

Ailelerin Ateş ve Febril Konvülsiyon Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

Gülay Çiler Erdağ, Yasemin Akın, Nadir Girit, Habibe Altuğ

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Adres: Uzm. Dr. Gülay Çiler Erdağ

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 1. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği,
İstanbul Türkiye

ÖZET

Giriş ve Amaç: Hastanemiz acil servisine ateş şikayeti ile getirilen 3 ay- 5 yaş grubu çocukların ailelerinin, ateş ve febril konvülsiyon hakkındaki bilgi düzeyi ve yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla bu çalışma planlandı.

Gereç ve Yöntem: Çocuk acil polikliniğine ateş şikayeti ile çocuğunu getiren 150 aile, daha önce hazırlanmış olan anket formu aracılığıyla yüzyüze görüşme tekniği ile sorgulandılar.

Bulgular: Anket formu %87'olguda anne, %13'olguda baba tarafından yanıtlandı. Ailelerin %64'ü vücut ısısının normal değerlerini bildiğini söylerken, sadece %46.6'sı bu değerleri doğru olarak cevaplamıştı. Ailelerin %62'sinin evinde termometre mevcuttu. %97 aile ateş olduğunu düşündüğü anda ateş dürücü veriyor; %76'sı ilk olarak parasetamol içeren ilaçları tercih ediyordu. %84'ü evinde her zaman ateş düşürücü ilaç bulundurduğunu ifade ediyordu. Febril konvülsiyon geçirme anında ailelerin %55'i çocuğunu suya soktuğunu, %28'i sallayıp uyararak yanıt vermeye zorladığını; %15'i yüzüne su-kolonya çarptığını, %2'si ağızını açık tutmaya çalıştığını ve %2'si de hiçbir şey yapmadan beklediğini ifade ediyordu. Ailelerin hiçbiri nöbet anı ve sonrasında uygulanması gereken ilk yardım kurallarını bilmiyordu. %72'si en kısa zamanda bir sağlık kuruluşuna başvurmak gerektiğini düşünürken %15'i de cami hocasına götürüp dua okutmak gerektiğine inanıyordu. Ailelerin %64'ü febril konvülsiyon'un çocuğun yaşından bağımsız olduğunu; %52'si tekrarlamaya eğilim yaratabileceğini; %35'i bunun bir tür epilepsi olduğunu; %43'ü ilerde epilepsi yapabileceğini, %74'ü beyinde kalıcı hasar bırakabileceğini, %42'si havale ilacı kullanmak gerektiğini, %81'i ileri tetkikler yapılması gerektiğini düşünüyordu.

Sonuç: Ailelerin vücut ısısının normal değerleri ve ne zaman ateş dürücü vermeleri gerektiği konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu; ayrıca febril konvülsiyon hakkında yanlış bilgilere sahip oldukları görüldü. Bu yüzden ailelerin ateş ve febril konvülsiyonlar ile ilgili olarak bilgilendirilmelerinin önemi vurgulanmak istendi.

Anahtar Kelimeler: febril konvülsiyon, ateş, anket çalışması, çocukluk çağı

ABSTRACT

Parent Behaviour Regarding Fever And Febrile Convulsion

Objective and Aim: This prospective study was planned to evaluate the level of knowledge and approach of the parents on fever and febrile convulsion (FC) of children brought to our Pediatric Emergency Room(PER) for high fever, aged between 3 months-5 years.

Material and Methods: Parents of 150 children, brought to PER for high fever were interviewed by pediatricians with a questionnaire.

Results: 87.0% of the questions were answered by the mother, and 13% by the father. 64.0% of the parents claimed to know the normal body temperature range, yet 46.6% did so correctly. 62.0% owned a body thermometer, 84.0% kept an antipyretic drug at home. 97.0% used antipyretics upon suspicion of fever. 55% stated that during a FC they bathed their child, 28% shook and stimulated to enforce for response, 15% splashed water/cologne on their child, 2% tried to keep child's mouth open, and 2% simply waited. Not one knew the first aid rules to be applied during and after the convulsion. 72% thought of applying to the nearest health center, 15% of going to an imam and ask for healing prayers. 64% thought that, FC was independent of the child's age, 52% that, it tended to repeat, 35% that, it was a kind of epilepsy, 43% that it might evolve into epilepsy, 74% that, it would permanently damage their brain, 42% that convulsion therapy was necessary.

Conclusion: The parents' have incorrect or insufficient knowledge on normal body temperature range, appropriate fever approach and FC. Therefore the importance of properly informing them is emphasized.

Key Words: febrile convulsion, fever, questionnaire, childhood

GİRİŞ-AMAÇ

Febril konvülsiyonlar, çocuklarda görülen en sık konvülsiyon tipidir ve çocukluk çağı nörolojik bozuklukları arasında en üst sıradadır. Genellikle üç ay ile beş yaş arasında herhangi bir intrakraniyel enfeksiyon bulgusu olmaksızın, ateşle ilişkili olarak ortaya çıkan konvülsiyonlardır (1). Febril konvülsiyonlar, ailelerde büyük bir korku ve paniğe neden olur ve çoğu aile özellikle ilk kez karşılaşıyorsa, çocuğunun öleceğini düşünür (2). Febril konvülsiyonun tekrarladığı çocuklarda anne babaların, haftalarca uyku bozuklukları veya başka fonksiyonel rahatsızlıklardan yakındıkları bilinmektedir (3). Ailelerin endişe düzeyi yüksek olmakla birlikte, çoğu aile hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip değildir ve ilk müdahalede yetersizdir (4). Yüksek ateş ve febril konvülsiyon sırasında yapılması gerekenleri anlatmak ve uygun yaklaşımlarla ateşe bağlı sekelleri azaltmak, ailelere bu konularda yeterli eğitimin verilmesi ile mümkün olacaktır. Bu konuda sağlık personeline önemli görevler düşmektedir (5,6,7,8). Ailelere özellikle de annelere yapılacak eğitimlerin belirlenmesinde, annelerin ateş ve febril konvülsiyonlar hakkında bilgi ve tutumlarının saptanması faydalı olacaktır. Bu doğrultuda planlanan çalışma; hastanemiz çocuk acil servisine 3 ay-5 yaş arasında ateş şikayeti ile başvuran, febril konvülsiyon risk grubunu oluşturan, çocukların ailelerinin, ateş ve febril konvülsiyon hakkındaki bilgi düzeyi ve yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla planlanan tanımlayıcı bir çalışmadır.

MATERYAL-METOD

Çalışma grubumuzu, Ekim 2006 tarihinden itibaren 2 aylık bir süre boyunca, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil polikliniğine, ateş şikayeti ile getirilen 3 ay- 5 yaş arasındaki çocuklar arasında, çalışmaya katılımı kabul eden 150 çocuğun ebeveyni oluşturmaktadır. Ebeveynler, daha önce hazırlanmış olan ve ailelerin bu konu hakkındaki bilgisi ve davranış biçimlerini ayrıntılı olarak saptamayı amaçlayan, toplam 29 soruyu içeren anket formu aracılığı ile sorgulanmıştır (Ek1).

EK-1 : Ailelere uygulanan anket formu

FEBRİL KONV. HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ ANKETİ

- 1)ANNE YAŞI:
- 2)BABA YAŞI:
- 3)ÇOCUK SAYISI:
- 4)ÇOCUKLARIN YAŞLARI:
- 5)ÇOCUKLARI HIÇ ATEŞLİ HAVALA GEÇİRDİMİ:

KAÇ TANESİ:

KAÇ KEZ:

- 6) AİLEDE ATEŞLİ HAVALA GEÇİREN VARMİ:
 - 1.ANNE
 - 2.BABA
 - 3.KARDEŞLER(DAYI-HALA)
 - 4.KARDEŞ ÇOCUKLARI

- 7) ATEŞİN NORMAL DEĞERLERİNİ BİLİYORMU:
 - 1.EVET 1.HAYIR

- 8) KOLTUK ALTI KAÇ DERECEYE KADAR NORMAL:

1. 36,5
2. 37
3. 37,5
4. 38
5. 38,5
6. 39
7. DİĞER:

- 9) EVDE TERMOMETRE VAR MI? :

1. VAR
2. YOK

- 10) TERMOMETRE DİĞİTAL Mİ:

1. DİĞİTAL
2. CİVALI

- 11) TERMOMETRE KULLANILYOR MU (ATEŞ ÖLÇMEYİ BİLİYORMU)

1. EVET
2. HAYIR

- 12) ATEŞ ÖLÇÜMÜNÜ NEREDEN YAPARLAR:

1. KOLTUK ALTI
2. MAKAT
3. KULAK
4. AĞIZ

- 13) ATEŞ OLUNCA ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERİR Mİ:

- 1.EVET
- 2.HAYIR

- 14) NE ZAMAN ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERİR:

- 1.ELİNE SICAK GELİNCE
2. ATEŞ ÖLÇÜP
 - a. 36,5 B. 37,5 38,5
3. DOKTORA GÖTÜRÜP

- 15) HANGİ İLACI VERİR:
1. PARASETOMOL (calpol, vermidon, minoset)
 2. İBRUPROFEN (ibufen, dolven, pedifen)
 3. ASPİRİN
 4. AFERİN
- 16) EVDE HER ZAMAN ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ İLAÇ VARMİ:
1. VAR
 2. YOK
- 17) ONA GÖRE ATEŞLİ HAVALE ÇOCUĞUN YAŞINA BAĞLIMIDIR? - DEĞİLMİDİR?
1. EVET
 - A. 1 YAŞINDAN ÖNCE
 - B. 2 YAŞINDAN ÖNCE
 - C. 3 YAŞINDAN ÖNCE
 - D. 4 YAŞINDAN ÖNCE
 - E. 5 YAŞINDAN ÖNCE
 2. HAYIR: (HER YAŞTA OLABİLİR)
- 18) SİZCE ATEŞLİ HAVALE GEÇİREN BİR ÇOCUĞUN NÖBET GEÇİRMEMEYE EĞİLİMİ VARMIDIR? HER ÇOCUĞUN EĞİLİMİ AYNIMIDIR?
1. EVET
 2. HAYIR
- 19) SİZCE HAVALENİN ATEŞİN DERESESİ İLE İLGİSİ VARMIDIR.
1. EVET
 - A. 38 B.39 C.40
 2. HAYIR
- 20) SİZCE BU BİR TÜR EPİLEPSİMİDİR
1. EVET
 2. HAYIR
- 21) SİZCE İLERİDE EPİLEPSİ YAPARMI
1. EVET
 2. HAYIR
- 22) SİZCE BEYNE ZARAR VERİRMİ
1. EVET
 2. HAYIR
- 23) SİZCE FEBRİL KONV. GEÇİREN ÇOCUĞA HAVALE İLACI VERMEK GEREKİRMİ
1. EVET
 2. HAYIR
- 24) SİZCE EEG ÇEKMEK GEREKİRMİ
1. EVET
 2. HAYIR
- 25) SİZCE GÖRÜNTÜLEME YAPMAK GEREKİRMİ
1. EVET
 2. HAYIR
- 26) ÇOCUK ATEŞLİ HAVALE GEÇİRİRSE NE YAPAR ?
1. SUYA SOKAR
 2. YATIRIR-POZİSYON VERİR
 3. YÜZÜNE SU-KOLONYA ÇARPAR
 4. ATEŞ DÜŞÜRÜCÜ VERİR
 5. HEMEN EN YAKIN SAĞLIK KURULUŞUNA GİDER (HANGİSİNE)
 - 1.112'Yİ ARAR
 2. KENDİ OLANAKLARIYLA
 3. EN YAKIN YERE

4. GÜVENDİĞİ YERE
5. NÖBETİN GEÇMESİNİ EVDE BEKLER
6. AĞZINI AÇIK TUTMAYA ÇALIŞIR
7. AĞZDAN AĞIZA SOLUNUM YAPAR
8. KALP MASAJI YAPAR
9. UYUYARAK-SALLAYARAK-YANIT VERMEYE ZORLAR

27) HAVALA GEÇİREN ÇOCUĞU İMAMA, DİNİ BÜTÜN İNSANLARA OKUTUP ÜFLETMEYE GEREK VARMİ. KENDİ ÇOCUĞUNU GÖTÜRMÜŞ MÜ:

1. EVET
2. HAYIR

28) ANNENİN EĞİTİM DÜZEYİ:

1. İLKOKUL
2. ORTA OKUL
3. LİSE
4. YÜKSEK OKUL

28) BABANIN EĞİTİM DÜZEYİ:

1. İLKOKUL
2. ORTA OKUL
3. LİSE
4. YÜKSEK OKUL

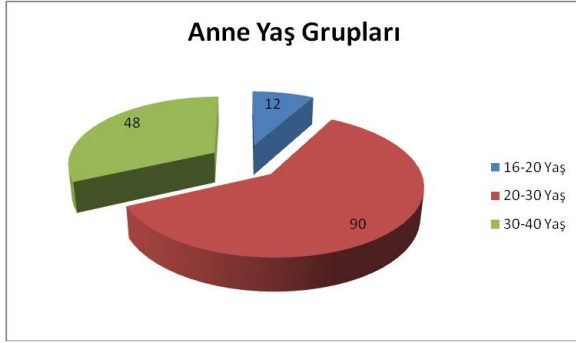
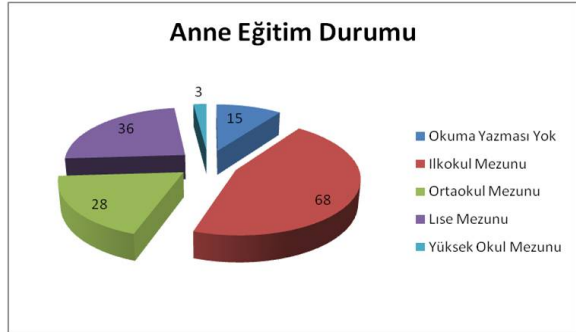
29) AİLENİN GELİR DÜZEYİ:

1. ÇOK KÖTÜ: <500 YTL
2. KÖTÜ: 500-1000 YTL
3. ORTA: < 2000 YTL
4. İYİ: < 3000 YTL

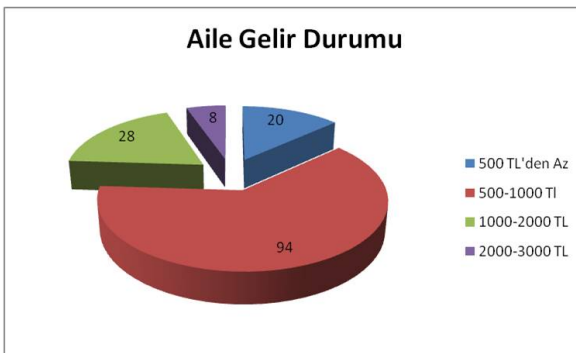
Sorgulama, çalışma grubuna dahil aynı kişiler tarafından, çocuğun anne ya da babası ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Ayrıca araştırmada, normal vücut ısısının üst değeri olarak aksiller 37.5°C kabul edilmiştir (6,7). Bu bilgiye göre doğru ve en yakın cevaplar 'Doğru biliyor', bunun dışındakiler 'Yanlış biliyor' ve hiç cevaplanmayanlar "Fikri yok", şeklinde gruplandırılmıştır. Elde edilen veriler, SPSS for Windows 11.0 paket programında sayı-yüzde dağılımları ve Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Anket formu; 129 (%87) olguda anne, 21 (%14) olguda baba tarafından yanıtlanmıştı. Ebeveynlerin yaş ve eğitim durumları değerlendirildiğinde: Annelerin 12'si (%8) 16-20 yaş, 90'ı (%60) 20-30 yaş, 48'i (%33) de 30-40 yaşlar arasındaydı. Okuma yazma bilmeyen anne sayısı 15 (%10) iken, 68 (%45.4) anne ilkökul mezunu; 28 (%18.6) anne ortaokul mezunuydu. Lise mezunu anne sayısı 36 (%24) ve yüksekokul mezunu anne sayısı ise 3 (%2) ile sınırlıydı (**Grafik 1 ve 2**).

Grafik 1: Annelerin Yaş Gruplarının Dağılımı**Grafik 2:** Annelerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

Babaların durumuna bakıldığında; 34 (%23)'ü 20-30 yaş, 104 (%69)'ü 30-40 yaş ve 12 (% 8)'si 40-45 yaşlar arasındaydı. Okuma yazma bilmeyen baba bulunmazken; 57(%38)'si ilkokul, 29 (%19)'u ortaokul, 52(%35)'si lise ve 12 (%8)'si de yüksek okul mezunuydu. Ailelerin gelir düzeylerine bakıldığında; 20 (%13) ailenin gelir düzeyinin, ayda 500 YTL'nin altında olduğu; 94 (%63)'ünün 500-1000 YTL ; 28 (%19)'ünün 1000-2000 YTL ve 8 (%5)'inin de 2000-3000 YTL arasında aylık gelirlerinin olduğu öğrenilmişti (**Grafik 3**).

Grafik 3: Ailelerin Gelir Düzeylerinin Dağılımı

Ailelerin 42 (%28)'nin, en az bir çocuğu daha önce febril konvülsiyon geçirmişti ve bunların 11(%26)'inin 1.-2. derece akrabalarında febril konvülsiyon öyküsü mevcuttu. Anne babaların ateş ile ilgili bilgi düzeylerine ait yanıtlarına bakıldığında; 96 (%64) ebeveyn, ateşin normal değerlerini

bildiğini ifade etmişti. Ancak, normal değerler sorgulandığında, bunlar arasından ancak 70'i (%46.6) değerleri doğru olarak cevaplamıştı. Annenin eğitim düzeyi ile ateş düzeyini doğru cevaplama arasındaki ilişki, istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($\chi^2=0.00$). Ailelerin ancak 93 (%62)'ünün evinde ateş ölçmek için bir termometre mevcuttu; bunların 76 (%82)'si ateş ölçerken aksiller ve 17(%18)'si de rektal bölgeyi tercih ediyordu. Geri kalan 57 (%38) aile hiç ateş ölçümü yapmıyordu. Annenin eğitim düzeyi ile evde termometre bulunması arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($\chi^2=0.006$). Ateş düşürme yöntemleri sorgulandığında; ailelerden 145 (%97)'i ateş olduğunu düşündüğü anda ateş düşürücü verdiğini ve 110 (%76)'u ilk olarak parasetamol içeren ilaçları tercih ettiğini ifade ediyordu. Evinde her zaman ateş düşürücü ilaç bulundurduğunu bildiren aile sayısı 126 (%84) idi. Ebeveynlerin ateşli nöbet olduğu anda, nasıl bir tavır takınacakları hakkındaki yanıtlarına bakıldığında ise; febril konvülsiyon geçirme anında, ailelerin 82 (%54)'si çocuğunu suya sokacağını, 41(%27)'i sallayıp uyararak yanıt vermeye çalışacağını; 21 (%15)'i çocuğunun yüzüne su-kolanya-v.s. süreceğini; 3(%2)'ü ağzını açık tutmaya çalışacağını; 3 (%2)'ü de hiçbir şey yapmadan havalenin bitmesini bekleyeceğini ifade ediyordu. Hiçbir ebeveyn, nöbet anı ve sonrasında uygulanması gereken ilk yardım kurallarını bilmiyordu. Yüz sekiz (%72) ebeveyn, en kısa zamanda bir sağlık kuruluşuna başvurmak gerektiğini düşünürken; 22(%15)'si de cami hocasına götürüp okutmak gerektiğine inanıyordu. Ailelerin 78(%52)'i febril konvülsiyonun tekrarlayabileceğini biliyordu. Doksan altı (%64) aile ise febril konvülsiyonun çocuğun yaşından bağımsız olduğunu, her yaşta görülebileceğini; 53 (%35)'ü bunun 'bir tür sara nöbeti' olduğunu; 65 (%43)'i ilerleyen yıllarda çocuklarının "sara hastası" olabileceğini, 111 (%74)'i nöbetlerin beyinde kalıcı hasar bırakabileceğini düşünmekte idi. Tedavi için ilaç kullanmak gerektiğini düşünen aile sayısı 63 (%42), EEG çekmenin gerekli olduğunu düşünen aile sayısı 114 (%76) ve çocuklara beyin tomografisi ya da MRI görüntülemesinin yapılması gerektiğini düşünen aile sayısı da 122 (%81) idi.

TARTIŞMA

Gerek ülkemizde ve gerekse tüm dünyada ateş, sık karşılaşılan sağlık sorunlarından birisidir. Yapılan çeşitli çalışmalarda, dünyada acil servislere getirilen ateşli çocuk oranının %20-30 olduğu, ülkemizde ise bu oranın bazı bölgelerde %71'e kadar yükseldiği bildirilmiştir (9,10). Çocukluk çağında çok sık görülen hastalık belirtilerinin başında gelen ateş, çocuğun yaşı ile ilgili olarak oluşabilecek komplikasyonlar açısından son derece önemlidir (5,6,7,11,12).

0-5 yaş grubunda yüksek ateşin en sık görülen ve en korkutan yan etkilerinden biri febril konvülsiyondur. Febril konvülsiyon tanımlaması, Uluslararası Epilepsi ile Savaş Birliği (ILAE) tarafından; 3 ay 5 yaş arası dönemde merkezi sinir sistemini tutan bir enfeksiyon olmaksızın ya da belirlenmiş bir başka neden olmadan (elektrolit dengesizliği, metabolik bozukluk, entoksikasyon ve travma), önceden afebril konvülsiyon (epilepsi) geçirmemiş çocuklarda ateşli bir hastalık sırasında görülen konvülsiyon olarak yapılmıştır (1,12,13). F.K.'lar genellikle iyi seyirli olmalarına rağmen tekrarlayabilme ve afebril nöbetlere yol açabilme gibi sonuçları sebebiyle oldukça önem taşırlar (1,6,14,15). Ayrıca febril konvülsiyonlar oldukça rahatsız edici ve dramatik bir görünüm sergileyen, aileyi endişeye sürükleyen olaylardır. İlk kez FK geçiren bir çocuğun ailesi çocuğun öleceğinden korkar ve aşırı kaygılanır (1,11,16). Bu yüzden ateş, küçük çocuğu olan aileler için önemli bir korku nedeni haline gelebilir ve gereksiz yaşanan korkular da hatalı uygulamalar yapılmasına neden olabilir (11). Bu tip sağlık problemleri yaşamamak için anne ve babaların ateş konusunda bilinçli olmaları önem taşımaktadır. Ülkemizde ve yurt dışında yürütülmüş olan çalışmalarda ateşli çocuğa yaklaşım konusunda gerek ailelerin gerekse sağlık personelinin hatalı yaklaşımının yaygın olduğu bildirilmektedir (11,16,17) Febril konvülsiyon görülme sıklığı Batı Avrupa ve Amerika'da %2-5, Japonya'da %8.8, Hindistan'da %5-10 olarak bildirilirken; ülkemizde FK sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalarda bu sıklık %2.8 ile %5.8 arasında değişmektedir (1,18,19,20). Celasin ve

arkadaşlarının yaptığı benzer bir anket çalışmasında primer olarak yüksek ateşin sorumlu olduğu febril konvülsiyon geçirme oranı %18.4 olarak tespit edilmiştir (21). Bizim çalışmamızda ise bu oran %28 gibi çok daha yüksek bir değerde bulunmuştur. Ancak bu yüksek oran; çalışmamızın, sadece ateş şikayeti ile hastaneye başvuran seçilmiş bir grup arasında yapılmış olmasına bağlanmıştır. Febril konvülsiyonlar genetik ve çevresel etmenlerin bir araya gelmesi ile ortaya çıkar. Çevresel etmenler arasında uykusuzluk, emosyonel stres gibi subjektif etmenler olduğu gibi, kabul görmüş etmenler ise yaş, ateş, preterm olmak, yenidoğan döneminde hospitalizasyon, kreşe gitmek ve mental motor gelişim geriliğidir (22,23,24). En önemli risk faktörlerinden birisi de aile öyküsüdür. Febril konvülsiyon geçiren çocukların %24'ünün ailesinde febril konvülsiyon öyküsü ve %4'ünün ailesinde epilepsi öyküsü olduğu bilinmektedir (22,25). Bizim çalışmamızda çocuğu febril konvülsiyon geçiren ailelerin %26'sının, 1.-2. derece akrabalarında febril konvülsiyon öyküsü mevcuttu. İlk kez febril konvülsiyon geçiren çocukların %30-40'ında konvülsiyonun tekrar ettiği ve bu grubun yarısının da üçüncü febril konvülsiyonu geçirme eğiliminin olduğu bilinmektedir. FK'lı çocukların %9'u ise üçten fazla FK geçirmektedir (26,27). Celasin ve arkadaşlarının çalışmasında, bir kez febril konvülsiyon geçiren çocukların oranı %48.6 iken 2 veya daha fazla kez febril konvülsiyon geçiren çocukların oranı %51.4 olarak bulunmuştur(21). Bizim çalışmamızda ise ankete katılan ve FK geçirdiği öğrenilen %28 ailenin çocuğunun %19'unda konvülsiyonun en az bir kez tekrarladığı belirtilmiştir. Bu oranın düşüklüğü, ilk konvülsiyon sonrasında hastanemizde verilmeye çalışılan eğitimle ilişkilendirilmeye çalışılmış ve sevindirici bulunmuştur. Febril konvülsiyonların prognozu oldukça iyidir. Bu nedenle günümüzde hiç tedavi vermeksizin bekle ve gör politikasının izlenmesi tartışılmaktadır (29,30). Fakat anne ve babalar için çocuğunun konvülsiyon geçirdiğini görmek korkutucu bir deneyimdir. Febril konvülsiyon nüksü ile ilgili buldukları için ateş yükselmesinden çok korkarlar ve adeta bir ateş fobisi geliştirirler. Bu nedenlerle, çocuğu

febril konvülsiyon geçiren aileler tedavi beklentisi içindedirler (31,32,33). Uzamış febril konvülsiyonlar, santral sinir sistemine potansiyel olarak zarar verebilecek pediatrik acil durumlar arasında olmaları nedeniyle hekimler açısından da önem arzeder (34,35). Febril konvülsiyonlar sadece ateş ile birlikte görüldüğü için, önlemede uygun antipiretik tedavi ile ateşin kontrol altında tutulmasının temel yöntem olduğu açıktır. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda, annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi-tutum düzeyleri ve çocukları ateşlendiğinde evdeki uygulamalara göre bilgi durumları incelenmeye çalışılmıştır. Demir ve Bayat'ın 2005 yılında yaptıkları çalışmalarında; annelerin %82.2'sinin dokunma, %16.1'inin derece ile, %8.7'sinin huzursuzluk, ağlama gibi belirtilerle, %1.5'inin sağlık kurumunda ölçtürme ile ateşi belirledikleri ve sadece %22.1'inin evde termometresi olduğu saptanmıştır. Esenay ve Yiğit (2002)'in çalışmasında annelerin %43'ü evinde termometre bulunmadığını ve termometre kullanmayı bilmediklerini; %65.9'u çocuğunun ateşini dokunarak, %14'ü genel durumuna bakarak ve %20.1'i derece kullanarak belirlediklerini belirtmişleridir. Celasin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da annelerin; %77.2'sinin "cildine dokunarak", %26.4'ünün "genel görünümünden" ve %50.8'inin "termometre ile" çocuğunun ateşini belirledikleri; %56.7'sinin evde termometresi olduğu, evde termometresi olan annelerin %50.8'sinin termometre okumayı bildiği, termometre okumayı bilen annelerin hemen tamamı (%84.2'si) termometreyi aksiller bölgeye uyguladığı belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da 96 (%64) ebeveyn, ateşin normal değerlerini bildiğini söylemesine rağmen, bunların arasından %46.6'sının değerleri doğru olarak cevapladığı görülmüştü(21). Diğer çalışmalara benzer şekilde, ailelerin %62'sinin evinde termometre mevcuttu ve bunların %82'si ateş ölçerken aksiller ve %18'i de rektal bölgeyi tercih ediyordu. Geri kalan %38 aile hiç ateş ölçümü yapmıyordu. Anket sonuçlarımız incelendiğinde, ailelerin hem eğitim hem de sosyoekonomik düzeylerinin son derece düşük olduğu, özellikle annelerin yaklaşık yarısının ilkökul mezunu olduğu öğrenildi. Bununla orantılı olarak da, ebeveynlerin vücut ısısının normal değerleri ve ne zaman ateş düşürücü

vermeleri gerektiği konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu; febril konvülsiyon hakkında yanlış bilgilere sahip oldukları; ek olarak da çocuğun konvülsiyon geçirdiği anda almaları gereken önlemler konusunda da ciddi bilgi eksikliklerinin olduğu saptandı.

Sonuç olarak, anne babaların büyük çoğunluğunda ateş korkusunun olduğu; febril konvülsiyonlar hakkında yaygın olarak yanlış inanışların bulunduğu ve özellikle de müdahale konusunda çok belirgin bir bilgi eksikliğinin olduğunu gözlemlendi. Özellikle doktor ve hemşirelerin, ailelere ateşin tanımı, yüksek ateş ölçütleri, ateşli çocuğun evde bakımı, yapılacak ilk uygulamalar ve hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği gibi konularda bilgi vermelerinin ailelerin ateş korkularını azaltacağını, böylece hatalı uygulamaların önlenmesine katkıda bulunacağını düşündük. her ne kadar çok yoğun bir ortam olsa da ailelerin, ilk başvuru yerleri olan acil servislerde konu hakkında doğru ve yeterli bilgilendirilmelerinin; sonrasında da daha ayrıntılı bilgi alabilecekleri poliklinik kontrolüne çağrılmalarının önemini vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR

1. Hirtz D. Febrile seizures. *Pediatr Rev* 1997; 18:5-9.
2. Bhattacharyya M, Karla V, Gulati S. Intranasal midazolam vs rectal diazepam in acute childhood seizures. *Pediatr Neurol* 2006;34:355-359.
3. Siemens H. Anfälle und Epilepsien bei Kindern und Jugendlichen. *Stuttgart, Thieme Verlag, 2001;165- 180.*
4. Huang M-C, Liu C-C, Thomas K. Parenteral responses to first and recurrent febrile convulsions. *Acta Neurol Scand* 2002;105:293-229.
5. Pek H. 0-5 yaş arası yüksek ateşli çocuklarda sağlık kurumuna başvuru öncesi ailenin aldığı önlemler, uygulamalar ve hemşirelik yaklaşımları. *Hemşirelik Bülteni* 1991; 5: 63-68.
6. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. *Cilt 1, Genişletilmiş 5. Baskı, Bizim Büro Basımevi, Ankara, 2001: 5-11, 323-325.*

7. Bektaş E, Kılıç M. 0–6 yaşında çocukları olan annelerin ateşe ilişkin bilgi düzeyleri ve çocukları ateşlendiğinde evdeki uygulamalarının saptanması. *Mezuniyet Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 1998.*
8. Dede Çınar N. 0–6 yaş grubu çocuğu olan annelerin vücut ısısı ölçümü ile ilgili bilgileri ve eğitimleri. *Çocuk Forumu Dergisi 2001; 4: 42–44.*
9. Kathleen A. Acetaminophen and Ibuprofen: fever control and over dose. *Pediatric Nursing 1992, 18: 428.*
10. Taştan Y. Ateşli çocuk ve sepsis. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Pediatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 2001; 57–68.*
11. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics 2001, 107: 1270*
12. Knudsen FU. Febrile convulsions: treatment and prognosis. *Epilepsia 2000; 41: 2-9.*
13. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. *Guidelines for Epidemiologic Studies on Epilepsy. Epilepsia 1993;34:592-596.*
14. Verity CM. Do seizures damage the brain? The epidemiological evidence. *Arch Dis Child 1998;78:78-84.*
15. Energin M, Selimoğlu M, Orbak Z ve ark. Febril konvülsiyonlarda klinik özellikler ve rekkürens risk faktörlerinin belirlenmesi. *İstanbul Çocuk Kliniği Dergisi 1995, 30: 194–199.*
16. Demir M, Bayat M. Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0–5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 2005; 14: 22–29.*
- 17 Parmar RC, Sahu DR, Bavdekar SB. Knowledge, attitude and practices of parents of children with febrile convulsion. *Journal of Postgraduate Medicine 2001; 47: 19–23.*
18. 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.*
19. Srinivasan J, Wallace KA, Scheffer IE. Febrile seizures. *Aust Fam Physician. 2005 Dec;34(12): 1021-1025*
20. Öztürk MK, Önal AE, Tümerdem Y, 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*
21. Celasin Ş.C,Ergin D,Atman Ü. Yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. *Fırat Tıp Dergisi 2008; 22: 315-322*
22. Sadleir LG, Scheffer IE. Febrile seizures. *BMJ 2007; 307- 311*
23. Kjellden 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*
24. Baulac S, Gourfinkel-an I, Nabbout R, et al. Fevers, genes, and epilepsy. *Lancet Neurol 2004;3:421–430.*
25. Offringa M, Bossuyt PM, Lubsen J, Ellenberg JH, Nelson KB, Knudsen FU, et al. Risk factors for seizure recurrence in children with febrile seizures: A pooled analysis of individual patient data from five studies. *J Pediatr 1994;124:574-584.*
26. Topçu M. Febril Konvülziyonlar. *Katkı Pediatri Dergisi 1994;6: 458- 463.*
27. Pfeiffer A, Thompson J, Charlier C, Otterud B, et al. A locus for febrile convulsions (FEB3) maps the chromosome 2Q 23-24 *Ann Neurol 1999; 46:671-678.*
28. Esenay F I, Yiğit R. Annelerin yüksek ateş konusundaki bilgi ve uygulamaları. 46. Milli Pediatri Kongresi, 20. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi, 6. Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Kongresi, 2. Çocuk Hemşireliği Kongresi, 1. Pediatri Asistanları Kongresi Bilimsel Program ve Özet Kitabı, Mersin, 2002: 380.
29. 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.*

30. Verity CM, Golding J. Risk of epilepsy after febrile convulsions: A national cohort study. *BMJ* 1991;303: 1373- 1376
31. Freeman JM, Vinig EP. Decision making and the child with febrile seizures. *Pediatrics in Review* 1992;13: 298-304
32. Balslev T. Parental reactions to a child's first febrile convulsion. *Acta Paediatr Scand* 1991;80:466-469
33. Schuper A, Gabbay U, Mimouni M. Parental anxiety in febrile convulsion. *Isr J Med Sci* 1996;32:1282—1285
34. Millichap JG, Colliver JA. Management of febrile seizures: Survey of current practice and phenobarbital usage. *Pediatr Neurol.* 1991;7:243– 248
35. Rantala H, Tarkka R, Uhari M. A meta-analytic review of the preventive treatment of recurrences of febrile seizures. *J Pediatr.* 1997;131:922–925