

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

EPİLEPSİ HASTALARINDA ÖZ YÖNETİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emre USTA

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ**

ADANA-2020

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

EPİLEPSİ HASTALARINDA ÖZ YÖNETİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emre USTA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

ADANA-2020

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan
“Epilepsi Hastalarında Öz Yönetimin Değerlendirilmesi”
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 20 / 07 / 2020

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Doç. Dr. Derya ATİK
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Songöl KARADAĞ
Çukurova Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve
kabul edilmiştir.

sayılı kararı ile

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ETİK BEYANI
T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI

ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,
- bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 20/07/2020

EMRE USTA

Kayıtlı olunan program : Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans

Tezin konusu : Epilepsi Hastalarında Öz Yönetimin Değerlendirilmesi

Tezin Türü : Yüksek Lisans (x) Doktora ()

Danışmanın Adı-Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

Danışmanın İletişim Bilgileri : Ç.Ü.SBF Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Telefon : 0535 326 10 01

e-posta : gulsahkumas@gmail.com

Öğrencinin İletişim Bilgileri :

Telefon : 0537 717 15 71

e-posta : usta_emre_1907@hotmail.com

Adresi : Cumhuriyet Mahallesi 1612 sokak no:49 kat:2
Yenişehir/MERSİN

* Bu belgenin lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana destek olan, hayat tecrübeleri ile yol gösteren saygıdeğer tez danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Gülşah KUMAŞ’a,

Yüksek lisans tez döneminde veri toplarken yardımını esirgemeyen Dr. Öğretim Üyesi Mehmet Taylan PEKÖZ’e,

Yüksek lisans döneminde benden hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen anneme, babama ve kardeşime sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Emre USTA

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
ETİK BEYANI.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMA LİSTESİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Epilepsi Tarihçesi	3
2.2. Epilepsi Tanımı.....	3
2.3. Epilepsi Epidemiyolojisi.....	4
2.4. Epilepsi Etyolojisi.....	4
2.4.1. Kriptojenik Epilepsi.....	4
2.4.2. Semptomatik Epilepsi	5
2.4.3. İdiyopatik Epilepsi.....	5
2.4.4. Provoke epilepsi	5
2.5. Epilepsi Patofizyolojisi.....	5
2.6. Epileptik Nöbetlerin Sınıflandırılması.....	6
2.6.1. Parsiyel (fokal) Nöbetler	8
2.6.1.1. Basit Parsiyel Nöbetler	8
2.6.1.1.1. Motor belirtilerle seyreden basit parsiyel nöbetler.....	8
2.6.1.1.2. Somatosensoriyel veya özel duyuşsal belirtilerle görülen nöbetler	8
2.6.1.1.3. Otonomik belirti ve bulgularla seyreden nöbetler	9
2.6.1.1.4. Psişik belirtiler gösteren nöbetler	9
2.6.1.2. Kompleks parsiyel nöbetler	9
2.6.2. Jeneralize Nöbetler	10
2.6.2.1. Absans nöbetler	10
2.6.2.2. Myoklonik nöbetler	10

2.6.2.3. Tonik nöbetler	10
2.6.2.4. Klonik nöbetler.....	10
2.6.2.5. Jeneralize tonik-klonik nöbetler	11
2.6.2.6. Atonik nöbetler.....	11
2.6.3. Sınıflandırılmayan Epilepsi Nöbetleri.....	11
2.7. Epilepside Tanı Yöntemleri.....	11
2.8. Epilepsi Tedavisi	13
2.8.1. Antiepileptik Tedavi	13
2.8.2. Cerrahi Tedavi	14
2.8.3. Vagal Sinir Stimülasyonu	14
2.8.4. Ketojenik Diyet.....	15
2.8.4.1. Klasik Ketojenik Diyet.....	15
2.8.4.2. Orta Zincirli Trigliseritler Diyeti (MCT)	15
2.8.4.3. Modifiye Ketojenik Diyet (Atkins Diyeti)	15
2.8.5. Ketojenik Diyetin Nöbet Önleme Etkisi.....	16
2.8.6. Ketojenik Diyetin İstenmeyen Etkileri	16
2.9. Öz Yönetim Kavramı.....	16
2.10. Epilepsi ve Öz Yönetim.....	17
2.11. Epilepside Öz Yönetim ve Hemşirelik Bakımı	18
2.11.1. Epilepsi Nöbeti Esnasında Yapılması Gereken Uygulamalar.....	18
2.11.2. Epilepsi Nöbeti Sırasında Yapılmaması Gereken Uygulamalar	19
2.11.3. Epilepsili Hastalarda Öncelikli Hemşirelik Tanıları	19
2.12. Epilepsi ve Sosyal Boyutu	20
2.13. Epilepsili Bireylerde Yaşam Biçimi ve Güvenlik	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.5. Verilerin Toplanması.....	23
3.6. Veri Toplama Araçları.....	23
3.6.1 Hasta Tanılama Formu	23

3.6.2 Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği.....	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. Epilepsili Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	25
4.2. Epilepsili Bireylerin Hastalıkla İlgili Özellikleri.....	26
4.3. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeğine İlişkin Puanlar.....	27
4.4. Epilepsili Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Öz Yönetim Puanları	27
4.5. Epilepsili Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Öz Yönetim Puanları	30
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	39
KAYNAKLAR	40
EKLER	49
ÖZGEÇMİŞ	57

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Epilepsili Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	25
Tablo 2. Epilepsili Bireylerin Hastalıkla İlgili Özellikleri	26
Tablo 3. Ölçeğe İlişkin Alt Boyut Bulgularının Dağılımı.....	27
Tablo 4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	29
Tablo 5. Epilepsili Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Puanları.....	31
Tablo 6. Epilepsili Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Puanları.....	33

KISALTMA LİSTESİ

SPSS	: Statistical Package For Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Program)
AEİ	: Antiepileptik İlaç
ILAE	: International League Against Epilepsy (Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği)
GABA	: Gama aminobütirik asit
EEG	: Elektroensefalografi
MR	: Manyetik Rezonans
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
SPECT	: Single Photon Emission Computed Tomography (Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi)
MCT	: Medium Chain Triglycerides (Orta Zincirli Trigliseritler)
EÖYÖ	: Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği

ÖZET

Epilepsi Hastalarında Öz Yönetimin Değerlendirilmesi

Epilepsi, bireyin yaşamının önemli bir bölümünü etkileyen, fiziksel, entelektüel, emosyonel ve sosyal yaşantıda önemli sınırlamalara neden olan, günlük yaşamda zorunlu ve travmatik olaylara yol açan kronik, nörolojik bir hastalıktır. Bu nedenle epilepsi hastalığında öz-yönetim davranışlarını kazanma ve uygulama çok önemlidir. Bu davranışlar, düzenli ilaç kullanmayı, yaşam tarzını hastalığa uygun düzenleyebilmeyi, hastalıkla ilgili yeterli bilgi sahibi olmayı, nöbet anındaki travmatik durumları bilmeyi ve ona göre uygun ortam sağlayan güvenlik önlemlerini almayı ve bu durumların hepsini senkronize bir şekilde yönetebilmeyi içermektedir.

Araştırmanın evrenini Eylül-Kasım/2019 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Polikliniğe başvuran 480 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 110 hasta oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan “Hasta Tanılama Formu” ve “Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (IBM SPSS Statistics 24) paket program kullanılmıştır. Verilerin analizinde frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Çalışmada “Mann-Whitney U” test, bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” testi uygulanmıştır.

Çalışmada epilepsili bireylerin toplam öz yönetim ölçeği puan ortalaması $142,43 \pm 16,05$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları arasındaki puanlara bakıldığında en yüksek puan ortalaması $44,93 \pm 5,52$ ile ilaç yönetimi alt boyutunda, en düşük puan ortalamasının ise $20,28 \pm 5,03$ ile yaşam tarzı yönetimi alt boyutunda olduğu belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada hastalığa uyum sağladığını ifade edenlerin epilepsi öz yönetim ölçeği toplam puanlarının, hastalığa uyum sağlamadığını ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu saptanmıştır ($F=5,785$; $p=0,004$).

Araştırmanın sonucunda epilepsili hastaların öz yönetim düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada; yetişkin epilepsi hastalarına uygulanan bu ölçekte epilepsi öz yönetim düzeyleri yüksek bulundu. Hemşirelerin epilepsili bireyleri eğitici rollerini kullanarak öz yönetim konusunda bilgilendirmeli ve toplumda genel olarak öz yönetim eğitim programlarının daha fazla kullanılabilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Hastalık, Epilepsi, Öz Yönetim, Hemşirelik

ABSTRACT

Evaluating Self-Management in Epilepsy Patients

Epilepsy is a chronic, neurological disease that affects a significant part of an individual's life, causing significant limitations in physical, intellectual, emotional and social life, leading to mandatory and traumatic events in daily life. Therefore, gaining and applying self-management behavior is very important in epilepsy patients. These behaviors include using regular medication, organizing the lifestyle according to the disease, having sufficient information about the disease, knowing the traumatic situations at the time of the seizure and taking the safety precautions that provide the appropriate environment accordingly, and managing all of these situations synchronously.

The population of the study consisted of 480 patients who applied to Çukurova University Balcalı Hospital Neurology Outpatient Clinic between September-November / 2019. The sample of the study consisted of 110 patients who met the inclusion criteria. The data were collected by using the "Patient Diagnosis Form" and "Epilepsy Self Management Scale" created by the researcher by examining the literature.

SPSS (IBM SPSS Statistics 24) package program was used to evaluate the data. Frequency tables and descriptive statistics were used in the analysis of the data. In the study, "Mann-Whitney U" test was used, and "Kruskal-Wallis H" test was used to compare three or more independent groups with the measured values.

In the study, the total self-management scale score average of individuals with epilepsy was 142.43 ± 16.05 . When the scores between the sub-dimensions of the scale are analyzed, it was stated that the highest score average was 44.93 ± 5.52 with the drug management sub-dimension and the lowest score average was 20.28 ± 5.03 with the lifestyle management sub-dimension. In addition, the total scores of epilepsy self-management scale of those who stated that they adapted to the disease were found to be statistically significantly higher than those who stated that they did not adapt to the disease ($F = 5.785$; $p = 0.004$).

As a result of the research, in this study conducted to determine the self-management levels of patients with epilepsy; In this scale applied to adult epilepsy patients, epilepsy self-management levels were found to be high. It is important that nurses should inform individuals with epilepsy about self-management by using their educational roles, and it is important to use more of self-management education programs in the society in general.

Key Words: Disease, Epilepsy, Self-Management, Nursing

1. GİRİŞ

Epilepsi; kortikal nöronlardan kaynağını alan şiddetli ve beklenmeyen elektriksel boşalmalar sonucunda ortaya çıkan, provoke edici bir neden olmaksızın ani ve yineleyici nöbetlerin görüldüğü nörolojik bir hastalıktır (1). Toplumda görülme sıklığı açısından; aktif epilepsi prevalansı 4-10/1.000 olmakla birlikte, epilepsi insidansı genellikle her topluma göre değişiklik arz etmektedir. Genellikle yılda 2050/100.000 olduğu bildirilmiştir. Epilepsinin insidansı %3 olmakla birlikte en yüksek insidans yaşamın ilk yılları ile 60 yaş ve üzerinde görülmektedir (2).

Epilepsili bireylerde nöbetlerle baş etmek çok önemlidir. Nöbet türü ve nöbet sıklığı aynı tür olan hastalarda bile hastalığa uyum düzeyleri farklı olabilir (3). Epilepsili bireylerin hastalık sürecini sadece tıbbi olarak değil aynı zamanda bireylerin hastalığı nasıl yönettiği de önem taşımaktadır (4). Öz yönetim kronik hastalıklarda yaygın olarak kullanılan bir terim olmakla birlikte bu konuyla ilgili olan eğitimler hasta merkezli olmalı, hastaların problemleri, kaygıları ve gereksinimleri ayrıntılı bir şekilde incelenmeli ve ona göre değerlendirilmelidir. Epilepside sağlığı yükseltmek ve nöbet kontrolünü sağlamayı teşvik etmek için öz yönetim davranışlarını geliştirmek çok önemlidir (5). Başarılı bir epilepsi öz yönetimi ile hastaların okul ve iş hayatı düzene girmekte, sosyal refah seviyesi yükselmekte ve böylece daha normal bir hayat düzeni sağlanmaktadır. Epilepsili bireylerin iş istihdamlarının düşük olması, sürücü belgesi alamama, eğitimlerini sürdürememe ve sosyal güvenceye sahip olamamaları gibi sorunlar yer almaktadır. Bu sorunlara bağlı olarak benlik saygısı düşmekte, depresyon, sosyal izolasyon ve anksiyete sık görülmektedir (6).

Epilepsi hastalığının prognozunun kötüleşmesini engellemek ve yaşam standardını yükseltmek için öz yönetim davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Tıbbi tedaviye uyumsuz davranmak ve bozulan yaşam kalitesi epilepsili hastalarda öz yönetimi olumsuz etkilemekte ve nöbet sıklığını arttırmaktadır (7). Bireylere öz yönetim konusunda eğitim verilerek tedavi başarısı, yaşam tarzının düzenlenmesi, ekonomik yükün hafiflemesi ve iyi bir nöbet kontrolü sağlanabilir (8).

Epilepsili bireyler öz yönetim davranışlarını isteyerek ya da istemeyerek uygulayabilmektedir. Bu uygulamaları planlı ve düzenli hale getirerek, hastaların bilinçli

farkındalığını artırarak yaşam kalitesini yükseltmek önemlidir. Hemşirelik mesleğinin bu konuda yeri ve önemi oldukça yüksektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsi Tarihçesi

Günümüzde epilepsi kelimesi Yunan dilinde saldırmak ya da yakalamak anlamına gelen “epilambanein” sözcüğünden türemiştir (9).

Eski Mısır’da, kötü ruhlar ya da şeytanlar epilepsi hastalığından sorumlu olarak algılanıyordu. Tedavi olarak ise tütsü, dua ya da benzeri alternatif metotlar uygulanıyordu (10). Hint tıbbının temelini oluşturan Ayurvedik sistemde ise epilepsi, Apasmara olarak isimlendirilmiştir. Bilinçsizlik ya da hafıza kaybı anlamına gelmektedir (11). Roma’da ve Antik Yunan’da ise en önemli kanıtları Hipokrat yazmıştır ve epilepsi bir beyin hastalığı olarak ilk defa Hipokrat vasıtasıyla açıklanmıştır. Epilepsi ile ilgili bilinen ilk monograf olan “Kutsal hastalık hakkında” (On the sacred disease) adlı kitabında, hastalığın beyin yerleşimli olduğunu belirtmiş ve epilepsiye “mal caduque” olarak adlandırmıştır (12).

1770’de Tissot ilk defa küçük ve büyük nöbetlerin farkını açıklamış (13), 1857’de Charles Locock ise kadınlarda histeri nöbetlerinde kullanılan potasyum bromürün katamenal epilepsi nöbetlerine iyi geldiğini ilk gösteren kişi olmuştur (14). 1901’de Gowers epilepsinin patofizyolojisi ve etyolojisi ile ilgili daha kapsamlı bir açıklama yapmış, 1912’de fenobarbital kullanılmaya ve 1938 yılında ise fenitoin kullanılmaya başlanmıştır. 1938’den sonra günümüze kadar epilepsinin tanılama ve tedavi aşamasında önemli gelişmeler sağlanmıştır (13).

19. yüzyılın sonlarına gelindiğinde ise John Huglins Jackson, epilepsinin modern tanımını “sinir dokusunun ara sıra, aşırı, düzensiz deşarjı” olarak açıklamıştır (15). 1935 ile 1960 yılları arasında yeni antiepileptik ilaçların (AEİ) araştırılmasında ve ardından test edilmesinde ilerlemeler sağlanmış ve bu süre zarfında yeni AEİ’ler üretilmiştir (16).

2.2. Epilepsi Tanımı

Epilepsi, 2005’de bir kavram olarak, epileptik nöbetler meydana getiren kronik olarak seyri görülen bir beyin hastalığı olarak açıklanmıştır (17). Klinik olarak epilepsiyi tanımlayacak olursak, ani başlayan, kendiliğinden sonlanabilen, nüks etme eğilimi olan paroksimal ve geçici nörolojik fonksiyon bozukluğudur (18). Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (International League Against Epilepsy (ILAE)) yaptığı en güncel tanımda ise epilepsi kavramını, iki nöbet arasında en az 24 saat olmak üzere, en az iki tetikleyicisiz

nöbetin görülmesi hali olarak ifade etmektedir (19). Ülkemizde ise epilepsinin “sara”, “tutarık” ve “boncuk” gibi farklı isimlendirmeleri bulunmaktadır (20).

2.3. Epilepsi Epidemiyolojisi

Son yıllarda yapılan araştırmalarda, dünya genelinde epilepsisi olan yaklaşık 65 milyon kişinin olduğu öne sürülmektedir (21). Bunun sonucu olarak dünyada epilepsi prevalansı %1’lik bir dilime sahiptir (22). Dünyada prevalans gelişmiş ülkelerde 6/1000 ve gelişmekte olan ülkelerde ise ortalama 18.5/1000 civarındadır (9). Epilepside insidans her topluma göre farklılık göstermekle birlikte genel olarak yıllık insidans 20-50/100.000 olarak açıklanmıştır. İnsidansın en yüksek seyrettiği iki dönem yaşamın ilk yılı ile 60 yaş ve üzeri olan dönemi kapsamaktadır (2). Bunlarla birlikte Türkiye’ye ait epilepsi prevalansı çalışması bulunmamakta fakat bazı farklı kırsal ve kentsel bölgelerde 1995 ile 2010 yılları arasında bölgeye özgü çalışmalar yapılmıştır. Çalışma elde edilen sonuçlarda ise aktif epilepsi prevalansı oranı binde 5 ile 10.2 arasındadır. Epilepside yaşam boyu prevalansının ise binde 6 ile 12.2 aralığında olduğu saptanmıştır (23). Başka bir çalışmada ise sosyoekonomik durumu ülke şartlarına göre düşük olan bireylerin daha ağır işlerde çalıştıkları, daha fazla travma ve sakatlığa maruz kalmaları, daha az tıbbi bakım almaları gibi birçok nedenler epidemiyolojinin arttığını göstermiştir (24).

Başka bir çalışmada ise epilepsi tipleri üzerinden bir epidemiyolojik araştırma yapılmıştır. Epilepsi nöbet tipleri içinde en sık karşılaşılan nöbet tipi parsiyel nöbetler olarak bulunmuştur. Parsiyel nöbetlerden sonra en sık jeneralize tonik klonik nöbetler takip eder. Bunların dışında diğer nöbet tipleri olan tonik, miyoklonik, absans ve atonik nöbetler ise nadir görülenlerdir (25).

2.4. Epilepsi Etyolojisi

Epilepside etiyoloji dört temel başlık altında ele alınmıştır.

Bunlar; kriptojenik epilepsi, semptomatik epilepsi, idiyopatik epilepsi ve provoke epilepsi olarak sınıflandırılmıştır (26).

2.4.1. Kriptojenik Epilepsi

Bu epilepsi tipinin oluşmasında kesin bir nedenin bulunmadığı ancak temel düşünce olarak semptomatik bir doğasının olduğu söylenmektedir. Günümüzde erişkinlerde başlayan epilepsi vakalarının en az %40’lık dilimini kapsamaktadır (27).

2.4.2. Semptomatik Epilepsi

Burada genellikle anatomik ve patolojik anormallikler yer almakla birlikte altta yatan hastalık veya durumun göstergesi olan klinik özellikler ile ilişkili genetik veya edinilmiş bir neden vardır. Bu durumdan ötürü bu gruba genetik veya edinilmiş kaynaklı serebral patolojik değişikliklerle ilişkili olan doğuştan gelen bozukluklar ve gelişim bozuklukları dahil edilmektedir. Sonuçta semptomatik epilepsi kriptojenik epilepsiden farklı olarak belirli bir nedene dayandırılmaktadır (27).

2.4.3. İdiyopatik Epilepsi

Kesin olarak açıklanmış nöroanatomik veya nöropatolojik bir anormallik bulunmamakla birlikte ağırlıklı olarak genetik veya genetik kökenli bir epilepsi olduğu tahmin edilmektedir. Kabul gören genetik veya karmaşık kalıtım epilepsileri bulunmaktadır, fakat şu anda genetik temeli tam olarak açıklanamamıştır (27).

2.4.4. Provoke epilepsi

Büyük nedensel nöropatolojik ve nöroanatomik değişiklikler olmamakla birlikte nöbetlerin baskın nedeni belirli bir sistemik veya çevresel faktörlerin rol oynadığı epilepsi tipidir. Bazı provoke epilepsilerde genetik bir temeli veya bazılarında edinilmiş bir temel olacaktır fakat çoğunda doğal bir neden tespit edilemez. Refleks epilepsiler provoke epilepsiler içerisinde yer alır (27).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda epilepsinin etiyolojik kategorilenmesinde; kriptojenik için “bilinmeyen”, semptomatik için “metabolik/yapısal” idiyopatik için ise “genetik”, terimleri kullanılmaya başlanmıştır (27).

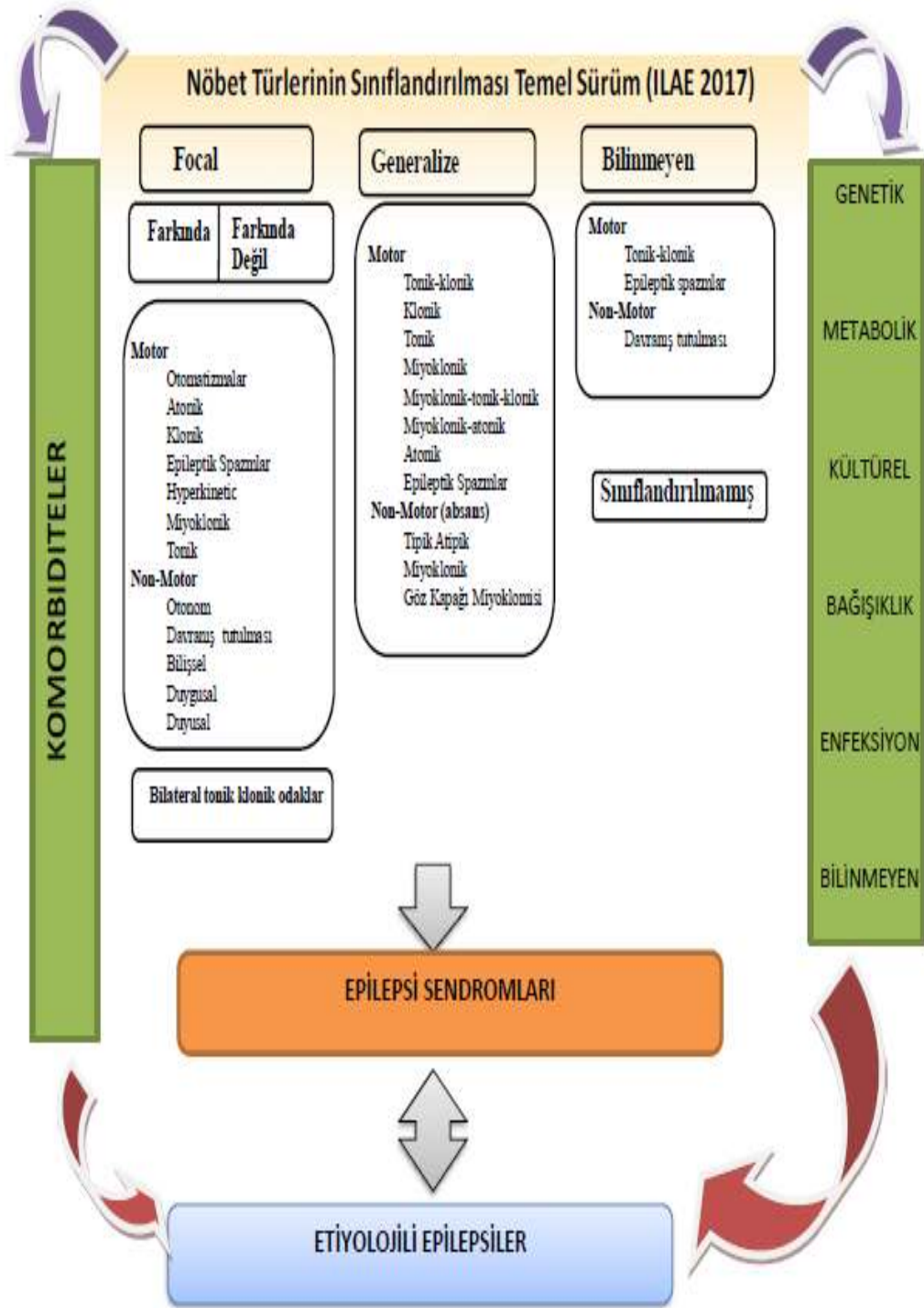
2.5. Epilepsi Patofizyolojisi

Her provoke edilen nöbet herhangi bir kişide ortaya çıkabilir ve epilepsi olarak tanımlanmaz. Tümörlerin, toksinlerin ve elektrolit anormalliklerinin neden olduğu nöbetleri tanımlamak için ikincil nöbet veya akut semptomatik nöbet terimleri kullanılır. Epilepsi, kalıcı bir eğilimde ve kıskırtan bir faktör olmadan ortaya çıkarsa bulunur. Beyin

fizyolojisinde değişiklikler mevcuttur fakat nöbetler tamamen bilinmeyen bir sebepten asıl olarak rastgele meydana gelir. Bunlara ek olarak nöbetlerin meydana gelmesinde bazı temel fizyolojik anormallikler de bilinmektedir. Nöronal fizyolojinin görevinden dolayı nöbetler normal koşullar altında kendiliğinden ortaya çıkmaz. Normal sinaptik bilgi aktarımında bir nörondan diğetine belli bir zaman aralığında tek bir aksiyon potansiyelinin geçmesine izin verilir. Normal bir beyinde nöbetler bu stabiliteyi bozan durumlar olarak belirtilir. Örneğin; hiponatremideki iyon kaybı değişikliği gibi durumlar hücre zarındaki dengeyi korumak için esas olan normal elektrokimyasal gradyanların kaybına neden olur. Bu da GABA reseptörlerinin duyarlı hale geçmesine neden olarak, normalde zararı olmayan nöronal aktivite bir nöbet olayını kendisi uyarır ve hücrel metabolizmayı değiştirir. Bazı epilepsi türlerinin fizyopatolojisi bilindiği halde tedaviler genellikle aynıdır ve amaç nedene bakmaksızın nöbetleri durdurmayı ve meydana gelme eğilimini azaltmayı hedefler. Birçok AEİ rastlantısal olarak bulunmuştur ve etki mekanizmaları bilinmemektedir, bu nedenle verilen ilaçlar şüpheli fizyopatoloji ile ilişkili olmadığı öne sürölmektedir (28).

2.6. Epileptik Nöbetlerin Sınıflandırılması

Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE)'nin uğraşları neticesinde 1981 yılında epileptik nöbetlerin elektro-ensefalografik ve klinik sınıflaması yapılmıştır (29). Epilepsi ile Savaş Derneğinin Sınıflama Komisyonu'ndan başka diğerkomisyonlarda birtakım sınıflamalar yapmıştır. Lüders ve ark. 1998 yılında Semiyolojik Nöbet Sınıflamasıyla, 2005 ve 2008 yılında epilepsiye bir bütün olarak bakıldığı epilepsi sınıflama şemasını yayınlamışlardır (30). Fisher ve ark. ise nöbet türlerinin ILAE 2017 operasyonel sınıflandırması için kullanım kılavuzunu oluşturmuştur (31).



Şekil 1: Epilepsi sınıflandırılmasına bir bakış. Etiyolojik durumlar akut nöbetlerde de kullanılabilir. "Genetik" ifadesi, ailede ve ikiz araştırmalardan elde edilen bulgulara bakılarak genetik olarak bilinen bir epilepsi sendromu varsa, o zaman bir bireyin etyolojisini ifade eder (30,31)

2.6.1. Parsiyel (fokal) Nöbetler

Parsiyel veya fokal nöbetler, jeneralize nöbetler ile birlikte epileptik nöbetlerin iki ana kategorisini oluşturur. Parsiyel nöbetler, bilinç bozukluğunun olup olmamasına göre basit ve karmaşık parsiyel nöbetler olarak alt bölümlere ayrılmaktadır. Basit parsiyel nöbetlerde nöbet anında bilinç bozukluğu yoktur fakat kompleks parsiyel nöbetlerde nöbet anında bilinç bozukluğu görülür (32).

Parsiyel nöbetler, iktal deşarjın başlangıcında ve yayılmasında korteksin hangi alanında yer aldığına bağlı olarak kendilerini birçok farklı biçimde gösterebilirler. Parsiyel nöbetler serebral korteksin herhangi bir bölgesinden kaynaklanır ve tek taraflı veya iki taraflı olarak diğer kortikal bölgelere yayılım gösterebilir. Parsiyel bir nöbet motor semptomlar, somatosensoriyel veya özel duyuşsal semptomlar, psişik semptomlar ve otonomik semptomlarla meydana gelebilir (33).

2.6.1.1. Basit Parsiyel Nöbetler

2.6.1.1.1. Motor belirtilerle seyreden basit parsiyel nöbetler

Motor nöbetler kas semptomlarıyla anlaşılır. Lokal seyreden tonik bir postür (katı görünüm) veya klonik bir hareket (seğirmeler) şeklinde olabilir. Anormal gözüken bu hareketler vücudun bir bölümüyle sınırlıdır veya aynı tarafın yakın bölgelerine de yayılım görülebilir (33).

2.6.1.1.2. Somatosensoriyel veya özel duyuşsal belirtilerle görülen nöbetler

Somatosensoriyel nöbetler gyrus postcentralisten kaynağını alır. Bu tip nöbete genellikle tümör tarzı patolojiler sebebiyet vermektedir. Nöbet anında bir ekstremitede el ve parmaklarda bazı durumlarda dudaklarda yanma, ağrı, karıncalanma ve uyuşma gibi duyuşsal semptomlar yer alır. Bu tip nöbetler içerisinde yer alan Jacksonian nöbetler ise bu belirtilerin lokal olmayıp kas gruplarına yayılarak vücudun yarısını kapsadığında gerçekleşen nöbet şeklidir. Bazı görsel şekilde görülen şekilsiz görüntüler, ışık çakmaları gibi halüsinasyonlar nöbet anında görülebilir ve oksipital kaynaklıdır. Bazı koku nöbetlerinde ise kötü tat ve koku halüsinasyonları vardır. Bazı işitme nöbetlerinde ise vızıldama, hışırtı, uğultu gibi halüsinasyonlar duyulmaktadır. Dengesizlik ve baş

dönmesinden dolayı sendeleme şeklinde görülenler ise vertijinöz nöbetler adını alır (34-37).

2.6.1.1.3. Otonomik belirti ve bulgularla seyreden nöbetler

Otonom belirtili nöbetlerde epigastriumda çalkalanma, çekilme hissi, bulantı gibi abdominal ve epigastrik semptomlar görülür. Bunların haricinde nabız değişimleri, terleme, kan basıncı değişiklikleri gözlemlenir. Bu nöbet şekli limbik sistemin pariyetal, temporal ve frontal odaklarından doğan bir nöbet tipidir (35).

2.6.1.1.4. Psişik belirtiler gösteren nöbetler

Psişik belirtili nöbetlerde disfazik semptomlar, hafızanın etkilenmesiyle birlikte jamais vu denilen hasta önceden gerçekleşen bir durumu hiç gerçekleştirmemiş gibi hissetmesine veya deja vu gibi hiç gerçekleşmeyen bir durumu gerçekleştirmiş gibi hissetmesine neden olan dimnezik tablolar ve aşırı korku, zevk, alevlenme gibi affektif olaylar ve buna ek olarak algılamamanın bozulmasına bağlı illüzyonlar görülebilir (28).

2.6.1.2. Kompleks parsiyel nöbetler

Kompleks parsiyel nöbetlerin başlangıç bölgesi beynin herhangi bir lobundan olabilir ancak bunlar en sık temporal lobdan kaynağını alır. Bilinç kaybı olmadan önce basit bir kısmi nöbet belirtileri görülebilir yani bilinç kaybı tam olmayabilir. Temporal lob nöbetlerinde ilk görülen olay en sık hareketsiz bir yere gözünü odaklamak olarak görülür bunu otomatizma denilen bilincin kontrolü dışında hareketlerin meydana gelmesi hali takip eder. Bunlar ortak olarak ağızda yutma hareketleri ve dudak şapırdatması gibi hareketleri kapsar. Bazen de hasta elleriyle sürtünme ve bişeyler toplama gibi hareketler de yapabilir. Soyunmaya, amaçsız hareketler yapmaya, nesnelerle uğraşmaya, kafası karışık şekilde gibi dolaşmaya başlayabilir. Postiktal dönemde hastalar hala kafaları karışık olabilir ve yorgun hissederler (38).

2.6.1.3. Sekonder jeneralize nöbetlere dönüşen parsiyel nöbetler

Parsiyel nöbetten yayılan nöbet hızlı ilerlerse başlangıçtan sonra jeneralize tonik-klonik nöbete dönüşür ve bu parsiyel nöbeti jeneralize tonik-klonik nöbetten ayırt etmek

imkansıza yakındır. Ancak yayılım yavaş olursa nöbet başlangıcındaki semptomlar, jeneralize tonik-klonik nöbete dönmeden önce bir uyarı ya da bir haberci gibi işlev görür (38).

2.6.2. Jeneralize Nöbetler

2.6.2.1. Absans nöbetler

Absans nöbetler boş bir bakış, ani başlayan davranışsal tutulum, tepkisizlik ve bazen gözlerin yukarıya doğru kayması ile karakterize bir nöbet tipidir. Bu olaylar süre olarak birkaç saniye ile yarım dakika arasında değişmektedir. Hiç postiktal karışıklık görülmediği gibi nadiren olsa da görülebilir fakat hastalar nöbetten önce yaptığı aktivitelere devam ederler. Bu nöbet tipine basit absans da denilmektedir (33).

2.6.2.2. Myoklonik nöbetler

Herhangi bir bilinç kaybının görülmediği gövdede veya ekstremitelerde bilateral ve senkronize bir şekilde veya tek tarafı etkilenen, hızlı ve nüks eden kısa süreli bir kasılma biçiminde görülür. Bu nöbetler, uykudan uyanmaya yakınken ya da daha ilk uykuya daldığında ortaya çıkar ve bu nöbetlere genellikle fotosensivite eşlik eder (39,40).

2.6.2.3. Tonik nöbetler

Tonik nöbetler kolların ve bacakların ani tonik kasılmasını içermektedir. Bu durum da genellikle kolların yukarıya doğru kalkmasına ve bacakların uzamasına sebebiyet verir ve bunlar sık sık hastanın geriye doğru düşmesine zemin hazırlar. Nöbetler tipi gereği genellikle kısadır, 30 saniyeden az sürer ve ardından hızlı bir toparlanma gerçekleşir fakat tonik kasılmadan ötürü sık sık ani düşme sebebiyle yaralanmalar görülür (38).

2.6.2.4. Klonik nöbetler

Ritmik bir şekilde başlayan, yineleyici sarsıntıların olduğu klonik atım şeklinde olan nöbet tipidir. Genellikle süt çocuklarında ve yenidoğanlarda görülür. Başlangıçta bilinçte bozuklukla seyredip sonrasında kısa ve ani hipotoni oluşturur (41).

2.6.2.5.Jeneralize tonik-klonik nöbetler

Kendiliğinden meydana gelerek veya parsiyel bir nöbeti takip eden bir ağlama ile belirti verdikten sonra uzuvların kasılması ile yere düşme, bilinç kaybı ve tonik fazda siyanozun daha da kötüleşmesi ile sonuçlanır. Sonraki klonik fazda kollar ve bacaklarda sarsıntılı hareketler görülür. Bu olaylar yaşanırken dil ısırılmış olabilir ayrıca idrar ve dışkı kaçırılması görülebilir. Nöbetin özelliği gereği koma şeklindeki tablodan sonra tamamen iyiye dönmeden önce bilinçte bulanıklık, ağrıyan kollar ve bacaklar, baş ağrısı ve uykuya eğilim mevcuttur (42).

2.6.2.6.Atonik nöbetler

Kas tonüsünün kaybolması ile karakterize uzuvların düşmesi, başın düşmesi, çenenin gevşemesi veya tüm vücudun düşmesi şeklinde tanımlanan bir nöbet tipidir. Bu düşmelere sebep olduğu için düşme atağı olarak da bilinir (32). Bu nöbet tipi 5 saniyeden daha az sürer ve bunu minimum postiktal bir bulanıklık takip eder (43). Bu tip nöbetler genel olarak Lennox-Gastaut sendromu tarzı semptomatik jeneralize epilepsilerde görülür (33).

2.6.3. Sınıflandırılmayan Epilepsi Nöbetleri

Herhangi bir sınıfa dahil etmek için yeterli bilgi sağlanamayan nöbetler bu gruba dahil olmaktadır (44). Bu grupta klinik bulguları, biyokimyasal anormallikleri ve hastanın hikayesi diğer nöbet tiplerine uymaz (39).

2.7. Epilepside Tanı Yöntemleri

Geçirilen herhangi tek bir nöbette epilepsi tanısı konulmamakla birlikte, klinik tanılamada iki veya daha fazla kışkırtan bir faktör olmaksızın nöbet olması epilepsi tanısı şartını sağlar. Bazı şartlarda nöbet akut semptomatik görülebilir. Örnek verecek olursak bunlar kafa travması, hipoglisemi ve genellikle alkol alma gibi beyin fonksiyonlarını etkileyen aniden ve geçici bir bozukluk meydana geldiğinde ortaya çıkar. Provoke edilmiş bu nöbetler epilepsi olarak açıklanamaz ve antiepileptik bir tedaviye gereksinim duyulmaz (45).

Epilepside tanıyı koymak için öncelikle hasta ve ailesinden detaylı bir şekilde hastalık öyküsü ve bilgi alınması gerekmektedir. Özellikle epileptik nöbetin, öncesi, sırası

ve sonrasında detaylı bilgi alınmalıdır. Şartlar uygun ise de nöbetin video kaydına alınması hususunda hastanın yakınları ile işbirliği içinde hareket edilmelidir (22). Nörolojik değerlendirmenin yanı sıra epilepsi tanısı koymada görüntüleme yöntemleri de önemli bir konumdadır. Nöbetle başvuran hastaların çoğuna görüntüleme işlemleri uygulanmaktadır. Bunlar; Manyetik Rezonans (MR), Bilgisayarlı Tomografi (BT), Elektroensefalografi (EEG), Tek Foton Emisyon Tomografi (SPECT), Pozitron Emisyon Tomografi (PET), Direkt Kraniyografi tanılamada kullanılan görüntüleme yöntemleridir. Bunlara ek olarak ise laboratuvar incelemelerinde plazma elektrolitleri, kalsiyum düzeyi ve kan glukozuna bakılması gerekmektedir (46). Epilepsi tanısında kullanılan görüntüleme yöntemleri aşağıda başlıklar halinde açıklanmıştır.

Elektroensefalografi (EEG): İlk nöbetle gelen hastaya rutin EEG en gerekli testtir. Fakat normal bir EEG'nin epilepsi olmamayı kanıtlamadığı gibi her EEG anomalisi de epilepsiye kanıtlamaz. Tipik epilepsi anomalisi ilk yapılan EEG'de %50 oranında doğrulanırken tekrarı yapılan EEG'lerde bu oran artarak %80-90'ı görmektedir (2).

Rutin EEG testi ile hastanın epilepsi tanısı, türü ve anomali varsa bulunduğu yer hakkında bilgi sahibi olmamızı sağladığı için önemlidir (47).

Video-EEG'de ise EEG ile aynı anda videoya almayı içerir. Epilepsiye kesin tanı koymak ve de nöbetin tipi hakkında son derece önemli bilgiler verir. Bu inceleme sık nöbet geçirilen durumlarda anlamlı sonuçlar verir (48).

Bilgisayarlı Tomografi (BT): BT, bazı temel beyin lezyonlarını tespit eder, fakat hippokampal skleroz ve kortikal gelişim malformasyonları gibi çoğu ufak lezyonu gözden geçirir. Bu nedenle BT'nin normal çıkması mevcut durum hakkında bize yeterli bilgi sağlamaz ve güvenilirliği bazı durumlar haricinde düşüktür. BT, nöbete neden olan intraserebral hemoraji, ensefalit, kafa travması ve kraniyal abse gibi akut gelişen olaylarda önemi büyüktür (49).

Manyetik Rezonans (MR): MR yönteminin BT'ye üstünlük sağladığı yerler bulunmaktadır. Bunlar; kemik artefaktlarının olmaması, bu yüzden mezyal temporal lobu ve arka çukurdaki yapıları daha iyi görüntülemesi, rekonstrüksiyonla her planda görüntünün daha iyi basitçe elde edilmesi, radyasyon içermemesi ve çoğu zaman kontrast

madde verilmesine gerek duyulmaması açısından BT'den daha çok tercih edilmektedir (2).

Pozitron Emisyon Tomografi (PET): PET beyinde kan akımını, nörotransmitter tutulumunu, lokal glukoz kullanımını, protein sentezini ve oksijen kullanımını değerlendirmek için başvurulur (50). Epilepside ise interiktal olarak epileptojenik odağın belirlenmesi, azalmış kan akımı ve azalmış glikoz metabolizması ile saptanır ve genelde anomalili görülen bölgeden daha geniş görünmektedir (51). PET epilepsi odağı konusunda genel bir kanı oluşturur ancak spesifik algılanmamalıdır çünkü gerçek patolojik alandan daha geniş görülür. Malignite ve dirençli epilepsilerde endikedir (52).

Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi (SPECT): SPECT, epileptik aktivitenin etki ettiği bölgelerde lokal serebral kan akımı değişikliklerinin ölçülmesini olanaklı kılar. İnteriktal, iktal ve postiktal aşamalarda inceleme yapılabilir. SPECT'in tercih edilmesinin nedeni, pahalı bir yöntem olmaması, yaygın şekilde bulunabilmesi, dinamik iktal durum hakkında bilgi sahibi olmamızı sağlar (49).

2.8. Epilepsi Tedavisi

Epilepside tedavide asıl amaç nöbeti engellemek veya nöbet sıklığını düşürmek ve nöbeti kontrol altına alarak hastanın normal yaşamını idame ettirmesini sağlamaktır. Günümüzde nöbet kontrolü; antiepileptik ilaç kullanımı, vagal sinir stimülasyonu, ketojenik diyet ve de cerrahi tedavi olmak üzere 4 başlık altında şekillenmiştir (22, 53).

2.8.1. Antiepileptik Tedavi

Antiepileptik tedavi demek tedavide kimyasalların kullanılması ile gerçekleşen tedaviyi belirtmektedir. Tarih boyunca dini temsillerle tedavisi yapılmaya uğraşılan epilepsi 19.yüzyılda kullanılmaya başlanan kimyasal madde ile bilimselleşmiştir. 1857 yılında Sir Charles Locock yaptığı bir çalışmada 14 epilepsi hastasına potasyum bromür isimli molekülü vermiştir ve neredeyse tüm hastalarda nöbetlerin durmasında etkisi olduğunu gözlemlemiştir (54). Antiepileptik ilaçlar epilepsiyi meydana getiren etmenlere engel olamaz fakat kullanılmaları nöbet sayısını düşürür ve nöbetleri engelleme özelliği olduğu bilinmektedir (55).

Epilepsinin tedavisinde en fazla antiepileptik ilaç tedavisi tercih edilmektedir. Genellikle yaşam boyu devam eden bir tedavi şeklidir. Bu antiepileptik ilaçlar nöbet

şiddeti, sayısı ve sıklığında bir azalma olmasını sağlayarak tedavi etmektedir (56). Bu ilaçların epilepsiyi tedavi etmekle birlikte bilişsel ve davranışsal bir aksaklık görülmeden en az yan etki ile yaşamını idame ettirme ve yaşam kalitesini bozmadan nöbetlerin kontrolünü sağlayabilmesi önemlidir. Antiepileptik ilaçları seçerken güvenilir, nöbet türüne özgü olan, başlangıç ve sürdürülebilir dozları bilinen, diğer antiepileptiklerle etkileşimi bilinen ve daha az laboratuvar tetkiklerine gereksinim duyan ilaçların seçimi tedavide başarıyı sağlayacak etmenlerdendir. (57).

Yeni kuşak antiepileptik ilaçların etki açısından eski kuşak antiepileptik ilaçlara kıyasla bir üstünlüğü olduğu kanıtlanamamıştır fakat yapı bakımından yeni kuşak antiepileptik ilaçların daha az enzim indüksiyonuna sebep olması, daha az ilaç etkileşiminin bulunması ve daha az yan etkiye sebep olması nedeniyle daha üstün görülmesine neden olur. Antiepileptik tedavi epilepsi hastalığında bu hastalık sürecinin kontrolünün sadece bir kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenle hastaların sosyal sorunları, ruhsal durumları ve de eğitimi son derece önemsenmesi gereken konulardır (58).

2.8.2. Cerrahi Tedavi

Piyasada kullanılan antiepileptik ilaçlarla hastaların %70-80 kadarında nöbetleri kesmekte veya kontrol altına aldığı belirtilmektedir. Dirençli epilepsi kavramı ise hastanın nöbet türüne özgü ilaç yeterli dozda ve sürede kullanıldığı halde nöbetlerin devam etmesi olarak tanımlanır (59). Epilepsi ilaç tedavisi ile kontrol altına alınamadığında hasta profiline uygun ise cerrahi tedavi alternatif yoldur (60). Cerrahi tedavinin amacı nöbetleri ortadan kaldırmak olduğu için rezektif cerrahi uygulaması kullanılmaktadır (2). Ameliyat sonrası dönemde hastalara birinci, üçüncü, altıncı ve on ikinci ayda sonrasında ise 5 sene boyunca senede bir olmak üzere epilepsi polikliniğinde izlenmesi gerekmektedir. Ameliyat sonrası dönemde ilaç kesimi konusunda farklı fikirler mevcuttur. Fakat genel fikir cerrahi sonrası dönemde hastaların iki yıl ilaç ve dozu aynı şekilde devam etmesi ve eğer daha sonra nöbet görülmez ise ilaçların aşama aşama azaltılarak kesilmesidir (61,62). Palyatif cerrahide ise nöbetin şiddeti ve sıklığını azaltmak amaçlanır ve epileptojenik alanın bilateral ve yaygın olduğu tedavi edici cerrahi operasyonun yapılamadığı hastalara uygulanır (63,64).

2.8.3. Vagal Sinir Stimülasyonu

Dirençli epilepsi hastalarında vagal sinir uyarımı kullanılan diğer bir tedavi yöntemidir. Vagal sinir uyarımının etki mekanizması hakkında kesin bir veri olmamakla birlikte çalışmalarda seruleus odağından epinefrin üretimini arttırarak nöbet eşiğini yükselttiği bilinmektedir. 1997 yılında onaylanmış bir yöntemdir ve nöbet sıklığını azalttığı bildirilmiştir. En sık yan etkileri ise seste kısılma, boğazda kasılma ve boğaz ağrısıdır (65).

2.8.4. Ketojenik Diyet

2.8.4.1. Klasik Ketojenik Diyet

Klasik ketojenik diyet sınırlı sıvı ve kalori içeren, yüksek yağlı düşük protein ve karbonhidrat içeren bir diyet şeklidir. Diyet, yağları birincil enerji kaynağı olarak kullanıp metabolizmayı değişikliğe uğratarak insandaki açlık durumunu taklit eder ve bu sayede kanda keton cisimcikleri artar ve beyin keton cisimciklerini öncelikli enerji kaynağı olarak kullanır (66). Bu olaydan dolayı epileptik nöbetler azalmakta olduğu gözlenmiştir. Fakat ana enerji kaynağı olarak yağlar kullanıldığı için yağ metabolizmasında sorun olan hastalarda sorunlar çıkabilmektedir. Bundan dolayı ketojenik diyet tedavisine başlamadan önce yağ asidi transport ve oksidasyon bozukluğu olup olmadığı araştırılmalıdır (67). Klasik ketojenik diyeti uygulaması ve sürdürmesi zordur. Bunun için 1971 yılında ketojenik diyetin orta zincirli yağ asitleri ile bir versiyonu olan orta zincirli trigliseritler (MCT) diyeti piyasaya sunulmuştur (68).

2.8.4.2. Orta Zincirli Trigliseritler Diyeti (MCT)

Klasik ketojenik diyet gibidir, fakat burada yağın %30-60 kadarı orta zincirli trigliseritlerden sağlanır. Uzun zincirli yağ asitlerinden daha yüksek ketoz üretilir ve klasik ketojenik diyete göre daha fazla karbonhidrat içerir, daha çeşitli besinler bulunur fakat bu diyet gastrointestinal semptomlara yol açabilir (68).

2.8.4.3. Modifiye Ketojenik Diyet (Atkins Diyeti)

Karbonhidrat alımı günde 10-30 gram ile sınırlandırılır. Bu kısıtlamanın yanı sıra hasta günden güne değişebilen yemek sıklığına ve miktarına kendi karar verebilir. Yüksek

miktarda yağ alımı sağlanmalıdır. Büyük çocuklar, ergenler ve yetişkinler için uygundur (68).

2.8.5. Ketojenik Diyetin Nöbet Önleme Etkisi

Ketojenik diyetle ilgili çalışmaların çoğu farmako-dirençli epilepsili çocuklara uygulanmıştır. Bunun sonucunda kontrollü olmayan çalışmalardan elde edilen verilerde çocukların %33-56'sında nöbetlerinde %50'den fazla azalma sağladığı ve %16'luk kısmında ise tamamen nöbetsiz bir yaşam sürdüğünü göstermiştir (68). Yine ek olarak yakın zamanda yapılan bir Cochrane çalışmasında çocukların en az %38'inin nöbetlerinde %50'den fazla azalma sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır (69).

Nöbetleri azaltmanın yanı sıra yapılan bir çalışmada ketojenik diyet uygulanan çocuklarda daha kısa ve daha güçsüz nöbetler, dikkat artışı, gelişmiş uyku kalitesi ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir (70).

2.8.6. Ketojenik Diyetin İstenmeyen Etkileri

Kusma, azaltılmış enerji ve açlık, ishal, kabızlık ve kilo kaybı klasik ketojenik diyet ve modifiye ketojenik diyetle ilk 3 ay boyunca çocuklarda bildirilen en yaygın yan etkilerdir (69,71).

Çoğu yetişkin için ise modifiye edilmiş ketojenik diyeti iyi tolere ettiği fakat kolesterol, kabızlık ve kilo kaybında hafif bir artış olduğu söylenmiştir (72). Nadir olarak ise akut pankreatit, böbrek taşı, sepsis, safra taşı, pnömoni, yağlı karaciğer, hiperamonyemik ensefalopati ve asidoz görüldüğü söylenmiştir (69). Hem yetişkinlerde hem çocuklarda istenmeyen ve uzun süren yan etkiler hakkında sınırlı bilgi vardır. Böbrek taşı insidansındaki artışın sebebi ise diyetin bir parçası olan sıvı kısıtlanmasından kaynaklandığı düşünülebilir (73).

2.9. Öz Yönetim Kavramı

Öz yönetimin standart bir tanımı yoktur. Öz yönetim genel olarak kronik bir hastalık durumunda bu süreçteki semptomları, fiziksel ve psikososyal sorunları, tedaviyi ve yaşam tarzı değişikliğini yönetebilme yeteneği olarak tanımlanabilir. Etkili bir öz yönetim kendi durumunu görme ve doyum sağlayan kaliteli bir yaşam sürdürmek için

gerekli duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkileri gerçekleştirme olayını içerir. Bu sayede sürekli ve dinamik bir öz denetim süreci kurulmuş olur (74).

Öz yönetim hayatın erken aşamalarında sağlıklı olmak için bir standart meydana getirerek hastalığın hafifletilmesi ve daha sonraki aşamalar için strateji geliştirmeyi sağlayan bir olgudur (75).

2.10. Epilepsi ve Öz Yönetim

Epilepsili hastalarda öz yönetim bireyi nöbet kontrolüne özendirmek ve refahı yükseltmek için bireyin uygulayabileceği şekilde uyarlanabilir sağlık aktiviteleri ve davranışlarını ifade eder (5).

Epilepsi hastalığını kontrollü bir şekilde sürdürebilmek için öz yönetim davranışları geliştirip bununla yaşamı hastalığa uygun şekilde sürdürmek önemlidir. Bu öz yönetim davranışları uykusuzluk, gürültü gibi nöbeti tetikleyen fiziksel çevrenin düzeltilmesi, antiepileptik ilaçların saati saatine alınması ve nöbet anında yaralanmamak için gerekli tedbirlerin alınması gibi konuları içerir (76).

Hasta eğitimi epilepsi öz yönetiminde anahtar noktadır (8). Klasik bir hasta eğitimi sayesinde hem tıbbi maliyet azalır hem de başarılı bir tedavi sağlanmış olur. Sağlık bakım profesyoneli ile hasta arasında gelişen uyum ve iletişim davranışları ile sınırlı olan sağlık kaynaklarının kullanılması da azaltılmış olur. Bu sayede hem nöbet kontrolü gelişir hem de iyi bir yaşam kalitesine ulaşılır. Epilepsi tedavisinin ana noktası nöbet kontrolüdür fakat yapılan çalışmalarda öz yönetim davranışlarının tedavi ve bakımda yadsınamaz bir etkisinin olduğu ve bunun çok önemli olduğu belirtilmiştir. Epilepsili insanlarda ilaç tedavisinin yanı sıra yaşam kalitesi, sosyal destek, öz yönetim ve nöbet kontrolü kavramları birbiri ile hep uyum gerektiren ve etkileşim içeren kavramlardır (77).

Sonuçta epilepsi hastalarının yaşam boyunca hastalığa uyumu için hastaların sosyal yaşamda daha aktif yer alması, epilepsi bilincini toplumda arttırmak için ulusal kampanyaların çoğaltılması ve aşırı korumacı davranışların en aza indirilmesi önem arz etmektedir (3).

2.11. Epilepside Öz Yönetim ve Hemşirelik Bakımı

Yaşam boyunca süren bir hastalık olan epilepsi; her gün düzenli bir şekilde ilaç alma zorunluluğu, tedavi sürecinin uzun olması, ilaçların yan etkileri gibi sebeplerden dolayı bireyi psikososyal olarak olumsuz etkilemektedir. Epilepsili bireyin mesleki ve sosyal yaşantısı, ulaşım ve iş sahibi olma gibi aktiviteleri sınırlanmaktadır. Diğer yandan bu kişilerde ayrımcılık, düşük benlik saygısı, sınırlamalara destek veren aile bireyleri, bağımlılık gibi sosyal tabular vardır. Bu sebeplerden dolayı epilepsili hastalara yaklaşımda sadece fiziksel sorunlar değil aynı zamanda göz ardı edilen psikolojik, davranışsal ve sosyal sorunları da ele almak gerekmektedir (78).

Epilepsili hastalarda hastalık ile yüzleşmede öz yönetim son derece önemlidir. Özellikle yaşlılarda yüzleşme daha uzun süre almaktadır. Öz yönetimde hemşireler hastaları hastalıklarıyla yüzleştirmede yaptığı girişimlerle bu yüzleşme süreleri kısalabilir. Çünkü genelde hastalar hastalığının ne olduğunu hasta ile en çok vakit geçiren hemşireden öğrenirler. Hemşirelik rollerinden olan hasta eğitici rolünü uygulamak için hemşireler daha fazla eğitim programlarına katılmalıdırlar (79). Bu eğitim programlarında şu konular yer almalıdır; ilaç tedavisi, hastalık fizyopatolojisi, nöbetlerin komplikasyonları, nöbet sırasındaki yaralanmalar, antiepileptik ilaçların yan etkileri ve çözümleri, menstrual dönemde nöbet kontrolü, anksiyete yönetimi, nöbetlerin azaltılması, cerrahi prognoz ve tedaviyle ilgili öneriler genel konu başlıklarını oluşturmaktadır (80). Epilepside öz yönetim eğitimine katılan hastalarda hastalıkları dolayısıyla gerçekleşen korku, utanç ve stigma kaygısı azaldığı belirtilmiş ve tedavi memnuniyeti ile tedaviye uyumun arttığı kaliteli bir yaşam dönemine geçtikleri belirlenmiştir (8). Hastanın eğitilmesi ile oluşan pozitif davranış değişiklikleri ve motivasyon ile birlikte ilaç yönetiminden elde edilen başarı da artar (81).

Hemşirelik bakımında amaç; güvenli bir ortam sağlamak, hava yolu açıklığını sağlamak, duygusal destek olmak, ilaçları uygulamak ve uzun süreli bakımda aileye destek olmaktır.

2.11.1. Epilepsi Nöbeti Esnasında Yapılması Gereken Uygulamalar

- ✓ Öncelikle hasta için sessiz sakin bir ortam sağlanmalı,
- ✓ Hasta güvenli bir yere yatırılmalı,

- ✓ Başının altına yumuşak bir materyal koyulmalı,
- ✓ Sert ve sivri eşyalar uzaklaştırılmalı,
- ✓ Hastanın solunum yolu açık kalacak biçimde sekresyonlarının akması için yan çevrilmeli,
- ✓ Elbise ve sıkan eşyaların gevşetilmesi eğer gözlük varsa çıkartılmalı,
- ✓ Nöbet anında; gözlerin pozisyonu, nöbetin süresi, kasılmanın şekli ve derinin rengi dahil olmak üzere tüm vücutta nöbetin etkileri gözlenerek not edilmelidir.
- ✓ Nöbet süresi 10 dakikayı geçerse ya da kısa bir süre sonra tekrar ederse en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (14).

2.11.2. Epilepsi Nöbeti Sırasında Yapılmaması Gereken Uygulamalar

- Hastayı yalnız bırakmak,
- Hastanın hareketlerini kısıtlamaya veya durdurmaya çalışmak,
- Masaj yapmak,
- Hastanın dilini ısırması için elle veya bir cisimle çeneyi zorlayarak açmaya çalışmak,
- Nöbet anında ağızdan yemek ya da ilaç gibi maddeler vermek,
- Kendine gelsin diye üzerine su dökmek,
- Hastayı sarsarak, vurarak veya herhangi bir şey koklatarak uyanmasına uğraşmak,
- Nefes alması için zorlamak ve kalp masajı yapmaya kalkışmak (14).

2.11.3. Epilepsili Hastalarda Öncelikli Hemşirelik Tanıları

- ❖ Kendisine ve çevresine zarar verme riski
- ❖ Aspirasyon riski
- ❖ Travma riski
- ❖ Hava yolları açıklığında yetersizlik
- ❖ Konstipasyon riski
- ❖ Anksiyete/Korku

2.12. Epilepsi ve Sosyal Boyutu

Epilepsi; düzenli ilaç kullanımına, akut tıbbi durumlara, fiziksel değişikliklere ve düzenli doktor kontrollerine her an hazır olmayı gerektiren ve yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkileyen kronik bir hastalıktır. Epilepsideki belirsizlik durumu hastaların günlük hayatta birçok sorunlar yaşamasına sebebiyet vermektedir. Bu sosyal sorunlar etyolojiye, nöbet süresine, yaşa, nöbet tipi, şiddeti ve sıklığına, kullanılan ilaçlara ve kişinin psikolojisi ile doğrudan bağlantılıdır. Toplumun negatif bir tutum ve davranış sergilemesi, yeterli bir desteğin olmaması bu sorunlara neden olan diğer faktörlerdir (82,14).

Sosyal yaşamın en etkin parçalarından olan ve bu yaşamın kalitesini etkileyen en önemli etmenlerden birisi iş hayatıdır. Epilepsi hastalarında görülen semptomlardan dolayı iş hayatında bazı meslek grupları riskli gruptadır. Örneğin araba kullanımına ihtiyaç duyulan meslek grupları, yüksek yerlerde çalışma gerektiren meslek grupları nöbetler kontrol altına alınmadığı takdirde yapılmaması gereken meslek gruplarıdır (29,83). Bu da akabinde işsiz kalma sorununu ortaya çıkarmaktadır. Yapılan çalışmada epilepsili olan bireylerde, olmayanlara oranla iki kat daha fazla işsizlik olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak da hastalığın semptomlarının bireyin performansını olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (84).

Adölesan epilepsili bireylerde gelecek kaygısı ve kariyerinin sekteye uğrayacağı düşüncesi hastanın kendisini kısıtlamasına ve hayatın erken aşamalarında epilepsinin klinik etkisinin yanı sıra yoğun ön yargılarla da baş etmek zorunda kalmasına neden olmaktadır (85).

Epilepsili kişilerde sosyal hayatın bir parçası olan evlilik durumunda ise evli bireylerin genelde eşlerinden büyük oranda destek gördükleri için evlenmemiş kişilere göre psikososyal olarak daha avantajlılardır. Bu destek, tedaviye uyumda artmaya ve sağlık davranışlarında daha bilinçli olmaya aynı zamanda risk faktörlerinde azalmaya yol açar (86).

Gebe epilepsili bireylerde ise hastalığın seyri olarak nöbet sıklığı genellikle aynıdır ancak %14 ile %32 arasında artma olabileceği bilinmektedir (87). Gebelikten önce son 9-12 ay nöbet görülmeyen hastalarda gebelikte nöbet oranları daha da düşüktür (88). Gebelikte status epileptikus görülme sıklığı %0,6 ile %2,1 aralığındadır (89). Epilepsili gebe kadınlara gebelik boyunca ilacını düzenli kullanması gerektiği

açıklanmalıdır çünkü eğer ilaç kesilirse annede nöbet ortaya çıkabilir ve bu status epileptikus oranını artırır. Bu durum bebeği ve annesini olumsuz yönde etkiler (90).

Ülkemizde epilepsi hastaları askerlik yapmamaktadırlar. Askerlik yaşı geldiğinde hasta başvuru yapar ve hastalığını askeri hastaneye bildirir. Hastaneye yatırılır, ilacı kesilir ve nöbet geçirme durumu gözlenir. Ama ilaç kesildiği için tedaviyi sekteye uğratır ve olumsuz etkiler (91).

2.13. Epilepsili Bireylerde Yaşam Biçimi ve Güvenlik

Epilepsili bireyler günlük yaşantılarını güvenliğini riske atmayacak şekilde ve aşırı kısıtlamalara maruz kalmadan yaşamlarını idame ettirebilirler. Güvenlikleri için alınacak basit önlemler vardır. Bunlar; tek başına yüzmek, dağcılık gibi sporları yapmamak, suyun sıcaklığını iyi ayarlamak, evde tek iken banyo yapmamak, banyo yaparken kapıyı kilitlememek, küvet yerine duşta banyo yapmak uygulanabilecek basit güvenlik önlemleridir. Nöbet oluşmasına zemin hazırlayan aşırı alkol, stres, gürültü ve uykusuzluk gibi durumları da göz ardı etmemelidir. Hastalar böyle basit önlemler alarak çok kısıtlanmadan, güvenliğini de aksatmadan aşırı koruyucu ve kollayıcı olmadan da hayatını sürdürebilir. Fazla koruyucu ve kollayıcı olmak bireylerin özgüvenlerini zedeler ve başka insanlara bağımlı halde hissetmelerine ve yaşamalarına sebebiyet verir (92).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırma Adana Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde, epilepsi tanısı alan hastaların öz yönetimini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer

Araştırma Eylül-Kasım/2019 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde yapılmıştır. Nöroloji Polikliniğinde hizmet veren iki tane uzman hekim ve bir hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini veri toplama tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Polikliniğe başvuran 480 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın evrenini polikliniğe başvuran tüm epilepsi hastaları oluşturmuştur.

Bu veriler esas alınarak evreni belli örneklem hesabına göre GPower 3.1 programı kullanılarak; $p= 0,1$ olasılık, $q= 0,9$, $t= 1,96$, $d= 0,05$, $n=107,5378$ olarak örneklem hesabı yapılmıştır. %80 güç ve %5 hata payı ile yapılan örneklem hesaplamasında 110 hasta örneklem grubunu oluşturmuştur.

Dışlama kriterleri:

- 1 yıldan daha az epilepsi tanısı almış olmak
- 18 yaşından küçük olmak
- Mental retardasyon gibi düşünce sürecini etkileyecek rahatsızlığı bulunmak
- İletişim problemleri olmak
- Araştırmayı katılmayı kabul etmemek.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; Epilepsi Öz Yönetim Ölçeğini ve İlaç Yönetimi, Bilgi Yönetimi, Güvenlik Yönetimi, Nöbet Yönetimi, Yaşam Tarzı Yönetimi alt boyutlarını içermektedir.

Bağımsız değişkenler; hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durumu, hastaneye önceden yatış durumu, ailede epilepsi varlığı, epilepsi tanı süresi, son 1 yıl nöbet sıklığı, en son nöbet zamanı, hastalığa uyum sağlama durumu, nöbet habercisini hissetme durumu, eşlik eden kronik hastalıkları, epilepsi nöbeti eğitimi alma gibi durumları içermektedir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplanmadan önce araştırmacı hastalara kendini tanıtmış, araştırmanın neden yapıldığı ve içeriği ile ilgili bilgileri açıklamıştır. Formların doldurulması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması için Hasta Tanılama Formu ve Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği (EÖYÖ) kullanılmıştır.

3.6.1 Hasta Tanılama Formu

Araştırmacının literatür doğrultusunda hazırladığı Hasta Tanılama Formunda hastaların tanıtıcı özelliklerini sorgulayan toplam 14 soru bulunmaktadır.

Hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum) toplam 5 sorudan oluşmaktadır.

Hastaların hastalığına yönelik özellikleri sorgulayan bölümde ise; önceden hastanede yatma durumu, ailede epilepsi varlığı, epilepsi tanısı alma zamanı, son bir yıldaki nöbet sıklığı, en son ne zaman nöbet geçirdiği, hastalığa uyum sağlama durumu, nöbet habercisini hissetme durumu, eşlik eden kronik hastalık varlığı ve epilepsi nöbeti ile ilgili eğitim alıp almadığını içeren toplam 9 soru yer almaktadır.

3.6.2 Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği

Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği (EÖYÖ) 2004 yılında Dilorio ve ark. tarafından geliştirilmiş olup ve Tülek ve Yeni (2014) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin orijinal formu 38 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı, yanıtları 5'li likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 1-5 arasında puanlandırılmaktadır.

Ölçekten alınabilecek minimum puan 38, maksimum puan 190 olup, yüksek puan hastaların öz yönetim davranışlarını sıklıkla kullandığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Yeni'den gerekli izinler alınmıştır. Ölçeğin Türkçe dilindeki geçerlik ve güvenirlik çalışması sonuçlarına göre, ölçeğin cronbach alfa değeri kapsam içerik geçerliği 0,95 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0.752 bulunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Verilerin analizinde “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” testleri kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için ise Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular Çukurova Üniversitesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliğinde çalışmaya katılmayı kabul eden epilepsi hastalarını içermektedir. Bu nedenle sonuçlar genellenemez.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.06.2019 tarihli 89/84 sayılı kararı ile etik kurul izni, 19.07.2019 tarih 102403 sayılı kararı ile Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Epilepsili Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Bu tabloda araştırma kriterlerine uyan 110 epilepsili bireyin demografik (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, önceden hastane öyküsü ve epilepsi genetiği) özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu değerler Tablo 1’de gösterilmektedir. Tablo 1 değerlendirildiğinde 38 hastanın (%34,5) 25 ve altı yaş sınıfında olduğu ve hastaların yaş ortalamasının $34,52 \pm 13,49$ (yıl) olduğu tespit edilmiştir. 57 hastanın (%51,8) kadın, 41 hastanın (%37,3) ilköğretim mezunu olduğu, 88 hastanın (%80,0) çalışmadığı, 60 hastanın (%54,5) bekar olduğu, 55 hastanın (%50,0) daha önce hastane yatışı olduğu ve 20 hastanın (%18,2) ailesinde epilepsi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Epilepsili Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Değişken (N=110)	n	%
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 34,52 \pm 13,49$ (yıl)]		
25 ve altı	38	34,5
26-35	27	24,5
36-45	21	19,2
46-55	12	10,9
55 üzeri	12	10,9
Cinsiyet		
Erkek	53	48,2
Kadın	57	51,8
Eğitim düzeyi		
İlköğretim	41	37,3
Lise	38	34,5
Üniversite	31	28,2
Çalışma durumu		
Çalışıyor	22	20,0
Çalışmıyor	88	80,0
Medeni durum		
Evli	50	45,5
Bekar	60	54,5
Hastaneye önceden yatış		
Evet	55	50,0
Hayır	55	50,0
Ailede epilepsi varlığı		
Var	20	18,2
Yok	90	81,8

4.2. Epilepsili Bireylerin Hastalıkla İlgili Özellikleri

Tablo 2’de araştırmaya dahil edilen 110 epilepsi hastasının hastalık (tanı süresi, son 1 yıl nöbet sıklığı, en son nöbet zamanı, hastalığa uyumu, nöbet habercisini hissetme durumu, kronik hastalığı ve nöbet eğitimi) özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Tablo 2 değerlendirildiğinde 40 hastanın (%36,4) 15 yıl üzeri epilepsi tanı süresi olduğu ve hastaların epilepsi hastalık süresi ortalamasının $14,31 \pm 11,71$ (yıl) olduğu tespit edilmiştir. 36 hastanın (%32,7) son bir yılda nöbet geçirmediği, 69 hastanın (%62,7) en son nöbetini 1 yıldan az sürede geçirdiği ve 64 hastanın (%58,2) hastalığına uyum sağladığı belirlenmiştir. 49 hastanın (%44,5) nöbet habercisini hissettiği, 84 hastanın (%76,4) eşlik eden kronik hastalığının olmadığı ve 17 hastanın (%15,5) epilepsi nöbeti eğitimi aldığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Epilepsili Bireylerin Hastalıkla İlgili Özellikleri

Değişken (N=110)	n	%
Epilepsi tanı (yıl) [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 14,31 \pm 11,71$ (yıl)]		
5 ve altı	31	28,2
6-10	22	20,0
11-15	17	15,4
15 üzeri	40	36,4
Son bir yıl nöbet sıklığı		
Nöbet geçirmemiş	36	32,7
Ayda bir nöbetten az	21	19,1
Ayda bir nöbetten fazla	33	30,0
Diğer	20	18,2
En son nöbet zamanı		
1 yıldan az	69	62,7
1-5 yıl	31	28,2
5 yıldan fazla	10	9,1
Hastalığa uyum sağladığını ifade etmesi		
Evet	64	58,2
Hayır	19	17,3
Kısmen	27	24,5
Nöbet habercisini hissetme		
Evet	49	44,5
Hayır	40	36,4
Bazen	21	19,1
Eşlik eden kronik hastalık		
Evet	26	23,6
Hayır	84	76,4
Epilepsi nöbeti eğitimi alma		
Evet	17	15,5
Hayır	93	84,5

4.3. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeğine İlişkin Puanlar

Epilepsi öz yönetim ölçeği uygulanan hastaların toplam puan ortalaması ve alt boyutlarının puan ortalaması ve diğer bulguları Tablo 3’da gösterilmiştir.

Tablo 3. Ölçeğe İlişkin Alt Boyut Bulgularının Dağılımı

Ölçek	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min-Max
İlaç yönetimi	44,93	5,52	46,0	21,0-50,0
Bilgi yönetimi	20,45	6,46	20,0	8,0-35,0
Güvenlik yönetimi	31,98	5,52	33,0	18,0-40,0
Nöbet yönetimi	24,78	4,51	26,0	8,0-30,0
Yaşam tarzı yönetimi	20,28	5,03	20,0	9,0-30,0
EÖYÖ-Toplam	142,43	16,05	145,0	89,0-177,0

4.4. Epilepsili Bireylerin Bazı Özelliklerine Göre Öz Yönetim Puanları

Bu tabloda araştırma kapsamına alınan 110 bireyin sosyodemografik özellikleri ile öz yönetim puanları karşılaştırmasına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Bu bilgiler Tablo 3’de gösterilmiştir. Hastaların yaş sınıflarına göre EÖYÖ nöbet yönetimi puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,187$; $p=0,025$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 26-35 yaş grubunda olanlar ile 36-45, 46-55 ve 55 yaş üzerinde olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 26-35 yaş grubunda olanların nöbet yönetimi puan ortalamaları, 36-45, 46-55 ve 55 yaş grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların cinsiyetlerine göre EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=-2,773$; $p=0,007$). Kadınların yaşam tarzı yönetimi puan ortalamaları, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre EÖYÖ bilgi yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,874$; $p=0,024$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği

dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; lise mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lisans mezunu olanların bilgi yönetimi puan ortalamaları, lise mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6,400$; $p=0,041$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul ve lise mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İlkokul ve lise mezunu olanların güvenlik yönetimi puan ortalamaları, lisans mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,486$; $p=0,034$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lisans mezunu olanların yaşam tarzı yönetimi puan ortalamaları, ilkokul mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların çalışma durumlarına göre EÖYÖ ilaç yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,398$; $p=0,016$). Çalışmayanların ilaç yönetimi puan ortalamaları, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların çalışma durumlarına göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,457$; $p=0,014$). Çalışmayanların güvenlik yönetimi puan ortalamaları, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=110)	n	İlaç yönetimi		Bilgi yönetimi		Güvenlik yönetimi		Nöbet yönetimi		Yaşam tarzı yönetimi		EÖYÖ-Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Yaş													
≤25 ⁽¹⁾	38	45,05±5,64	47,0 [7,5]	19,97±6,35	20,0 [11,5]	31,08±5,74	32,0 [9,3]	25,50±4,47	25,5 [6,0]	20,66±5,03	21,5 [6,5]	142,26±18,13	144,0 [28,3]
26-35 ⁽²⁾	27	44,85±4,89	46,0 [4,0]	21,93±6,57	21,0 [9,0]	32,56±5,05	34,0 [8,0]	26,44±2,90	26,0 [5,0]	20,52±4,99	21,0 [7,0]	146,30±14,32	147,0 [23,0]
36-45 ⁽³⁾	21	44,81±6,01	46,0 [5,0]	22,10±5,51	22,0 [10,5]	32,38±4,33	34,0 [6,0]	23,52±5,05	25,0 [4,5]	19,62±5,13	19,0 [9,5]	142,43±12,02	145,0 [16,0]
46-55 ⁽⁴⁾	12	43,17±6,66	45,0 [8,8]	18,42±5,15	18,0 [7,0]	30,50±7,66	30,0 [9,3]	22,67±5,68	23,0 [4,8]	20,42±5,53	21,5 [9,5]	135,17±19,48	138,5 [22,5]
>55 ⁽⁵⁾	12	46,75±4,61	48,5 [5,0]	17,83±8,45	16,0 [15,0]	34,33±5,05	35,0 [8,3]	23,08±4,06	23,5 [6,3]	19,58±5,12	19,0 [9,0]	141,58±15,04	142,0 [30,5]
Analiz*		$\chi^2=4,653$		F=1,563		$\chi^2=3,678$		$\chi^2=11,187$		F=0,213		F=1,015	
Olasılık		p=0,325		p=0,190		p=0,451		p=0,025		p=0,931		p=0,403	
Fark								[2-3,4,5]					
Cinsiyet													
Erkek	53	45,13±4,84	46,0 [6,0]	20,09±6,76	20,0 [10,0]	31,41±6,19	32,0 [8,5]	24,30±4,64	25,0 [6,0]	18,94±5,28	18,0 [9,0]	139,87±17,96	142,0 [24,5]
Kadın	57	44,75±6,12	46,0 [4,0]	20,79±6,22	20,0 [11,5]	32,51±4,81	33,0 [8,0]	25,23±4,38	26,0 [5,5]	21,52±4,48	22,0 [7,0]	144,81±13,79	146,0 [22,0]
Analiz		Z=-0,057		Z=-0,564		Z=-0,584		Z=-1,215		t=-2,773		t=-1,618	
Olasılık		p=0,954		p=0,573		p=0,553		p=0,224		p=0,007		p=0,109	
Eğitim													
İlkokul ⁽¹⁾	41	45,46±5,40	47,0 [6,0]	20,54±6,27	20,0 [10,0]	33,05±5,11	34,0 [7,0]	24,88±3,59	25,0 [4,0]	19,49±4,40	19,0 [6,0]	143,42±12,60	145,0 [20,0]
Lise ⁽²⁾	38	44,05±6,43	46,0 [6,3]	18,50±6,20	17,5 [7,0]	32,74±5,14	33,5 [8,0]	24,21±5,94	26,0 [7,0]	20,01±5,95	20,0 [9,5]	139,02±20,12	144,0 [27,5]
Lisans ⁽³⁾	31	45,32±4,40	46,0 [5,0]	22,74±6,45	22,0 [9,0]	29,65±5,93	29,0 [9,0]	25,35±3,54	26,0 [5,0]	22,26±4,26	23,0 [8,0]	145,32±14,16	146,0 [25,0]
Analiz		$\chi^2=1,525$		F=3,874		$\chi^2=6,400$		$\chi^2=0,274$		F=3,486		F=1,446	
Olasılık		p=0,467		p=0,024		p=0,041		p=0,872		p=0,034		p=0,240	
Fark				[2-3]		[1,2-3]				[1-3]			
Çalışma													
Çalışıyor	22	42,91±5,78	44,5 [6,3]	21,91±6,22	21,5 [10,5]	29,23±5,55	28,5 [8,8]	24,68±5,15	26,0 [5,5]	20,00±5,78	19,0 [8,0]	138,73±21,70	145,0 [28,5]
Çalışmıyor	88	45,44±5,37	47,0 [5,8]	20,09±6,51	20,0 [9,5]	32,67±5,31	34,0 [7,8]	24,81±4,37	26,0 [5,0]	20,35±4,86	20,0 [7,0]	143,36±14,32	145,5 [21,0]
Analiz		Z=-2,398		Z=-1,382		Z=-2,457		Z=-0,162		Z=-0,255		t=-1,214	
Olasılık		p=0,016		p=0,167		p=0,014		p=0,872		p=0,799		p=0,227	
Medeni													
Evli	50	45,40±5,82	47,0 [4,0]	21,42±6,96	21,0 [12,0]	32,00±5,25	32,0 [8,3]	25,18±3,57	26,0 [5,0]	20,06±4,56	19,5 [7,0]	144,06±13,23	145,0 [20,5]
Bekar	60	44,55±5,28	46,0 [7,0]	19,65±5,96	19,5 [8,5]	31,97±5,78	34,0 [8,0]	24,45±5,17	26,0 [5,0]	20,47±5,42	21,0 [8,8]	141,08±18,07	145,5 [24,8]
Analiz		Z=-1,166		Z=-1,444		Z=-0,271		Z=-0,172		Z=-0,527		t=0,968	
Olasılık		p=0,244		p=0,149		p=0,787		p=0,863		p=0,598		p=0,335	

*Normal dağılıma sahip verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

4.5. Epilepsili Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Öz Yönetim Puanları

Bu tabloda araştırma kapsamına alınan 110 bireyin hastalık özellikleri ile öz yönetim puanları karşılaştırmasına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Bu bilgiler Tablo 4 ve 5’de gösterilmiştir.

Hastaların epilepsi tanı sürelerine (yıl) göre EÖYÖ toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,149$; $p=0,043$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; tanı süresi 11-15 yıl olanlar ile 15 yıl üzerinde olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Epilepsi tanı süresi 15 yıl üzerinde olanların EÖYÖ toplam puan ortalamaları, 11-15 yıl olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların epilepsi tanı sürelerine (yıl) göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,629$; $p=0,015$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; son bir yılda nöbet geçirmeyenler ile ayda 1’den fazla nöbet geçirenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ayda 1’den fazla nöbet geçirenlerin güvenlik yönetimi puan ortalamaları, son bir yılda nöbet geçirmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 5. Epilepsili Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Puanları

Değişken (N=110)	n	İlaç yönetimi		Bilgi yönetimi		Güvenlik yönetimi		Nöbet yönetimi		Yaşam tarzı yönetimi		EÖYÖ-Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Hastaneye önce yatış													
Evet	55	45,02±5,74	46,0 [6,0]	20,36±6,41	20,0 [10,0]	32,89±5,60	34,0 [8,0]	24,82±4,11	25,0 [5,0]	20,36±5,27	20,0 [9,0]	143,45±16,70	146,0 [19,0]
Hayır	55	44,85±5,35	46,0 [6,0]	20,55±6,57	20,0 [10,0]	31,07±5,32	31,0 [9,0]	24,75±4,92	26,0 [5,0]	20,20±4,82	20,0 [7,0]	141,42±15,46	141,0 [25,0]
Analiz Olasılık		Z=-0,307 p=0,759		Z=-0,018 p=0,986		Z=-1,909 p=0,056		Z=-0,439 p=0,661		t=0,170 p=0,865		t=0,443 p=0,508	
Ailede epilepsi													
Var	20	44,10±8,08	46,5 [6,8]	21,85±6,46	21,5 [12,5]	31,45±5,82	33,5 [7,8]	24,40±6,14	26,0 [7,3]	19,70±5,20	20,5 [7,5]	141,50±22,92	143,5 [30,5]
Yok	90	45,12±4,82	46,0 [6,0]	20,14±6,46	20,0 [8,3]	32,10±5,48	33,0 [8,0]	24,87±4,10	25,5 [5,0]	20,41±5,01	20,0 [7,3]	142,64±14,26	145,0 [20,3]
Analiz Olasılık		Z=-0,464 p=0,643		Z=-0,947 p=0,343		Z=-0,284 p=0,777		Z=-0,549 p=0,583		Z=-0,346 p=0,730		Z=-0,492 p=0,622	
Tanı (yıl)													
5 ve altı	31	44,19±6,33	46,0 [5,0]	21,19±6,72	21,0 [12,0]	31,90±6,08	34,0 [9,0]	25,45±3,77	26,0 [6,0]	20,74±4,72	21,0 [8,0]	143,48±15,40	146,0 [14,0]
6-10	22	44,95±5,79	46,5 [6,5]	19,81±6,63	18,0 [12,5]	31,82±5,23	32,0 [5,0]	24,82±5,39	25,5 [8,3]	18,86±4,53	18,5 [7,5]	140,27±17,24	140,0 [32,3]
11-15	17	44,59±6,43	46,0 [6,0]	18,53±6,66	18,0 [8,0]	29,59±4,20	29,0 [8,0]	21,88±6,01	23,0 [6,0]	18,76±5,87	18,0 [9,0]	133,35±17,17	133,0 [20,0]
15 üzeri	40	45,65±4,28	46,5 [7,0]	21,05±6,12	20,0 [7,0]	33,15±5,54	35,0 [8,0]	25,48±3,32	26,0 [4,0]	21,35±4,98	21,0 [7,8]	146,68±14,10	148,5 [21,3]
Analiz* Olasılık		$\chi^2=0,983$ p=0,805		F=0,818 p=0,487		$\chi^2=7,385$ p=0,061		$\chi^2=6,112$ p=0,106		F=1,828 p=0,147		$\chi^2=8,149$ p=0,043 [3-4]	
Fark													
Son1 yıl nöbeti													
Yok	36	45,17±4,27	46,0 [5,0]	19,61±5,97	19,0 [6,0]	30,25±5,87	31,0 [9,0]	24,44±5,41	25,5 [6,5]	20,67±5,39	20,5 [8,0]	140,14±17,57	140,5 [23,5]
<1 (ay)	21	44,67±5,56	46,0 [5,5]	20,00±6,51	20,0 [8,5]	32,00±4,83	32,0 [8,5]	24,76±3,06	24,0 [4,0]	20,29±4,97	21,0 [7,5]	141,71±13,41	143,0 [22,0]
>1 (ay)	33	44,61±7,33	47,0 [7,0]	21,24±6,85	21,0 [11,5]	34,36±4,55	35,0 [7,5]	24,61±5,01	26,0 [5,5]	19,09±5,21	19,0 [9,5]	143,91±17,55	147,0 [21,5]
Diğer	20	45,35±4,21	47,0 [6,8]	21,15±6,86	20,5 [10,8]	31,15±5,95	31,5 [8,0]	25,70±3,08	26,0 [5,5]	21,55±3,90	21,0 [6,5]	144,90±13,44	145,5 [23,5]
Analiz Olasılık		$\chi^2=0,917$ p=0,821		F=0,472 p=0,702		F=3,629 p=0,015 [1-3]		$\chi^2=0,821$ p=0,844		F=1,115 p=0,347		F=0,502 p=0,681	
Fark													

*Normal dağılıma sahip verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Hastaların en son nöbet geçirme zamanına göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,973$; $p=0,011$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; en son 1 yıldan az sürede nöbet geçirenler ile en son 5 yıl üzerinde nöbet geçirenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. En son 1 yıldan az sürede nöbet geçirenlerin EÖYÖ güvenlik yönetimi ortalamaları, en son 5 yıl üzerinde nöbet geçirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların hastalığa uyum sağladığını ifade etme durumuna göre EÖYÖ bilgi yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7,159$; $p=0,028$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastalığa uyum sağladığını ifade edenler ile kısmen uyum sağladığını ifade edenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa uyum sağlayanların EÖYÖ bilgi yönetimi puan ortalamaları, kısmen uyum sağlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların hastalığa uyum sağladığını ifade etme durumuna göre EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=13,720$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastalığa uyum sağladığını ifade edenler ile uyum sağlayamayanlar ve kısmen uyum sağlayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa uyum sağlayanların EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puan ortalamaları, hastalığa uyum sağlayamayanların ve kısmen uyum sağlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların hastalığa uyum sağladığını ifade etme durumuna göre EÖYÖ toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=5,785$; $p=0,004$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastalığa uyum sağladığını ifade edenler ile hastalığa uyum sağlayamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa uyum sağladığını ifade edenlerin EÖYÖ toplam puan ortalamaları, hastalığa uyum sağlamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 6. Epilepsili Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Puanları

Değişken (N=110)	n	İlaç yönetimi		Bilgi yönetimi		Güvenlik yönetimi		Nöbet yönetimi		Yaşam tarzı yönetimi		EÖYÖ-Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Son nöbet													
<1 yıl	69	44,86±6,14	6,0 [6,0]	20,75±6,72	20,0 [10,5]	32,96±5,13	34,0 [7,0]	24,88±4,03	26,0 [5,0]	19,97±4,80	20,0 [8,0]	143,42±14,99	146,0 [20,0]
1-5 yıl	31	44,97±4,77	6,0 [6,0]	20,38±6,17	20,0 [10,0]	31,35±5,78	33,0 [9,0]	25,09±5,09	26,0 [7,0]	21,64±5,32	24,0 [9,0]	143,45±18,18	146,0 [22,0]
>5 yıl	10	45,40±2,91	6,5 [6,0]	18,60±5,76	19,5 [5,3]	27,20±4,96	28,0 [7,0]	23,10±5,80	24,0 [6,5]	18,20±5,11	18,0 [5,8]	132,50±14,16	131,0 [14,5]
Analiz		$\chi^2=0,463$		$\chi^2=0,849$		$\chi^2=8,973$		$\chi^2=1,511$		F=2,174		$\chi^2=5,383$	
Olasılık		p=0,793		p=0,654		p=0,011		p=0,470		p=0,119		p=0,068	
Fark		[1-3]											
Uyum													
Evet	64	45,92±4,72	7,0 [4,0]	21,87±6,22	21,0 [11,0]	31,68±5,14	32,0 [7,8]	25,29±3,97	26,0 [5,0]	21,67±4,87	22,0 [8,0]	146,45±13,76	147,0 [21,3]
Hayır	19	42,05±8,03	4,0 [12,0]	18,99±7,69	20,0 [9,0]	33,89±4,82	36,0 [7,0]	22,31±6,37	23,0 [9,0]	17,21±5,14	16,0 [7,0]	133,95±18,11	134,0 [26,0]
Bazen	27	44,63±4,53	6,0 [6,0]	18,48±5,36	19,0 [7,0]	31,33±6,67	32,0 [9,0]	25,29±3,70	26,0 [4,0]	19,15±4,17	18,0 [5,0]	138,89±17,02	140,0 [25,0]
Analiz		$\chi^2=4,460$		$\chi^2=7,159$		$\chi^2=3,129$		$\chi^2=3,922$		$\chi^2=13,720$		F=5,785	
Olasılık		p=0,108		p=0,028		p=0,209		p=0,141		p=0,001		p=0,004	
Fark		[1-3]											
Hissetme													
Evet	49	43,39±6,72	6,0 [6,5]	21,00±6,51	21,0 [11,5]	31,45±5,96	33,0 [8,0]	25,04±4,64	26,0 [6,0]	20,67±5,01	21,0 [7,0]	141,55±17,71	145,0 [25,5]
Hayır	40	46,30±3,54	7,0 [4,8]	19,58±6,68	20,0 [8,0]	31,78±5,07	32,0 [8,8]	24,30±4,52	25,0 [6,0]	19,20±5,01	18,0 [9,8]	141,15±14,13	141,5 [21,5]
Bazen	21	45,95±4,75	7,0 [5,0]	20,85±6,04	20,0 [8,5]	33,62±5,18	34,0 [6,0]	25,09±4,33	26,0 [3,5]	21,42±4,95	22,0 [8,0]	146,95±15,35	150,0 [18,0]
Analiz		$\chi^2=5,529$		F=0,581		$\chi^2=1,915$		$\chi^2=1,497$		F=1,639		$\chi^2=2,446$	
Olasılık		p=0,063		p=0,561		p=0,384		p=0,473		p=0,199		p=0,294	
Kronik hastalık													
Evet	26	46,76±3,31	7,0 [3,3]	21,04±6,98	22,0 [11,3]	33,81±4,85	34,5 [6,0]	25,23±3,59	25,5 [4,3]	19,69±4,52	19,0 [9,3]	146,54±12,07	146,0 [23,5]
Hayır	84	44,37±5,94	6,0 [5,8]	20,27±6,33	20,0 [8,0]	31,41±5,61	32,0 [8,8]	24,64±4,77	26,0 [5,0]	20,46±5,19	20,0 [6,8]	141,17±16,96	144,0 [24,8]
Analiz		Z=-1,904		Z=-0,529		Z=-1,904		Z=-0,251		Z=-0,822		t=1,499	
Olasılık		p=0,057		p=0,597		p=0,057		p=0,802		p=0,411		p=0,137	
Nöbet eğitimi													
Evet	17	45,23±5,31	6,0 [6,0]	22,24±6,45	24,0 [11,0]	32,88±5,49	34,0 [8,0]	24,12±5,38	26,0 [4,0]	20,94±6,11	22,0 [8,0]	145,41±19,66	146,0 [22,5]
Hayır	93	44,88±5,59	6,0 [6,0]	20,13±6,45	20,0 [8,0]	31,82±5,53	33,0 [8,0]	24,90±4,36	26,0 [5,0]	20,16±4,83	20,0 [7,5]	141,89±15,36	145,0 [24,0]
Analiz		Z=-0,054		Z=-1,218		Z=-0,667		Z=-0,262		Z=-0,796		Z=-1,009	
Olasılık		p=0,957		p=0,223		p=0,505		p=0,793		p=0,426		p=0,313	

*Normal dağılıma sahip verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

15. TARTIŞMA

Epilepsi, günümüzde giderek yaygınlaşan ve kronik hastalıklar içerisinde sıklığı artan bir hastalık olarak göze çarpmaktadır. Epilepsi hastalığı hastaları yaşam tarzlarını değiştirecek şekilde etkilemektedir. Epilepsi ile yaşamda hastalar; emosyonel, sosyal, fiziksel, eğitim ve günlük hayat gibi yaşamın birçok alanında birtakım değişiklikler yapmak zorundadırlar. Hastalıklarına uygun olarak yaşamını düzenleyip tedavide ve uyumda öz yönetim davranışlarını benimsemek durumundadırlar. Öz yönetim; travmatik durumları önleyecek güvenlik önlemlerinin alınmasını, hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmalarının sağlanmasını, tedavinin aksatılmadan sürdürülmesini, nöbet kontrolünü ve bütün bunları yaşam tarzı olarak kabul edip yaşamını daha yaşanabilir ve uyumlu bir şekilde sürdürülmesi amaçlamaktadır.

Epilepsili bireylerin öz yönetimlerini değerlendirmek amacıyla yapılmış olan bu çalışmadan elde edilen bulgular, literatürdeki bilgilerle birlikte tartışılmıştır. Çalışmamızda epilepsili bireylerin toplam öz yönetim ölçeği puan ortalamasının $142,43 \pm 16,05$ olduğu, ölçeğin alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında ise en yüksek puan ortalamasının $44,93 \pm 5,52$ ile ilaç yönetimi alt boyutunda, en düşük puan ortalamasının ise $20,28 \pm 5,03$ ile yaşam tarzı yönetimi alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Yeni'nin çalışmasında hastaların toplam öz yönetim puan ortalaması $135,7 \pm 13,8$ olarak bulunmuştur (93). Diğer bir çalışma olan Ünal'ın çalışmasında ise hastaların öz yönetim puan ortalamasının $108,76 \pm 14,61$ olduğu saptanmıştır (94). Çalışmamızda hastaların öz yönetim düzeyleri Yeni ve Ünal'ın araştırmalarından elde ettiği puanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (93,94). Bu durum araştırma yapılan bölgelerin genel entellektüel düzeylerinin ve eğitim durumunun daha yüksek ve hastaların daha bilinçli olduğu şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda 57 hastanın (%51,8) kadındır. Literatürdeki bazı çalışmalar incelendiğinde erkeklerde epilepsinin daha sık olduğu (95-97), bazı kaynaklarda kadınlarda epilepsinin daha sık olduğu (93,98), bazı kaynaklarda ise cinsiyetin anlamlı bir fark oluşturmadığı vurgulanmıştır (99,100). Bu bulgular paralelinde cinsiyetin hastalığın görülmesinde önem arz eden bir etkisinin olmadığını doğrulamaktadır.

Öz yönetimi değerlendirmede önemli bir etmen olan eğitim durumuna bakıldığında çoğunluğun %37,3 (n=41) ile ilköğretim mezunu olduğu, %34,5 (n=38)'u

lise mezunu ve %28,2 (n=31)'sinin üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Bu sonuç bazı araştırmalarda benzer bazı araştırmalarda ise zıttır. Yeni'nin çalışmasında çoğunluğu okuryazar ve ilkokul mezunu olanlar (%47,4) kapsamaktadır (94). Mollaoğlu'nun çalışmasında ise bizim çalışmamıza göre daha yüksek eğitim durumu bulunmuştur (101). Akoluk'un yaptığı çalışmada ise epilepsili hastaların eğitim düzeyinde lise ve üniversite oranı daha yüksektir (102). Polat'ın çalışmasında ise genç grubu etkisi altına alan nörolojik hastalıklarda epilepsiye göre daha yüksek eğitim düzeyi olduğu bulunmuştur (103). Eğitim düzeyinin epilepsili bireylerde düşük olmasının nedeni sık nöbet geçirme ve kullanılan ilaç dozunun sürekli artmasından dolayı bilişsel fonksiyonlarda dalgalanmalar görülmesi ile kişilerin eğitim hayatında zorlanmaları ve uzaklaşmaları ile açıklanabilir. Literatüre baktığımızda epilepsili bireylerde dikkat dağınıklığı, bellek bozulmaları ve bilişsel fonksiyonlarda yavaşlamalar gibi sorunlar görülmesinden dolayı başarıyı olumsuz yönde etkilemesi çalışmamızda bulduğumuz sonuçları doğrulamaktadır (104-106).

Çalışmaya katılan epilepsili hastaların %80 (n=88)'inin çalışmadığı belirlendi. Diğer çalışmalara baktığımızda, Dijibuti ve Shakarishvili'nin yaptığı çalışmada %82,6, Akçalı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %63,3, Mollaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında %89 gibi bir işsizlik oranı olduğu belirlenmiştir (101,107,108). İşsizlik oranı epilepsili bireylerde normal topluma oranla hemen hemen iki ile üç kat arası daha yüksektir ve başka rahatsızlıklarla kıyaslandığında da yine epilepside işsizlik oranı yüksek çıkmıştır (109). Bulgular literatürü desteklemektedir. İşsizlik oranının yüksek çıkmasının nedeni olarak epilepsili hastaların iş istihdamında sorunlar yaşamasına, toplum etiketlenmesinden kaynaklı sosyal izolasyon ve kazaya yakalanma oranının yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmada hastaların ailesinde epilepsi varlığı sorgulandığında %81,8 (n=90)'inin ailesinde epilepsi saptanmamıştır. Yaman ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ailede epilepsi varlığına bakıldığında %83,8 oranında ailesinde epilepsi saptanmamıştır (110). Benson ve arkadaşlarının çalışmasında ise %60,6 oranında ailede epilepsi varlığı bulunmamaktadır (111). Çalışmamızda çıkan sonuç literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada örneklem grubunun tanı süresi ortalaması 14,31 yıl olarak bulunmuştur. Nöbet sıklığı açısından ise %30 (n=33)'ünün ayda bir nöbetten fazla nöbet geçirdiği

görülmüş ve bu bulgunun yapılan diğer çalışmalara göre daha fazla oranda olduğu saptanmıştır (96,112).

Epilepsili bireylerin 26-35 yaş grubunda olanların nöbet yönetimi puan ortalamaları, 36-45, 46-55 ve 55 yaş grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Smithson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 18-30 yaş bireylerin yaşlı hastalara göre daha düşük bir öz yönetim puanına sahip olduğu görülmüştür (113). Başka bir çalışmada ise ölçülen kronik hastalıklar öz yönetim becerilerinde yaş ile puanın ters orantılı olduğu saptanmıştır (114,115). Literatürdeki puan ortalamaları incelendiğinde yaş sınıflarının öz yönetim puanları açısından kesin bir bilgi vermediği ve çalışmadan çalışmaya değiştiği görülmüştür.

Epilepsili bireylerin kadın popülasyonunun yaşam tarzı yönetimi puan ortalamaları, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. McAuley ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise yaşam tarzı yönetimi puanlarına bakıldığında cinsiyetler arası anlamlı fark bulunamamıştır (116). Yaptığımız bu çalışmada kadının yaşam tarzı yönetimi puanının erkek popülasyonuna göre yüksek çıkması kadınların yaşamını epilepsi ile mücadele ederken daha düzenli ve uyumlu bir biçimde sürdürdükleri düşünülebilir.

Çalışmada eğitim düzeylerine göre bilgi yönetimi puan ortalamaları incelendiğinde; lise mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lisans mezunu olanların bilgi yönetimi puan ortalamaları, lise mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Yaşar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise epilepsi hastalarının eğitim süresi arttıkça epilepsi ile ilgili bilgi sorularına yanlış cevap oranı anlamlı düzeyde düştüğü saptanmıştır (117). Çalışmamızda çıkan sonuç literatür ile paralellik göstermektedir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre güvenlik yönetimi puan ortalamalarına bakıldığında; ilkokul ve lise mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Normalde eğitim düzeyi ile güvenlik yönetiminin paralel şekilde hareket etmesi beklenirken zıt yönde bir ilişki olduğu görüldü. İlkokul ve lise mezunu olanların güvenlik yönetimi puanları, lisans mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Epilepsili bireylerin eğitim düzeylerine göre yaşam tarzı yönetimi puan ortalamaları incelendiğinde; ilkokul mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lisans mezunu olanların yaşam tarzı yönetimi puan ortalamaları, ilkokul mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların çalışma durumlarına göre ilaç yönetimi puan ortalamaları incelendiğinde çalışmayan grubun ilaç yönetimi puanları, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum çalışanların yaşam koşuşturmasından dolayı ilaçlarını düzensiz kullandığı ve kontrollerine gerektiği gibi uymadığı şeklinde açıklanabilir.

Hastaların çalışma durumlarına göre güvenlik yönetimi puan ortalamaları incelendiğinde normalde aktif olarak çalışan grubun günlük hayatta ve çalışma hayatında güvenliğine ve güvenli bir ortam sağlamasında daha yüksek puanda olması gerekir fakat çalışmayanların güvenlik yönetimi puanları, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların epilepsi tanı sürelerine (yıl) göre EÖYÖ toplam puan ortalamaları analiz edildiğinde; tanı süresi 11-15 yıl olanlar ile 15 yıl üzerinde olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Epilepsi tanı süresi 15 yıl üzerinde olanların EÖYÖ toplam puanları, 11-15 yıl olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu tanı süresinin uzun olmasının hastalığa uyumu arttırması ve hastaların hastalıkla yaşamayı öğrenmesi olarak açıklanabilir.

Hastaların epilepsi tanı sürelerine (yıl) göre güvenlik yönetimi puan ortalamalarına bakıldığında; son bir yılda nöbet geçirmeyenler ile ayda 1’den fazla nöbet geçirenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ayda 1’den fazla nöbet geçirenlerin güvenlik yönetimi puanları, son bir yılda nöbet geçirmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu aktif olarak nöbet geçiren bireylerin güvenlik durumunun her daim aklının bir köşesinde olduğu ve ona göre önlemler aldığı seyrek nöbet geçiren bireylerin güvenlik önlemlerini ihmal ettiği şeklinde açıklanabilir.

Hastaların en son nöbet geçirme zamanına göre güvenlik yönetimi puan ortalamalarına bakıldığında; en son 1 yıldan az sürede nöbet geçirenler ile en son 5 yıl üzerinde nöbet geçirenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

En son 1 yıldan az sürede nöbet geçirenlerin EÖYÖ güvenlik yönetimi puanları, en son 5 yıl üzerinde nöbet geçirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum nöbetleri daha yakın zamanda olan grubun çevresini ve kendi güvenlik önlemlerini daha aktif şekilde kullandığını seyrek nöbet geçirenlerin ise daha rahat davrandığını göstermektedir.

Bireylerin hastalığa uyum sağlama durumuna göre bilgi yönetimi puan ortalamaları incelendiğinde; hastalığa uyum sağlayanlar ile bazen uyum sağlayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa uyum sağlayanların bilgi yönetimi puan ortalamaları, kısmen uyum sağlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu bize hastalık ve hastalık yönetimi ile ilgili bilgi düzeyi artışının hastalığa uyumu da pozitif yönde etkilediğini göstermektedir.

Bireylerin hastalığa uyum sağlama durumuna göre yaşam tarzı yönetimi puan ortalamaları incelendiğinde; hastalığa uyum sağlayanlar ile uyum sağlayamayanlar ve kısmen uyum sağlayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa uyum sağladığını ifade eden bireylerin yaşam tarzı yönetimi puan ortalamaları, hastalığa uyum sağlayamayanların ve kısmen uyum sağlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu hastalığa uyum sağladığını ifade eden bireylerin yaşam tarzını hastalığa uygun olarak düzenlediği ve hastalıkla yaşamını sürdürmeyi öğrendiği şeklinde açıklanabilir.

Hastaların hastalığa uyum sağlama durumuna göre EÖYÖ toplam puan ortalamaları analiz edildiğinde; hastalığa uyum sağladığını ifade edenler ile hastalığa uyum sağlayamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa uyum sağladığını ifade edenlerin EÖYÖ toplam puan ortalamaları, hastalığa uyum sağlamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca hastaların nöbetlere karşı yaşam tarzını düzenleyip, hastalığa uyumun sağlanmasında yanlış inanışlar, olumsuz tutum ve davranışlar gibi uyumu engelleyecek faktörleri ortadan kaldırdığında uyumun kolaylaştığı birçok kaynakta belirtilmiştir (118-121).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ölçeğin alt boyutları arasındaki puanlar analiz edildiğinde ise en yüksek puan ortalaması ilaç yönetimi grubunda, en düşük puan ortalamasının ise yaşam tarzı yönetimi boyutunda olduğu bulundu.

Epilepsili bireylerde hastalığa uyumlu olduğunu ifade eden bireylerin epilepsi öz yönetim puanı da yüksek birbiri ile paralel olarak öz yönetimi iyi olan bireylerin de hastalığa daha uyumlu olduğunu ifade ettiği görüldü.

Epilepsili hastaların öz yönetim hakkında bildiklerini görmek ve öz yönetimlerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada; yetişkin epilepsi hastalarına uygulanan bu ölçekte epilepsi öz yönetim düzeyleri yüksek bulundu.

Bu sonuçtan elde edilen bilgiler doğrultusunda;

- Epilepsili bireylere ve ailelerine öz yönetim eğitim programları planlanmalı ve düzenli ve kontrollü bir şekilde uygulanmalı,
- Hemşirelerin eğitici rollerinin farkına varmaları sağlanmalı,
- Epilepsi hastalarının öz yönetim davranışlarını belli bir süre içerisinde değerlendirerek öz yönetim davranışlarının sürekliliği sağlanmalı, böylece hastalığa uyumu kolaylaştırılmalı,
- Toplumun daha fazla bilinçlenmesi için de halk sağlığı alanındaki sağlık profesyonellerinin epilepsiye yönelik eğitim programları ve projeleri fazlaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Bora S, Yeni SN, Gürses C.** Epilepsi. (1. Basım), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. **2008**: 707-734.
2. **Öge EA, Baykan B.** Nöroloji. 2. Basım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2011**.
3. **Aydemir N, Jacoby A, Ozkara C.** Predictors of positive and negative attitudes toward their condition in Turkish individuals with epilepsy. *Seizure* **2012**; 21(5):385–90.
4. **Miller WR, Bakas T, Buelow JM.** Problems, needs, and useful strategies in older adults self-managing epilepsy: implications for patient education and future intervention programs. *Epilepsy Behav* **2014**; 31:25–30.
5. **Aliasgharpour M, Dehgahn Nayeri N, Yadegary MA, Haghani H.** Effects of an educational program on self-management in patients with epilepsy. *Seizure* **2013**; 22(1):48–52.
6. **Elliott JO, Jacobson MP, Seals BF.** Self-efficacy, knowledge, health beliefs, quality of life, and stigma in relation to osteoprotective behaviors in epilepsy. *Epilepsy Behav* **2006**; 9(3):478–91.
7. **Fraser RT, Johnson EK, Miller JW, Temkin N, Barber J, Caylor L, Chaytor N.** Managing epilepsy well: self-management needs assessment. *Epilepsy & Behavior*. **2011**; 20(2):291-298.
8. **Fitzsimons M, Normand C, Varley J, Delanty N.** Evidence based models of care for people with epilepsy. *Epilepsy Behav*. **2012**; 23(1):1–6.
9. **Eskazan E.** Tarihte Epilepsi ve Epileptolojinin Kısa Tarihçesi: In Bora I, Yeni NS, Gurses C. (editörler). *Epilepsi*. Nobel Tıp Kitabevleri. **2008**: 1-12.
10. **Hughes JR.** Did All Famous People Really Have Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. **2004**; 6, (2005):115-119.
11. **Hughes JR.** Dictator Perpetuus: Julius Caesar-Did he have seizures? Ifso, what was the etiology? *Epilepsy&Behavior*. **2004**; 5(5):756-764.
12. **World Health Organization.** "Epilepsy" FactSheets. Retrieved **2013**: 24.
13. **Smith MC, Buelow JM.** Disease a Month: Epilepsy, **1996**; 42(11):729-735.
14. **Görgülü Ü, Fesci H.** “Epilepsi ile yaşam: Epilepsinin psikososyal etkileri” Göztepe Tıp Dergisi, **2011**; 26(1):27-32.
15. **Yeni S.** “Epilepsi Epidemiyolojisi” Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics **2008**; 1(2):9-16.

16. **Apak İ, Tamam Y, Sevim M, Tamam B.** “Antiepileptik İlaçların Tiroid Hormon Düzeylerine Etkisi” Dicle Tıp Dergisi, **2006**; 33(3):145-152.
17. **Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al.** ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* **2014**; 55:475–82.
18. **Eadie MJ.** Sir Charles Locock and potassium bromide. *J R Coll Physicians Edinb.* **2012**; 42(3):274-9. doi: 10.4997/JRCPE.2012.317.
19. **International League Against Epilepsy (ILAE).** Guidelines for epidemiological studies on epilepsy. *Epilepsia.* **2017**; 34(4):592-596.
20. **Bambal G, Çakıl D, Ekici F.** Epilepsi Oluşum Mekanizmaları, *Konuralp Tıp Derg.* **2011**; 3(3):42-45.
21. **Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I, et al.** Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia.* **2010**; 51:883–890.
22. **Gönül Akdağ, Demet İlhan Algin, Oğuz Osman Erdinç.** Epilepsi. *Osmangazi Journal of Medicine,* **2016**; 38:35-41.
23. **Tekeli H, Yaşar H, Kendirli MT, Şenol MG, Özdağ F, Saraçoğlu M.** Genç türk erkeklerinde epilepsi prevalansı. *Epilepsi.* **2012**; 18(1):1-6.
24. **Balal M, Demir T, Aslan K, Bozdemir H.** Adana İl Merkezinde Epilepsi Prevalansı ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi. *TJFMPC.* **2017**; 11(1):20-28.
25. **Yeni N, Gürses C,** Epilepsi Çalışma Grubu Tanı ve Tedavi Rehberi. Galenos Yayınevi, İstanbul. **2015.**
26. **Shorvon SD,** The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia.* **2011**; 52(6):1052-1057.
27. **Banerjee PN, Filippi D, ve Allen Hauser W.** The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. *Epilepsy research,* **2009**; 85(1):31-45.
28. **Huff JS, Fountain NB,** Pathophysiology and definitions of seizures and status epilepticus. *Emergency medicine clinics of North America,* **2011**; 29(1):1-13.
29. **Baykan B, Gurses C, Bebek N, Gökyiğit A.** Epilepsi. *Nöroloji İ.U İstanbul Tıp Fak. Temel Klinik Bilimler Ders Kitapları.* Oge EA, Baykan B. (editörler). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, **2004**: 279-309.
30. **Scheffer I.E ve ark** “Classification of the epilepsies” *EpilepsiaOpen,* **2016**; 1(1):37-44.
31. **Fisher RS, Cross JH, D'Souza C, French JA, Haut SR, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, Lagae L, Moshé SL, Peltola J, RouletPerez E, Scheffer IE, Schulze-Bonhage A, Somerville E, Sperling M,**

Yacubian EM, Zuberi SM. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*. **2017** Apr;58(4):531-542. doi: 10.1111/epi.13671. Epub 2017 Mar 8.

32. **Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy.** Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. From the Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia* **1981**; 22(4):489-501.

33. **Rudzinski LA, Shih JJ,** The classification of seizures and epilepsy syndromes. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 16(3, Epilepsy), **2010**: 15-35.

34. **Bozdemir H, Aslan K.** Refleks Epilepsiler, *Arşiv* **2009**; 18:70.

35. **İliçin G, Biberlioğlu K, Süleymanlar G ve ark.** İç Hastalıkları. s:36573672, 2.basım, Güneş Kitabevi, Ankara. **2003**.

36. **Kaplan PW.** Musicogenic epilepsy and epileptic musica seizures'songs. *Epilepsy Behav* **2003**; 4(5):464-73.

37. **Ünaldı H, Kurt S, Mumcuoğlu İ ve ark.** Müzikojenik Epilepsi: Olgu Sunumu *Epilepsi* **2009**; 15(3):104-107 6. Ulusal Epilepsi Kongresi(4-7 Haziran 2008, İzmir).

38. **Hart YM,** Epidemiology, natural history and classification of epilepsy. *Medicine*, **2012**; 40(9).

39. **Goldman L, Ausiello D.** Cecil Textbook of Medicine (Serhat Ünal çev.) 22. basım, Güneş Kitabevi, Ankara. **2006**.

40. **Özkara Ç, Ataklı D.** Epilepsi. İstanbul: 5Us Yayın, **2002**: 63-107.

41. **Alemdar M.** Nöbet Tipleri. İçinde: Epilepsi El Kitabı, (Çeviren: Komşuoğlu S). 3. Basım. Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara, **2007**; 739-747.

42. **Sisodiya SM, Duncan J.** Epilepsy: epidemiology, clinical assessment, investigation **2004**.

43. **Engel J Jr.** Report of the ILAE classification core group. *Epilepsia* **2006**; 47(9):1558-1568.

44. **Bryant R, Schultz R.** The Child with Cerebral Dysfunction. In: Wong's Essentials of Pediatric Nursing. Ninth Edition, Hockenbery/Wilson, Mosby Elsevier, Canada, **2013**: 927-966.

45. **National Clinical Guideline Centre (NCGC).** The Epilepsies: The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care, **2012**: 87-100.

46. **Düzkalır AH, Özdoğan S.** Epilepsi Cerrahisi. *Journal of Contemporary Medicine*, **2015**; 4(3):185.

47. **Genc BO.** Normalden Varyanta EEG. 8. Ulusal Epilepsi Kongre Kitabı (Olgu Sunumu), **2012**.
48. **Yavuz, E., ve Bebek, N.** Epilepsi Tanı ve Tedavisinde Elektroensefalografinin (EEG) Yeri. Klinik Gelişim Dergisi, **2010**; 23(1).
49. **Kınay D.** Epilepsi Cerrahi Uygulamalarında Nörogörüntüleme. Epilepsi, **2012**; 8(Supp 1):18-29.
50. **Karaman H, Kabay SC, Kamışlı Ö.** Fokal EEG Anormalliği Olan Epilepsi Hastalarında Manyetik Rezonans Görüntüleme ve İnteriktal 99mtc-Hmpao Spect Bulguları Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, **2011**; 18(2):91-5.
51. **Miletich RS.** Positron Emission Tomography and Single-Photon Emission Computed Tomography in Neurology. Continuum (Minneapolis Minn). **2016** Oct; 22(5, Neuroimaging):16361654.
52. **Theodore WH.** Presurgical Focus Localization in Epilepsy: PET and SPECT. Semin Nucl Med. **2017** Jan; 47(1):44-53. doi: 10.1053/j.semnuclmed.2016.09.008. Epub 2016 Oct 17.
53. **Arıkan D, Küçüköğlu S.** Epilepsi. Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics. **2015**; 1(3):46-53.
54. **Emre M.** Nöroloji Temel Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, **2013**.
55. **Turanlı G.** Epilepsi Tedavisi, İçinden: Temel Pediatri. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A.(Editörler). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, **2010**: 1257-1261.
56. **Acaroğlu G, Yılmaz E.** Epilepsili Hastalarda İlaç Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisi. Epilepsi Dergisi **2016**; 22(1):17-25.
57. **National Institute for Health and Clinical Excellence.** "Chapter 4: Guidance". The Epilepsies: The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Guideline Centre. **2012**: 57–83.
58. **Kelemen A, Barsi P, Eross L, Vajda J, Czirják S, Borbély C, Rásonyi G, Halász P.** Long-term outcome after temporal lobe surgery--prediction of late worsening of seizure control. Seizure. **2006**; 15(1):49-55.
59. **Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, French J.** Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. Epilepsia, **2010**; 51(6):1069-1077.
60. **Lüders HO.** Textbook of Epilepsy Surgery: Informa Healthcare. Textbook of Epilepsy Surgery: Informa Healthcare. **2008**.

61. **Demir BA, Bora İ.** Epilepsi Cerrahisinde Endikasyonlar ve Hastanın Hazırlanması. *Türk Nöroşir Derg.* **2014**; 24(2):153-160.
62. **Gökçil Z.** Epilepsi Cerrahisi Sonrası İzlem ve Sonlanım. *Epilepsi.* **2008**; 14(1):17-51.
63. **European Federation of Neurological Societies Task Force.** Presurgical evaluation for epilepsy surgery – European standards. *European Journal of Neurology.* **2000**; 7(1):119-122.
64. **Helmstaedter C, Richter S, Röske S, Oltmanns F, Schramm J, Lehmann TN:** Differential effects of temporal pole resection with amygdalohippocam pectomy versus selective amygdalohippocampectomy on material-specific memory in patients with mesial temporal lobe epilepsy. *Epilepsia.* **2008**; 49(1):88-97.
65. **Ramani R.** Vagus nerve stimulation therapy for seizures. *Journal of neurosurgical anesthesiology,* **2008**; 20(1):29-35.
66. **Rho JM.** How does the ketogenic diet induce anti-seizure effects? *Neurosci.Lett.* **2017**; 637,4–10.doi:10.1016/j.neulet.2015.07.034.
67. **Uyar ÖG, Şanlıer N.** Çocukluk Çağı Dirençli Epilepsilerinde Ketojenik Diyet Uygulamalarının Etkisi. *Türk J Neurol.* **2018**; 24:216- 225.
68. **Kossoff EH, Zupec-Kania BA, Rho JM.** Ketogenic diets: an update for child neurologists. *J Child Neurol* **2009**; 24:979-88.
69. **Martin K, Jackson CF, Levy RG et al.** Ketogenic diet and other dietary treatments for epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev* **2016**; 2:CD001903
70. **Hallböök T, Lundgren J, Rosén I.** Ketogenic diet improves sleep quality in children with therapyresistant epilepsy. *Epilepsia* **2007**; 48:59-65.
71. **Neal EG, Chaffe H, Schwartz RH et al.** The ketogenic diet for the treatment of childhood epilepsy: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol* **2008**; 7:500-6.
72. **Klein P, Tyrlikova I, Mathews GC.** Dietary treatment in adults with refractory epilepsy: a review. *Neurology* **2014**; 83:1978-85.
73. **International Ketogenic Diet Study Group.** Optimal clinical management of children receiving the ketogenic diet: recommendations of the International Ketogenic Diet Study Group. *Epilepsia* **2009**; 50: 304-17.
74. **Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J.** Self-management Approaches for People with Chronic Conditions: A Review. *Patient Education and Counseling.* **2002**; 48:177-187.

75. **Grady PA, Gough LL.** Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *American Journal of Public Health*, **2014**; 104(8):25-31.
76. **Walker SP, Permezel M, Berkovic SF.** The management of epilepsy in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **2009**; 116(6):758-767.
77. **Adadioğlu Ö, Oğuz S.** Epilepsi ve Öz Yönetim. *Epilepsi* **2016**; 22(1):1-4.
78. **Goodwin M, Higgins S, Lanfear HJ, Lewis S, Winterbottom J.** : The role of the clinical nurse specialist in epilepsy. A national survey. *Seizure*. **2004**; 13(2):87-94.
79. **Ridsdale L, Kwan I, Morgan M.** How can a nurse intervention help people with newly diagnosed epilepsy? A qualitative study (of patients' views). *Seizure* **2002**; 11(1):1-5.
80. **Hosking GP.** :The specialist nurse role in the treatment of refractory epilepsy. *Seizure*. **2004**; 13(5):303-307.
81. **DiIorio C, Shafer PO, Letz R, Henry TR, Schomer DL, Yeager K;** Project EASE study group. Project EASE: a study to test a psychosocial model of epilepsy medication management. *Epilepsy Behav* **2004**; 5(6):926-36.
82. **Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP.** Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, **2001**; 42(9):1160-1168.
83. **Gürses C.** : Ergen ve epilepsi. *Nöropsikiyatri arşivi*. 36(4): 195-200, İstanbul, **1999**.
84. **Mısırlı H.** Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Epilepsi*, **2003**; 9(1):42-46.
85. **Collins S.** The psychosocial effect of epilepsy on adolescents and young adults. *Nursing Standard*, **2011**; 25(43):48-56.
86. **Elliott JO, Charyton C, Sprangers P, Lu B, Moore JL.** The impact of marriage and social support on persons with active epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, **2011**; 20(3):533-538.
87. **Vajda FJ, Hitchcock A, Graham J, O'Brien T, Lander C, Eadie M.** Seizure control in antiepileptic drug-treated pregnancy. *Epilepsia* **2008**; 49(1):172-6.
88. **MacDonald SC, Bateman BT, McElrath TF, Hernández-Díaz S.** Mortality and Morbidity During Delivery Hospitalization Among Pregnant Women With Epilepsy in the United States. *JAMA Neurol* **2015**; 72(9):981-8.
89. **Borgelt LM, Hart FM, Bainbridge JL.** Epilepsy during pregnancy: focus on management strategies. *Int J Womens Health* **2016**; 8:505-17.

90. **Meador KJ.** Epilepsy: Pregnancy in women with epilepsy-risks and management. *Nat Rev Neurol* **2014**;10(11):614–6.
91. **Bek S, Gokçil Z.** Epilepsi ve Askerlik. *Epilepsi*. **2007**; 13(1):12-16.
92. **Kumar P, Clark M.** Clinical Medicine. 7th edition. Saunders Book Company: **2010**: 1360.
93. **Yeni K.** Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2014**.
94. **Ünal G.** Epilepsili Bireylerde Öz Yönetimin Epilepsi Ataklarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa, **2019**.
95. **Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT.** Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, *Epilepsia*. **1993**; 34(3): 453-458.
96. **Mollaoğlu M.** Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2000**.
97. **McHugh JC, Delanty N.** Epidemiology and classification of epilepsy: gender comparisons. *International review of neurobiology*. **2008**; 83:11-26.
98. **Bora İ, Atasayar G, Bican Demir A, Türkeş N, Demiralay A, Uzabacı E.** Epilepsi Cerrahisi Uygulanan ya da Uygulanmayan Temporal ve Ekstratemporal Lob Epilepsisi Olan Hasta ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Değerlendirilmesi. *Epilepsi*. **2018**; 24(3):98-106.
99. **Christensen J, Kjeldsen MJ, Andersen H, Friis ML, Sidenius P.** Gender differences in epilepsy. *Epilepsia*. **2005**; 46(6):956-960.
100. **Kılınçer A, Erdoğan Ç, Ergin A, Acar G, Şahiner T.** The prevalence of epilepsy in Denizli city center. *Primary Health Care*. **2012**; 5(3):110-114.
101. **Mollaoğlu M, Durna Z, Bolayır E.** Türkiye’deki Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin (QOLIE-31) geçerlik ve güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*. **2015**; 52:289-295.
102. **Akoluk S.** Epilepsi Hastalarının Tedaviye Uyumluları ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, **2017**.
103. **Polat C.** Multipl Skleroz İzlem Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2014**.

104. **Tromp SC, Weber JW, Aldenkamp AP, Arends J, Vander Linden I, Diepman L.** Relative influence of epileptic seizures and of epilepsy syndrome on cognitive function. *Journal of child neurology*. **2003**; 18(6):407-412.
105. **Aldenkamp AP, Weber B, Overweg-Plandsoen WC, Reijns R, Van Mil S.** Educational underachievement in children with epilepsy: a model to predict the effects of epilepsy on educational achievement. *Journal of child neurology*. **2005**; 20(3):175-180.
106. **Fastenau PS, Shen J, Dunn DW, Austin JK.** Academic underachievement among children with epilepsy proportion exceeding psychometric criteria for learning disability and associated risk factors. *Journal of learning disabilities*. **2008**; 41(3):195-207.
107. **Djibouti M, Shakarishvili R.** Influence of clinical, demographic, and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. **2003**; 74:570-573.
108. **Akçalı, A., Altındağ, A., Geyik, S., ve ark.** Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek. *Noropsikiyatri Arşivi Dergisi*. **2019**; 46:91-97.
109. **Unsworth G.** Living With Epilepsy. *Employment Epilepsy*. **2003**; 44:49-50.
110. **Yaman M, Yeni NS, Şahin Ş, Karaağaç N.** Ailevi Epilepsilerde Fenotipik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **2007**; 8:6-10.
111. **Benson A, O'Toole S, Lambert V, Gallagher P, Shahwan A, Austin JK.** The stigma experiences and perceptions of families living with epilepsy: Implications for epilepsy-related communication within and external to the family unit. *Patient Education and Counseling*. **2016**; 99:1473-1481.
112. **Yıldız N.** Bir Üniversite Hastanesindeki Epilepsi Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2013**.
113. **Smithson WH, Hukins D, Buelow JM, Allgar V, Dickson J.** Adherence to medicines and self-management of epilepsy: a community-based study. *Epilepsy Behav* **2013**; 26(1):109–13.
114. **Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK.** Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care* **2005**; 28(11):2655–61.
115. **Kawi J.** Predictors of self-management for chronic low back pain. *Appl Nurs Res* **2014**. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.02.003>.
116. **McAuley, J. W., McFadden, L. S., Elliott, J. O., & Shneker, B. F.** An evaluation of self management behaviors and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, **2008**; 13(4):637-641.

117. **Yaşar H, Tekeli H, Balıbey H, Alay S.** Epilepsi Hastaları ve Sağlık Personelinin Epilepsi Hastalığı Hakkında Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Epilepsi* **2013**; 19(3):127-131.

118. **Jacoby A, Gorry J, Gamble C, Baker GA.** Public knowledge, private grief: a study of public attitudes to epilepsy in the United Kingdom and implications for stigma. *Epilepsia*. **2004**; 45(11):1405-1415.

119. **Demirci S, Dönmez CM, Gündoğar D, Baydar ÇL.** Public awareness of, attitudes toward, and understanding of epilepsy in Isparta, Turkey. *Epilepsy & Behavior*. **2007**; 11(3):427-433.

120. **Funderburk JA, McCormick BP, Austin JK.** Does attitude toward epilepsy mediate the relationship between perceived stigma and mental health outcomes in children with epilepsy? *Epilepsy & Behavior*. **2007**; 11(1):71-76.

121. **Njamnshi AK, Angwafor SA, Tabah EN, Jallon P, Muna WF.** General public knowledge, attitudes, and practices with respect to epilepsy in the Batibo Health District, Cameroon. *Epilepsy & Behavior*. **2009**; 14(1):83-88.

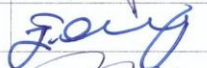
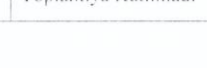
EKLER

EK-1: Etik Kurul İzni

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
89	14 Haziran 2019

KARAR NO 84- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Doktor Öğretim Üyesi Gülşah Kumaş yönetiminde, Doktor Öğretim Üyesi Mehmet Taylan Peköz 'ün katkılarıyla, Emre Usta tarafından yürütülmesi öngörülen, "Epilepsi Hastalarında Öz Yönetimin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-2: Yönetim Kurul Onay Yazısı

Tarih ve Sayı: 05/07/2019-E.95517



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 30050047-050.02.04/
Konu : Yönetim Kurulu Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

Enstitümüz Yönetim Kurulu'nun 04.07.2019 tarih ve 20/15- 5, 6 ve 7 no'lu kararları aşağıda sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Karar No: 5- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 28.06.2019 tarih ve 91521 sayılı yazısı görüşüldü;

Yüksek Lisans öğrencisi Emre USTA'nın "*Epilepsi Hastalarında Öz Yönetimin Değerlendirilmesi*" başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

Karar No: 6- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 28.06.2019 tarih ve 91534 sayılı yazısı görüşüldü;

Yüksek Lisans öğrencisi Fatima TURĞUT'un "*Hemodiyaliz Hastalarında Konfor ve Yaşam Kalitesi*" başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

Karar No: 7- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 28.06.2019 tarih ve 91537 sayılı yazısı görüşüldü;

Yüksek Lisans öğrencisi Rabia ZİBA'nın "*Tip 2 Diyabetli Bireylerde Bilişsel-Sosyal Faktörlerin Değerlendirilmesi*" başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Behice DURGUN
Enstitü Müdürü

Dağıtım:
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

EK-3: Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumlardan Resmi İzin Yazıları

Tarih ve Sayı: 30/07/2019-E.107622



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 27224817-044/
Konu : Uygulama İzni (Emre USTA)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 18.07.2019 tarihli ve 101594 sayılı yazınız.

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Emre USTA'nın Balcalı Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalında "Epilepsi Hastalarında Öz Yönetimin Değerlendirmesi" başlıklı tez çalışmasını uygulamasının uygun görüldüğüne ilişkin Balcalı Hastanesi Başhekimliğinin 26.07.2019 tarihli ve 106021 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Şeref ERDOĞAN
Rektör Yardımcısı

Ek: Yazı (1 sayfa)

Adres: Çukurova Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı 01330 Balcalı, Sarıçam /
Adana
Telefon: 0 (322) 338 61 50 Faks: 0 (322) 338 70 22
e-Posta: ogrenci@cu.edu.tr Elektronik Ağ: www.cu.edu.tr

Bilgi için: Zeynep ŞAHİN KÖMÜRCÜ
Unvanı: Şef



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 18649120-044/
Konu : Uygulama İzni (Emre USTA)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 19/07/2019 tarihli, 102403 sayılı ve "Uygulama İzni (Emre USTA)" konulu yazı,

Üniversitemiz Sağlık Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Emre USTA'nın, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Hastane) Nöroloji Anabilim Dalında "Epilepsi Hastalarında Öz Yönetimin Değerlendirmesi" konulu tez çalışmasını yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Tamer Cevat İNAL
Başhekim

EK-4: Ölçeğin Kullanılabilmesi İçin Geçerlik Güvenirlik Yapan Kişiden İzin

13.06.2019

Mali - Emre Usta - Outlook

Ynt: ölçek kullanma izni

KÜBRA YENİ <akdag yeni@hotmail.com>
Mon 4/22/2019 12:17 PM
To: Emre Usta <usta_emre_1907@hotmail.com>

■ 1 attachments (21 KB)
EPILEPSİ ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ.docx;

Sayın Emre Usta,
Öncelikle tezinizde başarılar dilerim. Ölçeği ve skorlamasını ekte gönderiyorum. Ancak stigma ölçeği bana ait olmadığı için onu geliştiren ya da geçerliğini yapan kişiden istemelisiniz.
Saygılarımla.

Araştırma Görevlisi Kübra Yeni
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Gönderen: Emre Usta <usta_emre_1907@hotmail.com>
Gönderildi: 21 Nisan 2019 Pazar 13:21:04
Kime: akdag yeni@hotmail.com
Konu: ölçek kullanma izni

Sevgili Kübra Yeni,

Ben Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.Tez konumda epilepsili hastalarda tezinizde kullandığınız epilepsi öz yönetim ölçeği ve stigma ölçeğini kullanmak istiyorum.Sizden ölçeğinizi kullanmak için izin istiyorum.Ölçek ve ölçek değerlendirmesinin orijinal halini atabilir misiniz?

Saygılarımla,

Emre Usta.

EK-5: Hasta Tanılama Formu

Sayın katılımcı;

Bu tez çalışmasında, epilepsi tanısı alan hastaların öz yönetiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz aşağıdaki soruları cevaplandırmanız gerekmektedir. Çalışmalar sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu çalışma için sizden bir ücret alınmayacak ve size bir ödeme yapılmayacaktır.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

Yüksek Lisans Öğr. Emre USTA

HASTA TANILAMA FORMU

A. HASTALARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ

1. Yaş.....
2. Cinsiyet () Erkek () Kadın
3. Eğitim Durumu () İlköğretim () Lise () Üniversite
4. Çalışma Durumu () Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli
5. Medeni Durum () Evli () Bekar

B. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

6. Önceden hastanede yatma durumu () Evet () Hayır
7. Ailede epilepsi varlığı () Var () Yok
8. Epilepsi tanısı alma zamanı:
9. Son bir yıldaki nöbet sıklığı () Nöbet geçirmemiş
() Ayda bir nöbetten az
() Ayda bir nöbetten fazla
() Diğer(belirtiniz.....)
10. En son ne zaman nöbet geçirdiniz:
11. Hastalığa uyum sağladığını ifade etmesi () Evet () Hayır () Kısmen
12. Nöbet habercisini hissetme durumu () Evet () Hayır () Bazen
13. Eşlik eden kronik hastalık varlığı () Evet () Hayır
14. Epilepsi nöbeti ile ilgili eğitim aldınız mı? () Evet (kimden/nereden.....)
() Hayır

EK-6: Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği

Yönerge: Aşağıdaki cümleler kişilerin epilepsilerini yönetmek için neler yaptıklarını ifade etmektedir. Lütfen her bir cümle için ne sıklıkta yaptığınızı belirten ifadeyi işaretleyiniz. Lütfen soruları cevaplarken **son bir yıldaki** aktivitelerinizi göz önünde bulundurunuz.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her
		1	2	3	4	5
1	Geçirdiğim nöbetleri kayıt ederim.					
2	Bunaldığımda beni rahatlatacak bir şeyler yaparım.					
3	İlaçlarımla ilgili yan etki geliştiğini düşündüğümde doktorumu ararım/giderim.					
4	Elimdeki ilaç azaldığında bitmemesi için iki ilaç arasındaki süreyi uzatırım.					
5	Nöbet sırasında yaşadıklarımı kayıt ederim.					
6	Gece geç saatlere kadar dışarıda kalırım.					
7	İlaçlarımın yan etkilerini takip ederim.					
8	İlaçlarım azaldığında, yetmesi için her seferinde ilaçlarımı azaltarak kullanırım.					
9	İlaçları doktorumun önerdiği şekilde kullanırım.					
10	Nöbetimi tetikleyecek durumlardan uzak dururum.					
11	Evden uzaklaştığımda nöbet ilaçlarımı yanıma alırım.					
12	Her zamankinden daha sık nöbet geçirirsem doktorumu ararım/giderim.					
13	Yeterince uyumaya özen gösteririm.					
14	Bunaldığımda hoşlandığım şeyleri yaparım.					
15	İlaçlarımı almayı hatırlatan yöntemler (alarm, birinin hatırlatması) kullanırım.					
16	İlaçlarımı her gün saatinde alırım.					
17	Yüzme vb etkinliklere tek başıma gidebilirim.					
18	Nöbet geçirmemek için kendimi rahatlatacak bir şeyler yaparım.					
19	Doktorun istediği kan tahlillerini yaptırım.					
20	Yanımda epilepsi hastası olduğumu gösteren bileklik/kart taşırım.					
21	Çok pahalı olduğundan ilaçları yazdırmayı ertelemek zorunda kalırım.					
22	Düzenli egzersiz yaparım.					
23	Otomatik kapanma özelliği olmayan elektrikli aletleri (matkap, saç maşası, ütü vb.) kullanırım.					
24	Doktor/hastane randevularımı kaçırmam.					
25	İlaçlara bağlı yan etki olursa, doktoruma sormadan doz atlarım.					
26	Küvet banyosu yerine duş şeklinde banyo yaparım.					

EK-6: Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği (Devam)

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
27	İlaçlarım bitmeden yenisini yazdırırım.					
28	Almayı unuttuğum için ilaçların dozunu atladığım olur.					
29	Evde suyun sıcaklığın yakmayacak kadar düşük tutarım.					
30	İlaçlarımı almayı ihmal ederim.					
31	Nöbet ilacım dışında başka bir ilaç kullanmadan önce doktoruma danışırım.					
32	Nöbet geçirmeme neden olan olaylardan uzak dururum.					
33	Yemeklerimi düzenli yerim.					
34	Yüksek tabure, sandalye ya da merdivene çıkarım.					
35	Epilepsisi olan diğer kişilerle fikir alışverişinde bulunurum.					
36	Bira, şarap, viski gibi alkollü içecekleri fazla tüketirim.					
37	Epilepsili hasta destek gruplarına (dernek toplantıları) katılırım.					
38	Nöbet sırasında yapılması gerekenleri ailem ve arkadaşlarıma öğretirim.					

ÖZGEÇMİŞ

10.11.1995 tarihinde Mersin’de doğdu. 2009 yılında Perşembe Vakfı İlköğretim okulundan 2013 yılında Hacı Zarife Çelebi Aygar Anadolu Lisesi’nden mezun oldu. 2014-2018 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Hemşirelik lisans eğitimi aldı. 2018 Eylül ayında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda tezli yüksek lisans programına başladı. 2020 Nisan ayından beri Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi görevini yürütmektedir.