

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**FEBRİL KONVÜLZİYONU OLAN ÇOCUK
HASTALARIN AİLELERİNDEKİ ANKSİYETENİN
DERECESİNİN BELİRLENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Mehmet BAĞATARHAN**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Erdal YILMAZ**

**ELAZIĞ
2014**

DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. İrfan Orhan

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Erdal YILMAZ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafınızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Erdal YILMAZ

Danışman (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı)

Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri

..... _____
..... _____
..... _____
..... _____
..... _____

TEŞEKKÜR

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda, tez konumun belirlenmesi ve hazırlanmasının her aşamasında bana desteklerini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, çok sevdiğim hocam Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Hepsen Mine Serin'e ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Erdal Yılmaz'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca yanımda olan asistan arkadaşlarıma, yan dal uzmanlığı eğitimi gören ağabeylerime ve ablalarım, uzmanlık eğitimim boyunca tecrübelerinden faydalandığım hocalarıma, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapan hemşire arkadaşlarıma, personel arkadaşlarıma,

Tezimin yazımı süresinde ve değerlendirilmesi aşamasında bana yardımları olan Psikiyatri bölüm hocam Yrd. Doç. Dr. Osman Mermi'e ve Psikiyatri Anabilim Dalı asistanlarına,

Tüm eğitim sürecim boyunca hep bana destek olan, maddi ve manevi her zaman yanımda olan annem, babam ve kardeşlerime,

Birlikteliğimizin daimi olması dileğimle eşim Gülşah ve kızım Zeynep Mina'a saygı ve sevgilerimle...

ÖZET

Febril konvülziyon yalnız hasta bireyi etkilememekte, bir birim olan ailenin de etkilenmesine neden olmaktadır. Febril nöbet geçiren çocukların ailelerinde ciddi anksiyete ve korku oluşmaktadır. Febril konvülziyon sonrasında ailelerde oluşan bu anksiyete, kişinin sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu ve yaşı ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Ailelerde febril konvülziyon sonrası gelişen anksiyete ile ilgili çok az sayıda çalışma yapılmıştır. Bizim çalışmamız, febril konvülziyonu olan hasta çocukların ailelerindeki anksiyetenin derecesinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamız, 6 ay ve 5 yaş aralığında febril nöbete sahip 100 hasta çocuk ailesi ve aynı yaş grubuna sahip ateşli hastalık geçirmiş 100 kontrol grubu çocuk hasta ailesinde yapılmıştır. Hasta ve kontrol grubuna, durumluluk anksiyete göstergesi olan ve 20 sorudan oluşan Stai Tx 1 ve süreklilik durum anksiyetesini gösteren 20 sorudan oluşan Stai Tx 2 soruları soruldu. Hastalardaki anksiyete derecesi, Stai testleri puanına göre hafif, orta ve ağır derece olarak belirlendi. Oluşan anksiyete derecesinin mali durum, eğitim düzeyi ve okuma düzeyleri ile ilişkisi belirlendi.

Yüz hastanın 98'inde orta ve ağır derece durumluluk anksiyetesi saptandı ve 78 hastada ise süreklilik anksiyetesi saptandı ($p<0.05$). Durumluluk anksiyete puanı ortalaması 66.76 ± 7.71 , süreklilik anksiyete ortalaması 46.90 ± 8.53 olarak saptandı. Anksiyeteye sahip kişilere bakıldığında, mali durumu orta olan ailelerde, ağır derece durumluluk anksiyetesi kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı saptandı. Çalışmayan kişilerde ağır derece durumluluk anksiyetesi istatistiksel olarak daha fazla görüldü ($p<0.05$). Yine üniversite mezunu olanlarda anksiyete derecesi, üniversite mezunu olmayanlara oranla istatistiksel olarak daha düşük saptandı.

Bu çalışma, febril konvülziyona sahip hasta çocukların ailelerinde orta ve ağır derecede anksiyete geliştiğini göstermiş, anksiyete derecesinin ise çalışmayan, mali durumu orta olan ve üniversite mezunu olmayanlarda ise daha ciddi olduğunu göstermiştir. Ailelere hastalık hakkında yeterli bilgilendirme yapılması ve ailelerdeki bu anksiyetenin tedavisinin yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Febril konvülziyon, ailelerde anksiyete, Stai Tx form

ABSTRACT

ANXIETY LEVELS OF FAMILIES OF CHILDREN PATIENTS WHO HAVE FEBRILE CONVULSION

Febrile convulsions is not only affecting the patient, with that affects the family which is also a factor. An excessive amount of fear and anxiety occurs on the families of children had febrile convulsions. This anxiety of families following febrile convulsion is trying to be explained by the person's socioeconomic level, education level and age factor. There are many few studies conducted about the post febrile convulsions family anxiety. The purpose of this study is to determine the degree of anxiety of families, their children have a febrile convulsion history.

Our study has been conducted among the families of 100 children patient between the ages of 6 months to 5 years who have febrile seizure and the kontrol group families of 100 children patient with the same age group who had inflammatory disease previously. Stai Tx 1 is state anxiety indicator which consists of 20 question and Stai Tx 2 is persistence anxiety indicator which also consists of 20 question, asked to patient and kontrol groups. The levels of anxieties of the patients are identified as mild, moderate and severe by the Stai Test points. The relation between occurred anxiety level and financial situation, education level, literateness is determined.

98 of 100 patients are stated as mild and moderate state anxiety ($p < 0.05$) and 78 out of patients had mild and moderate continuity anxiety. The mean of state anxiety point was 66.76 ± 7.71 and mean of continuity anxiety point was 46.90 ± 8.53 . When it is looked at the patients with anxiety, severe state anxiety is stated as statistically significant for those who have moderate financial situation, compared to kontrol grup. Severe state anxiety is stated statistically more common for unemployed patients ($p < 0.05$). Mild anxiety is stated more common for the people who have graduated from college, compared to non-graduated from collage.

This study indicates that the families of children patients who have febrile convulsions shows the anxiety development on the scale of mild to severe, and the level of anxiety is more critical for those who haven't graduated from college, moderate financial situation and unemployed. There should be adequate informing to the families about the disease and the anxiety of the families should be treated.

Keywords: Febrile convulsion, parental anxiety, Stax Tx form

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Febril Konvülziyon	2
1.1.1. Febril konvülziyon tanımı ve görülme sıklığı	2
1.1.2. Febril konvülziyonda etyopatogenez	3
1.1.3. Febril konvülziyonda klinik	5
1.1.4. Febril konvülziyonda yönetim	9
1.1.5. Febril konvülziyonda ayırıcı Tanı	11
1.1.6. Febril konvülziyonda tedavi	14
1.2. Anksiyete	18
1.2.1. Tanım	18
1.2.2. Görülme sıklığı, klinik özellikler ve tedavi	18
2. GEREÇ ve YÖNTEM	24
2.1. İstatistiksel değerlendirme	25
3. BULGULAR	26
4. TARTIŞMA	35
6. EKLER	50
7. ÖZGEÇMİŞ	58

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Febril konvülziyon mekanizmaları	5
Tablo 2.	Febril konvülziyonların sınıflandırılması	6
Tablo 3.	Rekürren febril konvülziyon için risk faktörleri	8
Tablo 4.	Febril konvülziyonda epilepsi gelişimi için risk faktörleri	8
Tablo 5.	Febril konvülziyonda LP endikasyonları	10
Tablo 6.	Anksiyete bozukluklarının alt tipleri	18
Tablo 7.	Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı (DSM-IV TR)	20
Tablo 8.	Anksiyetenin bedensel, bilişsel ve davranışsal belirtileri	21
Tablo 9.	Hasta ve kontrol grubu karşılaştırmaları	27
Tablo 10.	Hasta grup durumluluk anksiyete dereceleri	27
Tablo 11.	Hasta grup durumluluk anksiyete puanları	27
Tablo 12.	Hasta grup süreklilik anksiyete dereceleri	27
Tablo 13.	Hasta grup süreklilik anksiyete puanları	27
Tablo 14.	Kontrol grubu durumluluk anksiyete dereceleri	28
Tablo 15.	Kontrol grubu durumluluk anksiyete puanları	28
Tablo 16.	Kontrol grubu süreklilik anksiyete dereceleri	28
Tablo 17.	Kontrol grubu süreklilik anksiyete puanları	28
Tablo 18.	Mali duruma göre hasta grup durumluluk anksiyete dereceleri	30
Tablo 19.	Mali duruma göre hasta grup süreklilik anksiyete dereceleri	31
Tablo 20.	Mesleki duruma göre hasta grup durumluluk anksiyete dereceleri	31
Tablo 21.	Mesleki duruma göre hasta grup süreklilik anksiyete dereceleri	32
Tablo 22.	Eğitim durumuna göre hasta grup durumluluk anksiyete dereceleri	33
Tablo 23.	Eğitim durumuna göre hasta grup süreklilik anksiyete dereceleri	33
Tablo 24.	Febril konvülziyona neden olan hastalık oranları	34

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Febril konvülziyon yönetimi	13
Şekil 2. Febril Konvülziyonda Akut tedavi yönetimi	17
Şekil 3. Hasta grupta görülen febril konvülziyon tipi	34

KISALTMALAR LİSTESİ

AGE	: Akut gastroenterit
APA	: Amerikan pediatri akademisi
ASYE	: Alt solunum yolu enfeksiyonu
BFK	: Basit febril konvülziyon
EEG	: Elektroensefalogram
FK	: Febril konvülziyon
GABA_A	: Gama amino butirik asit, subünit A
İL-1β	: İnterlökin 1 beta
İL-1R	: İnterlökin 1R
İYE	: İdrar yolu enfeksiyonu
KFK	: Komplike febril konvülziyon
LP	: Lomber ponksiyon
MRI	: Magnetik rezonans
MTS	: Mesial temporal skleroz
SCN1A	: Voltaj kapılı sodyum kanalı tip 1, alfa subünit
SCN1B	: Voltaj kapılı sodyum kanalı tip 1, beta subünit
STAI TX 1-2	: State-Trait Anxiety Inventory 1-2
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ÜSYE	: Üst solunum yolu enfeksiyonu

1. GİRİŞ

Konvülziyon, santral sinir sisteminin ani, aşırı ve paroksizmal uyarılmasıdır. Çocuklarda gözlenen en sık konvülziyon tipi, febril konvülziyonlardır (1-5).

Febril konvülziyon (FK), Amerikan Pediatri Akademisi (APA) tarafından, intrakranial enfeksiyonu ve metabolik bozukluğu olmayan, daha önce afebril nöbet geçirmemiş, 6 ay ile 60 ay arası çocuklarda ateşli dönemde oluşan, çocukluk çağı nöbetleri olarak tanımlanmıştır (1). Uluslararası Epilepsi ile Savaş Birliği'nin febril konvülziyon tanımında yaş sınırları 3 ay ile 5 yaş arası olarak belirtilmiştir (3, 6). Febril konvülziyon görülme sıklığı %2-8 arasında değişmektedir (1-3, 6).

Febril konvülziyonlar, basit febril konvülziyonlar (BFK) ve komplike febril konvülziyonlar (KFK) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (1-4, 6).

Febril konvülziyonların hemen tamamı selim seyirlidir. Olası komplikasyonlar son derece nadirdir. Febril konvülziyon sonrası olası istenmeyen komplikasyonlar, kranial hasar oluşması, rekürrens oluşması, epilepsi gelişimi ve ailede anksiyete durumunun oluşmasıdır (1-4).

Anksiyete, nedeni bilinmeyen, belirsiz korku, kaygı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunalıtı duygusudur (7). Toplumumuzda oldukça sık görülmektedir. Yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30.5, erkeklerde %19.2'dir (8).

Aile işlevleri; ebeveynlerin sağlıklı olması, maddi durumun iyi olması, evliliğin niteliği, anne-çocuk ilişkisi, uyum içinde olma, ilişkilerin anlamlı olması, çatışma gibi aile çevresinin değişik özelliklerini kapsayan genel bir kavramdır. Sağlıklı aileler, işlevlerini çok iyi yerine getirirler (9).

Febril konvülziyon sonrasında, ailelerde ciddi anksiyete oluşmaktadır (10-18). Ailelerde oluşan anksiyete sonrası aile fonksiyonları etkilenmekte ve bireyde psikolojik, bilişsel ve bedensel sorunlar ortaya çıkmaktadır. Sonuç olarak aile işlevleri yerine getirilememektedir. Aileler febril konvülziyon sonrasında ne yapması gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip değiller ve ailelere yeterli bilgi verilmesi ile anksiyetenin azalacağını gösteren çalışmalar mevcuttur (10, 11, 13).

Toplumumuzda oldukça sık görülen febril konvülziyon ve sonrasında ailelerde oluşan anksiyete arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla ülkemizde herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Ailelere yeterli destek sağlanması durumunda, ailede

oluşan bu anksiyetenin azalması mümkündür. Çalışmanın amacı febril konvülsiyon sonrasında ailelerde oluşan bu anksiyete derecesinin belirlenmesidir.

1.1. Febril Konvülsiyon

1.1.1. Febril konvülsiyon tanımı ve görülme sıklığı

Febril konvülsiyon, intrakranial enfeksiyonu ve metabolik bozukluğu olmayan, daha önce afebril nöbet geçirmemiş, 6 ay ile 60 ay arası çocuklarda ateşli dönemde oluşan, çocukluk çağı nöbetleri olarak tanımlanmıştır (1).

Febril konvülsiyonlardan ilk defa m.ö. 2080 yılında Hammurabi'nin Babil kitabelerinde söz edilmektedir. Febril konvülsiyonların ateş ve yaşla ilişkisi ilk defa milattan 400 yıl önce Hipokrat tarafından ortaya koyulmuştur (19).

Ateşli hastalıklar, çocuklar ve infantlarda acil servisi başvurularının %10-20 kadarını oluşturmaktadır (20). Bunların %1'inde ise nöbet saptanmıştır (21). Yapılan çalışmalar farklılık göstermekle birlikte, 6 ay ve 5 yaş arası çocuklarda FK'ların insidansı %2-8 arasında değişmektedir (1-3, 6, 22-26). Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da %2-4, Japonya'da %8.8, Hindistan'da %5-10, Guam'da %14, Çin'de ise %0.5-1.5 oranında görülmektedir (26-29).

Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında, Gökyiğit ve Çalışkan'ın (30) tıp fakültesi öğrencileri arasında yaptığı araştırmada FK sıklığı %5.8, Öztürk ve ark.'larının (31) 1999 ile 2000 yılları arasında 0-9 yaş arası çocuklarda yaptığı bir saha çalışmasında FK oranı %2.6 olarak bulunmuştur.

Erkeklerde kızlara oranla biraz daha fazla görülmektedir. Erkek kız oranı 1.1:1 ile 2:1 arasında değişmektedir (27). Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında erkek kız oranı literatürle uyumlu olarak saptanmıştır (10, 19, 32-35).

Febril konvülsiyonların %80 kadarı basit, %20 kadarı ise komplike nöbetlerdir (1, 2, 3, 36).

Çoğu nöbet, konvülsiyon eşiğinin düşük olduğu, enfeksiyonlara eğilimin ve ateşli hastalıkların çok görüldüğü erken çocukluk yaşlarında, 6 ay ile 36 ay arasında olmakta ve 18-22 aylıkta pik yapmaktadır (3, 4, 37, 38). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ortalama olarak 22-26 aylık dönemlerde daha fazla oranda görülmektedir (19, 32, 35, 39).

1.1.2. Febril konvülsiyonda etyopatogenez

Febril konvülsiyonların oluşmasında rol oynayan faktörler, genetik, yaş ve ateştir. Genel olarak FK'lar, genetik yatkın, ateşli, 6 ay ile 5 yaş arası bir çocukta, olası çevresel etkenlerin (emosyonel stres, uyku bozukluğu gibi) eşlik etmesiyle oluşur (22, 24, 40).

Febril konvülsiyonun genetik zeminini, kişisel ve ailesel yatkınlık, immün cevabın modülasyonu, nöronal eksitabilite, virüsler gibi ekzojen ajanların etkileşimini içeren farklı süreçlerin düzenlenmesi kapsar (41).

Febril konvülsiyonda genetiğin rolü büyüktür. Aile öyküsünün sık olması, kardeşlerde ve ikiz kardeşte görülme olasılığının fazla olması nedeniyle genetik yatkınlık söz konusudur (42-44). Aile çalışmalarına bakıldığında, FK'da genel olarak aile öyküsü, hastaların %25-40'ında gözlenir ve ailesinde FK olan bir çocukta 20 kat daha fazla FK oluşma riski vardır (43). Febril konvülsiyon kardeşlerde %10-25, ebeveynlerde % 10-50, çift yumurta ikizlerinde %13-15, tek yumurta ikizlerinde %33-68 oranında saptanmaktadır (44). Ailede epilepsi hastalığı ise %4 oranında saptanmaktadır (38). Febril konvülsiyon ile ilgili yapılmış çoğu aile çalışması, görülme sıklığının %10-46 arasında değişmekte olduğunu ve febril konvülsiyon için aile öyküsü pozitif olan çocuklarda ortalama tekrar riskinin %36 olduğunu göstermektedir. Başlıca ikiz çalışmalarında FK, dizigotik ikizlere göre, monozigotik ikizlerde daha yüksek olduğunu kanıtlamaktadır (41). Ailesinde birinci derece akrabasında FK öyküsü olan hastalarda iki yıl içinde tekrar FK gelişme riski %27 ile %52 arasındadır (45). Öztürk ve ark.'larının (19) yaptığı retrospektif bir çalışmada FK'lu çocuk hastaların %8.9'unda 1. derece akrabalarında FK öyküsü bulunmuştur. Yine Özaydın ve ark. (32)'lerinin çalışmasında bu oran %34 olarak saptanmış, 1. ve 2. derece akrabalarda ise %57 olarak bulunmuştur.

Popülasyon bazlı çalışmalara bakıldığında, febril konvülsiyonlarda araştırılan 41 genin 14'ünde en az bir pozitif gen lokalizasyonu saptanmıştır. Proinflamatuvar sitokin olan interlökin 1 β (İL-1 β) en çok araştırılan ve FK ile ilişkili bulunan genidir. Araştırılan 36 genin 16'nın, epilepsi ve FK ile ilişkili olduğu bulunmuş. Bu durumlarda en sık karşılaşılan genler; voltaj kapılı sodyum kanalı tip 1 alfa subüniti (SCN1A), İL-1 β , nöronal asetilkolin reseptörü subunit alfa 4 (CHRNA4) ve gama amino butirik asit subunit 2 (GABRG2) olarak görülmüştür (41). Özellikle SCN1A

ve voltaj kapılı sodyum kanalı tip 1 beta subüni (SCN1B) gen mutasyonu, gama amino butirik asit subunit A (GABA_A) mutasyonu olanlarda ve aile öyküsü olanlarda konvülziyonlar yüksek saptanmıştır (46). Hastaların sağlam kardeşlerinde bile anormal elektroensefalogram (EEG) bulgularına rastlanılmaktadır. Febril konvülziyonla ilgili olan genin 19p ve 8q13-21 lokuslarında yer aldığı düşünülmektedir (4, 36). Yine bazı çalışmalarda 2q, 5q, 8q, 19p ve 19q, 18p, 6p gibi kromozom bölgelerinin FK'la ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle nöronal sodyum kanalı ile ilgili gen olan 2q genindeki mutasyonlar suçlanmıştır (22, 28, 37, 38, 47).

Febril konvülziyon etyopatogenezinde, genetikten sonra ikinci ve üçüncü etmen ise, yaş ve ateştir. Febril konvülziyonlar, enfeksiyonların sık görüldüğü 6 ay 60 ay arası çocukta oluşan nöbetlerdir. Nöbete her zaman 39 °C derecenin üzerinde bir ateş eşlik etmektedir (1, 2, 48). Ateşin nedeni, çoğu kez üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE), alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE), idrar yolu enfeksiyonu (İYE), akut gastroenterit (AGE), roseola infantum, influenza A, influenza B, respiratuar sinsityal virüs, herpes simplex virüs, sitomegalovirüs gibi viral enfeksiyonlar, aşı sonrası ve enfeksiyöz olmayan hastalıklardır (3, 29, 46, 48, 49). Akut gastroenteritte ise genel olarak FK insidansı düşüktür ve gastroenteritin FK'dan koruyucu özellik gösterdiği düşünülmektedir (28). Ancak shigellaya bağlı gastroenterit durumlarında risk artmaktadır (38).

Hayvan ve insan çalışmalarında ateşin nörotransmitterlerde yaptığı değişiklikler nedeniyle FK'ların oluştuğu tahmin edilmektedir. Özellikle interlökin 1 β (İL-1 β), high-mobility group protein 1 (HMGB1), interlökin-6, tümör nekrotizan faktör- α gibi proinflatuar sitokinlerdeki değişimler sonucu beyinde nöronal deşarj oluşmakta ve konvülziyon oluşmaktadır (50).

Küçük yaştaki çocuklarda eksitatör ve inhibitör nörotransmitterler arası dengenin tam olarak olgunlaşmaması, FK'un küçük yaşlarda oluşma mekanizmasını açıklamaktadır. Genel olarak FK'ların oluşmasında etkili olan mekanizmalar, hayvanlarda ve insanlarda yapılan çalışmalarda beyin ısısının artması, sitokinler ve genetik yatkınlık olarak gösterilmiştir (Tablo 1) (46).

Tablo 1. Febril konvülsiyon mekanizmaları (46)

Mekanizma	Hayvan Modelleri	İnsan Modelleri
Beyin ısısında artış	Isıya duyarlı vanilloid reseptör aktivasyonu İyon kanalları kinetiği	Sıcak banyo veya antikolinergik tedavi
Ateş mediatörleri	İL1R eksikliği İL-1 β İL-1RA inhibisyonu	İL-1 β
Genetik	GABA _A subünit mutasyonu	GABA _A subünit mutasyonu SCN1A, SCN1B gen mutasyonu

Tüm bunlara rağmen, FK'lu çocukların %50'sinde ise herhangi bir risk faktörü saptanamamıştır (3, 37).

1.1.3.Febril konvülsiyonda klinik

Febril konvülsiyonlar, 38.3 °C üzerinde ateşin eşlik ettiği, ortalama 10 saniye ile 10 dakika arasında süren konvülsiyonlardır. Konvülsiyonlar, genelde ateşin yükselmeye başladığı 1-2 saat içerisinde ortaya çıkmaktadır. Ateşten sonraki 24 saat içerisinde tekrar konvülsiyon olma olasılığı düşüktür (28, 51).

Febril konvülsiyonlar, selim seyirli konvülsiyonlardır. Nöbetler, generalize, tonik-klonik, tonik, klonik veya atonik nöbetler şeklinde ortaya çıkarlar. Nöbetlerin çoğu ateş sonrası görülen tonik-klonik vasıfta nöbetlerdir. Nöbetler ortalama 10-15 dakikayı geçmezler (22). Nadiren parsiyel başlayıp generalize nöbete dönebilir. Başlangıçta ağlama, bilinç kaybı, kas kasılmaları ve kısa süreli solunum durmaları olabilir. Daha sonra yüzde ve ekstremitelerde tekrarlayan sızramalar (jerkler) görülür (36).

Febril konvülsiyonlar, basit febril konvülsiyonlar ve komplike febril konvülsiyonlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (1, 2, 36, 37). Basit febril konvülsiyonlar, sıklıkla 39 °C üzerinde ateşin eşlik ettiği, 15 dakikadan daha kısa süreli olan, generalize ve 24 saat içerisinde bir kez olan febril nöbetler olarak tanımlanmaktadır. Komplike febril konvülsiyonlar ise nöbet süresinin 15 dakikadan uzun olduğu, fokal ve 24 saat içerisinde tekrarlayan febril nöbetler olarak tanımlanmaktadır (1, 3, 36, 37). Basit ve komplike febril nöbetler arasındaki farklar Tablo 2'de gösterilmiştir (1-4, 36, 37, 49).

Tablo 2. Febril konvülsiyonların sınıflandırılması (1-4, 36, 37, 49)

Basit Febril Konvülsiyonlar
15 dakikadan kısa Generalize 24 saat içinde bir kez oluşan Tonik-klonik vasıfta Nörolojik defisit kaybı olmayan
Komplike Febril Konvülsiyonlar
15 dakikadan uzun Fokal nöbet 24 saat içinde tekrarlayan Nörolojik defisit kaybı olan

Febril konvülsiyonların prognozu oldukça iyidir. Febril konvülsiyon sonrası bir çocukta istenmeyen muhtemel 4 risk söz konusudur. Bu riskler, IQ azalması, beyin hasarı ve nörokognitif bozulma, tekrarlayıcı febril konvülsiyon, epilepsi gelişimi ve ölümdür (1). Basit febril konvülsiyonların beyin hasarına neden olduğu gösterilememiştir. Tekrarlayan BFK sonrası ne IQ düşüklüğü ve akademik performansda bozulma ne de nörokognitif bozulma ortaya çıkmıştır (52). Teorik olarak FK esnasında travma, aspirasyon veya kardiyak aritmi sonucu ölüm söz konusu olsa da, bu çok zor bir olasılıktır (53).

Febril konvülsiyonda en önemli risk faktörleri, ateş ve çocuğun yaşıdır. Hangi çocuğun FK gelişmesi açısından risk altında olduğunu bilmek oldukça zordur. Çoğu nöbet genetik yatkın çocukta, olası çevresel etkiler sonucunda oluşmaktadır. Bethune (54) ve Vestergaard ve ark.'larının (55) yaptığı çalışmalarda, bir çocukta ilk kez febril konvülsiyon gelişmesi için risk faktörleri:

- 1) Genel popülasyonda
 - a- Birinci derece akrabada FK hikayesi
 - b- İkinci derece akrabada FK hikayesi
 - c- Aile tarafından ifade edilen psikomotor gelişim yavaşlığı
 - d- Yenidoğan döneminde hastaneye yatış süresi (28 günden fazla)
 - e- Gündüz bakım evlerine (kreş) devam etme
 - f- Prematür doğum
- 2) Ateşli hastalığı olan çocukta
 - a- Birinci derece akrabada FK hikayesi
 - b- İkinci derece akrabada FK hikayesi
 - c- Ateş yüksekliği

olarak belirlenmiştir. Eğer çocuk iki veya daha fazla risk faktörü taşıyorsa FK geçirme riski %28 olarak hesaplanmıştır. Çalışmalarda bunun dışında ilk FK için risk faktörleri olarak, daha önceden febril nöbet geçirme, prematürite, hastanede yatış sayısı, gelişme geriliği, kreş bakımı alma, influenza A enfeksiyonu, human herpes virus 6 enfeksiyonu, metapnomovirus ve demir eksikliği anemisi saptanmıştır (28, 29, 48, 54, 56- 59). Buna karşın ilk kez FK geçirmek için en önemli risk faktörünün aile öyküsü ve ateş yüksekliği olduğu bildirilmektedir (54).

Basit febril konvülziyonlu çocuklarda rekürrens riski %30 kadardır (1, 28, 59-62). Eğer nöbet 1 yaşın altında başlamışsa %50, üç yaşın üstünde başlamışsa %10 tekrarlar. Hastaların %75'inde ilk bir yılda, %90'ında ilk iki yılda tekrarlar. Risk faktörü arttıkça tekrarlama riskide artmaktadır. Risk faktörü olmayanlarda %14, risk faktörü bir veya iki tane ise %25-50, üçten fazla ise %50-60 tekrarlar (28). Ancak çalışmalar, fokal nöbet, uzun ve tekrarlayan nöbet (63), influenza A enfeksiyonu (64), aile hikayesi olması (45), bir yaşın altında nöbet geçirme (61), nöbet esnasında ateşin 40 derecenin altında olması (61, 65) ve ilk nöbetin komplike olması (66) durumlarında rekürrens şansızlığının daha fazla olduğunu göstermiştir.

Knudsen çalışmasında (67) rekürren febril konvülziyon için 5 tane majör risk olduğunu göstermiştir. Bu riskler;

1. İlk nöbetin 15 aylıktan önce başlaması
2. Birinci derece akrabasında epilepsi olması
3. Birinci derece akrabasında febril konvülziyon olması
4. İlk nöbetin komplike olması
5. Kreş bakımı almak

Hiç risk faktörü olmayan çocukta rekürrens şansızlığının %12, bir risk faktörü var ise %25, iki risk faktörü varsa %50, üç veya daha fazla risk faktörü varsa %80-100 arasında olduğunu göstermiştir.

Nöbet öncesi ateş yüksekliği 1 saatten fazla sürmüştü, aile öyküsü yoksa ve 18 aylıktan büyükse tekrarlama riskide o kadar azalmaktadır. Buna karşın ateş ile nöbet arasında süre ne kadar kısa ise tekrarlama riski de o derece yüksektir. Febril konvülziyonların başlama yaşı da tekrarını etkilemekte ve ilk febril konvülziyon yaşı ne kadar küçükse tekrarlama riski de o kadar fazladır (4, 28). Tablo 3'de rekürren febril konvülziyon için risk faktörleri gösterilmiştir (22).

Tablo 3. Rekürren febril konvülziyon için risk faktörleri (22)

-
- 18 aylıktan küçük yaşta ilk FK geçirme
 - Ailede FK öyküsü
 - Ateşin düşük derece olması ile FK geçirme
 - Ateş ile nöbet arasındaki sürenin kısa olması (< 1saat)
-

Rekürrens riskini önlemek için proflaktik antipiretik veya antikonvülzan tedavi önerilmemektedir (1).

Febril konvülziyonların epilepsiye dönüşme riski en çok tartışılan konuların başında gelir. Tek BFK’u olan bir çocukta, epilepsiye dönüşme riski genel popülasyondan farklı değildir (%0.5). Ancak risk faktörleri arttıkça bu oran %2-10’a kadar çıkmaktadır (22, 28).

Bir yaşın altında ilk FK olması, kısa süren ateş, multiple febril nöbetlerin olması, ailede epilepsi öyküsünün olması ve nörogelişimsel bozukluğun olması durumunda yüksek rekürrens riski söz konusudur ve bu hastalarda 25 yaşına kadar %2.4 oranında generalize afebril nöbet geçirme riski vardır (22, 43, 68, 69). Tablo 4’de FK sonrası epilepsi gelişimi açısından risk faktörleri gösterilmektedir (22, 51).

Tablo 4. Febril konvülzisyonda epilepsi gelişimi için risk faktörleri

-
- Nörogelişimsel bozukluk
 - Ailede epilepsi öyküsü
 - Komplike febril konvülziyon
 - Ateş ile nöbet arasındaki sürenin kısa olması
 - Multiple febril nöbet
-

Febril konvülziyon sonrası eğer hastada epilepsi gelişmişse, genel olarak generalize, absans, komplike parsiyel tipte epileptik nöbetler görülür. Erişkinde dirençli epilepsisi olup beyin magnetik rezonans (MRI) görüntülenmesinde Mesial temporal skleroz (MTS) olan hastaların öykülerinde uzamış febril konvülziyon saptanmıştır. Ancak popülasyon çalışmalarında çocuklarda MTS ile febril konvülziyon arasında bu ilişki gösterilmemiştir. Ayrıca MTS’in febril konvülziyonu olmayanlarda da oluşması altta yatan sebebin farklı olduğunu göstermektedir (38, 51).

Tüm bunlara rağmen, başarılı bir basit febril konvülziyon tedavisinin epilepsi gelişimini önlediğinin gösterilmesi halen tartışmalıdır. Yüksek rekürrens riski

haricinde febril konvülziyonların uzun dönem istenmeyen etkileri azdır (1).

Febril konvülziyonun 30 dakikadan uzun sürmesi febril status epileptikus olarak tanımlanmaktadır ve febril konvülziyonlu hastaların %5'inde görülür. Genellikle fokal özellikler göstermektedir (2, 22, 37, 70).

Çocukta bu etkilere neden olan febril konvülziyon aynı zamanda aile işlevlerini de etkilemekte ve ebeveynlerde ciddi anksiyete oluşturmaktadır. Çocuğun sağlık durumu ebeveynlerin psikolojik durumlarına bağlı iken, ebeveynlerin işlevleri ve refahı da çocuklarının psikolojik durumundan etkilenmektedir. Ebeveynlerin, aile yaşamı, uyku düzeni ve sosyal yaşamını etkilemektedir (42). Çoğu ebeveyn nöbet esnasında çocuğunun öldüğünü zannetmektedir (19, 71).

Aile işlevleri; ebeveynlerin sağlıklı olması, maddi durumun iyi olması, evliliğin niteliği, anne-çocuk ilişkisi, uyum içinde olma, ilişkilerin anlamlı olması, çatışma gibi aile çevresinin değişik özelliklerini kapsayan genel bir kavramdır. Sağlıklı aileler, işlevlerini çok iyi yerine getirirler. Üyeler, aile iletişiminden memnundur ve psikolojik olarak sağlıklıdır. Biyopsikososyal modele göre aile ilişkilerinde işleyen kalıplar aile bireylerinin ruhsal süreçlerini, hasta bireyin biyopsikososyal süreçleri de ailenin işlevselliği sürecini etkilemektedir (9).

1.1.4. Febril konvülziyonda yönetim

Febril konvülziyonda tanı, öykü ve fizik muayene ile konulur. Febril dönemde nöbet geçiren çocukta nöbetin tipi ne olursa olsun dikkatli bir anamnez, fizik muayene ve laboratuvar çalışması gerekmektedir (4).

Anamnezde ateşin özellikleri, derecesi, eşlik eden durumlar, nöbetin nasıl geçirildiği, nörolojik gelişim, ailede febril ve afebril nöbet öyküsü, epilepsi varlığı sorgulanmalıdır. Her ateşli nöbetin FK'a ait bir nöbet olmadığı bilinmelidir. Nörolojik bozukluğu veya epilepsisi olan bir hastanın da febril nöbet geçirebileceği bilinmelidir.

Nörolojik muayene genelde normaldir. Nöbet esnasında bir yandan çocuğun nöbetine yönelik tedavi ile birlikte ateşin düşürülmesi gerekmekte, diğer yandan ateşin nedenine yönelik araştırma yapılması gerekmektedir. Febril konvülziyon esnasında santral sinir sistemi enfeksiyonu (menenjit, ensefalit), eksojen veya endojen toksinler, intrakraniyel yapısal anomaliler, travma, metabolik sorunlar,

dehidratasyon ve elektrolit bozukluklarıyla ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir (3, 5, 22, 25, 37, 67).

Hastada vital bulgular stabilize edildikten sonra, ilk olarak menenjit riskinin belirlenmesi ve ayırımının yapılması gerekmektedir (2, 3). Febril konvülziyonu olan çocuk hastaların tanı anında %2-7 oranında menenjit olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (1, 35, 45, 72). Yapılacak fizik muayene ve istenilecek laboratuvar tetkikleri bu durumlar göz önünde bulundurularak yapılmalıdır (1, 2, 3, 22, 25, 28, 40).

Genel olarak hastalarda; lomber ponksiyon (LP) ile beyin omurilik sıvısının biyokimyasal, mikrobiyolojik ve serolojik açıdan incelenmesi, EEG, nörolojik görüntüleme yöntemleri, tam kan sayımı, serum biyokimyası, idrar analizi, göğüs filmi, kan ve idrar kültürü istenilen tetkiklerdir. Bu tetkiklerin istenmesinin gerekliliği ve ne zaman istenebileceği febril konvülziyonun değerlendirmesinde tartışmalıdır (3, 22, 25, 40). Amerikan pediatri akademisi 2008 yılında, bu tür tetkiklerin yapılmamasını önermekte ve anormal EEG'nin ileride nöbet veya epilepsi oluşacağını göstermediğini, ayrıca ilk febril nöbet 18 aylıktan küçükken geçirilmişse LP yapılması gerektiğini, 18 aylığın üstünde klinik olarak menenjitten şüphe edildiği zaman LP önermektedir (1, 2, 4, 25, 36, 38, 73). Febril konvülzisyonda LP kararını hastayı izleyen doktor vermelidir. Febril konvülzisyonda LP endikasyonları Tablo 5'te gösterilmiştir (1, 4, 38, 74).

Tablo 5. Febril konvülzisyonda LP endikasyonları

-
- 12 aylıktan küçük bebekte
 - 12-18 aylık bebekte şüphe durumunda
 - Komplike nöbet ve nöbet sonrası letarji durumu varsa
 - Öncesinde antibiyotik kullanımı olmasına rağmen nöbet oluşmuşsa
 - İlk LP normal, klinik durum devam ediyorsa
 - 5 yaşından sonra febril nöbet oluşmuşsa
-

Elektroensefalografi ve nörolojik görüntüleme nöbeti olan çocukta klinik şüphe durumlarında yapılmalıdır. Febril konvülziyonlu çocuklarda EEG'nin tanı değeri oldukça sınırlıdır ve FK'a özgü EEG bulgusu yoktur. Rutin olarak yapılması önerilmemektedir (4). Basit febril konvülzisyonda %60 oranda normaldir. EEG dalgaları, ateş ve viral enfeksiyonlardan etkilenir. Bundan dolayı nöbetten 7-10 gün

sonra çekilmelidir. Febril konvülsiyonu takiben ilk hafta içinde geçici olarak non spesifik bioksipital teta yavaşlaması, fokal keskin aktivite, multifokal diken aktivitesi gibi anormal EEG bulguları oluşabilir (1, 4, 38, 39).

Nörolojik görüntüleme olarak febril konvülsiyonlarda beyin tomografisi ve beyin MRI istenmektedir. Basit febril konvülsiyonlarda nörolojik görüntüleme gereksizdir. Klinik şüphe durumlarında, özellikle rekürren FK, febrile status epileptikus ve fokal nöbet durumlarında yapılmalıdır (1, 4, 37, 75).

Komplike febril konvülsiyon, hemiparezi gibi sorunlara yol açabildiğinden, konvülsiyon esnasında BFK ve KFK ayırımı yapılmalıdır. Aşağıdaki durumlar söz konusu ise hastada KFK düşünölmelidir (36).

- Ailede epilepsi öyküsünün bulunması
- Hastada nörolojik bulguların olması
- İlk nöbetin 1 yaşın altında ve ya 5 yaşından sonra oluşması
- Konvülsiyon esnasında fokal belirti
- Aynı gün içerisinde tekrarlama
- Konvülsiyon süresinin 20 dakikanın üzerinde olması
- Kalıcı EEG bulgularının olması

Rutin kan tetkikleri, tam kan sayımı, kanın biyokimyasal değerlendirmesi, idrar analizi, göğüs filmi, kan ve idrar kültürleri BFK ve KFK'da gerekli değildir (1). Ateşe ve enfeksiyona yönelik olarak yapılması gerekmektedir (2, 3, 22, 28, 38, 40, 75-77).

Hastalarda ilk değerlendirme, basamak halinde Şekil 1'de gösterilmiştir (3).

1.1.5. Febril konvülsiyonda ayırıcı Tanı

Febril konvülsiyonla acil servise getirilen bir çocukta ayırıcı tanı mutlaka yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda öncelikle aşağıda sıralanan durumlar ayırt edilmelidir (5, 21, 28, 43, 78).

1-Akut semptomatik konvülsiyon

- a) Santral sinir sistemi enfeksiyonları (menenjit, ensefalit, abse)
- b) Hiponatremi
- c) Hipoglisemi
- d) Hipokalsemi

- e) Salmonella ve shigella enfeksiyonları
- f) İntoksikasyon
- g) Konvülzif ilaçlar (difenhidramin, trisiklik antidepresanlar, amfetamin, kokain türevi ilaçlar, antikolinergik etkileri olan tüm ilaçlar)
- h) Kafa travmaları

2-Nonkonvülzif nörolojik nedenler

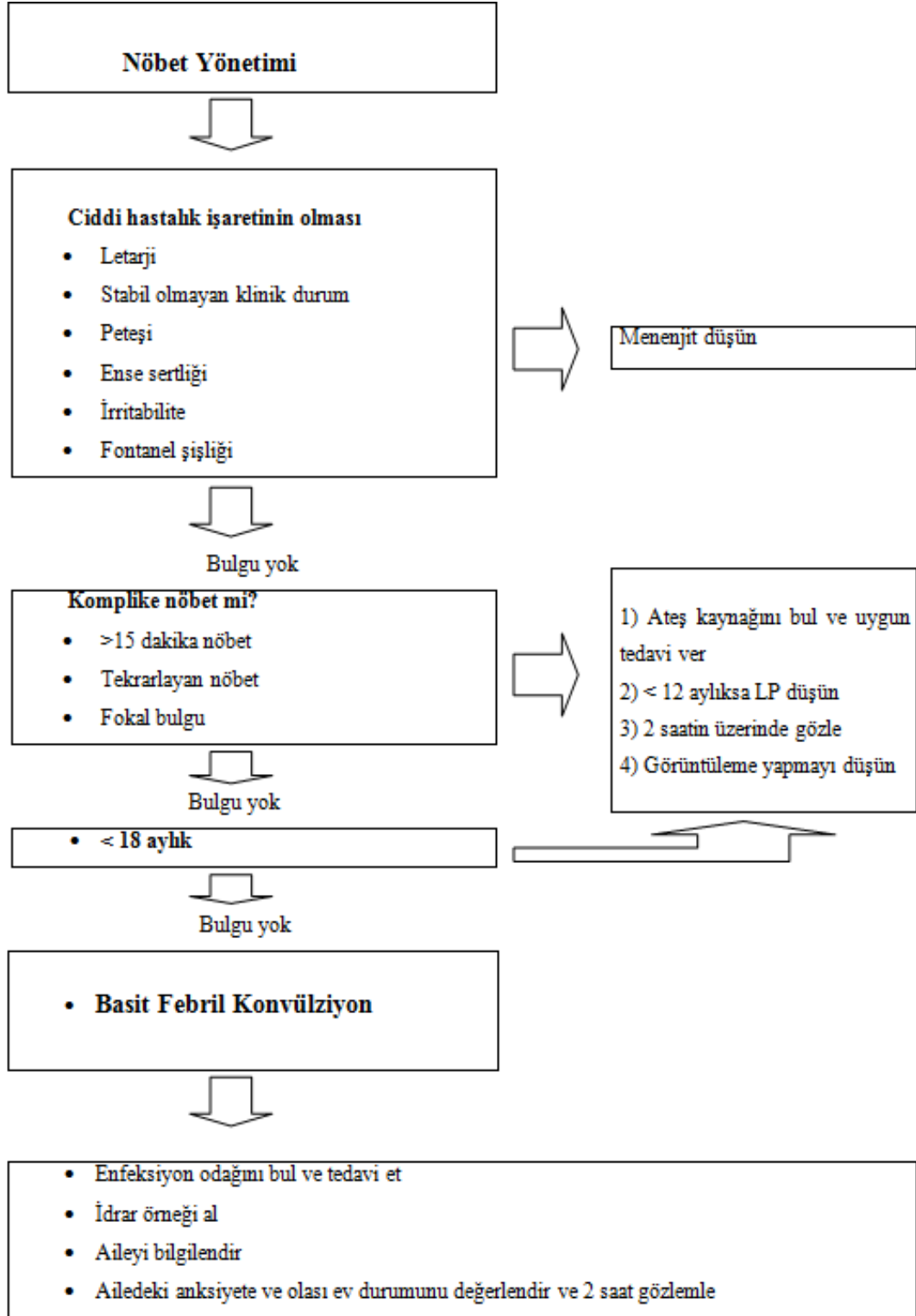
- a) Santral sinir sistemi enfeksiyonu sırasında koreatetoz
- b) Hareket bozuklukları (kore, tik, tremor)
- c) Shuddering atakları (Ürperme-titreme): 4-6 aylık bebeklerde korku, kızgınlık esnasında birkaç saniye süren titreme ya da kasılmalarla oluşan ataklardır.

3-Nonkonvülzif nonnörolojik nedenler

- a) Rigor: Ateş sırasında paroksizmal olarak titremeler ya da kas spazmı olup genellikle bakteriyemi ile ilişkilidir. Rigorda bilinç kaybı görülmez.
- b) Refleks anoksik ataklar: Ateşin tetiklediği vagal senkoptur.

4- Epileptik nöbetler

Febril konvülziyon geçiren bir çocukta ateşle seyreden santral sinir sistemi enfeksiyonları en önemli klinik sorundur. Yapılan çalışmalarda ilk kez FK geçiren çocuklardaki menenjit insidansı %2-5 olarak bildirilmektedir (79). Türkiye’de yapılan bir çalışmada bu oran benzer şekilde %4.9 olarak saptanmıştır (35).



Şekil 1. Febril konvülsiyon yönetimi (3)

1.1.6. Febril konvülziyonda tedavi

Febril konvülziyonda tedavi üç ana bölüme ayrılmaktadır.

- 1) Akut tedavi
- 2) Koruyucu (Proflaktik) tedavi
- 3) Aile tutumu ve eğitimi

Febril konvülziyonların akut tedavisinde yapılması gereken işlemler, sırası ile hastanın kardiyovasküler ve solunumsal dengesinin sağlanması, konvülziyon tedavisi, konvülziyon tekrarının önlenmesi, epilepsi riskinin azaltılması, yüksek ateşin tedavisi, ateş nedeninin bulunması, tanı ve tedavisinin planlanması, son olarak da ailenin bilgilendirilmesi, ateş fobisinin azaltılması ve anksiyetenin giderilmesidir (2, 51, 78, 80).

İlk olarak yapılması gereken, hastanın ilk yardım basamaklarına uygun olarak solunum yolunun açık tutulması, solunum ve dolaşımının idamesinin sağlanmasıdır. Çoğu nöbet kısa süreli, tedavi gerektirmeyen ve iyi prognoza sahiptir ve aynı yaş grubunda bakteriyel hastalığa sahip başka hastalarla benzer riskler söz konusudur (37, 43). Damar yolu açılırken, yaşamsal fonksiyonların devamını sağlamak temel kuraldır. Hastaya, hava yolu açık kalacak şekilde pozisyon verilmeli, gerekirse airway, nazal kanül, oksijen maskesi gibi araçlar kullanarak oksijen verilmelidir (2, 38, 77).

Uzamış FK'larda (>10 dakika) hasta monitörize edilmelidir. Hastanın kardiyopulmoner monitörizasyonu sağlanırken çok sıkı tespitler yapılmamalı, ani kasılmalar sırasında oluşabilecek 'karşı kuvvet' oluşumuna, dolayısıyla hastanın hareket kısıtlılığı sonucu kendisine zarar vermesine (kemik kırıkları, yumuşak doku travmaları gibi) engel olunmalıdır (2, 77, 81). Hastaların konvülziyonlarına yönelik kısa etki süresine sahip benzodiazepinler tercih edilmeli. Midazolam (i.v, bukkal, nazal), diazepam (i.v, rektal) ve lorezepam (i.v) en sık kullanılan benzodiazepinlerdir. Bu durumlarda hastaya rektal diazepam 0.2-0.5 mg/kg/doz, i.v, bukkal midazolam 0.1-0.3 mg/kg/doz i.v fenobarbital 15-20 mg/kg veya i.v lorezepam 0.05-0.1 mg/kg yapılması efektif bir tedavi olarak görülmektedir (2, 3, 38, 82, 83).

Yaşamsal müdahaleler yapıldıktan sonra ikinci olarak, bir yandan çocuğun ateşi düşürülmeye çalışılırken diğer yandan nöbete yönelik tedavi yapılmalıdır. Ateşli durumda antipiretikler ve mekanik ateş düşürücü yöntemlerle ateş düşürülmelidir (36, 38, 83).

Hastaneye yatış açısından bakıldığında;

1. Komplike nöbet
2. Menenjit veya ensefalit şüphesi
3. < 18 aylık hasta
4. Anksiyöz ebeveyn veya aile bakımının yetersiz olması

gibi durumlarda hastanın yatırılması önerilmektedir (2, 3).

Hastalarda genel olarak kullanılan antipiretik ilaçlar parasetamol 10-15 mg/kg/ gün ve ibuprofen'dir. Mekanik soğutma işlemi ılık su ile yapılmalı ve aşırı soğuk su ile alkol kullanılmamalıdır (38, 83).

Akut tedavi yönetimi şekil 2'de gösterilmiştir.

Hastalarda koruyucu (proflaktik) tedavi, intermittant ve devamlı olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır (38, 83). İntermittant tedavi çocuk ateşlendiğinde uygulanması gereken, ailenin ve gerekirse hekimin yapması gereken tedavidir. Bu amaçla rektal diazepam, oral antipiretikler ve ılık su ile soğutma işlemi, uygulanan tedaviler arasındadır. Hastanın ateşinin yükselmeye başladığı anda, rektal diazepam uygulaması, hekim tarafından aileye nasıl uygulandığı bilgisi verildikten sonra yapılmalıdır. Nöbet başlamışsa da diazepam uygulanabilir, son yıllarda nasol midazolam uygulaması da kullanılmaya başlanmıştır (38, 73, 83).

Antikonvülzan ilaçların FK'un profilaktik veya uzun süreli tedavisinde kullanılmalarının, epilepsi gelişmesi riskini azalttığını gösteren herhangi bir kanıt bulunmamaktadır ve proflaktif antikonvülzan tedavi önerilmemektedir (1, 38).

Basit febril konvülziyonda ilaç proflaksisi gereksizdir, ailenin bilgilendirilmesi ve anksiyetesinin giderilmesi yeterlidir. Febril konvülziyonların çoğu selim olduğundan sonraki dönemde okul başarısı ve çocuğun öğrenme becerisinin olumsuz etkilenmeyeceği ailelere anlatılmalı ve intermittant tedaviye gerekli durumlarda başvurularını öğretilmelidir (73, 83). Buna rağmen birçok klinikte devamlı tedavi, riskli durumlarda kullanılmaktadır. İlk FK'un 1 yaşın altında geçirilmesi, aile öyküsünün olması, KFK'u olanlarda 3'ten fazla rekürrens oluşması,

çok uzun süren nöbet olması, ailenin ciddi anksiyöz olması durumlarında devamlı tedaviyi, rekürrens oluşumunu engellemek amacıyla öneren çalışmalar vardır (35, 73, 83, 84).

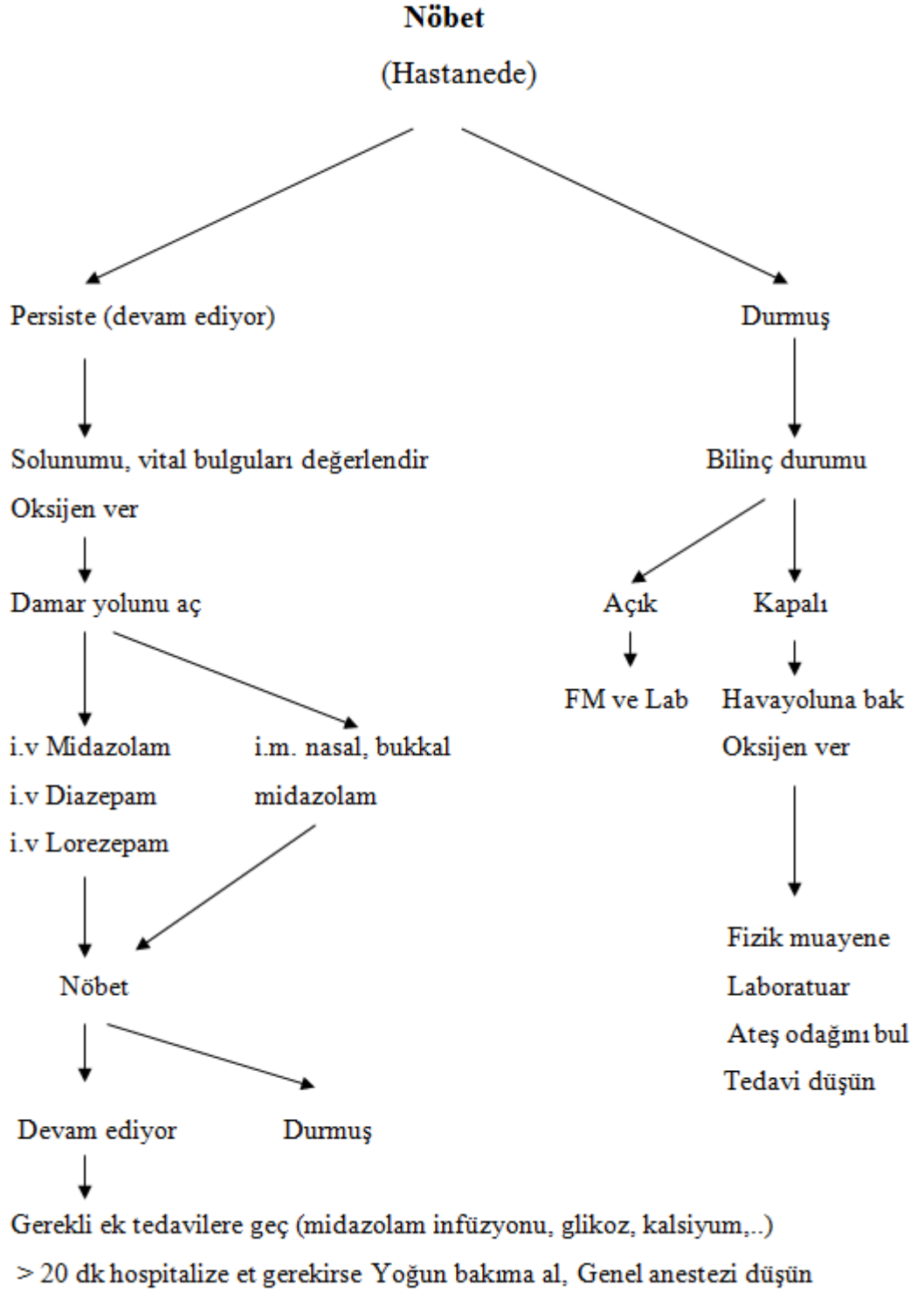
Plasebo kontrollü çalışmalarda fenobarbital, sodyum valproat ya da aralıklı rektal diazepam proflaksisi ile FK tekrarı azalmasına karşın, epilepsi gelişimi önlenememekte ve antiepileptik ilaçların yan etkilerinin fazlalığı nedeniyle APA tarafından önerilmemektedir. Karbamazepin ve difenilhidantoin FK'da etkili değildirler (1, 28, 85).

Fenobarbital, uzun yıllardır febril konvülziyon proflaksisinde kullanılmaktadır. 4-5 mg/kg/gün dozunda verilir ve rekürrensi %4-13 oranında azaltmaktadır. İritabilite, dikkatsizlik, agresyon, uyku bozukluğu ve bilişsel fonksiyonları etkilemesi sık görülen yan etkileridir.

Valproik asit, en az fenobarbital kadar etkilidir. Davranış problemleri daha az görülür. Kilo alımı, saç dökülmesi, pankreatit, karaciğer bozuklukları en önemli yan etkileridir. 20-30 mg/kg verilebilir (83).

Febril konvülziyon tedavisinde önemli diğer konuda, ailenin tutumu ve bilgilendirilmesidir. Ailedeki anksiyetenin giderilmesidir. Çoğu aile, konvülziyon esnasında çocuğunun öldüğünü zanneder (19, 71). Nöbet sırasında ailelere ne yapması konusunda bazı öğütlerde bulunulması gerekir. Sakin olunmalı, ağızdaki herhangi bir şeyin boğazına kaçmasını engellemek için yan yatırılmalı, nöbet bitinceye kadar yanında durulmalı, titremesini engellemek için çocuk sıkı tutulmamalı, ağızdan bir şey vermemeli, üzerine su dökülmemeli, yüzüne kolonya sürülmemelidir. Öncelikle ateşi düşürülmelidir. Bunun için çocuğun giysileri çıkarılır, vücudu ılık su ile silinir, ya da ılık su ile duş aldırılır. Sonra hastaneye çocuğun getirilmesi sağlanmalıdır. Hastanede doktor gözetiminde anne ve babalara FK'un benign olduğu anlatılmalı, beyinde hasara neden olmayacağı bilgisi verilmelidir. Febril konvülziyonun özellikleri, nöbet esnasında ailenin ne yapması gerektiği ve prognozu aileye söylenmelidir (4).

Bu çocukların aşılmasında özellikle difteri boğmaca tetanoz aşısından 48 saat, kızamık aşısından 7-10 gün sonrasına kadar ateş yönünden takip edilmeli ve antipiretik tedavi verilmelidir. Aselüler boğmaca aşısı tercih edilmelidir (2).



Şekil 2. Febril Konvülsiyonda Akut tedavi yönetimi (78)

1.2. Anksiyete

1.2.1. Tanım

Anksiyete, nedeni bilinmeyen, belirsiz korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit duygu durumudur. Anksiyete (anxiety) terimi latince "boğulma", "tıkanma" anlamına gelen angere sözcüğünden türemiştir (7).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yapılan sınıflamada Anksiyete Bozuklukları olarak, panik bozukluğu, agarofobi, özgül fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete ve aşırı anksiyete duyma bozukluğu, ayrılma anksiyetesi, obsesif-kompulsif bozukluk , travma sonrası stres bozukluğu ve antisosyal bozukluk yer alır. DSM-IV-TR'de yer alan anksiyete bozukluklarının alt tipleri Tablo 6'da gösterilmiştir (7).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), kişinin travmatik stresörle karşılaşmasından, olayı yaşamasından sonra ortaya çıkan bir anksiyete durumudur.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı DSM-IV TR ile konulur (Tablo 7) (7).

Tablo 6. Anksiyete bozukluklarının alt tipleri (7)

-
- 1) Yaygın anksiyete bozukluğu
 - 2) Panik bozukluk
 - a-Agorafobi ile birlikte
 - b-Agorafobi ile birlikte olmayan
 - 3) Özgül fobi
 - 4) Sosyal fobi
 - 5) Obsesif-Kompulsif bozukluk
 - 6) Travma Sonrası Stres Bozukluğu
 - 7) Akut stres bozukluğu
 - 8) Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu
 - 9) Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu
 - 10) Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozuklukları
-

1.2.2. Görülme sıklığı, klinik özellikler ve tedavi

Anksiyete bozuklukları, toplumda çocuklarda ve ergenlerde en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır. Toplumumuzda oldukça sık görülmektedir. Amerikan

toplumunda yaklaşık olarak dört kişiden birinde anksiyete bozukluğu saptanmıştır (7, 93). Genel olarak yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30.5, erkeklerde %19.2'dir. Tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12.6 iken yaşam boyu sıklık %14.6'dır (8).

Travma sonrası stres bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı toplumun %8'i olarak tahmin edilmektedir (86). Genel nüfusun %93'e yakını travmatik bir olay yaşasa da, sadece %5-12 oranında TSSB geliştirmektedir. Ortalama olarak erkeklerin %5'i, kadınların ise %10'u yaşamlarının bir döneminde TSSB tanısı alır (87).

Anksiyete, bireyi çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya yanıt vermesini sağlayan bir durumdur. Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptom olan anksiyete, organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında kaçma veya olay ile savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar (88, 89). Bunun neticesinde anksiyete bireyde bir çok organik ve inorganik semptomu neden olur.

Anksiyetenin neden olduğu bu semptomlar; bedensel, bilişsel ve davranışsal olarak gruplandırılmıştır. Anksiyeteye, çarpıntı, terleme, bulantı, baş dönmesi, titreme, karın ağrısı, göğüs ağrısı, ateş basması, sık sık idrara çıkma, ağız kuruluğu, nefes darlığı, hızlı nefes alıp verme, huzursuzluk, ishal, konsantrasyon bozukluğu, boğazda düğümlenme, kolay yorulma gibi bir çok bedensel semptomlar eşlik eder (90-93). Tablo 8'de bu semptomlar kısaca özetlenmiştir.

Anksiyete ve TSSB tedavisinde en etkili yaklaşım psikoterapiyle (Bilişsel ve davranışçı tedaviler) birlikte ilaçların kullanımınıdır (94). Travma sonrası stres bozukluğunun farmakolojik tedavisinde kullanılan ilaçlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepressanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri, trazodon, mirtazapin, venlafaksin, tianeptin, lityum, B-blokerler, klonidin, karbamazepin ve valproik asit'tir. Bunlar arasında en etkili olduğu belirtilen ve en sık kullanılan ilaçlar seçici serotonin geri alım inhibitörleridir. Bilişsel ve davranışçı terapiler TSSB'nin tedavisinde kullanılan en yaygın ve etkili yöntemlerdir. Bilişsel ve davranışçı terapi uygulamalarında yaşayarak ve imgesel alıştırma, bilişsel yeniden yapılandırma ve anksiyeteyi azaltma yöntemleri öne çıkar (88, 89, 93, 95).

Tablo 7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı (DSM-IV TR)

A) Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır;

1. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir
2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anları; bunların arasında düşümler, düşünceler ya da algılar vardır.
2. Olayı sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme.
3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, yanılsamaları, varsanıları disosiyatif ‘flashback’ epizodlarını kapsar).
4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma
5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan):

1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama
4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
6. Duygularında kısıtlılık (sevme duygusunu yaşayamama...)
7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama...)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
2. İritabilite ya da öfke patlamaları
3. Düşünceleri belli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük çekme
4. Hipervijilans
5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) bir aydan uzun sürer.

Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory), anksiyete derecesinin belirlenmesi için kullanılan bir testtir. Spielberger (96) tarafından geliştirilen ölçeğin türkçeye çevrilmiş formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Öner ve ark.'ları (97) tarafından yapılmıştır. Stai Tx, Her biri 20 sorudan oluşan iki ayrı alt ölçekten oluşur. Durumluluk kaygı ölçeği belirli bir durumdaki anksiyete derecesini gösterirken, süreklilik kaygı ölçeği bireyin içinde bulunduğu durumdan bağımsız olarak yaşadığı anksiyete derecesini değerlendirir. Durumluluk kaygı ölçeğinde tersine dönmüş 10 soru yer almaktadır. Süreklilik kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş soru ise 7 adettir. Her iki testte de doğrudan ifadelerden elde edilen puanlardan, tersine dönmüş ifadelerin puanları çıkarılır. Elde edilen değere süreklilik kaygı ölçeği için 35, durumluluk kaygı ölçeği için 50 eklenir ve elde edilen değer anksiyete derecesini belirler. Her iki ölçekte alınan puanlar 20 ile 80 arasında dağılır. Yüksek puanlar yüksek anksiyete seviyesini, düşük puanlar ise düşük anksiyete seviyesini gösterir.

Tablo 8. Anksiyetenin bedensel, bilişsel ve davranışsal belirtileri (95)

Bedensel	Bilişsel	Davranışsal
Nefes almada zorluk	Katastrofik düşünceler	Motor huzursuzluk
Boğulma	Endişeler, kaygılar	Kaçınma
Çarpıntı hissi	İntrusif düşünceler	Güvenlik davranışları
Terleme	İntrusif imgeler	Kompulsiyonlar
Titreme	Obsesyonlar	Yardım arama
Vertigo, senkop		
Sersemlik		
Göğüs ağrısı		
Hiperventilasyon		
Epigastrik ağrı, yanma		
Myalji		
Hipertansiyon		
Pupil dilatasyonu		

Sosyolojik anlamda toplumun temeli olarak kabul edilen aile olgusunun var oluşunda, çocuklar en önemli ögeyi oluşturmaktadır. Çocuk en geniş anlamda kadın ve erkeğin ortak bir ürünü, neslin devamı, eşleri birbirine bağlayan bağ, özlem gideren bir araç, anne ve babanın gelecek sigortası, annenin verdiği bir armağan ve sevgi olarak kabul edilmektedir. Bir ailenin sahip olabileceği en büyük ödüllere biri çocuk sahibi olabilmeleri ve o çocuğun da kendine özgü yeteneklerinin olmasıdır (98).

Anne babalık rollerine geçiş dönemi olarak değerlendirebileceğimiz gebelik döneminde çiftler, heyecan ve coşkuyla bebeklerini beklerler ve bebekleri ile ilgili hayaller kurarlar. Yapılan tüm hazırlıklar normal bir doğum içindir. Bir anne babanın temel görevi; fiziksel, psikolojik ve zihinsel yönden sağlıklı bir bebek yetiştirmektir. Anne ve baba dışındaki tüm fertlerin de beklentisi aynı şekildedir.

Kaygı, genellikle gelecekle ilgili insanı zen ve sıkın bir bekleme hali olarak tanımlanır. Güvensizlik duygusu ile karışık bir heyecan durumudur. Kaygı, dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike ihtimali ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan bir duygudur. Kişi kendisini bir alarm durumunda ve sanki bir şey olacaktış gibi hissederek, tedirginlik duyar. Titreme, terleme, çarpıntı ve yüksek nabız gibi fiziksel semptomlarla seyreden bir tablo oluşturmaktadır. Yüksek düzeyde kaygıya sahip olan kişiler fizyolojik (kasların gergin olması, sinir sistemi bozuklukları...) ve psikolojik (tedirgin bekleyiş hali, dikkat toplamada zorluk...) belirtiler geliştirirler. Kaygının sürekliliği ve şiddeti arttığı zaman sorun olarak insanların karşısına çıkar.

Belirli dönemlerde herkesin geçirebileceği bir yaşantı olan kaygı, durumluluk kaygı ve sürekli kaygı olarak iki şekilde incelenmektedir. Durumluluk kaygı, tehlikeli olarak adlandırılan durumlar öncesinde veya olaylar sırasında ortaya çıkar çoğunlukla mantıklı sebeplere bağlı, başkalarının da nedeni anlaşılabilen ve genellikle her bireyin yaşadığı geçici duruma bağlı bir kaygı biçimidir. Bazı insanlarda da belirli bir olay ve duruma bağlı olmayan genel ve devamlı kaygılılık hali vardır. Buna da sürekli kaygı denir. Bulunduğu durumdan memnun olmama, genel bir hoşnutsuzluk hali taşıma, huzursuzluk, her an başına kötü bir olay gelecekmiş gibi durma, kolaylıkla incinme ve karamsarlığa bürünme, süreklilik kaygı düzeyi yüksek bireylerin özelliklerindedir. Bireyin içinde bulunduğu durumla doğrudan bağdaşmayan, çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan, başkaları tarafından nedeni açıkça anlaşılamayan kaygılar sürekli kaygılardır (97).

Her bireyin değişik yoğunluklarda yaşama ihtimali bulunan bu kaygı durumlarını, özellikle engelli çocuğa sahip ailelerin bazı soruların cevaplarını bulmakta zorlanmaları ve gelecekte çocuklarıyla ilgili karşılaşacakları durumlara ilişkin yeterince bilgi ve güvenceye sahip olmadıkları durumlarda, yoğun bir biçimde yaşamaları olasıdır. Coşkun ve Akkaş'ın 2008-2009 (99) yıllarında yaptığı

Çalışmada engelli ocuk sahibi annelerin sürekli kaygı düzeylerinin ortalamann üzerinde olduğu görülmüştür.

Doğru ve Arslan (100) ile Piştav ve ark.'larının (101) engelli ocuk anneleri ile ilgili araştırmalarında da benzer bulgulara ulaşılmış ve engelli çocuğa sahip olanlarda anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Otistik ocuğa sahip anneler üzerinde yaptığı çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir (102).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalında izlenen febril konvülsiyon tanısı almış 6 ay 5 yaş arası 100 çocuk hasta ve aileleri dahil edildi. Kontrol grubu olarak aynı yaş grubuna ait 100 ateşli hastalık geçirmiş hasta çocuk ve aileleri dahil edildi. Çalışma için, fakülte etik kurulundan 05.09.2013 tarih ve 2012-2013/14 sayılı kurul kararı ile yapılabilir onayı alınmıştır.

Febril konvülsiyon tanısı; 6 ay ile 5 yaş arasında, konvülsiyonla birlikte vücut ısısının 38.3 °C üzerinde olması, santral sinir sistemi enfeksiyonu olmaması ve konvülsiyona neden olabilecek elektrolit düzensizliği, metabolik bozukluk, intoksikasyon, travma ve bilinen nörolojik hastalık öyküsünün (Epilepsi, serebral palsy, mental motor retardasyon gibi) olmaması ile konuldu. Onbeş dakikadan uzun süren, 24 saat içinde tekrarlayan ve fokal özellik gösteren konvülsiyonlar KFK olarak değerlendirildi. Onbeş dakikadan kısa, 24 saat içerisinde bir kez olan ve fokal nörolojik defisit olmayan nöbetler ise BFK olarak tanımlandı.

Çalışmaya alınan hasta çocuklar; yaş, cinsiyet, febril konvülsiyon başlama yaşı, prenatal-natal-postnatal öyküleri, nöromotor gelişimleri, febril konvülsiyon esnasındaki hastalık tanıları ve febril konvülsiyon tipi açısından değerlendirildi. Başvuru anında tüm hastaların tam kan sayımı, glukoz, sodyum, potasyum, kalsiyum, üre, kreatinin, alanin aminotransferaz, aspartat aminotransferaz, sedimantasyon, C-reaktif protein tetkikleri değerlendirildi. Gestasyon süresi 37 haftadan erken olanlar preterm, 38-42 haftalık doğanlar term, 42 haftanın üzerinde doğanlar postterm kabul edildi. Prematürite, nöromotor gelişim kusuru olan, metabolik bozukluğu olan ve daha önceden afebril nöbet hikayesi olan çocuklar çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya dahil edilen aileler, yaş, eğitim düzeyleri, ekonomik durumları, meslek sahibi olup olmadıkları, anne-baba akrabalık durumu, ailede febril konvülsiyon ve epilepsi öyküsü yönünden değerlendirildi. Hasta ve kontrol grubu bireyler, eğitim düzeyleri açısından, okur-yazar değil, ilkokul-lise mezunu ve üniversite mezunu olmak üzere 3 ayrı kategoride ele alındı. Mali durum, iyi, orta ve kötü olarak 3 ayrı kategoride değerlendirildi. Çalışma durumları meslek sahibi veya değil olarak 2 ayrı kategoride değerlendirildi.

Hasta çocuk ve kontrol grubu ebeveynlerine toplam 40 sorudan oluşan Stai form Tx 1 ve Stai form Tx 2 soruları soruldu. Stai Tx 1 testi durumluluk ve Stai Tx 2 testi ise süreklilik anksiyete derecesini belirleyen testlerdir. Sorular neticesinde ailedeki durumluluk ve süreklilik anksiyete puanları belirlendi ve kaydedildi, sonuçlar Fırat Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından değerlendirildi. Anksiyete dereceleri hafif, orta ve şiddetli anksiyete olarak 3 ayrı kategoride değerlendirildi. Stai Tx 1-2 puanlarına göre 20-39 puan aralığı hafif derece, 40-59 puan aralığı orta derece, 60-80 puan aralığı ağır derece anksiyete olarak sınıflandırılmaktadır.

Hasta gruba ait saptanılan anksiyete dereceleri ile mali durum, eğitim düzeyi, mesleki durum arasındaki ilişki incelendi. Her kategoride saptanan anksiyete dereceleri belirlendi. Hasta ve kontrol grubu arasındaki anksiyete dereceleri (hafif, orta, ağır) karşılaştırıldı. İstatiksel fark olup olmadığı incelendi.

2.1. İstatistiksel değerlendirme

Olguların verileri SPSS (statistical package for social sciences) 15.0 programında oluşturulan veri tabanına girildi ve verinin istatistiksel analizleri yine aynı program ile yapıldı. Verilerin istatistiksel analizi için Chi Square Test kullanılmış ve sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiştir, p değerinin 0.05'den küçük olması "istatistiksel olarak anlamlı" kabul edilmiştir. Belirtilen ortalama değerler, aritmetik ortalama \pm standart sapma olarak verilmiştir.

3. BULGULAR

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Nöroloji Bilim Dalı'nda izlenen 100 FK tanılı çocuk hasta ve ailesi ile kronik hastalığı olmayan 100 ateşli çocuk ve ailesi çalışmaya dahil edildi.

Çalışma grubunu Ocak 2012 ve Ocak 2013 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Çocuk Polikliniğinde febril konvülsiyon tanısı almış 6 ay 5 yaş arası 100 çocuk hasta ve aileleri oluşturdu. Kontrol grubunu, aynı yaş grubuna ait 100 ateşli hastalık geçirmiş hasta çocuk ve aileleri oluşturdu.

Çalışmaya dahil edilen hasta grubu annelerin yaş aralığı 21-45 yıl (30.6 ± 5.54 yıl) idi. Hasta gruba ait febril konvülsiyon yaş aralığı 6 ay-60 ay (20.86 ± 12.16 ay) olarak saptandı. Hasta çocukların 50'si (%50) kız, 50'si (%50) erkekti. Erkek kız oranı 1:1 idi. Kontrol grubunda annelerin yaş aralığı 17-53 yıl (32.94 ± 7.45 yıl) idi. İki grup arasında yaş, eğitim durumları, mali durumları ve meslek sahibi olup olmamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Çalışmaya dahil edilen hasta ve kontrol grubu annelerinin ortalama yaşları, eğitim durumları, meslek sahibi olup olmadıkları, mali durum karşılaştırılmaları ve Stai Tx 1 ve Tx 2 ortalama sonuçları Tablo 9'da verilmiştir.

Hasta gruptaki 100 hastanın durumluluk anksiyete derecesini değerlendiren Stai Tx 1 sonuçlarına bakıldığında, 11 hastada orta ve 87 hastada ağır derecede anksiyete saptandı. İki hastada, durumluluk puanına göre anksiyete saptanmadı. Stai Tx 1 puanı, ortalama 66.76 ± 7.71 (37-80) olarak bulundu (Tablo 10, 11).

Hasta gruptaki 100 hastanın süreklilik anksiyete derecesini değerlendiren Stai Tx 2 sonuçlarına bakıldığında, 22 hastada hafif, 70 hastada orta ve 8 hastada ağır derece anksiyete saptandı. Stai Tx 2 puanı ise ortalama 46.90 ± 8.53 (28-68) olarak bulundu. Tablo 12 ve Tablo 13'te hasta grup süreklilik anksiyete dereceleri ve puanları verilmiştir.

Tablo 9. Hasta ve kontrol grubu karşılaştırmaları

Parametre	Hasta grup	Kontrol grubu
Anne yaşı ortalaması	30.6±5,54*	32.94±7.45*
Mali durum		
İyi	40	38
Orta	39	32
Kötü	21	30
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	18	27
İlkokul-Lise mezunu	78	54
Üniversite mezunu	8	19
Mesleki durum		
Meslek sahibi	14	21
Meslek sahibi değil	86	79
Stai Tx 1 ortalama puanı	66.76±7.71*	38.32±11.20*
Stai Tx 2 ortalama puanı	46.90±8.53*	35.64±9.51*
Stai Tx 1 anksiyete derece		
Hafif	2	61
Orta	11	32
Ağır	87	7
Stai Tx 2 anksiyete derece		
Hafif	22	65
Orta	70	33
Ağır	8	2

* Değerler ortalama±SD verilmiştir.

Tablo 10. Hasta grup durumluluk anksiyete dereceleri

Anksiyete derecesi 1	Hasta sayısı	Oran
Hafif (20-39)	2	%2
Orta (40-59)	11	%11
Ağır (60-80)	78	%78

Tablo 11. Hasta grup durumluluk anksiyete puanları

	Hasta	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart deviasyon
Anksiyete derecesi 1	100	37.00	80.00	66.7600	7.71083

Tablo 12. Hasta grup süreklilik anksiyete dereceleri

Anksiyete derecesi 2	Hasta sayısı	Oran
Hafif (20-39)	22	%22
Orta (40-59)	70	%70
Ağır (60-80)	8	%8

Tablo 13. Hasta grup süreklilik anksiyete puanları

	Hasta	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart deviasyon
Anksiyete derecesi 2	100	28.00	68.00	46.9800	8.53274

Kontrol grubunda toplam 100 annenin durumluluk anksiyete derecesini değerlendiren Stai Tx 1 sonuçlarına bakıldığında, 7 hastada (%7) ağır anksiyete, 32 hastada (%32) orta derece anksiyete saptandı. %61 hastada durumluluk anksiyete puanına göre anksiyete hafif veya yok olarak saptandı. Stai Tx 1 puanı ortalama 38.32 ± 11.20 (20-71) olarak bulundu. Tablo 14 ve Tablo 15’te kontrol grubu durumluluk anksiyete dereceleri ve puanları verilmiştir.

Kontrol grubunda toplam 100 annenin süreklilik anksiyete derecesini değerlendiren Stai Tx 2 sonuçlarına bakıldığında, 33 hastada (%33) orta ve 2 hastada (%2) ağır derece anksiyete gözlendi. %65 hastada durumluluk anksiyete puanına göre anksiyete hafif veya yok olarak saptandı. Stai Tx 2 puanı ise, ortalama puan 35.64 ± 9.51 (20-64) olarak bulundu. Tablo 16 ve Tablo 17’de kontrol grubu süreklilik anksiyete dereceleri ve puanları verilmiştir.

Tablo 14. Kontrol grubu durumluluk anksiyete dereceleri

Anksiyete derecesi 1	Hasta sayısı	Oran
Hafif (20-39)	61	%61
Orta (40-59)	32	%32
Ağır (60-80)	7	%7

Tablo 15. Kontrol grubu durumluluk anksiyete puanları

	Hasta	Minimum	Maksimum	Ortalama	Sd
Anksiyete derecesi 1	100	20.00	71.00	38.3200	11.20865

Tablo 16. Kontrol grubu süreklilik anksiyete dereceleri

Anksiyete derecesi 2	Hasta sayısı	Oran
Hafif (20-39)	65	%65
Orta (40-59)	33	%33
Ağır (60-80)	2	%2

Tablo 17. Kontrol grubu süreklilik anksiyete puanları

	Hasta	Minimum	Maksimum	Ortalama	Sd
Anksiyete derecesi 2	100	20.00	64.00	35.6400	9.51290

Hasta grubu ile kontrol grubu hastalarının durumluluk ve süreklilik anksiyete dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü ($p < 0.05$).

Hasta grupta saptanan durumluluk anksiyete dereceleri, kontrol grubu durumluluk anksiyete derecelerine göre anlamlı derecede yüksek saptandı. Hasta gruptaki hafif derece durumluluk anksiyetesi, kontrol grubundaki hafif derece durumluluk anksiyetesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulundu ($p<0.05$). Hasta gruptaki orta derece durumluluk anksiyetesi, kontrol grubundaki orta derece durumluluk anksiyetesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulundu ($p<0.05$). Yine benzer şekilde hasta ve kontrol grubundaki ağır derecede durumluluk anksiyetesi, hasta grupta istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hasta gruptaki hafif derece süreklilik anksiyetesi, kontrol grubundaki hafif derece süreklilik anksiyetesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulundu ($p<0.05$). Hasta gruptaki orta derece süreklilik anksiyetesi, kontrol grubundaki orta derece süreklilik anksiyetesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulundu ($p<0.05$). Hasta ve kontrol grubundaki ağır derece süreklilik anksiyetesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p<0.05$).

Sonuç olarak, febril konvülsiyon geçiren hasta çocukların annelerinde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda orta-ağır derecede durumluluk ve orta derecede süreklilik anksiyetesi saptandı.

Hasta grubun %40'ında mali durum iyi, %39'unda orta ve %21'nde kötü olarak saptandı.

Mali durumu iyi olan toplam 40 hastanın durumluluk anksiyete derecesine (Stai Tx 1 puanı) göre, 2'sinde (%5) hafif derece, 4'ünde (%10) orta derece, 34'ünde (%85) ağır derece anksiyete saptandı. Mali durumu iyi olan bu 40 hastanın süreklilik anksiyete derecesine (Stai Tx 2 puanı) göre, 9'unda (%22.5) hafif derece, 30'unda (%75) orta derece, 1'inde (%2.5) ağır derece anksiyete saptandı.

Mali durumu orta olan toplam 39 hastanın durumluluk anksiyete derecesine (Stai Tx 1 puanı) göre, 1'inde (%2.6) orta derece, 38'inde (%97.4) ağır derece anksiyete saptandı. Mali durumu orta olan bu 39 hastanın süreklilik anksiyete derecesine (Stai Tx 2 puanı) göre, 9'unda (%23.1) hafif derece, 26'sında (%66.7) orta derece, 4'ünde (%10.3) ağır derece anksiyete saptandı.

Mali durumu kötü olan toplam 21 hastanın durumluluk anksiyete derecesine (Stai Tx 1 puanı) göre, 6'sında (%28.6) orta derece, 15'inde (%71.4) ağır derece

anksiyete saptandı. Mali durumu kötü olan bu 21 hastanın süreklilik anksiyete derecesine (Stai Tx 2 puanı) göre, 4'ünde (%23.1) hafif derece, 14'ünde (%66.7) orta derece, 3'ünde (%10.3) ağır derece anksiyete saptandı.

Tablo 18 ve 19'da mali durumlarına göre hasta grubun durumluluk ve süreklilik anksiyete dereceleri verilmiştir.

Mali durumu orta olanlarda, mali durumu iyi ve kötü olanlara oranla istatistiksel olarak daha anlamlı durumluluk anksiyetesi saptandı. (p=0.014)

Mali durumlarına göre, hastalar arasında süreklilik anksiyetesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 18. Mali duruma göre hasta grup durumluluk anksiyete dereceleri

Mali durum	Durumluluk anksiyete derecesi			
	Hafif	Orta	Ağır	Toplam
İyi				
Hasta sayısı	2	4	34	40
% Oranı	%5	%10.0	%85.0	%100
% Anksiyete derecesi 1	%100	%36.4	%39.1	%40
Orta				
Hasta sayısı	0	1	38	39
% Oranı	0	%2.6	%97.4	%100
% Anksiyete derecesi 1	0	%9.1	%43.7	%39
Kötü				
Hasta sayısı	0	6	15	21
% Oranı	0	%28.6	%71.4	%100
% Anksiyete derecesi 1	0	%54.5	%17.2	%21

Hasta gruba ait mesleki bilgilere bakıldığında hastaların %14'ün bir meslek sahibi olduğu, %86 hastanın ise herhangi bir mesleğe sahip olmadığı belirlendi.

Meslek sahibi 14 hastanın durumluluk anksiyete (Stai Tx 1) derecelerine göre, 2 hastada (%14.3) hafif, 2 hastada (%14.3) orta ve 10 hastada (%71.4) ağır derecede anksiyete saptandı. Yine bu 14 hastada süreklilik anksiyete (Stai Tx 2) derecelerine göre, 5 hastada (%35.7) hafif, 8 hastada (%57.1) orta ve 1 hastada (%7.1) ağır derecede anksiyete saptandı.

Tablo 19. Mali duruma göre hasta grup süreklilik anksiyete dereceleri

Mali durum	Süreklilik anksiyete derecesi			
	Hafif	Orta	Ağır	Toplam
İyi				
Hasta sayısı	9	30	1	40
% Oranı	%22.5	%75.0	%2.50	%100
% Anksiyete derecesi 2	%40.9	%36.4	%39.1	%40
Orta				
Hasta sayısı	9	26	4	39
% Oranı	%23.1	%66.7	%10.3	%100
% Anksiyete derecesi 2	%40.9	%37.1	%50	%39
Kötü				
Hasta sayısı	4	14	3	21
% Oranı	%19.0	%66.7	%14.3	%100
% Anksiyete derecesi 2	%18.2	%20.0	%37.5	%21

Meslek sahibi olmayan 86 hastanın durumluluk anksiyete (Stai Tx 1) derecelerine göre, 9 hastada (%10.5) orta ve 77 hastada (%89.5) ağır derecede anksiyete saptandı. Yine bu 86 hastada süreklilik anksiyete (Stai Tx 2) derecelerine göre, 17 hastada (%19.8) hafif, 62 hastada (%72.1) orta ve 7 hastada (%8.1) ağır derecede anksiyete saptandı.

Meslek sahibi olmayanlarda, meslek sahibi olanlara oranla, istatistiksel olarak anlamlı derecede durumluluk anksiyetesi saptandı ($p=0.002$).

Meslek sahibi olan ve olmayanlar arasında süreklilik anksiyete dereceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 20 ve 21’de mesleki duruma göre hasta grubun durumluluk ve süreklilik anksiyete dereceleri gösterilmiştir.

Tablo 20. Mesleki duruma göre hasta grup durumluluk anksiyete dereceleri

Mesleki durum	Durumluluk anksiyete derecesi			
	Hafif	Orta	Ağır	Toplam
Meslek sahibi				
Hasta sayısı	2	2	10	14
% Oranı	%14.3	%14.3	%71.4	%100
% Anksiyete derecesi 1	%100	%18.2	%11.5	%14
Meslek sahibi değil				
Hasta sayısı	0	9	77	86
% Oranı	0	%10.5	%89.5	%100
% Anksiyete derecesi 1	0	%81.8	%88.5	%86

Tablo 21. Mesleki duruma göre hasta grup süreklilik anksiyete dereceleri

Mesleki durum	Süreklilik anksiyete derecesi			
	Hafif	Orta	Ağır	Toplam
Meslek sahibi				
Hasta sayısı	5	8	1	14
% Oranı	%35.7	%57.1	%7.10	%100
% Anksiyete derecesi 2	%22.7	%11.4	%12.5	%14
Meslek sahibi değil				
Hasta sayısı	17	62	7	86
% Mali durum	%19.8	%72.1	%8.10	%100
% Anksiyete derecesi 2	%77.3	%88.6	%87.5	%86

Hasta grubun eğitim düzeylerine bakıldığında hastaların %18'i okur-yazar değil, %78'i ilkokul ve lise mezunu, %8'i ise üniversite mezunu olarak saptandı.

Okur-yazar olmayan toplam 18 hastanın durumluluk anksiyete (Stai Tx 1) derecesine göre, 5 hastada (%27.8) orta, 13'ünde (%72.2) ağır derece anksiyete saptandı. Yine bu 18 hastanın süreklilik anksiyete (Stai Tx 2) derecelerine göre, 4 hastada (%22.2) hafif, 13 hastada (%72.2) orta ve 1 hastada (%5.6) ağır derecede anksiyete saptandı.

İlkokul-lise mezunu toplam 74 hastanın durumluluk anksiyete (Stai Tx 1) derecesine göre, 5 hastada (%6.8) orta, 69'unda (%93.2) ağır derece anksiyete saptandı. Yine bu 74 hastanın süreklilik anksiyete (Stai Tx 2) derecelerine göre, 16 hastada (%21.6) hafif, 51 hastada (%68.9) orta ve 7 hastada (%9.5) ağır derecede anksiyete saptandı.

Üniversite mezunu 8 hastanın durumluluk anksiyete (Stai Tx 1) derecesine göre, 1 hastada (%12.5) hafif, 2'inde (%12.5) orta, 5'inde (%62.5) ağır derece durumluluk anksiyetesi saptandı. Yine bu 8 hastanın süreklilik anksiyete (Stai Tx 2) derecelerine göre, 2 hastada (%25) hafif, 6 hastada (%75) orta derecede anksiyete saptandı. Üniversite mezunu olanlarda, ilkokul-lise mezunu ve okur-yazar olmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha az oranda durumluluk anksiyetesi saptandı ($p<0.05$).

Okur-yazar olmayan ve ilkokul-lise mezunu olanlarda daha fazla oranda durumluluk anksiyete derecesi saptandı. Eğitim durumlarına göre hasta gruplar arasında süreklilik anksiyete dereceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 22 ve 23'te eğitim durumlarına göre hasta grubun durumluluk ve süreklilik anksiyete dereceleri gösterilmiştir.

Çalışmamızda febril konvülziyona neden olan en sık hastalık %89 oranında ÜSYE olarak saptandı. ÜSYE'den sonra % 5 hastada AGE, % 4 hastada ASYE, bir hastada İYE ve bir hastada aşı sonrası reaksiyon saptandı. Tablo 24'de febril konvülziyona neden olan hastalık oranları gösterilmiştir.

Çalışmamız dahil edilen 100 febril konvülziyonlu çocuk hastanın %76'ında BFK, %23'ünde ise KFK saptandı. Rekürren febril konvülziyon hastaların %21'de saptandı (Şekil 3).

Tablo 22. Eğitim durumuna göre hasta grup durumluluk anksiyete dereceleri

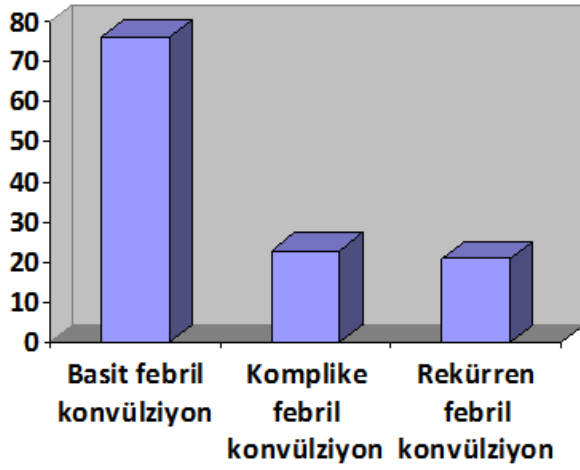
Eğitim durumu	Durumluluk anksiyete derecesi			
	Hafif	Orta	Ağır	Toplam
Okur-yazar değil				
Hasta sayısı	0	5	13	18
% Oranı	0	%27.8	%72.2	%100
% Anksiyete derecesi 1	0	%45.5	%14.9	%18
İlkokul-lise mezunu				
Hasta sayısı	0	5	69	74
% Oranı	0	%6.80	%93.2	%100
% Anksiyete derecesi 1	0	%45.5	%79.3	%74
Üniversite mezunu				
Hasta sayısı	2	1	5	8
% Oranı	%25.0	%12.5	%62.5	%100
% Anksiyete derecesi 1	%100	%9.10	%5.70	%8

Tablo 23. Eğitim durumuna göre hasta grup süreklilik anksiyete dereceleri

Eğitim durumu	Süreklilik anksiyete derecesi			
	Hafif	Orta	Ağır	Toplam
Okur-yazar değil				
Hasta sayısı	4	13	1	18
% Oranı	%22.2	%72.2	%5.60	%100
% Anksiyete derecesi 2	%18.2	%18.6	%12.5	%18
İlkokul-lise mezunu				
Hasta sayısı	16	51	7	74
% Oranı	%21.6	%68.9	%9.50	%100
% Anksiyete derecesi 2	%72.7	%72.9	%87.5	%74
Üniversite mezunu				
Hasta sayısı	2	6	0	8
% Mali durum	%25.0	%75.0	0	%100
% Anksiyete derecesi 2	%9.10	%8.60	0	%8

Tablo 24. Febril konvülsiyona neden olan hastalık oranları

Hastalık	Oran (%)
Üsye	%89
Akut gastroenterit	%5
Alt solunum yolları enfeksiyonu	%4
İdrar yolu enfeksiyonu	%1
Aşı sonrası	%1



Şekil 3. Hasta grupta görülen febril konvülsiyon tipi

4.TARTIŞMA

Febril konvülziyon, çocukluk çağında en sık gözlenen nörolojik hastalıklardan biri olup, 6 ay ile 5 yaş arası en sık gözlenen konvülziyon nedenidir (1-5). Aileler için çocuğun nöbetine tanıklık etmek korkutucu bir deneyimdir. Çoğu anne-baba nöbet anında çocuğunun öldüğünü düşünmektedir. Bundan dolayı ebeveynlerde kaygı düzeyi oldukça yüksek seviyelerdedir.

Febril konvülziyonlarda, ilk febril konvülziyonun başlama yaşı ortalama 18-22 ay civarındadır (3, 4, 37, 38). Ülkemizde yapılmış farklı çalışmalarda febril konvülziyonun başlama yaşı sırasıyla 22.2 ± 1.24 ay, 25.0 ± 15.3 ay, 22.5 ± 15.5 ay olarak birbirine yakın yaşlar bulunmuştur (19, 35, 39). Bizim çalışmamızda ise yaş ortalaması literatür ile uyumlu olarak 22.8 ± 12.16 aylık olarak bulundu.

Febril konvülziyonlar erkeklerde, kızlara oranla biraz daha fazla görülmektedir. Erkek kız oranı 1.1:1 ile 2:1 arasında değişmektedir (27). Erkeklerde daha fazla görülmesinin nedeni olarak enfeksiyonlara daha fazla eğiliminin olmasıdır (45).

Türkiye’de Özaydın ve ark.’larının (32) 1385 hastada yaptığı çalışmada bu oran 1.46:1, Aydın ve ark.’larının (33) 201 FK’lu hastada yaptığı çalışmada erkek kız oranı 1.8:1 olarak bulunmuş ve bu hastaların %24.3’ünde ailede febril konvülziyon öyküsü olduğu bildirilmiştir. Öztürk ve ark.’larının (19) yapmış olduğu çalışmada erkek kız oranı 1.36:1, Özmen ve Çalışkan’ın (34) yaptığı çalışmada ise 1.22:1 olarak bulunmuştur. Kayserili ve ark.’larının (10) 2006-2007 yılları arasında febril konvülziyonlu 122 hastada yaptığı çalışmada erkek kız oranı 1.34:1 olarak bulunmuştur. Şen ve ark.’larının 265 febril konvülziyonlu hastada yaptığı çalışmada erkek kız oranı 1.08:1 olarak bulunmuştur (35).

Febril konvülziyonda ateşin en sık sebebi ÜSYE’dir. Enfeksiyon sonrası beyinde oluşan sitokin değişimleri sonucunda nöronal deşarjlar oluşmakta ve konvülziyon ortaya çıkmaktadır (19).

Öztürk ve ark.’larının (19) yaptığı çalışmada febril konvülziyonun en sık sebebi, %75.8 oranında ÜSYE, daha sonra, sırasıyla AGE %9.8, ASYE %8, İYE %3.1 ve aşı sonrası reaksiyon %1.5 olarak saptanmış, bizim çalışmamızda benzer şekilde %89 ÜSYE, %5 AGE, %4 ASYE, %1 İYE ve %1 aşı sonrası olarak bulundu.

Febril konvülziyonlar basit ve komplike febril konvülziyonlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Hastaların %80'inde basit febril konvülziyona rastlanılmaktadır (1-5). Nelson ve Ellenberg'in (103) çalışmasında, komplike FK oranını % 28 olarak bulunmuş, Shinnar ve Berg'in (104) 428 hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmasında % 35 hastada, Verrotti ve ark.'nın (105) çalışmasında % 27.2 hastada komplike FK tespit edilmiştir. Öztürk ve ark.'larının (19) ülkemizdeki yaptığı çalışmada, BFK oranı %89.3, KFK oranı ise %10.7, Özaydın ve ark.'larının (32) çalışmasında BFK %89.8, KFK oranı ise %10.2, Şen ve ark.'larının (35) çalışmasında BFK %76.2, KFK %23.8 oranında, Yılmaz ve ark.'larının (11) çalışmasında %78.6 BFK, %21.4 KFK saptanmış, bizim çalışmamızda benzer şekilde KFK %23 olarak literatürle uyumlu olarak saptanmıştır.

Febril konvülziyonların prognozu oldukça iyidir. Hastalarda konvülziyon sonrası komplikasyonlar oldukça nadirdir. En çok korkulan komplikasyonlar, hastalarda rekürrens oluşması, epilepsi gelişimi ve ailede anksiyete oluşumudur (12, 106).

Febril konvülziyon aileler için dehşet verici ve korkutucudur. Bu tür durumlarda ailelerin yarısı ne yapmaları gerektiğini bilmezler. Ailenin febril konvülziyon esnasında düşünceleri, tutumları ve FK sonrası aile işlevleri hakkında çalışmalar yapılmıştır (10, 11, 13, 14). Yılmaz ve ark.'ları (11) çalışmasında rekürren FK ve ilk FK sonrası ailelerin ortalama %65'inin banyo yaptırdığı, ortalama % 25'nin antipiretik kullandığı, %18'nin ise antikonvülzan tedaviye başvurduklarını saptamışlardır. 2006-2007 tarihleri arasında Türkiye'de Kayserili ve ark.'larının (10) FK epizodu geçiren çocuk hasta ailelerinin, febril nöbetlere karşı bilgileri ve uygulamalarının belirlenmesini amaçladığı, toplam 122 ailenin değerlendirildiği çalışmada, rekürren FK geçiren ailelerin %90'ı, ilk kez febril konvülziyon geçiren ailelerin ise %81.2'i çocuklarındaki febril konvülziyonun hayatı tehdit edici bir bulgu olduğunu düşünmüş ve ailelerin yaklaşık yarısının, febril konvülziyon esnasında ne yapması gerektiğini bilmediğini belirlemişlerdir. Bu bulgular ışığında ailelere yeterli bilgi verilmesiyle önemli iyileşme sağlanabileceği kanaatine varmışlardır. Yine benzer şekilde Flory ark.'larının (13) 135 hastada yaptığı çalışmada, ailelerin %44'nün ne yapması gerektiğini bilmediğini saptamıştır. Febril nöbet geçiren çocukların ailelerine yeterli bilgi verilmesi ve bu ailelere duygusal destek verilmesi

gerektiğini savunmuşlardır. Kanemura ve ark.'larının(14) çalışmasında, ilk febril konvülsiyon sonrası ailelerin tutumlarını, düşünceleri ve reaksiyonlarını araştırmış, 78 hastanın %70'i konvülsiyon esnasında çocuğunun öldüğü veya ciddi yaralandığını düşünmüş ve %80'nin FK hakkında bilgi sahibi olmadığı sonucuna varmışlardır.

Anksiyete organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında ortaya çıkar (88, 89). Fiziksel hastalık kişinin fizyolojik ve psikolojik bütünlüğüne karşı tehdit oluşturur. Bu tür durumda birey bir çocuk ise, psikolojik kaygılar yaratarak ebeveynleri daha çok etkiler (92).

Birçok çalışma, kronik hastalığa sahip çocukların anne ve babalarının emosyonel açıdan risk altında olduğunu vurgulamaktadır. Uğuz ve ark.'ları (107) mental retarde, otizm ve serebral palsi tanısı almış çocukların anneleri ile kontrol grubunu karşılaştırdığı çalışmasında, gruplar tek tek karşılaştırıldığında annelerin beç depresyon ve beç anksiyete puanlarında anlamlı bir fark saptanmamış olmakla birlikte, engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre depresyon ve anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Çavuşoğlu'nun (108) kronik böbrek yetmezliği, diyabet ve epilepsili çocukların aileleriyle yaptığı çalışmada, ailelerin çoğunun çocuğun bakımında bunaltı yaşadıklarını ve onlara hastalıkla mücadelede destek olacak kişilerin bulunmadığını tespit etmişlerdir.

Dikkat eksikliği tanısı konulan çocukların aile işlevleri ve annelerinin depresyon ve anksiyete belirti düzeylerini belirleyen bir diğer çalışmada 45 hastada sağlıklı çocukların annelerine oranla daha fazla psikiyatrik belirti gösterdikleri ve aile işlevlerinin olumsuz olarak etkilendiği sonucuna varılmıştır (109). Zihinsel engelli çocuğu olan anne ve babaların yaşadığı anksiyete ve bu anksiyete ile başa çıkma durumlarının saptanmaya çalışıldığı ve 96 hastanın incelendiği bir çalışmada ailelerde durumluluk kaygı düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (110). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hastalarda durumluluk anksiyete derecesinin yüksek olduğu ayrıca süreklilik anksiyete derecesinin de kontrol grubuna oranla yüksek olduğu saptanmıştır. Coşkun ve Akkaş'ın (99) çalışmasında, engelli çocuğa sahip annelerin sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve eğitim düzeyleri ve aile gelir düzeylerinin yükselmesiyle sürekli kaygı düzeylerinin düştüğü sonucuna varmış ve çalışma sonucunda hastalarının sosyal destek düzeyinin azalmasıyla anksiyetelerinin arttığı kanaatine varılmıştır. Bizim çalışmamızda FK'lu çocuğa

sahip annelerde ise hem durumluluk hemde süreklilik anksiyete derecelerinin yüksek olduğu ve benzer şekilde eğitim düzeyinin artmasıyla anksiyetnin daha az şiddette ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır.

Febril konvülziyon sonrası ailelerde oluşan anksiyete ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Farsar ve Kolahi'nin (106), Huang ve ark.'larının (12) çalışmalarında, FK sonrası ailelerde anksiyete düzeylerini araştırmış ve febril konvülziyon sonrası ailelere nöbet ile ilgili bilgi ve eğitim verilmesinin anksiyete ve seviyelerinde azalmaya neden olduğunu bildirmişlerdir. Farsar ve Kolahi'nin (106) çalışmasında 84 gönüllü anne 2 gruba ayrılmış ve Stai Tx anketi uygulanmış. Daha sonra grup 1'e febril konvülziyon hakkında 3 saatlik yüzyüze eğitim verilmiştir. Dokuz gün sonra anksiyeteyi değerlendirmek için tekrar test yapılmıştır. Febril konvülziyon ile ilgili eğitim alan grupta, kontrol grubuna göre anksiyetenin anlamlı seviyede azaldığı saptanmıştır. Bizde çalışmamızda, ailelerin FK sonrası kaygıya kapıldıklarını ve bundan dolayı aile tutumlarının değiştiği, aile işlevlerinin bozulduğu ve febril konvülziyon sonrası ailelere yeterince bilgi verilmesi durumunda anksiyeteyi azaltacağı kanaatine vardık.

Flory ve ark.'larının (13) FK geçirmiş çocuğa sahip 135 ailede yaptığı çalışmada, 121 ebeveynde (%91) ciddi anksiyete saptanmış. Ailelerin %69'u şiddetli anksiyeteyle beraber çocuklarının öldüğünü düşünmüşlerdir. Bizim çalışmamızda da bu oran benzer şekilde %98 oranında orta ve ağır derecede durumluluk anksiyetesi ve %78 oranında süreklilik anksiyetesi saptanmıştır. Durumluluk anksiyetesinin daha yüksek seviyelerde olması, ailelerin nöbet anında yaşadıkları korkunun şiddetini ortaya koymaktadır. Daha öncede belirtildiği gibi aileler nöbet esnasında çocuğunun öldüğü hissine kapılmaktadır. Süreklilik anksiyetesi ise nöbetin tekrarlama riskinden dolayı çocukta epilepsi gelişimi, zekasında etkilenme gibi düşüncelere bağlı olabileceği gibi, ailelere yeterli eğitim verilmemesi nedeni de olabilir.

Wirrel ve Turner (15) ise FK geçirmiş çocuğa sahip 35 ailede yaptığı çalışmada, nöbetten sonraki 2 haftalık sürede, aile fonksiyonlarını ve anksiyete düzeylerini araştırmış ve hastaların hemen tamamında aile işlevlerinde gerileme ve anksiyete saptamıştır. Bu sonuçların çocuğun özgeçmişi, soygeçmişi ve ailenin sosyoekonomik durumu ile ilişkisi olmadığını bildirmişler. Bizim çalışmamızda ise durumluluk anksiyetesinin, orta düzey mali duruma sahip olma, okur-yazar olmama

ve çalışmama durumlarıyla ilişkili olduğu bulundu. Süreklilik anksiyetesinin bu durumlarla ilişkili olmadığı anlaşılmadığı sonucuna varılmıştır.

Parmar ve ark.'ları (16) çalışmasında, 140 febril konvülziyonlu çocuğa sahip aileleri incelemiş ve ailelerin %90'ında ölüm korkusu, %34.3'ünde uyku bozukluğu, %32.9'unda anorexia, %20'sinde ağlama nöbetleri, %20'sinde de epilepsi korkusu olduğunu saptamış ve FK'un aile yaşantısını olumsuz şekilde etkilediği sonucuna varmıştır. Shuper ve ark.'ları çalışmasında (17) 70 ailede febril konvülziyon sonrası anksiyete araştırılmış ve 46 (%66) hastada anksiyete saptamışlar ve ailelere nöbet ile ilgili eğitim verilmesi gerektiğini savunmuşlardır. Wassmer ve Hanlon çalışmalarında (18) 50 FK geçirmiş çocuğa sahip aileye anket uygulamış ve ailelere gerekli bilgi verilmesinin önemli olduğunu savunmuşlardır.

Sonuç olarak çocuğun nöbet geçirmesine tanık olmak aileler için oldukça ürkütücüdür. Anne-babalar nöbet anında çocuğun öldüğünü düşünmekte, nöbet durduktan sonra da çocuğun zekasında etkilenme olabileceği kaygısını yaşamaktadır. Bu çalışma, ailelerde febril konvülziyon sonrası orta ve ciddi derecede anksiyete oluştuğunu ve bu konuda ailelere ayrıntılı bilgi, eğitim ve psikolojik destek verilmesinin gerektiğini göstermektedir. Bu konuda hekimlere düşen görev, febril konvülziyon geçiren çocukların ailelerini febril konvülziyonun iyi seyirli olduğunu vurgulamak, anne-babaya ateşin kontrol altına alınması için gerekli yöntemleri anlatmak, nöbet anında evde yapılması gereken müdahale hakkında bilgi vermektir. Ayrıca özellikle anksiyete seviyeleri yüksek olan ailelere psikolojik destek almaları konusunda farkındalık yaratılmasıdır.

3. KAYNAKLAR

1. American Academy of Pediatrics Steering Committee on quality improvement and management, subcommittee on febrile seizures. Febrile seizures: clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics* 2008; 121: 1281-1286.
2. Wong V, Rosman NP, Fukuyama Y, Yeung CY, Chan KH, Wong MSC, et al. Clinical guideline on management of febrile convulsion. *HK J Paediatr* 2002; 7: 143-151.
3. Fetveit A. Assessment of febrile seizures in children. *Eur J Pediatr* 2008; 167: 17–27.
4. Serdaroğlu A. Febril konvülziyonlar. *Klinik Pediatrı* 2003; 2: 98-100.
5. Veisani Y, Delpishah A, Sayehmiri K. Familial history and recurrence of febril seizures: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Pediatr* 2013; 23: 389-395.
6. Commission on Epidemiology Prognosis. International League Against Epilepsi Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34: 592-596.
7. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. USA: Aptara, 2009; 1: 1559-1800.
- 8- Reiger DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders. *J Psychiatry Res Suppl* 1990; 2: 3-14.
9. Silver EJ. Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. *J Pediatr Psychol* 1998; 23: 5-15.
10. Kayserili E, Ünalp A, Apa H, Alsoy S, Hızarcıoğlu M, Güzen P, Ağın H. Parental knowledge and practices regarding febrile convulsions in Turkish children. *Türk J Med* 2008; 38: 343-350.
11. Yılmaz D, Arhan E, Yüksel D, Özçelik A, Senbil N, Serdaroğlu A, et al. Attitudes of parents and Physicians toward febrile seizures. *Clin Pediatr* 2008; 47: 856-860.

12. Huang MC, Huang CC, Karen T. febrile convulsions: Development and validation of a questionnaire to measure parental knowledge, attitudes, concerns and practices. *J Formos Med Assoc* 2006; 105: 38-48.
13. Flury T, Aebi C, Donati F. Febrile seizures and parental anxiety: does information help? *Swiss Med* 2001; 131: 556-560.
14. Kanemura H, Sano F, Mizorogi S, Tando T, Sugita K, Aihara M. Parental thoughts and actions regarding their child's first febrile seizure. *Ped Int* 2013; 55: 315-319.
15. Wirrell E, Turner T. parental anxiety and family disruption following a first febrile seizure in childhood. *J Paediatr Child Health* 2001; 6: 139-143.
16. Parmar RC, Sahu DR, Bavdekar SB. Knowledge, attitude and practices of parents of children with febrile convulsion. *J Postgrad Med* 2001; 47: 19-23.
17. Shuper A, Gabbay U, Mimouni M. Parental anxiety in febril convulsions. *Isr J Med Sci* 1996; 32: 1282-1285.
18. Wassmer E, Hanlon M. Effects of information on parental knowledge of febrile convulsions. *Seizure* 1999; 8: 421-423.
19. Öztürk B, Nalbantoğlu B, Güzel E, Hatipoğlu S, Nalbantoğlu A. Çocuk acil ünitesine febril konvülsiyon tanısıyla başvuran beş ay-beş yaş arasındaki çocukların retrospektif olarak incelenmesi. *Çocuk Dergisi* 2011; 11: 114-121.
20. Steere M, Sharieff GQ, Stenklyft PH. Fever in children less than 36 months of age-questions and strategies for management in the emergency department. *J Emerg Med* 2003; 25: 149-157.
21. Huff JS, Morris DL, Kothari RU, Gibbs MA. Emergency department management of patients with seizures: a multicenter study. *Acad Emerg Med* 2001; 8: 622-628.
22. Sadleir LG, Scheffer IE. Febrile seizures. *BMJ* 2007; 334: 307-311.
23. Joshi C, Wawrykow T, Patrick J, Prasad A. Do clinical variables predict an abnormal EEG in patients with complex febrile seizures? *Seizure* 2005; 14: 429-434.
24. Kjeldsen MJ, Kyvik KO, Friis ML, Christensen K. Genetic and environmental factors in febrile seizures: a Danish population-based twin study. *Epilepsy Res* 2002;

51: 167-177.

25. Johnston MV. Seizures in childhood. In: Nelson Textbook of Pediatrics, W.E. Nelson, seventeenth edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 2004; 17: 1993-2009.
26. Birbeck GL. Febrile seizures in the tropics. *Epilepsies* 2010; 22: 103-109.
27. Baram TZ, Shinnar S. Febrile seizures text book. USA: Academic Press, 2002; 1: 1-21.
28. Shinnar S, Glauser TA. Febrile seizures. *J Child Neurol* 2002; 17: 44-52.
29. Chiu SS, Tse CY, Lau YL, Peiris M. Influenza A infection is an important cause of febrile seizures. *Pediatrics* 2001; 108: 63.
30. Gökyiğit A, Çalışkan A. Prävalenz der Fiberkrämpfe in İstanbuler Grundschulen. *Internationale Pädiatre* 1988; 19: 69-73.
31. Öztürk MK, Önal AE, Tümerdem Y, Gürses C, Baykan B, Gökyiğit A, et al. Prevalance of febrile convulsions in a group of children aged 0 to 9 years in a slum in İstanbul. *Med Bull İstanbul* 2002; 35: 79-84.
32. Özaydin E, Yaşar MZ, Güven A, Değerliyurt A, Vidinlisan S, Köse G. Febril konvülziyonlu 1385 vakanın klinik özellikleri ve risk faktörleri. *Turkish J Pediatr* 2011; 5: 11-18.
33. Aydın Ö. F, Şenbil N, Cengiz K, Ceyhun B, Gürer Y. Febril konvülziyonlu 201 hastanın retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2000; 4: 231-235.
34. Özmen M, Çalışkan M. Febril konvülziyonlar. *İstanbul Çocuk Klinik Dergisi* 1995; 30: 116-121.
35. Şen Y, Şengül İ, Arslan N, Kabakuş N. Febril konvülziyonlar: 265 olgunun analizi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 2008; 17: 75-79.
36. Apak S. Konvülziyonlar. Editör Olcay Neyzi. *Pediyatri Ders Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2010; 2: 1680-1681.

37. Waruiru C, Appleton C. Febrile seizures: an update. *Arch Dis Child* 2004; 89: 751-756.
38. Yüksel A. Febril konvülsiyonlara güncel yaklaşım. *Sempozyum Dizisi* 2006; 53: 57-66.
39. Çelik T. Febril konvülsiyonla hastaneye yatırılan çocukların klinik özellikleri. *Selçuk Tıp Dergisi* 2012; 28: 167-169.
40. Duffner PK, Baumann RJ. A synopsis of the American Academy of Pediatrics practice parameters on the evaluation and treatment of children with febrile seizures. *Pediatr Rev* 1999; 20: 285-287.
41. Saghazadeh A, Mastrangelo M, Rezaei N. Genetic background of febrile seizures. *Rev Neurosci* 2014; 8: 1-33.
42. Ottman R, Barker C, Leibson C, Vasoli VM, Hauser WA, Buchholter JR. Accuracy of family history information on epilepsy and other seizure disorders. *Neurology* 2011; 76: 390-396.
43. Warden CR, Zibulewsky J, Mace S, Gold C, Gausche-Hill M. Evaluation and management of febrile seizures in the out-of-hospital and emergency department settings. *Pediatrics* 2003; 41: 215-222.
44. Tsuboi T. Genetic aspects of febrile seizures. *Human Genetic* 1977; 38: 169-173.
45. Van Esch A, Steyenburg EW, Berger MY, Offringa M, Derken-Lubsen G, Habbema JDF. Family history and recurren of febrile seizures. *Arch Dis Child* 1994; 70: 395-399.
46. Dubéa CM, Brewstera AL, Barama TZ, Febrile seizures: Mechanisms and relationship to epilepsy. *Brain Dev* 2009; 31: 366–371.
47. Scheffer IE, Berkovic SF. Generalized epilepsy with febrile seizures plus. A genetic disorder with heterogeneous clinical phenotypes. *Brain* 1997; 120: 479–490.
48. Gordon KE, Camfield PR, Camfield CS, Dooley JM, Bethune P. Children with febrile seizures do not consume excess health care resources. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 594-597.

49. Graves RC, Oehler K, Tingle LE, Febrile Seizures: Risks, evaluation, and prognosis. *Am Fam Physician* 2012; 85: 149-153.
50. Choi J, Min HJ, Shin JS. Increased levels of HMGB1 and pro-inflammatory cytokines in children with febrile seizures. *J Neuroinflammation* 2011; 8: 135.
51. Shinnar S, Singer HS, Kossoff EH, Hartman AL, Crawford TO. Treatment of pediatric neurologic disorder. Taylor-Francis Group 2005; 1: 73-78.
52. Chang YC, Guo NW, Huang CC, Wang ST, Tsai JJ. Neurocognitive attention and behavior outcome of school age children with a history of febrile convulsions: a population study. *Epilepsia* 2000; 41: 412-420.
53. Huang MC, Liu CC, Huang CC. Effects of an educational program on parents with febrile convulsive children. *Ped Neurol* 1997; 18: 150-155.
54. Bethune P, Gordon KG, Dooley JM, Camfield CS, Camfield PR. Which child have a febrile seizure? *Am J Dis Child* 1993; 147: 35-39.
55. Vestergaard M, Basso O, Henriksen B, Ostergaard JR, Olsen J. Risk factors for febrile convulsions. *Epidemiology* 2002; 13: 282-287.
56. Millar JS. Evaluation and treatment of the child with febrile seizure. *Am Fam Physician* 2006; 73: 1761-1764.
57. Hall CB, Long CE, Schnabel KC, Caserta MT, McIntyre KM, Contanzo MA, et al. Human herpesvirus-6 infection in children. A prospective study of complications and reactivation. *N Engl J Med* 1994; 331: 432-438.
58. Peiris JS, Tang WH, Chan KH, Khong PL, Yi Guan, Lau YL, Chiu SS, et al. Children with respiratory disease associated with metapneumovirus in Hong Kong. *Emerg Infect Dis* 2003; 9: 628-633.
59. Amirjalali S, Doust KZT, Ahmadi M, Sabouri A, Kavemanesh Z, Afsharpeyman S, et al. Relationship between iron deficiency anemia and febrile seizures. *Iran J Child Neurology* 2010; 4: 27-30.
60. Huang MC, Huang CC, Thomas K. Febrile convulsions: development and validation of a questionnaire to measure parental knowledge, attitudes, concerns and

practices. *J Formos Med Assoc* 2006; 105: 38-48.

61. Stuijvenberg VM, Steyerberg EW, Derksen-Lubsen G, Moll HA. Temperature, age, and recurrence of febrile seizure. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 1170-1175.
62. Baumer JH. Evidence based guideline for post-seizure management in children presenting acutely to secondary care. *Arch Dis Child* 2004; 89: 278–280.
63. Berg AT, Shinnar S, Hauser WA, Leventhal JM. Predictors of recurrent febrile seizures: a metaanalytic review. *J Pediatr* 1990; 116: 329-337.
64. Van Zeijl JH, Mullaart RA, Borm GF, Galama JM. Recurrence of febrile seizures in the respiratory season is associated with influenza A. *J Pediatr* 2004; 145: 800-805.
65. Stuijvenberg VM, Derksen-Lubsen G, Steyerberg EW, Habbema JD, Moll HA. Randomized, controlled trial of ibuprofen syrup administered during febrile illnesses to prevent febrile seizure recurrences. *Pediatrics* 1998; 102: 51.
66. Jones T, Jacopsen SJ. Childhood febrile seizures: Overview and implications. *Int J Med Sci* 2007; 4: 110-114.
67. Knudsen FU. Recurrence risk after first febrile seizure and effect of short term diazepam prophylaxis. *Arch Dis Child* 1985; 60: 1045–1049.
68. Annegers JF, Hauser WA, Elveback LR, Kurland LT. The risk of epilepsy following febrile convulsions. *Neurology* 1979; 29: 297-303.
69. Joint Working Group of the Research Unit of the Royal College of Physicians and the British Paediatric Association. Guidelines for the management of convulsions with fever. *BMJ* 1991; 303: 634-636.
70. Berg AT, Shinnar S. Complex febrile seizures. *Epilepsia* 1996; 37: 126-133.
71. Baumer JH, David TJ, Valentina SJ, Roberts JE, Hughes BR. Many parents think their child is dying when having a first febrile convulsion. *Dev Med Child Neurol* 1981; 23: 462- 464.
72. Offringa M, Moyer VA. An evidence-based approach to managing seizures associated with fever in children. *West J Med* 2001; 175: 254–259.

73. Haspolat Ş. Febril konvülsiyonlar. *Türk Klin J Med Sci* 2008; 4: 29-33.
74. Callegaro S, Titamanlio, Donega S, Tagliaferro T, Andreola B, Gibertini GG, et al. Implementation of a febrile seizures guideline in two Pediatric emergency departments. *Ped Neurol* 2009; 40: 78-83.
75. Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. Practice Parameter: The neurodiagnostic evaluation of the child with a first simple febrile seizure. *Pediatrics* 1996; 97: 769-772.
76. Chamberlain JM, Gorman RL. Occult bacteremia in children with simple febrile seizures. *Am J Dis Child* 1988; 142: 1073-1076.
77. Hampers LC, Spina LA. Evaluation and management pediatric febrile seizures in the emergency department. *Emerg Med Clin* 2011; 1: 83-93.
78. Sugai K. Current management of febrile seizures in Japan: An overview Department of child Neurology. *Brain Dev* 2010; 32: 64-70.
79. Wallace SJ. Febrile seizures. *Epilepsia* 1996; 2: 28-3.3
80. Practise Parameter: Long tern treatment of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics* 1999; 103: 1307-1309.
81. Alehan F, Erol I, Cemil T, Bayraktar N, Ogüs E, Tofel K. Elevated CK-MB mass and plasma brain-type natriuretic peptide concentrations following convulsive seizures in children and adolescents: possible evidence of subtle cardiac dysfunction. *Epilepsia* 2009; 50: 755-760.
82. McIntyre J, Robertson S, Norris E, Appleton R, Whitehouse WP, Philips B, et al. Safety and efficacy of buccal midazolam versus rectal diazepam for emergency treatment of seizures in children: a randomized controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 205–210.
83. Koç H, Erdoğan S, Erkül İ. Febril Konvülsiyonlar. *Türk Klin J Med Sci* 1993; 13: 117-120.
84. Maytal J, Steele R, Eviatar L, Novak G. The value of early postictal EEG in children with complex febrile convulsions. *Epilepsia* 2000; 41: 219-221.

85. Bauman JR, Duffner PK. Treatment of children with simple febrile seizures. The AAP Practice Parameter. *Ped Neurol* 2000; 23: 11-17.
86. Kessler RC, Sonnega A, Bronet E. PTSD in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-1060.
87. Lee D, Young K. Posttraumatic stress disorder: diagnostic issues and epidemiology in adult survivors of traumatic events. *Int Rev Psych* 2001; 13: 150-158.
88. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003; 13:78-87.
89. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 731-754.
90. Köroğlu E. Psikozoloji: Tanımlayıcı Klinik Psikiatri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2004; 1: 325-380.
91. Uzbay T. Nöropsikofarmakoloji Rasyonel İlaç Kullanımı. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2007; 1: 43-63.
92. Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997; 1: 261-291.
93. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1561-1566.
94. Taylor CB. Treatment of anxiety disorders. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, eds. *Textbook of Psychopharmacology*. Am Psych Press Inc 1998; 1: 775-789.
95. Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. *Psikiyatri Temel Kitabı*. İstanbul: Hekimler Yayın Birliği, 2007; 1: 296-303.
96. Spielberger CD. *State-Trait Anxiety Inventory*. 1970.
97. Öner N, Le Compte A. *Durumluluk-Sürekli kaygı envanteri el kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.
98. Ataman A. Özel eğitime muhtaç olmanın nedenleri. Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayınevleri, 2003; 1: 9-50.

99. Coşkun Y, Akkaş G. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri İle sosyal destek algıları arasındaki ilişki. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi 2009; 10: 213-227.
100. Doğru SY, Arslan E. Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyi ile durumluluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009; 19: 543-553.
101. Piştav MK, Akmeşe P, Mutlu A, Günel, Günel, M,K. Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007; 50: 236-240.
102. Top FÜ. Otistik çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları sorunlar ile ruhsal durumlarının değerlendirilmesi: Niteliksel Araştırma. Çocuk Dergisi 2009; 9: 34-42.
103. Nelson KB, Ellenberg JH. Prognosis in children with febrile seizures. Pediatrics 1978; 61: 720-727.
104. Shinnar S, Berg AT. Does antiepileptic drug therapy prevent the development of 'chronic' epilepsy. Epilepsia 1996; 37: 701-708.
105. Verrotti A, Latini G, Di Corcia G, Giannuzzi R, Salladini C, Trotta D, et al. Intermittent oral diazepam prophylaxis in febrile convulsions: its effectiveness for febrile seizure recurrence. Eur J Ped Neurol 2004; 8: 131-134.
106. Farsar AR, Kolahi AA. Can educational programs help ease parental anxiety following their child first febrile convulsion? Iran child Neurology 2008; 1: 25-31.
107. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri 2004; 7: 42-47.
108. Çavuşoğlu H. Kronik hastalıklı çocuğu olan ailelerin yaşadıkları güçlükler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 1996; 3: 130-138.
109. Karaman D. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların aile işlevleri ile annelerin depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri. TAF Prev Med Bulletin 2012; 11: 741-748.

- 110.** Keskin G, Bilge A, Engin E, Dülgerler Ş. Zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların kaygı, anne-baba tutumları ve başa çıkma stratejileri açısından değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2010; 11: 30-37.

6. EKLER

EK-1

HASTA GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Doktorun beyanı;

Fırat Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yapılacak olan bu çalışmanın amacı; Febril Konvülsiyonu (ateşli havale) olan hasta çocukların ailelerindeki anksiyete derecesini belirlemektir.

Çalışmamızda, çocuğunuza ek hiçbir girişim yapılmadan, anksiyeteyi değerlendirmek amacıyla size/çocuğunuza anket soruları sorulacaktır. Size yapılan anket değerlendirilecektir. Araştırmaya davet edilmenizden nedeni çocuğunuzda Febril konvülsiyon (ateşli havale) hastalığının bulunmasıdır.

Sorular, febril konvülsiyonların aile üzerindeki potansiyel fizyolojik, psikolojik ve çevresel reaksiyonların ne olduğunu anlamaya yöneliktir. Anketimizde; sizlere ait demografik veriler, sizin hastalık hakkındaki bilgileriniz, hastalıktan önceki anksiyete durumunuz, şu anki nöbet hakkındaki detaylar, çocuğun medikal geçmişi, aile öyküsü, ailenin sosyoekonomik düzeyi, geçirilmiş nöbetler, ailenin febril konvülsiyon hakkındaki bilgileri (risk, tekrarlama, tedavi, pratik...) nöbet sonrası anksiyete ile ilgili sorular yer almaktadır.

Çalışmamızda çocuğunuza ait herhangi bir kan alma veya herhangi bir tıbbi müdahale söz konusu değildir.

Çalışmamızın son aşamasında sizlerdeki, febril konvülsiyonu olan hasta çocukların ailelerindeki anksiyete derecesi belirlenecektir. Bu test uzman ellerde sağlığımız için uygun olan koşulların varlığında yapılacaktır.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak ve kimliğiniz her zaman gizli tutulacaktır.

Bu araştırmaya katılmanızdan dolayı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Aynı şekilde size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılmak için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkınada sahipsiniz.

Bu bilgilendirmeden sonra araştırmaya katılmak isterseniz ilgili formu imzalayınız.

Katılımcının/ailesinin beyanı;

Sayın Yrd. Doç. Dr. Hepsen Mine SERİN başkanlığında sayın Dr. Mehmet BAĞATARHAN tarafından Fırat Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda febril konvülziyonu (ateşli havale) olan hasta çocukların ailelerinde anksiyetenin derecesini belirlemek amacıyla yapılacak çalışmayla ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra bu araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için aratırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağına bilincindeyim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte Dr. Mehmet BAĞATARHAN'a 05426511496 ve F.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniğini arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğininide biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başımıza belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı/Hasta veya yakını

Adı-Soyadı:

Adres :

İmza :

Telefon :

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı-soyadı: Mehmet BAĞATARHAN

Adres : F.Ü.T.F Çocuk Nöroloji

İmza :

Telefon : 0542 651 14 96

Görüşme Tanığı

Ad- Soyadı:

Adres :

İmza :

EK-2

KONTROL GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Doktorun beyanı;

Fırat Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yapılacak olan bu çalışmanın amacı; Febril Konvülsiyonu (ateşli havale) olan hasta çocukların ailelerindeki anksiyete derecesini belirlemektir.

Çalışmamızda çocuğunuza ek hiçbir girişim yapılmada anksiyeteyi değerlendirmek amacıyla size/çocuğunuza anket soruları sorulacaktır. Size yapılan anket değerlendirilecektir. Araştırmaya davet edilmeniz Febril Konvülsiyon (ateşli havale) hastalığı olan çocukların ailelerindeki anksiyetenin derecesinin , aynı yaş grubuna dahil ateşli çocuk ailelerindeki (sizlerdeki) anksiyete derecesiyle kıyaslanmasıdır.

Sorular, aile üzerindeki potansiyel fizyolojik, psikolojik ve çevresel reaksiyonların ne olduğunu anlamaya yöneliktir. Anketimizde sizlere ait demografik veriler, sizin hastalık hakkındaki bilgileriniz, hastalıktan önceki anksiyete durumunuz, şu anki nöbet hakkındaki detaylar, çocuğun medikal geçmişi, aile öyküsü, ailenin sosyoekonomik düzeyi, geçirilmiş nöbetler, ailenin febril konvülsiyon hakkındaki bilgileri (risk, tekrarlama, tedavi, pratik...) nöbet sonrası anksiyete ile ilgili sorular yer almaktadır.

Çalışmamızda çocuğunuza ait herhangi bir kan alma veya herhangi bir tıbbi müdahale söz konusu değildir.

Çalışmamızın son aşamasında febril konvülsiyonu olan hasta çocukların ailelerindeki anksiyete derecesi belirlenecektir. Bu test uzman ellerde sağlığınız için uygun olan koşulların varlığında yapılacaktır.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak ve kimliğiniz her zaman gizli tutulacaktır.

Bu araştırmaya katılmanızdan dolayı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Aynı şekilde size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılmak için

sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkınıda sahipsiniz.

Bu bilgilendirmeden sonra araştırmaya katılmak isterseniz ilgili formu imzalayınız.

Katılımcının/ailesinin beyanı;

Sayın Yrd. Doç. Dr. Hepsen Mine SERİN başkanlığında sayın Dr. Mehmet BAĞATARHAN tarafından Fırat Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda febril konvülsiyonu (ateşli havale) olan hasta çocukların ailelerinde anksiyetenin derecesini belirlemek amacıyla yapılacak çalışmayla ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra bu araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmam için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim). Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte Dr. Mehmet BAĞATARHAN'a 05426511496 ve F.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniğini arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğininide biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başımıza belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde ‘‘katılımcı’’ olarak yer alma kararımı aldım. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı/Hasta veya yakını

Adı-Soyadı:

Adres :

İmza :

Telefon :

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı-soyadı: Mehmet BAĞATARHAN

Adres : F.Ü.T.F Çocuk Nöroloji

İmza :

Telefon : 0542 651 14 96

Görüşme Tanığı

Ad- Soyadı:

Adres :

İmza :

EK-3**STAI FORM TX – I**

İsim:.....Cinsiyet:.....Yaş:.....

Meslek:.....Mali durum:.....Eğitim düzeyi:.....Tarih:.....

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

STAI FORM TX – II

İsim:.....Cinsiyet:.....Yaş:.....

Meslek:.....Mali durum:.....Eğitim düzeyi:.....Tarih:.....

		Hiç	Bazen	Çok zaman	Her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıtırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

7. ÖZGEÇMİŞ

17.11.1981 tarihinde Bingöl'de doğdum. İlk ve orta öğretimimi sırasıyla Cumhuriyet İlkokulu ve Vali Güner Orbay Ortaokulunda, liseyi Bingöl Lisesinde okudum. 1998 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (İngilizce) doktorluk eğitimime başladım. 2005 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2005 yılında Bingöl Uydukent Sağlık Ocağı'nda göreve başladım. Bingöl'de birçok alanda, hekimlik görevimi yerine getirdim. Eylül 2009 tarihinde Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak uzmanlık eğitimime başladım. İleri düzey ingilizce bilmekteyim. Evli ve bir çocuk babasıyım.