiyel şeklinde başlayıp kompleks parsiyele dönüşüp jeneralize olan nöbetler

II. Jeneralize Nöbetler

A. Absans nöbetleri

- 1. Tipik absans
 - a. Sadece bilinç kaybı
 - b. Hafif klonik atımlar ile birlikte
 - c. Tonus kaybı ile birlikte
 - d. Tonik kasılma ile birlikte
 - e. Otomatizmalar ile birlikte
 - f. Otonomik semptom ve bulgular ile birlikte
- 2. Atipik absans

B. Miyoklonik nöbetler

C. Klonik nöbetler

D. Tonik nöbetler

E. Tonik-klonik nöbetler

F. Atonik nöbetler

III. Sınıflandırılmayan Epileptik Nöbetler

Nöbetlerin sınıflandırılması hem uygun antiepileptik ilaç seçimi hem de bilimsel verilerin toplanması ve karşılaştırılmasında önemlidir.

Epileptik nöbetler genel olarak parsiyel ve jeneralize olmak üzere iki temel gruba ayrılır (17).

Parsiyel nöbetler, beynin bir bölgesindeki nöronların deşarjı sonucu ortaya çıkan, klinik ve elektroensefalografi (EEG) bulgusu bu anatomik lokalizasyon ile ilişkili olan nöbetlerdir (18). Nöbet sırasında bilinç değişikliği olması (kompleks parsiyel) veya olmamasına (basit parsiyel) göre ikiye ayrılırlar. Her iki tip de korteksin diğer bölgelerine yayılarak sekonder jeneralize nöbetlere dönüşebilir. Parsiyel nöbetler jeneralize tonik-klonik nöbete dönüşür ise tam bilinç kaybı olur.

Jeneralize nöbetler, klinik ve EEG bulguları ile nöbetin başlangıcında her iki hemisferin de diffüz olarak olaya katıldığı nöbetlerdir. Jeneralize nöbetlerde genellikle bilinç kaybı görülür, ancak miyoklonik tip gibi bazı nöbetlerde nöbet o kadar kısadır ki bilinç kaybı tam olarak değerlendirilemeyebilir (3).

2.3.1. Parsiyel Nöbetler

Basit parsiyel nöbetler

Belirti ve bulgular, nöbet odağına bağlıdır. Motor korteksi ilgilendiren parsiyel nöbetlerde en sık, yüz, kol ve bacağı içeren ritmik klonik aktivite görülür. Nöbet belirli bir bölgede sınırlı kalabildiği gibi, bir sıra izleyerek yayılabilir (Jacksonian march). Genellikle birkaç dakika sürer. Bazen nöbet sonrası tutulan ekstremitelerde dakikalar veya saatler sürebilen güç kaybı olabilir (Todd paralizi)(2).

Motor semptomlu nöbetler arasında baş ve gözlerin bir dönmesi ile karakterize versif nöbetler de bulunur. Bunun dışında, konuşmanın ani durması veya vokalizasyon şeklinde kendini gösteren fonatuar nöbetler ile baş ve gövdenin bir tarafa dönmesi şeklinde görülen postural nöbetler de motor semptomlu nöbetler arasındadır (2).

Somatosensoriyel veya özel duyuşsal semptomlu nöbetler, duyu korteksinden kaynaklanan nöbetlerdir ve karşılık gelen vücut bölgesinde uyuşma, karıncalanma, yanma gibi duygularla karakterizedir. Seyrek olarak proprioseptif veya uzaysal algı bozuklukları ortaya çıkabilir. Özel duyuşsal nöbetler, etkilenen bölgeye bağılı olarak, görsel, işitsel, koku ilişkili, tat ilişkili ve tijnöz semptomlu nöbetler şeklinde olabilir (2).

Otonomik semptomlu nöbetler, hipotalamus, hipokampüs, amigdala, insula ve orbitofrontal bölgeden kaynaklanan ve bulantı, kusma, terleme, taşikardi, bradikardi, pupil değışiklikleri, salivasyon, yüzde kızarma veya solukluk, lakrimasyon gibi semptomların gözleendiğı nöbetlerdir (2).

Psişik semptomlu nöbetler, rüya hali, deja vu, jamais vu gibi dismnezik belirtiler, depersonalizasyon gibi bilişsel semptomlar, çeşitli ilüzyon ve halüsinasyonlar, korku, öfke ve jelastik gülme şeklinde affektif belirtiler ile ortaya çıkabilir (2).

İnteriktal EEG'de olguların yaklaşık % 50'sinde fokal diken ve keskin dalga deşarjları veya fokal yavaşlama şeklinde bulgular görülebilir. Uyku deprivasyonu ve uzun kayıt gibi yöntemlerle anormal EEG bulgularını yakalama şansı arttırılabilir (2).

Kompleks parsiyel nöbetler

Genellikle yarım ile birkaç dakika kadar süren bu nöbetlerin belirgin özelliğı, bilinç değışikliğinin olması ve nöbetlere otomatizmaların eşlik edebilmesidir. Nöbet basit parsiyel nöbet şeklinde başlayıp sonra bilinç değışikliği gelişebilir veya nöbetin başlangıcında bilinç değışikliği vardır (2).

Otomatizmalar nöbet ortaya çıktığı anda hastanın yapmakta olduğı aktiviteye devam etmesi şeklinde olabileceğı gibi, yeni bir aktivitenin gözlenmesi şeklinde de olabilir. Otomatizmalar orolimenter, ambulatuar, sözel, gestural vb. tipte olabilir. Hasta otomatizmayı genellikle hatırlamaz. Postüral işlevler genellikle iyi korunmuştur (2).

Kompleks parsiyel nöbetler içinde en sık görüleni amigdala-hipokampal bölgeden kaynaklanan nöbetlerdir. Bu nöbetlerde, yükselen epigastrik his, karın ağrısı, bulantı veya hastaların iyi tanımlayamadıkları bir duygu şeklinde

aura gözlenebilir. Bunu kısa süreli donakalma ve beraberinde veya ardından otomatizmalar izler. Çeşitli otonomik belirtiler de nöbete eşlik edebilir (2).

Frontal lobdan kaynaklanan kompleks parsiyel nöbetlerde tonik veya postüral motor belirtiler sıktır. Çabuk jeneralize olma eğilimi gösterir. Frontal lob nöbetleri garip davranışsal komponentler içerebilmeleri nedeniyle psikojenik nöbetlerle sıklıkla karışır. Post-iktal dönem genellikle kısadır (2).

Oksipital lobdan kaynaklanan kompleks parsiyel nöbetler seyrek. Basit görsel hallüsinasyon, iktal körlük, göz deviasyonu, göz kapağı hareketlerine ek olarak nöbetin genellikle yayılım göstermesi nedeniyle duysal semptomlar, klonik veya tonik aktivite, yapılandırılmış halüsinasyonlar ve temporal lob nöbetlerine benzer otomatizmalar gözlenebilir (2).

Parietal lob nöbetleri de seyrek görülür. Bu nöbetlerde, tipik olarak parestezi ve ağrı gibi semptomların yanında değişik yayılım paternlerine bağlı olarak çeşitli nöbet tipleri ortaya çıkabilir.

Kompleks parsiyel nöbetlerde interiktal dönemde fokal diken, keskin dalga veya yavaşlama görülebilir. Bu bulgular en sık ön temporal bölge olmak üzere diğer bölgelerde de ortaya çıkabilir. Anormallikler lokal veya bilateral olabilir. Mezial frontal lobdan kaynaklanan deşarjlar EEG'de jeneralize deşarjlar şeklinde görülebilir (2).

2.3.2. Jeneralize Nöbetler

Absans nöbetleri

Genellikle yarım dakikadan daha az süren, gün içinde çok sayıda tekrarlayabilen, ani başlangıç ve bitişli nöbetlerdir. Nöbet sırasında yapılmakta olan aktivite aniden durur, hastada boş bakış şeklinde dalma gözlenir. Nöbet sırasında yutkunma, yalanma veya giysilerle oynama gibi basit otomatizmalar veya klonik hareketler görülebilir. Midriazis, solukluk, yüzde kızarma, terleme, salivasyon, piloereksiyon gibi otonomik belirtiler ortaya çıkabilir. Tonik ve atonik belirtili absans nöbetleri daha seyrek. Nöbet sonrasında postiktal konfüzyon gözlenmez. Absans nöbetleri hiperventilasyonla provoke edilebilir. Bir kısmında fotosensitivite görülür. Tipik absans nöbetlerinde EEG bulgusu ani başlangıçlı 3 Hz jeneralize, simetrik diken-dalga komplekslerinin ortaya çıkmasıdır (19). Maksimum voltaj frontosantral bölgelerdedir.

Atipik absans nöbetleri, başlangıç ve bitişi daha belirsiz olup daha uzun süren ve kas tonusunda daha belirgin değişiklikler gösteren nöbetlerdir. Bu tür nöbet geçiren hastalarda diğer jeneralize nöbet tipleri ve mental retardasyon sıklıkla görülebilir. Atipik absans nöbetlerinde EEG'de deşarjlar daha yavaş (1,5-2,5 Hz) ve asimetrik olma eğilimindedir. İnteriktal dönemde zemin aktivitesinde yavaşlama görülebilir (19).

Miyoklonik nöbetler

Miyoklonus, kas gruplarının istem dışı olarak ani ve hızlı kasılmasıdır. Yüzde, gövdede, bir veya birkaç ekstremitede veya jeneralize olabilir. Tek nöbet veya küme şeklinde ortaya çıkabilir. Uykuya dalarken veya uyanırken daha sıktır. Fotosensitivite sık görülür. Epilepsi dışında da birçok nedene bağlı olarak görülebileceği unutulmamalıdır. EEG'de genellikle çoklu diken dalga deşarjları ortaya çıkar (2).

Tonik nöbetler

Genellikle bir dakikadan kısa süren, ekstansör kas gruplarındaki ani tonus artışı şeklinde gözlenen nöbetlerdir. Hasta opistotonus postürü alır ve bu sırada gözler yukarı kayar; siyanoz görülebilir. Özellikle Lennox-Gastaut sendromunda sık ortaya çıkan bir nöbet tipidir. EEG'de düşük voltajlı hızlı aktivite veya 10 Hz'lik frekansı azalırken amplitüdü artan ritmik aktivite görülür (2).

Klonik nöbetler

Tekrarlayıcı, ritmik klonik atımlar ile karakterizedir. Özellikle süt çocuklarında daha sık görülür. EEG'de 10 Hz'lik veya daha hızlı ritmik aktivite ortaya çıkar (2).

Atonik nöbetler

Ani tonus kaybı sonucu düşmeler görülür. Yaralanmalar sıktır. Bu tür nöbetlerde genellikle bilinç kaybı olmaz. Hasta düşmesinin ardından hemen yerden kalkar. Başın öne düşmesi şeklindeki nöbetler de atonik nöbet kapsamına girer. EEG'de çoklu diken dalga kompleksleri veya düzleşme görülür (2).

Tonik-klonik nöbetler

Daha önceleri grand mal olarak adlandırılan bu nöbetler en ağır nöbet tipidir. Primer olabildiği gibi basit veya kompleks parsiyel nöbetlerin sekonder yayılması sonucunda da gelişebilir. Nöbetin başlangıcında vokal kordlardaki spazma bağlı olarak hasta çığlık şeklinde ani bir ses çıkarabilir. Tüm iskeletel kaslardaki ani ve tonik kasılma sonucunda hasta yere düşer, ekstremiteler ve gövde gerilir. Çenedeki kasılma sonucu hasta dilini ısırabilir. Solunum inhibe olduğundan siyanoz gelişir. Salivasyon gözlenebilir, idrar ve gaita inkontinansı olabilir. Tonik faz sonrası klonik hareketler başlar. Nöbet sonlandığında hasta uykuya dalabilir veya ajitasyon gösterebilir. Bu durum dakikalar veya saatler sürebilir ve postiktal dönem olarak adlandırılır. Ayrıca nöbet sonrası hastalar baş ağrısı, miyalji, yorgunluk gibi semptomlardan yakınır.

2.4. EPİLEPSİ GENETİĞİ

Kafa travması, menenjit, ensefalit, perinatal asfiksi, hipoksik iskemik hasarlanma (HİE) gibi epilepsiye yol açan pek çok neden tanımlanmıştır. Genetik ve epilepsi ilişkisini ise Hipokrat milattan önce 400 yılında bildirmiştir. Ancak genetiğin önemi, son iki dekattır moleküller teknolojideki ilerlemeler sayesinde artmıştır. Öyleki, son çalışmalar epilepsi olgularının %40'ında, özellikle idiyopatik epilepsili olgularında etiyolojinin genetik olduğu bildirilmektedir (20,21).

Kromozom bozuklukları ve Mendeliyen kalıtım gösteren hastalıklarda epilepsi nedenleri arasında önemli bir yer tutar (Tablo 2). Mendeliyen kalıtım gösteren epilepsiler iki büyük başlık altında toplanabilir: İyon kanallarının etkilenmesiyle oluşan ve otozomal dominant kalıtım gösteren idiyopatik epilepsiler; beyin malformasyonlarıyla veya yapısal beyin anomalileriyle giden semptomatik epilepsiler. Nörokütanöz sendromlar, beyin gelişim bozuklukları, metabolik hastalıklar, progresif miyoklonik epilepsilerin etyolojisinde bulunan Unverricht-Lundborg Hastalığı, Lafora Hastalığı, Nöronal Seroid Lipofuskinosis (NCL) ve MERRF (myoclonic-epilepsy with ragged red fibers; mitokondrial kalıtım gösterir) semptomatik epilepsilere sebep olabilirler. Genetik epilepsi sebeplerinden olan Frajil X Sendromu, Huntington Hastalığı, Tübero Skleroz,

Nörofibromatozis Tipi, Unvericht-Lundborg Hastalığı, Jüvenil Başlangıçlı NCL için tanı amaçlı DNA testleri bulunmaktadır (20).

2.4.1. Epilepsi İle İlişkili Kromozom Bozuklukları

Epilepsi yaklaşık olarak 400 kromozomal bozuklukta tanımlanmıştır (22). Bunların da yaklaşık %10'unda epilepsi, kromozom bozukluğunun belirgin bir özelliğidir (23). Leshima ve Takeshita bir çalışmalarında epilepsi ve öğrenme bozukluğu olan hastaların %6'sında kromozom anomalisinin neden olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca aynı yazarlar epilepsisi olan bir çocukta 3 veya daha fazla dismorfik özellik varsa, bu olgunun kromozom anomali olma şansını %50 oranında vermektedir (24).

Tablo 2: Epilepsi ile ilişkili Kromozom Bozuklukları ve Mendeliyen Epilepsiler

Epilepsi İle ilişkili kromozom bozuklukları

Wolf-Hirschhorn Syndrome (4p-)
Müler-Dieker Syndrome (del 17p13.3)
Angelman Syndrome
Inversion duplication 15 Syndrome
Terminal deletion chromosome 1q
Terminal deletion chromosome 1p
Ring 14 syndrome
Ring 20 syndrome

Mendeliyen Epilepsiler

X'e bağlı geçiş gösterenler

Frajl X Sendromu
Rett Sendromu
West Sendromu
X'e bağlı lizensefali, Subkortikal band heterotopi (SBH)
Bilateral periventriküler nodüler heterotopi (BPNH)

Otozomal Dominant geçiş gösterenler

Semptomatik
Miller-Dieker Sendromu (MDS), izole Lizensefali
Tübero Skleroz
Nörofibromatozis Tip 1

Huntington Hastalığı

İdiyopatik

Benign Aileseel Yenidoğan Konvülzyonlar (BFNC)

Benign Aileseel İnfantil Konvülzyonlar (BFIC)

Aileseel İnfantil Konvülzyonlar ve Koreatetoz (ICCA)

Otozomal Dominant Noktürnal Frontal Lob Epilepsisi (ADNFLE)

Jeneralize Nöbetler ile Ateşli Nöbetler Artı (GEFS+)

Kromozom 10q ile ilişkili otozomal dominant parsiyel epilepsi

Yetişkinin Benin Aileseel Miyoklonik Epilepsisi (BAFME)

Değişken Odaklı Aileseel Parsiyel Epilepsi (FPEVF)

Düşük Voltajlı EEG

Otozomal Resesif geçiş gösterenler

Semptomatik

Metabolik Hastalıklar

Unvericht-Lundborg Hastalığı

Lafora Hastalığı

Nöronal Seroid Lipofuskinosis (NCL)

2.5. FEBRİL KONVÜLZİYON

FK ILAE'ye (Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği) göre şu şekilde tanımlanmaktadır; " 1 ay- 5 yaş arasında görülen santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonu ya da akut elektrolit bozukluğu, intoksikasyon gibi tanımlanmış bir neden ve öncesinde afebril konvülziyon öyküsü olmadan ateşle birlikte ortaya çıkan konvülziyondur". (25)

2.5.1. Febril Konvülziyonda Etyoloji

FK'lu çocuklarda aynı yaş gurubundaki çocuklara göre ateş daha yüksek ve üst solunum yolu enfeksiyonları daha sık görülmektedir. Febril konvülziyonda ateş nedenleri ÜSYE, otitis media, tonsillit, idrar yolu enfeksiyonu olabilir. Gastroenteritte ise FK insidansı düşük bulunmakta ve gastroenteritin FK'dan koruyucu özellik gösterdiği düşünülmektedir (26).

FK'da ateş % 80 viral nedenlere bağlıdır. En sık saptanan viruslar Herpes 6-7, İnfluenza A-B, Adenovirus , Respiratuar Sinsityal virüs, H.Simplex

ve Sitomegalovirus'lardır. Exanthema subitum (Roseola infantum olarak) etkeni olan Herpes 6, FK'un da sık görüldüğü 6 ay-2 yaş arasında en sık ateş nedenidir. Herpes tip 6 Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da FK'un en sık viral etken iken İnfluenza A-B Asya ve Japonya'da daha sık olarak bildirilmektedir. İnfluenza A özellikle kompleks FK nöbeti olan yada nöbet sonrası postiktal dönem öyküsü olanlarda saptanmaktadır. Son yıllarda Rota virüs gastroenteriti ve FK'u olan çocuklarda BOS da Rotavirus RNA'sı gösterilmiştir (27).

2.5.2. Patogenez

FK patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Bu çocuklarda yaşa bağımlı olarak ateşle birlikte konvülziyona duyarlılık artmaktadır. Patogeneizde yaş faktörü ile birlikte genetik yatkınlığın önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Yaş faktörünün mekanizması tam olarak bilinmemesine karşın bu yaşlarda uyarıcı ve baskılayıcı nörotransmitterler arasındaki dengenin henüz olgunlaşmadığı ve ateşin nörotransmitterlerde yaptığı değişiklik sonucu konvülziyonun ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Febril konvülziyonun yaşa bağımlı özelliği deneysel olarak da gösterilmiştir. İn vitro çalışmalarda genç ratlarda hipokampal ısı yükselmesi ile epileptiform aktivitenin ortaya çıktığı görülmektedir. Ateş yüksekliği ve nöbet öncesi kısa süreli düşük derecede ateşin patogeneizde rolü olduğu düşünülmektedir (28).

Son yıllarda sitokinlerin FK patogenezinde rolü üzerinde durulmaktadır. Viral ve bakterial enfeksiyonların genetik yatkınlığı olan çocuklarda yaşa bağımlı konvülziyon duyarlılığını tetiklediği ileri sürülmektedir. Febril konvülziyonlu çocuklarda serum IL-1 B'nin yüksek olduğu bildirilmektedir. Proenflamatuvar sitokinlerin (IL-1 B, tümör nekroz faktör, TNF-a ve interlökin F (IL-6) inflamasyon ya da eksitasyon sırasında nörotransmitterleri modüle ederek genetik yatkınlığı olan ve ateşle birlikte konvülziyon duyarlılığı artan küçük çocuklarda FK oluşumunu kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir. Patogeneizde IL-1 polimorfizminin rolü olduğunu ileri süren çalışmalar olmasına karşın gerek sitokinlerin ve gerekse IFNa'nın FK 'daki rolü tartışmalıdır (29,30).

Herpes Tip 6 ve 7 enfeksiyonlarında FK'un sık görülmesi FK patogeneğinde bu virusların rolü olabileceğini düşündürmektedir. Virusların ateşe neden olarak konvülziyon eşiğini düşürebileceği; nörotropik etkisiyle ya da reaktif olarak rol oynayabileceği düşünülmektedir. Enfeksiyon öyküsü olan ancak nöbet sırasında ateşi olmayan çocuklarda da konvülziyon görülmektedir. Bu nedenle FK 'da ateşin, ateşe neden olan enfeksiyonların ya da sistemik reaksiyonların mı konvülziyona yol açtığı çok iyi anlaşılamamıştır (31).

Nöron harabiyetini gösteren bir marker olan Nöron Spesifik Enolaz'ın (NSE) parsiyel nöbeti olan FK'lı çocuklarda anlamlı yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Şekil 1) (28).



Şekil 1: Febril konvülziyonda patogeneğ

2.5.3. Genetik Faktörler

Febril konvülziyonda genetik faktörlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Ailede FK öyküsü olması ilk ve tekrarlayan FK için kesin risk faktörüdür. Anne veya babada FK öyküsü varsa % 17, kardeşlerde % 19.9-24.9 oranında bildirilmektedir. Kardeşler ve anne babada FK öyküsü olduğunda risk daha çok artmaktadır Febril konvülziyonlu çocukların ailelerinde afebril konvülziyon (% 5,6-9,7) ve epilepsi öyküsü de normal popülasyondan daha fazladır.

FK'da genetik geçiş şekli bilinmemektedir. Çoğunlukla multifaktöryel, daha küçük bir grupta ise otozomal dominant geçiş göstermektedir. Bu güne kadar FK'u tanımlayan kesin bir gen bulunamamıştır. FK öyküsü olan geniş ailelerdeki genetik çalışmalarda 8 ve 9. Kromozomda (8 q13-q21 ve 19q13.1) gen lokusu saptanmıştır.

Son yıllarda FK öyküsü olan ve gen mutasyonu gösteren epileptik bir sendrom tanımlanmıştır. GEFS+ olarak tanımlanan (generalize epilepsi FK ile birlikte) bu sendromun özelliği, FK'nun 6 yaştan sonra da devam etmesi ve/veya FK ile birlikte generalize tonik klonik afebril konvülziyonların olmasıdır. Bu çocukların ailelerinde 19q 13.1 gen mutasyonu ve Na kanal subunit mutasyonları (SCN1A, SCN1B) saptanmıştır (28,32).

2.5.4. Klinik Özellikler

FK'ların çoğu kısa süreli, generalize, tonik-klonik, atonik, nadiren parsiyel nöbetler şeklindedir. Çoğunlukla birkaç dakikada kendiliğinden durur. Nadiren parsiyel başlayıp generalize olabilir. Başlangıçta ağlama, bilinç kaybı, kaslarda sertleşme ve apne görülebilir. Daha sonra klonik fazda yüz ve ekstremitelerde tekrarlayan sıçramalar görülebilir. Nöbet özelliklerine göre FK iki tiptedir (Tablo 3).

Basit FK: FK'lu çocukların % 80-85'inde görülür. Jeneralize, 15 dakikadan kısa süren, 24 saat de 1 kez görülen, nörolojik ve postiktal bulgusu olmayan nöbetlerdir. Ateş genellikle 38,5°C nin üstündedir. Nörolojik bulgu yoktur (16,28).

Kompleks FK: FK'lu çocukların % 15-20 sinde görülen parsiyel başlayan ya da 15 dakikadan uzun süren, 24 saat içinde birden fazla tekrarlayan nöbetlerdir. Ateş 38,5°C'nin altında olabilir. Postiktal nörolojik bulgu olabilir. Parsiyel başlayan FK'da nadiren (% 0,4) nöbetin başladığı tarafta paralizi gelişebilir ve birkaç saat ya da 1-2 günde düzelir (Todd Paralizi). Bu tip konvülziyonlarda postiktal dönemde uzun süren uyku ve yorgunluk görülebilir.

Tablo 3: Febril Konvülziyon nöbet özellikleri.

Özellik	Basit	Kompleks
Süre	15 dakikadan kısa	15 dakikadan uzun
Tip	Generalize	Parsiyel/ parsiyel başlayan
Sayısı	Tek	24 saat de birden fazla
Ateş	38,5°C üstü	38,5°C den düşük olabilir
Nörolojik Bulgu	Normal	Postiktal bulgu olabilir

2.5.5. Febril Status Epileptikus (FSE)

FK'lu çocukların % 5'inde FSE görülebilir. Febril status epileptikus 30 dakikadan uzun süren ya da 30 dakika içinde arka arkaya tekrarlayan bilincin açılmadığı ateşli konvülziyon olarak tanımlanır. Çocukluk çağı status epileptikusun 1/4 ünde FSE görülür ve 2/3 ü ilk 2 yılda ortaya çıkar (28).

2.5.6. Ayırıcı Tanı

FK genellikle ateşli hastalığın başlangıcında ateşle birlikte ortaya çıkar. Bazen konvülziyon ateşin ilk bulgusu olabilir. FK'lu çocukların % 21' inde konvülziyon ateşin yükseldiği 1 saat içinde, % 57'sinde 1-24 saat de, % 22 'sinde ise 24 saat den sonra ortaya çıkmaktadır FK ayırıcı tanısında özellikle ateş öyküsü, ateş sırasındaki belirtiler (anormal hareket olup olmadığı), enfeksiyon belirtileri, aşılama öyküsü, bulguların ilerleyici olup olmadığı araştırılmalıdır.

Ayırıcı tanıda aşağıdaki nedenler dışlanmalıdır:

1. Akut semptomatik konvülziyonlar
2. Nonkonvülzif nörolojik nedenler
3. Nonkonvülzif nonnörolojik nedenler

Akut Semptomatik Konvülziyonlar

- 1- Ateş ve konvülziyon nedenleri:
 - a. SSS enfeksiyonları (menenjit, ensefalit, Reye Sendromu, malarya gibi)
 - b. Hiponatremi (dehidratasyon gelişir)
 - c. Hipoglisemi, Hipokalsemi
 - d. Shigella, Salmonella enfeksiyonları
 - e. İntoksikasyon
 - f. Konvülziyon yapan ajanlar (organik fosfor, oral hipoglisemik ajanlar vb gibi)
- 2- Nonkonvülzif Nörolojik Bozukluklar
 - a. SSS enfeksiyonu sırasında koreoatetoz FK ile karıştırılabilir.
 - b. Hareket bozuklukları (Kore, tik, tremor)

- c. Ürperme-titre (Shuddering) atakları: 4-6 aylık bebeklerde korku, kızgınlık sırasında birkaç saniye süren titre ya da kaslarda sertleşme şeklindeki ataklar, FK ile karıştırılabilir.
- 3- Nonkonvülf Nonnörolojik Nedenler: Ateşi yüksek olan çocuklarda görülen konfüzyon, ajitasyon, senkop, peroral siyanoz-solukluk FK ile karıştırılabilir.
 - a. Rigor: Ateş sırasında bilinç kaybı olmaksızın paroksizmal olarak titremeler ya da kas spazmıdır ve genellikle bakteriyemi ile bağlantılıdır. Ateşli çocuklarda rigor görülmesi çoğu kez FK ile karıştırılabilir.
 - b. Refleks anoksik ataklar: Ateşin tetiklediği bu vagal senkop FK ile karıştırılabilir. Ancak bu tip ataklar FK yaş grubunda nadirdir. Nadir görülen epileptik sendromlardan birisi olan Dravet Sendromunda (1 yaş altındaki çocuklarda aşı sonrası febril, afebril nöbetlerle başlayıp daha sonra nöromotor gelişim geriliği gösterir) ilk bulgu FK olabilir (33).

2.5.7. Febril Konvülsiyonda Değerlendirme

Febril konvülsiyonda tanı öykü ve fizik muayene ile konur. Bu nedenle ayrıntılı öykü ve nörolojik muayene yapılmalıdır. Ateşin özellikleri, derecesi, eşlik eden diğer belirtiler, ayrıntılı nöbet öyküsü nörolojik gelişim ve ailede febril ve afebril konvülsiyon, epilepsi öyküsü sorulmalıdır. Her ateşli konvülsiyon FK değildir. Nörolojik bozukluğu ya da epilepsisi olan çocuklarda ateşe bağlı konvülsiyon eşiği düşebilir. Bu nedenle FK özellikleri tam olarak sorgulanmalıdır. Nörolojik muayene genellikle normaldir. Kompleks tip FK' da da nadiren postiktal dönemde fokal nörolojik bulgular, Todd paralizi görülebilir.

a) Ateş Nedeni: Ateş ayırıcı tanısı araştırılmalıdır. Altı aydan büyük çocuklarda öykü kuşkulu değil ve basit FK ise serum elektrolitleri, Ca, P, Mg, kan şekeri, tam kan sayımı gibi tetkiklerin yapılması önerilmemektedir. Kompleks tipteki FK da tetkik yapılabilir (34). CBC ve Elektrolitler 6 aydan önce rutin olarak, 6 aydan sonra ise kusma ishal gibi bulgular varsa yapılmalıdır. İlk kez FK geçiren bir çocukta tanıda menenjit dışlanmalıdır (34).

b) Lumbal Ponksiyon (LP): Febril konvülziyonda rutin LP tartışmalıdır. Belirgin FK 'u olan çocukların ancak % 2-5 inde menenjit saptanabilmektedir. Bu nedenle ilk kez FK geçiren çocukta LP rutin olarak değil menenjiti düşündüren bulgular varsa yapılmalıdır. Menenjiti düşündüren bulgular: Meningeal bulguların (+) liği, fokal, konvülziyon, hipotansiyon, deride döküntü, peteşi, siyanoz gibi kuşkulu bulgular; 48 saat önce doktor tarafından muayene edilmesi ve hastaneye geldiğinde konvülziyon geçiriyor olmasıdır. Özellikle 1 yaş altındaki çocuklarda menenjit bulguları tipik olmayacağı için birçok araştırmacı tarafından 1 yaş altında rutin LP önerilmektedir. Febril konvülziyonda LP kararını çocuktaki bulgulara göre hastayı izleyen doktor vermelidir. Febril konvülziyonda LP endikasyonları Tablo 4'de gösterilmiştir (33,35).

Tablo 4: Febril konvülziyonda LP endikasyonları

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">1 - 12 Ay altında menenjit bulgusu olmasa da LP yapılmalı2 - 12-18 ay ve üstünde şüpheli bulgu varsa3 - Kompleks FK ise, nöbet sonrası letarjisi devam ediyorsa4 - Önceden antibiyotik almışsa LP yapılmalı5 - İlk LP normal, şüpheli bulgu devam ediyorsa tekrarlanma6 - FK 5 yaştan sonra başlamışsa |
|---|

c) Elektroensefalografi (EEG): Febril konvülziyonlu çocuklarda sıklıkla EEG çekilmesine karşın tanı değeri sınırlıdır ve FK'a özgü EEG bulgusu yoktur. FK tekrarı, epilepsi gelişimi ve prognozu belirlemez. Rutin olarak yapılması önerilmemektedir. Basit FK' da % 60 normaldir. Kompleks FK da ise nadiren öncesinde nöromotor gelişim bozukluğu ve ailede FK öyküsü olanlarda EEG anormalliği saptanabilir:

EEG dalgaları ateş ve viral enfeksiyondan etkilenir. Bu nedenle EEG nöbetten 7-10 gün sonra çekilmelidir. Febril konvülziyonu takiben ilk hafta içinde EEG de geçici olarak özgün olmayan bioksipital teta yavaşlaması, fokal keskin aktivite, multifokal diken aktivitesi gibi bozukluklar görülebilir. Bu bulgular FK 'da altta yatan nedenlere ikincil gelişen değişiklikler olabilir. Daha sonra

çekilen EEG 'de ise patolojik olmayan yaşla ilgili paroksizmal aktivite 3 yaş altında görülen hipnogagik deşarjlar gibi görülebilir (34).

d) BBT VE MRG: Basit FK'da, Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) ve Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) gereksizdir. Ancak kafa içi basıncı artması, fokal nörolojik bulgular varsa, kompleks FK' da nörolojik bulgu varsa ve febril status ise BBT yapılabilir (34).

2.5.8. İlk Febril Konvülziyonda Risk Faktörleri

Febril konvülziyonda en önemli risk faktörü ateş ve çocuğun yaşıdır. Ateş ne kadar yüksekse FK geçirme riski o kadar artar. Genel olarak toplumda ilk kez FK geçirmek için 4 risk faktörünün etkili olduğu bildirilmektedir.

- a) 1. dereceden akrabada FK öyküsü
- b) Yenidoğan servisinde 30 günden fazla yatma
- c) Öncesinde nörolojik gelişim geriliği

d) Yuvaya devam etme gibi faktörlerden en az 2 si varsa % 28 çocukta FK gelişmektedir. Ateşli bir hastalık sırasında 1. ve 2 . dereceden akrabada FK öyküsü ve ateş yüksekliği ilk FK geçirilmesinde rol oynamaktadır. Hastaneye yatma sayısı, gestasyon yaşı ve doğum kilosunun düşüklüğü ile FK riskinin arttığı bildirilmiştir. Buna karşın ateşi olan çocuklarda ilk kez FK geçirme risk faktörleri, 1 ve 2. dereceden akrabada FK öyküsü ve ateş yüksekliği olarak bildirilmektedir. İlk kez FK geçiren çocukların %50 sinde ise risk faktörü saptanamaz. Okul öncesi ve yuvaya giden çocuklar daha sık ateşlendikleri için FK daha sık görülmektedir (Tablo 5) (36).

Tablo 5: İlk kez FK geçiren çocuklarda risk faktörleri

A- Genel Populasyonda
a. 1. ve 2.dereceden akrabada FK öyküsü
b. Yenidoğan servisinde 30 günden fazla yatma
c. Nörolojik gelişim geriliği
d. Yuvaya devam etme
e. Bu faktörlerden 2 si varsa % 28 FK görülebilir.
B- Ateşli Hastalığı Olan Çocuklarda
a. 1. ve 2.dereceden akrabada FK öyküsü
b. Ateş yüksekliği

2.5.9. Febril Konvülsiyonda Tekrarlama

Febril konvülsiyon geçiren çocukların % 30-40'ında FK en az bir kez tekrarlar. Eğer 1 yaş altında başlamışsa % 50, 3 yaş üstünde başlamışsa %10 tekrarlar. Hastaların % 75 inde ilk 1 yılda , % 90'nında ilk 2 yılda tekrarlar. Risk faktörü arttıkça tekrarlama riski de artar. Risk faktörü olmayanlarda %14, risk sayısı 1-2 ise % 25-30, 3 den fazla risk faktörü varsa %50-60 tekrarlar (Tablo 6) (26).

Tablo 6: İlk FK'dan Sonra Tekrarlama Riski.

Risk Sayısı	Tekrarlama %
Yok	14
2 ve üstü	25-30
3 den fazla	50-60
İlk yılda	75
2 yılda	90

Febril konvülsiyonda tekrarlama riskini arttıran en önemli iki faktör:

1. Nöbetin 18 ay altında başlaması ve
2. 1.dereceden akrabada FK öyküsü olmasıdır

Diğer risk faktörleri ise: FK sırasında ateşin düşük derecede olması ve nöbet öncesinde ateşin kısa sürmesidir.

Ateş ne kadar yüksekse, nöbet öncesinde ateş 1 saat den fazla sürmüştü, aile öyküsü yoksa ve 18 aydan büyükse tekrarlama riski o kadar azalmaktadır. Buna karşın nöbet öncesi ateş ne kadar kısa sürmüştü tekrarlama riski o kadar artmaktadır. Bazı araştırmacılara göre ise ilk nöbetin çok sayıda, ateşin 40 derecenin üstünde olması ve aile öyküsü bulunması tekrarlama riskini arttırmaktadır (14,16, 26).

Febril konvülsiyonun başlama yaşı da tekrarını etkilemektedir. İlk FK da yaş ne kadar küçükse tekrarlama riski artar. Kompleks FK ile tekrarlama arasında ilişki gösterilememiştir. Ancak ilk FK uzun sürerse tekrarladığında da

uzun sürmektedir. Tablo 5 de FK tekrarını etkileyen faktörler gösterilmiştir (26).

Risk faktörü olmayan FK' lu çocukların % 5'inde FSE görülür. Ancak FSE sırasında ateş düşük ve kısa sürüyorsa, 18 aydan küçükse, nöbet parsiyel tipte ise, nörolojik bozukluk ve ailede afebril FK öyküsü varsa %72 tekrarlar.

2.5.10. Febril Konvülziyonda Morbidite Ve Mortalite

Febril konvülziyonda prognoz iyidir. Prospektif kohort çalışmalarında kalıcı motor defisit ya da ölüm bildirilmemiştir. Bilişsel beceriler ve okul başarısının normal popülasyondan farklı olmadığı bildirilmektedir. FSE'ta bile mortalite çok düşüktür. Ancak FSE'ta nöbetin şiddeti ile orantılı olarak dil gelişiminde bazı bozukluklar olabileceği bildirilmektedir (26).

2.5.11. Febril Konvülziyonda Yaklaşım Ve Tedavi

Febril konvülziyonda tedavinin amacı akut konvülziyonu durdurmak, tekrarlamasını önlemek, epilepsi riskini azaltmak ve aileyi bilgilendirerek ateş fobisini azaltmaktır (16,37).

Febril konvülziyonda tedavi 2'ye ayrılır:

- 1- Akut tedavi ve izlem
- 2- Uzun süreli tedavi

1- Akut Tedavi

Febril konvülziyonda acil tedavi diğer acil konvülziyonlardaki gibidir. Ayrıca ateş düşürülüp, ateş nedeni tedavi edilmelidir. Konvülziyon ve ateş kontrol altına alındıktan sonra gerekli olanlarda uzun süreli tedavi endikasyonları tartışılmalıdır.

a- Konvülziyonu Durdurmak: Febril konvülziyonlu çocukların bir çoğu konvülziyon durunca doktora getirilir. Ateşin tanı ve tedavisine yönelik girişimler yapılır.

Eğer hastaneye konvülziyon geçirmekte iken getirilmişse konvülziyon için acil girişim uygulanmalıdır:

- Hava yolu açılır, aspire edilir, Oksijen verilir.
- Vital bulguları monitorize edilir,
- Ateş düşürülür (ılık soğutma, antipiretiklerle),

- Damar yolu açılır I.V. Diazepam 0,2-0,5 mg/kg konvülsiyon duruncaya kadar verilir.
- Rektal Diazepam 0,5 mg/kg verilebilir (Damar yolu açılmadığı durumlarda, kısa süren nöbetlerde kolay uygulanır). Yan etkisi daha az ve uygulanması kolaydır.
- Kloral hidrat lavmanı 25-50 mg/kg yapılabilir.
- Uzun süren ve durdurulamayan nöbetlerde status epileptikus tedavisi uygulanabilir.

b- Antipiretikler: Febril konvülsiyonda temel bulgu ateş yüksekliğidir. Bazan FK ateşin ilk bulgusu olabilir. Bu nedenle antipiretikler ve ılık kompresle ateş düşürülerek çocuk rahatlatılmalı ve ateşe bağlı dehidratasyon önlenmelidir. Aralıklı olarak antipiretiklerin verilmesi FK tekrarını ve epilepsi riskini önlememesine karşın çocuğu rahatlattığı için önerilmektedir (34, 26,38).

Evde Takip: Febril konvülsiyon çoğu kez 10 dakikadan kısa sürer ve müdahale gerekmebilir. Rektal Diazem hastaneye gelmeden ambulansa ya da anne baba (bu konuda eğitilmişlerse) tarafından da uygulanabilir. Febril konvülsiyon için risk faktörleri olan ya da uzamış ya da birden fazla nöbet geçiren ve sağlık kuruluşundan uzakta yaşayan çocukların ailelerine rektal diazem uygulamaları önerilebilir. Evde rektal diazem bulundurulması bile birçok ailenin kaygısını azaltabilir (26).

2- Uzun Süreli Tedavi

FK'da antiepileptik ilaç(AEI), profilaksisi önceki yayınlarda yaygın olarak önerilmekte idi. Ancak son 30 yıldaki kapsamlı epidemiyolojik çalışmalarla FK'un benign olduğu, santral sinir sisteminde yapısal ya da bilişsel harabiyete neden olmadığı, epilepsiye dönüşme riskinin çok düşük olduğu ve antiepileptiklerin gelişmekte olan sinir sistemindeki yan etkileri nedeniyle basit FK'da AEİ profilaksisi önerilmemektedir. Basit FK da ateş nedeninin tedavisi, ailenin bilgilendirilmesi ve kaygısının giderilmesi çoğu kez yeterli olmaktadır. Uzun süreli tedavi, FK tekrarını arttıran çok sayıda risk faktörü varsa ve sınırlı sayıda hastada önerilmektedir. Uzun süreli AEİ ya da

aralıklı rektal diazem tedavisi FK'nın tekrarını önlemekte, ancak epilepsi gelişme riskini azaltmamaktadır (16,28,37,38)

Basit FK'da profilaksi gereksizdir. Anne babaya FK'un özellikleri, tedavisi, nöbet anında yapılması gerekenler, ateş kontrolü anlatılır ve kaygısı giderilir. Antipretikler nöbet sıklığını azaltmamasına karşın özellikle çocuğu rahatlattığı için önerilir.

Ateş sırasında kısa süreli, aralıklı rektal diazem ya da oral diazem

- a. Nöbetin sık tekrarlaması (6 ayda 3, yılda 4 den fazla)
- b. Nöbet 15 dakikadan uzun (ancak Diazemle durdurulabiliyorsa), Kompleks FK özelliği gösteriyorsa aralıklı rektal diazem ya da oral diazem verilebilir.

Rektal diazem: Ateş 38°C'nin üstüne çıktığında Aralıklı 0,5mg/kg verilir. Ateş devam ediyorsa 8 saat sonra tekrarlanabilir. Rektal diazem anne babanın kaygılı olduğu ve hastaneden uzakta olan çocuklarda uygulanabilir. Anne babanın bilinçli ve bu konuda eğitilmiş olması gereklidir. Rektal verilmesine karşın yan etki olarak sedasyon ve solunum depresyonu yapabileceği de unutulmamalıdır.

Oral diazem: Ateş sırasında ilk 24-48 saat de aralıklı oral diazem kullanılmasının da FK tekrarını azalttığı bildirilmektedir (Clobazam 1 mg/kg). Ancak ataksi, letarji ve sedasyon gibi yan etkileri nedeniyle menenjit bulgularını maskeleyebilir.

Uzun süreli tedavi: Eğer anne baba uyumlu değilse ya da ateşin farkına varamıyorsa, uzun, fokal, sık tekrarlayan nöbetleri varsa uzun süreli tedavi önerilebilir (Fenobarbital 5 mg/kg) yada Na Valproat 20 mg/kg).

Kompleks FK Tedavisinde ise akut konvülziyon ve ateş için yapılan girişimlerin yanı sıra mutlaka altta yatan etiyolojiye göre tedavi uygulanmalıdır. Örneğin FK, Dravet Sendromunun başlangıç bulgusu olabilir (37-39).

2.6. EPİLEPSİ GELİŞMESİNİ ÖNLEME

Plasebo kontrolü çalışmalarda Fenobarbital, Na Valproat ya da aralıklı rektal Diazem profilaksisi ile FK tekrarı büyük oranda (% 90) azalmasına karşın epilepsi gelişmesi önlenememekte ve AEİ'ların gelişen beyindeki toksik etkileri

nedeniyle Amerikan Pediatri Akademisi FK'da uzun süreli tedavi önermemektedir (38).

Fenobarbitalin özellikle tedaviye ilk başlandığında hiperaktivite, hipersensitivite, uyku sorunları görülmektedir. Uzun süreli kullanılması ile davranış, yakın bellek, konsantrasyon bozukluğu, bilişsel işlevler olumsuz etkilendiği bildirilmektedir. Bu nedenle uzun süreli FK profilaksisi risk faktörleri fazla olan çocuklarda yarar ve zarar oranı dikkate alınarak önerilmelidir. Karbamazepin ve Difenilhidantoin FK' da etkili değildir.

2.7. FEBRİL KONVÜLZİYONDA AİLE TUTUMU VE EĞİTİMİ

Febril konvülziyonda önemli bir konu da ailenin FK hakkında bilgilendirilmesi ve kaygılarının giderilmesidir. Anne babaların çoğu ateş sırasında konvülziyon geçirince çocuğun öleceğinden korkar ve aşırı kaygılanır. Anne babalara FK'un benign bir olay olduğu, beyinde harabiyete yol açmadığı anlatılmalıdır. Gereksiz ve uzun bilgi vermek yerine FK'un özellikleri, nöbet sırasındaki ilk yardım önlemleri ve prognozu anlatılmalıdır. Ateş yükseldiğinde derece ile nasıl ölçüleceği, ateşe neden olabilecek faktörleri nasıl azaltabilecekleri ve ateşli hastalıkların nasıl takip edileceği anlatılmalıdır. Bu çocukların aşı programı tartışılmalıdır. Genellikle DBT den 48 saat, kızamık aşısından 7-10 gün sonrasına kadar ateş yönünden yakın takip edilmeli ve antipretikler verilmelidir. Asellüler boğmaca aşısı tercih edilmelidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma Grubunun Seçimi

Bu çalışma için etik kurul onayı GATA Askeri Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulunun 29 Haziran 2011 tarih ve 1491-50-11/1539-29 sayılı yazısı ile alındı. Temmuz 2011-Nisan 2012 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniği ve acil polikliniğine başvuran geçmişinde konvülziyon geçirme öyküsü bulunan 115 çocuğun ebeveynleri ile görüşülerek yapıldı.

A. Araştırmaya dahil olma kriterleri:

1. Araştırmaya katılmayı kabul eden konvülziyon geçirme öyküsü olan çocuk ebeveynleri
2. Çocuk hastalıkları polikliniklerine ve Çocuk acil servisine müracaat eden ayaktan sağlık hizmeti alanlar

B. Araştırmaya dahil olmama kriterleri:

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler
2. Travma hastaları
3. Anketi doldurabilecek eğitime sahip olmayan ebeveynler
4. Yeniden canlandırma işlemlerine tabi tutulan hastaların ebeveynleri

Çalışma için araştırmacılar tarafından soru formu hazırlandı. Soru formunun ilk sayfası 2 bölümden oluşmaktaydı. Birinci bölümde; çalışmaya alınan olguların yaş, cinsiyet, ailelerin eğitim ve gelir düzeyleri, anne ve babaların meslekleri gibi demografik veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formuna kaydedildi. İkinci bölüm ebeveynlerin bilgi ve tutum düzeylerini ölçen 18 soruluk bir anketten oluşmaktaydı.

Altıncı soru ebeveynlerin nöbet esnasında yapması gerekenler konusunda tutumlarını değerlendirmek amacıyla 10 alt sorudan oluşmaktaydı. Her soru 1 puan üzerinden toplamda 10 puan olacak şekilde doğru ve yanlış olarak değerlendirildi.

Ayrıca soru formunun ikinci sayfasında ebeveynlerin başa çıkma tutumlarını değerlendirmek için COPE ölçeği kullanıldı.

Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (COPE)

Carver ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir. Ağargün ve arkadaşları (2005) tarafından Türkçe'ye çevrilen ölçek 60 sorudan oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek insanların günlük yaşamlarında güç ve bunaltı verici olaylarla veya sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini değerlendirmektedir. 15 alt ölçekten oluşmuştur. Başa Çıkma Tutumları Ölçeğinin alt ölçekleri şunlardır:

1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme
2. Zihinsel boş verme
3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma
4. Yararlı sosyal destek kullanımı
5. Aktif başa çıkma
6. İnkâr
7. Dinî olarak başa çıkma
8. Şakaya vurma
9. Davranışsal olarak boş verme
10. Geri durma
11. Duygusal sosyal destek kullanımı
12. Madde kullanımı
13. Kabullenme
14. Diğer meşguliyetleri bastırma
15. Plan yapma.

Her alt ölçek dört sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Bu alt ölçeklerden ilk beşinin puanlarının toplamı sorun odaklı başa çıkma puanını, 6-10. alt ölçek puanlarının toplamı duygusal odaklı başa çıkma puanını, son beş alt ölçek puanlarının toplamı ise işlevsel olmayan başa çıkma (Disfonksiyonel başa çıkma) puanını vermektedir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağını verir.

Soru formu hekim gözetiminde ebeveynlere doldurtuldu. Öncesinde hazırlanan soru formu anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 10 ebeveyne ön uygulama yapılarak gerekli düzeltmeler yapıldı.

Görüşme sonunda tüm ebeveynlere konvülsiyon hakkında bilgi verilerek hastalığın seyri anlatıldı. Ayrıca ailelere, konvülsiyonun tekrar edebileceği anlatılarak, tekrarlanması halinde yapılması, yapılmaması gerekenler ve alınması gereken önlemlerle ilgili olarak bilgi verildi.

İstatistiksel İncelemeler

Bu çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15,0 programı kullanıldı. Verilerin tanımlanmasında ortalama, standard sapma, ortanca, birinci ve üçüncü çeyreklikler, sayı ve yüzde değerleri kullanıldı. Sürekli değişkenler için çoklu grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis, iki grup karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Student t testi kullanıldı. Kesikli değişkenler için Ki kare testi kullanıldı. $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışma grubunu Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ve acil polikliniğine başvuran geçmişinde konvülsiyon geçirme öyküsü bulunan, yaşları 1 ile 17 yıl arasında değişen (ortalama yaş: $7,5 \pm 4,9$) 115 çocuk oluşturdu.

Anketimize katılan çocukların %50,4'ünün cinsiyeti kızdı. Anket formunu dolduran ebeveynlerin %59,1'i babaydı, babaların %54,8'i yüksek öğrenim mezunu iken annelerin %43'ü ilköğretim mezunuydu. Çalışmamıza katılan ailelerin %78,3'ü orta gelir düzeyindeydi. Annelerin %74,8'i ev hanımı iken babaların %71,3'ü memurdu (Tablo 7).

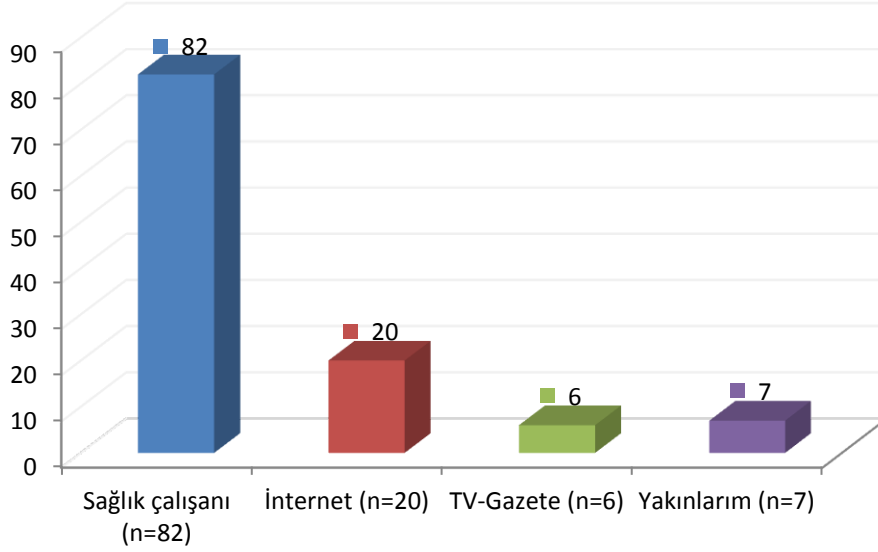
Tablo 7: Demografik veriler tablosu

			n	%
Cinsiyet		Kız	58	50,4
		Erkek	57	49,6
Formu dolduran		Anne	47	40,9
		Baba	68	59,1
Öğrenim durumu	Anne	İlköğretim	49	43,0
		Lise	33	28,9
		Yüksek öğretim	32	28,1
	Baba	İlköğretim	25	21,7
		Lise	27	23,5
		Yüksek öğretim	63	54,8
Gelir düzeyi		Alt	18	15,7
		Orta	90	78,3
		Üst	7	6,1
Meslek	Anne	Ev hanımı	86	74,8
		Diğer	29	25,2
	Baba	Memur	82	71,3
		Diğer	33	28,7

Konvülziyon geçirme öyküsü bulunan çocukların annelerinin yaş ortalaması; $34,2 \pm 6,0$ babaların yaş ortalaması; $37,6 \pm 5,8$ idi.

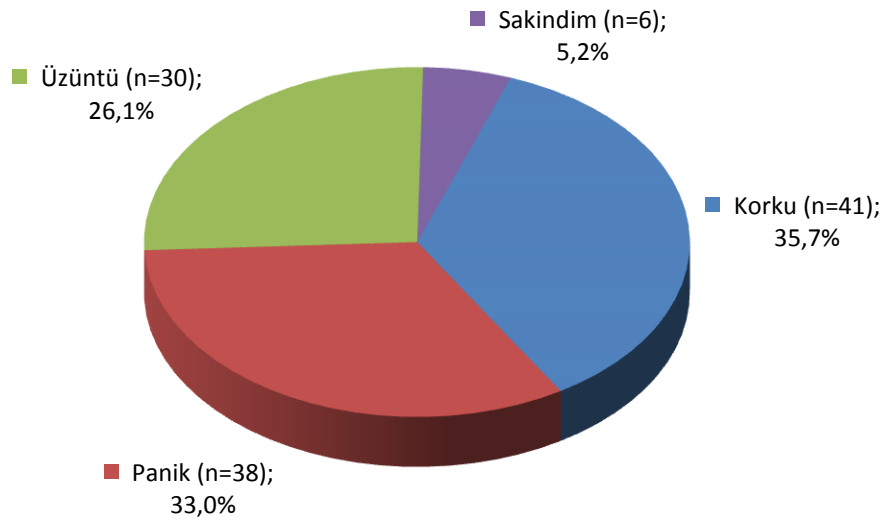
Anket formunu dolduran ebeveynlerin %73 (n=84)'ünün konvülziyon hakkında bilgisi varken %27 (n= 31) 'sinin konvülziyon hakkında bilgisi yoktu.

Ebeveynlerin %71,8'i (n=82) konvülziyonla ilgili bilgiyi sağlık çalışanlarından aldığını belirtmiştir (şekil 2).



şekil 2: Ebeveynlerin konvülziyonla ilgili bilgi kaynakları

ocuğu konvülziyon geçirirken ebeveynlerin sadece %5,2'si sakin kalabildiklerini belirtmişlerdir (şekil 3).



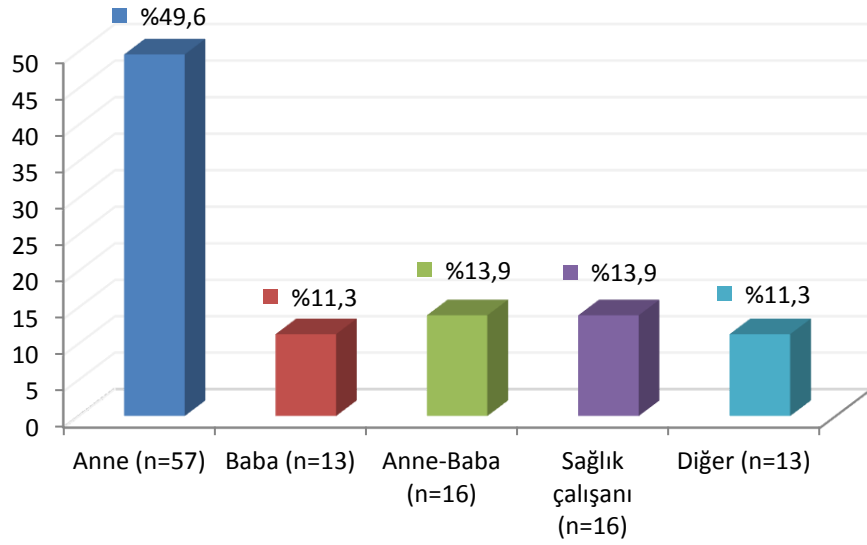
şekil 3: Konvülziyon esnasında ebeveynlerin ilk hissettikleri

Çocukların geçirdikleri konvülziyonların özellikleri Tablo 8’de verilmiştir. Buna göre; çocukların konvülziyonları incelendiğinde %75,7’sinin afebril olduğunu görmekteyiz. Geçirilen konvülziyonların %70,4’ü 5 dakikadan kısa sürmüştür. Çocukların %62,6’sı üçten fazla konvülziyon geçirmiştir. Çocukların %72,2’si ilk konvülziyonunu 5 yaşından önce geçirmiştir. Anne, baba, kardeşler ve yakın akrabaların febril konvülziyon geçirme oranı %28,7’dir.

Tablo 8: Çocukların konvülziyon geçirme sayıları

		n	%
Ateşe göre nöbet durumu	Febril	87	75,7
	Afebril	28	24,3
Nöbet süresi	1 dakikadan az	28	24,3
	1-5 dakika	53	46,1
	5-10 dakika	20	17,4
	10-30 dakika	8	7,0
	30 dakikadan fazla	6	5,2
Nöbet sayısı	1 kez	16	13,9
	2 kez	13	11,3
	3 kez	14	12,2
	3 den fazla	72	62,6
İlk konvülziyon yaşı	1 yaşından önce	37	32,2
	1-3 yaş	33	28,7
	3-5 yaş	13	11,3
	5 yaşından sonra	32	27,8
Aile öyküsü	Yok	82	71,3
	Var	33	28,7

Nöbet geçirme esnasında ebeveynlerden ilk müdahaleyi %49,6 ile en sık annelerin yaptığı görülmüştür (Şekil 4).



Şekil 4: Çocuk nöbet geçirirken ilk müdahaleyi yapanların dağılımı

Ebeveynlerin %88,7'sinin konvülziyon sonrasında ilk başvurduğu sağlık kuruluşu hastanedir (Tablo 9).

Tablo 9: İlk başvuru yapılan sağlık kuruluşu

	n	%
Aile sağlığı merkezi	7	6,1
Hastane	102	88,7
Semt polikliniği	6	5,2

Başvurdukları sağlık kuruluşunda ebeveynlerin %44,3 (n=51)'ine danışmanlık hizmeti verilmiş, %55,7 (n=64)'sine danışmanlık hizmeti verilmemiştir.

Ayrıca konvülziyon ile ilgili alınması gereken önlemler ve yapılması gerekenler ebeveynlerin %56,5 (n=65)'ine anlatılmış, %43,5 (n=50)'ine anlatılmamıştır.

Nöbet esnasında yapılması ve yapılmaması gereken müdahalelere yönelik ebeveynler 10 puan üzerinden ortalama 7 puan almışlardır. Ortalamanın altında kalanların oranı %28'dir. 7 ve üzeri puan alanların oranı %72'dir. Ebeveynlerden 15 kişi (%13) 10 tam puan alabilmiştir (Tablo 10)

Tablo 10: Çocuğu konvülziyon geçiren ebeveynlerin doğru davranışlarının oranı

	n	%
10 doğru (Tamamı)	15	13,0
9 doğru	21	18,3
8 doğru	31	27,0
7 doğru	16	13,9
6 doğru	14	12,2
5 doğru	9	7,8
4 doğru	6	5,2
3 doğru	2	1,7
2 doğru	1	0,9

Anketimize katılan anne ve babaların eğitim düzeyi yükseldikçe konvülziyon esnasındaki doğru davranışta bulunma oranları artsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,095$), ($p=0,369$). Çocuk konvülziyon geçirirken ebeveynlerin eğitim düzeyine göre doğru davranışta bulunma puanları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Ebeveynlerin eğitim düzeyine göre doğru davranışta bulunma puanları

		n	Ortalama $\pm$ standard sapma	Ortanca (1.-3. Çeyrek)
Anne eğitim düzeyi	İlköğretim	49	7,2 $\pm$ 2,0	8,0 (5,5-9)
	Lise	33	7,3 $\pm$ 1,8	8,0 (6-8)
	Yüksekokul	32	8,1 $\pm$ 1,4	8,0 (7-9)
Baba eğitim düzeyi	İlköğretim	25	7,2 $\pm$ 2,0	7,0 (5,5-9)
	Lise	27	7,2 $\pm$ 2,0	8,0 (6-9)
	Yüksekokul	63	7,7 $\pm$ 1,7	8,0 (7-9)

Ebeveynlerin çocuğun ateş durumu konusundaki bilgi seviyesine bakıldığında %30,2’si 38 derece altınıni ateş olarak belirtmiştir (Tablo 12).

Tablo 122: Ebeveynlerin ateş bilinç düzeyleri

Sizce termometre kaç dereceyi gösterdiğinde çocuğunuzun ateşi yükselmiş demektir?	n	%
36-36,5	2	1,8
37,5	31	28,4
38	55	50,5
39	18	16,5
40	3	2,8

Ebeveynlerin en sık kullandıkları ateş düşürücü ilaçlar Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 133: Ebeveynlerin en sık kullandıkları ateş düşürücü ilaçlar

	n	%
Asetaminofen	27	24,8
İbuprofen	37	33,9
Diğer	30	27,5
Asetaminofen+ İbuprofen	15	13,8

“Çocuğunuza soğuk uygulama yaparken kullandığınız su nasıl olmalı?” sorusuna ebeveynlerin %61,8 (n=68)’ i ılık su doğru cevabını vermiştir.

“Çocuğunuzun ateşini düşürmek için antibiotik verir misin?” sorusuna ebeveynlerin %8,3 (n=9)’u evet cevabını vermiştir.

COPE ölçeğine ait 3 ana başa çıkma tutumundan; sorun odaklı başa çıkma tutumu en yüksek puanı almıştır. (Tablo 14)

Tablo 144: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)ne ait 3 ana başa çıkma tutumu

Ana başa çıkma tutumu	Ortalama $\pm$ Standard sapma	Ortanca (1.-3. Çeyrek)
Sorun odaklı başa çıkma	59,2 $\pm$ 7,2	59 (53,8-65,0)
Duygusal odaklı başa çıkma	54,4 $\pm$ 6,2	55 (50-59)
Disfonsiyonel başa çıkma	35,4 $\pm$ 7,6	34 (30-39)

**Her bir alt gruptan hesaplanabilecek enaz puan=20, en fazla puan=80 dir*

Anket formunu dolduran ebeveynlerin Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğine (COPE) ait 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçeğe ait puanlama Tablo 15'de gösterilmiştir. Ebeveynler arasındaki karşılaştırmada Aktif başa çıkma tutumu alt ölçeği babalarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0.03$).

Geri durma başa çıkma tutumu alt ölçeği ise annelerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,037$).

Tablo 155: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)ne ait 15 alt başa çıkma tutumu

15 alt başa çıkma tutumu	Anne	Baba	p
	Ortalama $\pm$ standard sapma	Ortalama $\pm$ standard sapma	
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12,9 $\pm$ 2,0	13,6 $\pm$ 1,8	0,087
Zihinsel boş verme	8,0 $\pm$ 2,7	7,8 $\pm$ 2,5	0,686
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	10,8 $\pm$ 2,7	11,0 $\pm$ 2,1	0,649
Yararlı sosyal destek kullanımı	12,7 $\pm$ 2,5	13,4 $\pm$ 2,1	0,091
Aktif başa çıkma	12,5 $\pm$ 2,0	13,6 $\pm$ 1,9	0,03
İnkâr	5,6 $\pm$ 2,4	5,8 $\pm$ 2,1	0,672
Dini olarak başa çıkma	13,2 $\pm$ 3,0	12,5 $\pm$ 2,7	0,234
Şakaya vurma	5,8 $\pm$ 2,5	5,9 $\pm$ 2,4	0,785
Davranışsal olarak boş verme	6,3 $\pm$ 2,3	5,7 $\pm$ 2,2	0,196
Geri durma	10,0 $\pm$ 2,3	9,1 $\pm$ 2,3	0,037
Duygusal sosyal destek kullanımı	10,9 $\pm$ 2,4	11,4 $\pm$ 2,5	0,293
Madde kullanımı	5,0 $\pm$ 2,5	4,7 $\pm$ 2,0	0,562
Kabul	11,4 $\pm$ 2,6	11,2 $\pm$ 3,0	0,651
Diğer meşguliyetleri bastırma	11,2 $\pm$ 2,2	10,9 $\pm$ 2,1	0,441
Plan yapma	12,3 $\pm$ 2,3	13,1 $\pm$ 2,3	0,069
Sorun odaklı başa çıkma	58,6 $\pm$ 7,5	60,1 $\pm$ 6,7	0,301
Duygusal odaklı başa çıkma	54,2 $\pm$ 6,5	54,6 $\pm$ 5,8	0,765
Disfonksiyonel başa çıkma	35,7 $\pm$ 8,0	35,1 $\pm$ 6,5	0,652

Ailelerin gelir düzeylerine göre üç ana başa çıkma tutumları olan; Sorun odaklı başa çıkma (p=0,103), Duygusal odaklı başa çıkma (p=0,947),

Disfonksiyonel başa çıkma ($p=0,641$) tutumları arasında istatistiksel olarak fark yoktu.

Anket formunu dolduran anne ve babaların konvülziyon hakkında bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak fark bulunamadı ($p=0.775$).

Kız ve erkek çocuklar arasında konvülziyon geçirme süresi açısından istatistiksel olarak fark bulunamadı.

Çocuklarının konvülziyon geçirdiklerini anladıklarında anne ve babaların ilk tepkileri arasında istatistiksel olarak fark bulunamadı ($p=0,845$).

Annelerin eğitim düzeylerine göre sağlık kuruluşuna başvurma zamanları arasında istatistiksel olarak fark bulunamadı ($p=0,597$).

Babaların eğitim düzeylerine göre sağlık kuruluşuna başvurma zamanları arasında istatistiksel olarak fark bulunamadı ($p=0,662$).

5. TARTIŞMA

Konvulzif nöbet geçirme öyküsüne sahip çocuğu bulunan ebeveynlerin psikososyal işlevleri olumsuz etkilenmekte aynı zamanda kaygı düzeyleri de belirgin olarak artmaktadır.

FK, çocukluk çağıının en sık görülen konvülziyon tipidir. Nöbetler genellikle benign karakterdedir. Nadir de olsa nöbetin tekrarlama özelliği göstermesi ve epileptik nöbete dönüşme riskleri taşıması nedeniyle oldukça önem taşır (40,41).

FK'lar sıklıkla 6 ay- 6 yaş arasında görülmektedir (40). Pik yaşı 18 aydır (26,42). Çocukların % 50 si 12-30 aylıkken prezente olur (43). % 6-15 i 4 yaşından sonra ortaya çıkar ve 6 yaşından sonra görülmesi nadirdir (44).

Okumura ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada FK için yaş aralığı 7-69 ay ortalama 25 ay, Ling'in çalışmasında ise yaş aralığı 1-77 ay, median yaş 19,8 ay olarak bulunmuştur (45,46). Bizim çalışmamızda çocukların yaş ortalaması: $7,5 \pm 4,9$ idi. Bunun sebebi çocukların %76'sının nöbet tipinin afebril olmasından kaynaklanıyor olabilir.

20 yıl öncesi ile karşılaştırıldığında bugün aileler hala; ateşin ve FK un beyin hasarı gelişiminde en büyük risk faktörü olduğu görüşündedirler. Aileler, bir febril hastalık sırasında çocuklarını uyandırarak, antipiretikler vererek ve çok sık doz intervallerinde ilaç kullanarak, hatta normal vücut ısısında bile verilen antipiretik sayısını arttırarak bu kaygılarını koruduklarını göstermektedirler (47).

Ailelerin çocuklarındaki ateşle ilgili bilgi, inanç ve davranışları konusunda yapılmış olan araştırmalar incelendiğinde; Kramer ve arkadaşlarının 202 ateşli çocuğun aileleri ile yaptığı çalışmada, ailelerin % 48'i 38 derecenin altını ateş olarak kabul etti. % 43'ü 40 derecenin altındaki ateşlerin çocuk için tehlikeli olabileceğine inanıyordu ve % 21'i 38 derecenin altındaki ateşi tedavi etti. Ayrıca % 53'ü antipiretik tedavisi vermek için çocuğu gece uykudan uyandırdı (48). Blumenthal'in 392 aile ile yaptığı ankette ise ailelerin % 30'u normal vücut sıcaklığını bilmiyordu ve 38 derecenin altındaki ateşi dahi tedavi edeceklerini belirttiler (49). Linder ve arkadaşlarının 650 aile ile yaptıkları bir çalışmada ise, ailelerin % 96'sı 38,5

dereceye ulaşan ateşleri tedavi etti (50). Bizim çalışmamızda ebeveynlerin %30,2'si 38 derece altını ateş olarak kabul etti. Bulgumuz literatürle uyumludur.

Ateş karşısında antipiretik kullanımı oldukça sık karşılaşılan bir davranış şeklidir. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan birçok çalışmada parasetamolün en sık tercih edilen antipiretik olduğu görülmüştür. Gökhan Baysoy ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada (51) parasetamol tercih eden annelerin oranı %74,6, metamizol tercih edenlerin oranı %19,9, ibuprofen tercih edenlerin oranı %3,5, aspirin tercih edenlerin oranı ise %1,9 olarak bulunmuştur. Crocetti M. ve arkadaşlarının 2001'de U.S.A'da yaptıkları bir çalışmada, ibuprofen, %44 oran ile en sık tercih edilen antipiretik olarak bulunmuştur (47). Luay Al Nouri ve arkadaşlarının 2006'da Irak'ta yaptıkları bir çalışmada antipiretik kullanan annelerin tümünün tercihinin parasetamol olduğunu belirtmişlerdir. (52). Bizim çalışmamızda %33,9'la en sık tercih ibuprofen olmuştur, parasetamol kullanım oranı ise %24,8'dir.

Sağlık adına önemli bir sorun da gereksiz antibiotik kullanımıdır. Hem sağlık harcamalarında artış hem de olası antibiotik direnç gelişimi açısından oldukça önemlidir. Ateş çocukluk çağında karşımıza çıkan en sık bulgulardan biri olduğundan gereksiz antibiotik kullanımına daha çok neden olması muhtemeldir. Kabakuş ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları çalışmada annelerin ateş durumunda doktora götürmeden herhangi bir antibiyotiğe başlama oranı %48'dir (53). Bizim çalışmamızda %8,3 bulunmuştur. Bizim oranımızın düşük çıkmasının sebebi; anketimize katılanların eğitim düzeyinin yüksek olması ve son 12 yılda hekimlere ulaşımın daha kolaylaşması olarak değerlendirilmiştir.

Birçok çalışmada (47,49,51,52,54,55) ateş korkusunun yüksek olduğu bulundu. Ulukol ve arkadaşlarının (54) çalışmasında ateş endişesinin hekimlerin %62'sinde yüksek olduğu, bu endişenin kaynağı olarak da % 85 oranla FK' yı gösterdikleri bulunmuştur. Yine benzer bir çalışma olan Nuran Salman ve arkadaşlarının (56) yaptığı çalışmada hekimlerin %61'inin ateşin FK ile sonuçlanmasından endişe ettikleri bulunmuştur. Bizim çalışmamızda konvülsiyon esnasında ilk müdahalenin %74,8 oranla anne ve/veya baba

tarafından yapıldığı ve konvülziyon esnasında %41,4'ü korku,%33,3'ü de panik içinde olduklarını belirtmişlerdir.

Konvülziyon geçirme esnasında ebeveynler yapılması ve yapılmaması gereken birçok müdahalede bulunmuşlardır. Ebeveynlere yönelttiğimiz doğru ve yanlış müdahaleleri içeren 10 sorunun tamamına doğru cevap verenlerin oranı sadece %13'tür. Anketimize katılan ebeveynlerin eğitim düzeyi yükseldikçe konvülziyon esnasındaki doğru davranışta bulunma oranları artsa da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Yine sosyoekonomik düzeyle doğru davranışta bulunma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Flury ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada FK hakkında önceden bilgisi olan ailelerin, bilinçsiz olan ailelere göre, anksiyete derecesinde anlamlı azalma olduğu bulunmuştur. Ve çalışmada ilk nöbet sırasındaki anksiyetenin düşük eğitim seviyesi ile ilişkili olduğu, spesifik ve tekrarlayan bilgilendirmenin bu aileler için önemli bir avantaj sağlayabileceği sonucuna varılmıştır (57).

Huang ve arkadaşlarının Tayvan'da yapmış olduğu bir çalışmada ailelerde FK'un epilepsinin bir formu olduğu, her FK'lu çocuk için antikonvulsan ilaç başlanması gerektiği, her FK lu çocuğun tekrar nöbet geçireceği, her tekrarlayan FK un beyin hasarına yol açacağı ve EEG, BBT gibi tetkiklerin her çocuk için gerekliliği görüşlerinin daha yüksek oranlarda olduğu görülmüştür. Bu çalışma ailelerin FK'u, epilepsiden ayıramadıklarını ve gidişatının kötü olduğu sonucuna varmış olduklarını göstermektedir. Fakat ailelere verilen eğitimden sonra bu yanlış kanıların düzeltilebildiği gözlemlenmiştir. Ancak yine de küçük bir aile grubunda FK rekürrensının ve epilepsi olasılığının ve bunlar için gerekli nörodiagnostik tetkiklerin yapılmasının faydalı olduğunu düşünmektedir (58).

Yine Wassmer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise; iyi eğitilmiş ailelerin FK ile karşılaştığında daha iyi bir tavır sergilediğini ve bilginin anksiyeteyi azalttığı görüşüne varılmıştır. Birçok aile FK ile karşılaşmadan önce bilgilendirilmenin özellikle de kitaplarla değil; sağlık çalışanlarının

bilgilendirmesiyle ya da bekleme odasındaki posterlerle eğitimin daha faydalı olduğu görüşünü bildirmişlerdir (59).

Bizim yaptığımız çalışmada ebeveynlerin %27'sinin konvülziyon hakkında bilgisi yoktu. Başvurdukları sağlık kuruluşunda %55,7'sine danışmanlık hizmeti verilmediği ve ayrıca konvülziyon ile ilgili alınması gereken önlemler, yapılması ve yapılmaması gereken doğru müdahaleler ebeveynlerin %43,5'ine anlatılmamıştır.

Bilgisi olan ebeveynlerin de en sık bilgi aldıkları kaynak sağlık çalışanlarıydı (%70,2). Diğer kaynaklar ise internet (%17,5), yakınları (%6,1), Televizyon ve gazete (%4,4) idi.

Ebeveynlerin nöbet esnasında ve sonrasında en sık başvurdukları sağlık kuruluşu %88,7 oranı ile hastane ve acil servislerdir. Hastane ve acil servislerinin yoğun olması sebebiyle ebeveynlerin konvülziyonun seyri, tekrarlama riski, konvülziyon esnasında yapılması gerekenler hakkında yeterli bilgi verilmediği değerlendirilmektedir.

Yukarıda belirtilen çalışmalarda ve bizim çalışmamızda ki bulgulara dayanılarak ailelerin ve hekimlerin konvülziyon ile ilgili aşırı korkularını yenmeleri ve tekrarlayan nöbetlerde doğru müdahalelerde bulunmaları için bu konuda daha çok bilgi ve eğitime ihtiyaçları olduğu görülmektedir.

Ebeveynlerin başa çıkma davranış ve örüntüleri stresli bir duruma karşı bir tepki olarak ortaya çıkar. Başa çıkma anlaşılması zor olan karmaşık bir süreçtir. Başa çıkma tutumları, stresli yaşam olayları veya etkenlerin olumsuz etkileri ile mücadele etmek için kullanılan özgül davranışsal ve psikolojik çabaları içerir (60).

Çocukta epilepsi olduğu zaman ebeveynlerin hangi başa çıkma yöntemlerini kullandığı ile ilgili çalışmaların sayısı oldukça azdır. Epileptik çocukların ebeveynlerin başa çıkma becerilerinde değişiklikler yaşandığı bildirilmiştir (61).

Literatürde epileptik çocuğu olan ebeveynlerdeki kaygı düzeyi ile ilgili çalışmalarda birbirinden farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bazı çalışmalarda epileptik çocuğu olan ebeveynlerin sağlıklı çocuğu olan ebeveynlerden daha kaygılı olduğu bildirilirken (62,63) bazı çalışmalarda ise,

epilepsi tanılı çocuğu olan ebeveynlerle sağlıklı çocuğu olan ebeveynler arasında herhangi bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (64).

Epileptik çocuğu olan anne-babaların başa çıkma becerileriyle ilgili farklı yöntemlerin kullanıldığı çalışmalarda birbirinden farklı sonuçların elde edildiği görölmektedir. Epileptik çocuklarla ilgili mevcut literatürde korelasyona dayalı çalışmalarda stresin artmasıyla ebeveyn depresyonu arasında güçlü bir ilişki bulunduğu, sosyal destek, aile memnuniyeti ile ebeveyn stresi arasında ise negatif bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (2).

Fazlıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada başa çıkma becerileri açısından epileptik çocukların anne-babalarının zihinsel boş verme başa çıkma becerisi, sağlıklı çocukları olan anne-babalara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu. Başa çıkma ölçeğinin diğer alt ölçekleri açısından epileptik ve sağlıklı çocuğu olan ebeveynler arasında anlamlı bir fark bulunmadı (60). Bizim alışmamızda ise anne ve babaların başa çıkma tutumları karşılaştırılmış 3 ana başa çıkma tutumunda (Sorun odaklı başa çıkma, Duygusal odaklı başa çıkma, Disfonksiyonel başa çıkma) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$), hem annelerde hem de babalarda sorun odaklı başa çıkma tutumu en yüksek puanı almıştır. Anne ve babalarda on beş alt başa çıkma ölçeği karşılaştırıldığında aktif başa çıkma tutumu annelerde babalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Geri durma tutumu da annelerde babalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer alt başa çıkma ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Çalışmamızda bir diğer karşılaştırmada da ebeveynlerin gelir düzeylerine göre başa çıkma tutumları arasında fark olup olmadığını inceledik; Alt, orta ve üst gelir düzeyine sahip ailelerin üç ana ve on beş alt başa çıkma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Yukarıdaki çalışmalarda da (61,62,63,64) göröldüğü gibi epileptik çocuğu olan ebeveynlerin başa çıkma tutumları arasında birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bizim alışmamızda da ebeveynlerin kullandıkları başa çıkma tutumu diğer çalışmalardan farklı bulunmuştur. Bunun nedeni

yapılan çalışmalardaki ebeveynlerin sosyokültürel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Ebeveynlerin konvülziyon geçiren çocuğa sahip olmaları aile işlevlerini etkilemiş ve sağlıklı çocuğu olan ebeveynlere göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu literatür bilgileri ile desteklenmiştir.

Ancak sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlerle konvulzif çocuğa sahip ebeveynlerin başa çıkma tutumları arasında, anne-babaların başa çıkma tutumları arasında ve alt-orta-st gelir düzeyine sahip ebeveynlerin başa çıkma tutumları arasında önemli bir farklılık bulunamamıştır.

Sonuç

Araştırmamız kapsamında elde ettiğimiz veriler değerlendirildiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır;

1. FK'ların tamamına yakını ilk altı yaşta ve epileptik nöbetlerin büyük çoğunluğu çocukluk ve adlozan dönemde ortaya çıkmaktadır.
2. FK'ların nadiren, epileptik nöbetlerin ise belli aralıklarla tekrarlama riski bulunduğundan sadece medikal tedaviye odaklanılmamalıdır.
3. Ebeveynlerin üçte biri 38 derece altını ateş olarak kabul etmiştir.
4. Nöbet esnasında tamamen doğru davranışta bulunanların oranı çok düşüktür.
5. Ebeveynlerin yarıdan fazlasına nöbet konusunda bilgi verilmemiştir.
6. Ebeveynlerin konvülziyon geçiren çocuğa sahip olmaları kaygı düzeylerini artırmıştır.
7. Anne-babaların başa çıkma tutumları arasında istatiksel olarak önemli farklılık bulunamamıştır.
8. Alt-orta-st gelir düzeyine sahip ebeveynlerin başa çıkma tutumları arasında olarak fark bulunamamıştır.

neriler

1. Aile sağlığı merkezlerinde konvülziyon hakkında ebeveynlerin aile hekimleri tarafından bilgilendirilmelerinin ve nöbet esnasında

doğru yaklaşım tarzının öğretilmesinin daha yararlı olacağı değerlendirilmektedir.

2. Konvülziyonu bulunan çocukla birlikte bütün aile değerlendirilmeli sadece çocuğa odaklanılmamalıdır.
3. Ebeveynlerin yetersiz ve sorunlu olduğu alanlar sorgulanarak görüşmelerde bu alanlar desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Noeker M, Haverkamp-Krois A, Haverkamp F Development of mental health dysfunction in childhood epilepsy. Brain Development 2005 ; 27: 5-16.
2. Rodenburg R, Meijer AM, Dekovic MParents of children with enduring epilepsy: Predictors of parenting stress and parenting. Epilepsy Behav 2007; 11: 197–207.
3. Gökçay E, Sönmez F-M, Topaloğlu H, Tekgül H, Gürer Y-K : Çocuk Nörolojisi İkinci Baskı Ankara, Çocuk Nöroloji Derneği: s.319,2010
4. Enock W How families cope with chronic childhood illness. Ph. D. dissertation, New York University, United States- New York. ProQuest Digital Dissertations database.(Publication No. AAT 9213176), 1991
5. Hobdell EF, Mitzie LG, Valencia I, et al. Chronic sorrow and coping in families of children with epilepsy. J Neurosci Nurs; 39: 76-82, 2007
6. Bhattacharyya M, Karla V, Gulati S. Intranasal midazolam vs rectal diazepam in acute childhood seizures. Pediatr Neurol 2006;34:355-9.
7. Siemens H. Anfälle und Epilepsien bei Kindern und Jugendlichen. Stutgard, Thieme Verlag, 2001;165- 80.
8. Huang M-C, Liu C-C, Thomas K, Parenteral responses to first and recurrent febril convulsions. Acta Neurol Scand 2002;105:293-9.
9. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). Epilepsia 2005;46(4):470-2.
10. Hauser WA, Hersdorffer DH: Epilepsy: Frequency, Causes and Consequences. New York, Demos, 1990.
11. Serdaroglu A, Özkan S, Aydın K, et al. Prevalence Pediatric Epilepsy:Diagnosis and Therapy, Eds Dodson WE, Pel-lock JM. Demos, New York, 1993:57-61.
12. Serdaroglu A, Özkan S, Aydın K, et al. Prevalence of epilepsy in Turkish children between the ages of 0 and 16 years. J Child Neurol 2004;19(4):271-274

13. Holmes GL. Epilepsy and other seizure disorders. In Principles of Child Neurology. Ed: Berg BO. McGraw-Hill, New York, 1996:223-284.
14. Annegers JF, Blakely SA, Hauser WA, Kurland LT. Recurrence of febrile convulsion in a population-based cohort. *Epilepsy Res* 1990;5:209-216.
15. Gokyigit A, Çalışkan A. İstanbul Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinde febril konvülsiyon prevalansı. *Tıp Fak Mecmuası* 1985; 48:102-7.
16. Sholomo Shinnar. Febrile Seizures .In: Harvey S. Singer, Erich HKossoff, Adam LHartman, Thomas O Cravvford. Treatment of Pediatric Neurologic Disorders .Taylor-Francis Group , Boca Raton 2005:73-78
17. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic
18. Dreifuss FE. Classification of epileptic seizures In: Epilepsy: A Comprehensive Textbook, Eds: Engel, Jr J and Pedley TA, Lip-pincott-Raven, Philadelphia, 1997: 517-5
19. Holmes GL, McKeever M, Adamson M. Absence seizures in children: Clinical and electroencephalographic features. *Ann Neurol* 1987;21:268.
20. Rimoin D. Emery and Rimoin's Principles and Practices of Medical Genetics, Churchill Livingstone, 2001
21. Mochida GH. Cortical Malformation and Pediatric Epilepsy: A Molecular Genetic Approach. *J Child Neurol* 2005;20:30-303.
22. Sisodiya S, Cross JH, Blümcke I et al. Genetics of epilepsy: epilepsy research foundation workshop report. *Epileptic Disord.* 2007;9:194-236.
23. Singh R, Gardner RJ, Crossland KM et al. Chromosomal abnormalities and epilepsy: a review for clinicians and gene hunters. *Epilepsia* 2002;43:127-40.
24. Parmeggiani A. Posar A, Giovannini S et al. Epilepsy in Chromosomal Abnormalities: An Italian Sample. *J Child Neurol* 2005;20:419-423.
25. Commission on Epidemiology and Prognosis. International League Against Epilepsy Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34: 592-596.
26. Shinnar S, Glauser TA. Febrile Seizures. *J Child Neurol* 2002; 17: S44-

27. Millichap JG and Millichap JJ .Role of Viral İnfections in the etiolo-gy of Febrile Seizures Ped Neurol 2006 ; 35:165-172
28. Sholomo Shinnar .Febrile Seizures .İn: Kenneth Svvaïman .Stepnen Ashvval ,Dona M.Ferriero .Pediatric Neurology Principles and Prac-tice .Fourth ed.Mosby Comp.Philadelphia 2006:1079-1089
29. Baulac S ,Gourfinkel-AN1 et al .Fever.genes and epilepsy.Lancet Neurol 2004;3:421-430
30. Haspolat S, Mihci E, Coşkun M et al. Interleukin 1 -beta, tumor necrosis factor and nitrite levels in febrile seizures. J Child Neurol 2002; 17:749-51.
31. Lee WL,Ong HT;Afebrile seizures associated with minör infec-tions:comparison with febrile seizures and unprovoked seizures.Ped Neurol 2004;31:157-164)
32. Wallace RH, Scheffer IE, Parasivam G et al. Generalised epilepsy with febrile seizures plus: mutation of the sodium channel subunit SCN1B. Neurology 2002; 58:1426-8.
33. Ayten Yakut .Febril Konvülziyon.Türkiye Klinikleri .Pediatri .Özel, Pediatrik Nöroloji Özel Sayısı 2003:119-127.
34. American Academy of Pediatrics: Provisional Commitee on Quali-ty Improvement: Practice parameter. The neurodiagnostic evalua-tion of the child with a simple febrile seizure. Pediatrics 1996; 97:769-775.
35. Callegaro S Titomanlio L et al .İmplantation of aFebrile Seizure Guid-line in two Pediatric Emergency Departments.Ped Neurol 2009;40:78-83).
36. Bethune P, Gordon KG et al. VWhich child will have a febrile seizure. Am J Dis Child 1993; 147: 35-9.
37. Practise Parameter:Long - term treatment of the child with simple Febrile Seizures .Pediatrics 1999 ;103:1307-1309
38. Baumann JR, Duffner PK. Treatment of children with simple febrile seizures. The AAP Practice parameter. Ped Neurol 2000; 23:11-17.
39. Capovilla G.Mastrangelo M et al :Recommendations fort he man-agment of febrile seizures" AD hoc Task Force of LİCE Guidelines Commision .Epilepsia 2009 ;50(Suppl 1):1-2

40. American Academy of Pediatrics: 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;103:1307- 9.
41. Romsan NP. Evaluation of the child who convulses with fever. Paediatr Drugs 2003;5:457- 61.
42. Waruiru C, Appleton R. Febrile seizures: an update. Arch Dis Child 2004;89:751-6
43. Offringa M, Bossuyt PM, Lubsen J, Ellenberg JH, Nelson KB, Knudsen FU, et al. Risk factors for seizure recurrence in children with febrile seizures: a pooled analysis of individual patient data from five studies. J Pediatr 1994;124:574- 84
44. Jensen FE, Sanchez RM. Why does the developing brain demonstrate heightened susceptibility to febrile and other provoked seizures. In: Baram TZ, Shinnar S, eds Febrile seizures. San Diego : Academic Press, 2002:153-68
45. Okumura A, Ishiguro Y, Sofue A, Suzuki Y, Maruyama K et al. Treatment and outcome in patients with febrile convulsion associated with epileptiform discharges on electroencephalography. Brain and Dev 26 (2004): 241-244.
46. Ling SG. Febrile Convulsions: Acute seizures characteristics and anti-convulsant therapy. Annals of Tropical Ped 2000; 20: 227-30.
47. Crocetti MD, Moghbeli BA, Serwint MD†. Fever Phobia Revisited: Have parental Misconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics 2001 June ; 107 (6): 1241-1246.
48. Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. Pediatrics. 1985 June ; 75(6): 1110-3.
49. Blumenthal I. What parents think of fever. Family Practice 1998;15: 513-518.
50. Linder N, Sirota L, Snapir A, Eisen I, Davidovitch N, Kaplan G, Barzilai A. Knowledge of the treatment of fever in children .Israel Med Assoc J. 1999 Nov;1(3):158-60.

51. Baysoy G, Aydoğmuş T, Akın D, Uyan A. Annelerin, çocuklarındaki ateşle ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Türk Pediatri Arşivi* 2005;40:282-7.
52. Al Nouri L, Basheer K. Mothers' Perceptions of Fever in Children. *Journal of Tropical Pediatrics* 2006 52(2):113-6; doi:10.1093/tropej/fmi076.
53. Kabakuş N, Yasemin A, Aygün D. Annelerin çocuklarının ateşli hastalıkları konusundaki düşünce ve davranışları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2000;43: 56-6.
54. Ulukol B, Köksal Y, Cin Ş. Ailelerin, doktorların ve tıp öğrencilerinin ateş korkusu ve bilgi düzeyleri. *Sağlık ve Toplum* 1999;9:42-5.
55. Deng CT, Zulkifli HI, Azizi BH. Parental reactions to febrile seiures in Malaysian children. *Medical Journal of Malaysia*. 1996 Dec;51(4):462-8.
56. Salman N, Vehit H, Palanduz A. Ateşli süt çocuğuna yaklaşım; hekimlerin bilgi, yaklaşım ve uygulamaları. *Çocuk Dergisi* 2004 ; 4(2):113-4.
57. Flury T, Aebi C, donati F. Febrile seizures and parental anxiety: does information help? *SWISS MED WK4Y* 2001; 131: 556-560.
58. Huang MC, Liu CC at al. Effects of an Educational Program on parents With Febrile Convulsive Children. *Ped Neurol* 1998; 18 (2) : 150-155.
59. Wassmer E, Hanlon M. Effects of information on parental knowledge of febrile convulsions. *Seizure* 1999; 8: 421-423.
60. Fazlıoğlu K, Hocaoglu Ç, Sönmez F-M, Cansu A. Epilepsi tanısı konan çocukların aile işlevleri, anne-babalarındaki kaygı ve başa çıkma tutumları. *Journal New Symposium* 2010;48(3):199-205
61. Adewuya AO (2006) Parental psychopathology and self-rated quality of life in adolescents with epilepsy in Nigeria. *Develop Med Child Neurol*; 48: 600–603.
62. Thompson PJ, Upton D (1992) The impact of chronic epilepsy on the family. *Seizure*; 1:43-48.
63. Yong L, Chengye J, Jiong Q (2006) Factors affecting the quality of life in childhood epilepsy in China. *Acta Neurol Scand*; 113:167–173.
64. Baki O, Erdogan A, Kantarci O et al. (2004) Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy Behavior*; 5: 958-964.

ANKET FORMU 1

Hasta Bilgi Formu
Bu bilgi formu, Çocuk Sağ. ve Hastalıkları A.D.Nöroloji Polikliniği ve Kliniğine başvuran Ebeveynlerin epileptik nöbet hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, başa çıkma tutumu ve yaşam kalitesi düzeyleri incelemek amaçlanmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayanmakta ve süre olarak 5-10 dakikanızı alacaktır. Ankette yer alan kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve kimseye verilmeyecektir.Bu ankete ve araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmak istiyorum.
İmza:
Hastanın Adı Soyadı: Doğum tarihi: Cinsiyeti :
Anket Yapılan Ebeveynin Adı Soyadı:
Annenin yaşı: Eğitim durumu : Mesleği:
Babanın yaşı Eğitim durumu : Mesleği:
Adres: Telefon: Ailenin gelir düzeyi:
1) Konvülsiyonun ne olduğu hakkında bilginiz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
2) Konvülsiyonla ilgili nereden bilgi aldınız? ☐ Sağlık çalışanlarından ☐ Yakınlarımdan ☐ Televizyon ☐ Gazete ☐ İnternet
3) Çocuğunuzun konvülsiyon geçirdiğini anladığınızda ilk tepkiniz ne oldu? ☐ korku ☐ panik ☐ üzüntü ☐ suçluluk ☐ sakindim
4) konvülsiyon yaklaşık olarak ne kadar sürdü? ☐ 1 dakikadan az ☐ 1-5 dakika ☐ 5-10 dakika ☐ 10-30 dakika ☐ 30 dakikadan fazla
5) Çocuğunuz hangi tip konvülsiyon geçirdi? ☐ Febril konvülsiyon (ateşli) ☐ Afebril konvülsiyon (ateşsiz)
6) Çocuğunuz konvülsiyon geçirirken; a) Düz bir zemine yatırdınız mı? b) Başını yana çevirerek pozisyon verdiniz mi? c) Nefes alıp verdiğini kontrol ettiniz mi? d) Çocuğu suyun altına soktunuz mu? e) Çocuğun yüzüne su serptiniz mi? f) Çocuğu salladınız mı? g) Kol ve bacaklarını tutarak kasılmaları önlemeye çalıştınız mı? h) Ağzına sert bir cisim veya parmağınızı sokmaya çalıştınız mı? i) Çocuk tam uyanıncaya kadar yanında kaldınız mı? j) Çocuğa soğan,kolonya,sarımsak vb. lerini koklattınız mı? J) Bunların dışında başka bir uygulama yaptınız mı? (Belirtiniz).....
7) Çocuğunuz kaç kez konvülsiyon geçirdi? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 3 den fazla
8) Konvülsiyon geçirdikten ne kadar süre sonra sağlık kuruluşuna başvurdunuz? ☐ ilk 30 dakika ☐ 30 dakika- 2 saat ☐ 2-5 saat ☐ ilk gün
9) Çocuğunuz ilk konvülsiyonunu kaç yaşında geçirdi? ☐ 1 yaşından önce ☐ 1-3 yaş ☐ 3-5 yaş ☐ 5 yaşından sonra
10) Başvurduğunuz sağlık kuruluşunda konvülsiyon hakkında size danışmanlık hizmeti verildi mi? ☐ Evet ☐ Hayır
11) Başvurduğunuz sağlık kuruluşunda konvülsiyon ile ilgili almanız gereken önlemler ve yapmanız gerekenler size anlatıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır
12) İlk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir? ☐ Aile sağlığı merkezi ☐ Hastane ☐ Semt polikliniği
13) Anne,Baba,kardeşler ve yakın akrabalarda febril konvülsiyon veya epilepsi geçirme öyküsü var mı? ☐ Yok ☐ Var Kim? (Belirtiniz)
14) çocuk nöbet geçirirken ilk müdahaleyi kim yaptı? (Belirtiniz).....
Çocuğunuz ateşli konvülsiyon geçirdiyse aşağıdaki soruları cevaplayınız.
15) Sizce termometre kaç dereceyi gösterdiğinde çocuğunuzun ateşi yükselmiş demektir? ☐ 30-36,5 ☐ 37,5 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40
16) En sık hangi ateş düşürücü ilacı kullanıyorsunuz? ☐ Asetaminofen ☐ İbuprofen ☐ Asetil Salisilik asit ☐ Diğer
17) Çocuğunuza soğuk uygulama yaparken kullandığınız su nasıl olmalı? ☐ buzlu su ☐ sirke v.s eklenmiş su ☐ musluk suyu ☐ ılık su
18) çocuğunuzun ateşini düşürmek için aşağıdaki yöntemlerden hangilerini uygularsınız ☐ Doktor önerisi ile Ateş düşürücü şurup-fitil kullanmak ☐ Islak bez ile ılık uygulama ☐ Öksürük şurubu içirme ☐ ılık su ile Duş aldırma ☐ Antibiyotik içirmek ☐ Giysileri çıkarma ☐ Kalın giydirme ☐ Odayı havalandırmak ☐ Bol sıvı içirme

ANKET FORMU 2

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirirken şu belirtilen puanlamayı kullanın

- 1=Asla böyle bir şey yapmam
2=Çok az böyle yaparım
3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

		1	2	3	4
1	Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım				
2	Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim				
3	Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım				
4	Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım				
5	Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim				
6	Kendi kendime "böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını" söylerim.				
7	Allah'a tevekkül eder, O'na dayanırım				
8	İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim				
9	Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.				
10	Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm				
11	Duygularımı bir başkasıyla tartışırım				
12	Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım				
13	Kendimi yaşadığım soruna alıştırırmaya çalışırım				
14	Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum				
15	Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam				
16	Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım				
17	Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum				
18	Allah'ın yardımını umarım				
19	Bir eylem planı yaparım				
20	Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım				
21	Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim				
22	Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim				
23	Arkadaş veya akrabalarından moral ve manevi destek almaya çalışırım				
24	Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim				
25	Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım				
26	Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım				
27	Sorun olduğuna inanmayı reddederim				
28	Duygularımı dışarı vururum				
29	Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım				
30	Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum				
31	Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum				
32	Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım				
33	Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım				
34	Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim				
35	Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım				
36	Sorunla ilgili saka yaparım				
37	İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım				
38	İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım				
39	Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm				
40	Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım				
41	Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim				
42	Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm				
43	Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm				
44	Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim				
45	Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım				
46	Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım				
47	Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için daha iyi bir tavrı benimzerim				
48	Sorunla karşılaştığımda dini inancımın bir huzur bulmaya çalışırım				
49	Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım				
50	Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım				
51	Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım				
52	Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum				
53	Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım				
54	Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.				
55	Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım				
56	Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.				
57	Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım				
58	Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım				
59	Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım				
60	Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim				

ETİK KURUL ONAYI

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 175
OTURUM TARİHİ : 07 Haziran 2011
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tıp. Kd. Alb. Ali Uğur URAL

GATA Etik Kurulu'nun 07 Haziran 2011 günü yapılan 175. oturumunda, GATF Aile Hekimliği AD'dan Dz. Tıp. Kd. Yzb. Muzaffer TANRIÖVER'in sonuğu araştırmacılığını yaptığı "Ebeveynlerin Epileptik Nöbet Hakkındaki Bilgi ve Davranışları ile Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı, tek merkezli, gözlemsel anket çalışması olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKANI

Adnan ATAÇ
Prof. Dr. Ecz. Alb.

ÜYE

Orhan ROZAN
Prof. Hv. Tıp. Alb.

ÜYE

Cemal TAYFUN
Prof. Dz. Tıp. Alb.

ÜYE

Ali Uğur URAL
Prof. Tıp. Alb.

ÜYE

Y. Akif TURKCA
Prof. Dz. Tıp. Alb.

ÜYE

Ali ALBAY
Prof. Tıp. Alb.

ÜYE

F. Mustafa MUTLU
Prof. Tıp. Alb.

ÜYE

S. Akif GÜROĞLU
Prof. Tıp. Alb.

ÜYE

Fuat TOSUN
Prof. Tıp. Alb.

ÜYE

Nehir GÜLEÇ
Prof. Tıp. Alb.

ÜYE

Rafik ZDAG
Doç. Dr. Tıp. Alb.

ÜYE

Toplantıya Katılmadı
Aygün AKYÜZ
Doç. Dr. Sağ. Alb.

ÜYE

Harun TUĞCU
Doç. Tıp. Yb.