

T.C.

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

**İNTÖRN DOKTORLARIN EPİLEPSİYE İLİŞKİN İLK YARDIM BİLGİ
DURUMLARININ VİDEO SİMÜLASYON EĞİTİMİ ÖNCESİ VE
SONRASINDA DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

DR. Merve KODALAK

TRABZON-2023

T.C.

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

**İNTÖRN DOKTORLARIN EPİLEPSİYE İLİŞKİN İLK YARDIM BİLGİ
DURUMLARININ VIDEO SİMÜLASYON EĞİTİMİ ÖNCESİ VE
SONRASINDA DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

DR. Merve KODALAK

ORCID: 0000-0002-3246-3697

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ali CANSU

TRABZON-2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecimde bilgi ve deneyimleriyle eğitimimde büyük katkı ve emekleri olan, her konuda yardımlarını gördüğüm başta tez hocam Prof. Dr. Ali CANSU, Doç. Dr. Beril DİLBER ve Dr. Pınar ÖZKAN KART olmak üzere Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Asistanlık sürecinde her daim yanımda olan çok değerli eşim ve aileme, beraber çalıştığım değerli asistan arkadaşlarıma, birlikte mesai harcadığımız tüm hemşire arkadaşlarım ve sağlık personeline ayrıca teşekkür ederim.

Dr. Merve KODALAK

ÖZET

İNTÖRN DOKTORLARIN EPİLEPSİYE İLİŞKİN İLK YARDIM BİLGİ DURUMLARININ VIDEO SİMÜLASYON EĞİTİMİ ÖNCESİ VE SONRASINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde eğitim gören intörn doktorların epilepsi ve epilepsiye ilişkin ilkyardım konusunda tutum ve bilgi durumlarını, bilgi düzeylerini etkileyen faktörleri tespit etmek, video simülasyon eğitiminin ilkyardım bilgilerini geliştirip geliştirmediğini değerlendirmek, tıp eğitimi içerisinde epilepsi ve epilepsiye ilişkin ilkyardım eğitiminin yeterliliğini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Müdahale araştırması yapılan bu çalışmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 2021-2022 eğitim-öğretim yılı dönem 6 eğitimini tamamlamış intörn doktorlar oluşturmaktadır. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini, epilepsi-epilepsiye ilişkin ilkyardım bilgi düzeylerini, epilepsi ve ilk yardım geçmişlerini, video eğitimi değerlendirilmesini içeren toplam 20 sorudan oluşan bir anket formu hazırladık. Anket içerisinde bilgi soruları mevcuttu ve bu ankettan alınabilecek en yüksek puan 21 olarak hesaplandı. Epilepsi, nöbetler, nöbetin tedavisi ve nöbet anında ilk yardımın önemini içeren kısa bilgiler ile nöbet geçiren bir maket üzerinde ilk yardım eğitimi verdiğimiz bir video oluşturduk. Toplam 102 kişiden oluşan intörn grubu anket formunu doldurduktan sonra aynı intörn grubuna eğitim videomuzu izlettik. Video sonrası aynı anket formu tekrar aynı intörn grubu tarafından dolduruldu.

Bulgular: Video eğitimi öncesi yaş, cinsiyet, kendinde ya da birlikte yaşadığı kişilerde epilepsi olması durumu alınan toplam puanı etkilemedi, anlamlı fark oluşturmadı. İntörn doktorların %97’sinin daha önce ilk yardım eğitimi aldığı, %21’nin daha önce ilk yardım müdahalesinde bulunduğu saptandı. Epilepsi nöbetindeki klinik bulgular, nöbet esnasında güvenli pozisyon sağlanması, nöbet anında ambulansın aranma koşulları konusunda video eğitimi sonrası bilgi düzeyinde anlamlı artış saptandı. Daha önce epilepsi nöbeti geçiren kişi görmeyen grupta, “Görseniz neler hissederdiniz?” soruna verilen “Yardım ederim” cevabı eğitim öncesi %82, eğitim sonrası %91 oranında idi. Daha önce epilepsi nöbeti geçiren kişi gören grupta “Gördüğünüzde neler hissettiniz?” soruna verilen “Yardım ettim” cevabı ise %40 oranında idi. “İlkyardım bilginiz sizce yeterli mi?” sorusuna verilen cevaplar eğitimi öncesi %38 “Evet”, %55 “Kısmen”, %7 “Hayır” iken eğitim sonrası %47 “Evet”, %49

“Kısmen”, %4 “Hayır” idi. İntörn doktorların aldıkları ortalama puan eğitim öncesi 15,72($\pm$ 3,2), eğitim sonrası 18,36($\pm$ 1,64) olup anlamlı ölçüde artış saptandı ($p<0.0001$).

Sonuç: Hekimliğe geçişin son basamağında olan intörn doktorların meslek hayatında sıklıkla karşılaşacağı epileptik nöbet, olası yanlış müdahaleler sonrası ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. İntörn doktorların epilepsiye ilişkin ilk yardım bilgi ve tecrübelerinin artması hastaların yaşam kalitelerini de artıracaktır. Video eğitimi sonrası intörnlerin teorik ve pratik bilgilerinin artmasının yanında müdahale konusunda kaygı düzeylerinde azalma saptanmıştır. İlk yardım uygulamaları konusunda eğitim müfredatında yapılacak düzenlemelerle, video ve uygulamalı eğitimin ilkyardım eğitimindeki payının arttırılması ile çalışmamızda saptanan bazı olumsuz tutumların ortadan kalkacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, İlk Yardım, İntörn Doktor

ABSTRACT

THE ASSESSMENT OF INTERN DOCTORS' FIRST AID KNOWLEDGE REGARDING EPILEPSY BEFORE AND AFTER VIDEO SIMULATION TRAINING

Introduction: This study aimed to determine the attitudes and knowledge levels of medical intern students at Karadeniz Technical University Faculty of Medicine regarding epilepsy and first aid for epilepsy, to identify factors affecting their knowledge levels, to evaluate the effectiveness of video simulation training in improving their first aid knowledge, and to investigate the adequacy of medical education in terms of first aid training for epilepsy and seizures.

Materials-Methods: This intervention study was conducted with medical intern students who completed their sixth year of education in the 2021-2022 academic year of Karadeniz Technical University Faculty of Medicine. The participants' socio-demographic characteristics, knowledge levels related to epilepsy and first aid for epilepsy, their history of encounters with epilepsy and first aid, and evaluations of the video training were collected using a questionnaire consisting of a total of 20 questions. The questionnaire included knowledge-related questions, and the highest possible score that could be obtained from the questionnaire was calculated as 21. A video was created, providing brief information about epilepsy, seizures, their treatment, the importance of first aid, and a demonstration of first aid on a seizure model. A total of 102 medical interns completed the questionnaire, and after that, they were shown the educational video. The same questionnaire was filled out again by the same group of interns after the video.

Results: Age, gender, and personal or familial history of epilepsy did not significantly affect the total scores obtained before video training. It was found that 97% of the intern doctors had received previous first-aid training, and 21% had previously performed first-aid interventions. Following the video training, a significant increase in knowledge level was observed regarding clinical signs of epilepsy seizures, ensuring a safe position during seizures, and conditions for calling an ambulance during a seizure. In the group that had never witnessed a seizure beforehand, the response "I would help" to the question "What would you feel if you saw someone having a seizure?" increased from 82% before the training to 91% after the training. In the group that had witnessed a seizure before, the answer "I helped" to the question

"What did you feel when you witnessed a seizure?" was 40%. In response to the question "Do you consider your first aid knowledge sufficient?", the answers were 38% Yes, 55% Partly, and 7% "No" before the training, while after the training, the answers were 47% Yes, 49% Partly, and 4% No. The average score obtained by the intern doctors was 15.72 (± 3.2) before the training and 18.36 (± 1.64) after the training, showing a significant increase ($p < 0.0001$).

Conclusion: Seizures are common occurrences that medical intern doctors will frequently encounter in their professional careers, and incorrect interventions can lead to serious complications. Improving the knowledge and experience of medical intern doctors in first aid for epilepsy will enhance the quality of life for patients. Following video training, interns demonstrated increased theoretical and practical knowledge, as well as reduced levels of anxiety that are related to intervention. With revisions to the first aid training curriculum and an increase in the incorporation of video and practical training, it is believed that some of the negative attitudes observed in this study could be untangled.

Keywords: Epilepsy, First Aid, Intern Doctor

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Nöbet ve Epilepsinin Tanımı.....	3
2.2. Epilepsinin Epidemiyolojisi	4
2.3. Epilepsinin Etyolojisi	4
2.4. Epilepsinin Fizyopatolojisi	5
2.5. Akut Semptomatik Nöbet.....	7
2.6. Nöbet İlişkili Mortalite ve Prognoz	7
2.7. Nöbete Acil İlk Yardım.....	8
2.8. Tedavi	11
2.9. Video ile Eğitimin Etkinliği	13

3. MATERYAL METOD	15
3.1. Araştırmanın Türü	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.4. Veri Toplama Araçları ve Tanımlayıcı Form	15
3.5. Verilerin Toplanması	16
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	17
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	17
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	17
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	18
4. BULGULAR.....	19
4.1. Demografik Özellikler:	19
4.2. İlk Yardım Bilgi ve Eğitim Durumları:	20
4.3.Nöbet Geçiren Kişi ile Karşılaşma Durumlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi.....	22
4.4. Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Karşılaştırılması.....	24
4.5. Eğitim Videosu ve Ankete Dair Değerlendirilmeler	36
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
7. KAYNAKLAR.....	46

EKLER..... 50

EK 1. İntörn doktorların epilepsiye ilişkin ilk yardım bilgi durumlarının video simülasyon eğitimi öncesi ve sonrasında değerlendirilmesi anket formu..... 51

EK 2. Anket çalışması için aydınlatılmış onam formu 56



KISALTMALAR DİZİNİ

AMPA	: α -amino-3-hidroksi-5-metil-4-izoksazolpropiyonik asit
GABA	: Gama aminobütirik asit
ILAE	: Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği (International League Against Epilepsy)
IM	: İntramuskuler
IV	: İntravenöz
NMDA	: N-metil-D-aspartat
SE	: Status epileptikus

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1:** İntörn doktorların eğitim öncesi ve sonrası aldıkları ortalama puanların karşılaştırılması 34
- Şekil 2:** “Eğitim videosu sizce faydalı oldu mu? (Memnuniyet derecenizi 1’den 5’e kadar beğendiğiniz ölçüde belirtiniz)” Sorusuna verilen cevapların dağılımı 37
- Şekil 3:** “Anketimizi beğendiniz mi?” Sorusuna verilen cevapların eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması 38



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: İLAE epilepsi pratik tanımında kullanılan kriterler	3
Tablo 2: Nöbeti durdurabilmek için ilk müdahalede reçete edilen anti nöbet ilaçlar	13
Tablo 3: Çalışmaya katılan intörn doktorların demografik özelliklerine ilişkin dağılım	19
Tablo 4: İntörn doktorların ilk yardım eğitimi ve uygulamalarına dair özellikleri ...	21
Tablo 5: İntörn doktorların ilk yardım konusunda bilgiye erişim yolu olarak kullandıkları araçların dağılımı	22
Tablo 6: 12. Soruya “Evet” cevabı verenlerin 13.soruda “Gördüğünüzde neler hissettiniz?” sorusuna verdikleri cevaplar	23
Tablo 7: 12. Soruya “Hayır” cevabı verenlerin 13.soruda “Görseniz neler hissederdiniz?” sorusuna verdikleri cevaplar	24
Tablo 8: İntörn doktorların eğitim öncesi ve sonrası epilepsi tanımı ve epilepsinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgi düzeyleri	25
Tablo 9: “Epilepsi nöbetinde aşağıdaki klinik bulgulardan hangisi gözlemlenir?” Sorusuna eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar.....	26
Tablo 10: “Epilepsi nöbeti geçirmekte olan kişiye güvenli pozisyon sağlamak için hangisi/hangileri yapılmalıdır?” Sorusuna eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar	28
Tablo 11: “Epilepsi nöbeti geçirmekte olan kişinin çenesi kilitlenmiş ise ne/neler yapılmalıdır?” Sorusuna eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar	30
Tablo 12: “Epilepsi nöbeti geçiren kişiye yapılacak müdahaleler ile ilgili ifadelerden doğru olanı/olanları belirtiniz?” Sorusuna eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar	31

Tablo 13: “Epilepsi nöbeti geçiren kişi gördüğünüzde ambulansı hangi koşul/koşullarda çağırırsınız?” sorusuna eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar . 33

Tablo 14: Ortalama puanların, eğitim öncesi ve sonrası biyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması 36

Tablo 15: “Eğitim videosu sizce faydalı oldu mu? Memnuniyet derecenizi 1’den 5’e kadar beğendiğiniz ölçüde belirtiniz)” Sorusuna verilen cevaplar 37



1. GİRİŞ

Epilepsi, beyindeki nöronların ani, eş zamanlı ve anormal deşarjları ile karakterize tekrarlayıcı bir nörolojik bozukluktur. Farklı etyolojik nedenlere bağlı gelişebilir. Hastalığın etyolojisinde idiyopatik, edinsel ve genetik birçok neden bulunmaktadır (1). Epilepsi çocukların %0,5 ila 1'ini etkilemekte olup çocuklukta en sık rastlanan kronik nörolojik hastalıktır (2). Epilepsinin insidansı yılda 33,3-82/100000 kişidir ve etyolojisi vakaların yarısında aydınlatılamamıştır (3). Epilepsi prevalansının en düşük olduğu dönem yaşamın erken evreleri iken, prevelans yaşamın ergenlik ve erken yetişkinlik evrelerinde en yüksek seviyededir (4). Epilepsi bireylerin psikososyal yaşamlarını, yaşam kalitelerini olumsuz biçimde etkilemektedir. Okul, iş, sosyal ortamlarda ayrımcılığa neden olabilmektedir. Bu olumsuz tutumlar toplum yanında sağlık çalışanlarında dahi görülebilmektedir. Sağlık çalışanlarının yeterli bilgiye sahip olmaması, yanlış tutum ve davranışları, sağlık hizmeti sunmada eksikliklere sebep olabilir (5).

Acil servis başvurularının %1'ini nöbet geçiren ve epilepsiye bağlı komplikasyon gelişen hastalar oluşturur. Bu ve bu gibi nedenlerde acil servis ziyaretleri yaygın olup acil hekimleri, nöroloji uzmanları bu olayların teşhisi, yönetimi ve tedavisi açısından yeterli yetkinlikte olmalıdır (6). Nöbet acil yönetim gereken bir durum olması nedeniyle nöbet sırasında ilk yardım müdahaleleri yaşam fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve sürdürülmesi açısından kritik öneme sahiptir (7). Nöbetler beş dakikadan önce sonlanıyorsa kısa süreli nöbet; beş ile otuz dakika arasında devam ediyorsa uzun süreli nöbet olarak adlandırılır. İlk 5 dakika çok önemlidir, ilk yardım müdahalesi ile hasta stabilize edilmeye çalışılır; beşinci dakikadan sonra nöbet devam ediyor ise tedavi aşaması başlamalıdır. Status epileptikus ise nöbetin durmaksızın devam etmesi veya aralarda hastanın bilinci tam olarak düzelmeksizin en az iki nöbetin ardışık ve 30 dakikadan fazla sürmesi olarak tanımlanır. Nöbet ilişkili kalıcı nöronal bozukluk, hipoksi, otuz dakikalık konvulsif status epilepticus ile başlamaktadır. Nöbetler için beş dakikalık eşik değer; genelde nöbetlerin beş dakikanın altında sonlanacağı görüşünden hareketle; daha fazla uzaması

halinde otuz dakikaya ulaşan nöbet riskini azaltmak ve kendi kendine sonlanan nöbetlere gereksiz müdahale edilmemesi için tanımlanmıştır (8, 9).

Epilepsi ile takipli çocukların nöbetle acil servislere başvurularında profesyonel bir destek ve algoritma hazır olmalı ve bilinmelidir. İlk müdahale sırasında en çok karşılaşma ihtimali olan grubun (sağlık personeli veya tıp eğitimi almakta olan öğrenciler) nöbete yaklaşımı basamak basamak doğru bilmesi hayati öneme sahiptir (5).

Nöbet sırasında veya sonrasında hastalar; pratisyen doktorlar, intörn doktorlar ve uzman doktorlar tarafından değerlendirilmektedir. Yapılan çalışmalar, epilepsi hastalarının bu konuda yeterli uzmanlıkta olmayan sağlık personelleri tarafından değerlendirildiğini göstermekte olup, bu konuda eksiklikler tıp eğitiminden uzmanlık eğitimine kadar mevcuttur (10). Bu bağlamda, intörn doktorların epilepsiye ilişkin ilk yardım konusunda bilgi ve tutumlarının belirlenmesi, eksikliklerinin tespit edilmesi, bilinç düzeyini etkileyen faktörlerin saptanması, epilepsiye müdahale konusunda tıp eğitiminin yeterliliğinin belirlenmesi, geliştirilmesi açısından önerilerin sunulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Nöbet ve Epilepsinin Tanımı

Nöbet, Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği (International League Against Epilepsy – ILAE) tarafından; nöronların anormal, eş zamanlı, hiperaktivitesi nedeniyle geçici olarak meydana gelen bulgular şeklinde tanımlanmıştır (11). Epilepsi, beyindeki nöronların ani, eş zamanlı ve anormal deşarjları ile karakterize tekrarlayıcı bir nörolojik bozukluktur. Epilepsi altta yatan birçok faktöre bağlı olabilen nöronal bir patolojidir. Tek bir nöbet bile beyinde veya vücudun farklı bölgelerinde davranışsal ve bilişsel etkilenim ve buna bağlı hasar oluşturabilir (1). Her nöbet epilepsi demek değildir. Epilepsi, epileptik nöbetlere eğilim oluşturan, kalıcı bir nöronal patolojidir (12).

ILAE'ye göre, epilepsinin pratik tanımı için aşağıdaki tabloda sıralanan kriterlerden en az birinin olması gerekmektedir:

Tablo 1: İLAE epilepsi pratik tanımında kullanılan kriterler

İLAE epilepsi pratik tanımında kullanılan kriterler
1) En az iki tetiklenmemiş (veya refleks) nöbetin 24 saat ara ile meydana gelmesi
2) Bir provoke edilmemiş (veya refleks) nöbet ve sonraki 10 yıl içinde meydana gelen iki provoke edilmemiş nöbetten sonra genel nüks riskine (en az %60) benzer başka nöbet olasılığı
3) Bir epilepsi sendromunun teşhisi

Epilepsi tekrarlayıcı bir hastalık olabilmesinden dolayı tekrarlayan nöbetlerle karşılaşılabilir. Çocuklar ve yetişkinlerde provoke olmamış nöbet sonrası tekrarlama olasılığı; ilk provoke olmamış nöbet ile karşılaştırıldığında, ikinci provoke olmamış nöbette daha yüksektir ve yıllar içinde değişkenlik gösterir. Bir provoke olmamış nöbet sonrası, ikinci kez nöbet geçirme riski %40-52, yine aynı şekilde, iki provoke olmamış ateşsiz nöbet sonrası, 4 yıl sonra tekrar nöbet geçirme riski %73'tür (12, 13).

Tedavi alıp almaması açısından fark etmeksizin, son 5 yıl içerisinde en az bir nöbet geçiren hastalar için 'aktif epilepsi'; son 5 yıl içinde nöbetsiz izlemi olan hastalar için "remisyonunda epilepsi" tanımları kullanılmaktadır (14).

2.2. Epilepsinin Epidemiyolojisi

Epilepsi toplumda yaygın görülen nörolojik hastalıklardan biri olmak üzere; ayaktan tedavi için yapılan başvurularda baş ağrısından sonra ilk sıradadır. Dünyada prevalansının %1 olduğu düşünülmektedir (15). Epilepsi cinsiyet, ırk, yaş farkı olmaksızın, dünyada yaklaşık 100 milyon kişide görülmekte ve bu hastaların %80'i gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır. Ülkeler arasındaki farklı prevalans özelliklerine; metodolojik yaklaşımların yanı sıra, sosyo-ekonomik, eğitim, genetik, ülkeye ait enfeksiyöz etkenler, coğrafi ve çevresel etmenler, kültürel değişkenlikler, etnik yapı gibi nedenler sebep olabilmektedir (16). Düşük gelirli ülkelerdeki epilepsi yaygınlığı, gelişmiş ülkelerdekisinin iki katıdır (17).

Epilepsi prevalansının en düşük olduğu dönem yaşamın erken evreleri iken, prevalans yaşamın ergenlik ve erken yetişkinlik evrelerinde en yüksek seviyededir (4). Türkiye'de farklı bölgelerde fakat sınırlı popülasyon ile prevalans çalışmaları mevcuttur. 2010 yılı itibari ile yapılan çalışmalarda; ülkemizde epilepsi prevalansı 5.7-8.94/1000 arasında bulunmuştur (16).

2.3. Epilepsinin Etyolojisi

Epilepsi multifaktöryal bir hastalıktır. Genetik, en önemli etyolojik faktörlerden biridir ve genomik teknolojiye gelişmeler; epilepsinin genetik etyolojik nedenlerine ışık tutmuş ve epilepsinin yeniden sınıflandırılmasına ihtiyaç duyulmuştur (18).

Çocuklarda ve erişkinlerde nöbet gelişimi farklı etyolojik faktörlere bağlıdır. Çocuklarda yaşa bağlı olarak epilepsi etyolojisi değişkenlik göstermektedir. İnfantil dönemde genetik, migrasyon anomalileri ve yenidoğan döneminden gelen sorunlar (İntruterin enfeksiyonlar, travma, asfiksi gibi), adölesan dönemde ise epileptik sendromlar ve ensefalopatiler yer almaktadır. Ancak halen etyolojide %40 oranında idiopatik nedenler yer alır (19).

2.4. Epilepsinin Fizyopatolojisi

Epilepsi, tekrarlayan, provoke olmayan nöbetlere yatkınlık olarak tarif edilebilir (20). Tekrarlayıcı olması fizyopatolojinin anlaşılmasının önemini artırmaktadır. Klinikte gördüğümüz nöbetler, fizyolojik, moleküler, hücresel mekanizmalarda bir dizi değişiklik sonucu meydana gelmektedir. Epilepsinin fizyopatolojisinde epileptogenez yer alır. Epileptogenez, moleküler ve hücresel düzeyde bir dizi değişiklik sonucu spontan nöbetlerin tetiklenmesi ve takibinde gelişen beyin hasar oluşum sürecini ifade eder (21, 22).

Epileptogenez basamakları; ilk olarak kafa travması, inme gibi başlatıcı bir olay meydana gelir, bunun sonucunda hücresel ve moleküler değişiklikler oluşmaya başlar. İkinci patogenez; aylar hatta yıllarca sürebilen, tümör veya ensefalit gibi latent dönem sırasında veya hemen sonrasında başlayıp, kronik, provoke edilmemiş nöbetler ortaya çıkana kadar devam edebilir. Üçüncü patogenez ise tekrarlayan nöbetler sonucu, hücresel ve moleküler düzeyde etkilenim, buna bağlı değişiklik ve nihai olarak hastalık şiddetinin artmış olmasıdır (22).

Epileptogeneze katkı sağlayan nöbetlerin fizyopatolojisini şu şekilde özetleyebiliriz: Nöronlar, kimyasal ve elektriksel sinyaller ile birbirleriyle haberleşir ve bu şekilde diğer nöronlar ile ağlar oluşturur. Genellikle nöbetler; az sayıdaki, anormal aktiviteye sahip nöronların, diğer komşu veya ağ bağlantılı nöronlarda değişiklik oluşturması sonucu meydana gelir. Ağdaki diğer nöronların da hızla katılımıyla hipersenkroni oluşur. Bu anormal yayılım; yetersiz inhibisyon, aşırı uyarılma veya her ikisi nedeniyle oluşur. Bu patogenez (anormal hipersenkroni) doğumla birlikte başlayabileceği gibi, yaşamın herhangi bir döneminde de meydana gelebilir (20).

Sinir hücrelerindeki eksitasyon ve inhibisyon arasındaki dengenin eksitasyon lehine bozulması sonucu nöbet meydana gelir. Nöbet oluşumunda patofizyoloji tam aydınlatılamamış olsa da aşağıdaki 3 madde ile özetlenebilir (23).

- 1) Nöronal membran ve moleküler kanal defektleri sonucu iyon iletişimde bozukluk (Voltaja duyarlı sodyum veya kalsiyum kanallarında patoloji, potasyum iletiminde bozukluk)
- 2) Eksitator nörotransmitterlerin aşırı, inhibitör nörotransmitterlerin yetersiz salınımı (GABA- gama aminobütirik asit, aspartat, glutamat)
- 3) Nöronların ve glial hücrelerin iyon pompalama ve repolarizasyonlarını düzenleyen genetik kontrollü hücre içi enzim yetersizliği

Normal sisteminde rol alan 100'ün üzerinde nörotransmitter ve nöromodulator bilinmektedir. Ekstimator nörotransmitter lerin en önemlisi glutamat; inhibitör nörotransmitterlerin en önemlisi GABA'dır. Nöronal membran potansiyeli bu iki önemli nörotransmitter ve diğer birçok nöromodulator madde ile düzenlenerek, eksitator olayların dengelenmesiyle belirlenir (24).

GABA'nın beyinde; iyonotropik GABA-A ve GABA-C (klor kanalı ilişkili) ve metabotropik GABA-B (proteinlere bağlıdır, potasyumun hücre içi geçirgenliğini artırırken adenilat siklazı ve buna bağlı kalsiyumun hücre içi akışını inhibe eder) olmak üzere üç önemli reseptörü vardır. GABA'nın inhibitör etkisi; direk inhibisyon ve GABA-B aracılığı ile ekstimator nörotransmitterlerin presinaptik salınımının indirekt olarak inhibe edilmesi yoluyla iki şekilde gerçekleşir (23).

Glutamat sinir sistemindeki en önemli eksitator nörotransmitterdir (24). İyonotropik (NMDA- N-metil-D-aspartat, AMPA- α -amino-3-hidroksi-5-metil-4-izoksazolpropiyonik asit ve Kâinat reseptörleri) ve metabotropik (G proteinine bağlı) reseptörlere etki eder. Metabotropik reseptörler geç ve uzun etki süreli; NMDA ve AMPA hızlı etki sürelidir (23).

Nöbetin tedavi edilmesi hücresel düzeydeki değişikliklerin düzenlenmesinde önem arz etmektedir. Otonomik bir kazanım olmaması açısından epileptogenez mekanizmaları nöbete yaklaşımda bilinmelidir.

2.5. Akut Semptomatik Nöbet

Akut semptomatik nöbetlerde nöbeti provoke eden bilinen bir neden vardır ve genellikle nöbetin tekrarlaması beklenmemektedir. Nöbetler, altta yatan hastalığın erken döneminde genellikle bir hafta on gün gibi yakın zamansal sürede ortaya çıkabilmekte ve tedavi başlanmasına ya gerek görülmemekte ya da geçici kısa süreli tedaviler başlanmaktadır. Nöbet tipleri; bilateral tonik-klonik, fokal veya status epileptikus şeklinde olabilir (25).

Akut semptomatik nöbetlerde yılda 16-39/100000 kişi insidansına sahipken tetiklenmemiş tek nöbetler yılda 23-64.1/100000 kişi insidansına sahiptir (26).

Akut semptomatik nöbetler 5 grupta incelenir (27):

- 1) Toksinler, ilaçlar veya akut metabolik bozukluğa bağlı oluşan nöbetler
- 2) Travmaya bağlı beyin hasarı veya infarkt sonucu oluşan, enfeksiyöz nedenlerden kaynaklanan nöbetler
- 3) Serebral palsi veya zemininde mevcut olan beyin hasarı ilişkili nöbetler
- 4) Epilepsi sendromlarından biri ile ilişkili nöbetler
- 5) Bilinmeyen etyolojiye bağlı gelişen nöbetler

2.6. Nöbet İlişkili Mortalite ve Prognoz

ILAE tarafından status epileptikus (SE); nöbetin sonlandırılmasında görevli mekanizmalarda başarısızlık veya uzun süreli anormal nöbetlere neden olan mekanizmaların tetiklenmesi ile oluşan durum olarak yeniden tanımlandı (28). Sonuç olarak mortalitede artış, nöronlarda hasar gelişimi ve bunun sonucunda nöronal bağlantılarda patoloji ve morbidite artış meydana gelir (29).

SE üç şekilde karşımıza çıkabilir; 1) nöbetler arasında bilinç tam olarak yerine gelmeden tekrarlayan tonik klonik nöbetler (konvulsif status epilepticus), 2) devamlı ve tekrarlayan nöbetler şeklinde konfüzyondan komaya kadar değişebilen birçok

kl nik tablonun görüldüğü konvulsif olmayan status epileptikus, 3) fokal bulguların eşlik ettiği değişen bilinç durumları ile karakterize tekrarlayan parsiyel nöbetler (9).

Pediatride en sık görülen nörolojik aciller arasında SE da vardır. Yılda yüz bin çocuğun yirmisinde görülür. Mortalite oranı %3'tür. Ateş SE'de çocuklar için en yaygın nedendir. Morbidite ve mortaliteyi azaltmak için hızlı tedavi edilmelidir. İki kohortlu yapılan bir çalışmada; nöbet başlangıcından ilk on dakika içinde ve on dakika sonrasında benzodiazepin tedavisi alan hastalar kar ıla tırılmı ; tedavisi daha uzun sürede olan hastalarda nöbet s resinde uzama, nöbet durdurmak için verilen sürekli infüzyon tedavisi, hipotansiyon ve mortalitede diğer gruba kıyasla artış g r lm   t r (30).

SE'de birçok acil komplikasyon karşımıza çıkmaktadır. Kan basıncı y kseklili i, nabız y kseklili i, solunum sıkıntısı veya yetmezliği,hipoksi, asidoz, intrakranyal basınç artı ı, böbrek yetmezliği, elektrolit imbalansı, rabdomyoliz, kan  ekeri düzeyindeki değişiklikler,fiziksel travma (nöbet ili ekli travmalarda en yaygın kafa travması karşımıza çıkmaktadır) bunlardandır. Uzun dönem etkilerine bakacak olursak dipleji, ekstrapiramidal sendromlar gibi fokal nörolojik patolojiler, nöbetlerin tekrarlaması veya epilepsi gelişim riski, kognitif bozukluk, davranışsal problemler olabilir. İlk konvulsif SE'den sonra dahi çocukların yarısında epilepsi gelişebilir (30, 31). Profesyonel sağlık hizmeti verecek ekibin uzamış nöbet ve olası komplikasyonları bilmesi mortaliteyi düşürecektir.

2.7. Nöbete Acil İlkyardım

Her ne sebeple olursa olsun, yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, profesyonel sağlık hizmeti sağlanıncaya kadar geçen süre içerisinde, canlının hayati fonksiyonlarının devamlılığını sağlamak ve mevcut sebebi ortadan kaldırmaya yönelik, olay yerinde tıbbi araç-gereç aranmaksızın ilaçsız yapılan müdahale ilk yardım olarak tanımlanır. İlk yardımın amaçları arasında; ölüm tehlikesini ortadan kaldırmak, yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesini sağlamak, hasta veya yaralının durumunun k t le mesini önlemek, iyileşmeyi kolaylaştırmak yer almaktadır (32).

Nöbet sırasında, olaya tanık olan kişilerin müdahalesine ilk yardım yönetimi denir. İlk yardım sırasında sakın kalınarak kargaşanın önlenmesi ve hastaya yardımcı olunabilmesi en önemlisidir. Bir nöbet sırasında yapılması ve yapılmaması gereken uygulamaları da içerecek şekilde doğru bir eğitimle, nöbetler aileler hatta hastalar tarafından bile yönetilebilir (18).

Yaralanmalar her nöbet sonucunda gerçekleşebilir, yaralanma riski tanı aldıktan sonra ilk iki yıl içinde mevcuttur ve hastanın komorbiditesinin olması yaralanma riskini artırmaktadır (33). Bu yüzden nöbet acil durumları bilmek, nöbet esnasında yaralanma ve nöbetlerin olumsuz sonuçlarını önlemeye yönelik nöbet ilk yardım eğitimlerine vakıf olmak gerekir. Nöbet sırasındaki müdahaleler; temel ilk yardım, kardiyopulmoner resüsitasyon, boğulma esnasındaki Heimlich manevrası gibi birçok ilk yardım yaklaşımlarını da içermelidir (34).

Yaralanmalar arasında; yumuşak doku yaralanmaları, çıkıklar ve kırıklar en sık görülenlerdir. Yaralanmaya neden olan en sık mekanizma, dil ısırma ve düşme iken; en sık yaralanma yerleri baş , yüz, ağız ve ekstremitelerdir (35).

Bu ve bu gibi riskli durumlar nedeniyle epileptik nöbete dair ilk yardım müdahalesi çok önemlidir. Nöbet anında aşağıdaki yönergelere uygun müdahale yapılmalıdır. ABCD soruları ile ilk yardım yönetimini biçimlendirebiliriz.

A) Yanınızda nöbet geçiren biri varsa ne yapmalısınız?

Öncelikle sakın kalınmalı, hastanın yanından ayrılmamalı, hastanın güvenliği sağlanmalıdır.

- 1) Hastanın hareketleri durdurulmaya ve/veya engellemeye çalışılmamalıdır
- 2) Düşme veya yaralanmalardan koruyabilmek için güvenli bir yere yatırılmalı veya taşınmalıdır
- 3) Yaralanmaya sebep olabilecek ucu sivri veya sert eşyalar, nesneler hastadan uzaklaştırılmalı veya hasta güvenli bir yere alınarak korunmalıdır.
- 4) Sıkı giysiler gevşetilmeli, gözlüğü varsa çıkarılmalıdır

- 5) Hastanın hava yolu, solunum ve dolaşımını içerecek şekilde yaşam fonksiyonları değerlendirilmeli, aspirasyonu önlemek amacıyla yan tarafına yatırılmalı, mümkünse ağzı ve solunum yolu rahat nefes alıp verebilmesi için açık tutulmalı
- 6) Nöbet esnasında ağızına parmak veya vb. başka araç gereçler sokulmamalı
- 7) Dişlerini sıkıyorsa açma veya su vermeye çalışmak için çene zorlayıcı hareketlerden kaçınılmalıdır
- 8) Nöbet esnasında nöbeti geçirmeye yönelik, ilaç vermeye çalışmak, soğan, sarımsak, kolonya koklatmak gibi şeyler yapılmamalıdır
- 9) Epilepsi tanılı biri olduğunu biliyorsak, nöbet sırasında suni solunum veya kalp masajı yapılmamalıdır
- 10) Epilepsi tanısı olduğuna dair tanımlayıcı bir kart veya sağlık karnesi var mı yok mu kontrol edilmelidir
- 11) Nöbetin sonlanması beklenmelidir
- 12) Nöbet sonlandıktan sonra kişi bitkin, halsiz ve ne yaptığını bilmez bir durumdadır, bu durumda telaş yapmamak, sakin olmak ve güven verici davranışlarda bulunmak gerekir
- 13) Nöbet esnasında hasta ve nöbetini en iyi şekilde gözlemleyip sağlık görevlilerine doğru ve ayrıntılı şekilde aktarmak çok önemli olacaktır

B) Ambulans ne zaman çağrılmalıdır?

Aşağıdakilerden herhangi birisi mevcut ise ambulans çağırılmalıdır

- 1) Hasta suda örneğin yüzme sırasında nöbet geçirdiyse
- 2) Hastanın epilepsi tanısı olduğuna dair tanımlayıcı bir kartı yoksa veya daha önce nöbet geçirip geçirmediğini bilmiyorsanız
- 3) Hastanın gebeliği veya diyabet gibi ek hastalığı mevcut ise veya yaralandıysa
- 4) Beş dakikayı aşan nöbeti mevcut ise
- 5) İlk nöbetten kısa süre sonra ikinci nöbet başladıysa
- 6) Nöbet bitmiş olmasına rağmen bilinci açılmadıysa

C) Kişi egzersiz esnasında nöbet geçirdiyse ne yapmalıyız?

- 1) En önemlisi hasta oyun alanında ise güvenli alana alınmalı veya zarar verebilecek nesneler hastadan uzaklaştırılmalı; hasta yaralanmalara karşı korunmalıdır
- 2) Genellikle nöbetler iki-beş dakika arasında kendiliğinden durur
- 3) Nöbet sonlandıktan sonra hastanın bilincinde, hareketlerinde geçici değişiklikler olabilir
- 4) Hastanın hayati fonksiyonları; hava yolu, solunum, dolaşımı değerlendirilmeli, solunumu yok ise veya nabız alınamıyorsa, temel yaşam desteğine başlanmalıdır
- 5) Hastanın zorlu solunum bulguları var ise (güçlkle nefes alma, yüzeysel veya iç çekme tarzında nefes alma, morarma, hızlı nefes alma, vb.), nöbetleri aralık vermeden devam ediyor veya nöbet sonlandıktan sonra yarım saat geçmesine rağmen bilinci açılmadıysa acil yardım istenmelidir

D) Acil yardım gerektiren durumlar:

- 1) Zorlu solunum bulguları var ise
- 2) Kardiyopulmoner resüsitasyon ihtiyacının varlığı (hastanın nabzının alınamaması veya solunumunun olmaması)
- 3) Bilinci açılmayıp nöbetlerin ara vermeksizin devam etmesi
- 4) On dakikayı geçen bilinç bulanıklığı
- 5) Epilepsi tanısı olmayan kişinin ilk nöbetini geçirmesi (6, 36)

İlk müdahale ve yönlendirme kararı sonrasında tedavi yönetimi gerçekleştirilmelidir.

2.8. Tedavi

İlk yardım sonrası hastane öncesi nöbete yaklaşımda, hastanın tekrar hava yolu, solunumu, dolaşımı değerlendirilmelidir. Hastanın nefes almasını engelleyen, hava yolu açıklığına engel bir durum varsa aspire edilmeli, bu durum hastaya zarar vermeden, yaralamadan, ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır. Oksijen satürasyonu, hastanın rengi, solunum çabası kontrol edilmelidir ve anormallik olmasa dahi hastaya basit oksijen maskesi ile oksijen desteği verilmesi faydalı olacaktır. Solunum eforu

yetersiz, takipne veya bradipnesi mevcut ise, hasta siyanoze görünüyorsa hastaya öncelikle doğru pozisyon verilerek balon-maske ventilasyonu başlanmalıdır. Solunum yolu güvenli altına alınıncaya kadar devam edilmelidir. Ateş, solunum sayısı, tansiyon ve kalp tepe atımına bakılmalıdır (6). Hastaya damar yolu açılmalıdır. Parmak ucu kan şekeri 80 mg/dl'nin altında ise damar yolu veya kemik yolu ile dekstroza verilmelidir (Maksimum 25 gr).

Hastanın nöbetinin gerçek bir nöbet olduğu veya nöbetinin devam edip etmediği doğrulanmalı. Bu bağlamda; nöbetin süresi, bilinç durumu, gözlerde deviasyon, idrar veya gaita inkontinansı, tonik-klonik kasılma gibi özellikli nöbete ait anormal hareketler, travma veya kaza öyküsü, ateş, enfeksiyon durumu, madde kullanım öyküsü gibi durumlar sorgulanmalıdır (37). Nöbet geçiren hastanın yanında yakınları varsa hastanın daha önce nöbet geçirme öyküsü ve nöbetlerinin şekli sorgulanmalıdır. Hastanın geçirilmiş nöbet öyküsü mevcut ve önceki nöbetlerine benziyorsa nöbeti kendiliğinden 3-5 dakika içinde sonlanacaktır. Eğer nöbeti her zamankinden farklı veya ilk kez nöbet geçiren hastada nöbet üçüncü dakikada kendini sınırlamaya başlamıyorsa, devam ediyorsa nöbetini durdurmaya yönelik anti nöbet tedavi verilmelidir. Çünkü beş dakikadan fazla süren nöbetlerin kendiliğinden sonlanması genellikle beklenmez. Kullanılabilecek ilaçlar benzodiazepin türevidir olan diazepam ve midazolamdır (6).

Hastane öncesi nöbet acil müdahalesi sırasında midazolam ile diazepam arasında; nöbet süresi, nöbetlerin hastanede tekrarlama riski, hastanın solunumda kötüleşme ve hava yolu desteği kullanımı ve hastanede yatış süresi açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ayrıca intramusküler (IM) midazolam motor nöbetlerde oldukça faydalı bir antikonvülsif olup,, intravenöz (IV) diazepam göre hastanın damar yolu bulunmadığı durumlarda, hızlı uygulama ve daha hızlı etki ortaya çıkmasını sağlamaktadır (37).

İntranazal midazolam, rektal diazepam ile karşılaştırıldığında nöbet sonlandırmada daha başarılı olduğu bulunmuş, solunum komplikasyonlarını ve hastane yatışlarını azalttığı gösterilmiştir (38).

Tablo 2: Nöbeti durdurabilmek için ilk müdahalede reçete edilen anti nöbet ilaçlar

Tedavi	Uygulama Yolu	Erişkin Doz	Pediyatrik Doz
Diazepam	Rektal	0,2 mg/kg (maksimum 20 mg)	2-5 yaş:0,5 mg/kg 6-11 yaş:0,3 mg/kg 12+ yaş:0,2 mg/kg (maksimum 20 mg)
Midazolam	İntranazal	0,2 mg/kg	1-5 ay:0.2 mg/kg ≥6 ay:0,2-0,3 mg/kg (maksimum 10 mg)
Midazolam	Bukkal	0,5 mg/kg	Ağırlık ilişkili doz ≥3 ay:0,2-0,5 mg/kg (maksimum 10 mg) Yaş ilişkili doz 6-11 ay:2.5 mg 1-4 yaş:5 mg 5-9 yaş:7,5 mg ≥10 yaş:10 mg

2.9. Video ile Eğitimin Etkinliği

Epilepsi görülme sıklığı %1 olan kronik bir hastalıktır. Çocuk hastalarda hastaneye yatışların sık nedenlerindendir. Bu nedenle hastane başvurularına sık rastlanmaktadır (7).

Nöbet, acil servis başvurularının %1'ini oluştururken; bu başvuruların her yıl %13'ünü yetişkinler, %22'sini çocuklar oluşturmaktadır. Konvulsif nöbet riski üç yaşın altındaki çocuklarda en fazla iken; daha büyük yaşlarda bu risk azalmaktadır. İlk nöbet ile başvuru, epileptik nöbetlere dair yapılan hastane başvurularının yarısını oluşturur ve en sık neden ateşli nöbetlerdir (6, 39).

Epilepsi hastalarının çoğu nöbet sonrası hastaneye gelmekte fakat bunların çoğu evde yönetilebilir komplike olmayan nöbetler olduğu için bunlar gereksiz ziyaretler olabilmektedir. Çalışmalara göre, epilepsi tanılı çocukların aileleri bir doktordan danışmanlık almış olsalar bile yine de nöbet anında, nöbetin yönetimi konusunda kendilerini yeterli hissedemediklerini belirtmişlerdir. Aynı şekilde başka iki çalışmada; yazılı nöbet eylem planı oluşturulmuş, ailelere eğitim verilmiş fakat değerlendirme sonucunda aileler nöbet anında ne yapacaklarını hatırlamakta yine zorlanmış veya sağlık hizmeti kullanımlarında değişikliği yol açmamıştır (40).

Modern çağda iletişim araçları değişmekle birlikte video tabanlı medya günümüzde en yaygın kullanılan iletişim araçlarından biri ve son zamanlarda eğitimde sık kullanılan bir platformdur (41).

Multimedya tabanlı veya video destekli hasta eğitiminin yazılı veya sözlü gerçekleştirilen eğitime göre daha avantajlı ve etkili olduğunu öne süren çalışmalar vardır (42). Okuryazarlık konusunda yeterliliği bulunmayan ve işitme engelini sahip kişiler için, sunum ve ses bileşenlerini kullanarak oluşturulmuş bu videolar daha avantajlıdır (41).

Multimedya eğitim araçları diğer uzmanlık alanlarında kullanılmakta ve buna dair çalışmalar bulunmakta iken nöbet güvenlik önlemlerine dair yayınlanmış çalışma yoktur (40).

Görsel ve işitsel bileşenler ile birlikte gerçek insanların uygulamalı verdiği eğitimlerin daha etkili oldukları bulunmuştur (42).

Çalışmamızda video ile epilepsiye ilişkin ilk yardım eğitimini, nöbet geçirmekte olan maket üzerinde uygulamalı olarak gösterdik. Buradan hareketle video ile eğitimin etkinliğine de dikkat çekmeye çalıştık.

3. MATERYAL METOD

3.1. Araştırmanın Türü

İntörn doktorların epilepsiye ilişkin ilk yardım bilgi durumları video öncesi ve sonrasında değerlendirilmiş olup müdahale araştırması yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma K.T.Ü. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı tarafından yürütülmüş ve 26 Mayıs 2022- 01 Temmuz 2022 tarihleri arasında K.T.Ü. Tıp Fakültesi dersliğinde, dönem 6 eğitimini tamamlamış intörn doktorlara yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini K.T.Ü. Tıp Fakültesi 2021-2022 eğitim-öğretim yılı dönem 6 eğitimini tamamlamış intörn doktorlar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğü G power programı 3.1.9.4 sürümü kullanılarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda yüz iki kişi anket öncesi ve sonrası katılım göstermiş olup validite %95 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılım gösteren intörn doktorların hepsi Türk uyruklu olup Türkçeyi anlayabilen akıcı konuşabilen kişilerdir, iletişim bilgi aktarımı ve bilgi alımı hususlarında, çalışma esnasında sorun yaşanmamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları ve Tanımlayıcı Form

Anket literatür tarandıktan sonra oluşturulmuştur. İki adet anket formu intörn doktorlar tarafından doldurulmuştur. Eğitim öncesinde anket formu, demografik veriler, epilepsi hakkındaki bilgiler ve nöbet anında nöbete yaklaşımla ilgili toplam 20 sorudan oluşturulmuştur (EK 1). Çalışmanın katılımcılarından anket çalışması için **Aydınlatılmış Onam Formu (EK 2)** alınmıştır.

Anket formunda öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini içeren yaş, cinsiyet, ailede ve kendisinde epilepsi hastalığı olma durumunu içeren sorular (1-4. Sorular) epilepsi ile ilgili bilgi düzeyini ölçmeye yönelik sorular (5-6-7-15-16-17-18.

sorular) ve epilepsi ve ilk yardım geçmişleri ile ilgili sorular (8-14. Sorular), anket ve video değerlendirilmesine yönelik sorular (19-20.sorular) sorulmuştur.

5-6-7-15-16-17-18. sorular bilgi soruları olup doğru şık işaretleyenlere '1' puan verilmiş, yanlış şıkları işaretleyenlere '0' puan verilmiş, boş bırakılan şıklara herhangi puanlandırma yapılmamıştır. Bilgi sorularının tümünün doğru işaretlenmesi halinde, anket öncesi ve sonrası toplam puan 21 olarak hesaplanmıştır.

Video simülasyon eğitiminde nöbet geçiren maket üzerinde nöbet geçiren çocuğa/hastaya yaklaşım literatür bilgileri ışığında basamak basamak anlatılıp, uygulamalı olarak gösterilmiştir. Videonun ilk bir dakika on saniyelik kısmında; epilepsi, nöbetler, tedavisi ve ilkyardımın önemi hakkında kısa bilgi verilmiştir. Bir dakika on saniye ile iki dakika elli iki saniye arasında; daha önce herhangi hastalığı olmayan erkek çocuğunun top oynarken bir anda yere düşmesi, aniden kol ve bacaklarda kasılma, titreme, gözlerde yukarı kayma, dişlerde kenetlenme şeklinde nöbeti dış ses tarafından tasvir edilip; o sırada nöbet geçirmekte olan bir maket üzerinde nöbete yaklaşım uygulamalı olarak gösterilmiştir. Nöbet esnasında yapılması gereken müdahaleler maket üzerinde gösterilirken; yapılmaması gerekenler dış ses tarafından seslendirilmiştir. Videonun iki dakika elli iki saniyelik kısmı ile üç dakika yirmi beş saniyelik son kısmında 112 çağırmanız gereken durumlar ekranda yazılı halde gösterilirken aynı anda yine dış ses tarafından yazılanlar okunmuştur.

Çekilen simülasyon videosu intörn doktorlara izletilmiş ve eğitim videosu izlendikten sonra anket formları tekrar rastgele dağıtılarak intörn doktorlar tarafından doldurulmuştur. Video KTÜ MEDSİM-İyi Hekimlik Uygulamaları ve Tıbbi Simülasyon Merkezinde çekilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışmamız için öğle arasında tıp fakültesi dersliğinde toplanılmış ve önce hekim adaylarımıza ön test içeren anket formları dağıtılıp belli bir sürede doldurulması istenmiştir. Anket formları doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından rastgele toplanmış ve hekim adaylarımıza yaklaşık 3 dakika süren nöbet geçiren çocuğa ilk yaklaşım videosu izletilmiştir. Video bitiminden beş dakika sonra aynı soruların yer

aldığı yeni anketler tekrar rastgele intörn doktorlara doldurulmak üzere dağıtılmıştır. Sonrasında araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

İntörn doktorların sosyo-demografik özellikleri bağımsız değişkenleri, bilgilerini ölçmek üzere oluşturulan sorulara verecekleri cevaplar ise bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya ait verilerin istatistiksel analizi için SPSS 24.0 istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri; normal dağılımı test etmek için Kolmogorov-Smirnov testi ve Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır.

Normal dağılımına uymayan ölçümsel değişkenler için Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analiz kullanılmıştır.

Eğitim öncesi ve sonrası grup puanları karşılaştırmak için Wilcoxon Signed Rank testi kullanılmıştır.

Tüm istatistiksel analizlerde önemlilik değeri $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma öncesinde K.T.Ü. Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Anket dağıtılmadan önce araştırmanın amacı anlatılıp intörn doktorlardan sözel onam alınmıştır. İntörn doktorlardan elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi ve intörn doktorların araştırmaya gönüllülük esasına uygun şekilde katılımı ile de “Özerkliğe Saygı” ilkesini içeren etik ilkelere dikkat edilerek çalışmamız gerçekleştirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma için video sonrasında çok kısa bir sürede yeni anketler dağıtılmış ve bilgileri çok tazeyken intörn doktorlardan anketi tekrar doldurmaları istenmiştir. İkinci anket ile video arasında daha uzun süre bırakılması ile video etkinliğinin daha net değerlendirilmesi sağlanabilirdi. Ek olarak bizim evrenimiz sadece dönem 6 tıp fakültesi öğrencilerini kapsamakta olup; diğer sınıflar da araştırmaya dahil edilebilir ve diğer dönem öğrencilerine ait sonuçlar da değerlendirilebilirdi.



4. BULGULAR

Araştırma K.T.Ü. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı tarafından yürütülmüş ve 26 Mayıs 2022- 01 Temmuz 2022 tarihleri arasında K.T.Ü. Tıp Fakültesi dersliğinde, dönem 6 eğitimini tamamlamış 102 intörn doktor çalışmaya katılmıştır. Bulguların değerlendirilmesi anket yanıtları üzerinden yapılmıştır. Anket soruları ve cevapları tablolarla sunulmuştur. Her soru ana başlıklarıyla ve anlamlı sonuçlarıyla verilmiştir.

4.1. Demografik Özellikler:

Çalışmaya katılan intörn doktorların demografik özellikleriyle ilgili bulgular **Tablo 3**'te verilmiştir. Değerlendirmede 2., 3., ve 4. soruların cevapları alınmıştır.

Tablo incelendiğinde çalışmaya katılan intörn doktorların %61.8'i kadın, %38.2 si erkeklerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan intörn doktorların ortalama yaşı 24.29 (± 1.24) yıl'dır. İntörn doktorların %2'si epilepsi tanılıdır. İntörn doktorların %8.8'inin birlikte yaşadığı kişilerde ya da yakınlarında epilepsi hastalığı mevcut olup, %91.2'sinin birlikte yaşadığı kişilerde ya da yakınlarında epilepsi hastalığı bulunmamaktadır.

Tablo 3: Çalışmaya katılan intörn doktorların demografik özelliklerine ilişkin dağılım

Demografik veriler			
	Değişkenler	n	%
Cinsiyet	Kadın	63	61.8
	Erkek	39	38.2
Kendisinde epilepsi hastalığı olma durumu	Epilepsi yok	100	98
	Epilepsi var	2	2
Birlikte yaşadığı kişilerde ya da yakınlarında epilepsi hastalığı olma durumu	Epilepsi yok	93	91.2
	Epilepsi var	9	8.8

4.2. İlk Yardım Bilgi ve Eğitim Durumları:

İntörn doktorların ilk yardım eğitimi ve uygulamalarına dair özelliklerini içeren sorular ve cevapları **Tablo 4**'te gruplandırılmıştır. Değerlendirmede 8., 10., 11., ve 14. soruların cevapları alınmıştır.

8. soru, “Daha önce ilk yardım eğitimi aldınız mı?” şeklinde sorulmuştur. İntörn doktorların %97.06’sı ilk yardım eğitimi aldığını belirtmiş, %2.94’ü ilk yardım eğitimi almadığını belirtmiştir.

10. soru “İlk yardım eğitimi aldıysanız üzerinden ne kadar süre geçti?” şeklinde sorulmuştur. İntörn doktorların %74.75’i ‘Bir yıldan az’, %24.24’ü ‘1-5 yıl arası’, %1.01’i ‘6-10 yıl’ arasında ilk yardım eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir.

11. soru “İlk yardım bilginiz sizce yeterli mi?” şeklinde sorulmuştur. İntörn doktorların %54.46’sı “Kısmen”, %37.62’si “Evet”, %7.92’si “Hayır” cevaplarını vermişlerdir.

14. soru “İlk yardım müdahalesi yapmak zorunda kaldınız mı?” şeklinde sorulmuştur. İntörn doktorların %21.78’i ilk yardım müdahalesi yapmak zorunda kaldıklarını, %78.22’si ilk yardım müdahalesi yapmak zorunda kalmadıklarını belirtmiştir.

14. sorunun devamında “İlk yardım müdahalesi yaptıysanız kaç kez yaptınız?” sorusu sorulmuştur. İntörn doktorların %33.3’ünün 1 kez ilk yardım müdahalesi yaptığı, %28.57’sinin 2 kez ilk yardım müdahalesi yaptığı, %19.05’inin 3 kez ilk yardım müdahalesi yaptığı, %14.29’unun 5 kez ilk yardım müdahalesi yaptığı, %4.76’sının 7 kez ilk yardım müdahalesi yaptığı cevapları verilmiştir.

Tablo 4: İntörn doktorların ilk yardım eğitimi ve uygulamalarına dair özellikleri

İntörn doktorların ilk yardım eğitimi ve uygulamalarına dair özellikleri			
		n	%
Daha önce ilk yardım eğitimi aldınız mı?	Evet	99	97.06
	Hayır	3	2.94
İlk yardım eğitimi aldıysanız üzerinden ne kadar süre geçti?	Bir Yıldan Az	74	74.75
	1-5 Yıl Arası	24	24.24
	6-10 Yıl Arası	1	1.01
İlk yardım bilginiz sizce yeterli mi?	Kısmen	55	54.46
	Evet	38	37.62
	Hayır	8	7.92
İlk yardım müdahalesi yapmak zorunda kaldınız mı?	Evet	22	21.78
	Hayır	79	78.22
İlk yardım müdahalesi yaptıysanız kaç kez yaptınız?	1 Kez	7	33.3
	2 Kez	6	28.57
	3 Kez	4	19.05
	5 Kez	3	14.29
	7 Kez	1	4.76

İntörn doktorların ilk yardım konusunda bilgiye erişim yolları **Tablo 5**'te verilmiştir. Değerlendirmede 9.sorunun cevapları alınmıştır.

9. soruda “İlk yardım konusunda bilgiye erişim yolu olarak hangisini kullandınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)” sorusu sorulmuştur. İntörn doktorların %5.05’i TV, radyo; %12.12’si internet; %8.08’i kulaktan dolma bilgiler; %24.24’ü çevrimiçi (online) eğitim; %92.93’ü yüz yüze eğitim/kurs yolu ile ilk yardım konusunda bilgi edindiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 5: İntörn doktorların ilk yardım konusunda bilgiye erişim yolu olarak kullandıkları araçların dağılımı

İlk yardım konusunda bilgiye erişim yolu olarak hangisini kullandınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)			
		n	%
TV, radyo	Evet	5	5.05
	Hayır	94	94.95
İnternet	Evet	12	12.12
	Hayır	87	87.88
Kulaktan dolma bilgiler	Evet	8	8.08
	Hayır	91	91.92
Çevrimiçi (Online) Eğitim	Evet	24	24.24
	Hayır	75	75.76
Yüz yüze eğitim/kurs	Evet	92	92.93
	Hayır	7	7.07

4.3.Nöbet Geçiren Kişi ile Karşılaşma Durumlarının Eğitim Öncesi ve Sonrası Değerlendirilmesi

İntörn doktorlar 13. Soruyu; 12. soruya verdikleri yanıt sonucunda cevapladılar. 12. Soruda “Daha önce epilepsi nöbeti geçiren kişi gördünüz mü?” sorusuna “Evet” cevabı verenlerin 13.soruya verdikleri cevapların dağılımı **Tablo 6**’da verilmiştir. 13. soru “Epilepsi nöbeti geçiren kişi gördüğünüzde neler hissettiniz?” idi.

13. soruda “Korktum” seçeneğini işaretleyenler intörn doktorların %28.07’sini oluşturmakta iken, “Panik oldum” seçeneğini işaretleyenler %33.33’ünü, “Ortamdan uzaklaştım” seçeneğini işaretleyenler %1.75’ini, “Yardım ettim” seçeneğini işaretleyenler %40.35’ini, “Hiçbir şey yapmadım” seçeneğini işaretleyenler %22.81’ini, “Hemen 112’yi aradım” seçeneğini işaretleyenler %24.56’sını oluşturmaktaydı. “Diğer” seçeneğini ise intörn doktorların hiçbiri işaretlememişti.

Tablo 6: 12. Soruya “Evet” cevabı verenlerin 13.soruda “Gördüğünüzde neler hissettiniz?” sorusuna verdikleri cevaplar

Gördüğünüzde neler hissettiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)			
		n	%
A-Korktum	Evet	16	28.07
	Hayır	41	71.93
B-Panik Oldum	Evet	19	33.33
	Hayır	38	66.67
C-Ortamdan Uzaklaştım	Evet	1	1.75
	Hayır	56	98.25
D-Yardım Eттіm	Evet	23	40.35
	Hayır	34	59.65
E-Hiçbir Şey Yapmadım	Evet	13	22.81
	Hayır	44	77.19
F-Hemen 112’yi Aradım	Evet	14	24.56
	Hayır	43	75.44
G-Diğer		0	0

12. Soruda “Daha önce epilepsi nöbeti geçiren kişi gördünüz mü?” sorusuna “Hayır” cevabı verenlerin 13.soruya verdikleri cevapların eğitim öncesi ve sonrası p değerleri ile karşılaştırılması **Tablo 7**’de verilmiştir. 13. soru “Epilepsi nöbeti geçiren kişi görerseniz neler hissedersiniz?” idi.

13. soruda “Panik Olurum” cevabı eğitim öncesi %40 (n=18) oranında işaretlenmiş iken, eğitim sonrası bu cevap %17.78 (n=8) oranında işaretlenmiş, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0.02).

Tablo 7: 12. Soruya “Hayır” cevabı verenlerin 13.soruda “Görseniz neler hissederdiniz?” sorusuna verdikleri cevaplar

Görseniz neler hissedersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleye-bilirsiniz.)						
		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		P Değeri
		n	%	n	%	
A-Korkarım	Evet	10	22.2	5	11.11	>0.05
	Hayır	35	77.78	40	88.89	
B-Panik olurum	Evet	18	40	8	17.78	<0.05
	Hayır	27	60	37	82.22	
C-Ortamdan uzaklaşırım	Evet	2	4.44	0	0	>0.05
	Hayır	43	95.56	45	100	
D-Yardım ederim	Evet	37	82.22	41	91.1	>0.05
	Hayır	8	17.78	4	8.9	
E-Hiçbir şey yapmam	Evet	1	2.22	0	0	>0.05
	Hayır	44	97.78	45	100	
F-Hemen 112’yi ararım	Evet	24	53.33	16	35.56	>0.05
	Hayır	21	46.67	29	64.44	

4.4. Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Durumlarının Karşılaştırılması

Ankete katılan intörn doktorların bilgi düzeyleri eğitim öncesi ve eğitim sonrası karşılaştırıldı. Karşılaştırma amacıyla ankette bulunan 5,6,7,15,16,17,18 numaralı bilgi soruları kullanıldı.

Epilepsinin tedavi edilebilirliği konusunda eğitim öncesi dönemde intörn doktorların %82.35’i (n=84) epilepsinin tedavi edilebilir olduğunu düşünürken, eğitim sonrası bu oran %97.06 (n=99) ile anlamlı ölçüde artmıştır (p=0.0005).

Tablo 8: İntörn doktorların eğitim öncesi ve sonrası epilepsi tanımı ve epilepsinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgi düzeyleri

İntörn doktorların eğitim öncesi ve sonrası epilepsi tanımı ve epilepsinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgi düzeyleri						
		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		P Değeri
		n	%	n	%	
Aşağıdakilerden hangisi epilepsi hastalığını tanımlar?	Doğru	98	96.08	100	98.04	>0.05
	Yanlış	4	3.92	2	1.96	
Epilepsi tedavi edilebilir bir hastalık mıdır?	Evet	84	82.35	99	97.06	<0.05
	Hayır	18	17.65	3	2.94	

Çalışmaya katılan intörn doktorların 6 numaralı soruda “Epilepsi nöbetinde aşağıdaki klinik bulgulardan hangisi gözlemlenir?” Sorusuna video öncesi ve sonrası vermiş oldukları yanıtlar ve bu sorudan grubun aldığı ortalama puan P değerleriyle **Tablo 9’**da gösterilmiştir.

“Bir noktaya doğru dalgın bakış ve kişinin hayal alemine dalmış gibi görünmesi” seçeneğini eğitim öncesi intörn doktorların %86.27’si (n=88) doğru işaretledi, eğitim sonrası bu oran %96.08’e (n=98) yükselerek anlamlı derecede artış gösterdi (p=0.0136).

“Vücudun tek bir uzvunda kasılma, titreme” seçeneğini eğitim öncesi intörn doktorların %67.65’i (n=69) işaretledi, eğitim sonrası bu oran %89.22’ye (n=91) yükselerek anlamlı derecede artış gösterdi (p=0.0002).

“Anlamsız konuşma ve tekrarlayan hareketler” seçeneğini eğitim öncesi intörn doktorların %75.49’u (n=77) işaretledi, eğitim sonrası bu oran %88.24’e (n=90) yükselerek anlamlı derecede artış gösterdi (p=0.018).

“Dikkati dağıtacak derecede bellek yitimi” seçeneğini eğitim öncesi intörn doktorların %46.08’i (n=47) işaretledi, eğitim sonrası bu oran %70.59’a (n=72) yükselerek anlamlı ölçüde artış gösterdi (p=0.0004).

Grubun bu soruya ait ortalama puanı video öncesi 4.68 (± 1.31) iken video sonrası 5.4 (± 0.87) olup anlamlı ölçüde artmıştır ($p=0.002$).

Tablo 9: “Epilepsi nöbetinde aşağıdaki klinik bulgulardan hangisi gözlemlenir?” Sorusuna eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar

Epilepsi nöbetinde aşağıdaki klinik bulgulardan hangisi gözlemlenir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)						
Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası		P Değeri	
	Değişken	n	%	n	%	
A-Bir noktaya doğru dalgın bakış ve kişinin hayal alemine dalmış gibi görünmesi	İşaretledi	88	86.27	98	96.08	<0.05
	İşaretlemedi	14	13.73	4	3.92	
B-İstemsiz mimik ve hareketler, dudak ısırma gibi hareketler	İşaretledi	97	95.10	100	98.04	>0.05
	İşaretlemedi	5	4.90	2	1.96	
C-Tüm vücutta kasılma, titreme	İşaretledi	100	98.04	101	99.02	>0.05
	İşaretlemedi	2	1.96	1	0.98	
D-Vücudun tek bir uzvunda kasılma, titreme	İşaretledi	69	67.65	91	89.22	<0.05
	İşaretlemedi	33	32.35	11	10.78	
E-Anlamsız konuşma ve tekrarlayan hareketler	İşaretledi	77	75.49	90	88.24	<0.05
	İşaretlemedi	25	24.51	12	11.76	
F-Dikkati dağıtacak derecede bellek yitimi	İşaretledi	47	46.08	72	70.59	<0.05
	İşaretlemedi	55	53.92	30	29.41	
G-Hiçbiri	İşaretlemedi	102	100.00	102	100	
6. Soru Toplam Puan (6 puan üzerinden)		4.68 (± 1.31)		5.4 (± 0.87)		<0.05

Çalışmaya katılan intörn doktorların 15 numaralı soruda “Epilepsi nöbeti geçirmekte olan kişiye güvenli pozisyon sağlamak için hangisi/ hangileri yapılmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)” Sorusuna video öncesi ve sonrası vermiş

oldukları yanıtlar ve bu sorudan grubun aldığı ortalama puan P değerleriyle **Tablo 10'**da gösterilmiştir.

Eğitim öncesi dönemde, kişinin güvenli bir yere alınması gerektiğine dair seçeneği işaretleyenlerin oranı %85.29 (n=87) iken, eğitim sonrasında bu oran %99.02'ye (n=101) yükselerek anlamlı derecede artmıştır (p=0.0003).

Kişiye sol tarafına çevirerek nefes almasının kolaylaştırılması gerektiğine dair seçeneği işaretleyenlerin oranı eğitim öncesi %46.08 (n=47) iken, eğitim sonrasında bu oran %85.29'a (n=87) yükselerek anlamlı derece artmıştır (p=0.0000).

Kişiye sol tarafına çevirerek kusma halinde mide içeriğinin akciğerlere kaçmasının engellenmesi gerektiğine dair seçeneği işaretleyenlerin oranı eğitim öncesi %82.35 (n=84) iken, eğitim sonrasında bu oran %95.10'a (n=97) yükselerek anlamlı derecede artmıştır (p=0.0040).

Başın altına yumuşak bir yastık konulması gerektiğine dair seçeneği işaretleyenlerin oranı eğitim öncesi %40.20 (n=41) iken, eğitim sonrasında bu oran %88.24'e (n=90) yükselerek anlamlı ölçüde artmıştır (p<0.0000).

Kişinin olduğu yerde bırakılması gerektiğine dair seçeneği işaretleyenlerin oranı eğitim öncesi %10.78 (n=11) iken, eğitim sonrasında bu oran %2.94'e (n=3) düşerek anlamlı ölçüde azalmıştır (p=0.0267).

Kişiye güvenli pozisyon sağlama uygulamaları ile ilgili çalışma grubunun eğitim öncesi ortalama puanı 3.42 (± 1.12) iken, eğitim sonrasında bu değer 4.62 (± 0.67) olarak hesaplanmıştır. Ortalama puan artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.0000).

Tablo 10: “Epilepsi nöbeti geçirmekte olan kişiye güvenli pozisyon sağlamak için hangisi/hangileri yapılmalıdır?” Sorusuna eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar

Epilepsi nöbeti geçirmekte olan kişiye güvenli pozisyon sağlamak için hangisi/ hangileri yapılmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)						
		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		P Değeri
		n	%	n	%	
A-Kişi güvenli bir yere alınmalıdır	İşaretledi	87	85.29	101	99.02	<0.05
	İşaretlemedi	15	14.71	1	0.98	
B-Kişi sol tarafına çevrilerek nefes alması kolaylaştırılmalı	İşaretledi	47	46.08	87	85.29	<0.05
	İşaretlemedi	55	53.92	15	14.71	
C-Kişi sol tarafına çevrilerek kusma halinde mide içeriğinin akciğerlere kaçması engellenmeli	İşaretledi	84	82.35	97	95.10	<0.05
	İşaretlemedi	18	17.65	5	4.90	
D-Üzerindeki kravat gibi nefes almayı zorlaştıracak kıyafetler ve gözlük gibi kırılabilir eşyalar çıkarılmalı	İşaretledi	90	88.24	96	94.12	>0.05
	İşaretlemedi	12	11.76	6	5.88	
E-Baş aşağıda, ayakları yukarıda olacak şekilde pozisyon verilmeli	İşaretledi	19	18.63	14	13.73	>0.05
	İşaretlemedi	83	81.37	88	86.27	
F-Başının altına yumuşak bir yastık koyulmalı	İşaretledi	41	40.20	90	88.24	<0.05
	İşaretlemedi	61	59.80	12	11.76	
G-Olduğu yerde bırakılmalı, bir şey yapılmamalı	İşaretledi	11	10.78	3	2.94	<0.05
	İşaretlemedi	91	89.22	99	97.06	
15. Soru Toplam Puan (5 puan üzerinden)		3.42 (±1.12)		4.62 (±0.67)		<0.05

Çalışmaya katılan intörn doktorların 16 numaralı soruda “Epilepsi nöbeti geçirmekte olan kişinin çenesi kilitlenmiş ise ne/neler yapılmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)” Sorusuna video öncesi ve sonrası vermiş oldukları

yanıtlar ve bu sorudan grubun aldığı ortalama puan P değerleriyle **Tablo 11**'de gösterilmiştir.

Eğitim öncesi dönemde, “Ağızına çatal, kaşık gibi cisimler sokularak ağız açılmaya çalışılmalıdır” seçeneğini işaretleyen katılımcılar %11.76 (n=12) oranında iken, eğitim sonrasında bu seçeneği hiç kimse işaretlememiştir. Bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.0004).

“Güvenli pozisyon sağlanıp nöbetin durması beklenmelidir” seçeneğini işaretleyenlerin oranı eğitim öncesi dönemde %87.25 (n=89) iken, eğitim sonrası dönemde %98.04 (n=100) olarak kaydedilmiştir ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.0032).

Tablo 11: “Epilepsi nöbeti geçirmekte olan kişinin çenesi kilitlenmiş ise ne/neler yapılmalıdır?” Sorusuna eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar

Epilepsi nöbeti geçirmekte olan kişinin çenesi kilitlenmiş ise ne/neler yapılmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)						
		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		P Değeri
		n	%	n	%	
A-Ağıza çatal, kaşık gibi cisimler sokularak ağız açılmaya çalışılmalıdır	İşaretledi	12	11.76	0	0	<0.05
	İşaretlemedi	90	88.24	102	100	
B-Parmaklar ile ağız açılmaya çalışılmalıdır	İşaretledi	5	4.90	3	2.94	>0.05
	İşaretlemedi	97	95.10	99	97.06	
C-Hemen ambulans çağrılmalıdır	İşaretledi	53	51.96	29	28.43	>0.05
	İşaretlemedi	49	48.04	73	71.57	
D-Güvenli pozisyon sağlanıp nöbetin durması beklenmelidir	İşaretledi	89	87.25	100	98.04	<0.05
	İşaretlemedi	13	12.75	2	1.96	
16. Soru Toplam Puan (2 puan üzerinden)		1.39 (±0.51)		1.26 (±0.44)		>0.05

Çalışmaya katılan intörn doktorların 17 numaralı soruda “Epilepsi nöbeti geçiren kişiye yapılacak müdahaleler ile ilgili ifadelerden doğru olanı/olanları belirtiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)” Sorusuna video öncesi ve sonrası vermiş oldukları yanıtlar ve bu sorudan grubun aldığı ortalama puan P değerleriyle **Tablo 12**'de gösterilmiştir.

“Vücudu sarsılır” seçeneği eğitim öncesi intörn doktorların %10.78'i (n=11) tarafından işaretlenirken, eğitim sonrasında bu oran %1.96'ya (n=2) düşmüştür. Bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0.0009).

Diğer seçenekler ve ortalama puanda eğitim sonrasında anlamlı olarak fark saptanmamıştır.

Tablo 12: “Epilepsi nöbeti geçiren kişiye yapılacak müdahaleler ile ilgili ifadelerden doğru olanı/olanları belirtiniz?” Sorusuna eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar

Epilepsi nöbeti geçiren kişiye yapılacak müdahaleler ile ilgili ifadelerden doğru olanı/olanları belirtiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)						
		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		P Değeri
		n	%	n	%	
A-Soğan-sarımsak koklatılır	İşaretledi	1	0.98	1	0.98	>0.05
	İşaretlemedi	101	99.02	101	99.02	
B-Kolonya koklatılır	İşaretledi	8	7.84	10	9.80	>0.05
	İşaretlemedi	94	92.16	92	90.20	
C-Tokat atılır	İşaretledi	2	1.96	0	0	>0.05
	İşaretlemedi	100	98.04	102	100	
D-Vücudu sarsılır	İşaretledi	11	10.78	2	1.96	<0.05
	İşaretlemedi	91	89.22	100	98.04	
E-Ağızına şekerli su verilir	İşaretledi	3	2.94	2	1.96	>0.05
	İşaretlemedi	99	97.06	100	98.04	
F-Üzerine su dökülür	İşaretledi	3	2.94	1	0.98	>0.05
	İşaretlemedi	99	97.06	101	99.02	
G-Kalp masajı yapılır	İşaretledi	0	0	0	0	>0.05
	İşaretlemedi	102	100.00	102	100.00	
H-Suni solunu yapılır	İşaretledi	0	0	0	0	>0.05
	İşaretlemedi	102	100.00	102	100.00	
I-Güvenli pozisyon sağlanıp nöbetin durması beklenir	İşaretledi	97	95.10	100	98.04	>0.05
	İşaretlemedi	5	4.90	2	1.96	
17. Soru Toplam Puan (1 puan üzerinden)		0.95 (±0.21)		0.98 (±0.13)		>0.05

Çalışmaya katılan intörn doktorların 18 numaralı soruda “Epilepsi nöbeti geçiren kişi gördüğünüzde ambulansı hangi koşul/koşullarda çağırırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)” Sorusuna video öncesi ve sonrası vermiş oldukları

yanıtlar ve bu sorudan grubun aldığı ortalama puan P değerleriyle **Tablo 13**'te gösterilmiştir.

Eğitim öncesi intörn doktorların %35.29'u (n=36) hemen ambulans çağırılması gerektiğini belirtmişken, eğitim sonrasında bu oran %12.75'e (n=13) anlamlı ölçüde düşmüştür (p=0.0002).

“Nöbeti 5 dakikadan uzun sürdüyse” koşulunda ambulans çağırılması gerektiğini ifade edenler eğitim öncesi %74.51 (n=76) oranında iken, eğitim sonrasında bu oran %93.14'e (n=95) yükselmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.0003).

“Renginde morarma varsa” koşulunda ambulans çağırılması gerektiğini belirtenler eğitim öncesi %56.86 (n=58) oranında iken, eğitim sonrasında bu oran %82.35'e (n=84) yükselmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.0001).

“Nöbet durduktan sonra bilinç ve solunum normale dönmediyse ya da bilinci açılmadan tekrar nöbet geçiriyorsa” koşulunda ambulans çağırılması gerektiğini belirtenler eğitim öncesi %79.41 (n=81) oranında iken, eğitim sonrasında bu oran %91.18'e (n=93) yükselmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.0177).

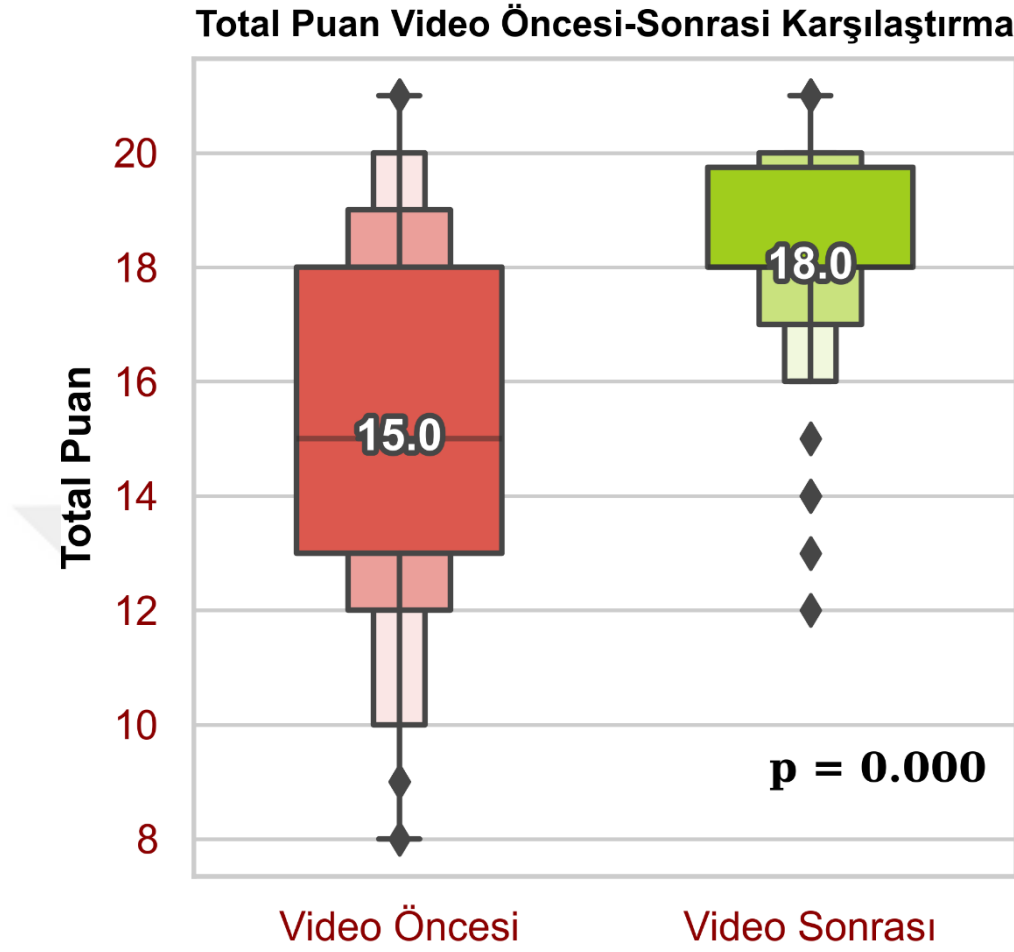
“Nöbet anında kötü bir yaralanma olduysa” koşulunda ambulans çağırılması gerektiğini belirtenler eğitim öncesi %77.45 (n=79) oranında iken, eğitim sonrasında bu oran %95.10'a (n=97) yükselmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.0002).

Sonuçlar, eğitim sonrasında katılımcıların ambulans çağırma koşulları konusunda daha bilinçli bir yaklaşım sergilediğini göstermektedir. 18. sorunun toplam puan değeri eğitim öncesi dönemde ortalama 3.28(±1.25) iken, eğitim sonrası 4.05 (±1.18)'dir. Bu da istatistiksel olarak anlamlı bir artışı ifade etmektedir (p=0.0007).

Tablo 13: “Epilepsi nöbeti geçiren kişi gördüğünüzde ambulansı hangi koşul/koşullarda çağırırsınız?” sorusuna eğitim öncesi ve sonrası verilen cevaplar

Epilepsi nöbeti geçiren kişi gördüğünüzde ambulansı hangi koşul/koşullarda çağırırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)						
		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		P Değeri
		n	%	n	%	
A-Hemen	İşaretledi	36	35.29	13	12.75	<0.05
	İşaretlemedi	66	64.71	89	87.25	
B-Hiçbir zaman	İşaretledi	0	0	0	0	>0.05
	İşaretlemedi	102	100.00	102	100	
C-Nöbeti 5 dakikadan uzun sürdüyse	İşaretledi	76	74.51	95	93.14	<0.05
	İşaretlemedi	26	25.49	7	6.86	
D-Renginde morarma varsa	İşaretledi	58	56.86	84	82.35	<0.05
	İşaretlemedi	44	43.14	18	17.65	
E-Nöbet durduktan sonra bilinç ve solunum normale dönmediyse ya da bilinci açılmadan tekrar nöbet geçiriyorsa	İşaretledi	81	79.41	93	91.18	<0.05
	İşaretlemedi	21	20.59	9	8.82	
F-Nöbetten 1 saat sonra sersemlik/şaşkınlık devam ediyorsa	İşaretledi	41	40.20	45	44.12	>0.05
	İşaretlemedi	61	59.80	57	55.88	
G-Nöbet anında kötü bir yaralanma olduysa	İşaretledi	79	77.45	97	95.10	<0.05
	İşaretlemedi	23	22.55	5	4.90	
18. Soru Toplam Puan (5 puan üzerinden)		3.28 (±1.75)		4.05 (±1.18)		<0.05

Şekil 1’de ki Boxplot grafiğinde; intörn doktorların eğitim öncesi aldıkları ortalama puan $15,72 \pm 3,20$ olup eğitim sonrası $18,36 \pm 1,64$ ’tür. Eğitim sonrası aldıkları ortalama puanda anlamlı artış saptanmıştır ($p=0.0000$). Eğitim öncesi intörn doktorların aldıkları en düşük puan 8, en yüksek 21 iken; eğitim sonrası en düşük puan 12, en yüksek puan 21’dir. Gerçekleştirmiş olduğumuz eğitimin, intörn doktorlarda nöbete ilk yardım müdahalesi konusunda istatistiksel açıdan anlamlı derecede bilgi artışı olduğunu göstermektedir.



Şekil 1: İntörn doktorların eğitim öncesi ve sonrası aldıkları ortalama puanların karşılaştırılması

Tablo 14'te intörn doktorlar biyodemografik özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılmıştır. İntörn doktorların %61.8'i (n=63) kadınlardan, 38.2'si (n=39) erkeklerden oluşmaktadır. Kadınlar, eğitim öncesi ortalama 15,71 ($\pm 3,10$) puan, eğitim sonrası ise 18.1 (± 1.68) puan almışlardır. Kadınların eğitim sonrası ortalama puanı anlamlı olarak artmıştır ($p=0.0004$). Erkekler eğitim öncesi ortalama 15,72 ($\pm 3,40$) puan almışken eğitim sonrası 18.5 (± 1.74) puan almışlardır. Erkeklerin de eğitim sonrası ortalama puanı anlamlı olarak artmıştır ($p=0.0001$).

Yaş özelliklerine göre karşılaştırdığımızda 24 yaş ve altındaki intörn doktorlar grubun %58'ini (n=59) oluştururken, 24 yaş üstü intörn doktorlar %42'sini (n=43) oluşturmaktadır. 24 yaş ve altındaki intörn doktorlar eğitim öncesi ortalama 16,01

($\pm 3,35$) puan almışken eğitim sonrası 17.7 (± 1.8) puan almışlardır. Eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p=0.0001$). 24 yaş üzerindeki intörn doktorlar eğitim öncesi ortalama 15,37 ($\pm 3,00$) puan almışken eğitim sonrası 19.1 (± 1.2) puan almışlardır. Eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı artış mevcuttur ($p=0.0001$). Eğitim sonrası dönemde 24 yaş üzeri grup, 24 yaş ve altındaki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır ($p=0.000$).

Çalışmaya katılan intörnlerin %10.7'sinin ($n=11$) kendisinde, birlikte yaşadığı kişilerde ya da yakınlarında epilepsi tanısı mevcuttur. Kendisinde, birlikte yaşadığı kişilerde ya da yakınlarında epilepsi hastalığı olanlar eğitim öncesi ortalama 16.4 (± 2.2) puan almışken, eğitim sonrası 18.7 (± 1.7) puan almışlardır. Eğitim öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p=0.01$). Kendisinde, birlikte yaşadığı kişilerde ya da yakınlarında epilepsi hastalığı olmayanlar eğitim öncesi 15.4 ($\pm 3,3$) ortalama puan almışken, eğitim sonrası 18.3 (± 1.7) puan almışlardır. Eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p=0.000$). . Kendisinde, birlikte yaşadığı kişilerde ya da yakınlarında epilepsi hastalığı olanlar ile olmayanlar kıyaslandığında ne eğitim öncesi ne de eğitim sonrası aralarında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak her iki grubunda eğitim öncesi ve sonrası aldıkları ortalama puan anlamlı olarak artmıştır.

İntörn doktorların %97.06'sı ($n=99$) daha önce ilk yardım eğitimi aldığını belirtmiştir. Eğitim öncesi dönemde, ilk yardım eğitimi alanlar 15.6 (± 3.2) puan almışken, ilk yardım eğitimi almayanlar 11 (± 1) puan almış olup aradaki fark anlamlı olarak saptanmıştır ($p=0.01$). Daha önce ilk yardım eğitimi alanlar eğitim öncesi ortalama 15.6 (± 3.2) puan almışken eğitim sonrası alınan puan anlamlı olarak 18.3'e (± 1.7) yükselmiştir ($p: 0.0000$). Daha önce ilk yardım eğitimi almayanlar eğitim öncesi ortalama 11 (± 1) puan almışken eğitim sonrası 18.3 (± 0.5) puan almışlardır ve istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır ($p=0.0003$).

Tablo 14: Ortalama puanların, eğitim öncesi ve sonrası biyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

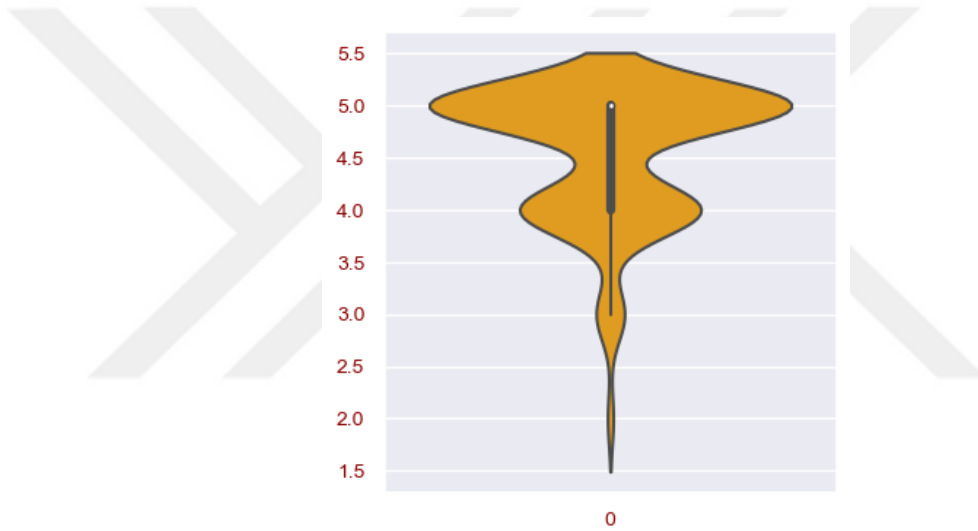
Ortalama puanların, eğitim öncesi ve sonrası biyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması							
	Değişkenler	Sayı	Eğitim Öncesi Karşılaştırma	P Değeri	Eğitim Sonrası Karşılaştırma	P Değeri	Önce - Sonra Karşılaştırma P değeri
Cinsiyet	Kadın	63	15,71 ±3,10	>0.05	18.1 ±1.68	>0.05	<0.05
	Erkek	39	15,72 ±3,40		18.5 ±1.74		<0.05
Yaş	≤24 yaş	59	16,01 ±3,35	>0.05	17.7 ±1.8	<0.05	<0.05
	>24 yaş	43	15,37 ±3,00		19.1 ±1.2		<0.05
Kendisinde, birlikte yaşadığı kişilerde ya da yakınlarında epilepsi hastalığı olma durumu	Epilepsi yok	91	15.4 ±3,3	>0.05	18.3 ±1.7	>0.05	<0.05
	Epilepsi var	11	16.4 ±2.2		18.7 ±1.7		<0.05
Daha önce ilkyardım eğitimi aldınız mı?	Evet	99	15.6 ±3.2	<0.05	18.3±1.7	0.81	<0.05
	Hayır	3	11 ±1		18.3±0.5		<0.05

4.5. Eğitim Videosu ve Ankete Dair Değerlendirilmeler

İntörn doktorlara ankette 19. soru “Eğitim videosu sizce faydalı oldu mu?” şeklinde sorulmuştur. Memnuniyet derecesi 1’den 5’e kadar şıklarda verilmiş olup, memnuniyet derecelerine göre işaretleme yapmaları istenmiştir. İntörn doktorların yanıtları incelendiğinde, %62.75’i (n=64) 5’i, %31.37’si (n=32) 4’ü, %4.90’ı (n=5) 3’ü, %0.98’i (n=1) 2’yi işaretlemiştir. Bu veriler **Şekil 2**’deki Violin Plot grafiğinde gösterilmiştir.

Tablo 15: “Eğitim videosu sizce faydalı oldu mu? Memnuniyet derecenizi 1’den 5’e kadar beğendiğiniz ölçüde belirtiniz)” Sorusuna verilen cevaplar

Eğitim Videosu sizce faydalı oldu mu?	Memnuniyet derecesi	n	%
	5	64	62.75
	4	32	31.37
	3	5	4.90
	2	1	0.98



Şekil 2: “Eğitim videosu sizce faydalı oldu mu? (Memnuniyet derecenizi 1’den 5’e kadar beğendiğiniz ölçüde belirtiniz)” Sorusuna verilen cevapların dağılımı

Anketteki 20 numaralı soru “Anketimizi beğendiniz mi?” şeklinde sorulmuş olup **Şekil 3’te** ki çubuk grafiğinde dağılımları gösterilmiştir.

Eğitim öncesi, “Çok beğendim” seçeneğini işaretleyenler %35.3 iken, eğitim sonrası %55.9’a yükselmiştir.

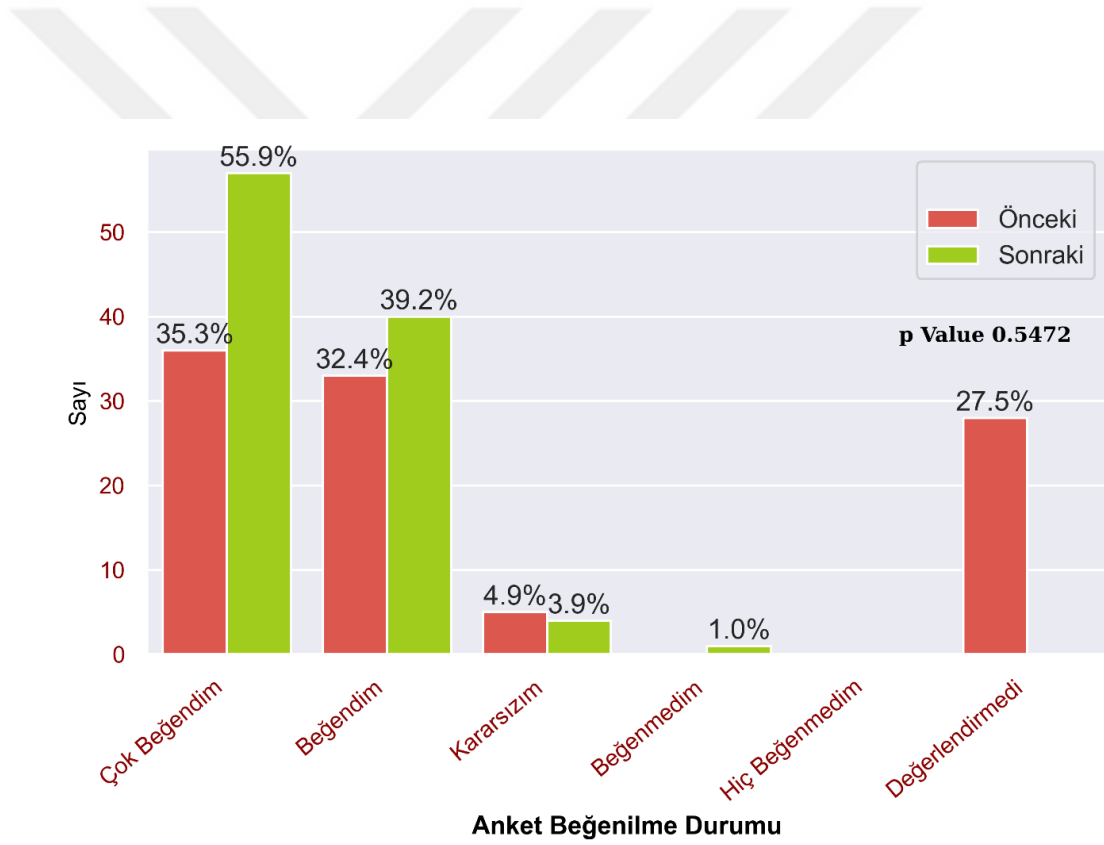
Eğitim öncesi, “Beğendim” seçeneğini işaretleyenler %32.4 iken, eğitim sonrası %39.2’ye yükselmiştir.

Eğitim öncesi, “Kararsızım” seçeneğini işaretleyenler %4.9 iken, eğitim sonrası %3.9’a gerilemiştir.

Eğitim öncesi, “Beğenmedim” seçeneğini hiç kimse işaretlememiş olup, eğitim sonrası intörn doktorların %1’i “Beğenmedim” şıkkını işaretlemiştir.

Eğitim öncesi ve sonrası hiç kimse “Hiç beğenmedim” seçeneğini işaretlememiştir. İntörn doktorların %27.5’i ankete dair değerlendirme yapmamıştır.

Eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırma yapılmış olup anlamlı istatistiksel sonuç saptanmamıştır ($p=0.5472$).



Şekil 3: “Anketimizi beğendiniz mi?” Sorusuna verilen cevapların eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

Çocuklarda görülen en sık hastalıklar içinde epilepsi yer almakta ve önemini korumaktadır. Epilepsinin çocuğun sağlığı ve gelişimi üzerine olumsuz birçok etkisi bulunmaktadır (43). Epilepsi insidansı yaşamın ilk on yılında en yüksek seviyede görülmekte ve bu dönem özellikle çocukların sosyal ve eğitim ile ilgili alanlarda gelişme gösterdiği, bu özelliklerinin birçoğunu tamamladığı bir dönem olması itibarı ile de çok önemlidir (44).

Epilepsi çocuklarda görülen en sık kronik nörolojik hastalıktır. Bu hastalar ile karşılaşma oranı en yüksek olan grup sağlık çalışanları ve sağlık öğrencileridir. Hastaların yönetimi, sonrasında gelişebilecek olan komplikasyonlar ve komorbiditelerin önlenmesi açısından bu grubun bilgi düzeyleri ve tutumları daha da önem kazanmaktadır (2, 5).

Hastalar ilk nöbet sonrası genellikle acil servis hekimi, stajyer doktor veya çocuk uzmanları ile karşılaşır. İngiltere’de yapılan bir çalışmaya göre çocuk hastaların çoğunun epilepsi açısından yeterli uzmanlıkta olmayan çocuk doktorları tarafından karşılandığı bildirilmiş olup bu eksiklik tıp eğitiminden uzmanlık eğitimine kadar mevcuttur (10).

Nöbet acil ve sık karşılaşılabilen bir durumdur, dünyada her 10 kişiden birinin nöbet geçirebileceği varsayılmaktadır. Nöbet anında ilk yardım ise yaralanma, gelişebilecek olan komplikasyonları önleme ve ölüm riskini azaltmada son derecede önemlidir (34).

Biz de çok sık karşılaşma ihtimalimiz bulunan ve müdahalenin kritik öneme sahip olduğu nöbete, ilk yardım konusunda tıp eğitiminin ne kadar yeterli olduğunu saptamaya çalıştık. İntörn doktorlara video simülasyon ile nöbete ilk yardım müdahalesi konusunda eğitim vererek video ile eğitimin önemini vurgulamayı amaçladık.

Asnakew S. ve arkadaşları Kuzeybatı Etiyopya'da Halkların Epileptik Nöbet'te İlk Yardım Uygulamaları adlı çalışmasında sosyodemografik değişkenlerin,

toplumdaki ilk yardım müdahalelerini, epileptik nöbetlerin tedavisini etkilediğini belirtmişlerdir (17). Ancak popülasyonumuz standart bir gruptan oluştuğu için bizim çalışmamızda fark görülmemiştir.

Çalışmamızda 24 yaş üstü intörn doktorlar, 24 yaş ve altındaki intörn doktorlara göre eğitim öncesi daha düşük puan almışlardır. Eğitim sonrası ise 24 yaş üzerindeki intörn doktorların ortalama puanı diğer gruba göre daha yüksektir

İlk yardım eğitimi konusunda yararlandıkları eğitim araçları ve kaynakları sorulmuş ve %5.05'i TV, radyo; %8.08'i kulaktan dolma bilgiler; %12.12'si internet %24.24'ü çevrimiçi (online) eğitim; %92.93'ü yüz yüze eğitim/kurs yolu ile bilgi edindiklerini belirtmişlerdir. Ağırlıklı olarak yüz yüze eğitim/kurs yolu ile eğitim almışlardır.

A. M. Alkhoni ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada öğretmenlere, "Epilepsi tedavi edilebilir bir hastalık mıdır?" sorusu sorulmuş ve eğitim öncesi %73.7 "evet" cevabı alınmıştır. İntörn doktorlara eğitim öncesi aynı soru sorulmuş ve intörn doktorlar %82.35 "evet" cevabı vermiştir. İntörn doktorların vermiş oldukları daha yüksek doğru cevap oranının, aldıkları tıp eğitimine bağlı olduğu düşünülmektedir. Yine de öğretmenlerin %26,3'ü, intörn doktorların ise %17,65'i epilepsinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu bilmemektedir (45).

B.C. Ekeh ve arkadaşlarının Güney Nijerya'daki Tıp Öğrencilerinin Epilepsiye Yönelik Bilgi, Tutum ve Algısı adlı çalışmasında katılımcıların, epilepsi tanısı mevcut tanıdıkları veya yakınları olması durumunda nöbete yaklaşım konusunda daha yetkin oldukları bulunmuştur. Bu diğerlerine göre farkındalıklarının, bilgi düzeylerinin daha fazla olabileceğini göstermektedir (46). Çalışmamızda kendisinde ve ailesinde epilepsi hastalığı olanların olmayanlara göre eğitim öncesi ortalama puanı daha yüksekti. Kendisi ya da ailesinde epilepsi hastalığı olanlar ve olmayanlarda eğitim sonrası anlamlı puan artışı saptanmıştır. İntörn doktorlara epilepsi bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulan epilepsinin tanımı ile ilgili soruda eğitim öncesi doğru cevaplayanlar %96.08'i iken eğitim sonrası %98.04'e artış gösterdi. İstatiksel olarak anlamlı

sonuçlanmamış olması intörn doktorların epilepsinin tanımı konusunda eğitim öncesi de yüksek bilgi düzeyine sahip olmasına bağlı idi.

Amerika’da P.O. Shafer ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da yetişkinlerin %25’inin ilk yardım müdahale bilgisine sahip olduğu ancak bunların %20’sinin nöbet anında yardım edeceklerini ifade ettikleri belirtilmiş (34). Nöbet geçiren hastaya tanık olmayan intörn doktorlar, “Nöbet geçiren hasta gördüğünüzde ne hissedersiniz?” sorusuna eğitim öncesi %82.22, eğitim sonrası %91.1 oranında yardım ederim şeklinde ifadede bulunmuşlardır. Nöbet geçirmekte olan hastayı gören intörn doktorlar ise %40.35 oranında yardım ettiğini belirtmiştir. İntörn doktorlar %97.06’lık bir oranla ilk yardım eğitimini aldıklarını ve büyük çoğunluğu ilk yardım eğitimleri üzerinden bir yıldan az zaman geçtiğini belirtmektedirler. Buna karşılık intörn doktorlarımız 21.78’lik daha az bir oran ile nöbet ilk yardım müdahalesi yaptığını belirtmiştir. İntörn doktorlar nöbet geçiren hasta ile karşılaşma halinde yüksek oranda, yardım ederim, şeklinde beyanda bulunmalarına rağmen, nöbet geçiren hasta ile karşılaşan grupta yardım edenlerin sayısı ciddi oranda azalmaktadır. Eğitim sonrası “Yardım ederim” cevabındaki artış da göz önünde bulundurulduğunda muhtemel sebebin, bilgi ve deneyim eksikliği olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında intörn doktorların eğitim sonrası nöbet geçiren bir hasta ile karşı karşıya kalmaları durumunda kendilerini öncesine göre müdahale konusunda daha fazla güvende hissedeceklerini görmekteyiz. Almış oldukları nöbet anında ilk yardım eğitimi sayesinde kaygı düzeylerinde azalma olduğunu ifade etmişlerdir.

T. P. Tavares ve arkadaşlarının 2021 yılında öğretmenler ile yaptıkları bir çalışmada kısa bir eğitim videosu ve kitapçığından oluşan uygun maliyetli bir eğitim programı ile öğretmenlerin epilepsi ve ilk yardım müdahalelerine yönelik bilgilerinde iyileşme olup olmadığını değerlendirmiştir. Çalışmaları, bizim çalışmamıza benzer şekilde sonuçlanmış olup, eğitim sonrası öğretilerde de çalışmamıza katılan intörn doktorlar gibi epilepsi, nöbet yönetimi hakkındaki bilgilerinde önemli ölçüde iyileşme

meydana gelmiştir. Yine aynı çalışmada eğitim kitapçığının eğitim öncesi ve sonrası dönemde bilgi edinmede anlamlı fark oluşturmadığı, bilgi düzeyindeki artışı video eğitiminin sağladığı gösterilmiştir. Bu ve buna benzer kısa eğitim videolarının olumlu etkileri mevcut olup eğitimde daha çok kullanılmasına gerek görülmektedir (47).

Günümüzde derslerde de multimedya tabanlı veya video destekli eğitim araçları sık kullanılmaktadır. Görsel ve işitsel bileşenleri sayesinde öğrenmeye daha fazla katkı sağladığına dair çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda kullandığımız video simülasyonda görsel ve işitsel bileşenler kullanılarak bir sağlık profesyoneli tarafından maket üzerinde uygulamalı eğitim verilmiştir. Yapılan çalışmalarda bu şekilde hazırlanan eğitim videolarının daha etkili oldukları bulunmuştur (41, 42).

Eğitim sonrası intörn doktorların eğitim öncesi ankete göre bilgi sorularında daha yüksek doğruluk puanları saptanmıştır. Yine, eğitim sonrası nöbet geçiren bir hasta ile karşı karşıya kalmaları durumunda kendilerini eğitim öncesine göre müdahale konusunda daha fazla güvende hissedecekleri saptanmıştır. Nöbet anında ilk yardım müdahalesi eğitimi sayesinde kaygı düzeylerinde azalma meydana gelmiştir. Sonuçlar literatürdeki benzer çalışmalar ile de tutarlıdır (47).

. B.C. Ekeh ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada tıp öğrencilerinin %25,23'ü nöbet geçirmekte olan kişinin ağzına bir nesne koyacağını bildirmiş, bizim çalışmamızda intörn doktorlar eğitim öncesi %11,76 oranında nöbet geçirmekte olan kişinin ağzına nesne koyacağını belirtmiş, eğitim sonrasında ise bu şık hiç işaretlenmemiştir. Buradan hareketle çalışmamıza katılan intörn doktorların eğitim öncesi de nöbete müdahale konusunda daha iyi sonuçlara sahip oldukları söylenebilir(46). Video eğitimi öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmayan sorulardan bir diğeri de epilepsi nöbeti geçiren kişiye yapılabilecek müdahaleler hakkındaki soru idi. Bunun eğitim öncesi intörn doktorların bu konuda yeterli bilgi sahibi olmaları ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

S. Asnakew ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Kuzeybatı Etiyopya bölgesinde yaşayan toplumun uyguladığı güvenli olmayan ilk yardım uygulamaları anlatılmıştır. Katılımcılar, nöbet anında hastaları hastaneye götürmek yerine kutsal

suya, ibadethaneye götürmektedir. Hastaların ağzına kıyafet sokmak, kibrit suyu içirmek, hareketlerini engellemek gibi yanlış uygulamalar hala devam etmektedir (17). Bu yanlış uygulamalara bağlı vücutta; kırıklar, yaralanmalar, boğulmalar, yanıklar gibi birçok olumsuzluk meydana gelmektedir. Bu nedenle sağlık personeli eğitimi kadar toplumun da bu yönde eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi önem kazanmaktadır.

Çocuk hastalarda, nöbet ve nöbet ilişkili ciddi yan etkiler sık hastaneye yatış nedenlerinden biridir. Bu nedenle nöbet ilk yardım müdahaleleri önem kazanmaktadır. Hastaya güvenli pozisyon verilmesi, hayati fonksiyonların devamı için hava yolu, solunum ve dolaşımın sağlanması önemlidir. Hasta güvenliği için sağlık personelinin akut nöbet yönetimi konusundaki yetkinliği önem kazanmaktadır (7).

A. K. Njamnshi ve arkadaşları yaptıkları çalışmada Brezilya ve İskoçya’da yapılan çalışmaları da örnek göstererek tıp öğrencilerinin epilepsi ilişkili bilgi düzeylerinin iyileştirilmesi , tutumlarının değiştirilmesi halinde hastaların yaşam kalitelerinin önemli ölçüde artacağını belirtmiştir (48). Nöbet ilk yardımı sırasında yapılabilecek yanlış müdahaleler veya kurtarıcı tedavilerdeki gecikmeler; ikincil yaralanmalara, status epileptikus gibi yüksek komorbidite riskine sahip ciddi komplikasyonlara neden olabilir.

Çalışmamız göstermiştir ki; intörn doktorların mevcut teorik bilgileri nöbet esnasında ilk yardım pratiğine yeterince yansımamaktadır. İntörn doktorların video simülasyon eğitimi sonrası nöbet anında müdahale konusunda teorik bilgilerindeki artış ve kaygı düzeylerindeki azalma video simülasyon eğitiminin önemini ortaya koymaktadır. Her ne kadar intörn doktorlar bu konuda yeterli bilgi düzeyine sahip olsa da, intörn doktorların bazı alanlarda eksiklikleri mevcuttur. Çalışmamız ülkemizde video simülasyon eğitimi ile intörn doktorların epilepsiye ilişkin ilk yardım bilgi durumlarını değerlendiren ilk çalışma olup literatürde bu konuda kısıtlı çalışma bulunmaktadır. İntörn doktorların ve eğitim sistemimizin bu konudaki eksikliklerini saptamak ve bu eksiklikleri düzeltmek adına daha fazla araştırma yapmak gerekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin epilepsiye ilişkin ilk yardım bilgi durumlarının video simülasyon eğitimi öncesi sonrası değerlendirilmesi için yapılan çalışmada,

- 1) Öğrencilerin biyodemografik özelliklerine göre cinsiyet, yaş, birlikte yaşadığı kişilerde ve kendisinde epilepsi hastalığı olma durumu ve daha önce ilk yardım eğitimi alma durumuna göre eğitim öncesi ve sonrası intörn doktorların ortalama puanları karşılaştırıldığında anlamlı derece artış sağlanmıştır.
- 2) Birlikte yaşadığı kişilerde veya kendisinde epilepsi hastalığı olanların eğitim öncesi aldıkları ortalama total puanı 16.4 ± 2.2 iken, olmayanların ortalama total puanı 15.4 ± 3.3 'tür ($p=0.032$).
- 3) Nöbet geçiren hasta görmeyen intörn doktorlara, 'Nöbet geçiren kişi görseniz?', neler hissedersiniz sorusu sorulmuş ve eğitim sonrası verilen cevaplarda; korkma, panik olma, ortamdaki uzaklaşma durumlarında azalma olmuştur. Yardım ederim diyenlerin sayısında artış meydana gelmiştir. Eğitim sayesinde intörn doktorların kaygı düzeylerinde belirgin azalma tespit edilmiştir.
- 4) Epilepsi tanımı konusunda, eğitim sonrası doğru tanımlayan doktorların oranı %98.04'e yükselmiştir($p=0.407$), epilepsinin tedavi edilebilirliği konusunda ise, eğitim sonrası tedavi edilebilir olduğunu düşünen doktorların oranı %97.06'ya yükselmiştir ($p = 0.0005$). Eğitim sonrası intörn doktorların bilgi düzeylerinde artış meydana gelmiştir.
- 5) Kişiye güvenli pozisyon sağlama uygulamalarının sorgulandığı soruda tüm doğru şıkların işaretlenme oranı artarken, yanlış şıkların işaretlenme yüzdesi azalmıştır. İntörn doktorların eğitim öncesi ortalama puanı $3.42 (\pm 1.12)$ iken, eğitim sonrasında bu değer $4.62 (\pm 0.67)$ olarak hesaplanmıştır ($p < 0.001$). Eğitim programının, epilepsi nöbeti geçiren kişiye güvenli pozisyon sağlama uygulamalarındaki bilgi ve beceri düzeylerini anlamlı şekilde arttırdığı görülmektedir.

- 6) Epilepsi nöbeti geçiren kişi için hangi koşullarda ambulans çağırılacağı sorulmuş ve eğitim öncesi dönemde ortalama puan $3.28(\pm 1.25)$ iken, eğitim sonrası $4.05 (\pm 1.18)$ 'dir ($p=0.0007$). Tüm doğru şıkların işaretlenme oranı artarken, yanlış şıkların işaretlenme yüzdesi azalmıştır. Eğitim sayesinde ambulans çağırılması gereken durumların pekiştirilmesi sağlanmıştır.
- 7) İntörn doktorların eğitim öncesi aldıkları ortalama puan $15,72\pm 3,20$ olup eğitim sonrası $18,36\pm 1,64$ 'tür (p değeri <0.001). Eğitim öncesi intörn doktorların aldıkları en düşük puan 8, en yüksek 21 iken; eğitim sonrası en düşük puan 12, en yüksek puan 21'dir. Gerçekleştirmiş olduğumuz eğitimin, intörn doktorlarda nöbete ilk yardım müdahalesi konusunda istatistiksel açıdan anlamlı derecede bilgi artışı ile sonuçlandığını göstermektedir.

Sonuçlar doğrultusunda;

- İlk yardım uygulamaları konusunda eğitim müfredatında yapılacak düzenlemelerle, video ve uygulamalı eğitimin ilk yardım eğitimindeki payının artırılması gerekmektedir.
- İntörn doktorların epilepsi hastalığına ve nöbet ilk yardımına ilişkin bilgi ve becerileri genellikle yeterli düzeyde fakat bazı alanlarda eksiklikler mevcuttur. Geleneksel eğitim yöntemleri yerine öğrenmede daha etkili farklı eğitim yolları kullanılarak bu eksiklikleri gidermek mümkündür.
- Ambulans çağırma kriterlerinde de olduğu gibi doğru müdahale basamakları pekiştirilerek gereksiz kaynak kullanımının önüne geçilecektir.

7. KAYNAKLAR

1. Anwar H, Khan QU, Nadeem N, Pervaiz I, Ali M, Cheema FF. Epileptic seizures. Discoveries (Craiova). 2020;8(2):e110.
2. Bastos F, Cross JH. Epilepsy. Handb Clin Neurol. 2020;174:137-58.
3. Fine A, Wirrell EC. Seizures in Children. Pediatr Rev. 2020;41(7):321-47.
4. Fiest KM, Sauro KM, Wiebe S, Patten SB, Kwon CS, Dykeman J, et al. Prevalence and incidence of epilepsy: A systematic review and meta-analysis of international studies. Neurology. 2017;88(3):296-303.
5. Yeni K, Tulek Z, Cavusoglu A, Bebek N, Gurses C, Baykan B, et al. The effect of a seminar on medical students' information acquisition of and attitudes toward epilepsy. Epilepsy Behav. 2021;116:107720.
6. Bank AM, Bazil CW. Emergency Management of Epilepsy and Seizures. Semin Neurol. 2019;39(1):73-81.
7. Pavitt S, Carley A, Porter B, Knowles JK. A Standardized Protocol to Improve Acute Seizure Management in Hospitalized Pediatric Patients. Hosp Pediatr. 2021;11(4):389-95.
8. Jafarpour S, Hirsch LJ, Gainza-Lein M, Kellinghaus C, Detyniecki K. Seizure cluster: Definition, prevalence, consequences, and management. Seizure. 2019;68:9-15.
9. Glauser T, Shinnar S, Gloss D, Alldredge B, Arya R, Bainbridge J, et al. Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Curr. 2016;16(1):48-61.
10. Ng EWM, Le Marne F, Sinclair KG, Lorentzos MS, Waak M, Deuble N, et al. Evaluation of an educational video providing key messages for doctors to counsel families following a first afebrile seizure. J Paediatr Child Health. 2021;57(2):198-203.
11. Tenney JR. Epilepsy-Work-Up and Management in Children. Semin Neurol. 2020;40(6):638-46.
12. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia. 2014;55(4):475-82.

13. Beghi E, Berg A, Carpio A, Forsgren L, Hesdorffer DC, Hauser WA, et al. Comment on epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005;46(10):1698-9; author reply 701-2.
14. Aygün B. Erzurum İl Merkezinde 7-16 Yaş Okul Çağı Çocuklarında Epilepsi Prevalansının Araştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
15. Gurses C, Yeni N. Türk Nöroloji Derneği 27.05.2023 [updated 21.07.2015. Available from: <https://www.noroloji.org.tr/haber/106/22-temmuz-dunya-beyin-gunu-epilepsi-bizim-beynimiz-bizim-gelecegimiz#:~:text=D%C3%BCnyada%20epilepsi%20prevalans%C4%B1%20yakla%C5%9F%C4%B1k%20%251,de%20700.000%20ki%C5%9Fide%20epilepsi%20mevcuttur>.
16. Ersoy A, Tanoğlu C, Yaşar H, Gültekin TÖ. Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne Başvuran Epilepsi Hastalarının Demografik ve Klinik Özellikleri. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2018;24:298-307.
17. Asnakew S, Legas G, Belete A, Beyene GM, Shiferaw K, Mengist B, et al. Epileptic seizure first aid practices of publics in Northwest Ethiopia 2021: Unsafe practices of nearly three-fourths of the community. *Front Neurol*. 2022;13:1032479.
18. Thijs RD, Surges R, O'Brien TJ, Sander JW. Epilepsy in adults. *Lancet*. 2019;393(10172):689-701.
19. Falco-Walter J. Epilepsy-Definition, Classification, Pathophysiology, and Epidemiology. *Semin Neurol*. 2020;40(6):617-23.
20. Milligan TA. Epilepsy: A Clinical Overview. *Am J Med*. 2021;134(7):840-7.
21. Bambal G, Çakıl D, Ekici F. Epilepsi Oluşum Mekanizmaları. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2011;3:42-5.
22. Patel DC, Tewari BP, Chaunsali L, Sontheimer H. Neuron-glia interactions in the pathophysiology of epilepsy. *Nat Rev Neurosci*. 2019;20(5):282-97.
23. Dönmez N. Antiepileptik İlaç Almayan Epilepsi Hastalarında PON1 Aktivitesi ve MDA Düzeyinin Araştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi]: T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.
24. Polat ÖE. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Epilepsi Hastalığı Hakkında Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]: T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

25. Öztura İ, Kutlu G, Tezer İ, Ağan K, Çokar Ö. Epilepsi Tanı ve Tedavi Rehberi 2021.
26. Loiseau J, Picot MC, Loiseau P. Short-term mortality after a first epileptic seizure: a population-based study. *Epilepsia*. 1999;40(10):1388-92.
27. Jimenez-Villegas MJ, Lozano-Garcia L, Carrizosa-Moog J. Update on first unprovoked seizure in children and adults: A narrative review. *Seizure*. 2021;90:28-33.
28. Zimmern V, Korff C. Status Epilepticus in Children. *J Clin Neurophysiol*. 2020;37(5):429-33.
29. Kirmani BF, Au K, Ayari L, John M, Shetty P, Delorenzo RJ. Super-Refractory Status Epilepticus: Prognosis and Recent Advances in Management. *Aging Dis*. 2021;12(4):1097-119.
30. Gurcharran K, Grinspan ZM. The burden of pediatric status epilepticus: Epidemiology, morbidity, mortality, and costs. *Seizure*. 2019;68:3-8.
31. Sutter R, Dittrich T, Semmlack S, Ruegg S, Marsch S, Kaplan PW. Acute Systemic Complications of Convulsive Status Epilepticus-A Systematic Review. *Crit Care Med*. 2018;46(1):138-45.
32. Evci HH. Antrenör Beden Eğitimi ve Sınıf Öğretmenlerinin Epilepsi Bilgi Düzeyinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]: T.C. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.
33. Mahler B, Carlsson S, Andersson T, Tomson T. Risk for injuries and accidents in epilepsy: A prospective population-based cohort study. *Neurology*. 2018;90(9):e779-e89.
34. Shafer PO, Gilchrist B, Miller W, Owens S, Ficker D, Haynes-Smith L, et al. Improving self-efficacy in seizure first aid: Developing a seizure first aid certification program in the United States. *Epilepsy Behav*. 2022;129:108624.
35. Asadi-Pooya AA, Tomson T. A reappraisal of injuries and accidents in people with epilepsy. *Curr Opin Neurol*. 2021;34(2):182-7.
36. Türk Epilepsi ile Savaş Derneği 11.06.2023 [Available from: <https://www.turkepilepsi.org.tr/menu/41/epilepsi-ve-ilk-yardim>].
37. Michael GE, O'Connor RE. The diagnosis and management of seizures and status epilepticus in the prehospital setting. *Emerg Med Clin North Am*. 2011;29(1):29-39.

38. Holsti M, Sill BL, Firth SD, Filloux FM, Joyce SM, Furnival RA. Prehospital intranasal midazolam for the treatment of pediatric seizures. *Pediatr Emerg Care.* 2007;23(3):148-53.
39. Sartori S, Nosadini M, Tessarin G, Boniver C, Frigo AC, Toldo I, et al. First-ever convulsive seizures in children presenting to the emergency department: risk factors for seizure recurrence and diagnosis of epilepsy. *Dev Med Child Neurol.* 2019;61(1):82-90.
40. Xiang XM, Miller D. Effects of Simulation Video on Parental Recall of Seizure First Aid: A Quality Improvement Project. *J Child Neurol.* 2020;35(13):908-11.
41. Farwana R, Sheriff A, Manzar H, Farwana M, Yusuf A, Sheriff I. Watch this space: a systematic review of the use of video-based media as a patient education tool in ophthalmology. *Eye (Lond).* 2020;34(9):1563-9.
42. Abu Abed M, Himmel W, Vormfelde S, Koschack J. Video-assisted patient education to modify behavior: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2014;97(1):16-22.
43. AlMuslim N, Aldawood M, Almulhim I, Alhaddad R, AlQahtani A, Almubarak A. Knowledge of Epilepsy and Seizure First Aid Among Teachers in Eastern Province, Saudi Arabia. *Cureus.* 2023;15(1):e33418.
44. Eze CN, Ebuehi OM, Brigo F, Otte WM, Igwe SC. Effect of health education on trainee teachers' knowledge, attitudes, and first aid management of epilepsy: An interventional study. *Seizure.* 2015;33:46-53.
45. Alkhotani AM, Alkhotani AM. Effect of health education on female primary school teachers' knowledge of seizure first aid: An interventional study. *Epilepsy Behav.* 2022;127:108523.
46. Ekeh BC, Ekrikpo UE. The Knowledge, Attitude, and Perception towards Epilepsy amongst Medical Students in Uyo, Southern Nigeria. *Adv Med.* 2015;2015:876135.
47. Tavares TP, Kerr EN, Secco M, Bax K, Smith ML. Brief video enhances teacher trainees' knowledge of epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2021;118:107963.
48. Njamnshi AK, Angwafor SA, Baumann F, Angwafo FF, 3rd, Jallon P, Muna WF. Knowledge, attitudes, and practice of Cameroonian medical students and graduating physicians with respect to epilepsy. *Epilepsia.* 2009;50(5):1296-9.



EKLER

EK 1. İntörn doktorların epilepsiye ilişkin ilk yardım bilgi durumlarının video simülasyon eğitimi öncesi ve sonrasında değerlendirilmesi anket formu

İNTÖRN DOKTORLARIN EPİLEPSİYE İLİŞKİN İLK YARDIM BİLGİ DURUMLARININ VİDEO SİMÜLASYON EĞİTİMİ ÖNCESİ VE SONRASINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖN TEST

1)Yaşınız kaçtır? Lütfen belirtiniz

2)Cinsiyetiniz nedir?

A.Kadın

B.Erkek

3)Kendinizde epilepsi hastalığı var mı?

A.Evet

B.Hayır

4)Birlikte yaşadığınız kişilerde ya da yakınlarınızda epilepsi hastalığı var mı?

A.Evet

B.Hayır

5)Aşağıdakilerden hangisi epilepsi hastalığını tanımlar?

A.Serebral kan akımının tıkanma veya kanamaya bağlı olarak bozulması sonucu ani olarak gelişen nörolojik tablodur

B. Hastanın dış uyaranlarla uyandırılmadığı, gözlerin kapalı olduğu bir durumdur

C.Serebral dolaşım bozukluğuna bağlı geçici ve ani bilinç kaybı ile karakterize olaya denir

D.Beyin içinde bulunan sinir hücrelerinin olağan dışı bir elektro-kimyasal boşalma yapması sonucu ortaya çıkan nörolojik bozukluk, hastalıktır

6)Epilepsi nöbetinde aşağıdaki klinik bulgulardan hangisi gözlemlenir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

A.Bir noktaya doğru dalgın bakış ve kişinin hayal alemine dalmış gibi görünmesi

B.İstemsiz mimik ve hareketler, dudak ısırma gibi hareketler

C.Tüm vücutta kasılma, titreme

EK 1. (Devam)

- D.Vücutun tek bir uzvunda kasılma, titreme
- E.Anlamsız konuşma ve tekrarlayan hareketler
- F.Dikkati dağıtacak derecede bellek yitimi
- G.Hiçbiri

7) Epilepsi tedavi edilebilir bir hastalık mıdır?

- A.Evet
- B.Hayır

8)Daha önce ilk yardım eğitimi aldınız mı?

- A.Evet
- B.Hayır

9)Cevabınız evet ise ilk yardım konusunda bilgiye erişim yolu olarak hangisini kullandınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- A.TV, radyo
- B.İnternette kendi kendime
- C.Kulaktan dolma bilgiler ile
- D.Yüz yüze eğitim/kurs
- E.Çevrimiçi (online) eğitim/kurs

10)İlk yardım eğitimi aldıysanız üzerinden ne kadar süre geçti?

- A.Bir yıldan az
- B.1-5 yıl arası
- C.6-10 yıl arası
- D. Diğer:

11)İlk yardım bilginiz sizce yeterli mi?

- A. Evet
- B. Hayır
- C. Kısmen

EK 1. (Devam)

12) Daha önce hiç epilepsi nöbeti geçiren kişi gördünüz mü?

- A.Evet
- B.Hayır

Cevabınız "Hayır" ise

.....

13) Görseniz neler hissedersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- A.Korkarım
- B.Panik olurum
- C.Ortamdan uzaklaşıyorum
- D.Yardım ederim
- E.Hiçbir şey yapmam
- F.Hemen 112'yi ararım
- G.Diğer....

Cevabınız "Evet" ise

.....

13) Gördüğünüzde neler hissettiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- A. Korktum
- B. Panik oldum
- C. Ortamdan uzaklaştım
- D. Yardım ettim
- E.Hiçbir şey yapmadım
- F.Hemen 112'yi aradım
- G. Diğer....

14) İlk yardım müdahalesi yapmak zorunda kaldınız mı?

- A.Evet
- B.Hayır

-İlk yardım müdahalesi yaptıysanız kaç kez yaptınız?

EK 1. (Devam)

.....

15) Epilepsi nöbeti geçirmekte olan kişiye güvenli pozisyon sağlamak için hangisi/hangileri yapılmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- A.Kişi güvenli bir yere alınmalı
- B.Kişi sol tarafına çevirilerek nefes alması kolaylaştırılmalı
- C.Kişi sol tarafına çevirilerek kusma halinde mide içeriğinin akciğerlere kaçması engellenmeli
- D.Üzerindeki kravat gibi nefes almayı zorlaştıracak kıyafetler ve gözlük gibi kırılabilir eşyalar çıkarılmalıdır
- E.Baş aşağıda, ayakları yukarı olacak şekilde pozisyon verilmeli
- F.Başının altına yumuşak bir yastık koyulmalı
- G.Olduğu yerde bırakılmalı, bir şey yapılmamalı

16) Epilepsi nöbeti geçirmekte olan kişinin çenesi kilitlenmiş ise ne/neler yapılmalıdır?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- A.Ağıza çatal, kaşık gibi cisimler sokularak açılmaya çalışılmalıdır
- B.Parmaklar ile ağız açılmaya çalışılmalıdır
- C.Hemen ambulans çağırılmalıdır
- D.Güvenli pozisyon sağlanıp nöbetin durması beklenmelidir

17) Epilepsi nöbeti geçiren kişiye yapılacak müdahaleler ile ilgili ifadelerden doğru olanı /olanları belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- A.Soğan-sarımsak koklatılır
- B.Kolonya koklatılır
- C.Tokat atılır
- D.Vücudunu sarsılır
- E.Ağıza şekerli su verilir
- F.Üzerine su dökülür
- G.Kalp masajı yapılır
- H.Sunî solunum yapılır
- I.Güvenli pozisyon sağlanıp nöbetin durması beklenir

EK 1. (Devam)

18)Epilepsi nöbeti geçiren kişi gördüğünüzde ambulansı hangi koşul/koşullarda çağırırsınız?
(bir/birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

A.Hemen

B.Hiçbir zaman

C.Nöbeti 5 dakikadan uzun sürdüyse

D.Renginde morarma varsa

E.Nöbetin durmasından sonra bilinç ve solunum normale dönmedi ise ya da nöbeti durduktan sonra bilinci açılmadan tekrar nöbet geçiriyorsa

F.Nöbetten bir saat sonra sersemlik/şaşkınlık devam ediyorsa

G.Nöbet anında kötü bir şekilde yaralanma olduysa

19)Eğitim videosu sizce faydalı oldu mu? (Memnuniyet derecenizi 1'den 5'e kadar beğendiğiniz ölçüde belirtiniz)

A.1

B.2

C.3

D.4

E.5

20) Anketimizi beğendiniz mi?

A.Çok beğendim

B.Beğendim

C.Kararsızım

D.Beğenmedim

E.Hiç beğenmedim

EK 2. Anket çalışması için aydınlatılmış onam formu

ANKET ÇALIŞMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Hekimin Açıklaması)

Epilepsili hastalarda nöbet anında yapılması ve yapılmaması gerekenler ile ilgili bir anket çalışması yapmaktayız. Araştırmanın ismi "İntörn Doktorların Epilepsiye İlişkin İlk Yardım Bilgi Durumlarının Video Eğitimi Öncesi ve Sonrasında Değerlendirilmesi" dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, öğretmenlerin nöbet anında ilk yardım bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir. Karadeniz Teknik Üniversitesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı tarafından gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr. Merve CENGİZ tarafından video simulasyon eğitimi izletilecek ve video öncesi ve sonrasında anket formu doldurulacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı tarafından anket çalışması yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimalla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı soyadı, ünvanı:
Adres:
Tel:
İmza:





