



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**ÇOCUK ACİL SERVİSİNE FEBRİL
KONVÜLZİYON TANISIYLA BAŞVURAN
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN FEBRİL
KONVÜLZİYONA İLİŞKİN BİLGİ TUTUM VE
UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ**

Kübra ARSLANTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

TRABZON-2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

07/11/ 2023

Kübra ARSLANTÜRK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
BEYAN	
İTHAF	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Febril Konvülziyon	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyopatogenez	5
2.1.4. Risk Faktörleri	5
2.1.4.1. Ateş	5
2.1.4.2. Yaş	6
2.1.4.3. Genetik	6
2.1.5. Klinik Özellikleri	7
2.1.6. Sınıflandırma	7
2.1.7. Tedavi Yaklaşımı	7
2.1.7.1. Acil Tedavi	8
2.1.7.2. Profilaktik Tedavi	8
2.1.8. Febril Konvülziyonda Hemşirelik Yaklaşımı	9
3. GEREÇ ve YÖNTEM	10
3.1. Araştırmanın Tipi	10
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	10
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	10

3.3.1. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri	11
3.4. Veri Toplama Araçları	11
3.4.1. Anket Formu	11
3.5. Veri Toplama Süreci	11
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	12
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	12
3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	12
3.9. Araştırma Planı	12
4. BULGULAR	14
5. TARTIŞMA	27
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	35
KAYNAKLAR	38
EKLER	47
EK 1. Anket Formu	48
EK 2. Kurum İzni	53
EK 3. Etik Kurul İzni	54
EK 4. Gönüllü Onam Formu	55
ÖZGEÇMİŞ	57

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	14
Tablo 2. Çocukların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	15
Tablo 3. Çocukların FK ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	16
Tablo 4. Ebeveynlerin FK ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	17
Tablo 5. FK geçiren çocuğun ailesinde FK ve epilepsi varlığının dağılımı	18
Tablo 6. Ebeveynlerin çocuklarının ateşine yönelik bilgi ve uygulamalarının dağılımı	19
Tablo 7. Ebeveynlerin FK ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı	20
Tablo 8. Ebeveynlerin FK ile ilgili tutum sorularına verdikleri yanıtların dağılımı	21
Tablo 9. Ebeveynlerin çocuklarının ilk FK deneyimi sırasında yaptıkları uygulamaların dağılımı	23
Tablo 10. Ebeveynlerin acil servise gelmeden önce FK geçiren çocuklarına evde yaptıkları uygulamaların dağılımı	24
Tablo 11. Ebeveynlerin FK sırasında yapılması ve yapılmaması gereken uygulamalara yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımı	25

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 1. Araştırma planı

13



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AAP	The American Academy of Pediatrics
AGE	Akut Gastro Enterit
CT	Computed Tomografi
EEG	Elektroensefalografi
FK	Febril Konvülsiyon
FSE	Febril Status Epilepticus
HHV	Human Herpes Virüs
IB	İntrabukkal
ILAE	International League Against Epilepsy
IM	İntramüsküler
IN	İntranazal
IV	İntravenöz
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
NIH	National Institutes of Health
SE	Status Epilepticus
SSS	Santral Sinir Sistemi
ÜSYE	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

ÖZET

Çocuk Acil Servisine Febril Konvülziyon Tanısıyla Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Febril Konvülziyona İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi

Bu çalışma çocuk acil servisine febril konvülziyon (FK) tanısıyla başvuran çocuk ebeveynlerinin febril konvülziyona yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirildi. Rize İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisinde Mayıs 2022- Ekim 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın örnekleme evreni bilinen örnekleme yöntemi kullanılarak hesaplandı. Örnekleme Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisine çocuğu FK tanısıyla başvuran 92 ebeveyn oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılarak toplandı. Veriler SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma ve yüzdelik dağılımları kullanıldı. Ebeveynlerin %83.7'sinin anneler olduğu belirlendi. Annelerin yaş ortalamasının 35.4 ± 6.5 , babaların ise 32.6 ± 5.6 olduğu belirlendi. Annelerin %37.6'sının üniversite mezunu, %66.2'sinin ev hanımı olduğu saptandı. Çalışmadaki çocukların yaş ortalamasının 30.0 ± 18 ay ve %63.0'ının cinsiyetinin erkek olduğu belirlendi. Ebeveynlerin %87.0'ının FK'yı daha önceden duyduğu ve %61.9'unun FK'nın yaşamı tehdit eden, kalıcı hasar bırakan bir hastalık olarak ifade ettikleri belirlendi. Ebeveynlerin %96.7'sinin FK geçiren çocuğuna daha fazla dikkat ve özen göstereceğini, %76.1'inin çocuklarının tekrar FK geçirebileceğini ifade ettiği saptandı. Çocuklarının ilk FK nöbeti sırasında ebeveynlerin %78.3'ünün çocuklarını hemen acil servise götürdüğü ve %75.0'ının su ile ıslattığı belirlendi. Ebeveynlerin acil servise gelmeden önce evde yaptıkları uygulamaların %63.8'inin su ile ıslatma, %13.1'inin ateş düşürücü verme olduğu belirlendi. Ebeveynlerin çoğunun FK'yı yaşamı tehdit eden ve kalıcı bir hastalık oluşturan bir nöbet olarak bildikleri, FK geçiren çocuğuna daha fazla dikkat ve özen gösterdikleri, FK sırasında yapılacak uygulamaları bilmedikleri ve FK konusunda eğitim almak istedikleri saptandı.

Anahtar sözcükler: Acil Servis, Ateş, Ebeveyn, Çocuk, Hemşirelik, Konvülziyon,

ABSTRACT

Determination of Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Febrile Convulsion of Parents of Children Who Presented to the Pediatric Emergency Department with the Diagnosis of Febrile Convulsion

This study was conducted as a descriptive study to determine the knowledge, attitudes, and practices of parents of children who applied to the pediatric emergency department with a diagnosis of febrile convulsion (FK). It was conducted between May 2022 and October 2022 in the pediatric emergency department of Recep Tayyip Erdoğan University Training and Research Hospital, affiliated with the Rize Provincial Health Directorate. The sample population for the research was calculated using the known sampling method. The sample consisted of 92 parents who applied to the pediatric emergency department of Recep Tayyip Erdoğan University Training and Research Hospital with a diagnosis of FC. Data were collected using a survey form prepared by the researcher. The data were analyzed using the SPSS 22.0 statistical program. Mean, standard deviation, and percentage distributions were used to evaluate the data. It was determined that 83.7% of the parents were mothers. It was determined that the average age of mothers was 35.4 ± 6.5 and that of fathers was 32.6 ± 5.6 . It was determined that 37.6% of the mothers were university graduates and 66.2% were housewives. It was determined that the average age of the children in the study was 30.0 ± 18 months, and 63.0% of them were male. It was determined that 87.0% of the parents had heard of FC before, and 61.9% of them stated that FC was a life-threatening disease that caused permanent damage. It was found that 96.7% of the parents stated that they would pay more attention and care to their child who had FC, and 76.1% stated that their children could experience FC again. It was determined that during their child's first FC seizure, 78.3% of the parents immediately took their children to the emergency room, and 75.0% doused them with water. It was determined that 63.8% of the practices performed by parents at home before coming to the emergency room were dousing with water, 13.1% giving antipyretics. It was determined that most of the parents knew FC as a seizure that was life-threatening and caused a permanent disease, that they pay more attention and care to their child who had FC, that they did not know the practices to be performed during FC, and that they wanted to receive training on FC.

Keywords: Child, Convulsion, Emergency Departments, Fever, Nursing, Parents

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Febril konvülziyon (FK) çocukluk çağında ortaya çıkan, acil servise başvuru nedenleri arasında ilk sırada yer alan nöbet tipidir (1). Febril konvülziyon, 3 ay-6 yaş arası çocuklarda, 38.8°C ve üzeri ateşle birlikte görülmektedir (2, 3). Febril konvülziyon beyindeki anormal elektriksel boşalmalar sonucu bilinç değişiklikleri ve istem dışı hareketlerin görüldüğü, otitis media, tonsillit, üst solunum yolu enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonları, kızamık, menenjit ve aşılama gibi FK'ya eşlik eden faktörler nedeniyle ortaya çıkan sıklıkla ateşin yükselmeye başladığı dönemde gelişen nöbetlerdir (3, 4). Febril konvülziyonun etiyolojisi net bir şekilde açıklanamamaktadır ancak yaş, genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle meydana geldiği bilinmektedir (1, 4-6). Febril konvülziyonlar özelliklerine göre basit ve komplike olarak ikiye ayrılmaktadır. Basit FK iyi prognoza sahip olan bir nöbet tipidir ve çoğunlukla 15 dakikadan kısa süren, anormal nörolojik bulguları olmayan nöbetlerdir. Komplike FK ise nöbet süresi 15 dakikadan fazla, postiktal bulguları olan, 24 saat içinde tekrarlayan nöbet tipidir (7-9). Ülkemizde FK sıklığı %3.5-9.7 olarak saptanmıştır (10-12). Amerika Birleşik Devletleri ve Batı Avrupa'da FK oranlarının %2-5 olduğu ve Asya toplumlarında ise daha sık görüldüğü belirlenmiştir (5, 6, 13). Febril konvülziyonun görülme sıklığı beş yaş altı çocuklarda %2-5'dir (14, 15). En sık 18 ay-2 yaş civarında görülmektedir (1, 3, 6, 16). Genellikle 6 yaş sonrasında görülmesi nadirdir (15, 17). Erkek cinsiyette kızlara oranla daha fazla görülmektedir (4, 15, 18-20). Febril konvülziyon sırasında çocuklarda baygınlık, gözlerde kayma ya da tek bir noktaya odaklanma, kaslarda seyirme ve sıçramalar görülebilmektedir (4, 21, 22). Febril konvülziyon tedavi yaklaşımı nöbeti durdurmak, FK'ya neden olan ateşi kontrol altında tutmak, ateşin kaynağını belirlemek, nöbetin tekrarlamasını önlemek ve ebeveynlerin bilgilendirilmesini sağlamaya yöneliktir (4, 15, 23). Acil servise FK ile gelen çocukların acil tedavi yaklaşımında hava yolu açıklığı sağlanarak nöbetin kontrol altına alınması için intravenöz yoldan benzodiazepin grubu ilaç veya rektal yoldan diazepam uygulanmaktadır. Ateşi düşürmek ve yükselmesini önlemek amacıyla 24 saat içinde dört saat aralıklarla antipiretik verilmelidir (3, 4, 6, 14). Febril konvülziyon geçirmiş çocuklar epilepsi yönünden risk altındadır. Komplike FK geçiren, nöbet süresi uzamış, anormal nörolojik bulguları olan, birinci derece yakınlarında FK ya da epilepsi öyküsü olan, ilk FK'sı 18 ay altında olan ve 24 saat içinde tekrarlayan nöbetleri olan çocukların ileride epilepsi gelişme riski daha yüksektir. Epilepsi gelişme riski olan olgularda çoğunlukla fenobarbitol, valproat ya da levetirasetam grubu ilaçların kullanımı önerilmektedir (3, 5, 16)

Febril konvülziyonun prognozu iyi olmasına karşın ebeveynler tarafından çocuklarını nöbet geçirirken görmek korkutucu ve travmatiktir (1, 13, 24). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ebeveynlerin çoğu FK ile karşılaştığında çaresizce acil servislere başvurmakta ve çocuğunun tedavi edilmesini beklemektedir (18, 25). Ebeveynlerin çoğu çocuklarının öleceğini, kalıcı bir hasar kalacağını ve gelecekte epilepsi gelişeceğini düşünmektedir (18, 26, 27). Ebeveynlerin FK konusundaki yanlış bilgileri, kaygı ve endişelerini daha da arttırmakta, olumsuz tutum geliştirmelerine ve FK sırasında yanlış uygulamaların yapılmasına neden olmaktadır (4, 28-30). Literatürdeki çalışmalarda ebeveynlerin FK konusundaki bilgilerinin bölgelere ve kültürlere göre farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir (24, 25, 28-35). Bazı toplumlarda FK'nın kötü ruhlar, şeytan, büyü sebebiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (28-33). Öğrenilen bu yanlış bilgiler nedeniyle bu toplumlarda FK sırasında çocuklara zarar verici uygulamaların yapıldığı bilinmektedir (30, 32-34). Febril konvülziyon sırasında çoğunlukla farmakolojik olmayan geleneksel tehlikeli yöntemlerin kullanıldığı belirlenmiştir (29, 30). Ülkemizde de ebeveynlerin çoğunlukla yanlış bilgi kaynakları tarafından öğrenilmiş uygulamalara yöneldikleri, FK sırasında çocuğun ağzına yabancı cisim sokma, sallama ve kalp masajı yapma gibi uygulamaların yapıldığı belirlenmiştir (34). Ayrıca ebeveynlerde çocuklarının tekrar FK geçireceği korkusuyla ateş fobisi oluştuğu, sık sık ateş ölçtükleri ve bu nedenle ebeveynlerin uyku problemleri yaşadıkları belirlenmiştir (24, 35).

İlk kez ve birden fazla FK ile karşılaşan ebeveynlerin bilgi düzeylerinde farklılık olmadığı bu nedenle ebeveynlerin FK'ya ilişkin korku ve anksiyetelerinin azalmadığı belirtilmektedir (34). Febril konvülziyon çocuk sağlığının korunması ve sürdürülmesi açısından önemli bir durumdur ve sağlık profesyonellerinin ebeveynlerin FK ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemesi gerekmektedir (35). Febril konvülziyonun yaşamı tehdit eden bir olay olmadığı, kalıcı bir hasar bırakmadığı ve basit FK sonucunda epilepsi gelişme ihtimalinin düşük olduğu, FK sırasında sakın kalınması, güvenli bir ortamda çocuğu koruması ve yan yatırması, nöbet süresini ve şeklini gözlemesi, nöbet bittiğinde acil servise götürmesi, çocuğa zarar verici uygulamalardan kaçınması gerektiği anlatılmalıdır (4, 23, 24, 36).

Febril konvülziyon çocuk acil vakaları içinde basit bir olgu olarak düşünülse de ebeveynlerin FK deneyimi çok zorlu bir süreçtir. Bu nedenle ebeveynlerin FK konusundaki bilgi eksiklikleri, olumsuz tutumları ve yanlış uygulamaları acil servislerin yoğunluğu

nedeniyle gözden kaçmamalıdır (6, 19). Bu nedenle bu çalışma çocuk acil servisine FK tanısıyla başvuran çocuk ebeveynlerinin FK'ya yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemeyi hedeflemektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Febril Konvülziyon

2.1.1. Tanımı

Febril konvülziyon (FK) tanımına M.Ö 2080 yılında ilk kez Hamurabi'nin Babil kanunlarında yer verilmiştir. Hipokrat ise ilk kez FK'yı milattan 400 yıl önce yaş ve ateşle ilişkilendirerek tanımlamıştır (18). Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün (NIH) 1980 yılında yapmış olduğu tanıma göre FK 3 ay ile 5 yaş arasında, başka nöbet sebebi ve intrakranial enfeksiyon bulgusu olmayan, ateş varlığıyla ortaya çıkan bir nöbet türü olarak tanımlanmıştır (4, 5). Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE) ise 1993 yılında FK'yı çocukluk çağının birinci ayından sonra meydana gelen, öncesinde herhangi bir akut nöbet sebebi, afebril ve yenidoğan dönemi nöbet öyküsü bulunmayan, santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonunun eşlik etmediği bir ateşli hastalık nedeniyle görülen nöbet tipi olarak tanımlamıştır (5, 37). Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ise 2008 yılında FK tanımını 6 ay-60 ay arası çocuklarda görülen, merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonu olmaksızın ya da konvülziyona sebep olabilecek belirlenmiş herhangi bir tanı (elektrolit sorunları, metabolik bozukluklar, intoksikasyon) almayan ve önceden afebril nöbet öyküsü olmayan çocuklarda ateş bulgusunun da yer aldığı bir hastalık sırasında ortaya çıkan nöbet şekli olarak tanımlamıştır (4, 26).

2.1.2. Epidemiyoloji

Febril konvülziyon çocukluk döneminde rastlanılan nörolojik bozukluklar arasında en üst sıralarda olan konvülziyon türüdür (1, 13). Sıklıkla 3 ay-6 yaş arasında çocuklarda görülmektedir ve beş yaş altı çocukların %2-5'ini etkilemektedir (2, 3, 21, 26). Çocuklarda en fazla iki yaş civarında zirveye ulaşmaktadır (3). Altı yaş sonrasında görülmesi nadirdir. Erkek cinsiyette kızlara oranla iki kat fazla FK geçirme riski vardır (26, 38). Febril konvülziyon oranları, coğrafi ve sosyoekonomik farklılıklara ve genetik yatkınlığa göre değişmektedir. Amerika ve Avrupa ülkelerinde FK sıklığı daha düşük iken Asya ve Uzakdoğu ülkelerinde yüksek oranlarda olduğu görülmüştür (1, 13). Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da %2-5, Japonya'da %6.9, Hindistan'da %5.1 Guam'da %14.0 olduğu belirlenmiştir (5, 13).

Türkiye' de FK sıklığı, Erdil ve ark. (10) Erzurum'da yaptıkları çalışmada %6.4, Ateşoğlu ve ark. (11) İzmir'de yaptıkları çalışmada %4.8 ve Carman ve ark. (39)

Eskişehir’de yaptıkları çalışmada %2.5 olarak belirlenmiştir. ABD, Finlandiya ve Japonya’da yapılan çalışmalarda mevsimsel değişimlerin etkisiyle görülebilecek ateşli hastalıkların FK meydana gelmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (7, 13). Japonya’da FK konusunda yapılan bir çalışma sonucunda Kasım-Ocak aylarında viral ÜSYE ve Haziran-Ağustos aylarında Akut Gastroenterit (AGE) artışı sebebiyle FK sayısının pik yaptığı görülmüştür (36).

2.1.3. Etiyopatogenez

Febril konvülziyon, nörolojik aciller arasında ilk sırada yer almasına rağmen etiopatogenezini tam olarak açıklanamamaktadır (4, 27). Febril konvülziyon gelişimini tetikleyen en önemli risk faktörleri genetik ve çevresel faktörlerdir (26, 40). Febril konvülziyonun gelişmekte olan MSS’nin genetik ve çevresel faktörler sebebiyle ateşe karşı duyarlılığının azalması sonucunda meydana geldiği düşünülmektedir (8, 13). Yaş, genetik faktörler, ateş seviyesi, aşılama, sitokinler, elektrolit dengesizlikleri, santral termoregülasyon denge bozuklukları, enfeksiyonlar, santral sinir sisteminin olgunlaşmasındaki gecikme gibi birçok etken olduğu düşünülmektedir (6, 41-44). Son çalışmalarda demir ve çinko eksikliğinin de FK’yi tetiklediği belirlenmiştir (45, 46). FK’nın ortaya çıkmasında en önemli risk faktörlerinin ateş, yaş ve genetik etkisi olduğu düşünülmektedir (42, 43).

2.1.4. Risk Faktörleri

2.1.4.1. Ateş

Çocuklarda FK tanısının konulabilmesi için ateş semptomunun olması gereklidir (6). Ateş, genetik yatkınlığı olan çocuklarda çevresel faktörlerinde etkisiyle SSS’yi uyarak nöbet oluşumunu tetiklemektedir (21). Amerikan Pediatri Akademisi’nin tanımında FK gelişimine neden olan ateş 38°C ve üzeridir ancak FK’ya sebep olabilecek ateş düzeyi kesin olarak açıklanamamıştır (8, 47).

Ateşin yüksek seviyede olmasının yanında, ateşin yükselme hızının da FK gelişimindeki rolü büyüktür (8). Ancak literatürdeki çalışmalarda ateş yüksekliğinin, ateşin yükselme hızına göre FK için en önemli risk faktörü olduğu açıklanmaktadır (7, 48).

Febril konvülziyon ateş ortaya çıkmadan, ateş varlığında ya da ateşin ortaya çıkışından 24 saat sonra meydana gelebilmektedir (1, 6, 28, 48). Febril konvülziyon gelişiminde ateşin ortaya çıkmasındaki etkenler %80 viral kaynaklıdır. En sık viral

enfeksiyonlar human herpes virus tip 6 ve 7 (HHV-6, HHV7), adenovirüs ve influenza tip A ve B olduğu belirlenmiştir (9, 48).

Febril konvülsiyona eşlik eden diğer faktörler ise ÜSVE, otitis media, tonsillit, üriner sistem enfeksiyonları, gastroenterit ve aşılama olduğu görülmüştür (21, 47). Hastalıklar arasında en sık ÜSVE'nin FK'ya eşlik ettiği belirlenmiştir (3, 4). Aşılama FK'yı etkileyen önemli bir risk faktörüdür. (1, 36, 49). Difteri-boğmaca-tetanoz aşısı sonrası 48 saat içinde ve kızamık- kızamıkçık- kabakulak aşısı sonrası 7-14 gün sonra ateşe bağlı FK meydana gelebilir bu nedenle ateş takibi önerilmektedir (6).

Mevsimsel değişiklikler, FK sayısında artışa neden olan belirleyici bir etmendir (36). Kış aylarında artan viral ÜSVE ve yaz aylarındaki AGE enfeksiyonlarının artışı yüksek ateşe sebep olacağından FK sayısının pik seviyeye çıkmasına sebep olmaktadır (29).

2.1.4.2. Yaş

Febril konvülsiyon, çocukluk çağında sıklıkla 3 ay-6 yaş arasında görülmektedir (15). Bu yaş grubu çocukların beyin gelişiminin devam ettiği ve bu nedenle nörotransmitterler arasındaki dengenin sağlanamamasından konvülsiyona karşı daha duyarlı oldukları belirlenmiştir (17). Febril konvülsiyon üç yaş altı çocuklarda daha sık görülmektedir. MSS olgunluğunun sağlanamaması küçük çocukların FK da dahil olmak üzere konvülsiyonlara daha çok yatkın olduğunu ve daha sık meydana geldiğini açıklamaktadır (4, 13, 26). Altı yaş sonrasında FK'nın meydana gelmesi beklenmemektedir ancak %3-4 oranında nadir de olsa görülebilmektedir (15).

2.1.4.3. Genetik

Çocuklarda FK'nın meydana gelmesi için genetik yatkınlığın olması FK açısından en önemli risk faktörlerinden birisidir (14). Ailede FK geçirmiş birisinin olması çocuklarda FK geçirme riskini arttırmaktadır (21, 36). Febril konvülsiyon konusunda yapılan tüm çalışmalarda, çocuklarda ilk FK, tekrarlayan FK ya da FSE (Febril Status Epileptikus) durumlarında özellikle risk faktörlerine bakıldığında çocukların birinci veya ikinci derece yakınlarından birinin FK geçirdiği dikkat çekmiştir (6, 13). Febril konvülsiyon geçiren çocukların %25-40' ının ailesinde FK olduğu ve %10-20' sinin birinci derece yakını olduğu belirlenmiştir (5, 50). Literatürde yapılan ikiz çalışmalarında FK'nın görülme oranının, monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (26,

36, 51). Febril konvülziyon üzerinde genetiğin en önemli risk faktörü olduğu kanıtlanmış olsa da, açıklanan bazı gen dizilimleri dışında kalıtım şekli kesin değildir (50).

2.1.5. Klinik Özellikleri

Febril konvülziyonlar klinik tiplerine göre çoğunlukla jeneralize, tonik-klonik nöbetlerdir (49). Febril konvülziyon geçiren bir çocukta başlangıçta bilinç kaybı, apne, sabit bakış, gözlerin geri yuvarlanması, solgun ve siyanotik cilt, kollarda ve bacaklarda seğirme ilerleyen evrede tüm vücutta tekrarlayan hareketler, sıçramalar görülebilmektedir (4).

2.1.6. Sınıflandırma

Febril konvülziyon basit ve komplike olmak üzere iki şekilde tanımlanmaktadır (8, 9). Ateşli nöbetlerin %90'ını basit FK oluşturmaktadır (26). Basit FK nörolojik yönden herhangi bir sağlık sorunu olmayan çocuklarda 15 dakikadan kısa, nöbeti takiben 24 saat içinde tekrarlaması beklenmeyen, postiktal patolojik bulguların olmadığı tonik-klonik olan jeneralize nöbetlerdir (52). Nöbet sonrasında çocuklar kısa sürede normale döner ancak bazı çocuklarda uzamış sersemlik ve ajitasyon görülebilir (49). Basit FK geçiren ve iyi prognoza sahip, nörolojik olarak herhangi bir bulgusu olmayan çocuklarda Elektroensefalografi (EEG) ve Bilgisayarlı Tomografi (CT) önerilmemektedir (53). Komplike FK ise fokal başlangıcı olan ya da atak sırasında fokal belirtiler gösteren, 15 dk dan fazla ve 24 saat içinde tekrarlayan çok sayıda nöbetin görüldüğü, postiktal nörolojik anormalliklerle sonuçlanabilen nöbetlerdir. Komplike FK'nın uzaması durumunda FSE gelişebilir (36, 22). Febril Status Epileptikus, 30 dakikadan uzun süren, genellikle bilinç kaybının olduğu ve nöbeti durdurmak için antikonvülzan kullanımının gerekli olduğu nöbetlerdir (1, 22).

2.1.7. Tedavi Yaklaşımı

Febril konvülziyon çoğunlukla basit tipte olduğundan acil servise gelmeden önce kendiliğinden durmaktadır. Nöbet kendiliğinden durduysa nöbete yönelik herhangi bir tedavi uygulanmamakta, ateşin ana kaynağını belirleyip, buna yönelik bir tedaviye başlanmalıdır (16, 22). Febril konvülziyonun tekrarını önlemek için 24 saat içinde 4 saat aralıklarda antipiretikler uygulanarak gözlem altında tutulmalıdır (6, 27). Basit FK'nın görüldüğü olgularda bir tedavi endikasyonu yoktur (16, 27, 23).

2.1.7.1. Acil Tedavi

Acil servise FK ile gelen ve nöbeti durmamış bir çocuk hastada ilk olarak hava yolu açıklığı sağlanarak, sekresyonu aspire edilmeli, oksijenizasyonu sağlanmalı ve dolaşımı değerlendirilmelidir (4, 6). Monitörize edilerek, vital bulguları takip edilmeli ve damaryolu açılmalıdır. Akut dönemde nöbeti hızlı bir şekilde kontrol altına almak ve yaşamsal bulguların stabilizasyonunu sağlamak önemlidir. Damaryolu açıldıysa ilk olarak benzodiazepin ilaç grubu tercih edilmektedir (3, 26, 49). Bu gruba ait ilaçlardan ülkemizde diazepam ve midazolam bulunmaktadır (14). Diazepam 0.2-0.3 mg/kg, midazolam 0.1-0.2 mg/kg intravenöz (IV) olarak nöbet durdurmak için kullanılır (49). Damaryolunun açılmaması durumunda midazolam 0.2 mg/kg intramüsküler (IM), intranasal (IN) ve intrabukkal (IB) 0.2-0.3 mg/kg olarak verilmesi önerilmektedir (6). Literatürde yapılan çalışmalarda IM olarak yapılan midazolamın IV yapılan lorazepam ile benzer şekilde nöbet durdurucu etkinliğinin olduğu görülmüştür (14). Acil servislerde başka bir seçenek olarak rektal diazepam 0.2-0.5 mg/kg kullanılmakta ve IB 0.5 mg/kg, IN 0.2 mg/kg olarak da kullanımı önerilmektedir (1, 15). İlk tedavi yaklaşımı sonrasında 5-10 dakika içinde nöbet durmazsa doz tekrarlanmalıdır (1, 3). İki doz benzodiazepin tedavisine yanıt alınamadığı durumlarda status epileptikus tedavi protokolü uygulanmalıdır (6).

2.1.7.2. Profilaktik Tedavi

Profilaktik tedavi basit FK tedavisinde önerilmemektedir (3, 6). 15 dakika ve daha uzun süren, anormal nöbet bulgusu olan ve 24 saat içinde tekrarlayan nöbetlerde, konvülsiyona neden olan ateş 38°C' den düşük ise, çocuğun ilk FK geçirdiği yaş bir yaşın altında ve ailesinde FK ya da epilepsi öyküsü varsa aralıklı profilaktik diazepam tedavisi önerilmektedir (5, 6). Bunun yanında FK yönetimi zayıf, hastaneye ulaşımı zor ve anksiyetesi yüksek ebeveynlere sahip olgularda aralıklı profilaktik tedavi genellikle uygun görülebilir (16). Aralıklı profilaktik tedavide diazepam rektal ya da oral yoldan 0,3-0,5 mg/kg uygulanabilir (9, 14). Rektal diazepam kullanımı diğer ülkelerde de FK'nın evde yönetimi için iyi bir seçenektir (6, 17). Ebeveynlere rektal diazepam kullanımı ve oluşabilecek yan etkileri konusunda mutlaka bilgi verilmelidir (21, 22, 53). Sürekli profilaktik tedavi genellikle epilepsi gelişme riski olan olgularda ve profilaktik diazepam tedavisinin yeterli olmadığı hastalarda kullanılmaktadır. Fenobarbitol 3-5 mg/kg, valproat 20-30 mg/kg ya da levetirasetam 20-30 mg/kg kullanımı günlük olarak önerilmektedir ancak yan etkileri oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (53).

2.1.8. Febril Konvülziyonda Hemşirelik Yaklaşımı

Acil servise FK tanısıyla gelen çocukları ilk karşılayan sağlık profesyonelleri genellikle hemşirelerdir ve bu nedenle bu sürecin yönetiminde de kilit rol oynamaktadırlar (21). Febril konvülziyon hem çocuk hem de aile için travmatik bir durumdur bu nedenle acil servis hemşireleri nöbet geçiren çocuğa yönelik bir bakım planlarken aileyi de bu sürece dahil etmeli ve çok yönlü bir hemşirelik yaklaşımında bulunmalıdır (4). Hemşirelik yaklaşımları konvülziyon sırasında çocuk zarar görmeden konvülziyonu durdurmak, nöbet tekrarını önleyebilmek için risk faktörlerini belirlemek ve olası bir FK'yı önlemek için profilaktik tedavinin uygulanmasını sağlamak, aileyi FK konusunda bilgilendirmek, korku ve endişelerini azaltmaktır (3, 23). Genellikle basit tipte FK geçiren çocuklarda hastane yatışı, profilaktik ya da uzamış bir tedavi düşünülmemektedir. Bu olgularda en önemli yaklaşım çocuğun stabilizasyonunu sağladıktan sonra ailenin bilgilendirilmesidir (10). Hemşireler, FK geçiren çocuğa gerekli müdahaleyi yaptıktan sonra ebeveynlere FK'nın çocukta herhangi bir hasara yol açmayan basit tipte, epileptik olmayan bir nöbet olduğu, prognozunun genellikle iyi seyirli olduğu, risk faktörleri sebebiyle tekrarlayabileceğini ve nöbet sırasında neler yapması gerektiğini açıklamalıdır (4, 23). Febril konvülziyon genellikle ateşle ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle öncelikle ailelere endişe yaratmadan ateşli çocuğa yaklaşımın nasıl olması gerektiği anlatılmalıdır (3, 27). Antipiretiklerin FK'yı önleme konusu literatürde bir netlik olmamasına karşın, ateşi kontrol altına almayı sağlaması sebebiyle ailelere antipiretik grubu ilaçları nasıl kullanmaları gerektiği konusunda bilgi verilmelidir (3, 15). Bunun yanında ateşi olan çocuğun kıyafetlerinin çıkarılarak, ılık uygulama yapılması da önerilmelidir (54).

Ailelerde ikinci ve en önemli bilgi eksikliğinin olduğu konu ise nöbet sırasında ne yapmaları gerektiğini bilmemeleridir. Ebeveynlere nöbet sırasında çocuğu korumaları, yumuşak bir yüzeyde yan yatırmalarını, nöbetin şeklini, süresini gözlemleyerek nöbetin bitmesini beklemelerini ve daha sonra en kısa sürede sağlık kuruluşuna getirmeleri söylenmelidir (15, 16, 23). Nöbet sırasında çocuğa herhangi zarar verici bir müdahalede bulunmamaları, bir cisimle ağzını açmaya çalışmamaları anlatılmalıdır (16). Profilaktik tedavi olarak rektal diazepam önerilen çocuklarda ailelere rektal diazepam kullanımını uygulamalı olarak göstermelidir (3, 15). Hemşireler nöbet yönetimini en başından sonuna kadar en iyi şekilde sürdürmeli ve bu süreçte empatik yaklaşımı mutlaka benimsemelidir (21).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma çocuk acil servisine febril konvülsiyon tanısıyla başvuran çocukların ebeveynlerinin febril konvülsiyona ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek için tanımlayıcı tipte gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Rize İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisinde Temmuz 2022- Ekim 2022 tarihleri arasında yürütüldü. İl merkezine bağlı tek çocuk acil servisi bulunmaktadır. Çocuk acil servisi hafta içi ve hafta sonu 24 saat kesintisiz olarak travma vakaları hariç 3. basamak acil servis yönetmeliğine göre hizmet vermektedir. Çocuk acil servisinde çocuk sağlığı ve hastalıkları ABD'de 18 uzman, 5 asistan, 18 pratisyen hekim ve 24 hemşire görev almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisine FK tanısıyla başvuran çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Bir önceki yıla ait çocuk acil servisine FK tanısıyla başvuran ebeveyn sayısı 120 kişi olarak belirlendi. Araştırmanın örneklemi evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak hesaplandı. Formüle göre evrenden %95 güven düzeyi ve %5 örnekleme hatası ile seçilmesi gereken minimum örneklem sayısı 92 kişi olarak belirlendi. Araştırmanın örneklemi çocuk acil servisine Temmuz 2022- Ekim 2022 tarihleri arasında başvuran çocuğu FK tanısı alan 92 ebeveyn oluşturdu.

$$\text{Örneklem sayısı; } n = \frac{N \times t^2 \times p \times q}{(N-1) \times d^2 + t^2 \times p \times q} = \frac{120 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(120-1) \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 91,62$$

n : Örnekleme dahil edilecek kişi sayısı

N : Çalışma evrenindeki kişi sayısı

p : evrende bir olayın gözlenme oranı

q : evrende bir olayın görülme oranı

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde,

z : Tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Örnekleme hatası

3.3.1. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisine çocukları ilk ve tekrarlayan FK tanısıyla başvuran, iletişim ve zihinsel sorunu olmayan ebeveynler araştırmaya dahil edildi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerini ve febril konvülsiyona yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemeyi hedefleyen altı bölümden oluşan anket formu kullanıldı (Ek-1).

3.4.1. Anket Formu

Anket formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (28, 55, 56). Anket formu altı bölümden oluştu. Birinci bölüm ebeveynlere ve çocuğa yönelik sosyodemografik bilgilerin yer aldığı (ebeveynin yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, mesleği, eğitim durumu, çocuk sayısı, aile tipi, gelir durumu, çocuğun yaşı, cinsiyeti, kronik hastalık varlığı) 13 soru, ikinci bölümde ebeveynlerin ve çocuğun FK ya ait tanımlayıcı özelliklerinin olduğu (İlk FK yaşı, nöbet süresi, FK'ya neden olabilecek mevcut durumlar, FK sıklığı, ailede FK varlığı, FK nedenlerini bilme durumu, eğitim alma isteği vb.) 18 soru, üçüncü bölümde ebeveynlerin ateş ve ateşe yönelik bilgilerine ilişkin (normal vücut sıcaklığını bilme, ateşin hangi bölgeden ölçüm yapıldığı, ateşi düşürmek için yapılan uygulamalar vb.) 5 soru, dördüncü bölümde ebeveynlerin FK bilgilerine ilişkin (FK kalıcı bir hastalık oluştur mu, ateşi düşürmek FK'yı önler mi, FK epilepsi midir vb.) 9 soru, beşinci bölümde ebeveynlerin FK'ya ilişkin tutumlarına ait (FK geçiren çocuğuma daha fazla dikkat ve özen gösteririm, çocuğum tekrar FK geçirebilir, kardeşlerinin de FK geçireceğini düşünüyorum vb.) 13 soru ve altıncı bölümde ebeveynlerin FK uygulamalarına ilişkin (İlk FK deneyimi sırasında yapılan uygulamalar, acil servise gelmeden önce evde yaptıkları uygulamalar ve FK sırasında yapılması ve yapılmaması gereken ilk yardım uygulamaları) 7 soru ve toplamda 65 soru bulunmaktadır.

3.5. Veri toplama Süreci

Veriler, çocuk acil servisine FK şikayetiyle gelen çocukların ebeveynlerinden yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından anket formu kullanılarak toplandı. Veriler ebeveynlerden çocuklarının nöbeti kontrol altına alındıktan sonra müşahade alanında altı saat takip süreci içerisinde toplandı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı kullanarak analiz edildi. Araştırmaya katılan çocuk ve ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanıldı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Rize iline ait tek çocuk acil servisi olması ve araştırma sonuçlarının Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisine başvuran ebeveynlere genellenebilir olması araştırmanın sınırlılığı olarak görülmüştür. Araştırma verileri, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ebeveynlerden elde edilmiştir. Gönüllü olmayan ebeveynlerin araştırmaya dahil edilememesi araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

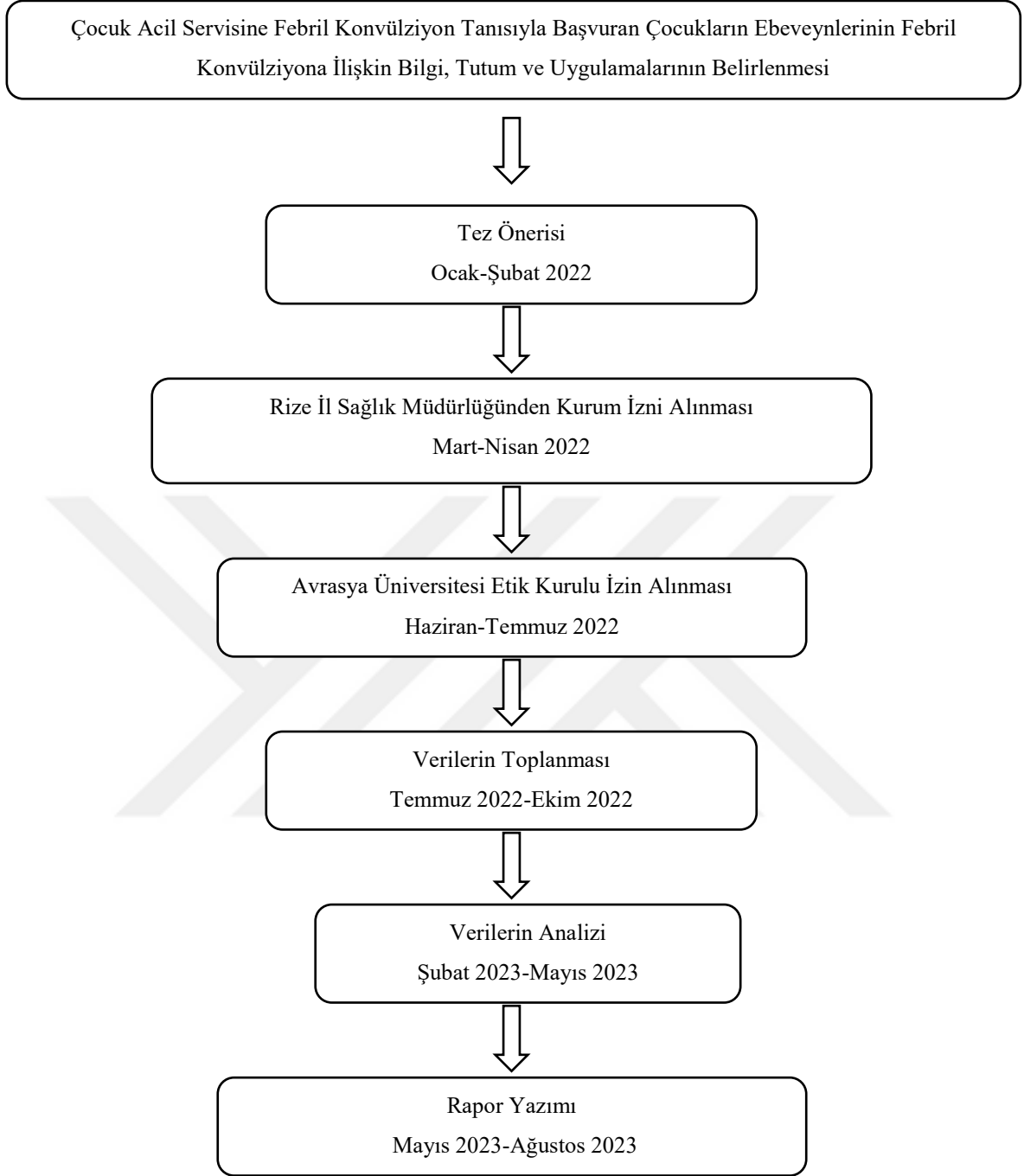
3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Rize İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (Ek-2) (01.04.2022 tarihli /E-64247179-799 sayılı), Avrasya Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul izni (Ek-3) (07.07.2022 tarihli /69268593 sayılı) izinleri alındı.

Araştırmadan elde edilen verilerin bilimsel amaçla kullanılacağı ebeveynlere sözlü ve yazılı olarak açıklanmış ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan ebeveynlere gerekli bilgiler verilerek yazılı onamları (EK-4) alındı.

3.9. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 1'de gösterilmektedir.



Şekil 1. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde çocuk acil servisine febril konvülziyon tanısıyla başvuran çocukların ebeveynlerinin febril konvülziyona ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular sunuldu.

Tablo 1. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=92)

Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max
Annenin yaş ortalaması (yıl)	35.4±6.5	25-44
Babanın yaş ortalaması (yıl)	32.6±5.6	22-47
	n	%
Ebeveyn		
Anne	77	83.7
Baba	15	16.3
Annenin eğitim durumu (n=77)		
İlkokul mezunu	13	16.9
Ortaokul mezunu	12	15.6
Lise mezunu	23	29.9
Üniversite mezunu	29	37.6
Babanın eğitim durumu (n=15)		
Ortaokul mezunu	1	6.6
Lise mezunu	7	46.7
Üniversite mezunu	7	46.7
Annenin çalışma durumu (n=77)		
Çalışıyor	21	27.3
Çalışmıyor	56	72.7
Babanın çalışma durumu		
Çalışıyor	15	100.0
Annenin mesleği (n=77)		
Ev Hanımı	51	66.2
Özel Sektör	14	18.2
Kamu	12	15.6
Babanın mesleği (n=15)		
Özel Sektör	8	53.3
Kamu	7	46.7
Çocuk sayısı		
1	27	29.3
2	31	33.7
3 ve üzeri	34	37.0
Aile Tipi		
Çekirdek	75	81.5
Geniş	17	18.5
Algılanan gelir durumu		
Gelir giderden az	13	14.1
Gelir gidere eşit	62	67.4
Gelir giderden fazla	17	18.5

Tablo 1’de ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin %83.7’sini annelerin oluşturduğu, annelerin yaş ortalamasının 35.4 ± 6.5 , babaların ise 32.6 ± 5.6 olduğu belirlendi. Annelerin %37.6’sının üniversite mezunu olduğu, %72.7’sinin çalışmadığı ve %66.2’sinin ev hanımı olduğu saptandı. Babaların ise %46.7’sinin lise ve %46.7’sinin üniversite mezunu olduğu, tamamının çalıştığı ve %53.3’ünün özel sektörde çalıştığı belirlendi. Ebeveynlerin %37.0’ının 3 ve üzeri çocuğa, %81.5’inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %67.4’ünün gelirini giderine eşit olarak algıladığı saptandı.

Tablo 2. Çocukların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=92)

Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max
Çocukların yaş ortalaması (Ay)	30.0 $\pm$ 18.0	6-96
	n	%
Cinsiyeti		
Erkek	58	63.0
Kız	34	37.0
Çocuğun herhangi bir kronik hastalığı olma durumu		
Evet (otizm)	1	1.0
Hayır	91	99.0

Tablo 2’de çocukların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çocukların yaş ortalamasının 30.0 $\pm$ 18 ay ve %63.0’ının cinsiyetinin erkek olduğu, çocuklardan sadece birinin (%1.0) kronik hastalığa sahip olduğu ve kronik hastalığının ise otizm olduğu saptandı.

Tablo 3. Çocukların FK ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=92)

Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max
İlk kez FK geçirdiği yaş ortalaması (Ay)	24.0±14.0	6-60
Nöbet süresi (Dakika)	3.8±3.4	1-20
	n	%
FK'ya eşlik eden mevcut durumlar* (n=44)		
Üst solunum yolu enfeksiyonu	24	54.5
Orta kulak iltihabı	6	13.7
İdrar yolu enfeksiyonu	6	13.7
Alt solunum yolu enfeksiyonu	5	11.3
Aşı olma	2	4.5
Akut gastroenterit	1	2.3
Çocuğun FK geçirmemesi için ilaç kullanma durumu		
Evet	4	4.3
Hayır	88	95.7
FK geçirmemesi için kullanılan ilaçlar (n=4)		
Keppra	2	50.0
Depakin	1	25.0
Epixx	1	25.0
FK geçirme sayısı		
1	65	70.6
2	19	20.7
3 ve üzeri	8	8.7

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 3’de çocukların FK ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Çocukların ilk kez FK geçirdikleri yaş ortalamasının 24.0±14.0 ay, nöbet sürelerinin ise 3.8±3.4 dakika olduğu saptandı. Febril konvülsiyona eşlik eden mevcut durumların %54.5’inin üst solunum yolu enfeksiyonu, %13.7’sinin orta kulak iltihabı ve idrar yolu enfeksiyonu, %11.3’ünün alt solunum yolu enfeksiyonu, %4.5’inin aşı olma ve %2.3’ünün akut gastroenterit nedeniyle olduğu belirlendi. Çocukların %4.3’ünün FK geçirmemesi için ilaç kullandığı ve kullanılan ilaçların %50.0’inin Keppra, %25.0’inin Depakin ve %25.0’inin Epixx olduğu belirlendi. Çocukların çoğunun 1 kez (%70.6) FK geçirdiği belirlendi.

Tablo 4. Ebeveynlerin FK ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=92)

Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max
FK'ya neden olan vücut sıcaklık ortalaması (°C)	38.7±1.0	36.5-42.0
	n	%
FK'ya neden olan vücut sıcaklığını bilme durumu		
Evet	62	67.4
Hayır	30	32.6
FK nedenlerini bilme durumu		
Evet	50	54.3
Hayır	42	45.7
FK ana nedenleri* (n=174)		
Enfeksiyon	41	23.6
Ateşli olma	30	17.2
Ateşin yükselme hızının süratli olması	30	17.2
Genetik faktörler	24	13.8
Aşı olma	16	9.2
Çocuğun yaşı	10	5.8
Çocuğun yatkınlığı	8	4.6
Çocuğun yuvaya gitmesi	8	4.6
Nazar uğursuzluk	5	2.9
Yenidoğan servisinde yatmış olmak	2	1.1
FK daha önce duyma durumu		
Evet	80	87.0
Hayır	12	13.0
Daha önce FK bilgisini öğrendiği kaynak* (n=111)		
İnternet	35	31.5
Komşu	25	22.5
Doktor/Hemşire	23	20.7
Televizyon	15	13.5
Seminer	7	6.3
Kitap/Dergi	6	5.5
FK sırasında yapılacak uygulamaları bilme durumu		
Evet	45	48.9
Hayır	47	51.1
Eğitim alma isteği		
Evet	70	76.1
Hayır	22	23.9

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 4’de ebeveynlerin FK ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. FK’ya neden olan vücut sıcaklığını ebeveynlerin %67.4’ünün bildiği ve 38.7±1.0 olarak ifade ettikleri belirlendi. Ebeveynlerin %54.3’ünün FK’nın nedenlerini bildiğini belirttiği ve ana neden olarak % 23.6’sı enfeksiyon, %17.2’si ateşli olma, %17.2’si ateşin yükselme hızının süratli olması, %13.8’i genetik faktörler, %9.2’si aşı olma, %5.8’i çocuğun yaşı, %4.6’sı çocuğun yatkınlığı ve %4.6’sı çocuğun yuvaya gitmesi, %2.9’u nazar ve uğursuzluk, %1.1’i yenidoğan servisinde yatmış olmak şeklinde belirtti. Ebeveynlerin %87.0’ının FK’yı daha önce duyduğu saptandı. Ebeveynlerin

%31.5'inin FK hakkında internetten, %22.5'inin komşudan, %20.7'sinin doktor/hemşireden, %13.5'inin televizyondan, %6.3'ünün seminerden ve %5.5'inin kitap ve dergiden bilgi edindiği belirlendi. Ebeveynlerin %51.1'inin FK sırasında yapılacak uygulamaları bilmediği ve %76.1'inin FK konusunda ilk yardım almak istediği belirlendi.

Tablo 5. FK geçiren çocuğun ailesinde FK ve epilepsi varlığının dağılımı (n=92)

Ailede FK varlığı		
Evet	53	57.6
Hayır	39	42.4
Ailede FK geçiren kişi (n=53)		
Ebeveynin kendisi	20	37.7
Anne tarafı	17	32.1
Kardeş	10	18.9
Baba tarafı	6	11.3
Ailede epilepsi olan birinin varlığı		
Evet	14	15.2
Hayır	78	84.8
Ailede epilepsi olan kişi (n=14)		
Anne tarafı	8	57.1
Baba tarafı	4	28.6
Kardeş	2	14.3

Tablo 5' de FK geçiren çocuğun ailesinde FK ve epilepsi varlığının dağılımı yer almaktadır. Ebeveynlerin %57.6'sının ailesinde FK görüldüğü, FK'yı geçiren kişilerin %37.7'sinin ebeveynin kendisi, %32.1'inin anne tarafı, %18.9'unun kardeş ve %11.3'ünün baba tarafı olduğu saptandı. Ebeveynlerin %15.2'sinin ailesinde epilepsi görüldüğü, epilepsi geçiren kişilerin %57.1'inin anne tarafı, %28.6'sının baba tarafı ve %14.3'ünün kardeş olduğu belirlendi.

Tablo 6. Ebeveynlerin çocuklarının ateşine yönelik bilgi ve uygulamalarının dağılımı (n=92)

Bilgi ve uygulamalar	n	%
Normal vücut sıcaklığını bilme durumu (n=92)		
Biliyor	80	87.0
Bilmiyor	12	13.0
Ateşin hangi bölgeden ölçüldüğü* (n=159)		
Koltukaltı	61	38.4
Alın	49	30.8
Boyun	33	20.8
Kulak	12	7.6
El bileği	2	1.2
Ağız	2	1.2
Ateşi düşürmek için yaptıkları uygulamalar* (n=324)		
Ateş düşürücü ilaç verme	86	26.5
Suyla ılık uygulama yapma	77	23.7
Kıyafetlerini çıkarma	76	23.4
Acile götürme	61	18.9
Sirkeli suyla ılık uygulama yapma	23	7.2
Eklemlerine limon sürme	1	0.3
Ateş düşürücünün ne zaman verildiği* (n=141)		
Dokunarak ateş hissettiğinde	75	53.1
Derece 37.5 ve üzeri olduğunda	56	39.7
Ilık uygulama sonrasında	8	5.6
Acile götüreceğinden vermeme	2	1.6
Ateşi düşürmek için kullanılan ilaç* (n=115)		
Parasetamol (calpol, parol)	77	67.0
İbuprofen (dolven, pedifen)	37	32.0
Kullanmayan	1	1.0

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 6’da ebeveynlerin çocuklarının ateşine yönelik bilgi ve uygulamalarının dağılımı yer almaktadır. Ebeveynlerin %87.0’ının vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade ettiği belirlendi. Ateşin ölçüm bölgesine göre sırası ile %38.4 koltukaltı, %30.8 alın, %20.8 boyun, %7.6 kulak, %1.2 el bileği ve %1.2 ağız kullanıldığı belirlendi. Ateşi düşürmek için yapılan uygulama olarak ebeveynlerin %26.5’inin ateş düşürücü ilaç verdiği, %23.7’inin su ile ılık uygulama yaptığı, %23.4’ünün kıyafetlerini çıkardığı, %18.9’unun acile götürdüğü, %7.2’sinin sirkeli su ile ılık uygulama yaptığı ve %0.3’ünün eklemlerine limon sürdüğü belirlendi.

Ebeveynlerin %53.1'inin eli ile ateş hissettiğinde, %39.7'sinin ateş derecesi 37.5°C ve üzeri olduğunda, %5.6'sının ılık uygulama sonrasında ateş düşürücü verdiği ve %1.6'sının acil servise götüreceğinden ateş düşürücü vermediği saptandı. Ateşi düşürmek için %67.0'ının parasetamol, %32.0'ının ibuprofen grubu ilaç kullandığı ve %1.0'ının ilaç kullanmadığı belirlendi.

Tablo 7. Ebeveynlerin FK ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı (n=92)

Sorular	Doğru cevap	n	%
FK kalıcı bir hastalık oluşturur mu			
Evet	Y	57	61.9
Hayır		8	8.7
Bilmiyorum		27	29.4
Ateşi düşürmek FK'ı önler mi			
Evet	D	57	61.9
Hayır		10	10.8
Bilmiyorum		25	27.3
FK geçiren her çocuk için EEG* veya CT** gerekli midir			
Evet	Y	41	44.6
Hayır		11	11.9
Bilmiyorum		40	43.5
FK yaşamı tehdit eden bir olay mıdır			
Evet	Y	57	61.9
Hayır		14	15.2
Bilmiyorum		21	22.9
FK epilepsi midir			
Evet	Y	4	4.3
Hayır		46	50.0
Bilmiyorum		42	45.7
FK tekrarlar mı			
Evet	D	72	78.2
Hayır		2	2.2
Bilmiyorum		18	19.6
FK geçiren her çocuk için nöbet önleyici ilaç kullanılmalı mı			
Evet	Y	15	16.3
Hayır		35	38.0
Bilmiyorum		42	45.7
FK sırasında çocuğun kasılmalarını engellemek doğru mudur			
Evet	Y	18	19.6
Hayır		37	40.2
Bilmiyorum		37	40.2
FK sırasında suni teneffüs yapılmalı mıdır			
Evet	Y	3	3.2
Hayır		48	52.2
Bilmiyorum		41	44.6

*EEG: Elektroensefalografi

**CT: Bilgisayarlı Tomografi

Tablo 7’de ebeveynlerin FK ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı yer almaktadır. Ebeveynlerin %61.9’u FK’nın kalıcı bir hastalık oluşturduğunu ve %61.9’unun yaşamı tehdit eden bir olay olduğunu ifade ettikleri, %50.0’nın FK’nın epilepsi olmadığını bildiği belirlendi. Ebeveynlerin %61.9’unun ateşi düşürmenin FK’yı önlediğini, %44.6’sının FK geçiren her çocuk için EEG/CT çektirmek gerektiğini ve %43.5’inin EEG/CT çektirmenin gerekli olup olmadığını bilmediklerini ifade ettikleri belirlendi. Ebeveynlerin %45.7’sinin FK geçiren her çocuk için nöbet önleyici ilaç kullanmak gerekmediğini bilmedikleri, %78.2’sinin FK’nın tekrarladığını bildikleri, %40.2’sinin FK sırasında çocuğun kasılmalarının engellenmemesi gerektiğini bilmedikleri, %52.2’sinin FK sırasında suni teneffüs yapılmaması gerektiğini bildikleri belirlendi.

Tablo 8. Ebeveynlerin FK ile ilgili tutum sorularına verdikleri yanıtların dağılımı (n=92)

Tutum soruları	n	%
FK geçiren çocuğuma daha fazla dikkat ve özen gösteririm		
Evet	89	96.7
Hayır	3	3.3
Çocuğum tekrar FK geçirebilir		
Evet	70	76.1
Hayır	22	23.9
Kardeşlerinin de FK geçireceğini düşünüyorum		
Evet	22	23.9
Hayır	70	76.1
Sık nöbet ataklarının meydana gelmesi beni endişelendirir		
Evet	74	80.4
Hayır	18	19.6
Bir sonraki FK atağında tedavinin gecikmesinden korkarım		
Evet	38	41.3
Hayır	54	58.7
FK sonrasında çocuğumda epilepsi gelişebilir		
Evet	51	55.4
Hayır	41	44.6
FK çocuğumda beyin hasarına sebep olabilir		
Evet	65	70.7
Hayır	27	29.3
FK atağını gece geçireceğinden dolayı kaygılıyım		
Evet	64	69.6
Hayır	28	30.4
FK geçiren çocuğumun ateşini sık sık ölçmeliyim		
Evet	63	68.5
Hayır	29	31.5
FK geçirmiş bir çocuğa sahip olmaktan bazen utanırım		
Evet	2	2.2
Hayır	90	97.8

Tablo 8’de ebeveynlerin FK ile ilgili tutum sorularına verdikleri yanıtların dağılımı yer almaktadır. Ebeveynlerin %96.7’sinin FK geçiren çocuğuna daha fazla dikkat ve özen gösterdiği, %76.1’inin çocuğunun tekrar FK geçirebileceğini, %23.9’unun kardeşlerinin de FK geçireceğini düşündüğü belirlendi. Ebeveynlerin %80.4’ünün sık nöbet ataklarının meydana gelmesinden, %41.3’ünün FK atağı sırasında tedavinin gecikmesinden korktuklarını ifade ettikleri saptandı. Ebeveynlerin %55.4’ünün FK sonrasında epilepsi gelişebileceğini, %70.7’sinin FK’nın beyin hasarına sebep olabileceğini düşündüğü belirlendi. Ebeveynlerin %69.6’sının FK atağını gece geçireceğinden dolayı kaygılı olduğu, %68.5’inin FK geçiren çocuğunun ateşini sık sık ölçmesi gerektiğini düşündüğü ve %2.2’sinin FK geçirmiş bir çocuğa sahip olmaktan bazen utandığı belirlendi.



Tablo 9. Ebeveynlerin çocuklarının ilk FK deneyimi sırasında yaptıkları uygulamaların dağılımı (n=92)

İlk FK uygulamaları	n	%
Hemen acile götürme		
Evet	72	78.3
Hayır	20	21.7
Nöbet bitince acile götürme		
Evet	41	44.6
Hayır	51	55.4
Su ile ıslatma		
Evet	69	75.0
Hayır	23	25.0
Sallayarak uyandırmaya çalışma		
Evet	34	37.0
Hayır	58	63.0
Ağızına cisim sokarak nefes almasını sağlama		
Evet	21	22.8
Hayır	71	77.2
Kalp masajı yapmaya çalışma		
Evet	2	2.2
Hayır	90	97.8
Ateş düşürücü ilaç verme		
Evet	23	25.0
Hayır	69	75.0
Nöbet durdurucu ilaç verme		
Evet	9	9.8
Hayır	83	90.2
Yüzüne üfleyerek nefes almasını sağlama		
Evet	9	9.8
Hayır	83	90.2
Yan yatırma		
Evet	31	33.7
Hayır	61	66.3
Dua okuma		
Evet	29	31.5
Hayır	63	68.5
Sakin kalıp nöbetin bitmesini bekleme		
Evet	19	20.7
Hayır	73	79.3
Vücudunu suya sokarak ateşi düşürme		
Evet	29	31.5
Hayır	63	68.5
Nöbet süresini ve şeklini gözlemleme		
Evet	30	32.6
Hayır	62	67.4
Yumuşak güvenli bir yere yatırma		
Evet	20	21.7
Hayır	72	78.3

Tablo 9’da ebeveynlerin çocuklarının ilk FK deneyimi sırasında yaptıkları uygulamaların dağılımı yer almaktadır. Ebeveynlerin %78.3’ünün hemen acile götürdüğünü, %44.6’sının nöbet bitince acile götürdüğünü, %75.0’inin su ile ıslattığını, %37.0’inin sallayarak uyandırmaya çalıştığını, %22.8’inin ağzına cisim sokarak nefes almasını sağladığını, %2.2’sinin kalp masajı yapmaya çalıştığını, %25.0’inin ateş düşürücü ilaç verdiğini, %9.8’inin nöbet durdurucu ilaç verdiği, %9.8’inin yüzüne üfleyerek nefes almasını sağladığını, %33.7’sinin yan yatırdığını, %31.5’inin dua okuduğunu, %31.5’inin vücudunu suya sokarak ateşini düşürdüğünü, %20.7’sinin sakın kalıp nöbetin bitmesini beklediğini, %32.6’sının nöbet süresini ve şeklini gözlemlediği ve %21.7’sinin yumuşak güvenli bir yere yatırdığını ifade ettikleri belirlendi.

Tablo 10. Ebeveynlerin acil servise gelmeden önce FK geçiren çocuklarına evde yaptıkları uygulamaların dağılımı (n=92)

Uygulamalar	n	%
Çocuğun nöbeti sırasında yanında bulunma durumu		
Evet	90	97.8
Hayır	2	2.2
Nöbet sırasında evde herhangi bir uygulama yapma durumu		
Evet	77	83.6
Hayır	15	16.4
Evde yapılan uygulamalar *(n=91)		
Su ile ıslatma	58	63.8
Ateş düşürücü verme	12	13.1
Nöbet durdurucu ilaç verme	11	12.1
El ile dişleri açma	7	7.7
Yan yatırma	3	3.3
Evde nöbeti durdurmaya yönelik ilaç uygulama		
Evet	11	12.1
Hayır	81	87.9
Evde nöbeti durdurmaya yönelik kullanılan ilaç (n=11)		
Rektal diaksi	10	90.9
Epixx	1	9.1

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 10’da ebeveynlerin acil servise gelmeden önce FK geçiren çocuklarına evde yaptıkları uygulamaların dağılımı yer almaktadır. Ebeveynlerin %97.8’inin çocuğunun nöbeti sırasında yanında bulunduğu ve %83.6’sının nöbet sırasında evde bir uygulama yaptığı belirlendi. Evde yapılan uygulamaların %63.8’inin su ile ıslatma, %13.1’inin ateşi düşürme, %12.1’inin nöbet durdurucu ilaç verme, %7.7’sinin el ile dişlerini açma ve %3.3’ünün yan yatırma olduğu belirlendi. Ebeveynlerin %12.1’inin nöbet sırasında nöbeti

durdurmaya yönelik ilaç uyguladığı ve %90.9'unun nöbeti durdurmak için rektal diaksi uyguladığı saptandı.

Tablo 11.Ebeveynlerin çocukları FK geçirirken yapılması ve yapılmaması gereken uygulamalara yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımı (n=92)

Uygulamalar	Doğru cevap	n	%
Sakin kalmak			
Evet	D	80	87.0
Hayır		12	13.0
Çocuğun vücut ısısını düşürmek			
Evet	D	73	79.3
Hayır		19	20.7
Nöbet belirtilerini ve süresini gözlemlemek			
Evet	D	67	72.8
Hayır		25	27.2
Çocuğu yan yatırmak			
Evet	D	61	66.3
Hayır		31	33.7
Yumuşak ve güvenli bir yüzeyde çocuğu korumak			
Evet	D	51	55.4
Hayır		41	44.6
Çocuğa ilk müdahale yapmadan acile götürmek			
Evet	Y	34	37.0
Hayır		58	63.0
Çocuğun sıkışık dişlerini açmaya çalışmak			
Evet	Y	32	34.8
Hayır		60	65.2
Çocuğu sallamak ve uyandırmak			
Evet	Y	24	26.1
Hayır		68	73.9
Çocuğun kasılmalarına müdahale etmek			
Evet	Y	21	22.8
Hayır		71	77.2
Çocuğun ağzına yabancı cisim sokarak nefes almasını sağlamak			
Evet	Y	17	18.5
Hayır		75	81.5
Suni teneffüs yapmak			
Evet	Y	7	7.6
Hayır		85	92.4
Kalp masajı yapmak			
Evet	Y	4	4.3
Hayır		88	95.7

Tablo 11’de ebeveynlerin FK sırasında yapılması ve yapılmaması gereken uygulamalara yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımları yer almaktadır. Ebeveynlerin %87.0’ı sakın kalmanın, %79.3’ü çocuğun vücut ısını düşürmenin, %72.8’i nöbet belirtilerini ve süresini gözlemlemenin, %66.3’ü çocuğu yan yatırmanın ve %55.4’ü yumuşak ve güvenli bir yüzeyde çocuğu korumanın, %37.0’ı çocuğa ilk müdahale yapmadan acile götürmenin, %34.8’i çocuğun sıkışık dişlerini açmaya çalışmanın, %26.1’inin çocuğu sallamak ve uyandırmanın, %22.8’i çocuğun kasılmalarına müdahale etmenin, %18.5’i çocuğun ağzına yabancı cisim sokarak nefes almasını sağlamanın, %7.6’sı suni teneffüs yapmanın ve %4.3’ü kalp masajı yapmanın FK sırasında yapılması gereken doğru uygulamalar olduğunu ifade ettikleri belirlendi.



5. TARTIŞMA

Febril konvülziyon çocukluk çağında görülen ve acil servise en sık başvuru yapılan nörolojik bozukluklar arasında ilk sıradadır (18). Genellikle iyi bir prognozu olmasına rağmen ebeveynler için korkutucu ve travmatik bir durumdur. Febril konvülziyon ile karşı karşıya kalmak ebeveynler için anksiyetenin en üst seviyeye ulaştığı zor ve üzücü bir deneyimdir (4). Ebeveynlerin nöbet geçiren çocuğunu gördüklerinde nöbet yönetiminin hiç kolay olmadığı, çocuklarının öleceklerini düşündükleri, daha önceden nöbetle karşı karşıya gelseler bile FK konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıkları ve bu nedenle nöbet sırasında yapılacak uygulamaları bilmedikleri literatürdeki çalışmalarda belirtilmiştir (4, 28, 57-59). Bu bölümde çocuk acil servisine FK tanısıyla başvuran ebeveynlerin FK'ya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlenmek amacıyla elde edilen bulgular ile literatür sonuçları karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin çoğunluğunu anneler oluşturmaktadır. Annelerin çoğunun üniversite mezunu ve ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Babaların ise çoğunlukla lise ve üniversite mezunu olduğu, tamamının çalıştığı saptanmıştır. Literatürde çocuğu FK geçirmiş ebeveynlerin dahil edildiği araştırmalarda çoğunlukla annelerle çalışıldığı ya da annelerin sayısının babalardan fazla olduğu görülmektedir. Annelerin sayısının babalardan fazla olması annelerin babalara oranla çocuklarıyla daha fazla zaman geçirmesinden kaynaklı olacağı düşünülmektedir (31, 32, 34, 55, 60-62). Bizim çalışmamızda da literatüre benzer olarak annelerin çoğunun ev hanımı, babaların tamamının çalışıyor olması nedeniyle annelerin FK sırasında çocuklarının yanında olduğu ve acil servise başvurduğu, bu nedenle annelerin sayısının babalardan fazla olduğu düşünülmektedir.

Febril konvülziyon çocukluk çağında genellikle 3 ay-6 yaş arasında görülen nöbet tipidir (36). Küçük yaş gruplarında FK meydana gelmesinin, beyin gelişiminin devam etmesi sebebiyle ateşli nöbetlere daha yatkın olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (13). Çalışmamızdaki çocukların 6-96 ay yaş grubu olduğu ve FK geçiren çocukların yaş ortalamasının 30.0 ± 18 ay olduğu belirlenmiştir. Öztürk ve ark. (18) çalışmasındaki FK geçiren çocukların 5-60 ay yaş grubu olduğu ve ortalama yaşlarının 25.0 ± 15.3 ay olduğu, Aksay ve ark. (63) çalışmasında FK geçiren çocukların 2-72 ay yaş grubu olduğu ve ortalama yaşlarının 26.7 ± 18 ay olduğu, Töret ve ark. (20) çalışmasındaki çocukların yaşlarının 5-96 ay arasında dağılım gösterdiği ve FK geçiren çocukların ortalama 24 ± 13 ay olduğu belirlenmiştir. FK görülme sıklığının 18-24 ayda en yüksek seviyeye ulaştığı ve beş

yaş sonrasında nadir görüldüğü bilinmektedir (3). Bu çalışmada FK geçiren çocukların ilk FK yaş ortalamasının 24.0 ± 14.0 ay olduğu ve literatürle uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Febril konvülziyon, literatürdeki çalışmalarda genellikle erkek çocuklarda kızlara oranla daha fazla ve sık görülmektedir (11, 38, 64, 65). Bizim çalışmamızda FK geçiren çocukların çoğunun erkek cinsiyet olduğu belirlenmiştir. Otman ve Saed'in (26) çalışmasında erkek çocuklarda FK oranı kızlara oranla fazla olduğu belirlenmiştir. Ganie ve ark. (66) çalışmasında da FK geçiren çocukların büyük çoğunluğunu erkek çocukların oluşturduğu saptanmıştır. Erkek çocukların enfeksiyonlar açısından kızlara oranla daha riskli bir grup olarak düşünülmesi FK'nın erkek çocuklarda daha fazla ortaya çıkmasının nedeni olarak belirtilmektedir ancak literatürde cinsiyetin FK üzerindeki etkisi tam olarak açıklanamamıştır (19, 67).

Çalışmamızdaki çocuklarda FK atağının ortalama 3.8 ± 3.4 dakika sürdüğü saptanmış ve çocukların büyük çoğunluğunun tek FK atağı geçirdiği belirlenmiştir. Habib ve ark. (68) çalışmasında FK geçiren çocukların çoğunun nöbet süresinin 5 dakikadan kısa sürdüğü ve tek nöbet geçirdikleri belirlenmiştir. Hakizimana ve ark. (55) çalışmasında da FK geçiren çocukların nöbet süresinin 15 dakikadan kısa sürdüğü belirlenmiştir.

Febril konvülziyon genellikle iyi prognozu olan bir nöbet tipidir (22). FK ile acil servise gelen çocuklarda çoğunlukla nöbet kendiliğinden durmuştur bu nedenle FK'ya yönelik herhangi bir tedavi uygulanmamaktadır, ateşi kontrol altına almak için tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (21). Sık FK geçiren, FK süresi uzamış Febril Status Epileptikus tablosu gelişen çocuklarda profilaktik ve uzun süreli tedavi önerilmektedir (14, 21). Çalışmamızda da çocukların çoğunun ilaç kullanmadığı belirlenmiştir.

Febril konvülziyon çocuklarda genellikle mevcut bir hastalık ya da aşılama sonrasında ateşin yükselmesi sebebiyle ortaya çıkmaktadır (31). Bizim çalışmamızdaki çocuklardaki ateşin ÜS YE, Otitis media, İYE, AS YE, aşı olma ve AGE sebebiyle ortaya çıktığı ve çocuklarda çoğunlukla ÜS YE'nin FK'ya eşlik eden faktör olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulgusu literatürü destekler niteliktedir. (37, 43, 68-71).

Febril konvülziyon gelişiminde en önemli risk faktörlerinden birisi de genetik yatkınlıktır (50). Literatürdeki çalışmalar ailede birinin, özellikle birinci ve ikinci derece yakınlarında FK öyküsünün olmasının çocuklarda FK geçirme riskini arttırdığını göstermektedir (18, 72). Bu çalışmada çocukların yarısından fazlasının ailesinde FK öyküsü ve 14 kişide epilepsi öyküsü olduğu belirlenmiştir. FK geçiren kişilerin çoğunlukla

çocukların birinci derece yakını olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ikinci olarak anne tarafında ve üçüncü olarak kardeşlerde de FK öyküsünün olduğu belirlenmiştir. Tsuboi ve Endo'nun (73) çalışmasında bizim çalışmamızla benzer olarak birinci derece akrabalarda ve anne tarafında FK görülme oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde birçok çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak genetik yatkınlığı olan, birinci derece yakınlarında FK öyküsü olan çocuklarda FK'nın daha fazla meydana geldiği belirlenmiştir (19, 21, 74-77).

Febril konvülziyon ebeveynler tarafından her kültürde farklı bir şekilde tanımlanmış ve FK'nın meydana gelmesinde etkili olabilecek faktörleri her ebeveynin farklı ifade ettiği belirlenmiştir (29, 30). Bizim çalışmamızda ebeveynlerin çoğunun FK'ya enfeksiyon, ateşli olma, ateşin yükselme hızının süratli olması, genetik faktörler, aşılama, çocuğun yaşı, yatkınlığı ve yuvaya gitmenin neden olabileceğini ifade ettikleri ayrıca ebeveynlerden beş kişinin nazar ve uğursuzluk, iki kişinin ise yenidoğan servisinde yatmış olmanın FK'ya yol açabileceğini belirttikleri belirlenmiştir. Çalışmamızın literatürle benzer ve farklı yönleri bulunmaktadır. Srinivasa ve ark. (28) çalışmasında ebeveynlerin çoğunun FK'yı tanıdığı ancak bazı ebeveynlerin FK'yı bayılma, titreme, kötü ruh nedeniyle ortaya çıkan bir hastalık olarak tanımladıkları ve FK'nın ateşin etkisiyle ortaya çıktığını bilmedikleri belirlenmiştir. Shandil ve ark. (78) çalışmasında ebeveynlerin büyük çoğunluğunun FK hakkında bilgi sahibi olmadıkları, FK'yı bayılma titreme olarak ifade ettikleri saptanmıştır. Nyaledzigbor ve ark. (32) çalışmasında da bazı ebeveynlerin FK'nın ateş nedeniyle ortaya çıktığı, çocukta kasılmaların görüldüğü bir hastalık olduğu ve FK'yı kötü ruhlar ve büyücülük nedeniyle çocuklarda görülen bir hastalık olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Anigilaje ve Anigilaje'nin (33) yaptığı çalışmada da çalışmaya katılan kadınların FK'yı diş sıkma olarak tanımladıkları ve kızgın tanrı ya da kötü ruh sebebiyle ortaya çıktığını ifade ettikleri ve çoğunun FK'da ateş ve genetik faktörlerin etkisinin olduğunu bildikleri belirlenmiştir ancak bazılarının çocukların sadece sıtmadan kaynaklı ateşten FK geçirebileceğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda FK ve FK'ya neden olabilecek faktörlerin tanımlanması farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların ülkelerin gelişmişlik seviyesinden ve kültür çeşitliliğinden olabileceği düşünülmektedir (28, 30, 32, 33).

Ebeveynlerin FK konusundaki bilgi kaynakları farklılık gösterebilmektedir (29). Çalışmamızda ebeveynlerin büyük çoğunluğunun FK'yı daha önceden bildikleri

belirlenmiştir. FK konusundaki bilgiye ebeveynlerin çoğunun sırasıyla internet, komşu, doktor/hemşire ve televizyondan ulaştıkları saptanmıştır. Srinivasa ve ark (28) çalışmasında ebeveynlerin çoğunun FK konusunda en çok sağlık profesyonellerinden bilgi aldıkları belirlenmiştir. Anigilaje ve Anigilaje'nin (33) çalışmasında kadınların çoğunun FK konusunda daha önceden bilgi aldığı, ilk başvurdıkları bilgi kaynaklarının radyo olduğu belirlenmiştir.

Ebeveynlerin acil servise en sık başvurma sebeplerinden birisi de ateştir (79). Ateş FK'ya neden olan en önemli risk faktörlerinden birisidir. Bu nedenle ebeveynlerde çocuklarının FK geçireceği korkusu nedeniyle ateş fobisi oluşmaktadır (79, 80). Çalışmamızda ebeveynlerin çoğunun normal vücut sıcaklığını bildiklerini ifade ettiği belirlenmiştir. Ateş ölçümünü çoğunlukla koltukaltı, alın ve boyundan yaptıkları belirlenmiştir. Literatürdeki çoğu çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak ateşin ilk ölçüm yolunun koltukaltı olduğu saptanmıştır (81, 82). Çalışmamızda ebeveynlerin çoğunun ateşi düşürmek için ilk olarak ateş düşürücü ilaç verdiği sonrasında su ile ılık uygulama yaptığı ve kıyafetlerini çıkardığı saptanmıştır. Ebeveynlerden 23 kişinin ateşi düşürmek için sirkeli su ile ılık uygulama yapma ve 1 kişinin de çocuğun eklemlerine limon sürme gibi uygulamalar yaptığı belirlenmiştir. Kılıç ve ark. (83) çalışmasında ateşi düşürmek için ebeveynlerin çoğunlukla soğuk uygulama, ılık duş aldırma ve ateş düşürücü ilaç verdiği belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda ise bizim çalışmamızın aksine ilk olarak ılık uygulama yapıldığı ve doktora danışıldıktan sonra ateş düşürücü ilaç verildiği saptanmıştır (84, 85). Çalışmamızdaki ebeveynlerin çoğunun çocuğu ateşlendiğinde acil servise gittiği saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da ebeveynlerin ateş fobisi nedeniyle acil servise sık başvuru yaptığı belirlenmiştir (79, 80, 86). Çalışmamızda ebeveynlerin daha çok dokunarak ateş ölçümü yaptıkları saptanmış ve ateş düşürücüyü çoğunlukla elleriyle ateşi hissettiklerinde verdikleri belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda ise çoğunlukla ateş ölçümünün termometre aracılığıyla yapıldığı saptanmıştır (87-89). Agrawal ve ark. (90) yaptığı çalışmada ise ebeveynlerden birkaçının termometre kullandığı görülmüştür. Yiğitalp'in (91) çalışmasında ise bizim çalışmamıza benzer ebeveynlerin olarak elle dokunarak ateş ölçümü yaptıkları belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda termometre kullanan ebeveynlerin ateş düşürücüyü çocuklarının ateş derecesi 37.5°C ve üzeri olduğunda verdikleri, bazı ebeveynlerin ise çocukları ateşlendiğinde ilk olarak ılık uygulama yaptığı, ilaç kullanmadığı ve acile götüreceğinden ateş düşürücü vermediği belirlenmiştir. Ebeveynlerin çoğunun parasetamol grubu ilaç kullandığı saptanmıştır. Literatürdeki

Çalışmalarda ateşi dışırmek için yapılan uygulamaların çoğu benzer uygulamalardır ancak uygulamaların sırası farklılıklar göstermektedir. Ayrıca çalışmalarda ebeveynlerin ateşin belirlenmesi ve ateş derecesinin dışırılmesine yönelik yanlış uygulamalara yöneldikleri de belirlenmiştir ve bizim çalışmamıza benzerdir (81, 91).

Febril konvulziyon ebeveynler için travmatik bir deneyimdir (18). Ebeveynlerin oğu FK sırasında ocuklarınınleceğini, bir hasar bırakacağını dışındışlarından acil servislere korku dolu bir şekilde başvurmaktadır (25). Literatürdeki çoğu çalışmada ebeveynlerin FK konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (55, 62). Bizim alışmamızda ebeveynlerin çoğunun FK'nın yaşamı tehdit ettiğini ve kalıcı bir hasar bırakabileceğini ifade ettiği belirlenmiştir. Kayserili ve ark. (34) yaptığı çalışmada da FK'yı yaşamı tehdit eden bir olay olarak algılayan ebeveynlerin sayısının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Sirinivasa ve ark. (28) yaptığı çalışmada da ebeveynlerin çoğunun çocuklarının FK nedeniyleleceğini dışındışlarını ifade ettiği görülmektedir. Sajadi ve ark. (60) alışmasında annelerin FK'nınlm, mental retardasyon, inme,öğrenme güçlüğü ve belirsiz bir gelecek gibi sonuçları olacağını dışındışları belirlenmiştir. Bizim alışmamızda ebeveynlerin yarısının FK'nın epilepsiden farklı olduğunu bildikleri belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda da bizim çalışma sonuçlarımıza benzer olarak ebeveynlerin çoğunun FK'nın epilepsi olmadığını ifade ettikleri saptanmıştır (31, 55, 62). Bizim çalışmamızın aksine literatürdeki bazı çalışmalarda ise FK'nın epilepsi olarak algılandığı belirlenmiştir (34, 65, 92).

Çalışmamızdaki ebeveynlerin çoğunun ateşi dışırmenin FK'yınleyeceğini bildikleri belirlenmiştir. Nyaledzigbor ve ark. (32) alışmasında da annelerin ateşi dışırmek için ılık uygulama yaptıkları ve parasetamol grubu ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Sakai ve ark. (93) yaptığı çalışmada da FK geirmış çocukları olan annelerin yüksek ateş sebebiyle nöbetin tekrarlayabileceğini bildiği ve ateşi dışırmenin FK'yınleyeceği dışncesiyle ateş dışrc kullandıkları belirlenmiştir.

Febril konvulziyonun prognozu genellikle iyi olduğundan basit FK'ya yönelik herhangi bir profilaktik ya da uzun süreli ilaç tedavisinerilmemektedir (18, 63). Çalışmamızdaki ebeveynlerin çoğunun FK geçiren her ocuk için nbetnleyici ilaç kullanımının gerekli olup olmadığını bilmedikleri belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda ebeveynlerin FK sırasında panik içinde oldukları ve ne yapacaklarını bilmedikleri için

nöbet önleyici ilaç kullanımının gerekli olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır (18, 32, 92-94).

Febril konvülziyon genellikle basit tipte, 15 dakikadan kısa süren ve prognozu iyi olan bir nöbet tipi olduğundan rutinde FK için EEG/CT önerilmemektedir (63, 20). Literatürdeki çalışmalarda ise ebeveynler FK geçiren her çocuk için EEG/CT çekilmesinin gerekli olduğunu düşünmektedirler (34, 55). Bizim çalışmamızda ise ebeveynlerin çoğunun EEG/CT çekilmesinin gerekli olduğunu ifade ederken, diğer çoğunluğunda EEG/CT çekilmesinin gerekli olup olmadığını bilmedikleri belirlenmiştir. Çalışmamızdaki ebeveynlerin FK sırasında kalp masajı yapmanın yanlış olduğunu bildikleri ancak FK sırasında kasılmaların engellenmemesi gerektiğini bilmedikleri belirlenmiştir.

Ebeveynlerin FK konusunda yanlış ya da eksik bilgiye sahip olması FK'ya ilişkin tutumlarını büyük ölçüde etkilemektedir (20, 24, 34, 57, 78). Çalışmamızda ebeveynlerin FK konusundaki tutumları literatürle benzerlik göstermektedir (24, 34). Bizim çalışmamızda da ebeveynlerin çoğunluğunun FK geçiren çocuğunda epilepsi ve beyin hasarı gelişebileceğini düşündüğü, sık nöbet ataklarının meydana gelmesinden ve atakların gece olmasından endişe duyduğu, kardeşlerinin de FK geçireceğini, FK geçiren çocuğuna daha fazla dikkat ve özen göstermek gerektiği ve sık sık ateşini ölçmek gerektiğini düşündükleri belirlendi. Sirinivasa ve ark. (28) çalışmasında ebeveynlerde çoğunlukla FK'nın ölüm, beyin hasarı ve epilepsiye neden olacağı, FK'nın tekrarlayacağı ve diğer çocuklarında da FK atağının görüleceği korkusunun olduğu belirlenmiştir. Alfheid ve ark (62) çalışmasında da ebeveynlerin çoğunun FK'nın çocuklarında beyin hasarına neden olabileceği korkusuyla olumsuz tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Shandil ve ark (78) çalışmasında ise ebeveynlerin tutumları bizim çalışmamızla çok benzerdir ve ebeveynlerin çoğunun FK'yı yaşamı tehdit eden bir olay olarak algıladıkları, FK'nın tekrarlamasından ve çocuklarında beyin hasarı, epilepsi gelişmesinden korktukları saptanmıştır. Kanık ve ark. (95) çalışmasında da ebeveynlerin çoğunun FK'nın çocuklarda mental hasar, öğrenim bozuklukları, epilepsi ve ölümle sonuçlanabileceğini düşündükleri belirlenmiştir. Çalışmamızda ebeveynlerden iki kişinin FK geçirmiş çocuğa sahip olmaktan bazen utandığını ifade ettiği belirlenmiştir. Hakizimana ve ark. (55) çalışmasında ise FK geçiren bir çocuğa sahip olmanın utanç verici bir durum olmadığını belirttikleri saptanmıştır. El Sayed'in (57) çalışmasında ebeveynlerin çoğunun çocuklarının FK geçireceğini

beklemedikleri, ebeveynlerden altı kişinin bunu bir damgalanma olarak gördükleri belirlenmiştir.

Febril konvülsiyon ebeveynler için karşılaştıklarında çoğunlukla ne yapacaklarını bilmedikleri, kendilerini çaresiz hissettikleri bir durumdur (96). Özellikle ilk kez bir FK atağı ile karşılaştığında ebeveynlerin çoğunun ne yapacağını bilmedikleri ve acil servislere korku dolu bir şekilde gelerek sağlık profesyonellerinden yardım istedikleri görülmektedir (24, 35, 95). Bizim çalışmamızda ilk kez FK ile karşılaşan ebeveynlerin hiçbir uygulama yapmadan hemen herhangi bir acil sağlık kurumuna götürdüğü, uygulama yapan ebeveynlerin ise büyük çoğunluğunun su ile ıslatma yöntemini kullandığı belirlenmiştir. Kayserili ve ark. (34) çalışmasında da ilk kez FK ile karşılaşan ebeveynlerin çoğunlukla çocuklarının ağızlarına bir cisim sokarak açmaya çalıştıkları, çocuklarını salladıkları ve kalp masajı yaptıkları saptanmıştır. Literatürde çocukları FK geçirmiş ebeveynlerle yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin FK sırasında yaptıkları uygulamaların çoğunlukla yanlış uygulamalar olduğu, çocuk sağlığına zarar verici uygulamalara yöneldikleri ve bu uygulamaları genellikle sağlık profesyoneli olmayan kişilerden duyduğu ya da öğrendiği belirlenmiştir (25, 29, 59, 80, 95, 97). Erdağ ve ark. (35) yaptığı çalışmada ebeveynlerin FK sırasında ve sonrasında yapılması gereken uygulamaları bilmediği saptanmıştır. Akpan ve Ijezie'nin (29) yaptığı çalışmada FK sırasında ağıza kaşık sokma, vücuda hurma yağı sürme, göze soğan suyu damlatma ve inek idrarı içirme gibi tehlikeli uygulamaların yapıldığı belirlenmiştir. Ndukwe ve ark. (97) çalışmasında ise FK sırasında yabancı bir cisimle ağız açılmaya çalışılan çocukların çoğunun ağız yaralanmalarıyla sonuçlandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda ebeveynlerin çoğunun ilk FK ve acil servise başvurmadan önceki son FK deneyiminde çoğunlukla yanlış uygulamalara yönelseler de bazı ebeveynlerin doğru uygulamaları yaptıkları saptanmıştır. Ebeveynlerin çoğunun FK sırasında sakin kalmak, çocuğun vücut ısısını düşürmek, nöbet belirti ve süresini gözlemlemek, çocuğu yan yatırmak ve yumuşak ve güvenli bir yüzeyde çocuğu korumak vb. uygulamaların doğru uygulamalar olduğunu bildikleri belirlenmiştir. Ancak bazı ebeveynlerin çocuğa ilk müdahale yapmadan acile götürme, çocuğun sıkışık dişlerini açmaya çalışma, çocuğu sallama ve uyandırma, çocuğun kasılmasına müdahale etme, çocuğun ağızına yabancı bir cisim sokma, ağızdan ağıza canlandırma girişi ve kalp masajı yapma gibi yanlış uygulamaları FK sırasında yapılması gereken doğru uygulamalar olarak bildiklerini ifade etmişlerdir. El Sayed'in (57) çalışmasında ise FK atağı sırasında ebeveynlerin tamamının çocuklarını güvenli bir yerde yan yatırdığı, sakin kalarak

çocuğunun ateşini düşürmeye çalıştığı belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin ebeveynlerin kaygılarını azaltıp, yanlış bilgilerini düzelttiklerinde FK konusundaki tutum, düşünce ve davranışlarının değişeceği, FK sırasında hangi uygulamanın doğru uygulama olduğuna karar verebileceği ve FK atağını en doğru şekilde yöneteceği düşünülmektedir (98, 99).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde çocuk acil servisine FK tanısıyla başvuran çocuk ebeveynlerinin FK'ya ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar sunuldu.

- Araştırmaya katılan ebeveynlerin %83.7'sini annelerin oluşturduğu, annelerin yaş ortalamasının 35.4 ± 6.5 , babaların ise 32.6 ± 5.6 olduğu belirlendi. Annelerin %37.6'sının üniversite mezunu olduğu ve %66.2'sinin ev hanımı olduğu, babaların ise %46.7'sinin lise ve %46.7'sinin üniversite mezunu olduğu belirlendi. Ebeveynlerin %37.0'ının 3 ve üzeri çocuğa, %81.5'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %67.4'ünün gelirini giderine eşit olarak algıladığı saptandı (Tablo 1).
- Çocukların yaş ortalamasının 30.0 ± 18.0 ay ve %63.0'ının cinsiyetinin erkek olduğu, çocuklardan sadece birinin (%1.0) kronik hastalığa sahip olduğu ve kronik hastalığının ise otizm olduğu saptandı (Tablo 2).
- Çocukların ilk kez FK geçirdikleri yaş ortalamasının 24.0 ± 14.0 ay, nöbet sürelerinin ise $3,8 \pm 3,4$ dakika olduğu saptandı. FK'ya eşlik eden mevcut durumların %54.5'inin üst solunum yolu enfeksiyonu olduğu belirlendi. Çocukların %95.7'sinin FK geçirmemesi için ilaç kullanmadığı ve çocukların çoğunun 1 kez (%70.6) FK geçirdiği belirlendi (Tablo 3).
- Ebeveynlerin %67.4'ünün FK'ya neden olan vücut sıcaklığını bildiği ve 38.7 ± 1.0 olarak ifade ettikleri belirlendi. Ebeveynlerin %54.3'ü FK'nın nedenlerini bildiğini belirttiği ve ana neden olarak % 23.6'sı enfeksiyon, %17.2'si ateşli olma, %17.2'si ateşin yükselme hızının süratlı olması, %13.8'i genetik faktörler, şeklinde belirtti. Ebeveynlerin % 87.0'ının FK'yı daha önce duyduğu saptandı. Ebeveynlerin %31.5'inin FK hakkında internetten bilgi edindiği belirlendi. Ebeveynlerin %51.1'inin FK sırasında yapılacak uygulamaları bilmediği ve %76.1'inin FK konusunda eğitim almak istediği belirlendi (Tablo 4).
- Ebeveynlerin %57.6'sının ailesinde FK görüldüğü, FK'yı geçiren kişilerin %37.7'sinin ebeveynin kendisi olduğu saptandı. Ebeveynlerin %15.2'sinin ailesinde epilepsi görüldüğü, epilepsi geçiren kişilerin %57.1'inin anne tarafı olduğu belirlendi (Tablo 5).

- Ebeveynlerin %87.0'nın vücut sıcaklığının normal değerini bildiğini ifade ettiği belirlendi. Ateşin ölçüm bölgesine göre ebeveynlerin %38.4'ünün koltuk altı ölçümü yaptığı belirlendi. Ateşi düşürmek için yapılan uygulama olarak ebeveynlerin %26.5'inin ateş düşürücü ilaç verdiği, %23.7'sinin su ile ılık uygulama yaptığı, %7.2'sinin sirkeli su ile ılık uygulama yaptığı ve bir kişinin eklemlerine limon sürdüğü belirlendi. Ebeveynlerin %53.1'inin dokunarak, %39.7'sinin ateş derecesi 37.5°C ve üzeri olduğunda ateş düşürücü verdiği saptandı. Ateşi düşürmek için %67.0'nın parasetamol kullandığı belirlendi (Tablo 6).
- Ebeveynlerin %61.9'u FK'nın kalıcı bir hastalık oluşturduğunu ve %61.9'unun yaşamı tehdit eden bir olay olduğunu ifade ettikleri belirlendi. Ebeveynlerin %61.9'unun ateşi düşürmenin FK'yı önlediğini ve %78.2'sinin FK'nın tekrarladığını bildikleri belirlendi. Ebeveynlerin %45.7'sinin FK geçiren her çocuk için nöbet önleyici ilaç kullanmanın gerekli olup olmadığını bilmediklerini belirttikleri saptandı (Tablo 7).
- Ebeveynlerin %96.7'sinin FK geçiren çocuğuna daha fazla dikkat ve özen gösterdiği, %76.1'inin çocuğunun tekrar FK geçirebileceğini düşündüğü, %80.4'ünün sık nöbet ataklarının meydana gelmesinden korktuğu belirlendi. Ebeveynlerin %70.7'sinin FK'nın beyin hasarına sebep olabileceğini ifade ettiği, %68.5'inin FK geçiren çocuğunun ateşini sık sık ölçmesi gerektiğini düşündüğü ve %2.2'sinin FK geçirmiş bir çocuğa sahip olmaktan bazen utandığı belirlendi (Tablo 8).
- Çocuklarının ilk FK deneyiminde ebeveynlerin %78.3'ünün uygulama yapmadan hemen acile götürdüğü, %75.0'nın su ile ıslattığı, %2.2'sinin kalp masajı yapmaya çalıştığı, %33.7'sinin yan yatırdığı, %31.5'inin dua okuduğu, %32.6'sının nöbet süresini ve şeklini gözlemlediği ve % 21.7'sinin yumuşak güvenli bir yere yatırdığı saptandı (Tablo 9).
- FK sırasında acil servise gelmeden önce ebeveynlerin %97.8'inin nöbet anında çocukla beraber olduğu, %83.6'sının nöbet sırasında bir uygulama yaptığı belirlendi. Ebeveynlerin yaptıkları uygulamaların %63.8'inin su ile ıslatma olduğu belirlendi. Ebeveynlerin %12.1'inin nöbeti durdurmaya yönelik ilaç uyguladığı saptandı (Tablo 10).

- FK sırasında ebeveynlerin %87.0'ı sakin kalmanın, %79.3'ünün çocuğun vücut ısını düşürmenin doğru uygulama olduğunu bildikleri belirlendi. Ebeveynlerin %18.5'inin çocuğun ağzına yabancı cisim sokarak nefes almasını sağlamanın, %7.6'sının suni teneffüs yapmanın ve %4.3'ünün kalp masajı yapmanın FK sırasında yapılması gereken doğru uygulama olarak ifade ettikleri ve yanlış bildikleri belirlendi (Tablo 11).

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıda yer alan önerilerde bulunuldu.

- Ebeveynlerin FK konusunda en doğru bilgiye ulaşmaları ve yanlış bilgi kaynaklarından öğrenilmiş bilgilerin düzeltilmesi için alanında uzman sağlık profesyonellerinden mutlaka yardım almalıdır. Hemşire ve doktorların empatik ve hassas bir yaklaşımla ebeveynlerin korku ve endişelerini de ele alarak teorik ve uygulamalı bir eğitim programı düzenlemeleri önerilebilir.
- Febril konvülsiyon atağı sırasında ebeveynlerin korku ve panik bir şekilde yaptıkları yanlış uygulamalar çocuk sağlığı açısından büyük bir tehlikedir. Ebeveynlerin FK konusundaki bilgi durumlarının belirlenmesi ve arttırılmasına yönelik sağlık politikalarının oluşturulması büyük ölçüde bu tehlikeyi ortadan kaldıracaktır. Bu nedenle hastane ve aile sağlığı merkezlerinin sosyal medya hesapları, internet siteleri, reklam panolarında bu konuya dikkat çekmesi önerilebilir.
- Hemşireler bakım vermenin yanında eğitici, savunucu ve danışmanlık rollerine de sahiptir. Özellikle ebeveynlerin FK konusundaki bilgi eksikliğinin giderilmesini, nöbet sırasında yapılması gereken uygulamaların öğretilmesini, korku ve endişelerinin azaltılmasını sağlayan ve bunları yaparken empatik bir yaklaşım sergileyen ilk sıradaki sağlık profesyoneli hemşirelerdir. Bu nedenle hemşirelerin bu konuda güncel yayınları takip ederek, farklı örneklem gruplarında çalışmalar yapılması önerilebilir.
- Sağlık bakanlığının hizmet içi eğitimlerinde sağlık profesyonellerine özellikle çocuk acil ve çocuk servislerinde çalışan doktor ve hemşirelere, diğer sağlık personellerine ve güvenlik görevlilerine FK geçiren çocuk ve ebeveyn yaklaşım konusunda farkındalık oluşturmaları önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Eilbert W, Chan C (2022). Febrile Seizures: a review. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open* 3(4): e12769.
2. Messer R, Schreiner TL, Walleigh D, Yang ML, Martin JA, Demarest S (2020). Febrile Seizures. In: Hay W, Levin W, Abzug M, Bunik M (Eds.), *Current Diagnosis and Treatment Pediatrics*. Twenty-fifth Edition. McGraw Hill Medical Books, United States, Pages: Sayfa: 758-760.
3. Çavuşoğlu H. (2022). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Ondördüncü baskı. Sistem Ofset, Ankara; Sayfa: 374-375.
4. Yılmaz Bİ, Köse S (2020). Febril konvülziyonlar (FK) ve hemşirelik yaklaşımı. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 3(3): 137-143.
5. Misra SN, Seto ES (2018). Febrile Seizures. In: Kline MW, Blaney SM, Giardino AP, Orange JS, Penny DJ, Schutze GE, Shekerdemian LS (Eds.), *Rudolps's Pediatrics*. Twenty-third Edition. McGraw Hill Education, United States, Pages: Sayfa: 8484-8495.
6. Canpolat M, Kumandaş S (2020). Febril Konvülziyon. Kumandaş S, Canpolat M (Ed.), *Çocukluk Çağı Epilepsileri*. Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 72-90.
7. Tolu KÖ, Erkek N (2021). Akut Febril ve Afebril Nöbete Yaklaşım. Tekin D (Ed.), *Pediatric Nörolojik Aciller*. Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 10-14.
8. Saraçoğlu M, Duman Ö (2021). Çocuklarda Ateş Yükselmesi ve Nöbet; Febril Konvülsiyon mu? Epilepsi mi? Kutluhan S, Yürekli VA (Ed.), *Epilepside Ayırıcı Tanı Birinci Baskı*. Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 105-110.
9. Topçu Y, Aydın K (2018). Akut afebril ve febril nöbete yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Pediatric Bilimler Dergisi* 14(1): 52-57.
10. Erdil A, Tan H, Turan Mİ, Küçükaslan İ, Acemoğlu H (2016). Erzurum il merkezinde çocuklarda febril konvülziyon prevalansı. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi* 25(2): 67-73.
11. Ateşoğlu M, İnce T, Lülecı D, Ergör A, Aydın A (2018). Prevalence of febrile seizures in school-aged children: A community based survey in İzmir Turkey. *J Pediatr Res* 5(4): 208-213.

12. Canpolat M, Per H, Gumus H, Elmali F, Kumandas S (2018). Investigating the prevalence of febrile convulsion in Kayseri, Turkey: An assessment of the risk factors for recurrence of febrile convulsion and for development of epilepsy. *Seizure* 55: 36–47.
13. Leung AKC, Hon KL, Leung TNH (2018). Febrile seizures: an overview. *Drugs in Context* 7: 212536.
14. Çokar AÖ (2019). Febril Konvülziyon Tedavisi. Bora İH (Ed.), *Epilepside Tedavi. Türkiye Klinikleri*, Ankara, Sayfa: 1-6.
15. Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B (2018). *Pediatric Hemşireliği. İkinci baskı. Ankara Nobel Tıp*, Ankara; Sayfa: 626-628.
16. Yıldız EP, Çalışkan M (2018). Ateşli nöbet geçiren çocuğa yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi* 14(4): 345-349.
17. Pavlidou E, Hagel C, Panteliadis C (2013). Febrile seizures: recent developments and unanswered questions. *Child's nervous system. Official Journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery* 29(11): 2011-2017.
18. Öztürk B, Nalbantoğlu B, Güzel EÇ, Hatipoğlu S, Nalbantoğlu A (2011). Çocuk acil ünitesine febril konvülziyon tanısıyla başvuran beş ay-beş yaş arasındaki çocukların retrospektif olarak incelenmesi. *Çocuk Dergisi* 11(3): 114-121.
19. Özaydın E, Yaşar M, Güven A, Değerliyurt A, Vidinlisan S, Köse G (2011). Febril konvülziyonlu 1385 vakanın klinik özellikleri ve risk faktörleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 5(1): 11-18.
20. Töret E, İnalhan M, Yıldız F, Temel Ö, Arslan Ö (2010). Çocuklarda febril konvülziyonların değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 41(2): 65-72.
21. Paul SP, Kirkham EN, Shirt B (2015). Recognition and management of febrile convulsion in children. *Nursing Standard* 29(52): 36-43.
22. Laino D, Mencaroni E, Esposito S (2018). Management of pediatric febrile seizures. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(10): 2232.
23. Törüner EK, Büyükgönenç L (2017). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Ankara Nobel Tıp*, Ankara; Sayfa: 676-677.

24. Kolahi AA, Tahmooreszadeh S (2009). First Febrile Convulsions: inquiry about the knowledge, attitudes and concerns of the patients' mothers. *European Journal of Pediatrics* 168(2): 167–171.
25. Tunçer GÖ, Dilşâ CA, Albayrak P, Kutluk MG, Teber S, Deda G (2021). Febril konvülziyon hakkında hasta yakınlarının bilgi, kaygı ve düşünceleri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 15(1): 19-23.
26. Otman MA, Saed MM (2020). Febrile Seizure: what do you want to know?. *International Journal of Pharmacy Life Sciences* 11(8): 6914-6920.
27. Çavuşoğlu H. (2013). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Onbirinci baskı. Sistem Ofset, Ankara; Sayfa: 374-375.
28. Srinivasa S, Syeda KA, Patel S, Harish S, Bhavya G (2018). Parental knowledge, attitude and practices regarding febrile convulsion. *International Journal Contemporary Pediatrics* 5(2): 515-519.
29. Akpan MU, Ijezie E (2017). Knowledge of febrile convulsion among mothers attending the paediatric clinic of university of Uyo teaching hospital, Nigeria. *Pediatric review: International Journal of Pediatric Research* 4(7): 474-480.
30. Oche OM, Onankpa OB (2013). Using women advocacy groups to enhance knowledge and home management of febrile convulsion amongst mothers in a rural community of Sokoto State, Nigeria. *The Pan African Medical Journal* 14(49): 1703.
31. El-Esrigy FA, Farahat TM, Othman EASM (2021). Effect of implementing an educational program on parental knowledge and practice about febrile convulsion. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine* 85(1): 3061-3071.
32. Nyaledzigbor M, Adatara P, Kuug A, Abotsi D (2016). Mothers' knowledge beliefs and practices regarding febrile convulsions and home management: a study in Ho Ghana. *Journal of Research in Nursing and Midwifery* 5(2): 30-36.
33. Anigilaje EA, Anigilaje OO (2013). Perception of childhood convulsion among women in a peri-urban community in Ilorin, Nigeria. *IOSR-JDMS* 4(5): 32-38.
34. Kayserili E, Ünalp A, Apa H, Asilsoy S, Hızarcıoğlu M, Gülez P, Ağın H (2008). Parental knowledge and practices regarding febrile convulsions in Turkish children. *Turkish Journal of Medical Sciences* 38(4): 343-350.

35. Erdağ GÇ, Akın Y, Girit N, Altuğ H (2010). Ailelerin ateş ve febril konvülsiyon hakkındaki bilgi düzeyleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 41(1): 1-8.
36. Syndi SD, Pellock JM (2013). Recent research on febrile seizures: a review. *Journal of Neurology & Neurophysiology* 4(165): 19519.
37. Thakur B, Poudel P (2020). Case control study of assessment of risk factors in febrile seizure at a tertiary hospital. *MedPulse International Journal of Pediatrics* 16(2): 25-31.
38. Byeon JH, Kim GH, Eun BL (2018). Prevalence, incidence, and recurrence of febrile seizures in korean children based on national registry data. *Journal of Clinical Neurology* 14(1): 43-47.
39. Carman K, Ekici A, Yimenicioglu S, Yazar C, Arslantas D, Yakut A (2014). The prevalence of febrile seizure and associated factors among turkish children. *International Journal of Clinical Pediatrics* 3(1): 1-4.
40. Hjortebjerg D, Nybo AAM, Ketzel M, Raaschou NO, Sørensen M (2018). Exposure to traffic noise and air pollution and risk for febrile seizure: a cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 44(5): 539–546.
41. Şahin S, Uysal S, Yentür SP, Kaçar A (2019). Reduced cerebrospinal fluid levels of interleukin-10 in children with febrile seizures. *Seizure* 65: 94-97.
42. Kwon A, Kwak BO, Kim K, Ha J, Kim SJ, Bae SH, Son JS, Kim SN, Lee R (2018). Cytokine levels in febrile seizure patients: A systematic review and meta-analysis. *Seizure* 59: 5–10.
43. Fidan S, Ünlü E, Dulkadir R, Güneş A (2021). Febril konvülsiyonlu çocuklarda risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Ahi Evran Tıp Dergisi* 5(3): 213-217.
44. Dilber B, Acar AE, Şahin S, Esenülkü G, Özkan KP, Cansu A (2020). Febril nöbette hiponatreminin önemi. *Güncel Pediatri* 18(1): 53-62.
45. Çelik K, Çelik GE, Nalbantoğlu B, Güzel S, Ayaz ÖA, Elevli M, Nalbantoğlu A (2012). Febril konvülsiyonda serum çinko düzeyleri: Eksiklik gerçekten bir risk faktörü mü. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi* 21(1): 1-6.

46. Çığrı E, İnan FÇ (2023). Comparison of serum selenium, homocysteine, zinc, and vitamin d levels in febrile children with and without febrile seizures: a prospective single-center study. *Children* 10(3): 528.
47. Westin E, Sund LM (2018). Parent's experiences of their children suffering febrile seizures. *Journal of Pediatric Nursing* 38: 68–73.
48. Graves RC, Oehler K, Tingle LE (2012). Febrile Seizures: risks, evaluation and prognosis. *American Family Physician* 2(85): 149–153.
49. Elmas B, Tabanlı G (2016). Febril konvülziyona yaklaşım. *Sakarya Tıp Dergisi* 6(4): 254-261.
50. Özlem EN, Hız S (2017). Febril konvülziyon etyopatogenezinde genetiğin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 31(1): 33-40.
51. Tiwari A, Meshram RJ, Kumar SR (2022). Febrile seizures in children: a review. *Cureus* 14(11): e31509.
52. Nahid F, Rahman F, Hoque MM, Amin MR, Yasmin T, Ara R (2016). Risk factors of first febrile seizures admitted in a tertiary care hospital. *Ibrahim Cardiac Medical Journal* 6(1-2): 56-61.
53. Kimia AA, Bachur RG, Torres A, Harper MB (2015). Febrile seizures: emergency medicine perspective. *Current opinion in Pediatrics* 27(3): 292–297.
54. Sezici E (2019). Annelerin hastanede yatan çocuklarında ateş deneyimleri: niteliksel bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 12(1): 40-45.
55. Hakizimana Mbbs MMed O, Kalimba Mbbs MMed E, Arnold Md L, Cartledge MBChB P (2021). The assessment of parents' knowledge, attitudes and concerns about febrile seizures in children at tertiary hospitals in Rwanda-a descriptive study. *Journal of Tropical Pediatrics* 67(1): fmab003.
56. Huang MC, Huang CC, Thomas K (2006). Febrile convulsions: development and validation of a questionnaire to measure parental knowledge, attitudes, concerns and practices. *Journal of the Formosan Medical Association* 105(1): 38-48.

57. El Sayed HI (2020). Recognition of parent's knowledge, attitude and practice regarding febrile seizures in children under-five. *American Journal of Nursing Research* 8(1): 72-81.
58. Ju HO, McElmurry BJ, Park CG, McCreary L, Kim M, Kim EJ (2011). Anxiety and uncertainty in korean mothers of children with febrile convulsion: cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing* 20(9-10): 1490–1497.
59. Alzweihary A, Alkhalifah RS, Alrayes RM, Alshutily AS, Alotaibi GA (2021). Knowledge, attitude, and practices of parents of children with febrile convulsion in Al-Qassim, Saudi Arabia. *International Journal of Medicine in Developing Countries* 5(1): 229-236.
60. Sajadi M, Khosravi S (2017). Mothers' experiences about febrile convulsions in their children: a qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 5(3): 284–291.
61. Syahida JA, Risan NA, Tarawan VM (2016). Knowledge and attitude on febrile seizure among mothers with under-five children. *Althea Medical Journal* 3(4): 649-654.
62. Alfheid F, Alansari B, Hassan SA, Alzahrani R, Alsaadi G, Alyami A (2020). Knowledge, attitude, and practice of parents toward febrile convulsions in Saudi Arabia, 2019. *International Journal of Medicine in Developing Countries* 4(6): 30-45.
63. Aksay A, Kumandaş S, Per H, Poyrazoğlu H, Gümüş H (2018). Çocuk acil polikliniğine febril konvülsiyon nedeniyle başvuran hastaların demografik özellikleri ve rekürrens açısından risk faktörlerinin belirlenmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi* 8(3): 159-166.
64. Saqib N, Qazi M (2018). Association between serum zinc level and simple febrile seizures in children: a hospital-based study. *International Journal of Research in Medical Sciences* 6(9): 3116-3119.
65. Shibeel NF, Altufaily YAS (2019). Parental knowledge and practice regarding febrile seizure in their children. *Medical Journal of Babylon* 16(1): 58-64.

66. Ganie NA (2018). Is there a need for routine screening and treatment of iron deficiency anemia in early childhood to decrease incidence of febrile seizures? *Innovative Journal of Medical and Health Science* 8(7): 94-101.
67. Van Esch A, Steyerberg EW, Berger MY, Offringa M, Derksen-Lubsen G, Habbema JD (1994). Family history and recurrence of febrile seizures. *Archives of Disease in Childhood* 70(5): 395-399.
68. Habib Z, Akram S, Ibrahim S, Hasan B (2003). Febrile seizures: factors affecting risk of recurrence in Pakistani children presenting at the Aga Khan University Hospital. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association* 53(1): 11–17.
69. Esmaili GH, Bidabadi E, Cheraghalipour F, Aarabi Y, Salamat F (2013). Febrile seizure: demographic features and causative factors. *Iranian Journal of Child Neurology* 6(4): 33–37.
70. Rantala H, Uhari M, Tuokko H (1990). Viral infections and recurrences of febrile convulsions. *The Journal of Pediatrics* 116(2): 195–199.
71. Pathan HG, Bari AN, Kokiwar PR (2017). A study of etiology and characteristics of febrile convulsions and epilepsy among children. *International Journal Contemporary Pediatrics* 4(6): 2093-2097.
72. Johnson WG, Kugler SL, Stenroos ES, Meulener MC, Rangwalla I, Johnson TW, Mandelbaum DE (1996). Pedigree analysis in families with febrile seizures. *American Journal of Medical Genetics* 61(4): 345–352.
73. Tsuboi T, Endo S (1991). Genetic studies of febrile convulsions: analysis of twin and family data. *Epilepsy Research. Supplement* 4: 119-128.
74. Yılmaz Ü, Özdemir R, Çelik T, Berksoy EA (2014). Febril konvülziyonlu çocuklarda klinik ve paraklinik özellikler. *Dicle Tip Dergisi* 41(1): 156-162.
75. Ling SG (2000). Febrile convulsions: acute seizure characteristics and anti-convulsant therapy. *Annals of Tropical Paediatrics* 20(3): 227-230.
76. Offringa M, Moyer VA (2001). Evidence based paediatrics: Evidence based management of seizures associated with fever. *BMJ* 323(7321): 1111-1114.
77. Kılıç B (2019). Clinical features and evaluation in terms of prophylaxis of patients with febrile seizures. *The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hastanesi* 53(3): 276-283.

78. Shandil D, Ambuj Shandil (2019). Knowledge attitude and practices of parents of children with febrile seizure. *Journal of Medical Science and Clinical Research* 7(7): 2-15.
79. Göbekli A, Güney R (2022). Fever management in children aged 0-5 years: current approaches. *Journal of Health Sciences and Management* 2(2): 33-39.
80. Karaahmetoğlu GU, Softa HK, Zengin N (2012). 0–6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ateş ve ateşli havale ile ilgili bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 4(2): 54-60.
81. Araz NÇ (2013). Parents' approach to fever in childhood: knowledge, attitudes and applications. *Turkish Journal of Pediatric Disease* 7(1): 27-32.
82. Nerkiz P, Doğaner YÇ, Aydoğan Ü, Onar T, Gök F, Sağlam K, Özcan O (2012). Families' approach to feverish children and fever awareness. *Euras J Fam Med* 1(1): 11-16.
83. Kılıç R, Kendir ÖT, Gökay SS, Çelik T, Özkaya AK, Yılmaz HL (2016). Çocuklarda ateş ile ilgili ebeveynlerin tutum ve davranışları. *Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi* 3: 76-85.
84. Demir M, Bayat M (2005). Tokat Karşıyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi acil servisine yüksek ateş şikâyetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 14: 22-30.
85. Chang LC, Liu CC, Huang MC (2013). Parental knowledge, concerns, and management of childhood fever in Taiwan. *Journal of Nursing Research* 21(4): 252-260.
86. Suluhan D, Taşal C, Yıldız D, Fidancı BE, Konukbay D, Sürer İ, Gök F (2016). 0-6 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş düşürücü ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 24(2): 90-96.
87. Temel AB, Arabacı Z, Kahveci T (2016). Annelerin çocuklarında ateş yönetimi ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu* 1(1): 1- 17.
88. Gunduz S, Usak E, Koksall T, Canbal M (2016). Why fever phobia is still common?. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 18(8): e23827.

89. Abdinia B, Khalilzadeh H (2017). Assessment of knowledge and performance of the parents at the management of fever in children. *International Journal of Pediatrics* 5(12): 6485-6493.
90. Agrawal RP, Bhatia SS, Kaushik A, Sharma CM (2017). Perception of fever and management practices by parents of pediatric patients. *International Journal of Research in Medical Sciences* 1(4): 397-40.
91. Yiğitalp G (2019). 0-6 Yaş çocuğu olan annelerin ateş konusunda bilgi ve uygulamaları: Diyarbakır örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 28(3): 172-174.
92. Huang MC, Liu CC, Huang CC (1998). Effects of an educational program on parents with febrile convulsive children. *Pediatric Neurology* 18(2): 150–155.
93. Sakai R, Nijima S, Marui E (2009). Parental knowledge and perceptions of fever in children and fever management practices: differences between parents of children with and without a history of febrile seizures. *Pediatric Emergency Care* 25(4): 231–237.
94. Parmar RC, Sahu DR, Bavdekar SB (2001). Knowledge, attitude and practices of parents of children with febrile convulsion. *Journal of Postgraduate Medicine* 47(1): 19–23.
95. Kanık A, İnce OT, İnce G, Eliaçık K, Baydan F, Sarioğlu B (2015). The knowledge, attitudes and behaviors of parents who have children with recurrent seizures concerning the non-hospital management of seizures. *Journal of Dr. Behçet Uz Children's Hospital* 5(3): 200-204.
96. Kizilay DO, Kirdok AA, Ertan P, Ayca S, Demet MM, Polat M (2017). Information is power: an interventional study on parents of children with febrile seizures. *The Journal of Pediatric Research* 4(2): 53-59.
97. Ndukwe KC, Folayan MO, Ugboko VI, Elusiyan JB, Laja OO (2007). Orofacial injuries associated with prehospital management of febrile convulsion in Nigerian children. *Dental Traumatology* 23(2): 72–75.
98. Wassmer E, Hanlon M (1999). Effects of information on parental knowledge of febrile convulsions. *Seizure* 8(7): 421-423.
99. Westin E, Sund LM (2018). Parent's experiences of their children suffering febrile seizures. *Journal of Pediatric Nursing* 38: 68–73.



EKLER

Ek 1. Anket Formu

Çocuk Acil Servisine Febril Konvülsiyon Tanısıyla Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Febril Konvülsiyona İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi

Sevgili Ebeveynler;

Bu çalışma, “Çocuk Acil Servisine Febril Konvülsiyon Tanısıyla Başvuran Çocukların Ebeveynlerinin Febril Konvülsiyona İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi” konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Ankette kimlik bilgileriyle ilgili sorular bulunmamaktadır. Bu ankete katılmanızda herhangi bir zorunluluk yoktur. Zaman ayırıp katıldığınız ve çocuk sağlığına katkı sağladığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Anketi cevaplayan () Anne () Baba

Ebeveyn yaşı.....(yıl)

Ebeveyn çalışma durumu

() Çalışıyorum () Çalışmıyorum

Ebeveyn mesleği:

Ebeveyn eğitim durumu

() Okur-Yazar Değil () Okur-Yazar () İlkokul Mezunu () Ortaokul Mezunu
() Lise Mezunu () Üniversite Mezunu

Kaç çocuğunuz var?

Aile tipi () Çekirdek Aile () Geniş Aile

Gelir durumu algılama

() Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla

Febril konvülsiyon (FK) geçiren çocuğunuzun şuanki yaşı.....(ay/yıl)

FK geçiren çocuğunuzun cinsiyeti

() Kız () Erkek

Çocuğunuzun herhangi bir kronik hastalığı var mı?

() 1. Evet () 2. Hayır

Cevabınız evet ise hastalığını/hastalıklarını belirtiniz.....

Çocuğunuzun ilk Febril konvülsiyon geçirdiği yaşını yazınız..... ay/yıl

Nöbet süresini yazınız.....dk)

Çocuk Acil Ünitesi'ne başvurmadan önce herhangi bir hastalığı var mıydı?(tonsillit, orta kulak iltihabı, idrar yolu enf, aşı olma vb.)

() 1. Evet.....(hangisi belirtiniz)

() 2. Hayır

Ek 1. (Devam)

Çocuğunuzun febril konvülziyon geçirmemesi için kullandığı ilaç var mı?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Cevabınız evet ise ad/adlarını yazınız.....

Çocuğunuzun Febril konvülziyon geçirme sayısını yazınız.....

Kaç derece ateş febril konvülziyona neden olur?.....

- ☐ Bilmiyorum

Ailenizde febril konvülziyon (ateşli havale) geçiren oldu mu?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Cevabınız evet ise kim yazınız.....

Ailede epilepsi olan biri var mı?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Cevabınız evet ise kim olduğunu belirtiniz.....

Febril konvülziyonun nedenlerini biliyor musunuz?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Febril konvülziyonun ana nedenleri aşağıdakilerden hangisidir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Ateş dönemi | ☐ Çocuğun yaşı | ☐ Çocuğun yatkınlığı | ☐ Genetik Faktörler |
| ☐ Yenidoğan servisinde yatmış olmak | ☐ Enfeksiyon | ☐ Çocuğun yuvaya gitmesi | |
| ☐ Ateşin yükselme hızının süratli olması | ☐ Aşılama sonrası | | |
| ☐ Nazar, uğursuzluk vb.....(yazınız) | | | |
| ☐ Diğer.....(yazınız) | | | |

Febril konvülziyonu (ateşli havale) daha önceden duydunuz mu?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Cevabınız evet ise bilgiyi nereden / nerelerden aldınız? İşaretleyiniz.

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. Kitap-dergi | ☐ 4. Komşular |
| ☐ 2. Televizyon-radyo | ☐ 5. Seminer-konferans |
| ☐ 3. Doktor/Hemşire | ☐ 6. Diğer..... |

Febril konvülziyon sırasında yapılacak uygulamaları biliyor musunuz?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Febril konvülziyon konulu ve febril konvülziyon geçiren bir çocuğun nöbet sırasındaki yönetimini içeren, bir eğitim almak ister misiniz?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Vücut sıcaklığının normal değerlerini biliyor musunuz?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Ek 1. (Devam)

Vücut sıcaklığının normal değerini yazınız?.....

Evde termometreniz/dereceniz var mı?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Ateşi hangi bölgeden ölçüyorsunuz?

- ☐ Koltukaltı ☐ Alın ☐ Ağız ☐ Kulak ☐ Makat/rektal ☐ El bileği ☐ Boyun

Ateşi düşürmek için neler yaparsınız?

- ☐ Ateş düşürücü ilaç verme ☐ Suyla ılık uygulama yapma
☐ Sirkeli su ile ılık uygulama yapma ☐ Kıyafetlerini çıkarma
☐ Acile götürme ☐ Diğer

Ateş düşürücüyü ne zaman verirsiniz?

- ☐ Dokunarak ateşi hissettiğimde ☐ Ateşi⁰C olduğunda
☐ Acile götüreceğimden ateş düşürücü vermem ☐ Diğer.....

Çocuğunuzun ateşi yükseldiğinde ateşi düşürmek için ilk olarak hangi ilaç grubunu kullanıyorsunuz?

- ☐ Parasetamol (Calpol, parol, tylol vb.) ☐ İbuprofen (dolven, pedifen, ibufen vb.)
☐ Aspirin ☐ Diğer.....(yazınız)

Febril Konvülziyon Hakkında Bilgi

Lütfen her bir ifade için “Evet” veya “Hayır” seçeneğini işaretleyiniz. Cevaptan gerçekten emin değilseniz, “Bilmiyorum” seçeneğini seçin.

	EVET	HAYIR	BİLMİYORUM
Febril konvülsiyon yaşamı tehdit eden bir olay mıdır?			
Febril konvülziyon kalıcı bir hastalık oluşturur mu?			
Ateşi düşürmek febril konvülziyonu önler mi?			
Febril konvülziyon geçiren her çocuk için antikonvülsan(nöbet önleyici) ilaç kullanmak gerekir mi?			
Febril konvülziyon geçiren her çocuk için EEG veya CT gerekli midir?			
Febril konvülziyon sırasında suni teneffüs yapılmalı mıdır?			
Febril konvülziyon tekrarlar mı?			
Febril konvülziyon epilepsi midir?			
Febril konvülziyon sırasında çocuğun kasılmalarını engellemek doğru mudur?			

Febril Konvülziyona Yönelik Tutum Soruları

Aşağıdaki ebeveynlerin febril konvülziyona yönelik tutum soruları yer almaktadır. Kendinizde gördüğünüz ve katıldığınız ifadeleri işaretleyiniz.

FK geçiren çocuğuma daha fazla dikkat ve özen gösteririm

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Çocuğum tekrar FK geçirebilir.

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Ek 1. (Devam)

Sık nöbet ataklarının meydana gelmesi beni endişelendirir.

() 1. Evet () 2. Hayır

Bir sonraki FK atağında tedavinin gecikmesinden korkarım.

() 1. Evet () 2. Hayır

Kardeşlerinin de FK geçireceğini düşünüyorum.

() 1. Evet () 2. Hayır

FK sonrasında çocuğumda epilepsi gelişebilir.

() 1. Evet () 2. Hayır

FK çocuğumda beyin hasarına sebep olabilir.

() 1. Evet () 2. Hayır

FK atağını gece geçireceğinden dolayı kaygılıyım.

() 1. Evet () 2. Hayır

FK geçiren çocuğumun ateşini sık sık ölçmeliyim.

() 1. Evet () 2. Hayır

FK geçirmiş bir çocuğa sahip olmaktan bazen utanırım.

() 1. Evet () 2. Hayır

1. Çocuğunuzun ilk febril konvülziyonu sırasında ne yaptınız? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

	Davranışlar	
	Evet	Hayır
Hemen acile götürmek		
Su ile ıslatmak		
Sallayarak uyandırmaya çalışmak		
Ağzını bir cisim sokarak açmaya çalışmak		
Kalp masajı yapmaya çalışmak		
Ateş düşürücü ilaç vermek		
Nöbet durdurucu ilaç vermek		
Yüzüne üfleterek nefes almasına yardım etmek		
Çocuğu yan yatırmak		
Dua okumak		
Sakin kalıp nöbetin bitmesini beklemek		
Vücudunu suya sokarak ateşini düşürmek		
Nöbet süresini ve şeklini gözlemlemek		
Yumuşak güvenli bir yere yatırmak		
Nöbet bitince hemen doktora götürmek		
Diğer yaptığınız uygulamaları yazınız.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Çocuğunuzun nöbeti sırasında hiç orada bulundunuz mu?

() 1. Evet () 2. Hayır

Ek 1. (Devam)

Çocuk Acil Ünitesi'ne gelmeden önce evde herhangi bir uygulama yaptınız mı?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Cevabınız evet ise hangi uygulamayı yaptınız?.....

Çocuk acil ünitesine başvurmadan önce nöbeti durdurmaya yönelik herhangi bir ilaç uyguladınız mı?

- ☐ 1. Evet ☐ 2. Hayır

Cevabınız evet ise ad/adlarını yazınız.....

Aşağıda febril konvülsiyon sırasında yapılması ve yapılmaması gereken uygulamalar yer almaktadır. Doğru olan uygulamaları işaretleyiniz. Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.

- ☐ Çocuğun vücut ısını düşürmek
- ☐ Yumuşak ve güvenli bir yüzeyde çocuğu korumak
- ☐ Çocuğu yan yatırmak
- ☐ Sakin kalmak
- ☐ Nöbet belirtilerini ve süresini gözlemlemek
- ☐ Çocuğu ilk yardım almadan doktora götürmek
- ☐ Sarsılan çocuğu sallayın ve uyandırın
- ☐ Çocuğun sıkışık dişlerini açmaya çalışmak
- ☐ Suni teneffüs yapmak
- ☐ Kalp masajı yapmak
- ☐ Çocuğun kasılmalarına müdahale etmek
- ☐ Çocuğun ağzına yabancı cisim sokarak nefes almasını sağlamak

Cevaplarınız İçin Teşekkürler...

Ek 4. Gönüllü Onam Formu

Sizi, **Avrasya Üniversitesi Etik Kurulu**'ndan ____ / ____ / ____ tarih ____ sayı ile izin alınan* ve KÜBRA ARSLANTÜRK tarafından yürütülen 'Çocuk Acil Servisine Febril Konvülsiyon Tanısıyla Başvuran Ebeveynlerin Febril Konvülsiyona İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi' başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Avrasya Üniversitesi Etik Kurulundan izni alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Literatürdeki çalışmalarda ebeveynler, çocuklarının ilk kez nöbetine tanık olduklarında çoğunlukla nöbeti tanıyamamış, ne yapacaklarını bilemedikleri için yanlış bilgi kaynakları tarafından öğrenilmiş bilgilerle nöbete müdahale etmişlerdir. Panik halindeki ebeveynler ve diğer aile üyeleri nöbete uygun olmayan şekilde müdahale ederken çocuklarına zarar verebilmektedirler. Nöbet sırasında suyla ıslatma, ağza yabancı cisim sokma, ateş düşürücü içirme, çocuğu sarsma gibi yanlış uygulamaların yapıldığı belirlenmiştir. Çoğu aile çocuklarının halk dilinde sara olarak adlandırılan epilepsi geçirdiğini düşündüğünü belirtmiştir. Ebeveynler ateşten kaynaklı oluşan nöbetin çocukta mental hasara, öğrenim bozukluklarına, epilepsiye hatta ölüme neden olacağına inanmaktadırlar. Bu sebeple literatürdeki çalışmalarda da yer verildiği gibi ebeveynlerin FK konusundaki büyük bilgi eksikliği olduğu görülmektedir. Bu çalışma sağlık profesyonellerinin ebeveynlerin febril konvülsiyona yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını belirleyip mutlaka bu konuda gelişimlerini sağlaması, ailenin içinde bulunduğu bu endişeli durumdan kurtulabilmesini ve aynı zamanda çocuğa yönelik yapılabilecek yanlış uygulamaların önlenmesini sağlayacaktır. Bu çalışmanın amacı Rize İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi çocuk acil servisine febril konvülsiyon tanısıyla başvuran ebeveynlerin febril konvülsiyona yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemektir.
Araştırmanın Yöntemi	Araştırmanın Tipi Araştırma, Rize İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi çocuk acil servisine febril konvülsiyon tanısıyla başvuran ebeveynlerin febril konvülsiyona yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılacaktır. Araştırmanın Yeri ve Zamanı Araştırma 07/07/2022 – 31/12/2022 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi çocuk acil servisinde yürütülecektir. Araştırmanın Evren ve Örneklemi Araştırmanın evrenini Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisine febril konvülsiyon şikayetiyle başvuran ebeveynler oluşturmaktadır. Örneklem sayısını belirlemek için; evreni bilinen örneklem için kullanılan örneklem formülü kullanılarak örneklem alınacak ebeveyn sayısı 92 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisine FK tanısıyla başvuran, çalışmaya katılmaya gönüllü, iletişim ve zihinsel sorunu olmayan ebeveynler araştırmaya dahil edilecektir. Verilerin Toplanması Veriler, ebeveynlerin sosyo-demografik bilgilerini ve febril konvülsiyona yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemeyi hedefleyen anket formu kullanılarak, çalışmaya dâhil edilme koşullarını karşılayan ebeveynlerle yüz yüze görüşülerek toplanacaktır. Veri toplama sürecine; tez önerisi kabul edilip, etik kurul onayı alındıktan sonra başlanacaktır. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce; ebeveynlere araştırma hakkında bilgi verilecek ve araştırmaya yönelik soruları yanıtlanacak, sözel onayları alınarak Bilgilendirilmiş Onam İlkesi yerine getirilecektir. Veri Toplama Araçları Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik bilgi formu ve ebeveynlerin febril konvülsiyona yönelik bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemeyi hedefleyen anket formu ile toplanacaktır. Verilerin Değerlendirilmesi Araştırmanın verileri sayı ve yüzde dağılımları, ortalama-standart sapma ile sunulacaktır.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	01/07/2022 – 31/12/2022
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	92-100
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü(Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Ek 4. (Devam)

Adı ve Soyadı	Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		



BİLDİRİLER

1. Arslantürk K, Kahriman İ (2022). Çocukluk Çağı Acil Sorunları: Kazalar ve Hemşirelik Yaklaşımı. III. Uluslararası Kapadokya Bilimsel Araştırmalar Kongresi, Ürgüp, Nevşehir, 11-12 Aralık 2022, 193-198.

