

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARDA
NÖBET ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Şerife TUTAR GÜVEN

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2013

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARDA NÖBET ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Şerife TUTAR GÜVEN

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayşegül İŞLER

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi
Tarafından Desteklenmiştir (Proje No: 2012.02.0122.011)

"Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir"

Antalya, 2013

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 04 Temmuz 2013

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ayşegül İŞLER
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.



Üye : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu
Halk Sağlığı Hemşireliği A.D



Üye : Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT
Akdeniz Üniversitesi
Ziraat Fakültesi
Biyometri A.D



Üye : Doç. Dr. Emine EFE
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.



Üye : Doç. Dr. Özgür DUMAN
Akdeniz Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/2013 tarih ve/..... sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail ÜSTÜNEL
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu çalışma Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği (Seizure Self-Efficacy Scale For Children)'ni Türkçe'ye uyarlayarak, geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla metodolojik olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini Temmuz 2012-Mart 2013 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği ve Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne gelen epilepsi hastalığı olan tüm çocuklar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmanın gerçekleştirildiği polikliniklerde takip ve tedavi edilen 9-17 yaş grubu, en az 6 aydır epilepsi hastalığı olan, zihinsel yetersizliği ve başka kronik hastalığı olmayan, okula devam eden ve çalışmaya katılmayı kabul eden 166 epilepsi hastalığı olan çocuk oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme yöntemiyle, Çocuk Tanıtım Formu, Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği ve Çocuk Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği Caplin ve ark. (2002) tarafından epilepsi hastalığı olan çocukların nöbete ilişkin öz-yeterliğini belirlemek amacıyla geliştirilen 15 maddelik, 5'li likert tipinde bir ölçektir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu ve ölçeğin alpha güvenirlik katsayısı 0.93 olarak bildirilmiştir.

Ölçeğin dil geçerlik çalışması 6 uzman tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliği için on uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlardan gelen görüşler, ölçeğin maddeleri arasındaki korelasyonun oldukça iyi olduğunu göstermiştir ($p=0.000$). Açıklayıcı faktör analizi sonucunda toplam varyansı %49.67 olan iki faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlığını belirlemek için hesaplanan cronbach alfa katsayısı ölçek toplam puanı için 0.89 olarak bulunmuştur. Güvenirlik çalışmaları kapsamında, ölçeğin iki alt boyutu için sırasıyla 0.98-0.74 değerinde korelasyonlar belirlenmiştir. Test-tekrar test korelasyonları anlamlı düzeyde ($p<0.01$) ve yüksek ($r=0.99$) bulunmuştur. Yordama-Kestirim geçerliğinde, Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği ile Çocuk Depresyon Ölçeği arasındaki korelasyonlar negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe versiyonundan elde edilen ölçümlerin orijinal ölçek yapısıyla uyumlu, Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. Ölçeğin, Türk toplumunda epilepsi hastalığı olan çocuklarda kullanılabileceği ve bu çocukların öz-yeterliklerini etkili bir şekilde değerlendirebileceği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Öz-yeterlik, Epilepsi, Çocuk, Geçerlik ve Güvenirlik.

ABSTRACT

This methodological study aims to adapt the Seizure Self-Efficacy Scale for Children (SSES-C) into Turkish and then assess its validity and reliability in children with epilepsy.

The target population of the study was all the children with epilepsy who attended the Pediatric Neurology Clinic of Akdeniz University Hospital, the Child Neurology Clinic of Antalya Training and Research Hospital, and the Pediatric Neurology Clinic of Bursa Dortcelik Children's Hospital between July 2012 and March 2013. The study sample consisted of 166 children (aged 9-17 years) with a diagnosis of epilepsy for at least 6 months, who received treatment and follow-up care in the above-mentioned polyclinics. The subjects, who had no mental disabilities or other chronic diseases, were attending school and they agreed to participate in the study. All research data were collected by a researcher in face-to-face interviews using Child Information Form, Seizure Self-Efficacy Scale for Children and Children's Depression Scale. The Seizure Self-Efficacy Scale for Children is a 15-item, 5-point Likert scale designed by Caplin et al. (2002) to measure the degree of self-efficacy experienced by children related to the management of their seizure disorder. All the items of the scale were found positive and alpha reliability coefficient of the scale was 0.93. The linguistic adaptation and validation of the scale was conducted by six experts. To evaluate the content validity of the scale, we elicited judgments from a panel of 10 content experts. The expert judgments showed that the correlation between the items on the scale was fairly good ($p = 0.000$). The results of the exploratory factor analysis showed that the items were loaded on two factors accounting for 49.67% of the total variance explained. We calculated Cronbach's alpha coefficient for the internal consistency and the full-scale score showed good internal consistency (alpha 0.89). Within the context of reliability studies, it was found correlations varying between 0.98-0.74 for the two sub-factors of the scale. Test/retest correlation coefficients were significant ($p < 0.01$) and high ($r = 0.99$). In parallel forms reliability, the correlations between the Seizure Self-Efficacy Scale for Children and Children's Depression Rating Scale were found to be negative, moderate and statistically significant.

The measurements conducted on the Turkish version of the Seizure Self-Efficacy Scale for Children showed that it is consistent with the original scale, valid and reliable for Turkish society. It was concluded that the adapted Turkish version of the scale can be used in children with epilepsy in Turkish society and it can effectively evaluate the self-efficacy levels of these children.

Keywords: Self-Efficacy, Epilepsy, Child, Validity and Reliability.

TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlama aşamasından yazım aşamasına kadar beni destekleyen, her zaman yanımda olan, tecrübelerinden yararlanırken de hoşgörü ve sabrını esirgemeyen, öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli hocam Doç. Dr. Ayşegül İŞLER ve anabilim dalının diğer değerli öğretim üyelerine,

Araştırmanın istatistiksel analizinin yürütülmesinde değerli katkılarından dolayı Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a,

Araştırmanın çeviri çalışması ve uzman görüşleri için değerli hocalarıma,

Araştırmamın veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi'nde görev yapan Uzm. Dr. Ergun NACARKÜÇÜK, değerli meslektaşım Aysel KARAHAN, EEG teknisyeni Mücella GÜNDOĞAN'a,

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliği'nde görev yapan Uzm. Dr. Tamer ÇELİK, değerli meslektaşım Gürzida DOĞAR'a,

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Özgür DUMAN'a,

Araştırmamın her aşamasında değerli yardımları için Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm epilepsi hastalığı olan çocuklar ve değerli ailelerine,

Araştırmamın her aşamasında yanımda olan ve hiçbir zaman desteğini esirgemeyen değerli eşim, henüz doğmamış oğlum ve canım aileme sonsuz teşekkürler...

Sevgi ve Saygılarımla...

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa No
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
ALGORİTMA	xiv
GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Araştırmanın Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
GENEL BİLGİLER	
1.3. Kronik Hastalık Tanımı	4
1.3.1. Epilepsinin Tanımı	4
1.3.2. Epidemiyoloji	4
1.3.3. Etiyoloji	5
1.3.4. Patofizyoloji	7
1.3.5. Nöbetlerin Sınıflandırılması	7
1.3.6. Epileptik Nöbetlerin Uluslararası (ILAE) Sınıflandırılması	7
1.3.6.1. Parsiyel Nöbetler	8
1.3.6.1.1. Basit Parsiyel Nöbetler	8
1.3.6.1.2. Kompleks Parsiyel Nöbetler	9
1.3.6.1.3. Sekonder Jeneralize Olan Parsiyel Nöbetler	10
1.3.6.2. Jeneralize Nöbetler	10
1.3.6.2.1. Absans Nöbetler	10
1.3.6.2.2. Myoklonik Nöbetler	11
1.3.6.2.3. Klonik Nöbetler	11
1.3.6.2.4. Tonik Nöbetler	11

1.3.6.2.5.	Tonik Klonik Nöbetler	12
1.3.6.2.6.	Atonik Nöbetler	13
1.3.6.3.	Sınıflandırılmayan Epileptik Nöbetler	13
1.3.6.3.1.	West Sendromu	13
1.3.6.3.2.	Lennox-Gastaut Sendromu (LGS)	14
1.3.6.4.	Status Epileptikus (SE)	14
1.3.7.	Epilepside Klinik Belirti ve Bulgular	16
1.3.8.	Epilepside Tanı Yöntemleri	16
1.3.8.1.	Elektroensefalografi (EEG)	17
1.3.8.2.	Video-EEG Kayıtlaması	18
1.3.8.3.	Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT)	18
1.3.8.4.	Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI)	18
1.3.9.	Tedavi	18
1.3.9.1.	Antiepileptik İlaç (AEİ) Tedavisi	19
1.3.10.	Tedavide Hemşirenin Rolü	21
1.3.11.	İlaç Dışı Tedaviler	33
1.3.11.1.	Ketojenik Diyet	33
1.3.11.2.	Cerrahi Yöntemler	33
1.3.11.3.	Vagal Sinir Uyarımı	34
1.3.11.4.	Radyocerrahi	35
1.3.12.	Hemşirelik Bakımı	35
1.3.13.	Aile Eğitimi	42
1.3.14.	Epilepsinin Psikososyal Etkileri	43
1.4.	Öz-Yeterlik	44
1.4.1.	Epilepsi ve Öz-Yeterlik	47
1.4.2.	Epilepsi Hastalığı Olan Çocuklarda Öz-Yeterliği	
	Geliştirmede Hemşirenin Rolü	48
1.5.	Kültürlerarası Ölçek Uyarlama	48
1.5.1.	Güvenirlilik	50
1.5.1.1.	Test-Tekrar Test Güvenirliği	50
1.5.1.2.	Paralel Form Güvenirliği	51
1.5.1.3.	Bağımsız Gözlemciler Arasındaki Güvenirlilik	51
1.5.1.4.	İç Tutarlık Güvenirliği	51
1.5.2.	Geçerlik	52
1.5.2.1.	İçerik/Kapsam Geçerliği	53
1.5.2.2.	Ölçüt-Bağımlı Geçerlik	53
1.5.2.2.1.	Yordama-Kestirim Geçerliği	53
1.5.2.2.2.	Hem Zaman/ Eş Zaman Geçerliği	53
1.5.2.3.	Yapı Geçerliği	54

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.	Araştırmanın Şekli	55
2.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	55
2.3.	Araştırmanın Evreni	55
2.4.	Araştırmanın Örneklemi	55
2.5.	Araştırmada Kullanılan Gereçler	56
2.5.1.	Çocuk Tanıtım Formu	56
2.5.1.1.	Araştırmanın Değişkenleri	56
2.5.2.	Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği	56
2.5.3.	Çocuk Depresyon Ölçeği	57
2.6.	Araştırmanın Ön Uygulaması	57
2.7.	Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	57
2.8.	Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	57
2.9.	Araştırmanın Etiği	58

BULGULAR	59
-----------------	-----------

TARTIŞMA	77
-----------------	-----------

SONUÇLAR	85
-----------------	-----------

ÖNERİLER	88
-----------------	-----------

KAYNAKLAR	89
------------------	-----------

ÖZGEÇMİŞ	104
-----------------	------------

EKLER

EK I.	Çocuk Tanıtım Formu
EK II.	Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği
EK III.	Çocuk Depresyon Ölçeği
EK IV.	Orijinal Ölçeğin Yazarından Mail Yoluyla Alınan İzin Yazısı

- EK V.** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı
- EK VI.** Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğı Çocuk
Nöroloji Polikliniğı Onayı
- EK VII.** Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğı
Çocuk Nöroloji Polikliniğı Onayı
- EK VIII.** Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Başhekimliğı Çocuk
Nöroloji Polikliniğı Onayı
- EK IX.** Aile Bilgilendirme Formu

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

EEG	: Elektroensefalogram
ILAE	: International League Against Epilepsy (Uluslararası Epilepsi İle Savaş Derneği)
Hz	: Hertz
LGS	: Lennox-Gastaut Sendromu
SE	: Status Epileptikus
BBT	: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
AEİ	: Antiepileptik İlaç
SSES-C	: Seizure Self-Efficacy Scale For Children (Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği)
CDI	: Child Depression Inventory (Çocuk Depresyon Ölçeği)
KMO	: Kaiser-Mayer-Olkin
KR-20	: Kuder Richardson 20
HAPA	: The Health Action Process Approach (Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı)
HIV	: Human Immunodeficiency Virus

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri	22
1.2. Nöbeti Olan Çocukta Hemşirelik Bakım Planı	37
2.1. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	58
3.1. Epilepsi Tanısı Alan Çocukların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	59
3.2. Çocuğun Hastalığına İlişkin Bulgular	61
3.3. Anneye Ait Sosyo-demografik Bilgiler	63
3.4. Babaya Ait Sosyo-demografik Bilgiler	63
3.5. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeğinin Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık, Korelasyon ve Cronbach Alfa Değerleri	64
3.6. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları	67
3.7. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Faktör Yapısı	68
3.8. Epilepsili Çocuklarda Nöbet-Öz Yeterlik Ölçeği ve Alt Boyutları İle Çocuk Depresyon Ölçeği Arasındaki Karşılıklı Korelasyonlar	69
3.9. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alfa Değerleri	70
3.10. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Alt Boyut Puanı-Ölçek Toplam Puan Korelasyonunun Belirlenmesi	70
3.11. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeğinin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları	71
3.12. Epilepsili Çocuklarda Nöbet-Öz Yeterlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Korelasyonları	71
3.13. Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların SSES-C'den Aldıkları Puan Ortalamaları	71

3.14.	Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SSES-C'den Aldıkları Puan Ortalamaları	73
3.15.	Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerine Göre SSES-C'den Aldıkları Puan Ortalamaları	75

ALGORİTMA

Algoritma	Sayfa
Algoritma 1.1. Şüpheli Nöbet Öyküsü Olan Çocuğa Yaklaşım	20

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Araştırmanın Önemi

Kronik hastalık, patolojik değişiklikler sonucu kalıcı bozukluk ve yetersizliğe neden olan, geri dönüşümsüz, uzun süre rehabilitasyon ve bakım gerektiren bir durumdur (1). Genel nüfustaki çocukların %10-20'si kronik bir hastalığa sahiptir (2). Çocukluk döneminin en yaygın görülen kronik hastalıklarından biri epilepsidir (3).

Epilepsi, doğuştan ve sonradan edinilmiş bozukluklardan kaynaklanan santral sinir sistemi işlevsizliğinin neden olduğu, tekrarlayan nöbetlerle seyreden, çocukluk ve ergenlik döneminde en yaygın görülen kronik nörolojik bir hastalıktır (2, 4- 7). Gelişmiş ülkelerdeki epilepsi insidansı 40-70/100000 olup, gelişmekte olan ülkelerde 100-190/100000 oranındadır (4, 8). Epilepsi hastalığının %50'si 5 yaşından önce, %75'i ise 20 yaşından önce başlamaktadır (9, 10- 11). Serdaroğlu ve arkadaşları (2004) 0-16 yaş arası Türk çocuklarında epilepsi yaygınlığını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada bu hastalığın oranını %0.8 olarak belirlemişlerdir (12-13).

Kronik hastalıklar çocuğun yaşı, kişiliği, içinde bulunduğu koşullar, hastalığın tipi ve süresi gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak bazı sorunlara neden olabilmektedir. Ve bu sorunlar çocukta geçici ya da tüm yaşamı boyunca sürecek izler bırakabilmektedir (14). Özellikle çocuğun hastalığı hakkındaki algı ve tutumunun, psikososyal problemlerin gelişiminde rol oynadığı belirtilmektedir (15). Tedavi sürecinde yapılan acı verici uygulamaların ve hastalığın oluşturduğu engellemelerin zorluklarına katlanmak, çocukta ruhsal gerginliğe neden olmaktadır (1). Ayrıca diğer kronik hastalıklardan farklı olarak epileptik nöbetlerin ne zaman, nerede meydana geleceğinin bilinmemesi, çocuğun kendi yaşantısını kontrol etme algısını önemli düzeyde azaltmaktadır (2). Böylece epilepsi, çocukların ailesine olan bağımlılığını arttırmaktadır. Çocuğun beslenmesi, ilaç kullanımı, sosyal aktiviteleri ve uykusu, sağlıklı bir çocuğa oranla ailesi tarafından daha sık izlenmektedir. Epilepsi ile yaşamak ve bu hastalığa uyum sağlayabilmek, çocuk ve ailesi için oldukça güçtür. Epilepsili çocuğa sahip birçok aile, öncelikle aile içi ilişkilerini bütünüyle yeniden düzenler. Ailenin her bireyine epilepsi hastalığı olan çocuğun korunması için görevler verilir. Bu şekilde çocukların korunmaları aşırı derecede artar, etkinlikleri kısıtlanır, bağımsızlıklarını kazanmaları engellenir (1, 16- 17).

Öz-yeterlik kavramı ilk kez Albert Bandura tarafından 1977 yılında "Bilişsel Davranış Değişimi" kapsamında ileri sürülmüştür. Bandura'nın davranış üzerinde etkili olduğunu düşündüğü öz-yeterlik kavramı, sosyal öğrenme kuramının temel bileşenlerinden biridir (18). Öz-yeterlik; bireyin olası durumlar ile başa çıkabilmek için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi yapabildiğine ilişkin inançları olarak tanımlanır. Bandura'ya göre (1995) öz-yeterlik daha yüksek hedeflere ulaşmak için önemli bir faktördür. Bireyin görevlerini daha istendik şekilde yapabilmesi ve daha

başarılı olabilmesi için öz-yeterlik önemli bir algıdır. Güçlü bir bireysel yeterlilik duygusunun daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha yeterli sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Yüksek öz-yeterlik; bilişsel süreci ve performansı geliştirir, kişiyi çevresindeki daha zor işleri seçmesi için cesaretlendirir. Bunların aksine düşük öz-yeterlik; tedaviye uyumun kötü olması, hastalığın yönetiminde başarısızlık, anksiyete, düşük öz benlik, kişinin başarısı ve kişilik gelişimiyle ilgili kötümser düşünceler ve depresyon gibi çeşitli olumsuz faktörlerle ilişkilidir (19- 22).

Pender (1987) tarafından geliştirilen "Sağlığı Geliştirme Modeli" Bandura'nın sosyal öğrenme kuramından temel alınarak geliştirilmiştir. Bu modelde bireyin öz-yeterlik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır. Sağlığı geliştirme modeli dışında sağlık psikologları öz-yeterliğin diğer birçok sağlık davranışı kuramında da önemli bir bileşen olduğunu belirtmişlerdir (21).

Schwarzer (1995) tarafından yine Bandura'nın sosyal öğrenme kuramından esinlenerek geliştirilen ve bir sağlık davranışı değişim modeli olan Sağlık-Eylem Süreci Yaklaşımı'nda (The Health Action Process Approach- HAPA), bireyin öz-yeterlik algısının, davranışı benimseme, davranışa başlama ve değişimi sürdürmede çok önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Ayrıca, insanların sağlıkla ilgili davranışlarını açıklayan Sağlık İnanç Modeli, algılanan davranışsal kontrolü açıklayan kuramlar ve Koruyucu Motivasyon Kuramı'nda bireyin öz-yeterlik algısının majör bir belirleyici olduğu belirtilmektedir (21, 23).

Literatürde kronik hastalığı olan bireylerin öz-yeterlik düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan bazı çalışmalar yer almaktadır (24- 26). Bu öz-yeterlik çalışmaları; human immunodeficiency virus (HIV) (25), hipertansiyon, artrit, diyabet ve epilepsi gibi kronik hastalığı olan yetişkin hastalar ile yapılmıştır (24, 26). Gramstad et al. (27) tarafından yapılan bir çalışmada; öz yeterliği güçlü olan epilepsili yetişkin hastaların nöbet yönetiminde daha etkili oldukları, ruhen daha sağlıklı oldukları ve sosyal ilişkilerinde daha başarılı oldukları bildirilmiştir.

Kronik hastalığı olan çocukların öz-yeterlik düzeylerini belirlemeye yönelik diyabet ve astımı olan çocuklar ile yapılan çalışmalar bulunmaktadır (28- 33). Ancak epilepsi hastalığı olan çocukların öz-yeterliklerini belirlemeye yönelik çok az çalışmaya rastlanmıştır (17, 34).

Literatürde epilepsili çocukların öz-yeterliğini belirlemeye yönelik tek ölçek Caplin et al. (35) tarafından geliştirilen "Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği" (Seizure Self-efficacy Scale for Children- SSES-C)'dir. Bu ölçek, nöbetin, çocuğun sosyal aktivite, okul yaşantısı, aile sürecini etkileme ve nöbetini kontrol edebilme gibi durumları içeren 15 maddeden oluşmaktadır. Caplin ve arkadaşları bu çalışmada epilepsi hastalığı olan çocuklarda öz-yeterlik inancının gelişmesinin, hastalığın kontrolünün sağlanmasında ve hastalıkla ilgili kararların alınmasında önemli olduğunu vurgulamıştır. Literatürde bu ölçeğin kullanıldığı, genç epileptik bireyler ile yapılan sadece iki çalışma bulunmaktadır (17, 34).

Epilepsi hastalığı olan çocuk ve ailesinin bakımı aile merkezli bakım çerçevesinde disiplinlerarası bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Bu ekipte; hemşire, hekim, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, özel eğitim uzmanı gibi birçok profesyonelin yer alması önerilmektedir. Çocuk ve aileyle en çok çalışan pediatri hemşirelerine ekip içerisinde önemli sorumluluklar düşmektedir. Epilepsi hastalığı olan çocuğa etkin bir hemşirelik bakımının sunulmasında, çocuğun öz-yeterlik algısının belirlenmesi, sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir faktördür. Özellikle bütüncül yaklaşım çerçevesinde bakım veren pediatri hemşireleri tarafından çocuğun öz-yeterlik algısının belirlenmesi, geliştirilmesi, güçlendirilmesi ve devamlılığının sağlanması, çocuğun hastalığı yönetme ve hastalıkla baş etmesini kolaylaştıracaktır. Düşük öz-yeterlik düzeyi; tedaviye uyumun kötü olması, hastalığın yönetiminde başarısızlık, düşük öz benlik, anksiyete, depresyon gibi olumsuz faktörlere neden olabileceği için hemşirelik bakım planında bu konulara önemle yer verilmelidir. Böylece hemşireler çocuğun hastalığıyla baş etme sürecinde çocuğu güçlendirebilecek ve çocukta yeterlilik sağlanmasına katkıda bulunabileceklerdir.

Ülkemizde epilepsi hastalığı olan çocukların öz-yeterlik düzeylerini belirlemeye yönelik bir çalışma bulunmamaktadır. Bu ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışması ile pediatri hemşireleri epilepsi hastalığı olan çocuğun öz-yeterlik düzeyini belirleyerek çocuğa daha etkin bir hemşirelik bakımı sunabilecek ve çocuğun hastalığı yönetme ve hastalıkla baş etme sürecine olumlu katkı sağlayabileceklerdir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği (Seizure Self-Efficacy Scale For Children - SSES-C)'ni Türkçe'ye uyarlayarak, geçerlik ve güvenirliğini belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

1.3. Kronik Hastalık Tanımı

Kronik hastalık, normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen bir durum olarak tanımlanmaktadır (1-3). Genel nüfustaki çocukların %10-20'si kronik bir hastalığa sahiptir (2). Çocukluk döneminin en yaygın kronik hastalıkları astım, epilepsi, diyabet, serebral palsi ve artritlerdir (36). Ancak epilepsi ani belirtilerin meydana gelmesi ve bu belirtilerin ne zaman meydana geleceğinin tahmin edilememesi özelliği ile diğer kronik hastalıklardan farklı olup, kendine özgüdür (2, 37).

1.3.1. Epilepsinin Tanımı

Epilepsi, insanoğlu tarafından en eski bilinen ve halen sık görülen nörolojik hastalıklardan biridir (38). Epilepsi kelimesi Yunanca "epilepsia" kelimesinden köken alır ve "yakalamak, tutmak" anlamına gelir (4, 39).

Epilepsi çocukluk çağının en yaygın nörolojik hastalığı olup, herhangi bir uyarıcı etmen olmaksızın tekrarlayan nöbetlerdir (40- 42). On sekiz yaşına kadar çocukların 1/20'si ateşli ya da ateşsiz olarak bir nöbet geçirmektedir. Bu çocukların çoğu ise ikinci bir nöbet geçirmezler (41).

1.3.2. Epidemiyoloji

Epilepsi, çocukluk ve ergenlik dönemindeki en yaygın görülen nörolojik hastalıktır (2, 43- 52). Epilepsi dünyada 65 milyon kişiyi etkilemekte (53), olup bunların 10.5 milyonu 15 yaş altı çocuklardan oluşmaktadır. Her yıl 3.5 milyon kişiye epilepsi tanısı konulmakta ve bunların %40'ı 15 yaş altı çocuklar olup, bu çocukların %80'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (54). Erkeklerde epilepsi insidansının kızlara oranla daha fazla olduğu bildirilmektedir (55).

Genel olarak yaş, hastalığın prognozunu belirlemede en önemli faktör olarak kabul edilmektedir (56). Epilepsinin yaklaşık %50'si 5 yaşından önce ve %75'i ise 20 yaşından önce başlamaktadır (9, 52, 57). Epilepsinin başlangıcı en fazla yaşamın ilk birkaç ayında olup, üç yaş ve altındaki çocuklarda nöbet geçirme riski en fazladır (41, 58). Bu çocukların yaklaşık %30'u 4 yaşına kadar epilepsi tanısı almaktadır (41, 59, 62- 63).

Epilepsinin gelişmiş ülkelerde insidansı 20-70/100.000 arasında değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün prevalans çalışmalarında, gelişmiş ülkeler için ortalama epilepsi prevalansının 6/1000 ve gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranın ortalama 18.5/1000 olduğu bildirilmektedir (38, 61).

Epilepsi Amerika’da 2.3 milyon kişiyi etkilemekte olup (58), prevalans çocuklarda 1/50, yetişkinlerde ise 1/100’dür (62, 63). Amerika’da her yıl yaklaşık 200.000 epilepsi tanısı konulmakta ve bunların 45.000’ini on beş yaş altı çocuklar oluşturmaktadır (63).

Genel popülasyonun en az %8’i yaşamı boyunca bir ya da birden fazla nöbet deneyimlemektedir. Bu popülasyonun da yaklaşık %1’inde epilepsi gelişmektedir (58). 2003 yılında Kanada’da 15.500 epilepsi tanısı konulduğu tahmin edilmektedir (64). İngiltere’de 1980-1990 yılları arasında yapılan epilepsi insidans çalışmasında ise çocuklarda epilepsi prevalansının 35-190/100.000 olduğu bildirilmiştir (65).

Gelişmekte olan ülkelerde epilepsinin insidansı ve prevalansı epilepsiye neden olan faktörlerden dolayı yüksektir. Doğum travması, kafa travması, enfeksiyonlar epilepsinin önlenebilecek nedenleri arasında başta gelmekte ve gelişmekte olan ülkelerde epilepsi insidansını artırmaktadır (4, 40, 66). Türkiye’de epilepsi insidans ve prevalansını belirlemeye yönelik sınırlı sayıda çalışmayı göz önünde bulundurarak, Topbaş ve diğ. (67) ülkemizde epilepsi prevalansının %0.8-1.7 arasında olduğunu ifade etmişlerdir.

1.3.3. Etiyoloji

Çocuklarda epileptik nöbetlerin çok farklı nedenleri vardır. Nöbetler sadece tiplerine göre değil aynı zamanda da etiyolojilerine göre sınıflandırılırlar (68).

Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (International League Against Epilepsy-ILAE) epilepsi hastalığını etiyolojisine göre;

- Akut semptomatik,
- Remote semptomatik,
- Kriptojenik (nedeni bilinmeyen) ve
- İdiyopatik olarak sınıflandırmaktadır (43, 58).

Akut semptomatik nöbetler kafa travması ve menenjit gibi durumlarla ilgilidir. Remote (dolaylı olarak belirti veren) nöbetler hemen belirti vermeyen ancak öncesinde teşhis edilebilen majör kafa travması, menenjit ya da ensefalit, hipoksi, felç ya da statik ensefalopati (mental retardasyon, serebral palsi gibi) gibi durumları kapsar. Kriptojenik nöbetlerin ise nedeni belli değildir. İdiyopatik nöbetler ise; genetik orjinlidir (58).

Çocuklarda Nöbet Etiyolojisi (42, 53, 58, 59, 62, 69- 71)

Çocuklarda epileptik nöbet etiyolojisi akut ve kronik olmak üzere iki bölümde incelenebilir:

- **Akut**
 - Febril epizotlar
 - İntrakraniyal enfeksiyonlar
 - İntrakraniyal hemoraji
 - Kist, tümör
 - Akut serebral ödem

- Anoksi
- Toksinler
- İlaçlar
- Tetanoz
- Ensefalopatiye neden olan shigella, salmonella gibi mikroorganizmalar
- Metabolik değişiklikler (hipokalsemi, hipoglisemi, hiponatremi, hipernatremi, hipomagnezemi, alkaloz, aminoasit metabolizma bozuklukları, hiperbilürubinemi)
- **Kronik**
 - İdiyopatik epilepsi
 - Sekonder epilepsi (travma, hemoraji, anoksi, enfeksiyonlar, toksinler, dejeneratif olaylar, konjenital defektler, paraziter beyin hastalıkları, hipoglisemi hasarı)
 - Epilepsi-duyusal uyaranlar
 - Epilepsi-uyarıcı durumlar (narkolepsi, katelepsi, psikojenik, hipokalsemi kaynaklı tetaniler, alkaloz)
 - Hipoglisemik durumlar (hiperinsülinizm, hipopituitarizm, adrenokortikal yetersizlik, karaciğer hastalıkları)
 - Üremi
 - Allerji
 - Kardiyovasküler bozukluklar ya da senkop
 - Migren

Epilepsinin etyolojisinde pek çok neden bulunmaktadır. Tipik olarak, nöbetler bebeklerde doğum travması, perinatal hipoksi, hipoglisemi ya da diğer endokrin bozukluklar, merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonları, intraventriküler kanama ya da konjenital beyin anomalisi nedeniyle meydana gelmektedir. Akut enfeksiyonlar süt çocukluğu ve erken çocukluk döneminde görülen nöbetlerin en yaygın sebebidir. Ancak bu durum orta çocukluk dönemi için geçerli değildir. Üç yaştan daha büyük çocuklarda nöbetin en yaygın nedeni idiyopatik epilepsidir (58). Nöbetler büyük çocuklarda ise sıklıkla kafa travması, MSS enfeksiyonları, zehirlenme ya da febril konvülziyon gibi nedenlerle oluşur. Febril konvülziyon geçiren çocukların yaklaşık %3'ünde ileri dönemde epilepsi gelişmektedir (55).

Epilepsi olgularının yaklaşık yarısının nedeni ise tam olarak bilinmemektedir. Bütün epilepsilerin %40'ını oluşturan bu idiyopatik epilepsilerde etiyolojik olarak genetik faktörlerin rol oynadığı kabul edilmiştir. Genetik yatkınlık, epilepsi olgularının çoğunda önemli bir nedendir. Ailesinde epileptik üyeler bulunan kişilerde epilepsi gelişme olasılığı daha yüksektir. Ülkemizde de çok yaygın olan akraba evliliği epilepsi dahil monojenik resesif hastalıkların insidansında artışa neden olabilmektedir (55, 72).

1.3.4. Patofizyoloji

Nöbet, beyinde anormal elektriksel deşarjların meydana geldiği klinik bir tablodur (41). Beyinde nöbetlerin başladığı yer, epileptojenik fokus olarak tanımlanmaktadır (68, 73). Nöbetin tipine ya da etiyolojik faktöre bakılmaksızın, tüm konvülziyonlarda temel mekanizma, uzamış depolarizasyon sonucunda beyin hücrelerinin aşırı aktif hale gelmesi ve aniden boşalmasıdır (58, 74). Korteksteki gri maddede anormal elektriksel deşarjların ortaya çıkması beynin normal işlevini geçici olarak bozmaktadır (69).

Anormal elektriksel deşarjlar (58);

- 1- Beynin merkezinden kaynaklanabilir ve bu durumda bilinç etkilenir,
- 2- Serebral korteksin sadece bir bölgesiyle sınırlı kalabilir, etkilenen bölgeye göre belirtiler ortaya çıkar,
- 3- Korteksin sadece bir bölgesinde başlayıp, beynin diğer kısımlarına da yayılma gösterebilir. Eğer yayılma yeterli düzeyde ise jeneralize nöbet ortaya çıkar.

Parsiyel nöbetler serebral korteksin bir bölgesinde ya da bir hemisferde anormal elektriksel deşarjlarla oluşur. Ortaya çıkan semptomlar serebral korteksin etkilenen bölgesine bağlı olarak ortaya çıkar. En sık serebral korteksin temporal, frontal ya da parietal lobu etkilenir. Jeneralize nöbetlerde ise beynin her iki hemisferinde de aynı anda kortekste elektriksel aktivite başlar ve beyin sapının içine yayılım gösterir. Nöbet geçiren çocukta bilateral ve simetrik olarak spazmlar ve istemsiz hareketler görülür (41, 58).

1.3.5. Nöbetlerin Sınıflandırılması

Nöbet tipinin sınıflandırılması birçok nedenle önemlidir. İlki, nöbet tipi nöbetin nedeni konusunda ipucu verebilir. Ayrıca, nöbetin kesin tanımını yapmak prognozunu belirlenmesi ve en uygun tedavinin seçilmesi için bir temel oluşturur (75). Epileptik nöbetlerin sınıflandırılmasında 1981’de Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE) tarafından yapılan sınıflandırılma kullanılmaktadır (12).

1.3.6. Epileptik Nöbetlerin Uluslararası (ILAE) Sınıflandırılması: (12, 42, 60, 75- 77)

Parsiyel Nöbetler

Basit parsiyel nöbetler (bilinç korunmuştur)

- Motor (yayılım gösteren, göstermeyen, versif, postural, fonatuar)
- Somatosensoriyel veya özel duysal semptomlu nöbetler (somatosensoriyel; görsel, işitsel, vertijinöz, tat ve koku ilişkili)
- Otonomik semptom veya bulguları olan nöbetler
- Psikiş semptomlu nöbetler (disfazi, dismnezi, bilişsel, affektif semptomlu, illüzyonlar, sanrılar)

Kompleks parsiyel nöbetler(bilinç bozulur)

- Basit parsiyel başlangıçlı nöbetler (basit parsiyeli takiben bilinç bozulur)
- Başlangıçta bilinç değişikliği olan nöbetler

Sekonder jeneralize olan parsiyel nöbetler

- Basit parsiyel şekilde başlayıp jeneralize olan nöbetler
- Kompleks parsiyel şekilde başlayıp jeneralize olan nöbetler
- Basit parsiyelden kompleks parsiyele dönüşüp jeneralize olan nöbetler

Jeneralize Nöbetler

Absans nöbetleri

- Tipik Absans (sadece bilinç kaybı, hafif kloniler, tonus kaybı, tonik kasılma, otomatizma ve otonomik semptom ve bulgularla olabilir)
- Atipik absans

Myoklonik nöbetler

Klonik nöbetler

Tonik nöbetler

Tonik-klonik nöbetler

Atonik nöbetler

Sınıflandırılmayan Epileptik Nöbetler

1.3.6.1. Parsiyel Nöbetler

Parsiyel nöbetler serebral korteksin herhangi bir yerinden kaynaklanır. Ancak en fazla frontal, temporal ve parietal loblar etkilenir (58, 74, 78). Parsiyel nöbetler genellikle bir aura (görsel, işitsel, tat ilişkili ya da motor semptomlu) ile başlar (41). Motor semptomlar etkilenen alanla karakterize olup; somatosensoriyel, psişik, otonomik ya da bunların kombinasyonundan oluşabilir (58). Nöbet sırasında bilinç değişikliği olması (kompleks parsiyel) veya olmamasına (basit parsiyel) göre ikiye ayrılırlar. Her iki tip de korteksin diğer bölgelerine yayılarak sekonder jeneralize nöbetlere dönüşebilir. Parsiyel nöbetler jeneralize tonik-klonik nöbete dönüşürse tam bilinç kaybı oluşur (12).

1.3.6.1.1. Basit Parsiyel Nöbetler

Bilincin açık olduğu belirti ve bulguların nöbet odağına bağlı olduğu nöbetlerdir (12). Motor aktivite basit parsiyel nöbetin en sık rastlanan belirtisidir (75). Motor belirtileri olan tipik bir kısmi nöbet vücudun aynı tarafındaki parmaklarda başlar ve el bileğine, kola, yüze yayılarak klonik kontraksiyonlara neden olur. Eğer kasılmalar lokalize kalırsa bilinç kaybı gelişmemektedir. Duyusal belirtileri olan kısmi nöbette ise yüzde, ekstremitelerde uyuşukluk, karıncalanma, parestezi ya da ağrı görülür. Hallüsinasyonlar, parlak ışıklar, kokular ya da sesler duyma gibi çeşitli duyuşal deneyimler yaşanabilir. Ayrıca terleme, yüzde kızarma ve pupillerde dilatasyon olabilir (79). Otomatizma basit parsiyel nöbetlerde görülmemekte ancak bazı hastalar auradan yakınabilirler ve bu nöbetin tek belirtisi olabilir. Çocuklar aurayı tanımlamakta zorlanır ve sıklıkla "acayip hissetme" veya "birisi içimde emekliyor" gibi tanımlarlar (75).

Basit parsiyel nöbetin etiyolojisinde fokal hasar (serebral palsi gibi), tümör ya da lezyonlar, beyin abseleri, arteriyovenöz malformasyonlar yer almaktadır. Her yaşta başlayabilir (41, 68). Ancak sekiz yaş altı çocuklarda yaygın olarak görülmez (58). Nöbet ortalama 30-60 saniye sürer (80). Basit parsiyel nöbetin ayırt edici özelliği hastanın bilincini kaybetmemesi ve nöbet sırasında ses çıkarabilmesidir. Ayrıca olaydan sonra postiktal fenomen olmaz (75).

1.3.6.1.2. Kompleks Parsiyel Nöbet

Kompleks parsiyel nöbetler en sık temporal lobdan olmak üzere korteksten kaynaklanır; ancak frontal veya parietal loblardan da ortaya çıkabilir (79). Bu nöbetlere temporal lob ya da psikomotor nöbetler de denilmektedir (68). Psikomotor nöbetler, kronik nöbetlerin yaklaşık 1/3'ünü oluşturur. Bu nöbetlerin tanısı ve kontrolü daha güçtür. Kompleks parsiyel nöbetlerde duysal ve motor fonksiyonlar etkilenir (78).

Nöbetin başlangıcında genellikle birkaç dakika süren bir aura dönemi vardır (68, 78). Aura olması daima fokal başlangıçlı bir nöbeti işaret eder (75). Bu dönemde hoş olmayan koku ya da tatlar, anksiyete, korku, dejavu, karmaşık işitsel ya da görsel hallüsinasyonlar yaşanabilir. Ağız şapırdatma, çiğneme, emme, amaçsızca gezinme ya da kıyafetlerini çekiştirme gibi amaçsız şekilde tekrarlayan hareketler görülür (41, 68, 78, 80- 81). Auralar sıklıkla yükselen epigastrik his, karın ağrısı, bulantı veya hastaların iyi tanımlayamadıkları bir duygu şeklindedir (12).

Hafızanın bazı yönleri temporal lobda yer aldığı için çocuğun zamanı, yeri, kendi kimliğini algılayışında bulanıklık ve bilinç kaybı oluşur. Ancak çocuk beş dakikadan daha az bir süre içinde tekrar bilincini kazanır. Nöbetten sonra çocuk genellikle hafif uykulu olabilir, ancak bu tonik-klonik nöbetlerdeki gibi gerçek bir postiktal dönem değildir (78).

Bebek ve çocuklarda ise parsiyel nöbetleri tanımlamak zor olduğundan bunların kompleks parsiyel nöbetlerle olma sıklığı gözden kaçabilir. Bebek ve çocuklardaki bilinç bulanıklığını ve aurayı değerlendirmek güçtür. Kısa boş bakma veya aktivitenin aniden durması ya da aktiviteye ara verilmesi görülebilir. Ancak bu belirtiler genellikle ailenin gözünden kaçır. Otomatizmalar bebek ve çocuklarda kompleks parsiyel nöbetlerde sık görülen bir özelliktir, vakaların yaklaşık %50-75'inde görülür, çocuğun yaşı büyüdükçe otomatizma frekansı artar. Bebeklerde görülen otomatik davranışlar; dudak ısırma, çiğneme, yutkunma ve aşırı salya ile karakterizedir (75).

Kompleks parsiyel nöbetlerin etiyolojisinde intrakraniyal lezyonlar, kistler, tümörler, perinatal travma, beyin travması, vasküler anomaliler ve uzamış febril nöbetler yer almaktadır. Bu nöbetler 3 yaş ve adolesan dönemi arasında daha sık görülür. Genellikle bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MR) ve EEG bulguları normal olabilir. Ancak yinelenen EEG'ler genellikle frontal veya temporal lobda bir diken veya bir yavaş dalga odağını ya da çok odaklı anormallikleri gösterir (41, 79).

1.3.6.1.3. Sekonder Jeneralize Olan Parsiyel Nöbetler

Basit parsiyel nöbetler ya da kompleks parsiyel nöbetler beyinde daha geniş bir bölgeye yayılarak jeneralize nöbete dönüşebilir. Genellikle tonik-klonik nöbete dönüşür. Bu tür durumlarda parsiyel nöbet ilk nöbet olayı olarak, jeneralize nöbet ise ikinci nöbet olarak düşünülür (58).

1.3.6.2. Jeneralize Nöbetler

Klinik ve EEG bulguları ile nöbetin başlangıcında her iki hemisferinde yaygın olarak olaya katıldığı nöbetlerdir (12). Bu tip nöbetlerde genellikle aura yoktur ancak bilinç kaybı vardır. Nöbetleri dört yaşından önce başlayan çocuklarda mental retardasyon, davranış ve öğrenme sorunları daha sık görülür (68). Nöbetler günün her saatinde görülebilir. Nöbet aralıkları dakika, saat, hafta ya da yıl olabilir (58).

1.3.6.2.1. Absans Nöbetler

Absans epilepsi, eskiden petit mal ya da lapse epilepsi olarak isimlendirilmektedir (41, 74). Kısa süreli, ani başlangıç ve bitiş gösteren çok sayıda tekrarlayan dalma nöbetleridir. Absans nöbetler, tüm nöbetlerin hafif şekilleridir. Kişiler nöbet anında aniden durur, yaptıkları işi birden bırakırlar (73). Motor aktivite ya da konuşmada ani duraklama, sabit bir noktaya dik dik bakma ile yüz ifadesinde boşluk ve göz kapaklarının kırıştırılması ile karakterizedir (58, 75, 81). Ayrıca nöbet sırasında yutkunma, yalanma veya giysilerle oynama gibi basit otomatizmalar ya da klonik hareketler görülür (12). Aura yoktur (41). Nöbet anında çocukta birkaç saniye için geçici bir duraklama olur ve sonra çocuk hiçbir şey olmamış gibi eski aktivitesine geri döner. Çocuk bu arada geçen zamanın farkında değildir. Nöbetler genellikle 5-10 saniye sürer, nadiren 30 saniyeden uzun sürer (58, 75, 78). Basit absans nöbetlerine sıklıkla otomatik davranış eşlik eder. 3-4 dakika süren hiperventilasyon rutin olarak bir absans nöbetini başlatır (75, 82).

Absans nöbeti olan çocuklar gün içinde 50-100 defa nöbet geçirebilirler (83). Hastalar gövde tonüsünü kaybetmez ama başları hafifçe öne düşebilir. Nöbet sırasında inkontinans ve postiktal dönem (post epileptik konfüzyon, uyku hali, letarji) gözlenmez. Ancak bazı çocuklarda absans nöbetler, adölesan dönemde tonik-klonik nöbetlere dönüşebilir (75, 78).

Bu nöbetler çocukluk döneminde özellikle 3-12 yaşlar arasında ortaya çıkar, adölesan dönemde remisyona girer. Etiyolojisinde genetik yatkınlık rol almaktadır. Hiperventilasyon ve parlak ışıklara maruz kalmayla da tetiklenebilir. Nöbetler gündüz rüyası ya da dikkatsizlik ile karıştırılabilir. Amnezi vardır (41). Absans nöbetler kolaylıkla fark edilmeyebilir. Ancak öğretmenin çocuğun okulda dikkatini derse veremediğinden şikayet etmesi bu tip nöbetler için ip ucu olabilir. Absans nöbeti sırasında çocuklar dikkat etmeleri istendiğinde tepki veremez ve daha sonra nöbet sırasında neler olduğunu hatırlayamaz. Absans nöbetler erkeklere oranla kızlarda daha sık görülmektedir. Bu tip nöbetler genellikle ilaçlarla kontrol edilebilir (73).

Tedavide ethosuximide (zartinin) ya da valproik asit kullanılabilir. Nöbetler ilaçlarla tam olarak kontrol edilebilirse çocuk okulda normal aktivitelerine devam

edebilir. Eğer nöbetler tam olarak kontrol edilemiyorsa ebeveynler çocuk için olası durumlar konusunda (örn; yoldan karşıdan karşıya geçme, araba kullanmayı öğrenme gibi) önceden uyarılmalıdır (78). Tipik absans nöbetlerinde EEG bulgusu ani başlangıçlı jeneralize, senkron ve simetrik 3 Hz diken dalga kompleksleri şeklindedir (12, 75).

1.3.6.2.2.Myoklonik Nöbetler

Myoklonik nöbetler, vücuttaki bir kas grubunda ani, kısa süreli ve tekrarlayan kontraksiyonlar ile karakterizedir (58). Myoklonik nöbetler 2 yaşın başlarında ancak daha yaygın olarak ilkököl ve adölesan dönemde başlar (68). Nöbetler tipik olarak uykuya dalarken ya da uyanırken olur. Hızlı ve istemsiz kas hareketleri (bir objeyi fırlatma veya düşürme şeklinde) ani bir şekilde üst gövde, baş ve ekstremitenin fleksiyonu, eğilmesi ya da tüm vücutta kasılmalar vardır. Bu kasılmalar vücudun bir bölgesi ile sınırlı ya da yaygın olabilir. Nöbet simetrik ya da tek taraflı olabilir (41, 74). Nöbet sırasında bilinç kaybı ya da postiktal dönem görülmez (68).

Myoklonik nöbetler sinir sisteminin çeşitli hastalıklarında (örn; viral ensefalit, üremik ensefalopati, dejeneratif beyin hastalığı) nonspesifik bir semptom olarak gözlenir (78). Ayrıca fotosensitivite sık görülür (73). EEG’de genellikle çoklu diken dalga deşarjları ortaya çıkar (12).

1.3.6.2.3.Klonik Nöbetler

Tekrarlayıcı, ritmik, klonik atımlar ile karakterizedir. Çeşitli kas gruplarının genellikle aniden ve seyirmelerle karakterize saniyede düzenli olarak 0.2-5 kez tekrarlayan kısa kontraksiyonlardan oluşur. Myoklonik nöbetler düzensiz şekilde tekrarlanan tek bir jerk içerirken, klonik nöbetlerde düzenli bir orana sahip olması hariç myoklonik ve klonik nöbetlerde görülen jerkelere benzerdir. Başka bir deyişle, klonik nöbetler düzenli tekrarlama oranına sahip "myoklonik jerklerden" oluşur (4).

Klonik nöbetlerde bilinç kaybı vardır ve tek ekstremitede daha belirgindir (58). Tek taraflı klonik nöbetler tipik şekilde yüz veya el bölgesini tutarlar ve daha az sıklıkla bacak veya gövdeyi tutabilirler. Tek taraflı klonik nöbetler tüm vücutta yayılarak primer somatomotor korteksin tutulumunu yansıtır (84). Bir ya da birkaç dakika sürer. Nöbet sonrası süresi uzamış postiktal periyot görülebilir (58). Özellikle süt çocuklarında daha sık görülür (12).

1.3.6.2.4.Tonik Nöbetler

Genellikle bir dakikadan kısa süren, kas gruplarındaki ani tonüs artışı şeklinde gözlenen nöbetlerdir. Çocuğun gözleri yukarı doğru kayar, kaskatı kesilir, morarır ve opustotonus pozisyonuna girer (12). Karın kasları ve solunum yolundaki kaslar aniden kasıldığı için çocuk nöbet esnasında çığlık atabilir. Her iki kol baş seviyesinin üzerinde havaya kalkabilir, sanki biri yanaklarını sıkıyormuş gibi yüzünü buruşturabilir. Gövde kaslarının da katılmasıyla kişi dengesini kaybedip yere düşebilir (73). Tonik nöbetler myoklonik nöbetlerden daha uzun sürer ve ortalama 10 saniye kadardır. Postiktal periyotta bilinç bulanıklığı, yorgunluk ve baş ağrısı yaygın olarak görülür. Tonik nöbetler yaygın olarak görülmez ancak tipik olarak 1-7 yaş arası başlangıç gösterir (58). EEG’de düşük amplitüdü hızlı aktivite ya da 10 Hz’lik frekansı azalırken, amplitüdü artan ritmik aktivite görülür (12).

1.3.6.2.5.Tonik-Klonik Nöbetler

Tonik-klonik nöbetler grand mal nöbetler olarak da bilinir. Grand mal epilepsi, beynin serebral korteks, serebrumun derin kısımları ve hatta beyin sapını da içeren beynin tüm alanlarında aşırı nöron deşarjlarıyla tanımlanır. Omuriliğe iletilen boşalımalar tüm vücudun jeneralize tonik nöbetlerine neden olur. (81).

Jeneralize tonik-klonik nöbetler çocukluk çağında en sık görülen nöbetlerdir (12) ve fokal başlangıçlı bir parsiyel nöbeti takip edebilir (sekonder jeneralizasyon) veya tek başına olabilir (75, 79). Konvülsif nöbeti olan çocukların %55'inde tonik-klonik nöbetler görülmektedir (78). Çocukluk çağı nöbetlerinin en ağır tipidir. Halk arasında sara nöbeti olarak bilinir (12).

Etiyolojisinde; perinatal travmaya bağlı serebral hasar, beyin travması, tümörler, yapısal lezyonlar, metabolik ve nöromüsküler dejeneratif bozukluklar rol oynamaktadır. Ancak büyük çoğunluğu ise genetik kökenlidir. Her yaşta başlayabilir fakat altı aydan önce nadir görülür. Aura ile birlikte olabilir (58). Bu da epileptik deşarjın fokal kökenli olduğunu düşündürür. Auranın olduğunu bilmek önemlidir, çünkü varlığı ve auranın başladığı taraf patolojik alanı gösterir (75).

Jeneralize tonik-klonik nöbet genellikle uyarı olmaksızın tonik ve klonik olmak üzere iki belirgin evreden oluşur:

Tonik evrede; Çocuk aniden bilincini kaybeder ve gözler geriye doğru döner. Eğer çocuk oturuyorsa yere düşer. Tüm vücutta simetrik jeneralize tonik kasılmalar başlar. Kollar genellikle fleksiyonda, bacaklar, baş ve boyun uzatılmış pozisyonudadır. Bu sırada ağız sıkıca kapanır ve hasta dilini ısırabilir. Torasik ve abdominal kaslar kasılır ve buna bağlı olarak içerdeki hava çıkarken vokal kordları zorlar, kişiden tiz, delici bir ses çıkar. Ebeveynler bu sesi genellikle ağrıdan kaynaklı bir ses olarak düşünürler. Tonik evre ortalama 10-30 saniye sürer. Çocuk bu evrede çocukta apne ve siyanoz görülebilir. Ayrıca kan basıncında artış, taşikardi, ciltte kızarıklık ve sekresyonlarda artış gözlenebilir (58, 68).

Klonik evrede ise; tüm kas gruplarında ritmik klonik kasılmalar ve gevşemeler görülür. Bu evrede çocuk oral sekresyonlarını kontrol edemez, idrar ve gaita inkontinansı görülebilir. Nöbetin sonlarına doğru vücuttaki hareketler giderek azalır, nöbet sonlanıncaya kadar sıklığı azalarak devam eder. Klonik evre ortalama 30-50 saniye sürer (58).

Postiktal evrede; çocuğun bilinci yarı açıktır ve uyanması zor olabilir. Postiktal evre ortalama 1-15 dakika sürer. Çocukta bilinç bulanıklığı olabilir ya da çocuk birkaç saat uyuyabilir. İnce motor hareketlerde orta derecede bozulma görülür. Çocuk görme ve konuşma zorluğu yaşayabilir, kusma ya da baş ağrısı şikayeti olabilir. Uyanırken bilinci tamamen açık olabilir ancak genellikle kendini yorgun hisseder. Kaslarında ağrı ve baş ağrısı şikayetleri görülebilir ancak yaşadığı olayları hatırlayamaz (58).

Nöbet esnasında hastanın boynunun etrafındaki sıkı kıyafetler ve takılar gevşetilmelidir. Hasta bir tarafa döndürülmeli, boyun ve çenesi solunumunu

kolaylaştırmak için yavaşça hiperekstansiyona getirilmelidir. Ağız bir nesne veya parmakla zorla açılmamalıdır. Çünkü hastanın dişleri kırılabilir, hasta dişleri aspire edebilir ve ciddi bir orofarengeal boşluk hasarı gelişebilir (75).

1.3.6.2.6.Atonik Nöbetler

Bu nöbetler kas tonüsünün ani ve geçici kaybı ile karakterizedir. 2-5 yaşlar arasında görülür. Nöbetin şiddetine bağlı olarak çocukta bilinç kaybı olabilir. Hafif nöbetlerde ise çocuğun başında ani, kısa süreli düşmeler olur. Daha şiddetli nöbetlerde çocuk aniden yere düşer, kısa süreli bilinç kaybı olur ve birkaç saniye sonra çocuk hiçbir şey olmamış gibi ayağa kalkar. Nöbet geçiren çocuklar genellikle öne doğru, yüzünün üzerine düşer. Bu çocukların başı bir kask yardımıyla korunmazsa, tekrarlayan kafa travmalarına ve yaralanmalara neden olmaktadır. Etiyolojisinde beyin anomalileri ve mental retardasyon yer almaktadır (58, 78). EEG’de çoklu diken dalga kompleksleri görülür (12).

1.3.6.3. Sınıflandırılmayan Nöbetler

Sınıflandırma yapmak için yeterli bilgi olmayan nöbetler bu gruba girmektedir (77). Epileptik Nöbetlerin Uluslararası Sınıflandırılması’na ek olarak epileptik sendromların bazı tipleri bir grup belirti ve semptom sergilemektedir. Bu nöbetler özel bir durumun ya da toplu olarak bir durumun göstergesidir. Süt çocuklarında ve diğer çocukluk dönemlerinde görülen birkaç sendrom epilepsi ile ilişkilidir. Bunlardan iki tanesi, West sendromu ve Lennox-Gastaut sendromudur (58).

1.3.6.3.1.West Sendromu

İnfanıl spazmlar genellikle hayatın ilk bir yılı içinde süt çocuklarında olan, antiepileptik ilaçlara dirençli nöbetlerle giden bir hastalıktır. West Sendromu infanıl spazmlarla eş anlamlı olarak kullanılır. Bu kavramın kullanılmasının nedeni, West’in 1841’de kendi oğlunda bu sendromu tarif etmiş olmasıdır. İnfanıl spazmlar yaşamın ilk 6-8 ayında görülen nadir hastalıklardandır. Bu bebeklerin yaklaşık %95’i hafif ya da ileri derecede mental retardedir (85).

Bu nöbet tipinde gövdenin çok hızlı hareketleri ile birlikte vücutta ani simetrik kas kontraksiyonları, ekstremitelerde fleksiyon ve addüksiyon görülür. Bebek aniden oturur pozisyonundan öne doğru düşebilir. Nöbet sırasında başta kısa süreli spazmlar ya da opustotonus pozisyonu gözlenir. Başlangıçta bu spazmlar sadece birkaç saniye sürer. Giderek başın spastik hareketlerinin sıklığı, şiddeti artar ve infanıl spazmlar jeneralize nöbete dönüşebilir. Spazmlar günde 100-200 kez olabilir ve genellikle uykudan uyanırken ya da uykuya dalma sırasında meydana gelir. Genellikle altta yatan neden belli değildir. Patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Erkeklerde kızlara oranla iki kat daha sık görülür (58, 78, 85).

Etiyolojide belirlenebilen nedenler arasında beyin anomalileri, doğum travması ya da metabolik hastalıklar (örn; fenilketonüri) yer alır. Ayrıca maternal enfeksiyon, prematüre doğum ve gelişme geriliği hastalığa eşlik eder. Gelişimi önceden normal olan bebeklerde nöbetler başladıktan sonra entelektüel gelişimde duraklama ve hatta gerileme görülür. Tanıda EEG ve beyin MR bulguları önemlidir.

İnfanıl spazmı olan çocuklarda EEG’de yüksek voltajlı düzensiz elektriksel boşalmalar olur (78).

İnfanıl spazmların tedavisinde Adrenokortikotropik Hormon (ACTH), valproik asit, steroidler ve B6 (piridoksin) kullanılmaktadır. Ancak ACTH’nin ciddi yan etkileri (immünosupresyon, hipertansiyon) bulunmaktadır. Bu nedenle ACTH alan çocukların %50’sinde hipertansiyon geliştiği için kan basıncı her hafta kontrol edilmelidir. Sıklıkla bu nöbetler 2 yaşında kaybolur ya da tonik-klonik nöbetlere dönüşür (58, 78).

1.3.6.3.2.Lennox-Gastaut Sendromu (LGS)

İnfanıl spazmı olan çocukların çoğunda Lennox-Gastaut sendromu gelişir. Bu sendromda karışık nöbet tipileri (atonik, tonik-klonik, tonik), yavaş mental gelişim, tedaviye yetersiz yanıt ve tipik EEG değişiklikleri vardır. Sendrom 1-10 yaşları arasında görülür. LGS’nin 1/3’ü idiyopatik, 2/3’ü semptomatiktir (58).

İdiyopatik LGS, normal psikomotor gelişimi olan çocuklarda ve epilepsi öyküsü olmayan çocuklarda görülür. Nöbetler enfeksiyon hastalıkları, aşılar ya da febril bir nöbetten sonra ortaya çıkabilir. Okul çağı çocuklarında davranış bozuklukları ve kişilik değişiklikleri görülür. Semptomatik LGS’de ensefalopati, mental retardasyon ya da epilepsi öyküsü vardır. Prognozu daha kötüdür. Bilişsel bozukluk ilerleyicidir (78).

Bu sendromun tedavisi güçtür ve olguların çoğu tedaviye yanıt vermez. İlaçlarla nöbetin durdurulamadığı durumlarda ketojenik diyet önerilmektedir. İlaç tedavisinde valproik asit ve klonazepam (benzodiazepin, nitrazepam) genellikle en etkili ilaçlardır. Ayrıca tedavide yüksek doz immünglobulinler kullanılır. ACTH ve steroidler yararlı olabilir ancak olası önemli yan etkilerinden dolayı sıklıkla kullanılmamaktadır (58, 79).

1.3.6.4. Status Epileptikus (SE)

Aralıksız ya da kısa aralıklarla en az 30 dakika süren konvülziyonlara epileptik status denir. Statusta nöbetler arasında bilinç kapalıdır. Mortalite ve morbiditesi yüksek acil durumlardan biridir ve hızla tedavisi gerekir. Ancak tedavi yaklaşımı açısından bakıldığında 5-10 dakikadan uzun süren nöbet "uzamış konvülziyon" olarak kabul edilir ve status epileptikus gibi tedavi edilmelidir. Kasılma ile olan nöbetler için konvülzif status, kasılma olmayanlar için (örn: absans) non-konvülzif status terimleri kullanılır. Status ile üst üste tekrarlayan konvülziyon serilerinin birbirinden ayırt edilmesi gerekir (76, 86).

Çeşitli status türleri arasında en tehlikeli olanı tonik-klonik jeneralize statustur. Bu tür statusa yol açabilen en önemli faktör, tedavi altında bulunan bir hastanın ilacının ani kesilmesidir. Çocuklarda enfeksiyon hastalıklarında nadir olarak febril konvülziyon statusa dönüşebilir. Çocuklarda erişkinden farklı olarak 30 dakikadan uzun süren status beyinde organik lezyon gelişmesine yol açabilir. Yenidoğanda bu süre daha kısadır (75, 76).

Status epileptikus küçük çocuklarda daha sıktır. Çocuklarda status epileptikusun %85'i ilk 5 yaşta, %25'i ilk yaşta gelişir. Status epileptikus, tüm epileptik hastaların %4-16'sında yaşamlarının bir döneminde görülebilir (86). Bazı epilepsi türleri önce status ile başlar. Status ile başlayan bir epilepsi türünün tedavisizordur ve mortalite yüksektir. Mortaliteye yol açan nedenlerin başında solunum merkezi depresyonu, aspirasyon, bronkopnömoni ve beyin ödemi gelir (76).

Sınıflandırma: Konvülfif ve non-konvülfif olarak iki ana gruba ayrılır (86):

Konvülfif status epileptikus;

- *Jeneralize:* Tonik, tonik-klonik, klonik, myoklonik
- *Fokal:* Motor, sekonder jeneralize

Konvülfif olmayan status epileptikus;

- Absans ve kompleks parsiyel olarak sınıflandırılır.

Evreleri:

- Başlangıç/erken status epileptikus (<30 dakika),
- İleri/geç status epileptikus (30-60 dakika) ve
- Refrakter status epileptikus (>60 dakika) olarak derecelendirilir.

Süre uzadıkça tedavi güçleşmekte ve sistemik komplikasyonlar eklenmektedir.

Nedenleri:

- ***Febril status epileptikus:*** Daha önce afebril konvülziyon öyküsü olmayan, merkezi sinir sistemi enfeksiyonu veya diğer akut merkezi sinir sistemi hastalığı olmayan çocuklarda görülür. En sık 1-3 yaşlar arasındadır. Status epileptikus içindeki sıklığı %20-29'dur.
- ***İdiyopatik status epileptikus:*** Nörolojik gelişimi normal olan çocuklarda görülür. Sıklığı %16-39 arasındadır. İdiyopatik epilepsilerde görülen status epileptikus bu grupta yer alır.
- ***Kronik statik merkezi sinir sistemi:*** Daha önceden nörolojik sorunu olan olgularda (örn: serebral palsive/veya mental retardasyon) gelişir. Sıklığı %14-23'tür.
- ***Akut semptomatik:*** Özellikle küçük çocuklarda sıktır. Bu grupta 60 dakikadan uzun süren status epileptikus mortalitesi yüksektir. Sıklığı %23-40 arasındadır. Nedenleri: merkezi sinir sistemi enfeksiyonu, ani antiepileptik ilaç kesimi, merkezi sinir sistemi travması, metabolik bozukluklar, hipoksi, zehirlenme, serebrovasküler, ilerleyici ensefalopatidir (86).

Tedavide önce vital fonksiyonların kontrol altına alınması gerekir. Oksijen verilir, gerekiyorsa entübasyon yapılır. İntravenöz glikoz içeren parenteral sıvı, antikonvülfif tedavi ve antibiyotik tedavisi uygulanır. Ateş çok yüksek ise hiperpireksi tedavisi uygulanır. İlaç seçiminde hastanın daha önce aldığı antiepileptik

ilaç biliniyorsa intravenöz yoldan ya da gastrik gavaj ile verilir. Hiçbir şey bilinmiyorsa intravenöz diazepam (0.3 mg/kg/doz, 2-3 dakikada verilir, 15-30 dakika ara ile tekrarlanabilir) verilebilir. Diğer ilaçlar yine intravenöz klonazepam (0.5 mg/doz) ve lidokain (1-3 mg/kg/doz) olabilir. Status ardından uzun süreli tedaviye geçmek için seçilecek ilaçlar epilepside olduğu gibi konvülsiyon türüne uygun olmalıdır. Enfeksiyon kuşkusu varsa gerekli incelemeler için kan örneği alındıktan sonra antibiyotik tedavisine başlanır (76).

1.3.7. Epilepside Klinik Belirti ve Bulgular

Epilepside klinik belirti ve bulgular nöbetin tipine ve süresine bağlıdır. Nöbetler iki grupta sınıflandırılmaktadır: Parsiyel (fokal) nöbetler ve jeneralize (epileptik odağı belli olmayan) nöbetlerdir:

Parsiyel nöbetler; beyinde belirli bir nöron grubunun deşarjı ile ortaya çıkar ve belirtiler hangi nöron grubunun tutulduğuna bağlıdır. Genellikle bir aura (görsel, işitsel, tat ilişkili ya da nöbetin başlayacağına dair uyarı veren motor hisler) ya da davranışlarda ani, tetiklenmemiş değişiklikler ile başlar. Çocuk aurayı hissederse kendini emniyetli bir alana alıp, yaralanmayı önleyebilir. Ayrıca çocuklarda parsiyel epilepsi daha sonra jeneralize epilepsiye dönüşebilir (41).

Jeneralize nöbetler ise; bilinç bulanıklığını takiben tonik evre ile başlar, kas kontraksiyonları ve katılaşma ile devam eder. Tonik evre klonik evreyi takip eder, kas kontraksiyonlarında değişiklikler başlar, ritmik kasılmalar ve gevşemeler görülür. Genellikle ağızda köpük ve hırıltılı solunum vardır. Bu evreyi postiktal periyot takip eder ve bu süreçte bilinç bulanıklığı giderek azalır. Postiktal periyodun süresi her çocuk için farklıdır. Jeneralize nöbetlerde aura yoktur. Motor belirtiler vücudun iki tarafında birden başlar. Tüm yaşlardaki epilepsilerin %25'ini oluşturur (41, 74).

1.3.8. Epilepside Tanı Yöntemleri

Çocukluk çağı epilepsilerinde tanısal yaklaşımda üç önemli hedef vardır:

Birinci hedef; epileptik nöbetin non-epileptik olaylardan ayırt edilmesi

İkinci hedef; epileptik nöbetin sınıflanması ve varsa epileptik sendromun tanımlanması

Üçüncü hedef ise; etiyolojik tanının ortaya konmasıdır (4).

Epilepsi hastalığının tanısında nöbet ve epilepsi kavramlarının tanımını kavramak ve bunları birbirinden ayırt etmek son derece önemlidir. Epileptik nöbet; beyinde anormal derecede aşırı ve senkron nöronal deşarjlara bağlı geçici olarak ortaya çıkan semptom ve/veya bulguların oluşturduğu klinik tablodur. Epilepsi ise; en az bir epileptik nöbet ile birlikte beyinde epileptik nöbet oluşturma eğiliminin bulunması durumudur. Epileptik nöbetin üç ana özelliği vardır. Başlangıç ve bitiş şekli, klinik belirtiler ve anormal artmış senkronlardır. Epileptik nöbet devamlı değil, geçicidir ve bir başlangıç, bir de bitiş vardır. Bitiş başlangıca göre daha az belirgindir, postiktal dönem belirtileri ile içi içedir. Epileptik bir nöbetin başlangıcı ve bitişine klinik ve elektroensefalogram (EEG) zemininde karar verilir. Tanı için öykü, fizik ve nörolojik muayene ile laboratuvar araçlarına başvurulur (87).

1.3.8.1. Elektroensefalografi (EEG)

Epilepsi tanısının konması, desteklenmesi, sınıflandırılması, nöbetin başlangıç yerinin araştırılması ve hastaların izlenmesinde EEG, kullanımı kolay ve ucuz bir yöntemdir. EEG beyindeki elektriksel aktivitenin amplifiye edilerek kağıt üzerine veya dijital ortama aktarılması ile yapılan çok eski ve halen epilepside efektif olarak kullanılan bir tanı aracıdır (4, 87).

Rutin EEG, epilepsi tanısının konulmasında kullanılan en önemli laboratuvar yöntemidir. Başlıca zemin aktivitesinde belirgin asimetri veya yavaşlama ve epileptiform deşarjların (diken, keskin ve diken-dalga deşarjları) saptanmasına çalışılır. Elektroklinik sendromlar hakkında bilgi verir. Hastada epilepsi varlığına ya da epilepsi türünün tespit edilmesinde yardımcı olur. Saptanan anomalinin lateralizasyonu, mümkünse lokalizasyonu açısından oldukça önemlidir. Ancak epileptiform anomalinin görülmesi mutlaka epilepsi anlamına gelmemektedir, normal bir EEG'nin de epilepsi tanısını dışlamayacağı unutulmamalıdır (88).

İlk rutin EEG ile epilepsi hastalarının ancak %30-50'sinde tipik patolojik bulgu görülür. Üç kez çekilen EEG ve belli nöbet tetikleyen yöntemler ile kayıtlarda patolojik bulgu oranı %60-90'a ulaşır (89). Sağlıklı erişkinlerde rutin EEG çekiminde epileptiform değişiklik görülme oranı %0.5'tir. EEG kliniğine yönlendirilen epileptik olmayan sağlıklı çocuklarda ise bu oran %2-4'e ulaşır. Nöbet geçiren hastanın EEG'sinin normal olması epilepsi tanısını dışlamaz. EEG'deki elektriksel anormallikler pek çok epileptik hastada ataklar arasında (interiktal dönem) da ortaya çıkar. Birçok epileptik hasta sürekli normal interiktal EEG bulgusu gösterebilir. Epilepsi tanısı kesin olan hastalarda EEG bulguları hastalığı sınıflandırma, fokal ya da lateralize bir epileptik odak olduğunu tanımlama, uygun tedaviyi seçme, prognoz için yol gösterici olarak ve hastalığın gidişini izlemek için kullanılır (88). Ancak EEG beynin şekli veya yapısının net görüntüsü hakkında bilgi vermez (73).

EEG, interiktal ve iktal dönemlerde elde edilir. Rutin uygulamalarda interiktal EEG elde edilir. İnteriktal EEG çekiminin zamanlaması ve sıklığı hastadan hastaya ve hastanın klinik özelliklerine göre değişir (4, 87).

İnteriktal EEG (87)

- Epilepsi tanısını desteklemede
- Spesifik epileptik sendromları saptama ya da dışlanmasında
- Epilepsi ve sendromların sınıflandırmasında
- Fotosensitiviteyi belirleme
- Nonkonvülsif status epileptikusu saptamada
- Status epileptikusu izlemede
- Muhtemel epileptojenik lezyonu saptamada
- İnteriktal EEG'de uyku ve hiperventilasyon, intermittan fotik stimülasyon gibi nöbeti tetikleyen yöntemlerin kullanılması pozitiflik oranını %60'dan %90'a yükseltir.

İktal EEG (87)

- Epileptik atakları, nonepileptik ataklardan ayırt etmede
- Nöbetlerin tipini belirlemede, sınıflandırmada
- Sık oluşan minör motor nöbetlerin yoğunluğunu saptamada
- Geçici kognitif bozulma gibi gizli nöbetleri saptamada
- Kendi kendini uyarma gibi nöbet etkenlerini ortaya çıkarmada
- Preoperatif epileptojenik bölgenin lokalize edilmesinde yararlanır.

1.3.8.2. Video-EEG Kayıtlaması

Video EEG monitorizasyonu epilepsi hastalarında önemli bir tanı yöntemidir. Uzun süreli, eş zamanlı video-EEG monitorizasyonu uygun dozda antiepileptik ilaçlarla kontrol altına alınamayan nöbetleri izlemek, bunların EEG korelasyonunu yapabilmek ve EEG’de izlenen bazı değişikliklerin davranışsal karşılıklarını saptayabilmek amacıyla kullanılan ileri bir yöntemdir.

Bu incelemede hastaların nöbet kaydı amacı ile yatırılması için gerekli ön koşul, nöbetlerin tedaviye dirençli olmalarıdır. Nöbetlerin gerek EEG gerek video kaydı ile hem klinik hem de elektrografik olarak tanımlanması epileptik ve epileptik olmayan paroksizmal olayların ayrımının yapılmasını, nöbet tipinin belirlenmesini ve böylece uygun ilacın başlanmasını, epilepsi cerrahisi amacıyla incelenen hastalarda nöbetin başlangıç lokalizasyonunu, yayılım paternini, elektriksel nöbet deşarjının davranışsal değişiklikler ile ilişkisini tanımlamayı sağlamaktadır. Özellikle cerrahi öncesi dirençli epilepsili hastaların incelenmesinde video-EEG monitorizasyonunun yeri tartışılmazdır. Ayrıca son dönemlerde epilepsi monitorizasyon merkezlerinin artmasıyla birlikte, epilepsi cerrahisindeki sayı ve başarı oranlarında artış gözlenmiştir (4, 61, 87, 90- 91).

1.3.8.3. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT)

Bilgisayarlı Beyin Tomografisi, X-ışınlarını baş bölgesine göndererek baş ve beynin görüntülerini çeker. Epileptik çocuklarda BBT anormalliğinin tanıya genel katkısı %30, basit parsiyel nöbeti olanlarda %52, kompleks parsiyel nöbeti olanlarda %30, EEG’inde yavaşlama olan epileptik çocuklarda %63, anormal nörolojik bulgusu olanlarda %64, nörolojik muayene ve EEG’si normal olanlarda %5 olarak bulunmuştur (87). Görüntünün netliği, MRI’den elde edilen görüntüden daha azdır. BBT’de beyindeki daha yoğun yapılar daha parlak görünürken, MRI’da yapılar ne kadar fazla sıvı içerirse o kadar parlak izlenir (73).

1.3.8.4. Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI)

Magnetik Rezonans Görüntüleme, diğer beyin görüntüleme yöntemlerinde elde edilemeyen küçük anomalileri de gösterebilir. İyonize radyasyon kullanılmaması, hassasiyet ve özgüllüğünün yüksek olması, üç planda görüntü imkanı vermesi, yumuşak dokuyu daha iyi göstermesi ve yüksek çözünürlüğü, BBT’ye olan avantajlarını oluşturur (73, 87).

1.3.9. Tedavi

Epilepsinin ele alınmasında ilk basamak, hastanın nöbet geçirdiğinden ve epilepsiyi taklit eden bir durum olmadığından emin olmaktır. Epilepsi tedavisinde hedef, en az yan etki ile kognitif ve davranış problemlerine yol açmayan, yaşam

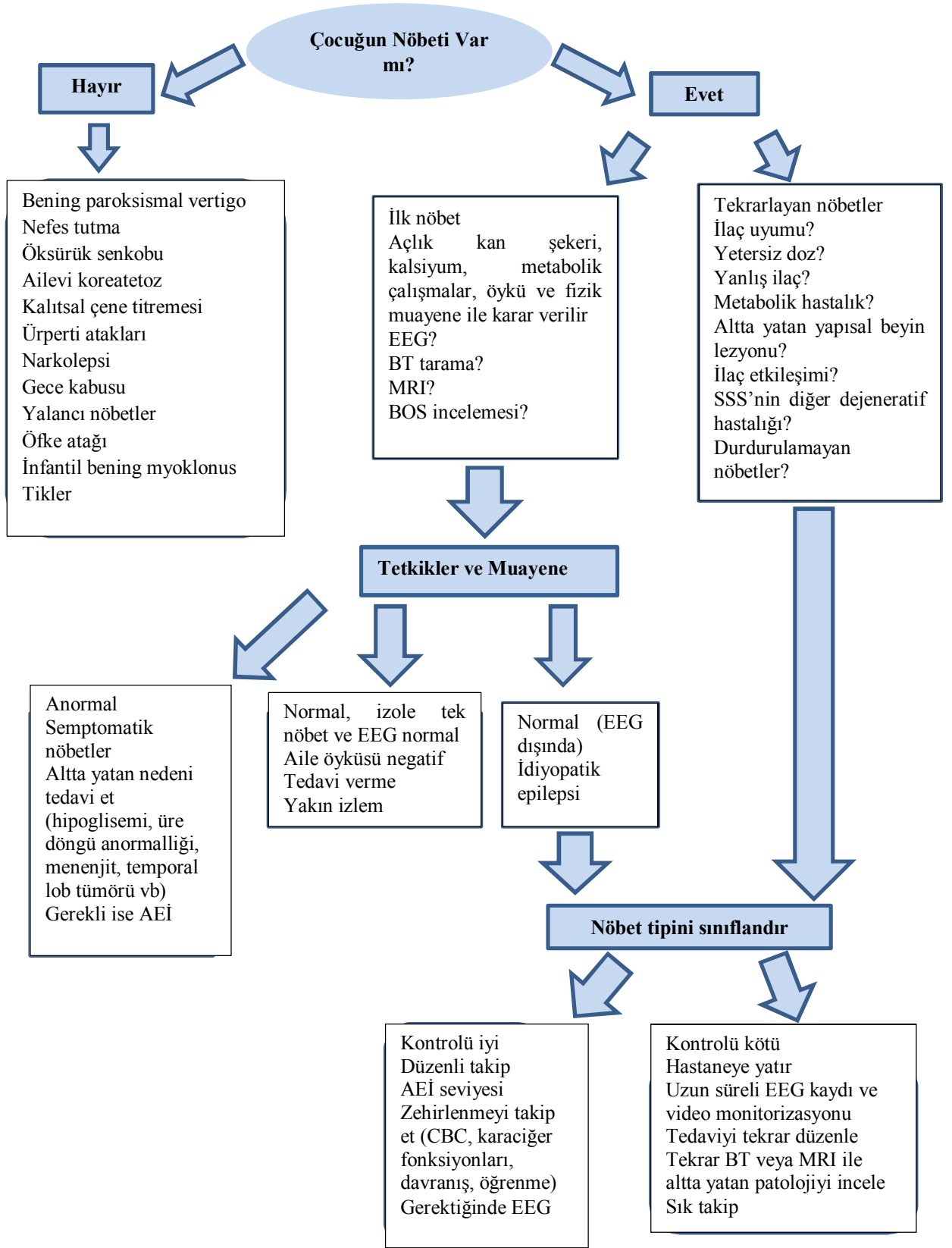
kalitesini bozmayan, hastanın kendisini bağımsız hissetmesini sağlayan nöbet kontrolüdür. Nöbet kontrolü; antiepileptik ilaçlar, ketojenik diyet, vagus sinir uyarımı ve cerrahi yöntemlerle yapılmaya çalışılmaktadır (75, 92).

1.3.9.1. Antiepileptik İlaç (AEİ) Tedavisi

Antiepileptik tedaviye başlamadan önce tanıdan emin olunmalıdır. Epilepsiyi taklit eden olaylar dışlanmalıdır. Normal bir çocukta paroksismal bir atağın nedeni hakkında kesin karar vermek bazen zor olabilir. Nörolojik muayene ve EEG’de negatif sonuç alınması genellikle antikonvülzan verilmesi yerine, yakın takiple beklenilmesini gerektirir. Paroksismal bozukluğun gerçek nedeni sonunda belirgin hale gelir (75, 92).

Şüpheli nöbet öyküsü olan çocuğa yaklaşım şu şekilde olmalıdır:

Algoritma 1.1. Şüpheli Nöbet Öyküsü Olan Çocuğa Yaklaşım



Kaynak: Johnston MV (2008). Epilepsinin Tedavisi, İçinden: Pediatri (Ed: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. (Çev. Ed: Akçay T). Nobel Tıp Kitabevi, Cilt 2, İstanbul, s: 1999-2000.

Antiepileptik ilaçlar seçilirken, nöbet tipine has etkisi olan, güvenli, diğer antiepileptik ilaçlarla ilişkisi ve laboratuvar tetkikine az ihtiyaç göstermesi dikkate alınarak seçim yapılmalı, başlama ve devam etme dozları bilinmelidir (92). Tedaviye küçük dozlarda başlanır, gereken tedavi dozuna 8-10 günde varılmasında yarar vardır. Verilen ilacın yarılanma zamanının bilinmesi kan düzeyinin kararlı dengeye varmasını sağlamakta önem taşır (76).

Tedavide, nöbeti en iyi kontrol altında tutan, minimal yan etkileri olan monoterapi tercih edilir. Monoterapi epilepsi tanısını yeni almış çocukların yaklaşık %60'ında istenilen etkiyi sağlar. İlk antiepileptik tedavide başarı sağlanamazsa, daha iyi sonuçlar alınabilecek farklı tedavilere geçilir. Dirençli vakalarda iki, bazen üç ilaç gerekebilir. Aynı zamanda istenmeyen yan etkiler görüldüğü zaman da tedavide değişikliğe gidilir. Serum ilaç seviyesinin izlenmesi de tedavideki başarıyı gözlemlene ve olası zehirlenmeler açısından önemlidir. İlacın dozu çocuğun büyüme sürecine göre ayarlanmaktadır (41, 58).

Antikonvülzan ilacın metabolizması hastanın yaşına bağlıdır. Antiepileptik ilacın emilmesi, proteine bağlanması, atılımı ve yarı ömrü yaşamın farklı dönemlerinde değişir. Genellikle yenidoğan döneminde antikonvülzanların metabolizması yavaştır ve bebeklerde kolaylıkla intoksikasyon oluşur. Birkaç hafta sonra, ilaçların büyük bir çoğunluğunun metabolizması hızla artar ve yüksek dozlar kullanılsa bile optimum kan düzeyine ulaşmak güç olabilir. Daha sonra, ilaçların metabolizması yavaşladıkça doz ihtiyacı giderek azalır (93).

Bununla birlikte bu değişikliklerin yararlı olması gerekmez. Örneğin; ergenlik döneminde metabolizmada ani bir yavaşlama olabilir ve bu durum, dikkat edilmezse hastalarda ilaç dozunun fazla gelmesine yol açabilir (93). Ayrıca ilaç tedavisi; büyümenin, fiziksel ve duygusal stres dönemlerinin yanı sıra çocuk 2-3 yıl hiç nöbet geçirmediği zaman da yeniden değerlendirilir. En az iki yıl süreyle hiç nöbet geçirmeyen ve EEG'si normal olan çocuklarda ilaç dozları yavaş yavaş azaltılır (78).

1.3.10. Tedavide Hemşirenin Rolü

Çocuk hastaneye yatırılınca hemşirenin nöbetin sıklığını ve tipini doğru şekilde kaydetmesi ve ilacın yan etkilerini izlemesi gerekir. Uygulanan tedavinin başarısına ya da başarısızlığına göre ilaç dozunun artırılmasına, tedaviye yeni bir ilaç eklenmesine ya da ilacın değiştirilmesine karar verilebilir. Bu nedenle, hemşirenin verilen ilacın nöbeti kontrol etmedeki etkinliğini doğru şekilde belirlemesi önemlidir (78)(Tablo1.1.).

Tablo 1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri

İlaç	Veriliş Yolu	Endikasyon	Yarı Ömür (saat)	İdame Doz (mg/kg/gün)	Yan Etkiler	Hemşirenin Sorumlulukları
Carbamazepine (Tegretol, Tetrazol)	PO	Parsiyel, Sekonder jeneralize nöbetlerde kullanılır. Nöbet aktivitesini engeller, motor korteksteki elektriksel deşarjların voltajını, sıklığını ve yaygınlığını azaltır.	14-27 (çocuklar) 8-28 (yenidoğan)	10-30	Alerjik döküntüler, bulantı, çift görme, bulanık görme, baş dönmesi, uyuşukluk, hipersensivite sendromu, aplastik anemi	• İlacın emilimini artırmak için yiyeceklerle verilmeli • İlaç aynı anda başka ilaçlarla beraber verilmemeli • Fotosensivite reaksiyonları açısından dikkatli olunmalı • Kemik iliği baskılanmasını değerlendirmek için her hafta tam kan sayımı yapılmalı • Karaciğer fonksiyon testleri izlenmeli • Bu ilacın absans ve myoklonik nöbetleri artırabileceği bilinmeli

Tablo 1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri (Devamı)

İlaç	Veriliş Yolu	Endikasyon	Yarı Ömür (saat)	İdame Doz (mg/kg/gün)	Yan Etkiler	Hemşirenin Sorumlulukları
Phenytoin (Dilantin, Epanutin, Eptantoin)	PO IV	Parsiyel ve Tonik-Klonik Nöbetlerde kullanılır. Nöbet aktivitesini engeller, motor korteksteki elektriksel deşarjların voltajını, sıklığını ve yaygınlığını azaltır	5-14 (çocuklar) 10-60 (yenidoğan)	5-8	Döküntü, sedasyon, nistagmus, ataksi, aşırı kıllanma, diş etinde hiperplazi, folik asit eksikliği	• Aileye yeterli miktarda D vitamini, folik asit ve kalsiyum alımı konusunda eğitim verilmeli • Diş etindeki hiperplaziyi azaltmak için iyi oral hijyen, diş eti masajı ve sık diş bakımı yapılmalı • Toksik belirtiler ve alerjik reaksiyonlar gözlenmeli • Diğer ilaçlar ve yiyeceklerle (özellikle sütle) birlikte verilmemeli • Tam kan sayımı yapılmalı, serum kalsiyum düzeyi ve karaciğer fonksiyon testleri izlenmeli

Tablo 1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri (Devamı)

İlaç	Veriliş Yolu	Endikasyon	Yarı Ömür (saat)	İdame Doz (mg/kg/gün)	Yan Etkiler	Hemşirenin Sorumlulukları
Valproic Asit (Depacon, Depakote)	PO	Primer jeneralize, absans, myoklonik, akinetik, febril, infantil spazm, bazı parsiyel nöbetlerde kullanılır. Antikonvülzan etkiye sahiptir ancak etki mekanizması bilinmemektedir	10-15	30-80	Bulantı, titreme, kilo alımı, saç dökülmesi, trombositopeni, karaciğer yetmezliği, pankreatit	• Karbonatlı içeceklerle ilaç dilüe edilmemeli • Tabletler ya da kapsüller çiğnenmemeli • Gastrointestinal irritasyonu azaltmak için yiyeceklerle birlikte verilmeli • Kanama zamanı ve trombosit sayısı izlenmeli • İlaç aspirin, sedatif etkili ilaçlar ve alerji ilaçları ile aynı anda alınmamalı • Diğer antikonvülzan ilaçlarda olduğu gibi serum ilaç düzeyinin değişebileceği göz önünde bulundurulmalı

Tablo 1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri (Devamı)

İlaç	Veriliş Yolu	Endikasyon	Yarı Ömür (saat)	İdame Doz (mg/kg/gün)	Yan Etkiler	Hemşirenin Sorumlulukları
Phenobarbital (Luminal)	PO IV IM	Neonatal, febril, parsiyel, jeneralize tonik-klonik, status epileptikus nöbetlerinde kullanılır. Motor korteksteki uyarı eşliğini artırarak nöbet aktivitesinin yaygınlığını sınırlandırır	36-73	3-5 (<1 yaş) 2-4 (>1 yaş)	Sedasyon, dikkatsizlik, hiperaktivite, irritabilite, bilişsel bozukluk, döküntü, nadiren hipersensivite reaksiyonları, bulantı, kusma, nistagmus, megaloblastik anemi, osteomalazi	• IV enjeksiyon yavaş bir şekilde yapılmalı • IV ilaç verilirken çocuğun vital bulguları monitorize edilmeli • İlacın tablet formu ezilebilir, yiyeceklerle ya da içeceklerle karıştırılabilir • Periyodik olarak yapılan kan sayımı ve karaciğer fonksiyon testleri izlenmeli

Tablo 1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri (Devamı)

İlaç	Veriliş Yolu	Endikasyon	Yarı Ömür (saat)	İdame Doz (mg/kg/gün)	Yan Etkiler	Hemşirenin Sorumlulukları
Ethosuximide (Zarontin)	PO	Absans vemyoklonik epilepsilerde kullanılır. Merkezi sinir sisteminin uyarı eşiğini yükselterek motor korteksi deprese eder	20-60	15-40	Bulantı, cilt döküntüleri, lökopeni, baş ağrısı, baş dönmesi, karaciğer toksisitesi, agranülositoz	• Çocuğun kilo kaybı ve iştahsızlık yönünden gözlenmesi • Gastrointestinal irritasyonu önlemek için ilacın yiyeceklerle beraber verilmesi • Bu ilacın tonik-klonik nöbetleri artırabileceğinin bilinmesi • Periyodik olarak yapılan karaciğer fonksiyon testleri ve tam kan sayımı sonuçlarının izlenmesi

Tablo 1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri (Devamı)

İlaç	Veriliş Yolu	Endikasyon	Yarı Ömür (saat)	İdame Doz (mg/kg/gün)	Yan Etkiler	Hemşirenin Sorumlulukları
Primidone (Mysoline)	PO	Parsiyel, basit ve kompleks; jeneralize tonik-klonik nöbetlerde kullanılır	5-11	12-25	Sedasyon, huzursuzluk, iritabilite, psikomotor yavaşlama, deri döküntüleri, nadiren hematolojik ve hipersensivite reaksiyonları, uyku hali, kusma, nistagmus	- Gastrointestinal iritasyonu azaltmak için ilaç yemeklerle birlikte verilmeli - Özellikle tedavinin ilk altı ayında karaciğer toksisitesini belirlemek için karaciğer fonksiyon testleri, tam kan sayımı ve trombositler izlenmeli
Zonisamide (Zonegran)	PO	Parsiyel ve jeneralize nöbetlerde kullanılır. Dopaminerjik ve serotonerjik sinir iletimini kolaylaştırır	50-69	4-8	Uyku hali, baş dönmesi, iştahsızlık, bulantı, oligohidrosis, böbrek taşı oluşumu	- Böbrek taşı oluşumu riskini azaltmak için sıvı alımı artırılmalı - Çift görme, baş dönmesi, uyku hali, koordinasyon eksikliği gibi durumlar rapor edilmeli

Tablo 1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri (Devamı)

İlaç	Veriliş Yolu	Endikasyon	Yarı Ömür (saat)	İdame Doz (mg/kg/gün)	Yan Etkiler	Hemşirenin Sorumlulukları
Clonazepam (Klonopin)	PO	Absans, atipik absans, atonik, myoklonik nöbetlerde kullanılır	20-40	0.1-0.3	Sedasyon, davranış değişikliği, irritabilite, tolerans gelişmesi, ataksi, diplopi, salivasyonun artması, deri döküntüleri, alopesi, aşırı kilo alma, trombositopeni, nadiren karaciğer toksisitesi	• Davranışlara ilişkin yan etkiler ve aşırı sedasyon gözlenmeli • Kronik solunum yolu hastalığı varsa sekresyon artma tehlikesi nedeniyle ilaç dikkatli kullanılmalı • Karaciğer fonksiyon testleri ve tam kan sayımı sonuçları izlenmeli • Bu ilacın tonik-klonik nöbetleri artıracağı bilinmeli

Tablo 1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri (Devamı)

İlaç	Veriliş Yolu	Endikasyon	Yarı Ömür (saat)	İdame Doz (mg/kg/gün)	Yan Etkiler	Hemşirenin Sorumlulukları
Felbamate (Felbatol)	PO	Parsiyel ve jeneralize nöbetlerde kullanılır (Lennox-Gastaut sendromu). Nöronların tekrarlayan deşarjlarını bloke eder ve nöbet eşiğini yükseltir	20 (monoterapi de)	15-45 (maksimum 3600 mg)	İştahsızlık, kilo kaybı, bulantı, insomnia, baş ağrısı, aşırı yorgunluk, aplastik anemi, karaciğer toksisitesi	• Kilo alımı ve kaybı açısından çocuğun izlenmesi • Çocuğun karaciğer toksisitesi ve tam kan sayımı açısından izlenmesi • Diğer antikonvülzanlarla verileceğinde dozunun dikkatli bir şekilde ayarlanması
Gabapentin (Neurontin)	PO	Parsiyel nöbetlerde ve 12 yaşından büyük çocuklarda sekonder jeneralize nöbetlerde kullanılır. GABA nörotransmitter analogudur	Belli değil	30-100	Uyku hali, baş dönmesi, ataksi, yorgunluk, çift görme, kilo alma	• Hastanın görme, konsantrasyon ve koordinasyonunun tedavinin etkisiyle bozulabileceği • Antiasitlerle iki saat içinde beraber alınmaması gerektiği hastaya söylenmelidir

Tablo 1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri (Devamı)

İlaç	Veriliş Yolu	Endikasyon	Yarı Ömür (saat)	İdame Doz (mg/kg/gün)	Yan Etkiler	Hemşirenin Sorumlulukları
Lamotrigine (Lamictal)	PO	Parsiyel, absans, atipik absans, atonik, myoklonik nöbetlerde kullanılır. Beyin dokularında nörotransmitter madde olan glutamatın salınımını engelleyerek etki eder	Enzim indükleyici antiepileptik ilaçlarla 7, etkileşimsiz ilaçlar için 20, valproic asit için 45-60	Enzim inhibitörü boyunca 5, enzim inhibitörü ve indükleyicileri boyunca 10; enzim uyarıcılar için 5-15	Uyku hali, baş dönmesi, çift görme, tremor, deri döküntüleri	- Fotosensiviteyi artırabileceği bilinmeli - Valproik asitle birlikte kullanılırsa yan etkiler açısından gözlemlenmeli
Topiramate (Topamax)	PO	Parsiyel ve jeneralize nöbetlerde kullanılır. GABA inhibitörüdür.	10-15, Carbamazepi-ne, phenobarbital ve primidone ile 6-8	5-9	Uyku hali, iştahsızlık, kilo kaybı, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, böbrek taşı oluşumu	- Metabolik asidoz açısından hasta gözlemlenmeli - Böbrek taşı oluşumu riskini azaltmak için sıvı alımı artırılmalı - Tedavi sırasında konuşma ve dil problemleri gibi psikomotor yavaşlama gelişebileceği bilinmeli

Tablo 1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri (Devamı)

İlaç	Veriliş Yolu	Endikasyon	Yarı Ömür (saat)	İdame Doz (mg/kg/gün)	Yan Etkiler	Hemşirenin Sorumlulukları
Tiagabine (Gabitril film tablet)	PO	Parsiyel nöbetlerde kullanılır. GABA inhibitörüdür	Bilinmemekte	1-2	Baş dönmesi, uyku hali, baş ağrısı, tremor, konsantrasyon güçlüğü, depresyon	• Gastrointestinal iritasyonu azaltmak için yemeklerle beraber verilmesi • Merkezi sinir sisteminin baskılanma belirtilerinin izlenmesi • Reçetesiz alınabilecek ilaçlarla beraber kullanılmaması gerektiğinin bilinmesi
Levetiracetam (Keppra)	PO	Adölesanlarda kompleks parsiyel nöbetlerin tedavisinde kullanılmaktadır. Antikonvülzan etkisi vardır ancak etki mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır	6-8	10-50	Uyuşukluk, baş dönmesi, davranış problemleri	• İlaç kullanımının aniden kesilmemesi gerektiği konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilmeli • İlacın etki mekanizması bilinene kadar çocuğun tehlikeli aktivitelerden uzak kalması gerektiği aileye anlatılmalı

Tablo 1.1. Antiepileptik İlaçlar ve Yan Etkileri (Devamı)

İlaç	Veriliş Yolu	Endikasyon	Yarı Ömür (saat)	İdame Doz (mg/kg/gün)	Yan Etkiler	Hemşirenin Sorumlulukları
Oxcarbazepine (Trileptal)	PO	Parsiyel ve jeneralize nöbetlerde kullanılır. Aşırı aktif nöronları stabilize etmek için sodyum kanallarının voltaj hassasiyetini bloke eder	5-8	30	Uyku hali, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, ataksi	- Hasta hiponatremi açısından izlenmeli - Tedavide kullanılan ilaç hormonal kontrasepsiyon metodunu etkilediği için bariyer kontrasepsiyon kullanılması gerektiği bilinmelidir. Yani Oxcarbazepine, oral yolla alınan doğum kontrol ilaçları ile etkileşime geçmektedir. Bu nedenle, tedavi süresince alternatif, etkili ve güvenilir bir doğum kontrol yöntemi uygulanmalıdır

Kaynak: Mandleco B, Wellington MC, Wayner RF (2007). Neurological Alterations, (In: Potts NL, Mandleco BL. Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families. Second Edition, Thomson/Delmar Learning, pp: 1058-1067. Bryant R, Schultz R (2007). The Child with Cerebral Dysfunction, (In: Wong's Nursing Care of Infants and Children), Eighth Edition, Hockenbery/Wilson, Mosby Elsevier, Canada, pp: 1652-1670. Ball JW, Bindler RC, Cowen KJ (2010). Child Health Nursing Partnering with Children&Families. Second Edition, Pearson, Mynursingkit, pp: 1316-1389. Çavuşoğlu H (2011). Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Basımevi (10.Basım),Ankara,s:330-348.<http://www.iegmi.gov.tr>.

1.3.11. İlaç Dışı Tedaviler

1.3.11.1. Ketojenik Diyet

Yüksek yağ, düşük karbonhidrat ve büyüme için yeterli protein diyetidir. Bu diyetle karbonhidrat ve protein alımı ciddi ölçüde kısıtlanır ve ketozisi sağlamak için yağlar primer enerji kaynağı olarak kullanılır. Ketojenik diyet, ilaç tedavisine dirençli nöbetlerde kullanılır. Ketojenik diyetin myoklonik nöbetler, infantil spazmlar, absans, atonik nöbetler ve Lennox-Gastaut sendromunda görülen nöbetlerde etkili olduğu gösterilmiştir (41, 58, 78).

Ketojenik diyet nöbet sıklığını ve antiepileptik ilaç kullanımını azaltabilir, davranış üzerine olumlu etkiler yapabilir (41, 58, 92). Yapılan çalışmalar ketojenik diyetle başlayan çocukların %10-15'inin bir yıl sonra nöbet geçirmediğini, bu çocukların %30'unda ketojenik diyeti bıraktıktan sonra bile nöbetlerin %90'dan daha fazla azaldığını ortaya çıkarmıştır (41). Vining et al. (95) tarafından ketojenik diyetin etkinliğini ölçmek amaçlı yapılan çok merkezli bir çalışmada, ketojenik diyet uygulanan hastaların yaklaşık %50'sinde nöbet sıklığının %50'den fazla oranda azaldığını ifade etmişlerdir (41, 58).

Ketojenik diyetle çocukta vitamin ve mineral eksiklikleri görülmektedir. Bu nedenle diyet sırasında vitamin desteği gerekmektedir. Aynı zamanda diyetin konstipasyon, kilo kaybı, letarji, böbrek taşı oluşumu, büyümede yavaşlama, dislipidemi, hastaların yaklaşık %10'unda hipoproteinemi ve hemolitik anemi gibi yan etkileri vardır. Ketojenik diyet uygulanan çocukların %5'inde böbrek taşları meydana gelir. Oluşan böbrek taşları sıvı alımının artırılması ve üriner alkalileştirme ile tedavi edilir. Diyet sonlandırıldıktan sonra büyümede hızlı bir artış görülür. Konstipasyon sorunu orta zincirli trigliseritlerle ve sıvı alımının artırılmasıyla tedavi edilir (58).

Ketojenik diyetin pahalı oluşu, hazırlanmasının güçlüğü ve farklı yiyecek çeşitlerinin kısıtlılığı nedeniyle diyetin uzun süre uygulanması güçtür. Diyetin uygulanabilmesi için ailenin katılımı ve iş birliği gereklidir (78).

1.3.11.2. Cerrahi Yöntemler

Epilepsili çocukların çoğu spontan remisyona girerken, yaklaşık %20-25'i tedaviye dirençli hale gelmektedir (96). Günümüzde antikonvülzan ilaç tedavisi ile nöbetleri kontrol edilemeyen bazı epileptik çocuklar için cerrahi tedavi uygulanır. Tek ve sınırlı bir bölgeden kaynaklanan fokal epilepsilerde bu bölge cerrahi olarak çıkarılabilir. Ameliyattan önce nöbetin orijin aldığı bölgenin çok iyi belirlenmesi gerekir. Bunun için cerrahi olarak hastanın beyninin çeşitli bölgelerine elektrotlar yerleştirilir ve birçok nöbet aktivitesi kaydedilinceye kadar hasta izlenir. Bu arada yoğun EEG çekilir. Eğer hastanın nöbetleri cerrahi olarak çıkarılabilecek tek bir bölgeden orijin alıyorsa bu hasta cerrahi için adaydır (75, 78).

Tıbbi olarak inatçı jeneralize epilepsisi olan bazı hastalar da cerrahiden yarar görebilir. Beyinde sağ ve sol hemisferi birbirine bağlayan korpus kollosumun cerrahi olarak bölünmesi ile engel olunamayan epileptik akımların iletimi önlenir.

Böylece bazı jeneralize epilepsilerde nöbetlerin sıklığında ve şiddetinde azalma olabileceği gibi kullanılan ilaçların sayısında ve dozunda da azalmalar olabilir. Ameliyattan sonra nöbetler kesilinceye kadar ilaç tedavisi devam eder (75, 82).

Epilepsi cerrahisi genellikle konvülziyon sayılarını önemli oranda azaltmakta, çocuğun ve ailenin yaşam kalitesini artırmaktadır. Ancak cerrahi girişim uygulanan çocukların yalnızca %50'sinde konvülziyonlar tamamen kontrol altına alınabilmektedir. Epilepsi cerrahisi sadece en belirgin problemi ortadan kaldırabilir. Ancak ameliyattan sonra tekrar ortaya çıkan epilepsilerin çoğu, ilaçla kontrol altına alınabilmektedir (74).

Cerrahi işlem sonrası çocukta bazı riskler gelişebilmektedir. Bunlar;

- Anesteziye bağlı riskler
- Enfeksiyon ve kanama
- Hemiparezi, paralizi, serebral ödem
- Görme, konuşma, hafıza problemleri
- Hava embolisi
- Hidrosefali
- Serebrospinal sıvı sızıntısı
- Diskonneksiyon sendromu (dikkat bozukluğu, bilateral babinski belirtileri, üriner inkontinans vb.)
- Vagal sinir stimülatörü varsa implantın çalışmaması ve vagal sinirin uyarımına bağlı ses kısıklığı, öksürük ve kalp atımında değişiklikler

Cerrahi tedaviden sonra bu hastaların hemşirelik bakımında, hastanın mental durumu, pupillerin ışığa yanıtı, intrakraniyal basıncın artmasına ilişkin belirtiler (örn: kusma, nabızda yavaşlama, diplopi, kan basıncının artması, iritabilite) yakından izlenir. Ameliyat sonrası dönemde çocuğun yaşam belirtileri stabil hale gelinceye kadar 15 dakikada bir alınır. Aldığı çıkardığı sıvı miktarı izlenerek üriner retansiyon yönünden hasta değerlendirilir. Yutma refleksi geçici olarak azalacağı için gerekli olan malzemeler (örn: oksijen, acil ilaçlar) hastanın başında hazır bulundurulur (78).

1.3.11.3. Vagal Sinir Uyarımı

Son yıllarda geliştirilen ve halk arasında "pil" tedavisi olarak bilinen "Vagal Sinir uyarımı" da fonksiyonel bir cerrahi yöntemidir. Yeni bir antikonvülzan yaklaşım olan bu yöntemle, sol vagus sinirine cerrahi olarak yerleştirilmiş olan bir alet sayesinde elektriksel uyarılar verilmektedir. Küçük bir operasyonla elektrot vagus sinirine bağlanır ve pil sol göğsün cilt altına açılan bir cebe yerleştirilir. Pil otomatik çalışır, yapılan programa göre çok kısa aralıklarla beyine çok küçük elektrik akımları yollar. Ayrıca hasta istediği zaman özel bir mıknatısı pilin üzerine tutarak fazladan uyarım yapabilir. Uygulanması kolay bir yöntem olup, diğer fonksiyonel cerrahilerde olduğu gibi nöbet kontrolünü sağlamak amacı ile kullanılır (39, 97).

Vagus sinir uyarımı geçmişte 12 yaş ve üstündeki parsiyel epilepsili hastalarda uygulanmakta iken şimdi daha küçüklerde ve jeneralize epilepsisi olan hastalarda kullanılmaktadır. Nöbetsizlik oranı oldukça nadir olmasına rağmen

%50'den fazla nöbet azalması hastaların %28'inde görülür. Bu hastalara 3 aylık düşük uyarıdan sonra yüksek frekanslı uyarıya geçince nöbetsizlik oranına %15 daha eklenir. Vokal kord paralizi ve enfeksiyon hastaların %1'inde oluşur. Ses kalınlaşması ve öksürük bazen kendiliğinden veya uyarı değerlerinin değiştirilmesi ile kaybolur (92).

1.3.11.4. Radyocerrahi

Manyetik rezonans görüntüleme yöntemi ile belirlenen beyin bölgesine radyasyon uygulanmasıdır. Bu işlemde amaç üç boyutlu küçük intrakraniyal hedefin ısılanması, bununla birlikte çevre normal dokuların minimal ısınmasıdır. Radyocerrahinin karakteristik özelliği hedef dokunun çevresine verilen ısı miktarının lezyondan uzaklaştıkça çok hızlı bir şekilde azalmasıdır. Son zamanlarda dirençli epilepsilerde rezektif cerrahiye seçenek olarak radyocerrahi önerilmektedir. Mezial temporal skleroz, kavernoöz malformasyonlar ve hipotalamik hemartoma bağlı dirençli nöbetleri olan hastalarda etkili ve güvenli bir tedavi yöntemi olarak prospektif çalışmalar yapılmaktadır (92, 98).

1.3.12. Hemşirelik Bakımı

Bakımda amaç, hava yolu açıklığını sağlamak, güvenlik önlemlerini almak, ilaçları uygulamak, duygusal destek sağlamak ve çocuğun uzun süreli bakımında aileye yardım etmektir. Çocuğun geçirdiği her bir nöbetin özelliklerini ve ilaca tepkisini gözlemek ve kaydetmek hemşirenin sorumluluğudur (41, 74, 78). Çocuğun nöbet öncesi, nöbet sırası ve nöbet sonrasında hemşirenin rapor etmesi gereken durumlar şunlardır (41, 58, 99):

Nöbet öncesi:

- Nöbeti tetikleyen herhangi bir durum (örn: yorgunluk, açlık, parlak ışık) var mı?
- Nöbetin olacağına dair bir uyarı var mı?
- Çocukta duygu durumu (örn: heyecan, anksiyete, huzursuzluk) değişikliği var mı?
- Bağırma ya da mırıldanma tarzında sesler var mı?
- Kötü bir tat, koku ya da midede tuhaf bir his (aura) var mı?
- Nöbet öncesi neredeydi ve ne yapıyordu?

Nöbet sırası:

- Bir boşluğa dik dik ya da dalgın bir şekilde bakıyor muydu?
- Bilinç kaybı ya da bilinç bulanıklığı oldu mu?
- Mırıldanmak, amaçsız gezinmek ya da elbiselerini kırtırmak gibi davranışı var mı?
- Cildi soluk ya da kızarıklık mı? Bu belirtiler varsa neresinde var? (örn: yüz ya da dudaklar)
- Çocuğun solunum şekli nasıl? Hırıltılı solunum ya da nefes darlığı var mı?
- Apne var mı, varsa süresi ne kadardı?
- Vücudun hangi bölümleri etkilendi? Hareketler kasılma ya da seyirme şeklinde miydi?
- Yere düştü mü? Vücudu kasılmış ya da gevşek miydi?

- İdrar ya da gaita inkontinansı oldu mu?
- Dilini ya da yanağını ısırды mı?
- Nöbet ne kadar sürdü?

Nöbet sonrası

- Nöbet sonrası kendini nasıl hissediyordu? (örn: yorgun, halsiz ya da uyku gereksinimi var)
- Normale dönmesi ne kadar sürdü?
- Çocuk korkulu ya da huzursuz muydu?
- Bilinç durumu nasıldı?
- Bulunduğu ortama oryantasyon sağlayabildi mi?
- Motor fonksiyonlarında değişiklik var mı?
- Bütün ekstremitelerini hareket ettirebiliyor mu?
- Vücudunda parestezi ya da güçsüzlük var mı?
- Konuşması normal mi?
- Nöbet öncesi aura olup olmadığını hatırlıyor mu?
- Nöbete ilişkin başka bilgiler var mı?

Hemşire, nöbetin tipinin ve sıklığının yanı sıra, çocuğun yaşını ve gelişimsel gereksinimlerini de dikkate almalıdır. Epilepsili çocuk için güvenli bir çevrenin sağlanması önemlidir. Çocuğun yatağının kenarları yastıklarla desteklenmeli ve çocuğa sivri uçlu olmayan oyuncaklar verilmelidir (78).

Tablo 1.2. Nöbeti Olan Çocukta Hemşirelik Bakım Planı

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

Nöbeti Olan Çocuk

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Sonuç Kriterleri
Santral Sinir Sistemi disfonksiyonuna ve nöbet tipine sekonder motor kontrol yetersizliğine bağlı Yaralanma Riski Çocuğun/Ailenin Tanımlayıcı Özellikleri (<u>Subjektif ve Objektif Bilgi</u>) - Bilinç düzeyinde değişiklik - Disoryantasyon - Klonik hareketler - Otomatizmalar - Aura - Postiktal bozukluk (nöbet tipine bağlı)	Çocuk, nöbet aktivitesinin sonucu olarak fiziksel yaralanma deneyimlemeyecek	- Antiepileptik ilaçlar (AEİ) uygulanır. - AEİ tedavisinin amacı, beklenen yanıtı, olası yan etkileri, zamanı, dozu, uygulama yolu ve etkisinin nasıl gözleneceği, çocuk ve aileye anlatılır. - AEİ yan etkileri ve terapötik düzeyleri çocuğun büyümesi, metabolizmayı etkileyen hastalık faktörleri ve ilaçların etkilerine göre izlenir. - Çocuk nöbet geçirmese bile tedavi rejimine uyumun önemi vurgulanır. - Nöbeti tetiklediği bilinen faktörlerden kaçınmanın önemi, hasta ve ailesine öğretilir (yanıp sönen ışıklar, uykusuzluk, aşırı aktivite ya da egzersiz, fiziksel faktörler vb) - Hastanede nöbete yönelik önlemler başlatılır: Yatağın, beşiğin ya da tekerlekli sandalyenin yanlarına yumuşak yastık yerleştirilir	- Risk kontrolü - Güvenli davranış: Kişisel - Güvenli davranış: Ev, fiziksel çevre - Güvenli durum: Düşme olmaması

Tablo 1.2. Nöbeti Olan Çocukta Hemşirelik Bakım Planı (Devamı)

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Sonuç Kriterleri
		Yatakta hiçbir nesne bulundurulmamalıdır Odada aspiratör ve oksijen hazır bulundurulur -Evde nöbet başlangıcında alınacak önlemler aileye öğretilir: Suda boğulmaları önlemek için duş şeklinde banyo daha güvenlidir. Tipik nöbet süresince düşmeler meydana gelirse duş sandalyesi kullanılması, banyo kapısının kilitlenmemesi söylenir. Mutfakta oluşabilecek kaza ve yanmaları önlemek için güvenlik önlemleri alınması söylenir (Emniyetli ocak, kırılmaz kaplar kullanılması vb.). Spor güvenliği; koruyucu malzemeler giyme, özel donanım olmadan 3 metreden daha yükseğe tırmanmamayı içermektedir. -Nöbete ilk müdahale aileye öğretilir: Çocuğun düşme riski varsa nöbetin başlangıcında, çocuğu zemine yatırmak kolaydır. Dar ya da sıkı kıyafetleri gevşetilir. Çocuk yan pozisyonda yatırılır. Çocuk kafa travmasından korunmalıdır. Nöbetin başlama zamanı kaydedilir.	

Tablo 1.2. Nöbeti Olan Çocukta Hemşirelik Bakım Planı (Devamı)

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Sonuç Kriterleri
		Nöbetin kendi kendine sonlanmasına izin verilmelidir. Nöbetten sonra kendine geldiğinde çocuğa güven verilir. Çocuğa ağızdan hiçbir şey verilmemelidir. Çocuğun hareketleri kısıtlanmamalı ya da güç kullanılmamalıdır. Eğer nöbetler tekrar ederse, nöbet 5 dakikadan uzun sürerse ya da hareketler durduktan sonra çocuk hala uyanmazsa ambulans çağrılır. -Doğurganlık çağındaki kadınlara kontrasepsiyon ve AEİ ile ilişkili doğum defektleri hakkında danışmanlık verilmelidir.	

Tablo 1.2. Nöbeti Olan Çocukta Hemşirelik Bakım Planı (Devamı)

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Sonuç Kriterleri
Motor aktivite ve bilinç düzeyinin bozulması, hava yolu açıklığının sürdürülememesine bağlı Aspirasyon ve Etkisiz Solunum Örüntüsü Riski (Tonik-klonik nöbet) Çocuğun/Ailenin Tanımlayıcı Özellikleri <u>(Subjektif ve Objektif Bilgi)</u> - Bilinç düzeyinde azalma -Öksürme refleksinin olmaması - Apne -Solunum derinliğinde azalma	- Çocuğun solunum yolu açıklığı sürdürülecek - Çocuk etkili solunum yapacak	- Nöbet anında çocuk yerde ya da yatakta düz bir zeminde yan pozisyonda yatırılır. - Hasta yalnız bırakmamalıdır. - Nöbet bittiğinde sekresyonlar, yiyecek ve sıvılar ağızdan uzaklaştırılmalıdır. - Postiktal dönemde oksijen saturasyonları izlenmelidir. - Gerekli ise oksijen uygulanmalıdır. - Nöbet bittikten hemen sonra spontan solunumu sürdüremezse solunum desteği uygulanmalıdır. - Nöbetin durması 5 dakikadan daha uzun sürerse ilaç tedavisi uygulanmalıdır (rektal diazepam, IV dilantin, IV lorezapam)	- Aspirasyon kontrolü sağlanır. -Hava yolu açıklığı sağlanır. -Ventilasyon sürdürülür.

Tablo 1.2. Nöbeti Olan Çocukta Hemşirelik Bakım Planı (Devamı)

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Sonuç Kriterleri
Yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip olması ve nöbet aktivitesi kısıtlılığına bağlı ailede Anksiyete/Korku Çocuğun/Ailenin Tanımlayıcı Özellikleri (<u>Subjektif ve Objektif Bilgi</u>) - Keder - Korku - Yetersizlik ve umutsuzluk hissetme - Endişe, kaygı - Kaygı ifadesi -Panik -Heyecan	Aile çocuğun durumu ile baş eder ve yeterli desteği alır.	-Ailenin nöbet süresince çocuğun yanında kalmasına izin verilir. - Nöbet aktivitesi süresince uygun koruma girişimleri aileye öğretilir: pozisyon, güvenlik, solunum yolu açıklığının sürdürülmesi, güvenlik teknikleri, acil ilaç uygulaması. - Nöbetin doğası (tipi), terapötik girişimler ve yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili bilgi verilir. - Optimum büyüme ve gelişmeyi desteklemek ve normalleştirme amacıyla birlikte çocuğun günlük bakımına katılması için aile cesaretlendirilir. - Ebeveynlerin anksiyete ve korkuları tartışılır ve aile için uygun destek seçenekleri ve kaynakları belirlenir.	- Anksiyete kontrolü sağlanır. - Aile uygun baş etme tekniklerini kullanır. - Korku kontrolü sağlanır.

Kaynak: Bryant R, Schultz R (2007). The Child with Cerebral Dysfunction. In: Wong's Nursing Care of Infants and Children. Eight Edition, Hockenbery/Wilson, Mosby Elsevier, Canada, pp:1652-1670. Mandleco B, Wellington MC, Wayner RF (2007). Neurological Alterations. In: Potts NL, Mandleco BL. Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families. Second Edition, Thomson/Delmar Learning, pp:1058-1067.

1.3.13. Aile Eğitimi

Epilepsili çocuğun bakımında hemşirenin aile ile etkileşim içinde olması bakımın en önemli parçasıdır. Ebeveynlerin çocuğun durumunu, bakım yöntemlerini ve bu olayın çocuk ve aile üzerindeki olası etkilerini anlamaları önemlidir. Bazı aileler nöbet sonrası çocuk yaralanmışsa ya da nöbet genetik bir yatkınlıktan kaynaklanıyorsa kendilerini suçlu hissedebilirler. Bu durumda hemşire, ailenin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin vermelidir. İlk aşamada çocuğa ve ebeveynlere nöbetin fizyolojisi anlayabilecekleri şekilde anlatılır. Küçük çocukların anlamalarını kolaylaştırmak için örneklerle ve somut şekilde basit açıklamalar yapılmalıdır (68).

Eğitimin diğer bir yönü de ebeveynleri nöbet sırasında çocuğun bakımına hazırlamaktır. Ebeveynlerin neyi gözleyecekleri ve ne tür güvenlik önlemleri alacakları konusunda bilgiye gereksinimleri vardır. Bu konuda aileye nöbet sırasında alınacak güvenlik önlemlerine ilişkin yazılı bir rehber verilebilir. Bu güvenlik önlemleri şunları içermelidir:

Jeneralize Tonik Klonik Nöbetlerde İlk Yardım (58, 100)

- Sakin olun. Nöbet başlayınca durdurulamaz
- Çocuk ayakta ya da oturuyorsa yavaşça yere yatırın
- Çocuğun daha fazla yaralanmasını önlemek için başının altına yumuşak bir destekleyici koyun, kıyafetlerini gevşetin ve çevredeki yaralanmaya sebep olacak keskin delici objeleri uzaklaştırın
- Çocuğun ağzını herhangi bir objeyle açmak için zorlamayın
- Çocuğun hareketlerini durdurmaya çalışmayın
- Hava yolu açıklığını sağlamak ve sekresyonların hava yolunu tıkamasını engellemek için çocuğu yan yatırın
- Nöbet sonlanana kadar çocuğu yalnız bırakmayın
- Nöbet esnasında çocuğun bilinci tamamen yerine gelinceye kadar yiyecek, içecek ve ilaç vermeyin
- Nöbet süresini kaydedin

Acil Tıbbi Yardım Gerektiren Durumlar: (41, 101)

- Nöbet sonrası çocuğun solunumu durmuşsa
- Hastanın üzerinde epilepsi hastası olduğuna dair hiçbir bilgi yoksa veya hastanın bu nöbetinin bir epilepsi hastalığı nedeniyle geçirilip geçirilmediğini bilmiyorsanız
- Çocuk diyabetik, gebe ya da ciddi şekilde yaralanmışsa
- Nöbet 5 dakikadan uzun sürerse
- Çocuğun bilinci açılmadan diğer bir nöbet tekrar başladıysa
- Kasılmalar bittikten sonra kişinin bilinci açılmıyorsa
- Nöbet sonrası pupiller eşit büyüklükte değilse
- Nöbet suda meydana gelmişse
- Çocuğun ilk nöbeti ise acil yardım istenmelidir.

İlk yardımın yanı sıra epilepsi hastalığı olan çocuklarda diğer çocuklara göre düşme, yanık ve boğulmalar daha fazla görülmektedir. Özellikle boğulmalar açısından daha fazla risk taşımaktadırlar. Bu nedenle aile eğitiminde dikkate alınması gereken diğer güvenlik önlemleri şunlardır (41, 78):

- Çocuğu küvette yalnız başına bırakmayın
- Çocuk banyoda tek başına ise duş ile banyo yapmalı
- Çocuk yüzerken daima yanında bir cankurtaran ya da tanıdık birileri olmalı
- Çocuk bot ya da tekne benzeri taşıtlarla seyahat edecekse mutlaka can yeleği olmalı
- Çocuk çok sık nöbet geçiriyorsa kafa yaralanmalarını önlemek için koruyucu kask kullanılmalı
- Çocuk yanan ateşin ya da ızgaranın etrafında oynamamalı
- Çocuk düşme riski olan alanlarda bulunmamalı
- Çocukta hastalığını belirten bir medikal bilezik ya da künye bulunmalı
- Çocuğun okula devam etmesi desteklenmeli ve okuldaki öğretmenine de hastalığı ve nöbet sırasında nasıl korunacağı konusunda bilgi verilmeli
- Alkolün, antikonvülzan ilaçlarla birlikte alınması halinde sedasyon ve solunum depresyonuna neden olacağı ve alkol kullanımından kaçınmaları vurgulanmalı
- Çocuğun ve ebeveynlerin antikonvülzan ilaçların nasıl alınacağını anlayıp anlamadıkları değerlendirilmeli
- Ebeveynler antikonvülzan tedaviyi doktora danışmadan kesmemeleri konusunda bilgilendirilmeli
- Ebeveynlere antikonvülzan ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verilmeli
- Aileye, fiziksel değerlendirme ve laboratuvar incelemeleri için çocuğu periyodik kontrollere getirmesi gerektiği söylenmeli
- Tüm antikonvülzan ilaçlar fetüste teratojenik etkiye sahip olduğu için, adölesan kızlara ilaç tedavisi kesilinceye kadar çocuk sahibi olmayı ertelemeleri önerilmelidir.

1.3.14.Epilepsinin Psikososyal Etkileri

Epilepsi; hastanın fiziksel değişikliklere, günlük ilaç kullanımında uyuma, yineleyen doktor muayenelerine ve akut tıbbi acil durumlara hazırlıklı olmasını gerektiren ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bir hastalıktır (38, 102). Epilepsi ile ilişkili psikososyal sorunlar doğrudan epilepsiye, uygulanan tedaviye ya da dolaylı olarak bu hastalık ile yaşamının sonuçlarına bağlı olabilir. Nöbetler arası süre uzun bile olsa epilepsi hastaları sürekli olarak yeni bir nöbet geçirme korkusu yaşarlar (103). Ani belirtileri ve bu belirtilerin tahmin edilememesi özelliği ile kendine özgü olup, diğer kronik hastalıklardan farklıdır. Epileptik nöbetler sadece beklenmedik bir zamanda meydana gelmez, aynı zamanda içinde bulunduğu özel koşullara bağlı olarak utandırıcı olmaktan tehlikeli olmaya kadar birçok şekilde oluşabilir (2, 37).

Epilepsili çocuklar günlük yaşantılarında birçok sınırlamalarla karşı karşıyadırlar. Epilepsi çocuk ve adölesanların özellikle gelişim sürecinde, günlük aktivitelerde (eğitim, spor faaliyetleri, akran ilişkileri) sosyal sınırlamalara neden

olmakla birlikte bu süreci negatif yönde de etkilemektedir (104). Çocuklar epilepsi tanısı aldığıında sağlık durumları ile birlikte sıklıkla birçok psikolojik stresörle yüz yüze gelir. Çocuklardaki kontrol ve özerkliği yitirme, nöbete bağlı anksiyete, depresyon, sosyal damgalanma, somatik yakınmalar, reddedilme ve ayrımcılık, ebeveyn tarafından aşırı korunma ve kabul edilmeme, ebeveyne aşırı bağımlılık kronik hastalığa uyum sağlamayı gittikçe zorlaştırabilir (2, 105- 107).

Kronik hastalıklardaki bireylerin aksine epilepsili bireylerdeki hastalığın seyrini tahmin edebilmesi olası değildir. Bu tahmin edilemezlik kişinin kendi yaşantısını kontrol etme algısını önemli düzeyde azaltmaktadır (2, 105). Mevcut veriler epilepsili çocukların diyabet ve astım gibi diğer kronik hastalıklardan daha fazla ruhsal sorunlarının olduğunu göstermektedir (108). Epidemiyolojik çalışmalar, epilepsili çocukların sağlıklı ya da diğer kronik hastalığı olan çocuklara göre daha yüksek oranda ruhsal bozukluğu olduğunu, epilepsili çocukların ruhsal sorunları genel nüfustaki çocuklardan 4.8 kat daha fazla olduğunu (109- 111) ve diğer kronik bedensel rahatsızlığı olan çocuklardan da iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (112).

Epilepsili çocuk ve ergenlerle yapılan araştırmalarda yüksek düzeyde ruhsal belirtilerde saptanmıştır. Epilepsili çocuklarda utanma, engellenme, çaresizlik, korkuya dayalı davranış sergileme, bağımlılık genellikle yaygındır. Kaygı, depresyon ve sosyal olarak geri çekilme davranışları da sıklıkla görülür. Uzun dönem izlem çalışmalarında ise epilepsili çocukların sağlıklı çocuklara göre işsizlik riskinin arttığı, okulda başarısızlık, sosyal izolasyon, ekonomik bağımlılık, olası olarak daha az evlilik oranları görülmektedir (113- 118). Hoare et al. (117) epilepsi hastalığı ve diyabet hastalığı olan çocukları yaşam kaliteleri bakımından karşılaştırdığı bir çalışmada epilepsili çocukların yaşam kalitelerini diyabeti olan çocuklara oranla daha düşük bulmuştur.

Sonuç olarak; sağlık profesyonellerinin, toplumun, hasta ailesi ve yakınlarının epilepsi hastalarının yaşadığı sorunları tanıyabilmesi ve başa çıkma yöntemlerini bilmesi önemlidir (38). Sağlık profesyonellerinin epilepsili yetişkin bireylerin hastalık hakkında bilgi düzeylerini, hastalığı algılayış şeklini, tedavilerine uyumunu etkileyen faktörleri değerlendirerek, epilepsi hastalarının ve ailelerinin gereksinimlerinin planlanmaları gerekir. Bu amaçla, hastalar, aileler ve sağlık çalışanları arasındaki işbirliği yapılması, epilepsi hastalığı olan kişilerin psikososyal sorunlarının giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından gereklidir (43).

1.4. Öz-Yeterlik

Öz-yeterlik kavramı ilk kez Amerikan psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında "Bilişsel Davranış Değişimi" kapsamında ileri sürülmüştür (22, 119-122). Bandura'nın davranış üzerinde etkili olduğunu düşündüğü öz-yeterlik kavramı, sosyal öğrenme kuramının temel bileşenlerinden biridir (18). Bandura'ya (1977) göre öz-yeterlik inancı "bireylerin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinliği veya eylemi organize edip, başarılı bir biçimde gerçekleştirme kapasitelerine ilişkin inancı" olarak tanımlanmaktadır (119, 120, 123- 124).

Albert Bandura'ya göre öz-yeterlik algısı; bireyin özel bir alanda bir görevi gerçekleştirebilme inancıdır. Öz-yeterlik algıları ile sonuç beklentileri her zaman birbirleriyle örtüşmeyebilir. Bireyin öz-yeterlik algıları yüksek ancak sonuç beklentileri olumsuz olabilir. Öz-yeterlik algılarının düşük olmasına rağmen sonuç beklentilerinin olumlu olduğu durumlar da olabilir (125- 126). Algılanan öz-yeterlik ise, insanların yaşamlarını etkileyen olaylar üzerinde, etkili olacak performansı ortaya koyabilme yetenekleri hakkındaki inançlarıdır (127). Algılanan öz-yeterlik yaşanan olayların meydana getirdiği stres durumuna yanıtın gelişimine ve stresle baş etmeye yardım eder. Kronik hastalığı olan bireylerde, öz yeterlik, hastalığın eşlik ettiği durumlara rağmen sonuç üzerindeki kontrol inancı, güven ve performansla doğrudan ilgilidir (128). Yeterli ve etkili olma inancı bireyin hislerini, düşüncelerini, kendi kendini motive etme yeteneğini ve davranışlarını etkiler (129- 130). Kontrol algısı ve bir olaya iyimser bakış pozitif yönde bir özelliktir. İyimser bakış açısında daha az fiziksel semptomlar görülür ve hastalık sürecinde daha hızlı bir iyileşme görülebilir. Kişisel kontrol inancı ya da öz-yeterlik geliştirmekte olan hastalığı doğrudan sağlıklı davranış pratiği geliştirerek etkiler ve bireyi stresin yan etkilerine karşı korur (131).

Pender (1987) tarafından geliştirilen "Sağlığı Geliştirme Modeli" Bandura'nın sosyal öğrenme kuramından temel alınarak geliştirilmiştir. Bu modelde bireyin öz-yeterlik algısının sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır. Sağlığı geliştirme modeli dışında sağlık psikologları öz-yeterliğin diğer birçok sağlık davranışı kuramında da önemli bir bileşen olduğunu belirtmişlerdir (21, 127).

Schwarzer (1995) tarafından yine Bandura'nın sosyal öğrenme kuramından esinlenerek geliştirilen ve bir sağlık davranışı değişim modeli olan Sağlık-Eylem Süreci Yaklaşımı'nda (The Health Action Process Approach- HAPA), bireyin öz-yeterlik algısının, davranışı benimseme, davranışa başlama ve değişimi sürdürmede çok önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Ayrıca, insanların sağlıkla ilgili davranışlarını açıklayan Sağlık İnanç Modeli, algılanan davranışsal kontrolü açıklayan kuramlar ve Koruyucu Motivasyon Kuramı'nda bireyin öz-yeterlik algısının majör bir belirleyici olduğu belirtilmektedir (21, 23).

Yüksek öz-yeterlik kişinin düşüncelerini, motivasyonunu, ruh halini ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Öz-yeterlik inancı düşük kişiler zor görevlerden kaçarak ve bu bireyler amaçlarına ulaşmada düşük istek ve zayıf sorumluluk alma yeteneğine sahiptirler. Ayrıca bu bireyler başarıyı nasıl elde edeceklerini düşünmek yerine kendi şüphelerinden dolayı içe dönük tavırlar sergilerler. Stresle karşı karşıya kaldıklarında engellerle ve kişisel eksiklikleriyle yaşamaya devam ederler. Zorluklarla yüzleşmekten kaçınırlar, hastalık durumunda iyileşme gecikir ve kolaylıkla depresyon gelişebilir. Bu durumun aksine yüksek öz yeterliğe sahip kişiler zor görevlerden kaçmak yerine bu görevin üstüne giderek bu konuda uzmanlaşırlar. Bu bireyler yüksek hedefler kurma ve güçlü sorumluluk alma duygusunu sürdürebilmek için olaylar karşısında ne yapabilecekleri konusunda derinden ilgilidirler. Bu bakış açısı motivasyonu sürdürür, stresi azaltır ve depresyon gelişimini önler (120, 130- 132).

Güçlü bir bireysel yeterlik hissinin; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu kavram okul başarısı, duygusal bozukluklar, mental ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi ve sosyo-politik değişim gibi pek çok farklı alanda kullanılabilmektedir (20, 22, 133- 134).

Sağlık psikologları, Sağlığı Geliştirme Modeli dışında öz-yeterliğin diğer birçok sağlık davranışı kuramında da önemli bir bileşen olduğunu belirtmiştir. Bireyin öz yeterlik algısının davranışı benimseme, davranışa başlama ve değişimi sürdürmede çok önemli bir rol oynadığı, majör bir belirleyici olduğu belirtilmektedir. (127).

Aksayan ve Gözüm (1998), bireyin öz etkililik-yeterlik algısının, sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğunu vurgulamaktadır. Öz etkililik-yeterliğin, diğer birçok sağlık davranışı kuramının da önemli bir bileşeni olduğu görülmektedir. Schwarzer tarafından geliştirilen ve bir sağlık davranışı değişim modeli olan "Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı"nda bireyin öz etkililik-yeterlik algısının davranışı benimseme, davranışa başlama ve değişimi sürdürmede önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (135).

Albert Bandura'ya göre öz yeterliliğin dört temel kaynağı vardır. Bunlar; ustalık deneyimleri, dolaylı öğrenme, sözel ya da sosyal ikna, fizyolojik ve emosyonel durumdur (120, 136- 139):

Ustalık Deneyimleri: Bandura'ya göre geçmiş deneyimler öz-yeterlik algısının oluşmasında en önemli kaynaktır. Bu tür deneyimler başarı için gerekli olan her türlü kişisel özellik ve becerinin birey tarafından bir araya getirilmesi sonucunda oluştuğu için bireyin kişisel yeterliğine ilişkin en doğru ve en doğal kanıt durumundadır (136, 138). Bireyin başarılarına dayalı ustalık deneyimleriyle oluşan kişisel yeterliliğine ilişkin inançlar, güçlü inançlar olarak bireyin daha sonraki performansını etkilemektedir (138).

Yüksek düzeyde öz-yeterlik inancının, varolan alışılmış davranışların ya da alışkanlıkların üzerine kurulu olmaması, bunun yerine değişen yaşam koşullarını yönetmeye uygun davranışlar bütünü yaratma ve söz konusu davranışları yürütme amacıyla bilişsel ve davranışsal öz düzenlemeleri kazanmayı gerektirmesi nedeniyle kalıcı olup, bireyin kendi hatalarına ilişkin değerlendirmelerin yıkıcı olmamasını sağlamaktır. Bir başka deyişle yüksek düzeyde öz-yeterlik algısı ruh sağlığını koruyucu bir işlevi üstlenmektedir (138).

Güçlü ve olumlu bir öz-yeterlik inancını, yeni, yaratıcı, bilişsel ve davranışsal becerilerini kullandığı öznel deneyimlerine dayalı olarak oluşturmuş olan bir bireyde, öz-yeterlik inancının gerçekçi ve göreceli olarak yüksek düzeyde olması nedeniyle, herhangi bir durumda yaşadığı kişisel başarısızlığının bireye etkisi daha düşük düzeyde olmaktadır. Bununla birlikte hızlı sonuçlar ve kolay başarılar beklentisi içindeki bireyin başarısızlık ya da hatalarına ilişkin değerlendirmesi daha yıkıcı olmakta, bu tür bireyin cesareti daha kolay kırılmaktadır (140).

Dolaylı Öğrenme: Öz-yeterlik inançlarını oluşturma ve güçlendirmenin ikinci yolu sosyal modeller tarafından sağlanan dolaylı yaşantılardır. Yani bir modelin gözlemlenmesine dayalı deneyimlerdir (140). Diğer insanları gözlemleme başarılı olmak için kişinin kendi kapasitesine olan güvenini artırmaya yardımcı olur. Başarı deneyimlerine rehberlik sağlayan modeller öz-yeterliği inşa etmede etkili bir araçtır (141). Bireyin kendine benzeyen diğer modellerin süreğen ve tutarlı çabalarıyla başarılı olmalarını görmesi sonucunda, onların uzmanlık deneyimlerini model alarak, kendisi başarılı olmuş gibi yeterlik inançları geliştirebilmektedir (138).

Sözel ya da Sosyal İkna: Öz-yeterlik inançlarının oluşması ve güçlendirilmesinde etkisi olan üçüncü tür deneyim olarak, bireyin sözel ya da sosyal olarak ikna edilmesidir. Bir etkinliğin gerçekleştirilmesi konusunda sözel olarak ikna edilen bir birey, söz konusu etkinliği gerçekleştirme doğrultusunda daha çok çaba göstermektedir (136, 140). Birey bu etkinliği gerçekleştirmek amacıyla becerilerini geliştirmekte ve çoğu kez daha zor etkinlikleri gerçekleştirebilmektedir. Buna karşın bireyin etkinliği gerçekleştirmesi doğrultusunda ikna edilmesi yerine, onun yetersizlikleri vurgulanırsa, bireyin söz konusu etkinliği başarıma olasılığı azalmaktadır. Bu nedenle bireyin güçlü yönlerinin vurgulanarak yeterliliğine ilişkin gerçekçi olarak ikna edilmesi, başka bir deyişle öz-yeterliğini artırıcı yönlendirmelerle desteklenmesi sürecinin bireyin becerileriyle örtüşmesi onu daha çok motive etmekte, böylelikle öz-yeterlik algısı gerçekçi bir şekilde yükselerek becerileri geliştiren bireyin daha zor etkinliklere girişmesi kolaylaşmaktadır (138).

Fizyolojik ve Emosyonel Durumlar: Öz-yeterlik inancının oluşması ve güçlendirilmesinde etkili olan dördüncü tür deneyim fizyolojik ve emosyonel durumdur (136). Birey yorgunluk, acı, ağrı ve gücü içeren fizyolojik durumlarına ilişkin duyularını fizyolojik kapasitesini değerlendirmede ipuçları olarak ele almaktadır (136, 138, 141). Örneğin; birey yaşadığı stres durumu sonucunda duyumsadığı stres tepkileri ve gerginliğini düşük düzeyde bir performansa neden olabilecek ipuçları olarak değerlendirebilmektedir. Buna karşın kendini fizyolojik olarak denge içinde ve zinde hissetmesini ise yüksek düzeyde bir performansın ön koşulları olarak görebilmektedir (138, 141). Öz-yeterliğin fizyolojik belirtileri spor, diğer fiziksel aktiviteler ve sağlık fonksiyonlarında önemli rol oynamaktadır (141).

1.4.1. Epilepsi ve Öz-Yeterlik

Epilepsi bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Epilepsi hastalığı olan bireyler psikolojik olarak kendini değersiz hissetme, korku, damgalanma, öfke ve umutsuzluk duyguları hissedebilirler ve pasif davranışlar sergileyebilirler. Sosyal ortamlarda izolasyon ve sınırlamalar deneyimleyebilirler, kendilerini işe yaramaz hissedebilir, diğer insanlar tarafından dışlanabilirler. Bu faktörler bireyin psikososyal fonksiyonlarını, öz-yeterliklerini ve yaşam kalitesini düşürerek, öz-kıyım oranını artırabilir. Tıbbi tedavi ve yan etkileri, öz-yeterlik ve hasta-bakım verici arasındaki ilişkiyi hatta tedaviye uyumu etkileyebilir (142).

Öz-yeterlik sağlık davranışını öngörmeye en yaygın olarak uygulanan teorilerden biridir (143- 144) ve kronik hastalığı olan bireylerde önemli bir dengeleyicidir (143). Yüksek öz-yeterliğe sahip bireyler tedaviye daha iyi uyum

sağlayarak yaşam kalitelerini artırır ve nöbet sıklığını azaltır (142). Ayrıca yüksek öz-yeterlik, epilepsi ile ilgili daha pozitif tutum, daha az depresif semptomlar, daha az nöbet geçirme endişesi ve daha düşük damgalanma ile ilişkilidir. Düşük öz-yeterliğin ise çocukluk dönemi epilepsilerinde nöbet yönetimi konusunda epilepsi hakkında daha negatif tutuma sahip olduklarını, nöbet geçirme konusunda daha fazla endişe yaşadıklarını, ailelerinin epilepsi konusunda daha acemi olduklarını ve depresif semptomlara yakalanmada daha fazla risk taşıdıkları konusunda önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır (34, 35, 145- 146).

Epilepsinin yönetiminde, hastanın karar verme sürecini anlamada öz-yeterlik inancı önemlidir. Nöbet öz-yeterliği ise; bireyin nöbetleri ile etkili bir şekilde baş edebilmek için gerekli performansı etkili bir biçimde gerçekleştirebileceği inancıdır. Epilepsili çocuklarda güçlü bir öz yeterlik inancına sahip olmak ya da bu inancı geliştirmek daha iyi nöbet yönetimi, daha yüksek başarı, daha sağlıklı olma ve daha iyi sosyal bütünleşme sağlar. Başarılı bir nöbet yönetimi, epilepsinin tedavisinde bireyin yaşamında temel amaçtır. Ancak çoğu kronik hastalıkta olduğu gibi epilepsiye uyum aktif öz yönetim ve davranış değişikliği gerektirmektedir. Bireyin hastalığına, tedavisine ve öz-bakım aktiviteleri hakkında pozitif tutum sergilemesi tedaviye uyum ve hastalığın yönetimi için gerekli çabanın gelişimini sağlar (35).

1.4.2. Epilepsi Hastalığı Olan Çocuklarda Öz-Yeterliği Geliştirmede Hemşirenin Rolü

Pediyatri hemşiresinin epilepsi hastalığı olan çocuklarda öz-yeterliği geliştirme ve hastalığa uyumu artırmayı amaçlayan sağlık eğitimi, beş temel girişimi içermektedir:

- Sağlık ya da hastalıkla ilgili olaylar ve mesleklerle ilgili farkındalığı artırmak
- Normal gelişimsel süreçler ve olası problemlerin farkındalığının oluşmasını sağlamak
- Gelişebilecek stres kaynaklarını ve stresle baş etmede alternatifleri anlamayı sağlamak
- Bireyin ihtiyacı olan bilgileri nereden ve nasıl elde edebileceği bilgisini geliştirmek (Çoğu sağlık personeli bu tip bilgilerin yaygın olarak bilinen bilgiler olduğunu düşünmekte ancak birçok kişi bilmemektedir.)
- Bireyin ya da grubun var olan yeteneklerini ortaya çıkarmak (Örneğin; problem çözme ve iletişim becerisi, öfke ve stres kontrolü, motivasyon, umut, öfke yönetimi ve öz saygı becerisini geliştirmek ya da en üst düzeye çıkarmaktır) (119).

1.5. Kültürler Arası Ölçek Uyarlama

Ölçme, istatistik birimlerinin ilgilenilen özelliğe sahip olma derecesinin, belirli kurallara uyarak, sembolle ve özellikle sayı ile eşleştirilmesidir. Aynı zamanda ölçme, herhangi bir objenin belirli bir niteliğini-özelliğini belirli kurallara göre sayarak sınıflandırarak, derecelendirerek ya da birimlerle sayısal olarak ifade etme süreci olarak tanımlanmaktadır. Üzerinde çalışılan özellik ölçebiliyor ve sayısal olarak ifade edebiliyorsa, bu özellik bilimsel bir şekilde değerlendirebilir ve açıklanabilir (147- 150).

Ölçmenin günlük yaşamda ve bilimsel çalışmalardaki yeri yadsınamaz. Her türlü gelişmenin temelinde iyi bir ölçme vardır. Ölçmenin temel işlevi, daha duyarlı betimleme ve ayrımlara olanak sağlamaktır. Bir şeyin varlığı onun ölçülebilirliği ile anlam kazanır (147, 149). Hemen hemen tüm bilim dallarının bir kuramsal bir de deneysel yönü vardır ve bu iki yönün ilişkisi ölçüm ile kurulur (149).

Bir ölçme aracı, her şeyden önce ölçülecek özellik ya da özellikleri tam ve doğru olarak ve ölçülmesi söz konusu olmayan başka özelliklerle karıştırmadan ölçebilmelidir. Geçerlik olarak adlandırılan bu nitelik, bir ölçme aracının kullanılış maksadına hizmet etme derecesini belirtir. Ölçme aracı aynı zamanda, ölçtüğü özellik ya da özellikleri tutarlı olarak ölçebilmelidir. Belli bir özellik bir ölçme aracıyla değişik zamanlarda ölçüldüğünde aynı ya da hiç değilse yaklaşık olarak aynı ölçümler elde edilebilmelidir. Bu, ölçme aracının ölçtüğü şeyi tutarlı biçimde ölçmesidir, bu da güvenilirlik olarak adlandırılır (151).

Günümüzde belli bir kültür için hazırlanmış olan bir psikolojik ölçme aracı farklı kültür ve dillere çevrilerek de kullanılmaktadır. Bir ölçeğin yalnızca başka bir dile çevrilip kullanılması yerine o ölçekle ilgili temel psikometrik işlemlerin (geçerlik, güvenilirlik) de yapılması süreci ölçeğin başka dil ve kültürlerle uyarlanması olarak bilinmektedir (152- 153). Kültürlerarası uyarlama, başka bir alanda kullanılmak üzere ölçüm aracı hazırlama aşamasında dil (çeviri) ve kültürel uyarlama konusunu dikkate alan bir süreci kapsayacak şekilde kullanılır. Yeni bir ülke, kültür ve dilde kullanım için kendi kendine uygulanabilen sağlık durumuyla ilgili bir ölçeğin kültürlerarası uyarlama çalışması, ölçeğin orijinal kaynağı ve hedef versiyonları arasında dengeyi sağlamayı ve kendine özgü bir yöntem kullanmayı gerektirmektedir (154).

Ölçme veya ölçekler tüm disiplinlerde olduğu gibi hemşirelik bilimi içinde oldukça önemlidir. Hemşirelik bakımın geliştirilmesi için öncelikle doğru ve kapsamlı veri toplanmasına gereksinim vardır. Hemşirelik bilgi bütününe katkı verebilmesi, hemşirelik teorilerinin test edilmesi amacıyla veri toplamak için uygun ve nitelikli araçların geliştirilmesi gerekmektedir (155).

Ülkemizde hemşirelik araştırmalarında son yıllarda giderek artan oranda bakım verilen birey, aile ve toplumun sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçekler kullanılmaktadır. Kullanılan bu ölçeklerin çoğunluğu farklı kültürlerde geliştirilmiş olup ülkemize uyarlanmaktadır (156). Kendi kültürümüze uygun yeni ölçeklerin geliştirilmesinin birçok yararı vardır ve ölçek uyarlama ile ilgili birçok sorunu önleyebilir. Ancak ölçek uyarlanmasının tercih edilmesinde bazı nedenler vardır (152, 156- 157).

Bunlar:

- Çoğunlukla bir test uyarlamak ikinci kültürde yeni bir test geliştirmekten daha ucuzdur ve daha hızlıdır
- Yapılacak testin amacı kültürel ya da ulusal değerlendirme yapmak olduğunda, uyarlanmış bir test, ikinci kültürde denk bir test geliştirmenin en etkili yoludur
- İkinci bir kültürde test geliştirmek için uzmanlık bilgisi yetersiz olabilir

- Asıl test iyi bilinen bir test olduğunda, o testin uyarlamasının vereceği güven duygusu yeni geliştirilecek olan bir teste duyulacak güvenden daha fazla olacaktır
- Bir testin çok kültürlü sürümlerinden çıkarılan sonuçlar testi alan adaylar için çoğunlukla doğru olacaktır.

Ölçek geliştirmede olduğu kadar uyarlama çalışmalarında da, her ölçme sonucunda en azından iki temel psikometrik özelliğe ilişkin bilgi aranmaktadır. Bunlar güvenilirlik ve geçerliktir. Güvenilir bir ölçek geçerli olabilir ya da olmayabilir. Ancak, güvenilirliği olmayan bir ölçek hiçbir zaman geçerli değildir (158- 160).

1.5.1. Güvenirlik

Ölçeğin taşıması gereken özelliklerden birisi olan güvenilirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (148). Güvenirliğin;

- Bir ölçme aracının hatalardan arınık olarak ölçme yapabilme yeteneği
- Bir ölçme aracında bütün soruların birbiriyle tutarlılığı
- Ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini ortaya koyan kavram
- Ölçme aracının duyarlı birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi
- Aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılık
- Ölçülmek istenen belli bir değişkenin, sürekli olarak aynı sembolleri alması
- Aynı süreçlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılması ile aynı sonuçların alınması
- Ölçmenin rastlantısal yanılılardan arınık olması
- Ölçme aracının ölçtüğü özelliği ya da özellikleri ne derece kararlılıkta ölçmekte olduğunun göstergesi şeklinde tanımları vardır (149, 159).

Güvenirliğin yaygın olarak kullanılan şekilleri test-tekrar test, paralel form güvenilirliği, bağımsız gözlemciler arası ve içindeki güvenilirlik ve iç tutarlıktır (147, 160).

1.5.1.1. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zaman göre değişmezlik gösterebilme gücüdür (161). Test-tekrar test yöntemi, bir ölçme aracının aynı denek grubuna aynı koşullarda, önemli derecede hatırlamaları önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır. Zaman aralığı uzun tutulduğunda iki ölçme için aynı koşulların sağlanması olanaksız olabileceğinden ölçülen özellikte bazı değişimlerin oluşması sonucu güvenilirlik ölçütünün yorumu güçleşir. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri korelasyon katsayısı ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır (147, 148, 160, 162). Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasındadır. Katsayı -1 olduğunda tam bir negatif ilişki, katsayı +1 olduğunda tam bir pozitif ilişki var demektir. Eğer değişkenler arasında hiç ilişki yoksa $r=0$ 'dır (163). Katsayı arttıkça (değer 1'e yaklaştıkça) testin

puanlarının durağanlığını, dolayısıyla güvenilir olduğunu gösterir. Korelasyon katsayısının +0.70 ve üzerinde olması ölçeğin değişime karşı güvenilirliğini gösterir (164, 158).

Test-tekrar test yöntemi ölçülen niteliğin değişmez olduğu durumlarda uygulanır. Testin ölçtüğü niteliğin sürekli değişkenlik gösterdiği durumlarda kullanılmaz. Örneğin; bilgi, tutum, ruh hali ve fiziksel durum gibi özellikler iki ölçüm arasındaki zaman aralığında herhangi bir nedenle değişebilir. Test-tekrar test güvenilirliği genel bilişsel yetenekler ve kişilik gibi zaman içinde çok hızlı değişiklik göstermeyen nitelikleri ölçen testler için daha uygundur (160).

1.5.1.2. Paralel Form Güvenirliği

Paralel form yönteminde aynı davranış kalıplarını temsil edebilecek farklı maddeler örneklenerek iki eşdeğer form oluşturulmaktadır. Eşdeğer iki form aralıksız olarak aynı anda ya da aralıklı olarak farklı iki zamanda uygulanır. Formlar arasındaki korelasyon Pearson Momentler Çarpımı formülüyle hesaplanır ve güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanır (148).

Test-tekrar test sınavındaki test etkisini azaltmak için kullanılır. Testlerden alınan sonuçların ortalama ve standart sapmaları olabildiğince benzer ve ayrıca gruptan elde edilen üçüncü bir değişkenin değerleri ile olabildiğince ilişkili yani hesaplanan korelasyon katsayısı yüksek olmalıdır. Eşdeğer test formları geliştirmek güç olduğu için fazla kullanılmayan bir güvenilirlik ölçütüdür (160).

1.5.1.3. Bağımsız Gözlemciler Arasındaki Güvenirlik

Birden çok gözlemcinin, birbirinden bağımsız olarak aynı şeyleri ölçmeye çalıştıkları durumlarda uygulanan bir güvenilirlik ölçütüdür. Özellikle diğer güvenilirlik ölçütlerinin pratik olmadığı durumlarda, ölçmenin güvenilirliğini kestirmeye yarayan en iyi ölçüt olarak bilinir. Bu tür ölçmelerde, gözlemcilerin ayrı ayrı yaptıkları ölçümlerin ortalaması alınarak her durum için bir tek değer bulunur. Ayrı ayrı gözlem sonuçları birbirine ne kadar yakın ise, sonuçta elde edilen ortalama değer in güvenilirliği o kadar yüksek olur (147).

Birden fazla ölçümcü arasında %70 ve daha yüksek tutarlılık, güvenilirlik sınavı için uygundur. Ancak, tutarlılık yüzdesinin, şansa bağlı tutarlılığın yüksek olması nedeniyle yüksek çıkabileceği dikkate alınmalıdır. Bunun için yalnızca şansa bağlı olmayan (rastlantısal olmayan uyum) beklenen uyumu gösteren Cohen Kappa istatistiği kullanılır. Kappa değeri 0 ise gözlemciler arasında hiç uyum yoktur, 1 ise uyum mükemmeldir, -1 ise bir gözlemcinin “ak” dediğine diğeri “kara” demektedir (149).

Bağımsız gözlemciler arası uyumu hesaplamak için korelasyon, t-testi ya da ikiden fazla gözlemcinin olduğu durumlarda Kendall’ın Concordans Sayısı (Kendall Uyuşum) ve Cronbach alfa kullanılır (147, 149, 160).

1.5.1.4. İç tutarlılık güvenirliği

İç tutarlık, bir aracın güvenilirliğini değerlendirmek için günümüzde araştırmacılar tarafından sık kullanılan yöntemlerden biridir (165). Homojen bir

yapıyı ölçtüğü varsayılan ve benzer maddelerden oluşan ölçme araçlarının tek bir uygulama ile güvenilirliğinin belirlenmesi, o ölçme aracının iç tutarlılığı hakkında bilgi verir (161). Bir tek uygulamayla güvenilirlik belirlemede çeşitli teknik ve formüller bulunmakla birlikte, en çok kullanılanları Kuder Richardson 20 (KR-20) ve Cronbach Coefficient Alfa teknikleridir. Kuder Richardson 20 ve Cronbach Alfa formülleri birbirlerinden türetilmiş olmasına karşın, hangisinin kullanılacağı madde puanlarının ölçeklenme biçimine bağlıdır. Madde puanları süreksiz ise (var-yok, evet-hayır, doğru-yanlış veya 1-0 şeklinde) KR-20; sürekli ise (Likert tipi) Cronbach Alfa hesaplaması gerekir. Ayrıca Kuder-Richardson 21 (KR-21) eşitliği ise, ölçekteki her sorunun güçlük derecesinin aynı olduğu varsayımında kullanılabilir. Uygulamada bu varsayım nadiren gerçekleştiği için KR-21 çok fazla kullanılmaz. (160).

Likert tipi bir ölçekte yeterli olabilecek alfa katsayısı, olabildiğince 1'e yakın olmalıdır. Alfa katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme ölçütü aşağıda verilen şekilde belirtilmektedir (166):

- 0.00 $\leq \alpha \leq$ 0.40 ise ölçek güvenilir değildir.
- 0.40 $\leq \alpha \leq$ 0.60 ise ölçek düşük güvenilirliktedir.
- 0.60 $\leq \alpha \leq$ 0.80 ise ölçek oldukça güvenilirliktedir.
- 0.80 $\leq \alpha \leq$ 1.00 ise ölçek yüksek derecede güvenilirliktedir.

1.5.2. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan doğru olarak ölçebilme derecesidir. Başka bir deyişle, bir ölçme aracının geliştirilmiş bulunduğu konuda amaca hizmet etmesidir (163).

Geçerliğin yüksek olabilmesi, büyük ölçüde ölçülmek istenen kavramın gözlenebilir nitelikli değişkenlerle ifade edilebilmesine bağlıdır. Bu yönü ile doğrudan ölçmelerde geçerlik daha yüksektir. Dolaylı ölçmelerde değişkenlerin, gerek kavramı tam karşılayamaması gerekse gözlenebilme ölçütlerinin yeterince duyarlı konulmaması nedenleriyle geçerlik daha düşük olabilir (147).

Geçerlik, bilimin özü olup, bilimsel olduğu kadar aynı zamanda felsefi bir sorundur. Bir ölçmenin geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu, onun güvenilir olmasıdır. Nitekim, geçerlik için erişilebilecek en üst sınır güvenilirlik katsayısının karekökü kadardır. Örneğin; güvenilirliğin 0.36 olduğu durumlarda geçerlik katsayısı en çok 0.60 olabilir. Güvenirlik geçerlik için üst sınır koyabilmekte ise de, hiçbir zaman geçerliği garantileyemez (147).

Bir ölçme aracının geçerliğini sınamaya yönelik birçok ölçüt bulunmakla birlikte, bunlar genel olarak üç başlık altında toplanmaktadır (160):

- İçerik/kapsam geçerliği (content validity)
- Ölçüt-bağımlı geçerliği (criterion-related validity)
- Yapı geçerliği (construct validity)

1.5.2.1.İçerik/kapsam Geçerliği

Ölçme aracında bulunan soruların (maddelerin) ölçme amacına uygun olup olmadığı, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği sorunu ile ilgili olup, "uzman görüşü"ne göre saptanır. Bunun için, önce bir grup uzman tarafından ölçme amaçları ve bu amaçların gerektirdiği içerik çözümlemeleri hazırlanmış soruların bu amaçları ve içeriği temsil edip edemeyeceği tartışılır (147,151).

İçerik geçerliğini saptama, özellikle ölçek geliştirme çalışmalarında yapılması gereken bir aşamadır. Ancak, herhangi bir dilde geliştirilen bir ölçme aracını Türkçe'ye uyarlamak isteyen araştırmacı da bu mantıksal ölçütü kullanmalı, yani içerik geçerliğini sınamalıdır. Dilde eşdeğerliği sağlanan ölçek, konuyla ilgili olan uzmanların görüşüne sunularak daha anlaşılır ve anlamlı maddelerden oluşan bir uyarlama sağlanmaya çalışılmalıdır. Süreç, testin defalarca düzenlenmesini gerektirir. Maddelerin hem dil ve kültür eşdeğerliği hem de içerik geçerliğini sınamak üzere uzman görüşüne başvurmada, her madde için uzmanın maddelerin uygunluğunu 1-4 ya da 1-5 arası puanlar vererek değerlendirilmesini sağlayacak bir form kullanılır. Burada öncelikle uzmana çalışmanın amacı, ilgili değişkenleri, örnek grup özellikleri vb. açıklamalar yapılması çok önemlidir. Her madde için uzmanların katılım yüzdeleri karşılaştırılır (154, 160).

1.5.2.2.Ölçüt-bağımlı geçerlik

Ölçüt bağımlı geçerliği; bir ölçme aracının diğer bir ölçme aracıyla elde edilen sonuçları verme yeteneği olarak tanımlanabilir ve bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliğine kadar başarıyla yordadığı sorusuna yanıt verir (149, 167). En objektif ve en pratik olan bu geçerlik sınamasında ölçek puanlarının bazı dış ölçütlerle ilişkisi aranır. Bir testin diğer bir test ile elde edilen sonuçları verme yeteneğidir. Araştırmacı, ölçüt bağımlı geçerliğin yüksek olma eğilimi olduğunu bilmesi gerektiğinden, ölçeğin kullanımından önce sonuçları dikkatle gözden geçirmelidir. Bu geçerlik sınamasında en önemli faktör, örneklemin temsil yeteneğidir. Diğerlerine göre örneklemin özelliklerine en çok bağımlı olanı temsil yeteneğidir. Temsil yeteneği ne kadar az ise, ölçüt geçerliği o kadar problemlidir (160).

Bu geçerlik ölçütünü değerlendirmek üzere iki yaklaşım vardır:

- Yordama-kestirim geçerliği
- Hemzaman/eş zaman geçerliği

1.5.2.2.1. Yordama- kestirim geçerliği

Bir ölçeğin yordama geçerliği, o ölçekten elde edilen kestirimsel puan ile ölçülmek istenen özellikleri ölçtüğü bilinen kriter arasındaki korelasyonun hesaplanmasıyla elde edilir (148). Bu bir anlamda, yapılan ölçme ile ölçülmeye çalışılan şeyin gerçek hayattaki yansımalarının karşılaştırılmasındaki uyumu gösteren uygulama geçerliğidir (160).

1.5.2.2.2. Hem zaman/eş zaman geçerliği

Puanlar o anda var olan bir ölçütü karşılaştırılmaktadır. Üzerinde çalışılan ölçme aracından elde edilen puanların daha önce geliştirilmiş olan ve geçerlik-

güvenirliliği test edilmiş olan aynı özelliği ölçen bir başka ölçme aracının puanları ile arasındaki korelasyon hesaplanır (168) .

1.5.2.3.Yapı geçerliliği

Yapı, birbiriyle ilgili olduğu düşünülen belli öğeler ya da ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Bu anlamda, bir testin yapısını geçerleme süreci, temelde testin maddelerine verilen cevaplar arasındaki ilişkilerin analizine dayanır (151, 148). Zeka, sosyal uyum gibi doğrudan gözlenemeyen soyut kavramlarda; ölçme aracı puanlarıyla, ilişkili olduğu yapının ortaya konması ya da ölçek puanlarının ilişkili olduğu düşünülen yapının varlığına ilişkin kanıtları, ölçme aracının ölçme amacı doğrultusunda çalıştığını göstermek açısından önemlidir. Bu nedenle, yapı geçerliliği çalışması, bilim adamının öngördüğü bu yapıyı ölçmek için geliştirdiği ölçme aracının, gerçekten öngörülen yapıyı ölçüp ölçmediğini anlamak için yapılır. Başka bir ifade ile yapı geçerliliği, bir ölçme aracının ve ondan elde edilen puanın ne anlama geldiğini araştırma sürecidir (149).

Bir ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek üzere en fazla kullanılan iki yaklaşım; faktör analizi ve bilinen grup ile karşılaştırmadır. Faktör analizinde amaç, çok sayıdaki maddelerin daha az sayıda faktörlerle ifade edilmesidir. Aynı faktörü ölçen maddeler bir araya gelerek çeşitli gruplar oluşur. Her faktör grubuna, içinde bulunan maddelerin özelliğine göre bir faktör adı verilir (147, 169).

Faktör analizi açıklayıcı (exploratory) ya da doğrulayıcı/hipotez destekleyici (confirmatory) olabilir. Açıklayıcı faktör analizinde, bilinmeyen bir kuramsal yapıyı ölçmek için oluşturulan ölçme aracından elde edilen sonuçlara dayanılarak, söz konusu yapının nasıl olduğu açıklanmaya çalışılır. Doğrulayıcı faktör analizinde ise, var olan kuramsal yapıya dayanarak geliştirilen ölçme aracından elde edilen verilere dayanarak söz konusu kuramsal yapının doğrulanıp doğrulanmadığı test edilmeye çalışılır. Ölçek uyarlamalarında daha çok, ölçekteki maddenin yapısı hakkında var olan bir hipotezi sınıadığı için, doğrulayıcı faktör analizi kullanılır (149, 160).

Bilinen grup ile karşılaştırmada ise, ölçme aracı iki ayrı gruba uygulanır. Bunlardan birisi ölçülmek istenen faktörler açısından özellikleri bilinen bir gruptur. Ölçme sonunda, özelliği bilinen grup beklenen yönde bir performans gösterirse ölçme aracının "seçme" özelliği var ve bunu gerekli şekilde yerine getirebiliyor denir. Başka bir ifadeyle, ölçülmek istenen faktörler ölçülebiliyor demektir. Benzeri bir teknik de, geçerliliği daha önce belirlenmiş olan bir ölçme aracı ile yeni geliştirilmiş ölçme aracını aynı gruba uygulamak ve alınan sonuçlar arasında ilişki (korelasyon) aramaktır. Şayet bu ilişki yüksek ise yeni geliştirilen aracın geçerliliğinin de yüksek olduğu sonucuna varılabilir (147).

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, “Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği” (Seizure Self-efficacy Scale for Children - SSES-C)’nin Türkçe’ye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla metodolojik olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Temmuz 2012- Mart 2013 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği ve Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği’nde yürütülmüştür.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Temmuz 2012 - Mart 2013 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği ve Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği’ne gelen epilepsi tanısı almış tüm çocuklar oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı hastane polikliniklerinde epilepsi tanısı alan hastaların takibine ilişkin verilere ulaşamadığı için evren sayısı belirtilememiştir. Araştırmanın uygulama aşaması başladıktan bir ay sonra (Ağustos 2012) çocuk nöroloji uzmanının görev yeri değişikliği nedeniyle Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği hizmete kapatılmıştır. Bu nedenle araştırmaya Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği’ne gelen epilepsi hastalığı olan çocuklar dahil edilmiştir.

2.4. Araştırmanın Örneklemi

Geçerlik güvenilirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünü belirlemede ölçekte bulunan değişken sayısının 5-20 katı alınması önerilmektedir (170). Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği’nin 15 maddeden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda 150 kişiden oluşması planlanan araştırmanın örneklemi, 166 çocuk oluşturmuştur.

Örnekleme dahil edilme kriterleri;

Çocuğun:

- 9-17 yaş aralığında olması
- En az altı aydır epilepsi hastalığına sahip olması
- Zihinsel yetersizliğinin bulunmaması
- Okuma yazma bilmesi
- Okula devam etmesi
- İletişim sorunu olmaması
- Başka kronik hastalığı olmaması (diyabet, serebral palsi vs.)
- Çocuğun ve ebeveynlerin çalışmaya katılmaya istekli olmasıdır.

Araştırmanın verileri;

- Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n=45, %27.1),
- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi (n=10, %6) ve
- Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi (n=108, %65)'nden elde edilmiştir.

2.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler

- Çocuk Tanıtım Formu (EK-1)
- Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği (Seizure Self-efficacy Scale for Children - SSES-C) (EK-2)
- Çocuk Depresyon Ölçeği (Child Depression Inventory) (EK-3)

2.5.1. Çocuk Tanıtım Formu

Literatür doğrultusunda (35, 168) araştırmacı tarafından hazırlanan soru formunda sosyo-demografik özellikler (çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, yaşadığı yer, ailesinin gelir durumu, anne ve babaya ait sorular), çocuğun hastalığıyla ilgili özellikler (ne kadar zamandır epilepsi hastası olduğu, nöbet geçirme sıklığı, tedaviye uyum, hastalığı hakkında bilgisi, hastalığının sosyal yaşamına etkisi) ile ilgili bilgileri içeren 28 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

2.5.1.1. Araştırmanın Değişkenleri

a. Bağımlı Değişkenler

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği Puanı

b. Bağımsız Değişkenler

Çalışmaya alınan çocukların öz-yeterlik düzeyini etkileyebilecek yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, aile tipi, yaşadığı yer, ailenin gelir durumu, anneye ve babaya ait bilgiler, ailede başka epilepsi hastasının olup olmadığı, okuldaki başarı durumu, ne kadar zamandır epilepsi hastası olduğu, ne sıklıkla nöbet geçirdiği, tedaviye uyumu, hastalığı hakkında bilgi düzeyi ve aileden hastalığıyla ilgili destek alma gibi durumlar bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.5.2. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği

Çalışmada kullanılacak olan "Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği" (Seizure Self-efficacy Scale for Children - SSES-C), 15 maddelik 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçekteki cevaplar 1'den 5'e kadar numaralandırılmıştır. 1, "bunu kesinlikle yapamam" ve 5, "bunu kesinlikle yaparım" şeklinde ifadeler bulunmaktadır. Ölçekteki her bir maddenin alacağı puan 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilecek toplam puan ölçekteki soru sayısına bölünerek 1-5 arasında puan elde edilir. Bu ölçek, 9-14 yaş grubunda, en az altı aydır epilepsi hastalığı olan, başka kronik hastalığı olmayan (diyabet, serebral palsi vs.) çocuklarda geliştirilmiştir. Orijinal ölçeğin iç tutarlığının belirlenmesi için güvenirlik ölçütü olarak kullanılan cronbach alfa değeri 0.93 olarak bulunmuş ve oldukça güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilmiştir (35) (EK-2).

2.5.3. Çocuk Depresyon Ölçeği

Kovacs (1980) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek 27 maddeden oluşmaktadır. Ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır (171). Çocuklardaki depresyon düzeyini ölçer. 6-17 yaş çocuk ve ergenlere uygulanır. Zaman sınırlaması yoktur. Her maddede çocuğun son iki haftasını değerlendirerek aralarından seçim yapacağı üç cümle bulunmaktadır. Her cümle seti çocukluk depresyonunun belirtilerine ilişkin ifadeler içermektedir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. B, E, G, H, İ, J, L, N, O, P, Ş, Ü, V maddeleri, ters olarak puanlanan maddelerdir. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54' tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Kesim noktası 19' dur. On dokuz ve üzerindeki skorlar klinik düzeyde bir depresyon tanısının varlığını gösterir. Ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach $\alpha = 0,87$) ve test-tekrar test güvenirliği ($r = 0,82$) iyi düzeydedir (172- 173) (EK-3).

2.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne gelen, verileri araştırma kapsamına alınmayan 10 çocuk ile gerçekleştirilmiştir.

2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Veriler, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Nöroloji Poliklinikleri'nde Temmuz 2012-Mart 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler, Çocuk Tanıtım Formu (EK 1), Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği (EK 2) ve Çocuk Depresyon Ölçeği (EK 3) kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama süresi 30 dakikadır. Soru formları araştırmacı tarafından çocukla yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Çocuklarla yapılan görüşmeler, çocuk nöroloji polikliniğinde sessiz bir ortam sağlanarak yapılmıştır.

2.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, Statistical Package for Social Science (SPSS) 18.0 yazılım paket programı kullanılmıştır. Araştırma verilerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Verilerin Analizi	İstatistiksel Yöntemler
Çocuk Tanıtım Formu	Sayı ve Yüzde
Geçerlik Analizi	
Dil Geçerliği	İngilizce'den Türkçe'ye ve Türkçe'den İngilizce'ye çeviri
Kapsam Geçerliği	Uzman Görüşü (Kendall Uyuşum Katsayısı)
Yordama-Kestirim Geçerliği	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı
Yapı Geçerliği "Faktör Analizi"	Açıklayıcı Faktör Analizi
Güvenirlik Analizi	
İç Tutarlık "İç Tutarlık Katsayısı"	Cronbach Alfa Katsayısı
Madde Analizi	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı
Zamana Göre Değişmezlik "Test Tekrar Test Yöntemi"	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı

Epilepsi tanısı alan alan çocukların, çocuk tanıtım formunda yer alan tanıtıcı bilgilerinin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde kullanılmıştır. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması psikolinguistik ve psikometrik özelliklerin incelenmesi aşamalarından oluşmuştur. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri için Tablo 2.1'de gösterilen tüm yöntemler kullanılmış olup, ölçeğin zaman göre değişmezliğini belirlemek için araştırma kapsamına alınan 27 çocuğa iki hafta ara ile ölçek tekrar uygulanmıştır.

2.9. Araştırmanın Etiği

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'ni geliştiren Joan K Austin'den ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmasının yapılabilmesi için izin alınmıştır (EK 4). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı alınmıştır (EK 5). Araştırmanın uygulanabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi'nden izin alınmıştır (EK 6, EK 7, EK 8). Araştırma kriterlerine uyan, epilepsi tanısı almış çocukların ebeveynlerine ve kendilerine çalışma hakkında açıklayıcı bilgi verilmiş ve araştırma kapsamında olmayı kabul eden çocuklar ve ebeveynlerinden yazılı onam alınmıştır. "Aile Bilgilendirme Formu" anket formunun ilk sayfasında yer almaktadır (EK 9).

BULGULAR

3.1. Epilepsi Tanısı Alan Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan çocukların sosyo-demografik özelliklerine ve çocuğun hastalığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3.1. Epilepsi Tanısı Alan Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=166)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
9-12 yaş	63	38.0
13-17 yaş	103	62.0
Cinsiyet		
Kız	82	49.4
Erkek	84	50.6
Kardeş Sayısı		
1 kardeş	12	7.2
2 kardeş	70	42.2
3 kardeş	59	35.5
4 ve üzeri	25	15.1
Aile tipi		
Çekirdek aile	144	86.7
Geniş aile	22	13.3
Yer		
İl	92	55.4
İlçe	44	26.5
Kasaba-Belde	8	4.8
Köy	22	13.3
Gelir Durumu		
İyi	49	29.5
Orta	111	66.9
Kötü	6	3.6
Okula Gitme Durumu		
Evet	166	100.0
Çocuğun Eğitim Durumu		
İlköğretim	94	56.6
Ortaöğretim	72	43.4
Okuldaki Başarı Durumu		
İyi	78	47.0
Orta	83	50.0
Kötü	5	3.0

Epilepsi tanısı alan çocukların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde araştırmaya katılan çocuklar 9-17 yaşları arasında, %62’si 13-17 yaş aralığında, yaş ortalamaları 13.46 ± 2.57 yıl ve %50.6’sı erkekti.

Araştırmaya katılan çocukların %42.2’sinin iki kardeşi olduğu, %86.7’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %55.4’ünün ilde yaşadığı, %66.9’unun gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %56.6’sının ilköğretim öğrencisi olduğu ve %50’sinin ders başarısının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.2.Çocuğun Hastalığına İlişkin Bulgular (N=166)

Çocuğun Hastalığına İlişkin Bilgiler	Sayı	Yüzde
Ailede Bu Hastalığa Sahip Başka Birey Var mı?		
Evet	39	23.5
Hayır	127	76.5
Yanıt Evet ise Kim?		
Anne	1	2.4
Baba	4	9.8
Kardeş	13	31.7
Diğer	23	56.1
Ne Kadar Süredir Bu Hastalığa Sahip?		
0-12 ay	46	27.7
13-24 ay	32	19.3
25-36 ay	24	14.5
37-48 ay	17	10.2
49 ay ve üzeri	47	28.3
Ne Sıklıkla Nöbet Geçiriyor?		
Yılda 1'den az	26	15.7
Yılda 1 kez	50	30.1
Yılda 2 kez	28	16.9
Yılda 3 kez	10	6.0
Yılda 4 kez ve daha fazla	52	31.3
En Son Ne Zaman Nöbet Geçirdi?		
0-6 ay	83	50.0
7-12 ay	37	22.3
13 ay ve üzeri	46	27.7
İlaçlarını Düzenli Alıyor mu?		
Evet	156	94.0
Hayır	10	6.0
İlaçlarını Kullanımını Kim Takip Ediyor?		
Kendisi	36	21.7
Annesi	120	72.3
Babası	10	6.0
İlaçlarının Yan Etkisi Oluyor mu?		
Evet	40	24.1
Hayır	126	75.9
İlacını İçmeyi Unuttuğu Oluyor mu?		
Evet	109	65.7
Hayır	57	34.3
Kontrollere Düzenli Geliyor mu?		
Evet	155	93.4
Hayır	11	6.6
Hastalığı Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünüyor mu?		
Evet	94	56.6
Hayır	72	43.4

Tablo 3.2.Çocuğun Hastalığına İlişkin Bulgular (Devamı)

Çocuğun Hastalığına İlişkin Bilgiler	Sayı	Yüzde
Epilepsi Hastalığına Sahip Olması		
Arkadaşlarıyla Oyun Oynamasını ya da Vakit Geçirmesini Engelliyor mu?		
Evet	20	12.0
Hayır	114	68.7
Kısmen	32	19.3
Hastalığıyla İlgili Ailesinden Yeterince Destek Alabiliyor mu?		
Evet	158	95.2
Hayır	5	3.0
Kısmen	3	1.8

Tablo 3.2’de epilepsi tanısı almış çocukların hastalıklarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Araştırmaya dahil edilen çocuklardan %23.5’inde ailesinde kendisi dışında epilepsili başka bir birey vardır. Bu çocukların %2.4’ünün annesinde, %9.8’inin babasında, %31.7’sinin kardeşinde ve %56.1’inin de ikinci derece ya da üçüncü derece akrabalarında (teyze, dayı, amca, hala, kuzen vb) epilepsi tanısı almış birey bulunmaktadır.

Epilepsi tanısına sahip olan çocukların %27.7’si son bir yıl içinde, %19.3’ü son iki yıl içinde, %14.5’i son üç yıl içinde, %10.2’si son dört yıl içinde, 28.3’ü son dört ve üzeri yıl içinde epilepsi tanısı almışlardır (Tablo 3.2).

Epilepsi tanısını alan bu çocuklar yılda birden az (%15.7), yılda bir kez (%30.1), yılda iki kez (%16.9), yılda üç kez (%6.0), yılda dört ve daha fazla kez (%31.3) nöbet geçirmektedir. Çocukların %50’si son altı ay içinde, %22.3’ü son 7-12 ay içinde, %27.7’si 13 ay ve üzeri bir tarihte en son nöbetini geçirdiğini ifade etmiştir (Tablo 3.2).

Araştırmaya katılan çocukların %94’ü ilaçlarını düzenli olarak kullanmakta, ilaç kullanımı takiplerine bakıldığında; çocukların %21.7’si kendisi, %72.3’ünün annesi ve %6’sının ise babası takip etmektedir. Çocukların %24.1’i kullandıkları antiepileptik ilaç/ilaçların yan etkisi/etkileri olduğunu, %75.9’u yan etkisi/etkileri olmadığını ifade etmiştir. Çocukların %65.7’si bazen ilacını içmeyi unuttuğunu ancak %93.4’ünün ise düzenli olarak kontrollere geldiğini ifade etmiştir (Tablo 3.2).

Araştırma grubundaki çocukların %43.4’ünün hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını, %12’si hastalığının arkadaşlarıyla vakit geçirmesini engellediğini ve %19.3’ü ise kısmen engellediğini, %95.2’si hastalığıyla ilgili ailesinden yeterince destek alabildiğini belirtmiştir (Tablo 3.2).

Tablo 3.3.Anneye Ait Sosyo-demografik Bilgiler

Anneye Ait Bilgiler	Sayı	Yüzde
Anne Yaşı		
20-39 yaş	87	52.4
40-59 yaş	79	47.6
Anne Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	14	8.4
İlkokul	102	61.4
Ortaokul	21	12.7
Lise ve üzeri	29	17.5
Anne Meslek		
Çalışmıyor	134	80.7
Çalışıyor	32	19.3

Tablo 3.3'te araştırmaya dahil edilen epilepsi hastalığı olan çocukların annelerine ait sosyo-demografik özellikler yer almaktadır. Annelerin %52.4'ü 20-39 yaşları arasında olup, yaş ortalamaları 39.07 ± 5.3 yıldır. Annelerin %80'i ev hanımı ve %61.4'ü ilkokul mezunudur.

Tablo 3.4.Babaya Ait Sosyo- Demografik Bilgiler

Babaya Ait Bilgiler	Sayı	Yüzde
Baba Yaşı		
20-39 yaş	38	23.5
40 yaş ve üzeri	124	76.5
Baba Eğitim Durumu		
İlkokul	68	43.0
Ortaokul	27	17.1
Lise	48	30.4
Üniversite	15	9.5
Baba Meslek		
Memur	20	12.3
İşçi	69	42.6
Serbest meslek	54	33.3
Emekli	19	11.7

Tablo 3.4'te araştırmaya dahil edilen epilepsi hastalığı olan çocukların babalarına ait sosyo-demografik özellikler yer almaktadır. Buna göre babaların %76.5'i 40 yaş ve üzerinde olup, yaş ortalamaları 43.9 ± 6.9 yıldır. Babaların %43'ü ilkokul mezunu ve %42.6'sı işçidir.

Tablo 3.5. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık, Korelasyon ve Cronbach Alfa Değerleri

Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği (SSES-C)	Ort±Ss	Çarpıklık	Korelasyon	Cronbach Alfa
1. Hangi aktiviteleri yapıp yapmayacağımı bildiğim için nöbetimi yönetebiliyorum	3.23±1.51	-0.290	0.521	0.89
2. Nöbetimi iyi yönetebildiğim için okuldan ve diğer aktivitelerden geri kalmıyorum	3.89±1.34	-0.926	0.513	0.89
3. Arkadaşlarım baskı yapsa da nöbetimi daha kötü hale getirebilecek şeylerden uzak durabiliyorum	4.08±1.24	-1.223	0.559	0.88
4. Okuldayken nöbetimi yönetebiliyorum	3.65±1.55	-0.732	0.682	0.88
5. Kızgın veya üzgün olduğum durumlarda bile nöbetimi yönetebiliyorum	3.18±1.47	-0.294	0.715	0.88
6. Ailevi sorunlarım olsa bile nöbetimi yönetebiliyorum	3.61±1.49	-0.635	0.712	0.88
7. Arkadaşlarımın evindeyken, tatildayken veya okul gezisindeyken nöbetimi yönetebiliyorum	3.84±1.47	-0.837	0.662	0.88
8. Nöbetim konusunda sorularım olduğunda doktora veya hemşireye sorabiliyorum	4.12±1.28	-1.434	0.348	0.89
9. Nöbet geçirdikten sonra durumu yönetmek için korkudan uzak durabiliyorum	3.54±1.54	-0.572	0.450	0.89
10. Nöbetim konusunda bir sorun yaşarsam, bu sorunu annem ve babamla konuşabiliyorum	4.55±1.01	-2.386	0.418	0.89

Tablo 3.5. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık, Korelasyon ve Cronbach Alfa Değerleri (Devamı)

Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği (SSES-C)	Ort±Ss	Çarpıklık	Korelasyon	Cronbach Alfa
11. Yeterince dinlenerek nöbetimi iyi yönetebiliyorum	4.08±1.14	-1.193	0.551	0.89
12. Nöbetimi daha kötüleştirebilecek şeylerden uzak durarak hastalığımı kontrol altında tutabiliyorum	3.92±1.27	-1.065	0.603	0.88
13. İyi özelliklerimi kendime hatırlatarak, nöbetim hakkındaki hislerimi kontrol altında tutabiliyorum	3.66±1.44	-0.768	0.666	0.88
14. Doktorumun nöbetimi yönetebilmem için verdiği tavsiyeleri yerine getirebiliyorum	4.30±1.09	-1.679	0.445	0.89
15. Nöbete sebep olabilecek her türlü problemle baş ederek nöbetimi iyi yönetebilirim	3.56±1.29	-0.608	0.688	0.88

Tablo 3.5'te Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin her bir maddesine ilişkin ortalama, standart sapma, çarpıklık, korelasyon ve cronbach alfa değerleri verilmiştir. Ölçeğin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek amacıyla bakılan çarpıklık değeri, normal dağılıma uygunluk göstermektedir.

1.1. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Psikolinguistik ve Psikometrik Analizleri

SSES-C'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, psikolinguistik ve psikometrik özelliklerin incelenmesiyle iki temel aşamada yapılmıştır.

3.1.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi

Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çeviri çalışması; 4 uzman (iki öğretim üyesi ve iki okutman) tarafından yapılmıştır.

Bu çeviriler araştırmacı ve tez danışmanı öğretim üyesi tarafından düzenlendikten sonra, düzenlenen form her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan iki bağımsız çevirmen ve Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü'nde görevli iki okutman tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmaları kapsamında, psikolinguistik problemlerin olmaması için 10 uzmana [Nöroloji A.D. Öğretim Üyesi (3), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi (5), Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi (1), Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi (1)] çevirisi yaptırılmıştır.

3.1.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

3.1.2.1. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Geçerlik Çalışması

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanmasının geçerlik çalışması; kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve yordama-kestirim geçerliği aşamaları kullanılarak yapılmıştır.

a) Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Kapsam Geçerliği

Ölçeğin dil uyarlaması yapıldıktan sonra kapsam geçerliğini belirlemek üzere on uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini 10 puan üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşlerinin sonuçları doğrultusunda Kendall Uyuşum Katsayısı (W_a) (Kendall Coefficient of Concordance) korelasyon testi uygulanmıştır. Kendall W_a testi, değerlendiricilerin kendi içlerindeki uyumluluğunu ve test içi uyumluluğun güvenirliğini değerlendirmede de kullanılmaktadır. Yapılan Kendall W_a testi sonucunda uzmanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kendall's $W_a=0,411$, $p=0,000$, Chi-Square 57.495). Bu sonuç uzmanlardan gelen görüşlerin ölçek maddelerinin uygulanabilirliği açısından istatistiksel olarak uyumlu olduğunu göstermektedir. Önerilere yönelik olarak gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeğin ön uygulaması yapılmıştır.

b) Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Yapı Geçerliği

SSES-C'nin faktör yapısı incelenmeden önce örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi uygulanmıştır. Yapılan analize göre, KMO katsayısı yüksek (0.905) ve Barlett testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p=0.000$).

Tablo 3.6. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

SSES-C'nin orijinal boyutları	SSES-C'nin orijinal boyutlarının maddeleri	Türkçe SSES- C'nin boyutları	Türkçe SSES-C'nin boyutlarının maddeleri
Ölçeğin orijinali tek boyuttan oluşmaktadır	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15	Nöbetin bireysel kontrolü	1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15
		Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi	3, 8, 10, 14

Tablo 3.6'da Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin faktör analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Ölçeğin orijinal yapısıyla karşılaştırıldığında, bulunan sonuçlar arasında bazı yapısal farklılıklar ortaya çıkmıştır. Orijinal ölçek tek bir boyuttan oluşurken, Türkçe'ye uyarlanmış ölçekte iki alt boyut meydana gelmiştir. Bu alt boyutlar nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi olarak isimlendirilmiştir. Nöbetin bireysel kontrolü isimli faktörde ölçeğin 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15 numaralı maddeleri yer alırken, nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi isimli faktörde ise ölçeğin 3, 8, 10, 14 numaralı maddeleri yer almıştır.

Orijinal ölçeğin faktör yapısını onaylamak için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış elde edilen uyum kriterleri (tezde) verilmemiştir. Yapılan analiz sonucunda tek alt boyutlu faktör yapısının uygun olmadığı görülmüş iki alt boyutlu faktör yapısı kabul edilmiştir. Bu orijinal faktör yapısının onaylanmamasının sebebi kültürel farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Tablo 3.7. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Faktör Yapısı

Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Maddeleri (SSES-C)	Nöbetin bireysel kontrolü	Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi	Cronbach Alfa
(1) Hangi aktiviteleri yapıp yapmayacağımı bildiğim için nöbetimi yönetebiliyorum	0.60		0.89
(2) Nöbetimi iyi yönetebildiğim için okuldan veya diğer aktivitelerden geri kalmıyorum	0.51		0.89
(4) Okuldayken nöbetimi yönetebiliyorum	0.69		0.88
(5) Kızgın veya üzgün olduğum durumlarda bile nöbetimi yönetebiliyorum	0.75		0.88
(6) Ailevi sorunlarım olsa bile nöbetimi yönetebiliyorum	0.78		0.88
(7) Arkadaşlarımın evindeyken, tatildeyken veya okul gezisindeyken nöbetimi yönetebiliyorum	0.76		0.88
(9) Nöbet geçirdikten sonra, durumu yönetmek için korkudan uzak durabiliyorum	0.43		0.89
(11) Yeterince dinlenerek nöbetimi iyi yönetebiliyorum	0.69		0.89
(12) Nöbetimi daha kötüleştirebilecek şeylerden uzak durarak hastalığımı kontrol altında tutabiliyorum	0.49		0.88
(13) İyi özelliklerimi kendime hatırlatarak nöbetim hakkındaki hislerimi kontrol altında tutabiliyorum	0.59		0.88
(15) Nöbete sebep olabilecek her türlü problemle baş ederek nöbetimi iyi yönetebilirim	0.75		0.88
(3) Arkadaşlarım baskı yapsa da, nöbetimi daha kötü hale getirebilecek şeylerden uzak durabiliyorum		0.56	0.88
(8) Nöbetim konusunda sorularım olduğunda doktora veya hemşireye sorabiliyorum		0.67	0.89
(10) Nöbetim konusunda bir sorun yaşarsam, bu sorunu annem ve babamla konuşabiliyorum		0.56	0.89
(14) Doktorumun nöbeti yönetebilmem için verdiği tavsiyeleri yerine getirebiliyorum		0.76	0.89
Cronbach Alfa	0.89	0.63	0.89
% Açıklanan varyans	32.79	16.87	
Cumulative varyans	32.79	49.67	

Tablo 3.7’de Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği’nin faktör yapısı gösterilmektedir. Tabloya göre en düşük faktör yükünün 0.51 ile 2. madde ve en yüksek faktör yükünün ise 0.78 ile 6. maddenin olduğu görülmüştür. Tabloda maddelerle ölçülmek istenen değişkenin varyansının % kaçının açıklandığı da gösterilmektedir. Nöbetin bireysel kontrolü alt boyutunun bu ölçek ile ölçülmeye çalışılan özelliğin %32.79’unu, nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisinin %16.87’sini açıkladığı görülmektedir. İki faktörün tümü toplam varyansın %49.67’sini açıklamaktadır.

Tablo 3.7’de Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği’nin ortalama, varyans, korelasyon ve cronbach alfa değerleri gösterilmiştir. Tabloda belirtilen iç tutarlık analiz sonuçlarına göre tüm ölçeğin cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısı ölçek maddeleri arasında en düşük 0.88 iken, en yüksek 0.89 olarak bulunmuştur.

c) Yordama-Kestirim Geçerliği

Tablo 3.8. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği (SSES-C) ve Alt Boyutları ile Çocuk Depresyon Ölçeği (CDI) Arasındaki Karşılıklı Korelasyonlar

	SSES-C	F1	F2
F1	0.98**		
F2	0.74**	0.59**	
CDI	-0.58**	-0.56**	-0.46**

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3.8’de SSES-C ve alt boyutları ile CDI (Çocuk Depresyon Ölçeği)’nin karşılıklı korelasyonlarına yer verilmiştir. Tabloya bakıldığında SSES-C’nin genel ortalama puanı ve her iki alt boyutu ile CDI arasındaki korelasyonlar negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

3.1.2.2. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği’nin Güvenirlik Çalışması

Bu bölümde SSES-C’nin güvenirliğini belirlemede ölçeğin iç tutarlık, madde analizi ve zamana göre değişmezliğini belirlemek üzere test-tekrar test yöntemine yer verilmiştir.

a) Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği’nin İç Tutarlılığının Belirlenmesi

SSES-C’nin iç tutarlığını belirlemede cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo 3.9. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Ortalama, Standart Sapma ve Cronbach Alfa Değerleri

Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği (SSES-C)	Toplam Maddeler	Ortalama	Ss	Cronbach Alfa
Nöbetin bireysel kontrolü	11	3.66	0.98	0.89
Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi	4	4.27	0.80	0.63
Ölçek Toplam Puanı	15	3.82	0.86	0.89

Tablo 3.9'da Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin ortalama, standart sapma ve cronbach alfa değerleri gösterilmiştir. Tabloda belirtilen iç tutarlık analiz sonuçlarına göre tüm ölçeğin cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Katsayının ölçeğin boyutları için nöbetin bireysel kontrolü 0.89 ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi için 0.63 olduğu görülmüştür.

b) Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Alt Boyut Puanı-Ölçek Toplam Puan Korelasyonunun Belirlenmesi

Tablo 3.10. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Alt Boyut Puanı-Ölçek Toplam Puan Korelasyonunun Belirlenmesi

Ölçek Alt Boyutları	Genel	Nöbetin bireysel kontrolü
Nöbetin bireysel kontrolü	0.98**	
Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi	0.74**	0.59**

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3.10'da Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin alt boyut puanı ile ölçek toplam puan korelasyonlarına yer verilmiştir. Tabloda ölçeğin iki alt boyutunun birbiri ile karşılıklı korelasyonları ve ölçek toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Tablo incelendiğinde, ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyonların pozitif yönde ve anlamlı olduğu görülmüştür. Nöbetin bireysel kontrolü için korelasyon $r=0.98$ ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi için $r=0.74$ olduğu görülmüştür.

c) Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Zamana Göre Değişmezliğinin Belirlenmesi

SSES-C'nin zamana göre değişmezliğinin belirlenmesinde test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır.

1) Test-Tekrar Test Yöntemi

SSES-C, epilepsi hastalığı olan çocuklara uygulandıktan sonra 2-4 hafta içerisinde 27 çocuğa tekrar uygulanmıştır.

Tablo 3.11. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Tekrar Test			
	r	p	N
Test	0.99**	0.000	27

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3.11'de Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin test-tekrar test puanlarının korelasyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, SSES-C'nin ilk ve ikinci uygulamaları arasındaki korelasyon anlamlı düzeyde ($p<0.01$) ve yüksek ($r=0.99$) bulunmuştur.

Tablo 3.12. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Korelasyonları

Tekrar Test		
Test	F1	F2
F1	0.99**	-
F2	0.64**	0.98**

**Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3.12'de Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin alt boyutlarının test tekrar test korelasyonları gösterilmiştir. Buna göre, alt boyutlarının test tekrar test korelasyonları 0.64-0.99 arasında değişmekte olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

3.2. Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Bu bölümde, epilepsi hastalığı olan çocukların sosyo-demografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklere göre SSES-C'den aldıkları puan ortalamalarına yer verilmiştir.

Tablo 3.13. Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların SSES-C'den Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçek	Min.	Max.	Ort.SS
SSES-C	1.8	5	3.8±0.8
Nöbetin bireysel kontrolü	1.3	5	3.6±0.9
Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi	1	5	4.2±0.8

Tablo 3.13'te epilepsi hastalığı olan çocukların SSES-C'den aldıkları puan ortalamaları gösterilmiştir. Çocukların SSES-C'nin genel ortalama puanı 3.8 ± 0.8 (min:1.8, max:5), nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu ortalama puanı 3.6 ± 0.9 (min:1.3, max:5), nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu ortalama puanı ise 4.2 ± 0.8 (min:1, max:5) puan olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.14. Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SSES-C'den Aldıkları Puan Ortalamaları

Özellikler	N	F1 Ort±Ss	F2 Ort±Ss	Ölçek Toplam Puan Ort±Ss
Cinsiyet				
Kız	82	3.70±0.96	4.28±0.76	3.85±0.86
Erkek	84	3.61±0.99	4.24±0.84	3.78±0.86
t/P		0.57/0.56	0.33/0.73	0.56/0.57
Yaş (yıl)				
9-12	63	3.65±0.93	4.21±0.84	3.80±0.80
13-18	103	3.65±1.01	4.29±0.78	3.82±0.89
t/P		-0.10/0.99	-0.68/0.49	-0.17/0.85
Aile Yapısı				
Çekirdek Aile	144	3.71±0.96	4.25±0.80	3.85±0.86
Geniş Aile	22	3.30±1.04	4.36±0.82	3.58±0.86
t/P		1.83/0.69	-0.61/0.53	1.36/0.17
Eğitim Durumu				
İlköğretim	94	3.62±0.97	4.23±0.81	3.78±0.85
Orta Öğretim	72	3.69±0.99	4.30±0.79	3.85±0.88
t/P		-0.45/0.65	-0.61/0.54	-0.53/0.59
Kardeş Sayısı				
1 kardeş	12	3.60±0.80	3.95±0.83	3.60±0.80
2 kardeş	70	3.73±0.94	4.38±0.70	3.91±0.82
3 kardeş	59	3.75±0.99	4.24±0.88	3.88±0.90
4 kardeş ve üstü	25	3.21±1.03	4.12±0.82	3.45±0.90
F/P		2.14/0.09	1.43/0.23	1.99/0.11
Yaşadığı Yer				
İl	92	3.72±0.98	4.33±0.73	3.88±0.85
İlçe	44	3.68±0.89	4.29±0.74	3.84±0.78
Kasaba-Belde	8	3.63±1.08	4.15±0.82	3.77±0.98
Köy	22	3.33±1.07	3.96±1.13	3.50±0.99
F/P		0.96/0.41	1.29/0.27	1.20/0.30
Gelir Durumu				
İyi	49	3.63±0.97	4.18±0.87	3.78±0.87
Orta	111	3.66±0.97	4.30±0.77	3.83±0.85
Kötü	6	3.69±1.27	4.20±0.92	3.83±1.13
F/P		0.01/0.98	0.34/0.70	0.05/0.94
Ders Başarısı				
İyi	78	3.93±0.78	4.45±0.59	4.07±0.66
Orta	83	3.45±1.07	4.12±0.92	3.63±0.95
Kötü	5	2.65±0.48	3.55±0.92	2.89±0.51
F/P		8.32/0.00	5.61/0.00	9.08/0.00

Tablo 3.14'te epilepsi hastalığı olan çocukların sosyo-demografik özelliklerine göre SSES-C'den aldıkları puan ortalamaları gösterilmiştir.

Ders başarısı ile ölçek toplam puanı, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0.05$). Yapılan Duncan analizi ile ders başarısı orta ve/veya iyi olanların ölçek toplam puanları, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 3.15. Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Hastalıklarına İlişkin Özelliklere Göre SSES-C'den Aldıkları Puan Ortalamaları

Özellikler	N	F1 Ort±Ss	F2 Ort±Ss	Ölçek Toplam Puan Ort±Ss
Nöbet Tipi				
Jeneralize	105	3.61±1.02	4.24±0.82	3.77±0.91
Parsiyel	53	3.69±0.87	4.23±0.80	3.84±0.76
Sınıflandırılamayan	8	3.95±1.08	4.78±0.16	4.17±0.80
F/P	166	0.53±0.59	1.74±0.17	0.80±0.44
Hastalığın Süresi				
0-12	46	3.83±0.90	4.47±0.62	4.00±0.77
13-24	32	3.88±0.87	4.51±0.61	4.05±0.77
25-36	24	3.35±0.99	3.91±1.02	3.50±0.94
37-48	17	3.64±1.04	3.98±0.96	3.73±0.91
49 ay ve üzeri	47	3.48±1.04	4.16±0.80	3.66±0.89
F/P	166	1.72/0.14	3.61/0.00	2.36/0.05
Nöbet Sıklığı				
Yılda 1'den az	26	4.01±0.78	4.32±0.78	4.09±0.71
Yılda 1 kez	50	3.90±0.91	4.39±0.73	4.03±0.80
Yılda 2 kez	28	3.70±0.92	4.21±0.86	3.84±0.85
Yılda 3 kez	10	4.00±0.78	4.47±0.44	4.12±0.66
Yılda 4 ve üzeri	52	3.14±1.01	4.09±0.89	3.40±0.89
F/P	166	6.13/0.00	1.13/0.34	5.31/0.00
En Son Nöbet				
0-6 ay	83	3.34±1.00	4.16±0.84	3.56±0.87
7-12 ay	37	3.89±0.93	4.29±0.79	4.00±0.85
13 ay ve üzeri	46	4.02±.78	4.41±0.72	4.13±0.69
F/P	166	9.42/0.00	1.50/0.22	8.10/0.00
İlaç Kullanım Takibi				
Kendisi	36	3.99±0.85	4.50±0.45	4.12±0.71
Anne	120	3.55±0.99	4.18±0.87	3.72±0.87
Baba	10	3.66±1.07	4.40±0.85	3.86±0.99
F/P	166	2.82/0.06	2.32/0.10	3.14±0.04
Ailede Başka Epilepsi Hastası Varlığı				
Evet	39	3.33±1.03	4.15±0.74	3.55±0.91
Hayır	127	3.75±0.94	4.29±0.82	3.89±0.83
t/P	166	-2.36/0.01	-0.98/0.32	-2.21/0.02
Hastalık Hakkında Bilgisi				
Evet	94	3.84±0.90	4.44±0.62	4.00±0.77
Hayır	72	3.40±1.02	4.02±0.94	3.57±0.91
t/P	166	2.90/0.00	3.48/0.00	3.29/0.00

Tablo 3.15’te epilepsi hastalığı olan çocukların hastalıklarına ilişkin özelliklere göre SSES-C’den aldıkları puan ortalamaları gösterilmiştir.

Hastalığın süresi ile ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0.05$). Yapılan Duncan analizi ile iki yıldan daha az süredir epilepsi hastalığına sahip olanların ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Nöbet sıklığı ile ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0.05$). Yapılan Duncan analizi ile yılda üç ve daha az sayıda nöbet geçirenlerin ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

En son nöbet geçirme zamanı ile ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0.05$). Yapılan Duncan analizi ile bir yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

İlaç kullanımını kimin takip ettiği ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0.05$). Yapılan Duncan analizi ile ilaç kullanımını kendisi takip edenlerin ölçek toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

Ailede başka epilepsi hastası varlığı ile ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0.05$). Ailesinde başka epilepsi hastalığı olmayanların ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur.

Hastalık hakkında bilgiye sahip olma ile ölçek toplam puanı, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0.05$). Hastalık hakkında bilgisi olanların ölçek toplam puanı, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutları puanları daha yüksek bulunmuştur.

TARTIŞMA

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği (Seizure Self-Efficacy Sacale For Children)'ni Türkçe'ye uyarlayarak, geçerlik ve güvenilirliğini belirlemeye yönelik yaptığımız araştırma sonuçları iki bölümde ele alınmıştır:

1. Araştırma Grubundaki Çocukların Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi
2. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğini Belirlemeye Yönelik Yapılan Analizlerin Değerlendirilmesi

4.1. Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Sosyo-demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırma grubumuzda yer alan çocukların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri, literatürde yer alan çalışma sonuçları ile tartışılmıştır.

4.1.1. Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Sosyo-demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Epilepsi tanısı alan 9-17 yaşları arasında 166 çocuk ile yaptığımız çalışmada, çocukların %62'si 13-17 yaş aralığında, yaş ortalamaları 13.46 ± 2.57 yıl ve %50.6'sı erkekti. Araştırmaya katılan çocukların %42.2'sinin iki kardeşi olduğu, %86.7'sinin çekirdek aile yapısına sahip, %55.4'ünün ilde yaşadığı, %66.9'unun gelir durumunun orta düzeyde, %56.6'sının ilköğretim öğrencisi ve %50'sinin ders başarısının orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Araştırma grubumuzda erkeklerin biraz daha fazla olduğu görülmektedir. Literatürde (55) erkeklerde epilepsi insidansının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Caplin et al. (35), 175 epilepsi hastalığı olan çocuk ile yaptıkları çalışmada, çocukların 9-14 yaş aralığında, %48.5'si kız, %51.5'i erkek, kızların yaş ortalaması 11.9 ± 1.8 yıl, erkeklerin yaş ortalamasını ise 11.6 ± 1.7 yıl olarak belirlemişlerdir. Wagner et al. (145) epilepsi hastalığı olan 9-17 yaş aralığında 77 çocuk ile yaptıkları çalışmada, çocukların %52'sinin erkek ve yaş ortalamasının 14.4 yıl olduğunu tespit etmişlerdir. Goker et al. (174) epilepsi hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile ilgili yaptıkları çalışmada, çocukların 1 ay-17 yaşları arasında, yaş ortalamasının 8.3 ± 4.3 yıl ve %53'ünün erkek olduğu saptanmıştır.

Epilepsili çocukların sağlıklı ya da farklı bir kronik hastalığı olan akranlarından daha fazla öğrenim güclüğü yaşadıkları ve yardıma gereksinim duydukları bilinmektedir. Schouten et al. (175) yaptıkları çalışmada; epilepsili çocukların %22'sinin başarısızlık nedeni ile okulun bir yılını tekrar ettiklerini saptamışlardır. Oostrom et al. (176) 51 epilepsi hastalığı olan okul çocuğu ile yaptıkları çalışmada, epilepsili çocukların %51'inin özel eğitim yardımına gereksinim duyduğu, Kobya'nın (177) çalışmasında ise epilepsi hastalığı olan

çocukların %50.8'inin okul başarısının olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur. Çalışma grubumuzdaki çocukların yarısı, ders başarısının orta düzeyde olduğunu ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda çocukların annelerinin %52.4'ünün 20-39 yaşları arasında, yaş ortalamalarının 39.07 ± 5.3 yıl, %80'inin ev hanımı ve %61.4'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Babaların ise %76.5'i 40 yaş ve üzerinde, yaş ortalamaları 43.9 ± 6.9 yıl, %43'ünün ilkokul mezunu ve %33.3'ünün serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir.

Goker et al. (174) yaptığı çalışmada annelerin yaş ortalamasının 34.1 ± 6.2 , babaların yaş ortalamasının ise 38.2 ± 6.4 yıl olduğu saptanmıştır. Ersun'un (168) çalışmasında annelerin %93.8'inin ev hanımı, %46.2'sinin 38 yaş ve üzerinde, %74.6'ünün okur yazar/ilkokul mezunu oldukları, babaların ise %63.8'inin 38 yaş ve üzerinde, %68.5'inin okur yazar/ilkokul mezunu ve %50.8'inin işçi olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda çocuklardan %23.5'inde ailesinde kendisi dışında epilepsi hastalığı olan başka bir bireyin olduğu, bu bireylerin anne (%2.4), baba (%9.8), kardeş (%31.7) ve ikinci ya da üçüncü derece akrabalar (teyze, dayı, amca, hala, kuzen vb) (%56.1) olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, epilepsi hastalığının genetik eğilim gösterdiği (55) bilgisi ile de uyum göstermektedir.

4.1.2. Çocukların Hastalıkları ile İlgili Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki çocukların nöbet tiplerinin; jeneralize (%63.3), parsiyel (%31.9) ve sınıflandırılmayan nöbet tipi (%4.8) olduğu belirlenmiştir.

Asadi-Pooya (178) 181 epilepsi hastalığı olan çocukla yaptığı çalışmada çocukların %87.3'ünün jeneralize, %8.3'ünün parsiyel, %4.4'ünün ise sınıflandırılmayan nöbet tipine sahip olduğunu belirlemiştir. Wagner et al. (145) epilepsi hastalığı olan 9-17 yaş aralığında 77 çocuk ile yaptıkları çalışmada, çocukların %25'inin nöbet tipinin jeneralize, %69'unun parsiyel, %6'sının da sınıflandırılmayan nöbet tipine sahip olduklarını belirlemişlerdir. Ersun'un (168) epilepsi hastalığı olan 130 çocuk ile yaptıkları çalışmada, çocukların %94.6'sının nöbet tipinin jeneralize, %5.4'ünün ise parsiyel nöbet tipi olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmamızda jeneralize nöbet tipinin daha fazla görülmesi, yapılan çalışma (168, 178) sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Literatürde epilepsi hastalığının yaklaşık yarısının 5 yaşından önce ve %75'inin ise 20 yaşından önce başladığı belirtilmektedir (9, 52, 57). Çalışmamızda epilepsi tanısına sahip olan çocukların %27.7'sinin son bir yıl içinde, 28.3'ünün son dört ve üzeri yıl içinde epilepsi tanısı aldıkları belirlenmiştir. Çocuklarda nöbet başlangıç yaşının minimum 0.33 yıl, maximum ise 12 yaş, ortalama nöbet başlangıç yaşının ise 3.5 ± 2.9 yıl olduğu saptanmıştır. Epilepsi tanısı alan bu çocukların %30.1'inin yılda bir kez, %31.3'ünün yılda dört ve daha fazla kez nöbet geçirdikleri, çocukların %50'sinin son altı ay içinde, %27.7'sinin 13 ay ve üzeri bir tarihte en son nöbetini geçirdiği saptanmıştır.

Caplin et al. (35) 175 epilepsi hastalığı olan çocuk ile yaptıkları çalışmada, çocuklarda nöbetin ortalama başlangıç yaşının 6.5 ± 3.7 yıl olduğu saptanmıştır. Asadi-Pooya (178) 181 epilepsi hastalığı olan çocuklarla yaptığı çalışmasında çocukların yaş ortalamasının 7.0 ± 4.6 yıl, nöbetin ortalama başlangıç yaşını ise 4.9 ± 4.2 yıl olarak belirlemiştir. Wagner et al. (145) çalışmasında çocukların %40'ı 5 yıldan daha az, %38'i 5-10 yıl, %22'si 11-15 yıldır epilepsi hastalığına sahip olduğunu ve çocukların %38'inin en son nöbetini son bir ay içinde, %43'ünün son bir yıl içinde, %20'sinin ise bir yıldan daha uzun bir süre içinde geçirdiğini belirtmişlerdir. Goker et al. (174) epilepsi hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile ilgili yaptıkları çalışmada, çocukların 2.6 ± 2.3 yıldır epilepsi hastalığına sahip olduklarını belirlemişlerdir. Ersun (168) epilepsi hastalığı olan 130 çocuk ile yaptıkları çalışmada, çocukların %43.1'inde nöbetin 5-10 yaşları arasında ortaya çıktığı, %50'sinin 1-3 yıldır epilepsi hastası olduğu, %49.2'sinin yılda 1 ve daha az sayıda nöbet geçirdiği belirlenmiştir. Araştırma sonucumuz ve yapılan çalışma (168, 174) sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda çocukların %94'ünün ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, %72.3'ünün ilaç kullanımını annesinin takip ettiği, çocukların %75.9'unda ilacın yan etkisi/etkileri olmadığı belirlenmiştir. Çocukların %65.7'si bazen ilacını içmeyi unuttuğunu, ancak %93.4'ü ise düzenli olarak kontrollere geldiğini belirtmiştir.

Ersun'un (168) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuş, çocukların %91.5'inin ilaçlarını düzenli kullandığı, %73.1'inin ilaç kullanımını annesinin takip ettiği, %43.8'inin ilacını içmeyi unuttuğu, %80'inde ilaçların herhangi bir yan etkisi olmadığı saptanmıştır.

Literatürde epilepsi hastalığı olan çocukların ebeveynleri tarafından aşırı korunduğu ve ebeveyne aşırı bağımlılık davranışları geliştiği ifade edilmektedir (2, 105- 107). Çalışmamızda ve Ersun'un (168) çalışmasında çocukların büyük bir çoğunluğunda ilaç kullanımını annenin takip etmesi, ebeveynlerin çocuklar üzerinde aşırı koruyuculuk davranışı göstermesi ile uyumlu bir sonuçtur.

Epilepsi hastalığı olan çocuklar günlük yaşantılarında birçok sınırlamalarla karşı karşıyadırlar. Epilepsi çocuk ve adölesanların özellikle gelişim sürecinde, günlük aktivitelerde (eğitim, spor faaliyetleri, akran ilişkileri) sosyal sınırlamalara neden olmakla birlikte bu süreci negatif yönde etkilemektedir (104). Çalışmamızda çocukların %43.4'ünün epilepsi hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı, %12'sinde hastalığın arkadaşlarıyla vakit geçirmesini engellediği ve %19.3'ünde ise kısmen engellediği, %95.2'sinin hastalığıyla ilgili ailesinden yeterince destek alabildiği saptanmıştır.

Ersun'un (168) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuş, epilepsi hastalığı olan çocukların %61.5'inin hastalığı hakkında bilgiye sahip olduğunu, %40'ının bilgilerinin kısmen yeterli olduğunu, %80.8'inin hastalık konusunda aile desteğini yeterli bulduklarını, %29.2'sinde hastalığın oyun oynamasını ve arkadaşlarıyla vakit geçirmesini etkilediğini saptamışlardır. Avcı ve Bayat (179) çalışmasında çocukların en fazla annelerinden destek aldıkları, başka bir çalışmada da (180), epilepsi hastalığı

olan çocuklar oyun zamanlarını iyi kullanamadıkları ve sosyal kısıtlılıklar nedeniyle kendilerini farklı ya da yalnız hissettikleri belirlenmiştir.

4.1.3. Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SSES-C'den Aldıkları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Literatürde epilepsi hastalığı olan çocukların öz-yeterliklerini belirlemeye yönelik çok az çalışmaya rastlanmıştır (145, 181). Ülkemizde epilepsi hastalığı olan çocukların öz-yeterliklerini belirlemeye yönelik çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda epilepsi hastalığı olan çocukların sosyo-demografik özelliklerine göre SSES-C'den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; ders başarısı ile ölçek toplam puanı, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Ders başarısı orta ve/veya iyi olanların ölçek toplam puanları, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, epilepsi hastalığına ilişkin öz-yeterlikleri iyi olan çocukların ders başarısının da olumlu yönde etkilendiği şeklinde yorumlanabilir.

Carbone et al. (182) epilepsi hastalığı olan 88 adölesanla yaptıkları çalışmada, hastalığın süresi, nöbetin başlangıç yaşı, nöbet sayısı, sosyo-ekonomik durum, kardeş sayısı gibi sosyodemografik faktörlerin hastalığa uyumu etkilediğini belirtmişlerdir.

4.1.4. Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Hastalıklarına İlişkin Özelliklere Göre SSES-C'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda epilepsi hastalığı olan çocukların hastalıklarına ilişkin özelliklere göre SSES-C'den aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hastalığın süresi ile ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. İki yıldan daha az süredir epilepsi hastalığına sahip olan çocukların ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Nöbet sıklığı ile ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Yılda üç ve daha az sayıda nöbet geçiren çocukların ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç çocukların epilepsi hastalığına ilişkin öz-yeterlikleri arttıkça, geçirdiği nöbet sayısının azalabileceğini göstermektedir.

En son nöbet geçirme zamanı ile ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Bir yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç epilepsi hastalığına ilişkin öz-yeterlikleri iyi olan çocukların, nöbet geçirme sıklıklarının azaldığını göstermektedir.

İlaç kullanımını kimin takip ettiği ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. İlaç kullanımını kendisi takip edenlerin ölçek toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu da bize epilepsi hastalığına ilişkin öz-yeterlikleri iyi olan çocukların, kendi tedavilerinin sorumluluklarını aldıklarını göstermektedir.

Ailesinde başka epilepsi hastası olan çocukların ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Ailesinde başka epilepsi hastası olmayanların ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur. Ailede başka epilepsi hastası olan birey/bireylerin varlığı, çocukların epilepsi hastalığına ilişkin öz-yeterliklerini olumsuz yönde etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Epilepsi hastalığı hakkında bilgiye sahip olan çocukların ölçek toplam puanı, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Epilepsi hakkında bilgiye sahip olan çocukların ölçek toplam puanı, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutları puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç epilepsi hakkında bilgiye sahip olan çocukların, hastalığa ilişkin öz-yeterliklerinin olumlu yönde etkilendiği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda epilepsi hastalığı olan çocukların SSES-C'nin genel ortalama puanı 3.8 ± 0.8 (min:1.8, max:5), nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu ortalama puanı 3.6 ± 0.9 (min:1.3, max:5), nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu ortalama puanı ise 4.2 ± 0.8 (min:1, max:5) puan olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar çalışma grubundaki çocukların epilepsi hastalığına ilişkin öz-yeterliklerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Wagner et al. (145) çalışmasında çocukların SSES-C'nin genel ortalama puanını 4.1 (min:2.2, max:5) olarak belirlemişlerdir. Shore et al. (181) epilepsi hastalığı olan 12-18 yaş arası 9 çocuk ve ailesiyle nöbet öz-yeterlik ve yaşam kalitesine yönelik eğitim odaklı yaptıkları çalışmada çocuklarda SSES-C'nin genel ortalama puanını, eğitimin başlangıcında 4.1, eğitimden bir ay sonra 4.0, eğitimden altı ay sonra ise 4.5 olarak bulmuşlardır.

4.2. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğini Belirlemeye Yönelik Yapılan Analizlerin Değerlendirilmesi

Bu bölümde Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin dil uyarlamasına yönelik yapılan işlemler, ölçeğin güvenirlik ve geçerlik sonuçlarına ilişkin değerlendirme ve epilepsi hastalığı olan çocukların öz yeterliklerinin değerlendirilmesine ilişkin verilere yer verilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Yapılan bu çalışmada Çocuklar İçin Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin genel olarak yeterli geçerlik ve güvenirliğe sahip olduğu görülmüştür.

4.2.1. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Psikolinguistik Analizlerinin Değerlendirilmesi

İnsanlar arasındaki iletişimin doğrudan aracı olan dil, insanın istek, duygu ve düşünceleriyle yaşam biçimi olan kültürünün zenginliklerini yansıtan kalıplardır. Ancak, Türk Dili de dahil olmak üzere bütün dünya dilleri işlevsellik açısından ortak bir noktada birleşse de, ait oldukları dil ailelerine göre şekillenen yapısal özellikleri ve kullanımları açısından farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Türkçe kolay anlaşılır olması ile birlikte sözcük sayısı açısından da zengin dillerden biridir. Türkçe'nin somut ve soyut bütün kavramları türetme yeteneği, yabancı dillerden gelen sözcüklere daima kapısının açık olması, bu dil zenginliğinin önemli göstergelerindendir (183- 184).

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin çevirisinde de Türkçe'nin bu önemli özelliklerinin yansıdığı saptanmıştır. Ölçeğin çevirisi orijinal ifadelerden sapma yapmayacak şekilde Türk toplumu için en anlaşılır olacağı düşünülen anlamlar yüklenerek yapılmıştır.

4.2.2 Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Psikometrik Analizlerinin Değerlendirilmesi

4.2.2.1.Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin geçerlik çalışması; kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve yordama-kestirim geçerliği aşamaları kullanılarak yapılmıştır.

4.2.2.2.Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Kapsam Geçerliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar

Ölçek uyarlama çalışmalarının ilk aşaması dil geçerliğidir. Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, o ölçeğin yapısını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelir. Farklılıkların en aza indirilmesi için ölçek maddelerinin özenle incelenmesi, gerekli düzeltmelerin yapılması, uyarlama işleminin temelini oluşturur (156).

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin dil geçerliğini belirlemek üzere geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çeviri çalışması dört uzman tarafından yapılmıştır. Bu çeviriler araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından düzenlendikten sonra, düzenlenen form her iki dili (Türkçe-İngilizce) anlayan ve konuşan bağımsız üç çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra, maddelerin anlaşılabilirliği açısından 10 uzmanın görüşü alınarak kapsam geçerliği yapılmıştır.

Ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmalarında başvuru uzman sayısının en az "üç" olması gerektiği ancak "yirmi" gibi kalabalık bir grupta da olabileceği belirtilmiştir (166).

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin kapsam geçerliği için uzmanlar ölçek maddelerine 1 ile 10 arasında puanlar vermişlerdir. Ölçeğin

maddeleri için alınan uzman görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesinde Kendall Uyuşum Katsayısı (Kendall Coefficient of Concordance=Kendall Wa Testi) korelasyon testi uygulanmıştır. Sonuç olarak, ölçek maddelerinin uygulanabilirliği açısından uzmanlar arasında görüş birliği olduğu görülmüştür (Kendall's Wa=0.411, p=0.000).

4.2.2.3.Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Yapı Geçerliğine Yönelik Yapılan Çalışmalar

Faktör analizi yapılmadan önce değerlendirilmesi gereken bir test Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) Barlett testidir. Bu test örneklem büyüklüğünü ölçer ve örneklem büyüklüğü ile ilgilenir. Testin anlamlı çıkması, verilerin ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmak için yeterli olduğunu gösterir (185). Çalışmada KMO test sonucu 0.90 (mükemmel) olarak bulunmuştur.

KMO testinde bulunan değer 0.50'nin altında ise kabul edilemez, 0.50 zayıf, 0.60 orta, 0.70 iyi, 0.80 çok iyi, 0.90 mükemmeldir (185- 186).

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin yapı geçerliğini belirlemek üzere açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin orijinali tek faktör üzerinde toplanırken, ölçeğin Türkçe versiyonu iki faktör altında toplanmıştır. Birinci faktör "Nöbetin Bireysel Kontrolü", ikinci faktör ise "Nöbeti Kontrol Etmede Çevrenin Etkisi" olarak isimlendirilmiştir. Ölçekteki 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13 ve 15. maddeler birinci faktörde yer alırken, 3, 8, 10 ve 14. maddeler ikinci faktörde yer almıştır (Tablo 3.6).

Orijinal ölçeğin faktör yapısını onaylamak için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, elde edilen uyum kriterleri (tezde) verilmemiştir. Yapılan analiz sonucunda tek alt boyutlu faktör yapısının uygun olmadığı görülmüş iki alt boyutlu faktör yapısı kabul edilmiştir.

Çalışmada SSES-C ile ölçülmeye çalışılan özelliğin nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu ile toplam varyansın %32.79'u, nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu ile toplam varyansın %16.87'sinin açıklandığı görülmektedir. Bu iki faktörün ise, toplam varyansın %49.67'sini açıkladığı görülmektedir. Faktör yükünün en düşük 0.51 ile 2. madde ve en yüksek faktör yükünün ise 0.78 ile 6. maddenin olduğu görülmüştür (Tablo 3.7).

4.2.2.4. Yordama-Kestirim Geçerliği

Çalışmada SSES-C'nin genel ortalama puanı ve her iki alt boyutu ile paralel form olarak kullanılan CDI arasındaki korelasyonlar negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 3.8).

4.3.1. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Bu bölümde SSES-C'nin güvenirliğini belirlemede kullanılan iç tutarlık, madde analizi ve test-tekrar test yöntemleri ile ilgili sonuçlar yer almaktadır.

4.3.1.1.Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi

Cronbach alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlığının ölçüsüdür. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır (160). SSES-C'nin iç tutarlık analiz sonuçlarına göre, tüm ölçeğin cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iki alt boyutu için cronbach alfa değeri sırasıyla 0.89 ve 0.63'tür (Tablo 3.9).

Caplin et al. (35) SSES-C Ölçeği'nin geliştirilmesine yönelik yaptıkları çalışmada cronbach alfa değerini 0.93, Wagner et al. (145) çalışmasında SSES-C Ölçeği'nin cronbach alfa değerini 0.85 olarak belirlemişlerdir.

Çalışmamızda SSES-C'nin güvenirlik çalışmaları kapsamında, her bir boyutun birbiri ile karşılıklı korelasyonları ile ölçek toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Korelasyonlara bakıldığında, ölçeğin tümü ile iki alt boyut arasındaki korelasyonun sırasıyla 0.98 ve 0.74 olduğu, birinci alt boyut ve ikinci alt boyut arasındaki korelasyonun da 0.59 olduğu görülmüştür (Tablo 3.10). Bu sonuçlar ölçeğin Türkçe versiyonunun alt boyutlarını oluşturan maddelerin epilepsi hastalığı olan çocuklar için ölçülmek istenen özellikleri yansıtmaları bakımından tutarlık gösterdiğini ve yeterli olduğunu ifade etmektedir.

Literatürde epilepsi hastalığı olan çocukların öz-yeterliklerini belirlemeye yönelik çok az çalışmaya rastlanmıştır (145, 181). Özellikle ülkemizde epilepsi hastalığı olan çocukların öz-yeterliklerini belirlemeye yönelik çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda SSES-C Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bulunmasıyla birlikte ülkemizde epilepsi hastalığı olan çocukların öz-yeterliklerini belirlemeye yönelik literatüre önemli bir değerlendirme aracı kazandırılmıştır.

4.3.1.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin zamana göre değişmezliğinin belirlenmesinde test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem oldukça kolaydır ve ileriye dönük güvenirliği denetler (155). Ölçek epilepsi hastası çocuklara uygulandıktan 2-4 hafta sonrasında aynı örneklem içerisinde rastgele seçilen 27 çocuğa daha uygulanmıştır. Ölçeğin ilk ve ikinci uygulamaları arasındaki korelasyon anlamlı düzeyde ve yüksek bulunmuştur ($r=0.99$, $p=0.00$). Ayrıca, test-tekrar test yönteminde ölçeğin her bir alt boyutuna ait korelasyon 0.64-0.99 arasında değişmekte olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 3.12).

SONUÇLAR

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan çocuklar 9-17 yaş grubunda olup, %50.6'sı erkek, %62'si 13-18 yaş grubu, %42'si iki kardeşe sahip, %86'sı çekirdek ailede yaşamakta, %55.4'ü ilde yaşamakta, %66.9'u orta derecede gelire sahip, %56.6'si ilköğretim öğrencisi ve %50'si orta derecede okul başarısına sahiptir.

Epilepsi Hastalığı Olan Çocukların Hastalıklarına ilişkin Özellikler

Araştırmaya katılan çocukların %76,5'inin ailesinde epilepsi hastası bulunmadığı, %56,1'inde ailesi dışında ikinci/üçüncü derecede akrabasında epilepsi hastalığı olduğu, %28,3'ünün 4 yıl ve daha fazla süredir epilepsi hastası olduğu, %31,3'ünün yılda 4'ten fazla nöbet geçirdiği, %50'sinin son altı ay içinde bir nöbet deneyimlediği belirlenmiştir.

Çocukların %94'ünün ilaçlarını düzenli şekilde aldığı, %72'sinin ilaç kullanımını annesinin takip ettiği, %75'inin kullandığı ilacın hiçbir yan etkisi olmadığı, %65,7'sinin bazen ilacını içmeyi unuttuğu, %93,4'ünün hastalığı ile ilgili kontrollere düzenli olarak geldiği saptanmıştır.

Ayrıca çocukların %56,6'sının hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğu, %68,7'sinin hastalığının arkadaşlarıyla oyun oynamasına ya da vakit geçirmesine engel olmadığı ve %95,2'sinin hastalığıyla ilgili ailesinden yeterince destek alabildiği saptanmıştır.

Geçerlik Analizi Sonuçları

SSES-C'nin geçerlik çalışmasında, kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve yordama-kestirim geçerliği analizleri yapılmıştır.

- Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin kapsam geçerliği için uzman görüşüne başvurulmuş olup, bu görüşler doğrultusunda Kendall Uyuşum Katsayısı korelasyon testi uygulanmış ve uzman görüşlerinin istatistiksel anlamda uyum gösterdiği sonucuna varılmıştır.
- Çalışmada KMO Barlett test sonucu yüksek ve anlamlı çıkmıştır.
- Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin yapı geçerliğini belirlemek üzere açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda ölçekte iki alt boyut meydana gelmiştir. Bu alt boyutlar; "Nöbetin Bireysel Kontrolü" ve "Nöbeti Kontrol Etmede Çevrenin Etkisi" olarak isimlendirilmiştir. Orijinal faktör yapısını onaylamak için doğrulayıcı faktör

analizi yapılmış, elde edilen uyum kriterleri (tezde) verilmemiştir. Yapılan analiz sonucunda tek alt boyutlu faktör yapısının uygun olmadığı görülmüş ve iki alt boyutlu faktör yapısı kabul edilmiştir.

- Yordama-kestirim geçerliği analizinde, SSES-C ile CDI arasındaki karşılıklı korelasyon negatif yönde orta derecede ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Güvenirlik Analizi Sonuçları

Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin güvenilirliğini belirlemek üzere iç tutarlık, alt boyut ölçek toplam puanı korelasyonu ve test-tekrar test yöntemleri kullanılmıştır.

- İç tutarlık analizi sonuçlarında, ölçek toplam puan ortalamasının Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin iki alt boyutunun Cronbach alfa değerleri ise sırasıyla 0.89 ve 0.63'tür. Buna göre iç tutarlık yönünden güvenilirlik yüksek bulunmuştur.
- Pearson Momentler Çarpımı korelasyonunda SSES-C ile her bir alt boyut arasındaki korelasyonlar 0.98 ve 0.74 olarak bulunmuştur. En yüksek değer ölçek toplam puan ortalaması ile nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu arasındaki korelasyonun aldığı görülmüştür.
- Test-tekrar test sonuçlarına göre korelasyon anlamlı düzeyde ve yüksek bulunmuştur ($p < 0.01$).

Ders Başarısının Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamasına Etkisi;

Ders başarısı ile ölçek toplam puanı, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Ders başarısı orta ve/veya iyi olanların ölçek toplam puanları, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastalığın Süresinin Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamasına Etkisi;

Hastalığın süresi ile ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. İki yıldan daha az süredir epilepsi hastalığına sahip olanların ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Nöbet Sıklığının Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamasına Etkisi;

Nöbet sıklığı ile ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Yılda üç ve daha az sayıda nöbet geçirenlerin ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

En Son Nöbet Geçirme Zamanının Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamasına Etkisi;

En son nöbet geçirme zamanı ile ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Bir yıl ve daha uzun süredir nöbet geçirmeyenlerin ölçek toplam puanı ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

İlaç Kullanımını Kimin Takip Ettiğinin Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamasına Etkisi;

İlaç kullanımını kimin takip ettiği ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. İlaç kullanımını kendisi takip edenlerin ölçek toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

Ailede Başka Epilepsi Hastası Olmasının Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamasına Etkisi;

Ailede başka epilepsi hastası varlığı ile ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Ailesinde başka epilepsi hastası olmayanların ölçek toplam puanı ve nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur.

Çocuğun Kendi Hastalığı Hakkındaki Bilgisinin Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamasına Etkisi;

Hastalık hakkında bilgiye sahip olma ile ölçek toplam puanı, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Hastalık hakkında bilgisi olanların ölçek toplam puanı, nöbetin bireysel kontrolü ve nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutları puanları daha yüksek bulunmuştur.

ÖNERİLER

1. Epilepsi hastalığı olan çocuklar için geçerli ve güvenilir bulunan "Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği" ile hastalığa ilişkin çocukların öz-yeterlikleri belirlenerek hemşirelik bakımı ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi
2. Çocuğun öz-yeterliğinin saptanması, bilişsel düzeyine uygun hedefler konulması ve performansını en üst düzeyde kullanması için desteklenerek optimum büyüme ve gelişmenin sağlanması
3. Epilepsili çocukların öz-yeterlikleri belirlenerek gelişebilecek psikolojik sorunların önlenmesi
4. Öz-yeterliği düşük olan epilepsili çocuklara daha fazla psikososyal destek sağlanması
5. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin farklı bölgelerde ve daha büyük örneklem gruplarına uygulanması ve değişmezliğinin araştırılması
6. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği'nin alt boyutlarına etki eden diğer faktörlerin belirlenmesi için kalitatif çalışmalarla birlikte kullanılması
7. Çocuk, aile, okul ve toplumun epilepsi hakkında bilgilendirilmesi
8. Kültüre özgü ölçüm araçları geliştirilmesi.

KAYNAKLAR

1. Öztürk M (2007). Kronik Hastalık ve Çocuk. İçinden: Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım (Ed: Tüzün DÜ, Hergüner S). Epsilon Yayıncılık, İstanbul, s: 49-59.
2. Fazlıoğlu K, Hocaoglu Ç, Sönmez FM (2010). Çocukluk çağı epilepsisinin aileye etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2(2):190-205.
3. Er M (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 49: 155-168.
4. İşler A (2006). Epileptik çocuklarda semiyolojik nöbet sınıflamasında modüler eğitim, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
5. Isler A, Başbakkal Z, Serdaroglu G, Tosun A, Polat M, Gökben S, Tekgöl H (2008). Semiologic Seizure Classification: The effectiveness of a modular education program for health professionals in pediatrics. *Epilepsy&Behavior* 13(2):387-390.
6. Lv RJ, Wu L, Lu Q, Wang M, Liu H (2009). Reability and validity of a Chinese Version of the impact of pediatric epilepsy scale. *Epilepsy&Behavior* 16:150-155.
7. Fazlıoğlu K, Hocaoglu Ç, Sönmez FM, Cansu A (2010). Epilepsi tanısı konan çocukların aile işlevleri, anne-babalarındaki kaygı ve başa çıkma tutumları, *New/Yeni Symposium Journal* 48(3):190-205.
8. Freitag CM, May TW, Pfafflin M (2001). Incidence of epilepsies and epileptic syndromes in children and adolescents: A population-based prospective study in Germany. *Epilepsia* 42(8):979-85.
9. Rodenburg R, Meijer AM, Dekovic M, Aldenkamp AP (2005). Family factors and psychopathology in children with epilepsy: A literature review. *Epilepsy&Behavior* 6: 488-503.
10. Noeker M, Haverkamp-Krois A, Haverkamp F (2005). Development of mental health dysfunction in childhood epilepsy. *Brain Development* 27: 5-16.
11. Baum KT, Byars AW, De Grauw TJ, Johnson CS, Perkins SM (2007). Temperament, family environment and behavior problems. *Epilepsy&Behavior* 10: 319-327.

12. Serdaroğlu A (2010). Epileptik Nöbet ve Sendromların Sınıflandırılması, İçinden: Temel Pediatri (Ed: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A.) Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, s: 1246-1248.
13. Serdaroglu A, Ozkan S, Aydin K, Gücüyener K, Tezcan S (2004). Prevalence of epilepsy in Turkish Children between the ages of 0 and 16 years. *Journal of Child Neurology* 19: 271-274.
14. Erdoğan A, Karaman MG (2008). Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 9: 244-252.
15. Briery BG, Rabian B (1999). Psychosocial changes associated with participation in pediatric summer camp. *Journal of Pediatric Psychology* 24(2): 183-190.
16. Türkbay T, Akın R, Söhmen T (2000). Epilepsili çocuklarda bilişsel, davranışsal ve duygusal sorunların gözden geçirilmesi. *Epilepsi* 6(1): 22-27.
17. Wagner JL, Smith G, Ferguson PL, Bakergem G, Hrisco S (2010). Pilot study of an integrated cognitive-behavioral and self-management intervention for youth with epilepsy and caregivers: Coping Openly and Personally with Epilepsy (COPE). *Epilepsy&Behavior* 18:280-285.
18. Bandura A, Adams NE (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research* 1:287-308.
19. Bandura A (1995). Self-Efficacy in changing societies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 26(3): 179-190.
20. Keskin GÜ, Orgun F (2006). Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 7: 92-99.
21. Yardımcı FK (2007). İlköğretim öğrencilerinde algılanan sosyal destek ile öz-yeterlilik ilişkisi ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
22. Zengin N (2007). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 10(1): 49-57.
23. Gözüm S (1999). Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe formunun yapı geçerliliği: öz-etkililik- yeterlilik ile stresle başa çıkma algısı arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2(1): 35-43.
24. Dilorio C, Henry M (1995). Self management in persons with epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing* 27: 338-343.

25. Smith KW, McGraw SA, Costa LA, McKinlay JB (1996). A self-efficacy scale for HIV risk behaviors: Development and evaluation. *AIDS Education and Prevention* 8: 97-105.
26. Shin YH, Jang HJ, Pender NJ (2001). Psychometric evaluation of exercise self-efficacy scale among Korean adults with chronic diseases. *Research in Nursing and Health* 24: 68-76.
27. Gramstad A, Iversen E, Engelsen BA (2001). The impact of affectivity dispositions self-efficacy and locus of control on psychosocial adjustment in patients with epilepsy. *Epilepsy Research* 46: 53-61.
28. Schlundt DG, Rea M, Hodge M, Flannery ME, Kline S, Meek J and et al. (1996). Assessing and overcoming situational obstacles to dietary adherence in adolescents with IDDM. *Journal of Adolescent Health* 19: 282-288.
29. Leonard BJ, Skay CL, Rheinberger MM (1998). Self-management development in children and adolescents with diabetes: The role of maternal self-efficacy and conflict. *Journal of Pediatric Nursing* 13: 224-233.
30. Bursch B, Schwankovsky L, Gilbert J, Zeiger R (1999). Construction and validation of four childhood asthma self-management scales: Parent barriers, child and parent self-efficacy and parent belief in treatment efficacy. *Journal of Asthma* 36: 115-128.
31. Kneckt MC, Syrajala AMH, Laukkanen P, Knuuttla MLE (1999). Self efficacy as a common variable in oral health behavior and diabetes adherence. *European Journal of Oral Science* 107: 89-96.
32. Remley D, Cook-Newell M (1999). Meal planning self-efficacy index for adolescents with diabetes. *Diabetes Education* 25: 883-890.
33. Shegog R, Bartholomew KL, Parcel GS, Sockrider MM, Masse L, Abramson SL (2001). Impact of a computer-assisted education program on factors related to asthma self-management behavior. *Journal of the American Medical Association* 8: 49-61.
34. Wagner JL, Smith G, Ferguson PL, Horton S, Wilson E (2009). Hopelessness model of depressive symptoms in youth with epilepsy. *Journal of Pediatric Psychology* 34(1): 89-96.
35. Caplin D, Austin JK, Dunn DW, Shen J, Perkins S (2002). Development of a self-efficacy scale for children and adolescents with epilepsy, *Children's Health Care* 31(4): 295-309.

36. Meltzer JL (2002). Mothers of children with chronic illnesses: A caregiver burden model and summer camp as respite care [Ph.D. dissertation]. United States-Florida: University of Florida, Available from: ProQuest Digital Dissertations. Publication Number: AAT 3065966.
37. Thompson PJ, Upton D (1992). The impact of chronic epilepsy on the family. *Seizure* 1: 43-48.
38. Görgülü Ü, Fesci H (2011). Epilepsi ile yaşam: Epilepsinin psikososyal etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi* 26(1): 27-32.
39. Silken AB (2007). Nöbetlerle Seyreden Hastalıkların Uzun Dönem Tedavisi İçinden: Pediatri (Ed: Osborn LM, DeWitt TG, First LR, Zenel JA. (Çev. Ed: Yurdakök M), Güneş Kitabevi, Ankara/İstanbul, Cilt 2, s: 1184-1191.
40. İşler A, Başbakkal Z, Tekgül H (2011). Modüler eğitim modeli ile epileptik nöbeti olan çocuğa yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi* 6(2): 39-46.
41. Ball JW, Bindler RC, Cowen KJ (2010). Child Health Nursing Partnering with Children&Families. Second Edition, Pearson, Mynursingkit, pp:1316-1389.
42. O'Neill C, Nestor T (2010). Neurological System (In: Coyne I, Neill F, Timmins F. Clinical Skill's in Children's Nursing, Oxford University Press.
43. Berg AT, Scheffer IE (2011). New concepts in classification of the epilepsies: Entering the 21st century. *Epilepsia* 52(6):1058–1062.
44. Lee P (2002). Epilepsy in the world: The social point of the view. *Epilepsia* 43: 14-15.
45. World Health Organization (2005). Global campaign against epilepsy Atlas Epilepsy Care in the World 2005. Geneva, WHO. Erişim Tarihi: 02.05.2013.
46. Jacoby A, Baker GA, Steen N, Potts P, Chadwick DW (1996). The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: Findings from a U.K. Community Study. *Epilepsia* 37: 148-161.
47. Ronen GM, Streiner DL, Rosenbaum P (2003). Health-related quality of life in childhood epilepsy: Moving beyond seizure control with minimal adverse effects. *Health and Quality of Life Outcomes* 1: 36-37.
48. Jonsson P, Eeg-Olofsson O (2011). 10-Year outcome of childhood epilepsy in well functioning children and adolescents. *European Journal Paediatric Neurology* 15(4):331-337.
49. Cowan LD (2002). The epidemiology of the epilepsies in children. *Mental Retardation Developmental Disabilities Research Reviews* 8: 171-181.

50. Bozkaya İO, Arhan H, Serdaroğlu A, Soysal AS, Ozkan S, Gucuyener K (2010). Knowledge of, perception of, and attitudes toward epilepsy of school children in Ankara and the effect of an educational program, *Epilepsy&Behavior* 17: 56–63.
51. Martiniuk ALC, Speechley KN, Secco M, Campbell MK (2007). Development and psychometric properties of the thinking about epilepsy questionnaire assessing children's knowledge and attitudes about epilepsy, *Epilepsy&Behavior* 10: 595–603.
52. Appleton RE, Sweeney A (1995). The management of epilepsy in children: The role of the clinical nurse specialist. *Seizure* 4: 287-291.
53. <http://www.epilepsyfoundation.org/aboutepilepsy/index.cfm>. Erişim Tarihi: 21.04.2013.
54. Guerrini R (2006). Epilepsy in children. *Lancet* 367: 499–524.
55. Efe E, İşler A (2013). Sinir sistemi hastalıkları. İçinden: Pediatri Hemşireliği (Ed: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B), Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s:611-658.
56. Arzimanoglou A, Guerrini R, Aicardi J (2007). Aicardi'nin Çocuklarda Epilepsi (Çev. Ed: Dervent A, Eşkazan E), İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, s: 5-6.
57. Kim JW (1991). Psychiatric aspects of epileptic children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 30: 875-886.
58. Bryant R, Schultz R (2007). The Child with Cerebral Dysfunction. In: Wong's Nursing Care of Infants and Children. Eight Edition, Hockenbery/Wilson, Mosby Elsevier, Canada, pp: 1652-1670.
59. Schub T (2012). Parent teaching: Epilepsy in children, Nursing Practice&Skill, Cinahl Information Systems, March 30, 2012.
60. http://www.ilae.org/Visitors/Centre/ctf/documents/ILAEHandoutV10_000.pdf Erişim Tarihi: 21.04.2013.
61. Yeni SN (2008). Epilepsi epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurologic-Special Topics* 1(2): 9-16.
62. Schub T, Buckley LL (2012). Seizures: Treatment of First Unprovoked Seizures in Children, Evidence Based Care Sheet, Cinahl Information Systems.

63. Caple C, Schub T (2012). Epilepsy: An overview, Quick Lesson About, Cinahl Information Systems, June 1, 2012.
64. Stecker M, Stecker M (2012). The effect of education on nurses' assesments in an epilepsy monitoring unit. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing* 34(2): 23-32.
65. Meeraus WH, Petersen I, Chin RF, Knott F, Gilbert R (2013). Childhood epilepsy recorded in primary care in UK. *Archives of Disease in Childhood* 98: 195-202.
66. İşler A, Tekgöl H (2010). Epileptik nöbetlerde alternatif bir sınıflama: Semiyolojik Nöbet Sınıflaması. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi* 5(2): 61-68.
67. Topbaş M, Özgün Ş, Sönmez MF, Aksoy A, Çan G, Yavuzylmaz A, Çan E (2012). Epilepsy prevalence in the 0-17 age group in Trabzon, Turkey. *Iran Journal of Pediatric* 22(3): 344-350.
68. Mandleco B, Wellington MC, Wayner RF (2007). Neurological Alterations. In: Potts NL, Mandleco BL. *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families*. Second Edition, Thomson/Delmar Learning, pp: 1058-1067.
69. Doenges ME, Moarhouse MF, Murr AC (2010). *Nursing Care Plans Guidelines for individualizing Client Care Across the Life Span*, Eight Edition, F.A. Davis Company, Philadelphia, pp: 210-220.
70. Smith N, Caple C (2011). Seizure precautions for children: Initiating and maintaining, *Nursing Practice&Skill*, Cinahl Information Systems, California, July 8, 2011.
71. Fenichel GM (2007). Seizures (In: Neonatal Neurology Ed: Fenichel GM.), Fourth Edition, Churchill/Livingstone, Elsevier, USA. pp:9-120.
72. Marino BS, Fine KS (2007). *Pediatrics*. Fourth Edition, Lippincott Williams&Wilkins pp: 244-247.
73. Reuber M, Schachter SC, Elger CE, Altrup U (2012). Açıklamalı Epilepsi, (Çev. Ed: Erdiñç OO), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s: 16-40.
74. Törüner EK, Büyükgönenç L (2012). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Göktuğ Yayıncılık, Ankara, s: 677-680.
75. Johnston MV (2008). Çocukluk Çağı Nöbetleri (İçinden: Pediatri, Ed: Behrman, Kliegman, Jenson (Çev. Ed: Akçay T), Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, s: 1973-2009.

76. Apak S (2010). Konvülziyonlar (İçinden: Pediatri, Ed: Neyzi O, Ertuğrul T.), Nobel Tıp Kitabevleri, 4. Basım, Ankara, s: 1675-1684.
77. <http://www.turkepilepsi.org.tr/page.aspx?menu=626> Erişim Tarihi: 21.04.2013.
78. Çavuşoğlu H (2011). Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Basımevi, 10. Basım, Ankara, s: 330-348.
79. Fenichel GM (2010). Klinik Çocuk Nörolojisi Belirti ve Bulgular Yaklaşımı, (Çev. Ed: Baytok V), 5. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, Adana, s: 1-45.
80. <http://www.epilepsyfoundation.org/aboutepilepsy/seizures/partialseizures/index.cfm> Erişim Tarihi: 21.04.2013.
81. Guyton AC, Hall JE (2007). Beynin Etkinlik Durumları-Uyku, Beyin Dalgaları, Epilepsi, Psikozlar, İçinden: Tıbbi Fizyoloji, (Çev. Ed: Çavuşoğlu H, Yeğen BÇ.), 11. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s: 739-747.
82. Meadow R, Newell S (2003). Pediatri. (Çev. Ed: Adal E), 7. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s:103-107.
83. <http://www.epilepsyfoundation.org/aboutepilepsy/seizures/genconvulsive/absenceseizures/index.cfm> Erişim Tarihi: 21.04.2013.
84. <http://www.turkepilepsi.org.tr/page.aspx?menu=626> Erişim Tarihi: 21.04.2013.
85. Uyanık Ö (2007). İnfantil Spazmlar ve İlişkili Sendromlar, (İçinden: Arizmanoğlu A, Guerrini R, Aicardi J. Aicardi'nin Çocuklarda Epilepsi (Çev Ed: Dervent A, Eşkazan E), İstanbul Medikal Yayıncılık, s: 14-27.
86. Çalışkan M (2010). Status Epileptikus, İçinden: Temel Pediatri (Ed: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A.), Güneş Tıp Kitabevi, s: 1262-1264.
87. Altunbaşak Ş (2010). Epilepside Tanı, (İçinden: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. Temel Pediatri, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, s: 1254-1256.
88. Yavuz ENV, Bebek N. Epilepsi Tanı ve Tedavisinde Elektroensefalografinin (EEG) Yeri, http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/5.pdf Erişim Tarihi: 25.04.2013.
89. Özmen M, Tatlı B (2010). Çocuklarda Nörolojik Değerlendirme, İçinden: Pediatri (Ed: Neyzi O, Ertuğrul T.), Nobel Tıp Kitabevi, 4. Baskı, s: 1665-1668.

90. Leventoğlu A, Bilir E, Kutlu G, Kurt S, Gömceli Y, Serdaroğlu A, Erdem A (2003). Uzun Süreli İnteriktal ve İktal Video-EEG Monitorizasyonu, *Epilepsi*, 9(3):123-127.
91. <http://www.epilepsy.org.uk/info/diagnosis/eeg-electroencephalogram>
Erişim Tarihi: 30.04.2013.
92. Turanlı G (2010). Epilepsi Tedavisi, İçinden: Temel Pediatri (Ed: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A.), Güneş Tıp Kitabevi, s:1257-1261.
93. Ataklı D (2007). Epilepsi: Genel Bakış ve Tanımlamalar, İçinden: Aicardi's Epilepsy in Children (Ed: Arizmanoglu A, Guerrini R, Aicardi J.), (Çev. Ed: Dervent A, Eşkazan E. Aicardi'nin Çocuklarda Epilepsi), İstanbul Medikal Yayıncılık, s:1-6.
94. Trileptal kısa ürün bilgisi. <http://www.ieg.gov.tr>, Erişim Tarihi: 29.04.2013.
95. Vining EPG, Freeman JM, Ballaban-Gill K, Camfield CS, Camfield PR, Holmes GL, Shinnar S, Shuman R, Trevathan E, Wheless JW (1998). A multicenter study of the efficacy of the ketogenic diet. *Archieve Neurology* 55, 1433-1437.
96. Erşahin Y (2007). Çocuklarda epilepsi cerrahisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Science* 3(1):36-41.
97. <http://www.turkepilepsi.org.tr/page.aspx?menu=654> Erişim Tarihi: 30.04.2013.
98. Peker S, Bayraklı F (2008). Epilepsi tedavisinde radyocerrahi uygulaması. *Epilepsi* 14(3): 198-206.
99. <http://www.epilepsysociety.org.uk/AboutEpilepsy/Firstaid/Training>
Erişim Tarihi: 30.04.2013.
100. First Aid for Generalized Tonic-Clonic Seizures,
<http://www.epilepsyfoundation.org/aboutepilepsy/seizures/genconvulsive/tonicseizures.cfm> Erişim Tarihi: 30.04.2013.
101. <http://www.turkepilepsi.org.tr/page.aspx?menu=630> Erişim Tarihi: 30.04.2013.
102. Uysal S, Ercan T (2005). Epilepsi, spor, psikososyal yaşam. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi* 40:68-71.
103. Oto R, Apak İ, Arslan S, Yavavlı A, Altındağ A, Karaca EE (2004). Epilepsinin Psikososyal Etkileri. *Klinik Psikiyatri* 7:210-214.

104. Wohlrab GC, Rinnert S, Bettendorf U, Fischbach H, Heinen G, Klein P, Kluger G, Jacob K, Rahn D, Winter R, Pfäfflin M (2007). Famoses: A modular educational program for children with epilepsy and their parents. *Epilepsy&Behavior* 10:44-48.
105. Marin NW (2003). Improving parent and child adjustment to epilepsy using parentalstrategic self-presentation and emotional disclosure (Ph.D. dissertation). United States - District of Columbia, The American University.
106. Ott D, Caplan R, Guthrie D (2001). Measures of psychopathology in children with complex partial seizures and primary generalized epilepsy with absence. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40:907–914.
107. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S (2004). Psychopathology and pediatric complex partial seizures: seizure - related, cognitive, and linguistic variables. *Epilepsia* 45:1273–1286.
108. Ziegler RG, Erba G, Holden L, Dennison H (2000). The coordinated psychosocial and neurologic care of children with seizures and their families. *Epilepsia* 41:732-743.
109. Davies S, Heyman I, Goodman R (2003). A population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 45:292–295.
110. Austin KJ, Caplan R (2007). Behavioral and psychiatric comorbidities in pediatric epilepsy: Toward an integrative model. *Epilepsia* 48(9):1639–1651.
111. McDermott S, Mani S, Krishnaswami S (1995). A population-based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizures. *Journal of Epilepsy* 8:110-118.
112. Haber LC, Austin JK, Huster GR, Lane KA, Perkins SM (2003). Relationships between differences in mother-father perceptions and self-concept and depression in children with epilepsy. *Journal of Family Nursing* 9:59-78.
113. Hoare P, Kerley S (1991). Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families. *Development Medical Child Neurology* 33: 201-215.
114. Spangenberg JJ, Lalkhen N (2006). Children with epilepsy and their families: Psychosocial issues. *South African Family Practice* 48:60-63.
115. Rodenburg R, Stams GJ, Meijer AM (2005). Psychopathology in children with epilepsy: A meta-analysis. *Journal Pediatric Psychology* 30(6):453-68.

116. Dunn DW(2003). Neuropsychiatric aspects of epilepsy in children. *Epilepsy&Behavior* 4:101-106.
117. Hoare P, Mann H, Dunn S (2000). Parental perception of the quality of life among children with epilepsy or diabetes with a new assessment questionnaire. *QualityLife Research* 9(6):637-644.
118. Bek S, Kaşıkçı T, Koç G, Genç G, Gökçil Z, Odabaşı Z (2009). Epilepsi tedavisinde klasik ve yeni antiepileptik ilaç seçimi. *Türk Nöroloji Dergisi* 15:71-77.
119. Stuart GW (2005). Mental Health Promotion and İlness Prevention. In: Principlesond Practice of Psychiatric Nursing, (Ed: Stuart GW, Laria MT.), 8th Edition, Elsevier/Mosby, pp: 211-213.
120. Leganger A, Kraft P, Roysamb E (2000). Perceived self-efficacy in health behaviour research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology and Health* 15: 51-69.
121. Bandura A (1997a). Self-efficacy: the exercise of control. W.H. Freeman and Company. New York.
122. Doni NY, Şimşek Z, Gürses G, Özer MS (2009). Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin öz-etkililik yeterlik düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 4(12): 21-33.
123. Dixon G, Thornton EW, Young CA (2007). Perceptions of self-efficacy and rehabilitation among neurologically disabled adults. *Clinical Rehabilitation* 21: 230-240.
124. Porter LS, Keefe FJ, McBride CM, Pollak K, Fish L, Garst J (2002). Perceptions of patients' self-efficacy for managing pain and lung cancer symptoms: Correspondence between patients and family caregivers. *Pain* 98: 169-178.
125. Bandura A (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37: 122-147.
126. Bandura A (1997b). Self Efficacy in changing societies. In Bandura A. (Ed.) Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Pres. pp:1-45.
127. Yardımcı F, Başbakkal Z (2010). Ortaokul öz-yeterlilik ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 11: 321-326.
128. Adegbola M (2011). Spiritually, self-efficacy and quality of life among adults with sickle cell disease. *South Online Journal of Nursing Research* 11(1): 1-15.

129. Boyd MA (2002). Theoretic Basis of Psychiatric Nursing. In: Boyd MA (Ed.) Psychiatric Nursing Contemporary Practice, 2nd Edition, Lippincott/Williams, p: 76-77.
130. Bandura A (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist* 28:117-148.
131. Stuart GW (2005). Mental Health Promotion and İlness Prevention. In: Stuart GW, Laria MT. (Ed.) Principlesond Practice of Psychiatric Nursing, 8th Edition, Elsevier/Mosby, p: 290.
132. Bandura A (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education&Behavior* 31(2): 143-164.
133. Yardımcı F, Başbakkal Z (2011). İlköğretim öğrencilerinin öz-yeterlik düzeylerinin ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 27(2): 19-33.
134. Otacioğlu SG (2008). Müzik öğretmenliği okul deneyimi uygulamalarına katılan öğretmen adaylarının öz etkililik-yeterlik düzeylerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 32(1): 163-170.
135. Karadağ E, Derya YA, Ucuzal M (2011). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz etkililik-yeterlik düzeyleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 4(1):14-20.
136. Lunenburg FC (2011). Self-efficacy in the workplace: Implications for motivation and performance. *International Journal of Management, Business and Administration* 14(1): 1-5.
137. Dinther M, Dochy F, Segers M (2011). Factors affecting students' self-efficacy in higher education. *Educational Research Rewiew* 6:95-108.
138. Sahranç Ü (2007). Stres Kontrolü, Genel Öz-Yeterlik, Durumluk-Kaygı ve Yaşam Doyumuyla İlişkili bir Akış Modeli. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara.
139. Akbaş A, Çelikkaleli Ö (2006). Sınıf öğretmeni adaylarının fen öğretimi öz-yeterlik inançlarının cinsiyet, öğrenim türü ve üniversitelerine göre incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2(1): 98-110.
140. Bandura A (1999). Self-Efficacy in Changing Societies. Cambridge: The Press Syndicate of the University of Cambridge.

141. Telef BB (2011). Öz-Yeterlikleri Farklı Ergenlerin Psikolojik Semptomlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı Doktora Tezi.
142. Chen HF, Tsai YF, Lin YP, Shih MS, Chen JC (2010). The relationships among medicine symptom distress, self-efficacy, patient-provider relationship, and medication compliance in patients with epilepsy, *Epilepsy & Behavior* 19:43-49.
143. Amtmann D, Bamer AM, Cook KF, Askew RL, Noonan VK, Brockway JA (2012). University of Washington self-efficacy scale: A new self-efficacy scale for people with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 93: 1757-1765.
144. Lee LL, Perng SJ, Ho CC, Hsu HM, Lau SC, Arthur A (2009). A preliminary reliability and validity study of the Chinese version of the self-efficacy for exercise scale for older adults, *International Journal of Nursing Studies* 46: 230-238.
145. Wagner JL, Smith G, Ferguson P (2012). Self-efficacy for seizure management and youth depressive symptoms: Caregiver and youth perspectives. *Seizure* 21: 334-339.
146. Austin JK, Dunn DW, Perkins SM, Shen J (2006). Youth with epilepsy: development of a model of children's attitudes toward their condition. *Children's Health Care* 35:123-140.
147. Karasar N (2009). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Nobel Yayın Dağıtım, 20. Basım, Ankara, s: 136-154.
148. Ercan İ, Kan İ (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 30(3):211-216.
149. Aker S, Dünder C, Pekşen Y (2005). Ölçme Araçlarında İki Yaşamsal Kavram: Geçerlik ve Güvenirlik. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 22(1): 50-60.
150. Gürsakal N (2010). Betimsel İstatistik I, 5. Baskı, Dora Basım Yayın Limited Şirketi, Bursa, s: 44-45.
151. Tekin H (2003). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. 15. Basım, Yargı Basın Yayın Dağıtım, Ankara, s: 41-76.
152. Deniz ZK (2007). Psikolojik ölçme aracı uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 40(1):1-16.

153. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D (1993). Cross-Cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology* 46(12): 1417-1432.
154. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures, *SPINE*, 25(24):3186-3191.
155. Erefe İ (2004). Veri toplama araçlarının niteliği, İçinden: Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemler (Ed: Erefe İ.), Odak Ofset, İstanbul, s: 169-188.
156. Aksayan S, Gözüm S (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 1: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 4(1): 9-14.
157. Savaşır I (1994). Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. *Türk Psikoloji Dergisi* 9(33):27-32.
158. Karakaplan S, Yıldız H (2010). Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 3(1): 55-65.
159. Sayın S (2009). Bilimsel araştırmalarda yapılan bazı istatistiksel ve yöntem bilimsel hatalar III: Güvenirlik kestirimlerine yönelik hatalar. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 53-69.
160. Gözüm S, Aksayan S (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 2: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 1: 3-14.
161. Baykal Ü, Şahin NH, Altuntaş S (2010). Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Journal of Education Research Nursing* 7(1): 39-45.
162. Murphy KR, Myers B, Wolach A (2009). Statistical Power Analysis A Simple and General Model for Traditional and Modern Hypthesis Test, Third Edition, Taylor&Francis Group, New York, p: 101-105.
163. Tekin VN (2009). SPSS Uygulamalı İstatistik Teknikleri. 2. Basım, Seçkin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret Anonim Şirketi, Ankara, s: 104-108.
164. Dağ İ (2005). Psikolojik test ve ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 13(4): 17-23.
165. Osburn HG (2000). Coefficient alpha and related internal consistency reliability coefficients. *Psychological Methods* 5:343-355.

166. Tavşancıl E (2010). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 4. Basım, Nobel Yayın Dağıtım Limited Şirketi, Ankara, s: 3-58.
167. Kimberlin LC, Winterstein GA (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Society of Health System Pharmacists* 64 (1): 2276-2284.
168. Ersun A (2010). Çocuğun Kendi Hastalığına Yönelik Tutumu Ölçeği Türkçe Formu Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, s: 49-51.
169. Padgett LV (2011). Practical Statistical Methods, CRC Press Taylor&Francis Group, USA, pp:109-110.
170. Stevens (2002). Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences. Hamiton Printing Company, New Jersey (Fourth Edition), pp: 3-40.
171. Bilgiç A, Yılmaz S, Tıraş S, Deda G, Kılıç EZ (2006). Bir grup epilepsili çocukta depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ve ilişkili faktörler, *Türk Psikiyatri Dergisi* 17(3):165-172.
172. Çalışkan Ö (2007). Okul öncesi dönemi astım hastası çocuklar ile sağlıklı çocukların depresyon seviyelerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
173. Tuğ S (2011). Özel öğrenme bozukluğu, özel öğrenme bozukluğu dikkat eksikliği hiperaktivite tanısı almış çocuklarda depresyon ve kaygı düzeylerinin nörogelişimsel, eğitsel, kültürel ve sosyal özellikleri temelinde araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
174. Goker Z, Serin HM, Hesapcioğlu S, Cakir M, Sonmez FM (2012). Complementary and alternative medicine use in Turkish children with epilepsy, *complementary Therapies in Medicine*. Article in Press, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2012.07.006>.
175. Schouten A, Oostrom KJ, Pestman WR, Peters ACB, Schinkel AJ (2002). Learning and memory of school children with epilepsy: A prospective controlled longitudinal study. *Developmental Medicine and Child Neurology* 44(12): 803-811.
176. Oostrom KJ, Schouten AS, Kruitwagen JJ, Peters AC (2003). Not only a matter of epilepsy: early problems of cognition and behavior in children with 'epilepsy only' – a prospective, longitudinal, controlled study starting at diagnosis. *Pediatrics* 112 (6): 1338-1344.

177. Kobya H (1997). 6-12 Yas Epilepsili Çocuğa Sahip Ailelerin Hastalığa İlişkin Bilgi, Uygulama ve Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Hemşirelik Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
178. Asadi-Pooya AA (2005). Drug compliance of children and adolescents with epilepsy. *Seizure* 14: 393-395.
179. Avcı Ö (2010). Eğitimin Epilepsili Çocuk ve Annelerinin Hastalığı Yönetme, Kaygı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Kayseri.
180. Elliott IM, Lach L, Smith ML (2005). I just want to be normal: A qualitative study exploring how children and adolescents view the impact of intractable epilepsy on their quality of life. *Epilepsy&Behavior* 7: 664-678.
181. Shore CP, Perkins SM, Austin JK (2008). The seizures and epilepsy education (SEE) program for families of children with epilepsy: A preliminary study. *Epilepsy&Behavior* 12: 157-164.
182. Carbone L, Zebrack B, Plegue M, Joshi S, Shellhaas R (2013). Treatment adherence among adolescents with epilepsy: What really matters? *Epilepsy&Behavior* 27:59-63.
183. Demir Ş (2012). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Çok Boyutlu Yaşam Kalitesi İndeksinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
184. Dilin İnsan ve Toplum Hayatındaki Yeri ve Önemi. <http://www.edebiyatogretmeni.org/dilin-insan-ve-toplum-hayatindaki-yeri-ve-onemi/> Erişim Tarihi: 28.05.2013.
185. Karagöz Y, Kösterelioğlu İ (2008). İletişim becerileri değerlendirme ölçeğinin faktör analizi metodu ile geliştirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 21:81-97.
186. Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E (2005). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Sakarya Kitabevi, Sakarya, s: 212-231.

ÖZGEÇMİŞ

Şerife TUTAR GÜVEN, 1985 yılında Hatay’da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Antalya’da tamamladı. 2007 yılında Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nden mezun oldu. 2011 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı’nda eğitime başladı. 2008-2009 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği’nde çalıştı. 2010-2012 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği’nde çalışmış olup, 2012 yılından itibaren de yine aynı kurumda Çocuk İzlem Merkezi’nde çalışmaktadır.

EKLER

ÇOCUK TANITIM FORMU**Anket No:****Tarih:****1. Kaç yaşındasın?.....****2. Cinsiyetin nedir?**

a) Kız b) Erkek

3. Kaç kardeşsiniz?.....**4. Aile tipiniz nedir?**

a) Çekirdek aile b) Geniş Aile c) Diğer

5. Nerede yaşıyorsun?

a) İl b) İlçe c) Kasaba/Belde d) Köy

6. Ailenizin gelir durumunu nasıl tanımlarsın?

a) İyi b)Orta c) Kötü

7. Annen kaç yaşında?.....**8. Annenin eğitim durumu nedir?**a) Okur yazar değil
b) Okur yazar
c) İlkokul
d) Ortaokul
e) Lise
f) Üniversite**9. Annenin mesleği nedir?**a) Ev hanımı
b) Memur
c) İşçi
d) Serbest meslek
e) Emekli
f) Diğer**10. Baban kaç yaşında?.....****11. Babanın eğitim durumu nedir?**a) Okur yazar değil
b) Okur yazar
c) İlkokul
d) Ortaokul

- e) Lise
- f) Üniversite

12. Babanın mesleği nedir?

- a) Memur
- b) İşçi
- c) Serbest meslek
- d) Emekli
- e) Diğer

13. Ailende bu hastalığa sahip başka kimse var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

14. Yanıtın "Evet" ise kim?

- a) Anne
- b) Baba
- c) Kardeş
- d) Diğer.....

15. Okula gidiyor musun?

- a) Evet
- b) Hayır

16. Yanıtın "Evet" ise kaçınıcı sınıfa gidiyorsun?.....

17. Okuldaki başarı durumunu nasıl değerlendiriyorsun?

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

18. Ne kadar zamandır bu hastalığa sahıpsın?.....

19. Ne sıklıkla nöbet geçiriyorsun?.....

20. En son ne zaman nöbet geçirdin?.....

21. İlaçlarını düzenli kullanıyor musun?

- a) Evet
- b) Hayır

22. İlaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığını kim takip ediyor?

- a) Kendim
- b) Annem
- c) Babam
- d) Diğer.....

23. İlaçların yan etkisi oluyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

24. Bazen ilacını içmeyi unuttuğun oluyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

25. Hastalığınla ilgili düzenli olarak kontrollere geliyor musun?

- a) Evet
- b) Hayır

26. Hastalığın hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünüyor musun?

- a) Evet b) Hayır

27. Bu hastalığa sahip olman arkadaşlarınla oyun oynamanı veya vakit geçirmeni engelliyor mu?

- a) Evet b) Hayır c) Kısmen

28. Hastalığınla ilgili aileden yeterince destek alabiliyor musun?

- a) Evet b) Hayır c) Kısmen

SEIZURE SELF-EFFICACY SCALE FOR CHILDREN (SSES-C)

The following statements describe things that people believe about taking care of themselves and their seizure condition. In some of the questions, the word “manage” is used and it means to handle or take care of the problem. Read or listen to each statement carefully and answer each one with how sure you are, using the following statements.

1 = I’m very unsure I can do that
2 = I’m a little unsure I can do that
3 = I’m not sure if I can do that or not
4 = I’m a little sure I can do that
5 = I’m very sure I can do that

- | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. I can manage my seizure condition by making good choices about which activities I do. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. I can manage my seizure condition so I don’t have to miss school or other activities. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. I can keep from doing things that might make my seizure condition worse, even if I get pressure from my friends. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. I can manage my seizure condition when I am at school. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. I can manage my seizure condition even if I am angry or sad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. I can manage my seizure condition even if there are things to worry about in my family. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. I can manage my seizure condition even if I am at a friend’s, on vacation, or on a school trip. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. I can talk to the doctor or nurse if I have questions about my seizure condition. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. I can keep from being afraid after a seizure in order to manage the situation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1 = I'm very unsure I can do that
2 = I'm a little unsure I can do that
3 = I'm not sure if I can do that or not
4 = I'm a little sure I can do that
5 = I'm very sure I can do that

- | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 10. I can talk to my parents if I have problems with my seizure condition. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. I can manage my seizure condition by making sure I get enough rest. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. I can manage my seizure condition by staying away from things that can make it worse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. I can manage my feelings about my seizure condition by reminding myself of my good qualities. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. I can do the things my doctor told me to do to manage my seizure condition. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. I can manage my seizure condition because I can handle any problems it can cause. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARDA NÖBET ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeler insanların kendi kendilerinin bakımı ve nöbet durumları hakkında inandıkları şeyleri tanımlamaktadır. Bazı sorularda "kontrol altına almak" kelimesi kullanılmakta ve bir problemin kontrol altında tutulması ya da bununla baş etmek anlamına gelmektedir. Her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde dinleyin ya da okuyun ve her birinden ne kadar eminseniz aşağıdaki ifadeleri kullanarak cevaplayın.

1= Bunu kesinlikle yapamam

2= Bunu yapamam

3= Bunu yapıp, yapamayacağım konusunda kararsızım

4= Bunu yapabilirim

5= Bunu kesinlikle yaparım

1. Hangi aktiviteleri yapıp yapmayacağımı bildiğim için nöbetimi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
2. Nöbetimi iyi yönetebildiğim için okuldan veya diğer aktivitelerden geri kalmıyorum	1	2	3	4	5
3. Arkadaşlarım baskı yapsa da, nöbetimi daha kötü hale getirebilecek şeylerden uzak durabiliyorum	1	2	3	4	5
4. Okuldayken nöbetimi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
5. Kızgın veya üzgün olduğum durumlarda bile nöbetimi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
6. Ailevi sorunlarım olsa bile nöbetimi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
7. Arkadaşlarımın evindeyken, tatildeyken veya okul gezisindeyken nöbetimi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
8. Nöbetim konusunda sorularım olduğunda, doktora veya hemşireye sorabiliyorum	1	2	3	4	5
9. Nöbet geçirdikten sonra, durumu yönetmek için korkudan uzak durabiliyorum	1	2	3	4	5
10. Nöbetim konusunda bir sorun yaşarsam, bu sorunu annem ve babamla konuşabiliyorum	1	2	3	4	5
11. Yeterince dinlenerek nöbetimi iyi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
12. Nöbetimi daha kötüleştirebilecek şeylerden uzak durarak, hastalığımı kontrol altında tutabiliyorum	1	2	3	4	5
13. İyi özelliklerimi kendime hatırlatarak, nöbetim hakkındaki hislerimi kontrol altında tutabiliyorum	1	2	3	4	5
14. Doktorumun nöbetimi yönetebilmem için verdiği tavsiyeleri yerine getirebiliyorum	1	2	3	4	5
15. Nöbete sebep olabilecek her türlü problemle baş ederek nöbetimi iyi yönetebilirim	1	2	3	4	5

ÇOCUK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (ÇDÖ)

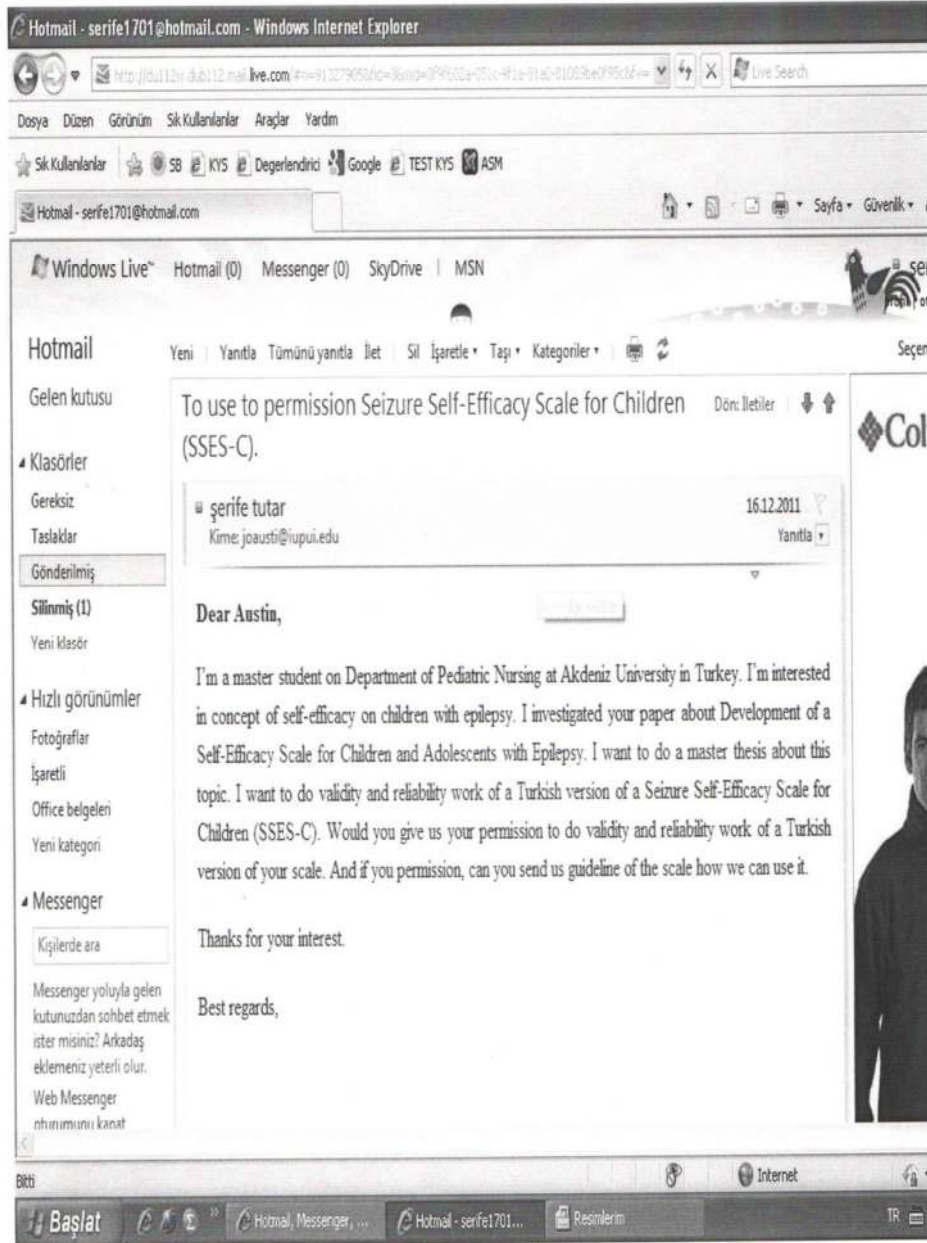
Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız.

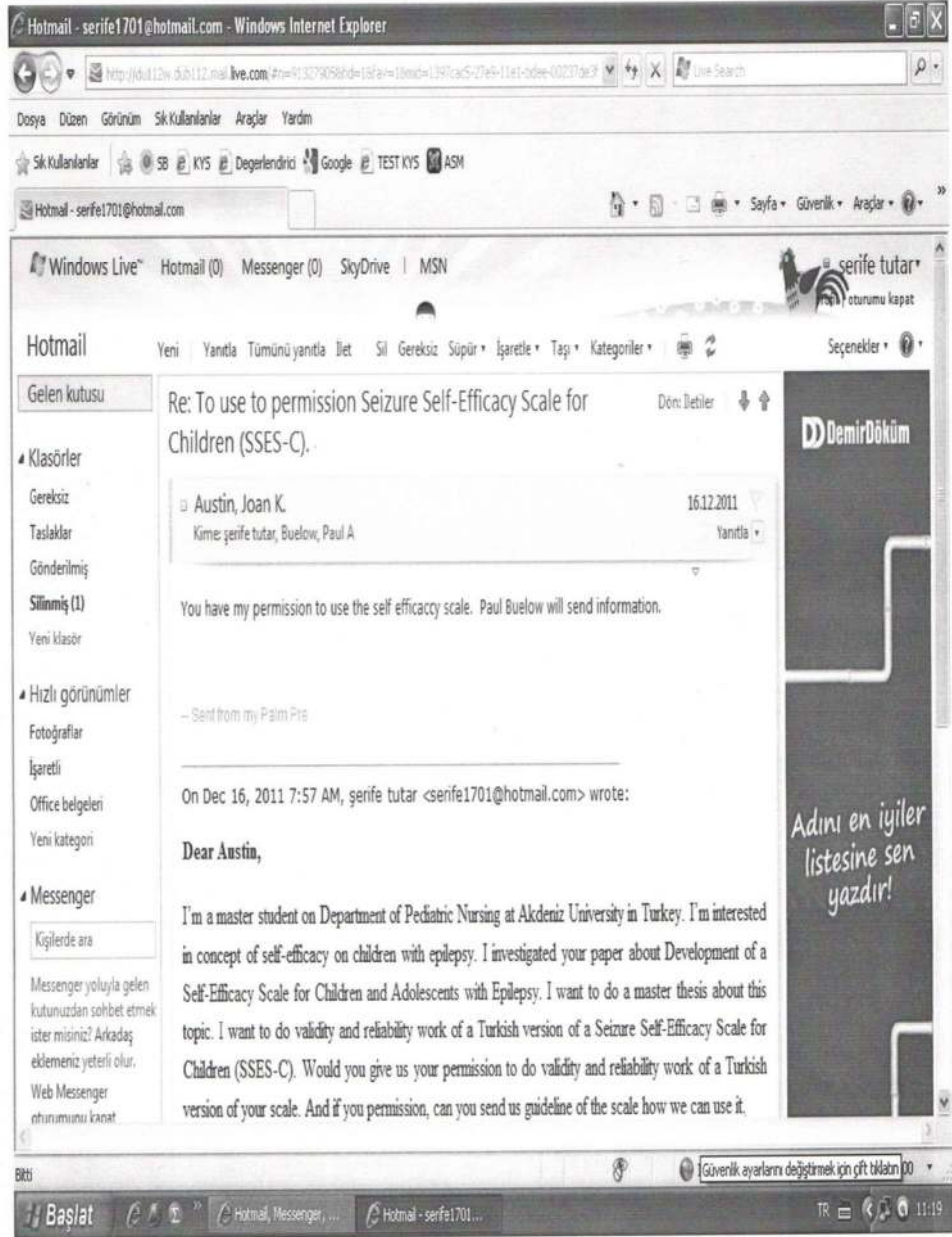
- A)** 0. Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
 1. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
 2. Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B)** 0. İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
 1. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
 2. İşlerim yolunda gidecek.
- C)** 0. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
 1. İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
 2. Her şeyi yanlış yaparım.
- D)** 0. Birçok şeyden hoşlanırım.
 1. Bazı şeylerden hoşlanırım.
 2. Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E)** 0. Her zaman kötü bir çocuğum.
 1. Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
 2. Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F)** 0. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
 1. Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
 2. Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G)** 0. Kendimden nefret ederim.
 1. Kendimi beğenmem.
 2. Kendimi beğenirim.
- H)** 0. Bütün kötü şeyler benim hatam.
 1. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
 2. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I)** 0. Kendimi öldürmeyi düşünmem.
 1. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
 2. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ)** 0. Her gün içimden ağlamak gelir.
 1. Birçok günler içimden ağlamak gelir.
 2. Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J)** 0. Her şey her zaman beni sıkır.
 1. Her şey sık sık beni sıkır.
 2. Her şey arada sırada beni sıkır.

- K)** 0. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
1. Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
2. Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L)** 0. Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
1. Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
2. Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M)** 0. Güzel/yakışıklı sayılırım.
1. Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var.
2. Çirkinim.
- N)** 0. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
1. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
2. Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O)** 0. Her gece uyumakta zorluk çekerim.
1. Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
2. Oldukça iyi uyurum.
- Ö)** 0. Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
1. Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
2. Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P)** 0. Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
1. Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
2. Oldukça iyi yemek yerim.
- R)** 0. Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
1. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
2. Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S)** 0. Kendimi yalnız hissetmem.
1. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
2. Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş)** 0. Okuldan hiç hoşlanmam.
1. Arada sırada okuldan hoşlanırım
2. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım
- T)** 0. Birçok arkadaşım var.
1. Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
2. Hiç arkadaşım yok.
- U)** 0. Okul başarımla iyi.
1. Okul başarımla eskisi kadar iyi değil.
2. Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
- Ü)** 0. Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
1. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
2. Diğer çocuklar kadar iyiyim.

- V)** 0. Kimse beni sevmez.
1. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
2. Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y)** 0. Bana söyleneni genellikle yaparım.
1. Bana söyleneni çoğunlukla yaparım.
2. Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z)** 0. İnsanlarla iyi geçinirim.
1. İnsanlarla sık sık kavga ederim.
2. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

ORJİNAL ÖLÇEĞİN YAZARINDAN MAİL YOLUYLA ALINAN İZİN YAZISI





**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ BİLİMSEL
ETİK KURUL ONAYI**



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : B.30.2.AKD.0.20.05.05/ 39
Konu : Bütçe Onay Kararı



Sayın Yrd.Doç.Dr. Ayşegül İŞLER
Antalya Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Öğretim Üyesi

Kurul'a başvurmuş olduğunuz "Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına, destekleyici kuruluş olan Üniversitemiz Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi'nin konuya ilişkin kararının Kurul'a ulaştırılması sonucunda "Onay" formunun tarafınıza gönderilmesine karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr. Gülay ÖZBİLİM
Dekan Yardımcısı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ
ÇOCUK NÖROLOJİ POLİKLİNİĞİ ONAYI**



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)



Sayı : B.30.2.AKD.0.H1.00.00/968
Konu : Tez Projesi

29. /11/ 2012

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne

İlgi : 28/03/2012 tarih ve 342 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda belirtilen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Şerife Tutar GÜVEN'in "Epilepsi Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlilik Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması" adlı yüksek lisans tezi ile ilgili çalışmalarını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.


Doç.Dr. Mustafa ÜNAL
Başhekim

Dumlupınar Bulvarı Kampüs
07059 ANTALYA

Tel: (0 242) 249 64 00 Faks: (0 242) 249 64 03
e-posta : hastane@akdeniz.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat :Hastane Başmüdürü Y.YILDIRIM

EK-VII

**ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK NÖROLOJİ
POLİKLİNİĞİ ONAYI**

T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM.04.07.00.01-
Konu : Tez Çalışması

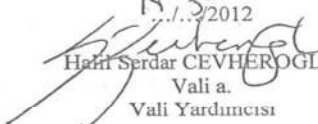
T.C. Antalya Sağlık Müdürlüğü
-> KAMU YATAKLI TEDAVİ ...
21.05.2012 19576
Barkod No: 0362396

VALİLİK MAKAMINA

Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Şerife TUTAR GÜVEN'in "Epilepsi Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlilik Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" konulu tez çalışmasını Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniğinde yapması, Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.


Dr. Adem BILGIN
İl Sağlık Müdürü

OLUR
15.5.2012

Hafif Serdar CEVHEROĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK:10



İLETİŞİM

ADRES: Toros Mh. Atatürk Bulv. No:74 PK:07070

TEL: 0 242 228 48 48 FAX: 0 242 228 50 47
WEB: www.antalyasm.gov.tr

Detaylı Bilgi : Kamu Yataklı Tedavi Hizmetleri Şb. Md. Dahili Tel : 1637-1638-1639 E-Posta : antalya.yths@saglik.gov.tr

**BURSA DÖRTÇELİK ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ
ÇOCUK NÖROLOJİ POLİKLİNİĞİ ONAYI**

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.İSM.04.16.00.09/ 73263

02 Ağustos 2012

Konu : Anket Uygulanması.

VALİLİK MAKAMINA

Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Yüksek Lisans öğrencisi Şerife TUTAR GÜVEN'in, 31.07.2012 tarih ve 72211 sayılı dilekçesinde, "Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik" konulu çalışmasına ait anketi, Müdürlüğümüze bağlı Dörtçelik Çocuk Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniğine başvuran hastalara yapmak istediğini belirtmiştir.

Söz konusu çalışmanın ilgili hastanede uygulanması, Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde; olurlarınıza arz ederim.

Dr. Özcan AKALIN
Sağlık Müdürü

OLUR

01.08/2012

Ziya GÜLER
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKLER:

- 1-Dilekçe (1 sayfa),
- 2-Anket (2 sayfa).
- 3-Üniversitenin Yazıtı (1 adet)

Hüdavendigar Mah. Hat Cad. No:4 16090 Osmangazi / BURSA
Telefon: (0224) 233 00 71 Faks: (0224) 233 50 92
e-posta: egitim@bsm.gov.tr Elektronik Ağ: <http://www.bsm.gov.tr>

İrtibat: Eğitim Şubesi
İç Hat: 1103

AİLE BİLGİLENDİRME FORMU

Değerli Anne-Babalar,

Adım Şerife TUTAR GÜVEN, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisiyim. Epilepsili çocukların öz-yeterliğini belirlemede kullanılacak olan "Çocuklar için Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği"nin Türkçe'ye uyarlanması konusunda bir çalışma planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda çocuğunuzun cevaplaması için "Çocuk Tanıtım Formu" "Çocuk Depresyon Ölçeği" ve "Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği"nden oluşan bir soru formu hazırlandı. Bu form toplam 70 sorudan oluşmaktadır. Soruları yanıtlamak çocuğunuzun ortalama 30 dakikasını alacaktır. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Şerife TUTAR GÜVEN
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

Anne –Babanın İmzası: