



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE HEKİMLİĞİ ÇEKİRDEK YETERLİLİKLERİ BAKIŞ
AÇISIYLA BİRİNCİ BASAMAKTA EPİLEPSİ YÖNETİMİ
KONUSUNDAKİ İHTİYAÇLARIN BELİRLENMESİ**

Dr. ÖZLA ÇELİK
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. MEMNUNE ÇİĞDEM APAYDIN KAYA

2021-İSTANBUL

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

08.02.2021

Dr. Özla Çelik

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimi, bilgisi, tecrübesi, sabrı ve enerjisi ile her zaman ileriye taşıyan ve tez çalışmamın gerçekleşmesinde çok emeği geçen değerli danışman hocam **Doç. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya'ya;**

Sadece uzmanlık eğitimimde değil aynı zamanda öğrenciliğim süresince de bilgilerini ve deneyimlerini her fırsatta benimle paylaşarak eğitimime yapmış oldukları eşsiz katkıları için değerli hocalarım **Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalın'a, Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, Prof. Dr. Mehmet Akman'a ve Prof. Dr. Saliha Serap Çiçili'ye;**

Uzmanlık tezim için değerli vakitlerinden ayırarak çalışmaya dahil olan ve bilgilerini paylaşmaktan çekinmeyen tüm meslektaşlarıma;

Uzmanlık eğitimim sırasında desteklerini ve yardımlarını hiçbir zaman eksik etmeyen saygıdeğer tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma;

Büyük özveriyle çalışan, üç yıl boyunca huzurlu bir ortamda çalışmamda büyük katkıları olan Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği ve Evde Sağlık Hizmetleri çalışanlarına;

Eğitimim ve tez çalışmam süresince her zaman sevgi ve destekleri ile yanımda olan, annem **Kadriye Alp** ve babam **Sebahattin Alp'e;**

Varlığıyla hayatımın her anını özel kılan ve tez çalışmam boyunca, sabır, anlayış ve destek gösteren sevgili eşim **Mehmethan Çelik'e;** en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Dr. Özla ÇELİK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KAPAK.....	i
BEYAN.....	1
TEŞEKKÜR.....	2
İÇİNDEKİLER.....	3
TABLO LİSTESİ.....	5
ŞEKİL LİSTESİ.....	6
KISALTMALAR.....	7
1. ÖZET	8
2. ABSTRACT	12
3. GİRİŞ VE AMAÇ	16
4. GENEL BİLGİLER	19
4.1. Epilepsi Tanımı.....	19
4.2. Epilepsi Epidemiyoloji.....	22
4.3. Epilepsi Etiyolojisi.....	23
4.4. Epilepsi Ayırıcı Tanısı.....	25
4.5. Epilepsi ve Mortalite.....	27
4.6. Epilepsi ve Birinci Basamak	28
4.4.1. Aile Hekimliği.....	28
4.4.2. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlikleri	29
4.4.3. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Açısından Epilepsi.....	30
4.4.3.1. Birinci basamak yönetimi ve epilepsi.....	30
4.4.3.2. Kişi merkezli bakım ve epilepsi.....	35
4.4.3.3. Bütüncül yaklaşım ve epilepsi	38
4.4.3.4. Kapsayıcı yaklaşım ve epilepsi	39
4.4.3.5. Epilepsi ve toplum yönelimli hekimlik.....	43
4.4.3.6. Özgün sorun çözme becerileri ve epilepsi.....	45
5. GEREÇ VE YÖNTEM	46
5.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri.....	46
5.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	46

Sayfa No

5.3. Çalışmanın Dâhil Olma Kriterleri.....	47
5.4. Çalışmadan Dışlama Kriterleri.....	47
5.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	47
5.6. İstatistiksel Analiz.....	49
5.7. Araştırmanın Etik Kurul Başvurusu.....	50
6. BULGULAR.....	51
6.1. Sosyodemografik Özellikler.....	51
6.2. Birimlerin Nüfus Özellikleri ve Kayıtlı Epilepsi Hasta Sayısı.....	53
6.3. Hekimlerin Epilepsi ile İlgili Deneyimleri.....	54
6.4. Aile Hekimlerinin Çekirdek Yeterlilikler Bakış Açısı ile Epilepsi Yönetimi ile ilgili Bilgi ve Özyeterlilik Algısı.....	57
6.5. Aile Hekimlerinin Epilepsi ile ilgili Yaşadıkları Zorluklar.....	62
6.6. Aile Hekimlerinin Epilepsi ile ilgili Eğitim Almak İsteme Durumları...	63
7. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	64
7.1. Çalışmanın Güçlü Yanları.....	72
7.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	72
7.3. Sonuç.....	73
8. KAYNAKLAR.....	74

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Epilepsinin etiyolojik sınıflandırması, Epilepsi Nedenleri kitabından Türkçeleştirilmiştir.....	24
Tablo 2. Bazı antiepileptik ilaçların yan etkileri.....	40
Tablo 3. Bazı AEİ' lerle diğer ilaçların etkileşimleri	41
Tablo 4. Katılımcıların uzmanlık durumları ve aile hekimliği süreleri.....	52
Tablo 5. Katılımcıların mezun oldukları tıp fakülteleri.....	53
Tablo 6. Birimlerin nüfus özellikleri.....	54
Tablo 7. Hekimlerin uzmanlık durumunun diğer değişkenlerle ilişkisi.....	55
Tablo 8. Epilepsi tanıli hastaların antiepileptik ilaçlarını tekrar yazdırma/temini konusunda yaşadıkları güçlükler.....	56
Tablo 9. Hekimlerin epilepsi tanıli yakına sahip olma durumunun epilepsi nöbetiyle karşılaşma durumuna ilişkisi.....	56
Tablo 10. “ Birinci basamak yönetimi” kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı.....	58
Tablo 11. “ Kişi merkezli bakım” kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı.....	58
Tablo 12. “Bütüncül yaklaşım” kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı.....	59
Tablo 13. “Kapsayıcı yaklaşım” kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı.....	60
Tablo 14. “Toplum yönelimli olma” kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı.....	61
Tablo 15. “Özgün sorun çözme” kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı.....	61
Tablo 16. EBÖY skorlarının hekimlerin epilepsi ile ilgili eğitim alma durumu, cinsiyet, uzmanlık durumu ve en uzun süre çalıştıkları yer ile ilişkisi	62
Tablo 17. Hekimlerin epilepsili hastaların takibinde yaşadığı zorluk durumları.....	63
Tablo 18: Hekimlerin epilepsili hastaların takibinde zorluk yaşama durumları ve uzmanlık duumları arasındaki ilişki.....	63

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. ILAE tarafından oluşturulmuş epilepsinin sınıflandırılması şeması.....	21
Şekil 2. Aile hekimliği Avrupa tanımı: Çekirdek yeterlilikler ve özellikleri.....	29
Şekil 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-I.....	51
Şekil 4. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-II.....	51
Şekil 5. Temel bileşenler analizi.....	57
Şekil 5. Miller’ın ustalık piramidi.....	66



KISALTMALAR DİZİNİ

AEİ	Antiepileptik İlaç
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
IBBS	İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması
EEG	Elektroensafalografi
EABÖ	Epilepside Ani Beklenmeyen Ölüm
E-ASM	Eğitim-Aile Sağlığı Merkezi
FHC	Familye Health Center
EBÖY	Epilepsi Bilgi ve Öz Yeterlilik
ILAE	International League Against Epilepsy
JTK	Jeneralize Tonik Klonik
MKM	Majör Konjenital Malformasyon
NEPO	Non-epileptik Paroksizmal Olay
OK	Oral Kontraseptif
PNEN	Psikojenik Non-epileptik Nöbet
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians
n	Sayı
%	Yüzde

1. ÖZET

Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri bakış açısı ile birinci basamakta epilepsi yönetimi konusundaki ihtiyaçların belirlenmesi

Öğrenci Adı: Özla ÇELİK

Danışmanı Adı: Doç.Dr. Memnune Çiğdem APAYDIN KAYA

Anabilim Dalı: Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Epileptik nöbet beyindeki nöronların aşırı ve eş zamanlı aktivitesine bağılı geçici belirti ve/veya bulgulardır. Epilepsi bu durumun; nörobiyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçları ile birlikte epileptik nöbetlere neden olduğu bir beyinsel bozukluktur. Kavramsal olarak epilepsi en az bir tetiklenmemiş epileptik nöbetten sonra oluşur. Bu tanım pratikte birbirinden en az 24 saatten fazla aralıkla oluşan 2 adet tetiklenmemiş nöbet olarak kullanılır. Epilepsi dünya çapında yaklaşık 70 milyon kişiyi etkileyen, en yaygın kronik nörolojik bozukluklardan biridir. Coğrafi konum gözetilmeksizin, epilepsi prevalansı 1000’de 4 ile 12 arasındadır. Yüksek gelirli ülkelerde de epilepsi insidansı her yıl yaklaşık, 100 000’de 30-50 arasında gösterilmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ise insidans 2 kat daha yüksektir. Türkiye’de Silivri’de yapılan bir çalışmada epilepsi prevalansı yaklaşık 1000 ’de 10 olarak bildirilmiştir. Türkiye’ de Adana ilinde sosyokültürel ve ekonomik yönden farklı üç grupta yapılan bir çalışmada ise taranan nüfus içerisinde aktif epilepsi prevalansı 1000’ de 7 olarak bulunmuştur. Türkiye’ de bir aile hekimine yaklaşık 3700 hasta kayıtlıdır. Epilepsi sıklığının ortalama 1000 ’de 7 olduğu düşünüldüğünde, her hekimin takip ettiği yaklaşık 25 hastası vardır. Bunun yanısıra aile hekimleri nöbet, senkop ve yeni epilepsi veya kontrolsüz epilepsi gibi durumları yönetmek durumundadır. Ayrıca Epilepsinin ayırıcı tanısı, ilaç kullanımının takibi, askerlik ve ehliyet raporları gibi belgeleri vermekle de yükümlüdür. Antiepileptik ilaç (AEİ) kullanan hastalarda prekonsepsiyonel ve aile planlaması danışmanlığı vermekle yükümlüdür. Epilepsinin psikososyal yükü de göz önünde bulundurulduğunda, aile hekimlerine düşen sorumluluk oldukça fazladır. Bu nedenle epilepsi hastasının birinci basamak yönetiminde, Aile hekimlerinin epilepsi hakkındaki bilgi düzeyi ve eğitim ihtiyacı önem kazanmaktadır. *Bu çalışmada; Aile*

Hekimlerinin birinci basamakta epilepsi yönetimi ile ilgili ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma; İstanbul ilinin Anadolu yakasında Pendik, Maltepe, Kartal ve Tuzla ilçelerini temsil eden Aile Sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Çalışma; 01.03.20- 30.10.20 tarihlerinde ASM' lerde hizmet veren doktorlarla yürütülmüştür. Çalışmada % 95 güven düzeyi, % 5 güven aralığı ile minimum 228 Aile Hekimine ulaşılması hedeflenmiştir. Veri toplama gereçleri; sosyodemografik özellikler ve doktorların epilepsi yönetiminde bilgi düzeylerinin ve eğitim ihtiyaçlarının sorgulandığı soruları içeren anketten oluşmaktaydı. Anket hekimler tarafından kendi kendilerine doldurulmuştur. Anket formunun ilk kısmında, sosyodemografik özelliklerini sorgulayan sorular; ikinci kısmında da hekimlerin epilepsi yönetiminde bilgi düzeylerinin ve eğitim ihtiyaçlarının sorgulandığı sorulara yer verilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) iki nicel değişken arasındaki ilişki için ise Spearman testi kullanıldı. Beşli Likert tipi ölçekte bilgi ve özyeterlilik algılarının değerlendirdiği 1. sorudan 29. soruya kadar olan bölüm için anketin iç tutarlılığını için cronbach alpha hesaplandı ve faktör analizi yapıldı. Bu 29 ifadeden alınabilecek en fazla 145, en düşük 29 puan ile 'epilepsi bilgi özyeterlilik (EBÖY) skoru' değişkeni oluşturuldu. Elde edilen veriler ile tanımlayıcı ve karşılaştırmalı analizler yapılarak $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmamıza 228 aile hekimi katılmıştır. Bunların 111' i kadın (% 48, 7) ve 117' si erkektir (% 51,3). Hekimlerin 31' i aile hekimliği uzmanı, 187' si pratisyen hekim ve 8' i ise aile hekimliği asistanıdır. Katılımcıların ortalama yaşı $43,06 \pm 8,82$ ve ortalama yaş 43'tür (min: 26, max: 69). Hekimlerin tıp fakültesinden ortalama mezun olma süreleri $18,63 \pm 8,84$ yıl ve ortalama mezun olma süreleri 19 yıldır (min: 3, max:43). Katılımcıların aile hekimi olarak çalışm süreleri ortalama $8,50 \pm 3,7$ yıldır (ortalama 10 yıl min: 1, max: 21). Hekimlerin geçmişte en uzun süre çalıştıkları kurum olarak % 82,4 sıklığıyla ASM' ler ve bunun ardından da % 14,0 sıklığıyla hastaneler gelmektedir. Hekimlerin aile hekimliği bilgi sistemlerinde kesin kayıtlı olan kişi sayısı; $3686,7 \pm 572,7$ ortalama 3925 (min: 200, max: 4002) ve kendi birimlerine epilepsi tanısı ile kayıtlı hasta sayısı; $19,9 \pm 16,4$ ortalama 15 (min: 0,

max: 89) olarak saptanmıştır. Katılımcıların tıp fakültesinden mezuniyetle sonrasında, epilepsi hakkında eğitim alma sıklığı % 10,9' dur. Pratisyen hekimlerin % 10,0' u, uzman hekimlerin ise % 19,4' ü bu eğitimi almışken, aile hekimliği asistanları henüz eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir (% 0). Hekimlerin tıp fakültesinden mezuniyetleri sonrasında epilepsi hakkında eğitim almış olma durumları ile uzmanlık durumları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların % 79,8' i (n: 182) epilepsi nöbeti geçiren biriyle karşılaşmışken %20,2' si (n: 46) karşılaşmamıştır. Aynı zamanda katılımcıların %13,6'sı (n: 31) epilepsi tanımlı bir yakına sahipken %86,4'ü (n: 197) epilepsi tanımlı bir yakına sahip değildir. Hekimlerin epilepsi tanımlı yakına sahip olanların, daha fazla epilepsi nöbetiyle karşılaştığını beyan ettiği saptanmıştır ($p<0,011$). Epilepsi hastalarının rapor çıkarma konusunda güçlük yaşadıklarını belirten hekimlere, açık uçlu olarak sorduğumuz “varsa açıklayınız” sorusuna hekimlerin çoğunluğu, % 70,4 sıklığıyla (n:31), hastaların *nöroloji hekiminden randevu alma* konusunda güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin % 10,5' i epilepsi tanımlı hastaların AEİ' lerini tekrar yazdırma/ temini konusunda güçlük yaşadıklarını ve % 89,5' i ise güçlük yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Epilepsi tanımlı hastaların AEİ' lerini tekrar yazdırma/ temini konusunda güçlük yaşadıklarını belirten hekimlere, açık uçlu olarak sorduğumuz “varsa açıklayınız” sorusunu ise hekimlerin 15' i yanıtlamış olup 7' si, hastaların *AEİ' lere ait ilaç raporları bittiğinde ilaçlarını alabilmeleri* konusunda güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin; EBÖY skoru ortalaması $90,54 \pm 12,7$, ortanca 91 (min:57, max:128) olarak saptanmıştır. Aile hekimlerinin epilepsi ile ilgili EBÖY skorlarının konuyla ilgili daha önceden eğitim alanlarda, eğitim almamış olanlara göre yüksek bulunmuştur ($p< 0,001$). Hekimlere sorduğumuz “Aile hekimi olarak epilepsili hastaların takibinde yaşadığınız zorluklar nelerdir?” sorusuna hekimlerin verdiği yanıtlardan % 31,9' unun epilepsiye özgü zorluklar olduğu saptanmıştır. Hekimlere sorduğumuz epilepsi ile ilgili eğitim almak isteyip istemedikleri ile ilgili soruya, hekimlerin % 82,6'sı kadar çoğunluğu, eğitim almak istediklerini, % 17,4'ü ise eğitim almak istemediklerini belirtmişlerdir.

Sonuç: Çalışmamızda aile hekimlerinin özellikle kapsayıcı yaklaşım çekirdek yeterliliği kapsamında olmak üzere aile hekimliğinin tüm çekirdek yeterliliklerinde epilepsi yönetimi ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının olduğu açıktır. Bu çalışmanın, bu konuda geliştirilebilecek diğer projelere alt yapı oluşturacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, aile hekimi uzmanı, bilgi, birinci basamak, epilepsi, nöbet, pratisyen hekim



2. ABSTRACT

Identifying the needs for epilepsy management in primary care with the perspective of family medicine core competencies.

Introduction and Aim: An epileptic seizure is a transient occurrence of signs and/or symptoms due to abnormal excessive or synchronous neuronal activity in the brain. Epilepsy is a disorder of the brain characterized by an enduring predisposition to generate epileptic seizures and by the neurobiologic, cognitive, psychological, and social consequences of this condition. The definition of epilepsy requires the occurrence of at least one epileptic seizure. This definition is usually practically applied as having two unprovoked seizures > 24 hour apart. Epilepsy is one of the most common serious brain conditions, affecting over 70 million people worldwide. Regardless of the geographical location, the prevalence of active epilepsy is usually between four and 12 of 1000. In high-income countries, annual new cases are between 30 and 50 of 100,000 people in the general population. In low-income and middle-income countries, this figure can be up to 2 times higher. The prevalence of epilepsy in a study conducted in rural areas in Silivri in Turkey was reported 10 of 1000. In a study conducted in three groups that differ in socio-cultural and economic aspects in Adana province, the prevalence of epilepsy was found to be 7 per 1000. Approximately 3700 patients are registered to a family physician in Turkey. If epilepsy incidence is accepted as 7 of 1000, there are approximately 25 patients with a diagnosis of epilepsy followed by each physician. In addition, family physicians have to manage conditions such as seizures, syncope and new epilepsy or uncontrolled epilepsy. In addition, the family physician is obliged to be able to make the differential diagnosis of epilepsy and to follow the drug use of patients with epilepsy, and to provide documents such as military service and driver's license reports. Family physician is obliged to provide preconceptional and family planning counseling in patients using antiepileptic drugs. Considering the psychosocial burden of epilepsy, the responsibility of family physicians is quite high. For this reason, the level of knowledge and training need of family physicians about epilepsy gain importance in the primary care management of epilepsy patients. *Therefore, in this study, it was aimed to determine the needs of family physicians*

working in family health centers (FHC) regarding the management of epilepsy in primary care centers.

Materials and Methods: Our study; It was carried out in Family Health Centers representing Pendik, Maltepe, Kartal and Tuzla districts on the Anatolian side of Istanbul. it is a descriptive study. The data collection process was carried out between March 1, 2020 - October 1, 2020, with family physicians who were included in the sample group and had been working in FHC. It is aimed to reach at least 228 family physicians with 95% confidence level and 5% confidence interval. As Data collection tool; It consisted of a questionnaire containing questions on sociodemographic characteristics and physicians' knowledge levels and training needs in epilepsy management . The questionnaire was filled out by the physicians themselves. In the first part of the questionnaire form, questions about sociodemographic characteristics were included, and in the second part, questions about the knowledge levels and training needs of physicians in the management of epilepsy were included. Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test was used in the statistical analysis of the data. Spearman test was used for the relationship between two nonparametric quantitative variables. Cronbach alpha was calculated and factor analysis was performed to share the inside of the questionnaire for the part from the 1st to the 29th question. The "epilepsy self-efficacy score" variable was formed with a maximum score of 145 and the lowest score of 29 from these 29 statements. Descriptive and comparative analyses were performed with the data obtained and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: 228 family physicians participated in our study. 111 of them are women (48. 7%) and 117 is male (51. 3%). 31 of the physicians are family medicine specialists, 187 are general practitioners and 8 of them are family medicine residents. The mean age of the participants is 43.06 ± 8.82 (median age: 43 years, min: 26, max: 69). Physicians' average graduation time from medical school is 18.63 ± 8.84 years (median graduation time is:19 years, min: 3, max: 43). Participants' average working time as a family physician is 8.50 ± 3.7 years (median:10 years, min: 1 and max: 21). As the institution where physicians worked for the longest time in the past, FHCs are a frequency of 82. 4%, followed by hospitals with a frequency of 14. 0%. The number of people who is definitely registered in family medicine information systems of physicians is 3686.7 ± 572.7 (median 3925, min: 200 and

max: 4002). The median number of patients registered in their own units with a diagnosis of epilepsy was $19,9 \pm 16,4$ (median: 17, min: 0 and max: 89). The frequency of the participants receiving education about epilepsy after graduation from medical school is 10.9%. While 10.0% of general practitioners and 19.4% of specialist physicians have received this training, family medicine residents stated that they have not received training yet (0%). There isn't any relationship was found between the physicians' education about epilepsy after graduation from medical school, and their specialty status ($p > 0.05$). 79.8% (n: 182) of the participants have met a patient with epileptic seizure, 20.2% (n: 46) of them did not. At the same time, while 13.6% (n: 31) of the participants had a relative with who is a diagnosis of epilepsy, 86.4% (n: 197) did not have a relative with who is a diagnosis of epilepsy. It was found that physicians with relatives diagnosed with epilepsy encountered more epileptic seizures ($p < 0.011$). To the open-ended question "please explain if there is" to the physicians who stated that epilepsy patients had difficulty in preparing reports, most of the physicians, with a frequency of 70.4% (n: 31), stated that the patients had difficulty in *getting an appointment with a neurologist*. 10.5% of physicians, taking anti-epileptic drugs for patients with epilepsy, they stated that they have difficulty in obtaining them and 89.5% of them stated that they do not have any difficulties. To the physicians who stated that patients with epilepsy had difficulties in represcribing / obtaining their AEDs, 15 of the physicians answered the open-ended question "please explain if there is", and 7 of them stated that the patients had difficulties in taking their AEDs when their drug reports were finished. The average EKSE (Epilepsy Knowledge Self-Efficacy) score of the physicians was 90.54 ± 12.7 (median:91, min: 57 and max: 128). When the EKSE scores of family physicians on epilepsy were examined, it was found that the family physicians who had previously received training on the subject had higher EKSE scores compared to those who had not received training ($p < 0.001$). We asked the physicians "What are the difficulties you face in the follow-up of patients with epilepsy as a family doctor?" It was determined that 31.9% of the answers given by the physicians to the question were epilepsy-specific difficulties. To the question we asked the physicians about whether they would like to get an education about epilepsy, 82.6% of the physicians stated that they wanted to get an education and 17.4% of them stated that they did not want to get an education.

Discussion and Conclusion: In our study, it is clear that family physicians have training needs on epilepsy management in all core competencies of family medicine, especially within the scope of the core competence of the comprehensive approach. It is thought that this study will constitute the infrastructure for other projects that can be developed in this regard.

Keywords: Epilepsy, family medicine, family physician specialist, general practitioner, knowledge, primary care, seizure



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği ve Uluslararası Epilepsi Bürosu' nun tanımına göre epileptik nöbet; beyindeki nöronların aşırı ve eş zamanlı aktivitesine bağlı geçici belirti ve/veya bulgulardır. Epilepsi bu durumun; nörobiyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçları ile birlikte epileptik nöbetlere neden olduğu bir beyinsel bozukluktur (Fisher et al. 2005). Kavramsal olarak epilepsi en az bir tetiklenmemiş epileptik nöbetten sonra oluşur. Bu tanım pratikte birbirinden en az 24 saatten fazla aralıkla oluşan 2 adet tetiklenmemiş nöbet olarak kullanılır (Fisher et al., 2014). Epilepsi dünya çapında 70 milyonun üzerinde kişiyi etkileyen, en yaygın ciddi nörolojik bozukluklardan biridir (Thijs et al., 2019). Coğrafi konum gözetilmeksizin, epilepsi prevalansı 1000 'de 4 ile 12 arasındadır (Fiest et al. 2017). Yüksek gelirli ülkelerde de epilepsi insidansı, her yıl yaklaşık olarak 100 000 'de 30-50 arasında gösterilmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ise insidans, 2 kat daha yüksektir (Singh and Trevick 2016).

Türkiye'yi temsil eden epilepsi ile ilişkili bir prevalans ve insidans çalışması olmamakla birlikte, Türkiye' de Silivri de yapılan bir çalışmada epilepsi prevalansı yaklaşık olarak 1000'de 10 olarak bildirilmiştir. Yaşamın ilk dekadında epilepsi prevalansı, 1000'de 5,8; ikinci dekadında 1000' de 11 ve üçüncü dekadında 1000'de 12,2 olarak saptanmıştır. Ancak en yüksek prevalansın ise 1000' de 17 olarak, yaşamın beşinci dekadında olduğu bildirilmiştir (Karaağaç et al. 1999). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da 0-16 yaş arası çocuklarda Epilepsi sıklığı 1000' de 8 olarak bildirilmiştir (Serdaroğlu et al., 2004). Türkiye' de Erzurum il merkezinde 15 yaş ve üzeri insanlarda yapılan başka bir çalışmada da epilepsi prevalansı 1000' de 5 olarak saptanmıştır (Kocatürk ve Özdemir 2019). Türkiye' de Adana ilinde sosyokültürel ve ekonomik yönden farklı üç grupta yapılan bir çalışmada ise taranan nüfus içerisinde aktif epilepsi prevalansı 1000' de 7 olarak bulunmuştur. Bu üç gruptan sosyoekonomik durumu yüksek olan mahallede prevalans 1000' de 3, sosyoekonomik durumu orta düzeyde olan mahallede 1000' de 7 ve sosyoekonomik durumu düşük olan mahallede ise prevalans 1000' de 14 olarak bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyin düşmesiyle epilepsi prevalansında artış

saptanmıştır. Epilepsisi olan hastaların yaş ortalaması da 25,04 olarak belirtilmiştir (Balal et al., 2017).

İstatistiki bölge birimleri sınıflaması (IBBS)' na göre 2018 yılında, Türkiye' de aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus; 3405 ve yine IBBS' ye göre İstanbul'da aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus; 3721 kişidir (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 2018). Buna göre her aile hekiminin birimine kayıtlı yaklaşık 3700 hastası olduğunu varsayarsak ve Epilepsi prevalansının ortalama 1000'de 7 olduğunu düşünersek her aile hekimine kayıtlı 26 epilepsi hastası olduğu düşünülebilir. Epilepsi kronik ve yaygın bir nörolojik bozukluk olduğundan hekimler tarafından takibi oldukça önemlidir. Kayıtlı epilepsi hastalarının nörologlarla birlikte takibinin yanısıra nöbet, senkop, febril konvülsiyon gibi epilepsi düşündürten bulgularla başvuran hastaları da yönetmek durumundadır. Ayrıca epilepsi hastaları, epilepsi dışındaki yakınma ve hastalıklarla da aile hekimlerine başvurmaktadır. Bu aşamada aile hekimlerinin özellikle ilaç yazarken AEİ' lerle diğer ilaçların etkileşimleri, AEİ' lerin yan etkileri, gebelikte ve emzirme döneminde AEİ kullanımı gibi konularda hastaya yol gösterici olması beklenmektedir. Aynı zamanda aile hekimleri epilepsi hastalarını bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmakla yükümlüdür ("Aile Hekimliği Yönetmeliği," 2017). Bu nedenle AEİ kullanan hastaları sadece epilepsi tanısı altında değerlendirmek yerine prekonsepsiyonel danışmanlık ve aile planlaması danışmanlığı vermekle de yükümlüdür. Epilepsinin psikososyal yükü de göz önünde bulundurulduğunda, aile hekimlerine düşen sorumluluk oldukça fazladır.

T.C. Resmi gazetesinde yayınlanan Aile Hekimliği Yönetmeliğine göre, birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce düzenlenmesi öngörülen her türlü rapor, sevk evrakı, reçete ve sair belgeler, aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde aile hekimleri tarafından düzenlenebilir ("Aile Hekimliği Yönetmeliği," 2017). Bu nedenle aile hekimleri epilepsi tanılı hastaların sürücü olur belgesi, askerlik belgesi, spor yapabilir belgesi veya işe giriş belgesi gibi belgeler almak için ilk başvuru noktası oluşturmaktadır. Tüm bunlar doğrultusunda epilepsi hastasının birinci basamak yönetiminde aile hekimlerinin epilepsi hakkındaki bilgi düzeyi ve eğitim ihtiyacı önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada aile hekimlerinin birinci basamakta epilepsi yönetimi ile ilgili ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Böylece birinci basamakta epilepsi yönetimi ile ilgili planlanacak eğitim projeleri için bir alt yapı oluşmuş olacaktır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Epilepsi Tanımı

Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği (ILAE) ve Uluslararası Epilepsi Bürosu' nun 2005 yılında oluşturduğu tanımına göre epileptik nöbet beyindeki nöronların aşırı ve eş zamanlı aktivitesine bağlı geçici belirti ve/veya bulgulardır. Epilepsi bu durumun nörobiyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçları ile birlikte epileptik nöbetlere neden olduğu bir beyinsel bozukluktur (Fisher et al., 2005). Bu tanımla birlikte bazı hekimler ilk kez oluşan ve bir sonraki için risk oluşturabilen tetiklenmemiş bir nöbeti yeterince dikkate almamışlardır ve o hastayı epilepsi açısından detaylı incelememişlerdir. Bu nedenle epileptologlar 2014' te epilepsi için yeni bir tanımlama ortaya koymuştur. ILAE tarafından yayınlanan bu tanımlamayla iki kez tetiklenmemiş nöbet geçirenler ve tetiklenmemiş tek nöbetle birlikte nöbet rekürensini artıran diğer faktörlerin birlikteliği bulunan hastalara artık daha ayrıntılı epilepsi tanısı konabilmektedir (Fisher et al., 2014). Yeni tanıma göre;

- Birbirinden en az 24 saatten fazla aralıklarla oluşan 2 adet tetiklenmemiş veya refleks nöbet,
- İki adet tetiklenmemiş nöbet sonrası, tetiklenmemiş tek nöbet ile birlikte nöbet tekrarı olasılığının $>60\%$ olması veya
- Bir epilepsi sendrom tanısının konmuş olması gerekir (Fisher et al., 2014).

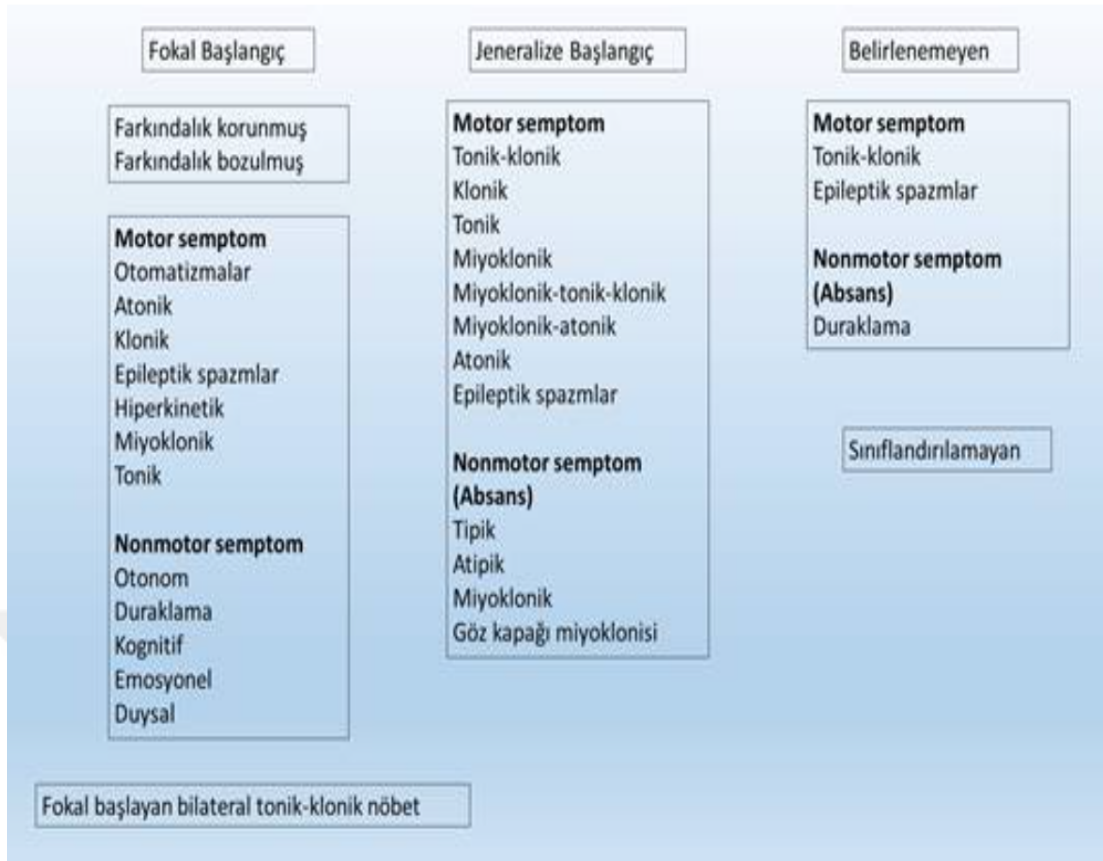
Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği'nin 2014 yılında yayınladığı bu makalesine göre epilepsi hastasının yaşı, “yaşa bağlı epilepsi sendromları” nı geçmişse veya nöbetler 10 yıldır veya AEİ kesiminden sonraki 5 yıldır olmamışsa epilepsi ortadan kalkmış demektir. Ancak ortadan kalkması “iyileşme” veya “gerileme” anlamına gelmemektedir (Fisher et al., 2014).

Hastalar çoğu zaman basitçe epilepsi olarak kategorize edilmesine rağmen, tanı mümkün olduğu kadar spesifik ve kesin olmalıdır. Epilepsi sınıflandırması üç aşamada yapılır: öncelikle nöbetin tipi, daha sonra epilepsi tipi ve sonrasında da epileptik sendrom varlığına bakılır (Şekil 1). Her aşamada, neden ve komorbiditeler belirlenmelidir, çünkü bunların terapötik olarak önemli etkileri olabilir. Epilepsinin nedenleri altı kategoriye ayrılır: genetik, yapısal, metabolik, enfeksiyöz, immün ve

bilinmeyen (Scheffer et al., 2017) (Şekil 1). Nöbetler ilk olarak başlangıç yeri durumuna göre sınıflandırılır;

- Parsiyel (fokal) nöbetler
- Jeneralize nöbetler
- Parsiyel ve jeneralize nöbetlerin birlikte görüldüğü epileptik nöbetler
- Sınıflandırılmayan epileptik nöbetler

Fokal nöbetler bilinç durumuna göre bilinç durumu bozulmaksızın ve bilinç bozukluğu ile giden nöbetler olarak ikiye ayrılır. Fokal nöbetler ayrıca ilk ve en belirgin olan motor veya motor olmayan belirtilere göre de kategorize edilir. Jeneralize nöbetler konvülsif veya konvülsif olmayan nöbetler olarak ikiye ayrılır. Jeneralize ve fokal epilepsilerin birlikte görüldüğü epilepsi kategorisi, her iki nöbet tipi ile başvuranlar için kullanılır. Buna örnek olarak Dravet veya Lennox Gastaut sendromları verilebilir. En kesin tanı, bir epilepsi sendromu tanımlanarak elde edilebilir. Bu tanı, başlangıç yaşı, nöbet tipleri, komorbidite, elektroensefalografi (EEG) ve görüntüleme özelliklerini içeren bir dizi klinik özelliklerle konur. Sınıflandırılmayan epileptik nöbetler ise, yeterli bilgi olmayışı nedeni ile yukarıda bahsettiğimiz kategorilere dahil edilemeyen nöbetlerdir (Şekil 1) (Scheffer et al., 2017).



Şekil 1: ILAE tarafından oluşturulmuş epilepsi sınıflandırılması şeması, Türkçeleştirilerek alınmıştır (Scheffer et al., 2017)

Çoğu hastada, epilepsinin jeneralize mi yoksa fokal mi olduğuna karar vermek mümkündür ve bu da ilaç seçimine rehberlik edeceği için önemlidir. Gece nöbetleri daha çok fokal nöbetlerken, gençlikte başlayan, alkol veya uykusuzluk ile şiddetlenen nöbetler ise daha çok jeneralize nöbetlerdir. Miyoklonik sıçramalar juvenil miyoklonik epilepsiyi düşündürür. Çocukluk çağı absans epilepsisi çocuklarda birden fazla boş bakışa sebep olur, ancak yetişkinlerde ara sıra olan boş bakışlar genellikle fokal epilepsilerle ilişkilidir (Aylward, 2006)

Epilepsi genellikle çocuklukta başlar ve potansiyel olarak eğitimi, istihdamı, sosyal ilişkileri ve öz-değer duygusunun gelişimini engeller. Hasta kontrolsüz, tanı konulmamış epilepsi nöbetleri ile toplumda stigmaya maruz kalabilir, akademik ve sosyal güçlükler yaşayabilir veya bu nöbetler sırasında aslında önlenilecek olan kazalarla karşı karşıya kalabilir. Örneğin epilepsi tanısı henüz konmamış bir anne yenidoğan bebeğini tek başına banyo yaptırırken hem bebeği hem kendisi için riskli bir davranışta bulunabilir. Bu nedenlerle sosyal ve tıbbi olarak hızlı ve doğru teşhis

koymak epilepsiyi hasta için en uygun hale getirecektir. Bir aile hekimi, bir nörologla birlikte; nöbetlerin epilepsiyi temsil edip etmediğini ve eğer epilepsiyse hangi epileptik sendromu temsil ettiklerini anlayabilir. Aile hekimi ve nörolog arasındaki uyumlu bir ortaklık, epileptik bozuklukların tanınmasını ve bakımını kolaylaştıracaktır (Blume, 2003).

4.2. Epilepsi Epidemiyolojisi

Epilepsi, dünya çapında yaklaşık olarak 70 milyon insanı etkilediği tahmin edilen en yaygın ciddi kronik nörolojik bozukluklardan biridir (Ngugi et al., 2010) (Z. Chen et al., 2018). Yüksek gelirli ülkelerde epilepsi insidansı yılda 100,000' de 50 (40–70 aralığında) civarındadır (Fiest et al., 2017). 1 yaşından küçük bebeklerde ve 50 yaşın üzerindeki kişilerde olmak üzere bimodal dağılım göstermektedir. Daha yaşlı insanlarda (> 50 yaş), görülme sıklığı yaşla birlikte artar ve en yüksek insidans 70 yaşın üzerindedir (Singh & Trevick, 2016). Bilinmeyen nedenlerden dolayı, düşük gelirli ülkelerde insidans yüksek gelirli ülkelere göre daha yüksektir, ve genellikle yılda 100,000 kişide 80-100' ün üzerindedir (Bell et al., 2014) . Buna standartların altında bir sağlık hizmeti sistemi, kötü hijyen, daha yüksek enfeksiyon riski ve travmatik beyin hasarının katkıda bulunabileceği düşünülmektedir (Singh & Trevick, 2016). Coğrafi konum gözetilmeksizin, aktif epilepsi prevalansı genellikle 1000' de 4 ile 12 arasındadır (Fiest et al., 2017).

Türkiye' de Adana ilinde sosyokültürel ve ekonomik yönden farklı üç grupta yapılan bir çalışmada ise taranan nüfus içerisinde aktif epilepsi prevalansı 1000' de 7 olarak bulunmuştur. Bu üç gruptan sosyoekonomik durumu yüksek olan mahallede prevalans 1000' de 3, sosyoekonomik durumu orta düzeyde olan mahallede 1000' de 7 ve sosyoekonomik durumu düşük olan mahallede ise prevalans 1000' de 14 olarak bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyin düşmesiyle epilepsi prevalansında artış saptanmıştır. Epilepsisi olan hastaların yaş ortalaması da 25,04 olarak belirtilmiştir (Balal et al., 2017).

Epilepsinin yaş grubuna göre değişen birçok risk faktörü vardır. Beynin gelişimsel malformasyonları genellikle yetişkinlikten önce ortaya çıkmış epilepsilerde bulunur. Kafa travması, enfeksiyonlar ve tümörler her yaşta ortaya çıkabilir. Serebrovasküler hastalıklar yaşlılarda en yaygın risk faktörüdür. Risk

faktörlerini değerlendirirken hekimler için coğrafi konum önemlidir, çünkü dünya çapında epilepsi için önlenabilir risk faktörleri arasında malarya, nörosistiserkoz, onkoserkiyaz gibi durumlar en yaygın olanlarıdır (Thijs et al., 2019). Daha çok Afrika'da yaygın olarak gördüğümüz malarya, febril nöbetler yaparak epilepsiye neden olabilmektedir (R. A. Scott et al., 2001). Yine nörosistiserkoz gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla saptanmaktadır (Carpio et al., 1998). Örneğin Peru' da yapılan bir çalışmada Latin Amerika' daki nöbetlerin majör nedenlerinden birinin nörosistiserkoz olduğu saptanmıştır (Garcia et al., 1999). Nijerya'da epilepsili infantlarda yapılan başka bir çalışmada da vakaların % 48' inin enfeksiyonlar, doğum asfiksisi veya hipoglisemiden kaynaklandığı tespit edilmiştir (Asindi et al., 1995).

4.3. Epilepsi Etiyolojisi

Epilepsinin nedenleri hastalığın bulunduğu yaşa göre değişiklik gösterir. Çocuklarda genetik yatkınlık ve konjenital malformasyonlar veya inme en yaygın nedenlerdendir (Hauser et al., 1993). Genç erişkinlerde travmatik beyin hasarı, enfeksiyon ve tümörler önemli nedenler haline gelir. Yaşlılarda ise inme, nörodejeneratif hastalık ve serebrovasküler olaylar en yaygın nedenlerdir (Hauser et al., 1993). Epilepsinin etiyolojik sınıflandırması Tablo 1' de detaylı olarak gösterilmiştir.

Tablo 1: Epilepsinin etiyolojik sınıflandırması, Epilepsi Nedenleri kitabından Türkçeleştirilmiştir (Shorvon et al., 2011)

İdiyopatik epilepsi		Tek gen bozukluklarına bağlı saf epilepsiler	İyi huylu ailesel yenidoğan konvülsiyonları; otozomal dominant noktürnalfrontal lob epilepsisi; ateşli nöbetler artı genelleştirilmiş epilepsi; çocuklukta şiddetli miyoklonik epilepsi; iyi huylu yetişkin ailesel miyoklonik epilepsi
		Karmaşık kalıtımla saf epilepsiler	İdiyopatik jeneralize epilepsi (ve alt tipleri); iyi huylu çocukluk çağı epilepsileri
Semptomatik Epilepsi	Ağırlıklı olarak genetik veya gelişimsel nedensellik	Çocukluk çağı epilepsi sendromları	West sendromu; Lennox-Gastaut sendromu
		Progresif miyoklonik epilepsiler	Unverricht-Lundborg hastalığı; Dentato-rubro-pallido-luysian atrofi, Lafora vücut hastalığı; mitokondriyal sitopati; siyalidoz; nöronalkeroid lipofusinoz; miyoklonus böbrek yetmezliği sendromu
		Nörokutanöz sendromlar	Tüberoskleroz; nöro fi bromatoz; Sturge-Weber sendromu
		Diğer nörolojik tek gen bozuklukları	Angelman sendromu; lizozomal bozukluklar; nöroakantositoz, organik asidüriler ve peroksizomal bozukluklar; profilaksi; piridoksine bağımlı epilepsi; Rett sendromu; Üre döngüsü bozuklukları; Wilson hastalığı; kobalamin ve folat metabolizması bozuklukları
		Kromozom fonksiyon bozuklukları	Down sendromu; Kırılğan X sendromu; 4p-sendromu; izodikentrik kromozom 15; halka kromozom 20
		Serebral yapının gelişimsel anomalileri	Hemimegalensefali; fokal kortikal displazi; agyria-pachygyria-bandspectrum; korpus kallozum agenezi; polymicrogyria, schizencephaly; periventriküler nodüler heterotopi; mikrosefali; araknoid kist
	Ağırlıklı olarak edinilmiş neden	Hipokampal skleroz	Hipokampal skleroz
		Perinatal ve infantil nedenler	Neonatal nöbetlere; postneonatal nöbetler; serebral palsi; aşılama ve bağışıklama
		Serebral travma	Açık kafa travması; kapalı kafa travması; nöroşirürji; epilepsi sonrası epilepsi cerrahisi; bebeklerde kazara olmayan kafa travması
		Serebral tümör	Glioma; ganglioglioma ve hamartom; disembriyoplastik nöroepitelyal tümör ; hipotalamikamartom; meningioma; ikincil tümörler
		Serebral enfeksiyon	Viral menenjit ve ensefalit; bakteriyel menenjit ve apse, sıtma; nörokistiserkoz, tüberküloz; HIV
		Serebrovasküler bozukluklar	Serebral kanama; serebral enfarktüs; dejeneratif vasküler hastalık; arteriyovenöz malformasyon; kavernoöz hemanjiyom
		Serebral immünolojik bozukluklar	Rasmussen ensefaliti; SLE ve kollajen vasküler bozukluklar; inflamatuvar ve immünolojik bozukluklar
		Dejeneratif ve diğer nörolojik koşullar	Alzheimer hastalığı ve diğer bunama bozuklukları; multipl skleroz ve demiyelinizan bozukluklar; hidrocefali ve porencefali
Provoke epilepsi		Provoke faktörler	Ateş; adet döngüsü ve adet dönemi epilepsisi; uyku-uyanıklık döngüsü, metabolik ve endokrin kaynaklı nöbetler; ilaca bağlı nöbetler; alkol ve toksin kaynaklı nöbetler
		Refleks epilepsiler	Işığa duyarlı epilepsiler; irkilme kaynaklı epilepsiler; epilepsi okuma, işitsel kaynaklı epilepsi; epilepsi yemek; sıcak su epilepsisi
Kriptojenik epilepsiler			

4.4. Epilepsi Ayırıcı Tanısı

Nöbet geçiren bir kişiyi değerlendirirken epileptik nöbetin ayırıcı tanısı dikkate alınmalıdır. Ayırıcı tanısı geniş olduğundan, tanı dikkatli alınmış klinik öyküyle konur, EEG ve görüntüleme yöntemleriyle desteklenir (E. L. Johnson, n.d.). İlk kez nöbet geçirmiş hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların % 17' sinin epileptik nöbeti taklit ettiği saptanmıştır (Seneviratne et al., 2016). Bu nedenle anamnez alınırken nöbetlerin süresi ve aralığı, gece gündüz değişimi veya kümeleşmesi, tetikleyici faktörler, uyarılar, aile öyküsü, tıbbi geçmiş ve sosyal öykü ayrıntılı sorgulanmalıdır. Hasta ve nöbete tanık olan kişi nöbet öncesinde, nöbet sırasında ve nöbet sonrasında neler olduğunu anlatmalıdır. Geçmişteki febril konvülsiyonlar, ateşin eşlik etmediği çocukluk çağı nöbetleri, kafa travması veya beyin enfeksiyonu öyküsü sorgulanmalıdır. Alkol ve yasadışı uyuşturucu kullanımı gibi sosyal faktörler de önemlidir. Aynı zamanda detaylı bir uyku öyküsü almak gözden kaçabilecek gece kasılmalarını ortaya çıkaracaktır (Aylward, 2006).

Öykü alınırken şüphede kalınmışsa veya bir tanığın ifadesi eksikse, ilk olarak hasta nöbet günlüğü tutmaya teşvik edilmelidir. Evde çekilmiş video kaydı da yardımcı olabilir. Bazen bunlar da yeterli olmadığı için hastaların epilepsi merkezlerinde günlerce video EEG ile izlenmeleri ve nöbetlerin hastaların EEG' ye bağlıken geçirmeleri beklenebilir (Aylward, 2006). İlk muayenede hızlı tanı koymak doğru bir yaklaşım değildir, daha fazla bilgi toplamak ve olayların daha net hale gelmesini beklemek çok daha iyidir. Çünkü epilepsi tanısı konulduktan sonra, örneğin hastalar araba kullanmaktan veya çalışmaktan vazgeçmek zorunda kalmışsa, bu durumu düzeltmek zor olabilir (Aylward, 2006).

Epilepsinin ayırıcı tanıları;

- Senkop ve konvulsif senkop
- İlaç zehirlenmesi veya yoksunluğu
- Migren
- Gece hareketleri
- Geçici iskemik atak
- Vertigo
- Panik atak
- Düşme atakları

- Uyku bozuklukları
- Geçici amnezi
- Hareket bozukluklarıdır (Aylward, 2006) (E. L. Johnson, n.d.).

Epileptik olayları non-epileptik paroksizmal olaylardan (NEPO) ayırt etmek zordur. NEPO, anormal kortikal elektriksel aktiviteden kaynaklanmayan davranışsal, motor veya duysal olaylardır (Psychogenic Nonepileptic Seizures: Background, Pathophysiology, Etiology, n.d.). Uzun süreli çekilmiş bir EEG, elektrokardiyografi ve uyku çalışmalarıyla doğru tanı konulabilir ve uygun tedavi başlatılabilir (Morrell, 1993). NEPO' lar organik veya psikojenik olabilir. Senkop, migren ve geçici iskemik ataklar organik non-epileptik paroksizmal semptomlara örnektir. Psikojenik non-epileptik nöbetler (PNEN) veya yalancı nöbetler, köken olarak emosyonel veya stresle ilişkilidir (Psychogenic Nonepileptic Seizures: Background, Pathophysiology, Etiology, n.d.).

Non-epileptik paroksizmal olaylar basit parsiyel, kompleks parsiyel ve jeneralize tonik klonik (JTK) nöbetler dahil her tür epileptik nöbeti taklit edebilirler (Carreño, 2008). Kardiyak veya kardiyak olmayan senkop, atonik ve hatta konvülsif nöbetlere benzer görünebilir. Çocuklarda nefes tutma ve iyi huylu paroksizmal vertigo, epilepsi ile karıştırılabilir. Klasik migren, geçici amnezi ve geçici iskemik ataklar, epileptik nöbetlere benzeyebilir. Gece hareketleri, parasomniler ve narkolepsi dahil uyku bozuklukları da epileptik nöbetlere benzeyebilir. Çoğu hareket bozukluğu epilepsiden kolaylıkla ayırt edilir; ancak, paroksizmal diskineziler atonik veya refleks nöbetlere benzeyebilir (Morrell, 1993).

Non-epileptik paroksizmal olaylardan epilepsiyi sıklıkla taklit eden durumlar; senkop, gündüz aşırı uyku hali ve yalancı nöbetlerdir (Blume, 2003). Senkop, senkopun ortasında bir JTK nöbeti andırır, ancak başlangıcı veya sonlanması benze-
mez. Hemen hemen her zaman dik otururken veya ayakta dururken hasta bayılır, görme bulanıklaşabilir, yüz soluklaşır, terleme meydana gelebilir ve hasta bilateral senkron tonik veya miyoklonik fenomenlerle atonik olarak düşer ve ardından yorgunlukla da olsa hızlı iyileşme görülür. Temel ayırıcı tanısı, tedavi edilebilir kardiyak aritmilerdir ve özellikle egzersiz gibi başka durumlar esnasında senkop benzeri ataklar ortaya çıkarsa bunlardan şüphelenilmelidir (Blume, 2003).

Okul çağındaki çocuklarda ve yetişkinlerde kısa süreli uyku epizotları olarak görülen gündüz aşırı uyku hali, temporal lob nöbetlerini veya absans ataklarını

andırabilir. Hasta, uyarıcı olmadan sabit bakar veya ilgisiz görünür; ancak bu sırada otomatizmalar meydana gelebilir. Nöbetlerin aksine, kısa süreli uyku epizotları, dışardan bir uyarı ile anında durdurulabilir. Uyku yoksunluğu; 7 saatten az uyku, uykularken hipnik sarsıntılar oluşması, sık rüya görme, belirgin horlama, sabahları sadece uyanlarla uyanma, sabah sinirliliği, aşırı kafein alımı ve hafta sonları uzun süre uyumakla kendini gösterir (Blume, 2003).

Psikojenik non-epileptik nöbetlerler “epileptik nöbetleri taklit eden ve psikolojik mekanizmalarla başlatılan paroksizmal bir davranış paterni” olarak tanımlanabilir (Blume, 2003). Bir kişinin davranışında, algılarında, düşüncelerinde veya hislerinde sınırlı bir süre meydana gelen ve epileptik nöbetleri andıran, ancak epileptik nöbetle ilişkili elektro-fizyolojik paterni olmayan değişikliklerdir (Hingray et al., 2016). Teşhis esas olarak semptomatolojiye bağlıdır. Bir doktor, görünürde inatçı “nöbet bozukluğu” olan bebekler veya yaşlılar haricindeki herhangi bir hastada bu tür olaylardan şüphelenmelidir (Blume, 2003).

4.5. Epilepsi ve Mortalite

Epilepsili hastaların mortalitesi genel popülasyondan fazladır. Epilepsili kişilerde erken ölüm, bazıları önlenabilir ölümler olduğundan çok önemlidir (Thijs et al., 2019). Özellikle epilepsiyle birlikte olan komorbid hastalıklar önemli ölüm nedeni olmanın yanı sıra erken ölümlerin habercileridirler (Keezer et al., 2016).

Düşük gelirli ülkelerde epilepsili bireylerde görülen ölüm sıklığı, yüksek gelirli ülkelere göre daha yüksektir, ancak ölüm nedenleri farklılık göstermektedir. Dış etkenlere bağlı ölümler (örneğin kazalar) düşük gelirli ülkelerde, yüksek gelirli ülkelere göre daha yaygın görülmektedir. Tüm erken ölümlerin üçte birinden fazlası doğrudan (örneğin status epileptikus, yaralanmalar, epilepside ani beklenmeyen ölüm (EABÖ)) veya dolaylı olarak (örneğin aspirasyon pnömonisi, intihar, boğulma) epilepsiyle ilişkilendirilebilir (Devinsky et al., 2015).

Epilepside ani beklenmeyen ölüm, epilepsiye bağlı ölümlerin ana nedenlerinden birisidir. Nedeni bilinmemektedir ve önlemek için hastanın gece uykusunda gözlemlenmesi dışında etkili bir önlem yoktur (Mj et al., 2016). EABÖ vakalarında altta yatan ölüm nedenini teşhis etmek için otopsi yapılması gerekir (Nashef et al., 2012). EABÖ çoğunlukla uyku sırasında ve tanıksız gerçekleşir (Lamberts et al., 2012). EABÖ ' lü birçok kişi yakın zamanda nöbet geçirdiğine dair

kanıtlarla birlikte yüzüstü pozisyonda bulunur (Griggs et al., 2015). Video-EEG monitörizasyonu sırasında meydana gelen nadir vakalar, EABÖ ' den önce bir konvülsiyon, ardından kısa bir süre apne ve ardından asistoli geldiğini düşündürmektedir (Ryvlin et al., 2013). EABÖ' nün yıllık insidansı 1000' de 1,2' dir ve 20-40 yaş arası en sık görüldüğü yaşlardır (C. Harden et al., 2017). Ayrıca EABÖ en sık JTK nöbetleri, gece nöbetleri ve ilaca dirençli epilepsisi olan kişilerde görülür (Beghi, 2020).

4.6 Epilepsi ve Birinci Basamak

4.4.1. Aile Hekimliği

Aile hekimleri, disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye, kapsamlı ve sürekli hizmet sunmaktan sorumlu kişisel hekimlerdir (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005).

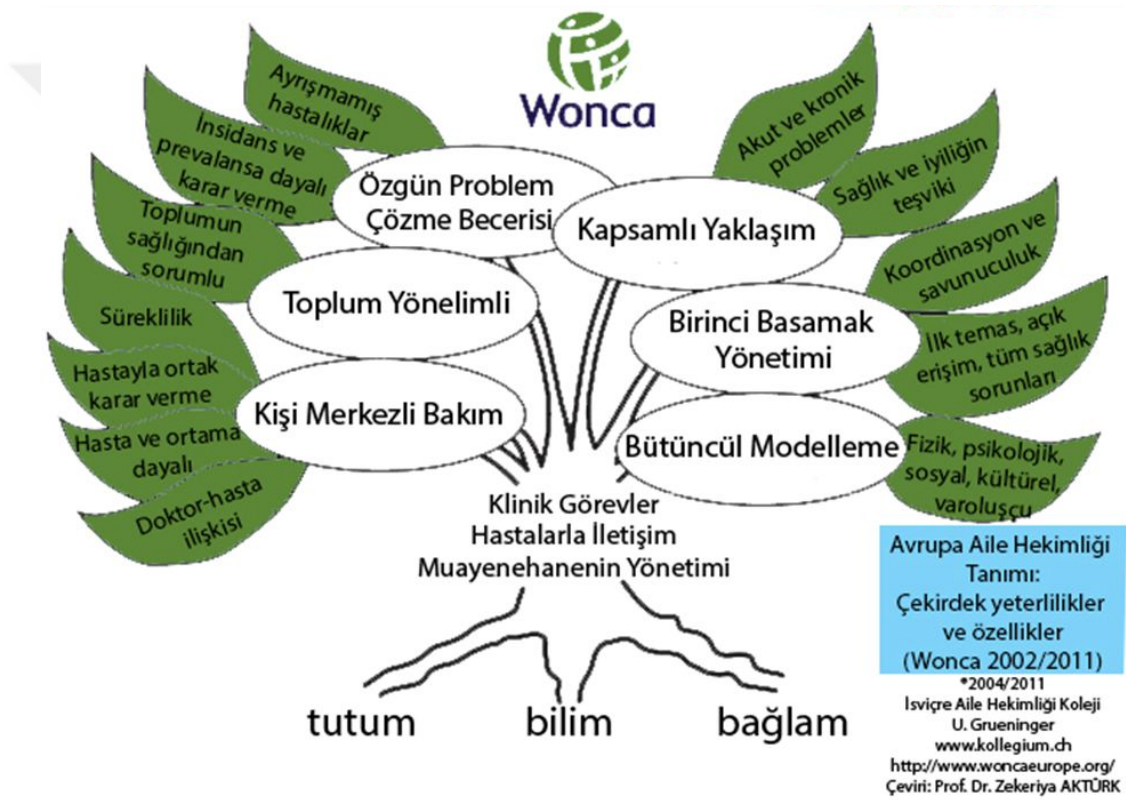
Aile Hekimliği; birey, aile ve toplum sağlığına katkıda bulunmak üzere, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve ileri yaş gibi yaşamın bütün evrelerinde ve süreklilik içinde, cinsiyet, yakınma, hastalık gibi bir ayrım yapmaksızın, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile karşılaşılacak tüm sağlık sorunlarının birinci basamakta erken tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyonuna yönelik olarak, tıp etiği ilkeleri ile uyum içinde, çağdaş, nitelikli, kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunabilmek için gerekli bilgi, beceri ve tutumları edinmiş olmayı gerektiren bir uzmanlık dalıdır (Heyrman ve Spreuwenbergh, 1987; Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu, 2013). Genel olarak Dünyada disiplinle ilgili en az 3 yıl birinci basamak uzmanlık eğitimi almış hekimler Genel Pratisyen/Aile Hekimi olarak isimlendirilmektedir. (Aile Hekimliği Nedir? - Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, n.d.).

Ülkemizde, Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi ilk olarak 1985 yılında üç büyük ildeki (İstanbul, Ankara, İzmir) Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanelerinde başlatılmıştır. 1993 yılında YÖK kararı ile Tıp Fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulması uygun görülmüştür. (Aile Hekimliği Nedir? - Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, n.d.). Ülkemizde 2011 yılında bildirilen aile hekimi

uzmanı sayısı 1100' dür. Sağlık Bakanlığının 2023 yılında 44.000 aile hekimi ve 15.000 aile hekim uzmanı hedefi bulunmaktadır (News: 2023 Yılında 15.000 Aile Hekimliği Uzmanı Hedefi Projesi - Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, n.d.).

4.4.2 Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlikleri

Aile hekimliği tanımında 2005 yılında ortaya konulan ve bu disiplini şekillendiren; 3 yıllık klinik uzmanlık eğitimi sonrası aile hekimliği uzmanlarından beklenen çekirdek yeterliliklerin gösterildiği, 2011 yılında yenilenen “Wonca Ağacı”nın Türkçe çevirisi Şekil 2’de görülmektedir.



Şekil 2: Aile hekimliği Avrupa tanımı: Çekirdek yeterlilikler ve özellikleri (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005).

Buna göre bir aile hekimliği uzmanının sahip olması beklenen yeterlilikler; bütüncül yaklaşım, kişi merkezli bakım, kapsamlı yaklaşım, özgül sorun çözme becerileri, toplum yönelimi ve birinci basamak yönetimidir (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005).

4.4.3. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Açısından Epilepsi

4.4.3.1. Birinci basamak yönetimi ve epilepsi

Seçilmemiş sorunlarla uğraşarak hastalarla ilk teması yönetebilme, tüm sağlık durumlarıyla ilgilenebilme, birinci basamaktaki diğer çalışanları ve diğer uzmanlarla eşgüdümlü hizmet sunabilme, etkili ve amacına uygun sağlık hizmeti sunumu ve sağlık hizmeti kullanımı sağlayabilme, sağlık sistemi içindeki uygun hizmetleri hasta için ulaşılabilir hale getirebilme, hastanın savunucusu olabilme yetilerini içerir (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005).

Aile hekimleri epilepsi tanısı mevcut olan hastaların da ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Bu nedenle aile hekimleri epilepsili bir hastayı tanımak, yönetmek ve tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmekle yükümlüdür. Aynı zamanda hastalar tek bir nöbetle öyküsüyle de aile hekimlerine başvurabilir. Epilepsi tanısı mevcut olan hastalar aile hekimlerine sağlık raporu, sürücü belgesi, işe giriş belgesi, spor yapabilir belgesi, askerlik belgesi vb. gibi belgeleri alabilmek için başvurduğunda da aile hekimleri bu hastalara diğer ilgili uzmanlarla eşgüdümlü hizmet sunabilmelidir.

İlk kez nöbet geçiren hastanın yönetimi öncelikle klinik anamnez, fizik muayene ve EEG bulgularına bağlıdır. Eğer nöbet iyi huylu bir sendromla, fokal nöbetle, tetiklenmemiş bir atakla, merkezi sinir sistemi bozukluğuyla veya beklenmedik refraktör nöbetlerle ilişkili değilse o zaman görüntüleme de gerekebilir (Blume, 2003). Aile hekimleri birinci basamakta ilk kez nöbet geçiren hastayla karşılaştığında bu durumun ayırıcı tanısını yapabilmeli ve aşağıdaki durumları hastada sorgulamalıdır.

Tek bir nöbet veya geçici epileptik bozukluklara neden olan durumlar;

- Erken çocukluk döneminde ateşli nöbet,
- Uyku eksikliği,
- Hipoglisemi,
- Hiponatremi,
- Metabolik ensefalopati,
- Merkezi sinir sistemi enfeksiyonu,
- Alkol veya uyuşturucu bırakma,
- Uyuşturucu madde kullanımı (ör. Amfetaminler, kokain),

- Farmakolojik ajanlar (örn. Aminofilin, fenotiyazinler ve bazı analjezikler),
- Akut travmatik nöbetler (hafif-orta kafa travması ve ardından hemen tonik-klonik nöbet) (Blume, 2003).

Epilepsi tanısı kesin konmuş olan hastalar, sürücü ehliyeti almak için aile hekimlerine başvurduğunda, hekim karar verirken, sendrom tanısı (etiyojik), semiyolojik nöbet özellikleri (şuur kaybı +/-, aura +/-, auranın süresi), nöbet zamanı (uyku/uyanıklık), nöbet sıklığı (zaman içindeki seyir), başlangıç yaşı, hastalık süresi gibi bilgileri içeren bir klinik tablo özeti hazırlamalıdır. Hastanın eğitim durumu (ilk, orta, yüksek), IQ düzeyi, medeni hali, çocuğunun olup olmadığı, aile bakımı altında veya aileden bağımsız yaşayıp yaşamadığı, askerlik yapıp yapmadığı, herhangi bir suç kaydı, ilaç ya da madde bağımlılığının olup olmadığını da göz önünde bulundurulmalıdır. Daha sonra aile hekimi bu tıbbi bilgilendirme formu eksiksiz doldurulmuş hastanın, sürücü ehliyeti açısından değerlendirilmesi için hastaneye sevk etmelidir (*Türk Epilepsi İle Savaş Derneği | Epilepsi Hastalarının Sürücü Ehliyeti Almaları İle İlgili Yönetmelikte Değişiklik İçin Hazırlanmış Olan Öneri Taslağı*, n.d.). Aile hekimi hastasını sürücü belgesi konusunda da bilgilendirebilmelidir.

Epilepsi motorlu taşıt kazaları için bir risk teşkil etse de, alkol gibi diğer kaza nedenlerine göre risk nispeten daha küçüktür (Krumholz, 2009). Bir çalışmada, tüm ölümcül motorlu taşıt kazalarının % 30' unun alkole bağlı kazalar ve yalnızca % 0,2' sinin nöbet ile ilişkili kazalar olduğu gösterilmiştir (Sheth et al., 2004). Epilepsili kişilerin kazaya neden olabilecek tüm sebeplerle kaza yapma riskinin yaklaşık 2 kat arttığı gösterilmiştir, ancak epilepsili kişilerin dahil olduğu tüm motorlu taşıt kazalarının yaklaşık % 11' i nöbetlerden kaynaklanmaktadır (Waller, 1965).

T.C. Resmi Gazetesinde 2015 yılında yayınlanan “Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları ile Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” e göre;

- Epilepsi hastaları sadece 1. grup sürücü belgesi alabilirler ve ambulans, veya ticari araç kullanamazlar.
- Şuur kayıplı epileptik nöbet geçiren hastalar 6 aylık periyodlarla kontrol muayenesi yaptırdıklarını, 5 yıl boyunca nöbet geçirmediğini ve AEİ kullanmadıklarını belgelemeleri halinde durumları nöroloji sağlık kurulunda

değerlendirilir. Sürücü belgesi alabileceğine dair rapor düzenlenmesi halinde kontrol süresi raporda belirtilir.

- Direksiyon başında tekrarlama olasılığı olmayan, farkedilir bir uyarıcı nedeni ile uyarılmış nöbet geçiren kişilere nöroloji uzmanının kanaatine göre sürücü belgesi verilebilir.
- İlk veya tek uyarılmamış epilepsi nöbeti geçiren kişilerin 6 aylık periyodlarla kontrol muayenesi yaptırdıklarını, 3 yıl boyunca nöbet geçirmediğini ve AEİ kullanmadıklarını belgелеmeleri halinde durumları nöroloji sağlık kurulunda değerlendirilebilir.
- Sadece uykuda epilepsi nöbeti geçiren kişiler 6 aylık periyodlarla kontrol muayenesi yaptırdıklarını, 5 yıl boyunca nöbet geçirmediklerini ve AEİ kullanmadıklarını belgелеmeleri halinde durumları nöroloji sağlık kurulunda değerlendirilebilir.
- Bilinci veya hareket yetisini etkilemeyen nöbet geçiren kişilerde 6 aylık periyodlarla kontrol muayenesi yaptırdıklarını, 5 yıl boyunca nöbet geçirmediğini ve AEİ kullanmadıklarını belgелеmeleri halinde durumları nöroloji sağlık kurulunda değerlendirilebilir.
- Tedavi edici epilepsi cerrahisi olan kişilere de şuur kayıplı epileptik nöbet geçiren hastaların şartları uygulanır (Gazete, 2015).

Epilepsi hastaları işe başvururken bazı işverenler tarafından ön yargılara maruz kalabilir ve işe alınmayabilirler. İşverenler epilepsi hastasının iş başında nöbet geçirmesi ve bundan kendilerinin sorumlu tutulmasından, ayrıca epilepsili hastanın nöbet esnasında hizmet verdiği kesime zarar verebileceğinden dolayı işe almak istememektedirler (Şen, 2005). Ancak iş ortamında yaralanma oranı, işe gitmeme, hastalığa bağlı iş kaybı ve iş üretimi açısından bakıldığında, epilepsi hastası ile normal popülasyon arasında fark olmadığı gösterilmiştir (Akyiğit, 2006). Epilepsi hastaları aile hekimlerine işe giriş belgesi almak için başvurduğunda, aile hekimi epilepsili hastanın hangi işlerde çalışabileceğini bilmeli ve koruyucu hekim olarak da hastasını bu konuda uyaramelidir. Epilepsi nöbetlerinin de dahil olduğu bazı hastalıklarda, zihinsel engellilik ve hareket kısıtlılığı olabileceğinden, bu hastalarımıza özel eğitimlerle iş becerileri kazandırılarak, kurumlar aracılığıyla becerilerine uygun iş olanakları araştırılmalı ve aile hekimleri hastaları ve ailelerini bu konuda desteklemelidirler.

Özellikle sık nöbet geçiren epilepsi hastaları, bazı işleri yapamazlar. Bunlar; pilotluk, dalgalılık, cerrahlık, kesici alet ve makinalarla ilgili işler, yüksek ve tehlikeli noktalarda çalışmayı gerektiren işler, dağcılık, taşıt sürücülüğü, itfaiyecilik, silah taşımayı gerektiren polislik ve askerliktir. Bazı nöbet tipleri uykusuzlukla uyarılabildiğinden, vardiyalı çalışmalar ve nöbet gerektiren durumlarda düzenlemeler gerekir. Bazı refleks epilepsiler ışığa duyarlı olduğundan, böyle ışığa duyarlı bir epilepsi söz konusu ise uzun süre bilgisayar karşısında çalışılmaması, televizyonun uzun süre ve yakından seyredilmemesi ve güneşli havalarda şapka giyilmesi ya da koyu renkli güneş gözlüğü kullanılması önerilir (*Epilepsi ve İş Hayatı | Türk Epilepsi ile Savaş Derneği*, n.d.). Aile hekimi bu hastalarını, sadece işe giriş belgeleri düzenlerken değil, her vizitte uyarmalı ve hem hastayı hem ailesini bilgilendirmelidir.

Epilepsili hastalar spor yapabilir belgesi almak için de aile hekimlerine başvurumaktadırlar. Genel popülasyonda fiziksel aktivitenin yüksek, sedentar yaşamın düşük olmasının depresyon ve anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir (Schuch et al., 2016). Epilepsili hastaların da anksiyete ve depresyon için topluma göre yüksek risk taşıdıkları bilinmektedir (A. J. Scott et al., 2017). Bu nedenle egzersizin önemi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca epilepsili hastalarda egzersiz sırasında, EEG' deki epileptik deşarjların azaldığı veya kaybolduğu gösterilmiştir. Egzersiz sırasında nöbetler oldukça nadirdir, nöbetler genellikle egzersizden 15 dk- 3 saat sonra görülür. Özellikle nöbetlerin yapısal beyin lezyonuna bağlı olduğu hastalarda, egzersizin nöbetleri kötüleştirici etkisi olduğu saptanmıştır, ancak bunun nedeni tam olarak bilinmemektedir (Epilepsi ve Egzersiz | Türk Epilepsi ile Savaş Derneği, n.d.).

Aile hekimleri, epilepsili hastaların sadece epilepsili olmalarının yanı sıra, kullandıkları AEİ' lerin de yan etkileri nedeni ile egzersizi etkileyebileceği konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar. Bu ilaçlar yorgunluk, uykuya eğilim, görme bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, koordinasyon bozukluğu gibi yan etkilere neden olabilir. Böylece egzersiz performansına da olumsuz etkileri olabilir. Ayrıca bazı ilaçlar kilo artışı da yapabilir, bu yan etkisiyle de egzersizle ihtiyacı doğurabilir (*Epilepsi ve Egzersiz | Türk Epilepsi ile Savaş Derneği*, n.d.).

Egzersiz sırasında nöbetler üzerine etkide bulunabilecek risk faktörlerinin de aile hekimleri tarafından, epilepsili hastalara bilgisi verilmelidir ve hastalar bu durumlardan kaçınmaları için uyarılmalıdır.

Bu risk faktörleri şunlardır:

- Aşırı yorgunluk,
- Uykusuzluk,
- Tuz kaybı,
- Su kaybı,
- Aşırı fiziksel aktivite ile bağlantılı tuz fazlalığı,
- Aktiviteden önce az beslenme nedeniyle kan şekerinde düşmedir (Epilepsi ve Egzersiz | Türk Epilepsi ile Savaş Derneği, n.d.).

Nöbetleri tamamen durmuş olsa da epilepsili hastaların yapmaması gereken sporlar vardır. Sık nöbet geçiren, nöbetleri kontrol altına alınamamış hastalarda, spor dalı seçilirken çok daha dikkatli olunması gereklidir (Epilepsi ve Egzersiz | Türk Epilepsi ile Savaş Derneği, n.d.).

Epilepsili tüm hastaların yapmaması gereken sporlar;

- Boks,
- Karate,
- Denetimsiz dalgıçlık,
- Tek başına yamaç paraşütü,
- Tek başına paraşütle atlama,
- Denetimsiz dağa tırmanmadır (Epilepsi ve Egzersiz | Türk Epilepsi ile Savaş Derneği, n.d.).

Kontrolsüz nöbetleri olan hastaların yapmaması gereken sporlar;

- Havacılıkla ilgili sporlar,
- Jimnastik,
- Ata binmek,
- Buz hokeyi, buz pateni,
- Motor sporları,
- Dağcılık,
- Dalgıçlık,
- Denetimsiz yamaç paraşütü,
- Denetimsiz yelkencilik,
- Denetimsiz su sporları ve yüzme,
- Su kayağı,
- Sörfdür (Epilepsi ve Egzersiz | Türk Epilepsi ile Savaş Derneği, n.d.).

4.4.3.2. Kişi merkezli bakım ve epilepsi

Hastanın içinde yaşadığı koşullar bağlamında hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme, aile hekimliği hasta görüşmesini, hastanın otonomisine saygı göstererek etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme, iletişim kurabilme, öncelikleri belirleyebilme ve ortaklık içinde hareket edebilme, süre giden ve koordine sağlık hizmeti yönetimi açısından, hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal sürekli bakım hizmeti sağlama yetilerini içerir (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005).

Aile hekimleri epilepsi tanısı mevcut olan hastalarıyla da kişi merkezli yaklaşımı benimsemeli ve diğer tüm hastalar gibi hastaya sadece Epilepsi tanısı altında bakmamalı, hastayla tedavi ve takip sürecinde etkili bir iletişim kurmalı ve ortak kararlar içinde hareket edebilmelidir. Epilepsi hastalarını ne zaman sevk etmesi gerektiğini bilmelidir. Gebelik ve emzirmede AEİ kullanımı hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı ve hastalarını bu konuda bilgilendirebilmelidir.

Aile hekimleri kendisine başvuran, ilk kez nöbet geçirmiş her hastanın (ya da ilk kez afebril nöbet geçiren her çocuğun) en kısa zamanda, mümkünse olay günü ya da 1-2 hafta içinde bir nöroloji uzmanına sevk etmelidir (Aykut et al., 2007). Aynı zamanda hastada non-epileptik bir ataktan şüpheleniliyorsa psikiyatri ve gerekli diğer branşlara da hastanın sevk edilmesini sağlamalıdır (Aykut et al., 2007).

Aile hekimleri birinci basamakta gebe ve lohusa hastalarının takibinde önemli role sahiptir. Epilepsi tanısı olan gebe ve emziren hastaları AEİ'lerin olası yan etkileri hakkında bilgilendirebilmeli ve bu konuda danışmanlık verebilmelidir. Bu hastalara gebelik öncesinde de prekonsepsiyonel danışmanlık verebilmelidir. Çocuk sahibi olmaya karar veren epileptik kadın hastaya bazı fetal riskler olsa da sorunsuz bir gebelik de geçirebilecekleri ve sağlıklı bir çocuk sahibi olabilecekleri bilgisi hekim tarafından verilmelidir (Aykut et al., 2007).

Gebelikte en düşük etkin dozla monoterapi verilmesi en az riske sahip olan tedavi şeklidir (Aykut et al., 2007). Tedavi ile ilişkili riskler; fetal büyüme üzerindeki negatif etkiler, majör konjenital malformasyonlarda (MKM) risk artışı, nörobilişsel ve davranışsal gelişim üzerindeki negatif etkilerdir (Tomson et al., 2019). MKM'ye neden olma riski en yüksek olan ilaç valproattır; fenobarbital ve topiramet daha düşük riske, lamotrijin ve levetirasetam ise en düşük riske sahip ilaçlardır. Valproat

gibi karbamazepin, fenobarbital ve lamotrijinin de MKM riski doza bağımlıdır. Bu nedenlerle politerapi de kullanılan AEİ'nin tipi, AEİ sayısı kadar önemlidir. Anne karnında valproata maruz kalmak, çocukta doza bağlı nörobilişsel ve davranışsal bozukluklarla (örneğin otizm spektrum bozukluğu) ilişkili olarak, önemli bir riske sahiptir. Karbamazepin, nörodavranış için teratojen görünmemektedir. Lamotrijine ilişkin mevcut veriler, IQ düzeyi açısından çocukların değerlendirilmesini önermektedir. Levetirasetam, topiramat ve diğer AEİ' lere ilişkin sınırlı veri vardır (Tomson et al., 2019).

Epilepsili kadınların çoğu, hamilelik sırasında nöbet kontrolüne devam eder. Hamilelik öncesi nöbet kontrolü, hamilelik sırasında nöbet kontrolünün en önemli belirleyicisidir. Hastalar aile hekimleri tarafından bu kontroller için teşvik edilmelidirler. Gebelikte AEİ' ye uyumsuzluk ve AEİ' nin klirensindeki değişiklikler, ani nöbetlerin başlıca nedenleridir. Gebelik, AEİ' lerin farmakokinetiği üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilir. Gebelik sırasında klinik olarak lamotrijin, levetirasetam ve okskarbazepinin serum konsantrasyonunda belirgin düşüş görülür, ancak fenobarbital, fenitoin, topiramat ve zonisamidin de eliminasyonunda anlamlı bir artış görülür. Serum konsantrasyonunda gebelik öncesi optimal konsantrasyonun % 35'inden fazla düşüş, nöbet kontrolünde bozulmada artmış riskle ilişkilidir. Hamileliğin AEİ kan düzeylerini ne ölçüde etkilediği, kadınlara göre değişir ve kan düzeyi örneklemeyle en iyi şekilde kontrol edilebilir (Tomson et al., 2019).

Tedavi ile ilişkili risklerin yanı sıra kontrolsüz anne nöbetleri sadece hamile kadına değil, fetusa da zararlı olabilir (Tomson et al., 2019). Bu ise gebelikte AEİ kullanımının temel nedenlerindendir (Sveberg et al., 2015). Örneğin bilateral tonik-klonik nöbetlere dönüşmeyen bilinç bozukluğu olan fokal nöbetlerin fetüs üzerinde 2.5-3.5 dakika boyunca fetal kalp hızında yavaşlama yaptığı gösterilmiştir (Nei et al., 1998). JTK nöbetler, hamilelik sırasında fetüse plasenta aracı ile transfer edilen hipoksi ve laktik asidoz nedeni asfiksiye yol açabilir (C. Harden et al., 2013). Nöbete bağlı düşmeler de uterusu künt travmaya neden olabilir ve böylece fetüsü etkileyebilir (Tomson et al., 2019). Tayvan' da ülke çapında yapılan bir çalışmada, hamilelik sırasında nöbetlerin erken doğum ve düşük doğum ağırlığıyla ilişkili olma olasılığı yüksek bulunmuştur (Y. H. Chen et al., 2009).

Epilepsi ve kontrolsüz nöbetler maternal risklerle de ilişkilidir. Epilepsili olup hastanede doğum yapan kadınlarda doğum sırasında 10 kata kadar artan anne ölüm

riski bildirilmiştir ve ölüm nedenlerinin çoğu nöbetle ilişkili olmak üzere en fazla EABÖ kaynaklı olduğu gösterilmiştir (Edey et al., 2014).

Aile hekimleri tarafından tüm anneler anne sütü vermeye teşvik edilmelidir. Bebeğin anne sütündeki AEİ' lere maruz kalması, maternal plazma ilaç konsantrasyonu, ilacın süt/plazma oranı, bebek tarafından alınan süt hacmi ve ilacın bebekte emilimi, metabolizması ve atılımı gibi birçok faktöre bağlı olarak değişir. Genel olarak, proteine minimum bağlanan ve lipid çözünürlü fazla olan AEİ' ler anne sütüne daha kolay geçme eğilimindedir. Primidon, levetirasetam, gabapentin, lamotrijin ve topiramat gibi bazı AEİ'ler, anne sütüne yenidoğan üzerine etki oluşturabilecek kadar yüksek konsantrasyonda geçerler. Valprok asit, fenobarbital, fenitoin ve karbamazepin gibi proteine yüksek oranda bağlanan diğer AEİ' ler ise anne sütüne yüksek konsantrasyonlarda geçmez (C. L. Harden et al., 2009). Vaka serilerinde barbitüratlar ve benzodiazepinlerle gelişen bazı sedasyon raporları dışında, anne sütü yoluyla AEİ maruziyetinin yenidoğan üzerinde olumsuz etkileri bildirilmemiştir. Bebeğin AEİ maruziyetini en aza indirmek için, maternal AEİ' ler düşük etkili bir dozda tutulmalıdır ve advers reaksiyon belirtileri görülürse (uyuşukluk, yetersiz beslenme), bebekte ilaç serum konsantrasyonları izlenebilir (Patel & Pennell, 2016).

Aile hekimleri tarafından gebe kalma aşamasında yeterli folat desteğinin başlatılması da önemlidir. Gebelikte hem fetus hem de gebe kadınlarda doku sentezine bağlı fizyolojik değişiklikler nedeni ile folat gereksiniminde artış olduğu bilinmektedir (Greenberg ve ark., 2011). Artan folat gereksiniminin tek başına diyet ile karşılanması mümkün olmadığından gebelerde folik asit desteği tüm dünyada önerilmektedir (Wang ve ark., 2016; Yan ve ark., 2017). Ülkemizde de, çocuk doğurma potansiyeli olan tüm kadınlar için 0,4 mg folik asit desteği gebeliğin 3 ay öncesinde başlatılması ve gebeliğin 10. haftasına kadar devam edilmesi T.C. Sağlık Bakanlığı Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi tarafından önerilmektedir (Çelik et al., 2014). Önceki gebeliklerinde nöral tüp defekti sorunu ile karşı karşıya kalmış olan kadınlarda sonraki gebeliklerde bu riski azaltmak için 4-5 mg/gün folik asit desteği önerilmektedir (Czeizel et al., 2013). AEİ kullanan kadınlarda folik asit dozu için çalışmalar yetersiz olmakla beraber bazı uzmanlar tarafından 1-5 mg/gün folik asit desteği önerilmektedir (Patel & Pennell, 2016). Ayrıca aile hekimleri hastalarına folik asit ihtiyaçları için uygun besin önerilerinde de bulunabilmelidirler. Folattan

zengin kaynaklar koyu yeşil yapraklı sebzeler (brokoli, ıspanak vb.), kurubaklagiller (nohut, mercimek, fasulye vb.), portakal, greyfurt, yer fıstığı ve bademdir (Dayı & Pekcan, 2019).

Enzim indükleyici AEİ kullanan hastaların bebeklerine doğumdan hemen sonra ve 28. günde yenidoğan hemorajik hastalığını önlemek için 1mg vitamin K enjeksiyonu önerilmektedir (Aykut et al., 2007). Aile hekimleri bu annelerin yenidoğan bebek izlemelerini yaparken bunu sorgulamayı da unutmamalıdır.

4.4.3.3. Bütüncül yaklaşım ve epilepsi

Kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan bir biyopsikososyal model kullanabilme yetilerini içerir (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005).

Bir hasta aile sağlığı merkezine herhangi bir şikayetle başvurduğunda Aile hekimleri hastasını tek bir hastalık veya şikayeti üzerinden değerlendirmez. Kişinin anemnezini biyopsikososyal yaklaşımla ele alır. Psikiyatrist George Engel 1977 yılında biyopsikososyal modeli tanımlamıştır. Buna göre biyopsikososyal sistemlerin, biyolojik alt sistemleri birbirlerini etkileyerek daha başarılı ve daha karmaşık sistemleri oluşturmakta ve eş zamanlı olarak da sosyal ve psikolojik faktörlerden etkilenmektedir. Tüm organizma ise biyolojik, psikolojik ve sosyal etkilerin karşılıklı etkileşimleri ile anlam bulmaktadır (Engel, 1977). Aile hekimi de kişinin biyolojik, ruhsal ve sosyal sağlığını bir bütün olarak değerlendirir. Kişinin ailesinin, sosyal çevresinin ve kültürel boyutlarının da kişinin sağlığı için öneminin farkındadır. Amerikalı filozof William James (1958); ‘Birşeyi doğru anlayabilmek için onu içinde bulunduğu ortamda ve o ortamın dışında bütün çeşitliliği ile tanımamız gerekir.’ demiştir.

Epilepsili hastalar da herhangi bir nedenle veya şikayetle Aile hekimlerine başvurduklarında aile hekimleri hastasına bütüncül yaklaşmayı bilir. Örneğin sadece reçete için başvuran hastasının başvurusunu aile hekimi bir fırsat olarak değerlendirir ve kişiyi fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bütün kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır. Aynı zamanda Epilepsi tanılı hastalarda depresyon, anksiyete, psikoz, dikkat eksikliği gibi durumlar genel popülasyona göre daha çok

görülmektedir (Başak & Saatçi, 2011). Bu nedenle psikososyal olarak da diğer kişilere göre daha çok desteğe ihtiyaç duyduklarından aile hekimi hastasının bu konuda da topluma ve ailesine karşı savunucusu olmalıdır. Bir sistematik derleme çalışmasında normal zekaya sahip epilepsili çocuklarda, akademik başarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (Wo et al., 2017). Aile hekimleri bunu bilir ve bu bütüncül yaklaşımda bunları da ele alır.

4.4.3.4. Kapsayıcı yaklaşım ve epilepsi

Çok sayıda yakınma ve patolojiyi, bireyin hem akut hem kronik sağlık sorunlarıyla eş zamanlı yönetebilme, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirebilme, sağlığın geliştirilmesi, korunma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyonu yönetebilme ve koordine edebilme yetilerini içerir (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005).

Epilepsili hastaların her kontrolü sırasında akıllarına takılan soruları sormaları için vakit ayırmak, sık karşılaşılabilecekleri semptomların ciddiyeti ve ilaçların düzenli kullanımı hakkında bilgi vermek, ilaç yan etkisi, ilaç etkileşimleri, prekonsepsiyonel danışmanlıktan bahsetmek aile hekiminin görevlerindendir. Örneğin evde geçirilen bir epileptik nöbetin nasıl yönetilebileceği konusunda aileyi bilgilendirmek aile hekimlerinin kapsayıcı yaklaşımının bir parçasıdır. AEİ kullanan hastalarda prekonsepsiyonel ve aile planlaması danışmanlığı vermesi sağlığın geliştirilmesi ve hastanın korunması açısından önemlidir. İlk kez geçirilen nöbetin, non-epileptik atakların, kontrolsüz epilepsinin veya psödonöbet gibi durumların yönetiminde gerektiğinde diğer ilgili uzmanlık alanlarının görüşünü almak, branşlar arası koordinasyonu sağlamak ve hastanın ilgili merkezlere sevkini gerçekleştirmek kapsayıcı yaklaşımın bir parçasıdır.

Epilepsinin ilk tanısı epilepsi uzmanı tarafından yapılması gerekmesine rağmen, takip en uygun şekilde birinci basamakta hastanın evine yakın bir ortamda yapılmalıdır (Aylward, 2006). Aile hekimleri, hastalar nöbet ile başvurduğunda detaylı bir anamnez alarak nöbetin ayırıcı tanısını yapabilmelidir. Her vizitte epilepsili hastanların ilaçlarını düzenli alma durumlarını, nöbet sıklığını, en son nöbeti ne zaman geçirdiğini, nöbet öncesinde tetikleyici faktörlerin olup olmadığını, AEİ'lerin yan etkilerini (Tablo 2), AEİ'lerle diğer ilaçların etkileşimini (Tablo 3)

sorgulamalıdır. Alkol, uyku eksikliği, ışık maruziyeti, aşırı sıvı tüketimi, stres, aksiyete, hiperventilasyon ve bazı antidepresan ilaçlar nöbetler için uyarıcı olabilmektedir (Aird & Gordon, 1993; Aylward, 2006).

Tablo 2: Bazı anti epileptik ilaçların yan etkileri (Blume, 2003)

Anti epileptik ilaçların yan etkileri	
Karbamazepin	Makülopapüler döküntü, Stevens-Johnson sendromu Diğer AEİ' lerle etkileşim Geçici lökopeni Kalıcı lökopeni Aplastik anemi
Lamotrijine	Hafif döküntü Şiddetli döküntü Diplopi
Fenitoin	OK'lerin, antikoagülanların, diğer AEİ'lerin ve deksametazonun metabolizmasını artırır Döküntü Dişeti hipertrofisi Hafif hirsutizm
Topiramet	Kilo kaybı Zihinsel tembellik Yorgunluk Böbrek taşı Glokom
Valproat	Kilo almak Saç kaybı Karaciğer yetmezliği
Etoosüksimid	Gastrointestinal sinirlilik Depresyon Psikoz Lökopeni

Tablo 3: Bazı AEİ' lerle diğer ilaçların etkileşimleri (I. Johannessen & Johannessen Landmark, 2010)

Terapötik İlaç Sınıfları	Etkilenen AEİ' ler	Etkileşim Mekanizması ve Klinik Sonuç
Antideprans ve antipsikotikler		
Haloperidol, Risperidon	Karbamazepin	AEİ' lerin serum konsantrasyonlarında artışa yol açan enzim inhibisyonu yaparlar.
Klorpromazin	Valproik asit	
Klomipramin	Karbamazepin, fenitoin, fenobarbital, valproik asit	
Sertralin	Karbamazepin, lamotrijin, fenitoin, valproik asit	
Oral kontraseptifler		AEİ' lerin serum konsantrasyonlarında azalmaya yol açan metabolizmanın induksiyonu (glukuronidasyon)
Antibiyotikler		
Makrolidler (klaritromisin, eritromisin, trolandomisin)	Karbamazepin	AEİ' lerin serum konsantrasyonlarında artışa yol açan enzim inhibisyonu yaparlar.
Rifampisin	Lamotrijin	
İzoniazid	Karbamazepin, etosüksimit, fenitoin, valproik asit	
Diğerleri		
Probenisid	Karbamazepin	Karbamazepinin metabolizmasının induksiyonu ve azalmış serum Karbamazepin konsantrasyonu
Antiasit Simetidin	Gabapentin	Gabapentinin emiliminde azalma, Gabapentinin atılımında azalma sonucu yarı ömür uzaması
Salisilat ve naproksen	Tiagabin	Tiagabinin toplam serum konsantrasyonunda azalma ancak serbest konsantrasyonunun değişmemesi

Aile hekimlerinin birinci basamakta bakabileceği tetkikler sınırlı olsa da epilepsili hastalarının takibini yaparken AEİ' lerin kandaki düzeyine ne zaman bakılması gerektiği konusunda bilgi sahibi olmalı ve hastasını ilgili merkeze yönlendirebilmelidir.

AEİ' nin kandaki düzeylerinin takip endikasyonları;

- Önerilen ilacın kullanılmadığından şüphelenildiğinde,
- Toksisite şüphesi varsa,
- Farmakokinetik etkileşimlerin düzenlenmesi,
- Status epileptikus, organ yetmezliği veya *gebelik* gibi bazı özel durumlardır (Aykut et al., 2007).

Aile hekimleri epilepsili hastalarını AEİ tedavilerinin sonlanması konusunda da bilgi sahibi olmalı ve gerektiğinde ilgili merkezlere yönlendirebilmelidir. AEİ kesimi nöroloji uzmanının yönetiminde veya rehberliğinde olmalıdır. AEİ tedavisinin devamı veya kesilmesinin risk ve yararları, en az 2 yıl boyunca nöbetsiz kalan bireylerde tartışılmalıdır (Aykut et al., 2007). Pediatik epilepsi hastalarında da ilacı kesme kararı nöbet tekrarı olasılığını arttıran risk faktörleri göz önüne alınarak ve aile ile ilacın risk ve faydasını tartıştıktan sonra verilir. Genellikle ilk nöbet kontrolü kolaylıkla sağlanan epileptik çocuklarda 2-4 yıl nöbet görülmezse ilacın sonlandırılması önerilir (Saltık, 2014).

Aile hekimleri kapsayıcı yaklaşımının da bir parçası olarak epilepsili hastalara prekonsepsiyonel danışmanlık verebilmeli, uygun kontraseptif yöntem seçimleri hakkında hastalarını bilgilendirebilmelidir. Epileptik kadın hastanın kontrasepsiyon için non-hormonal metod kullanmasının hiçbir kontrendikasyonu yoktur. Enzim indüklemeyen AEİ' ler (gabapentin, lamotrijin, levetirasetam, valproik asit), OK' lerin etkinliğini değiştirmezler. Enzim indükleyici AEİ (karbamazepin, etosüksimid, fenobarbitol, fenitoin, primidon) kullanan kadın hastalarda OK ilk tercih edilen kontrasepsiyon yöntemi olmamalıdır. Ancak hasta yine de OK kullanmayı istiyorsa, kontrasepsiyon etkinliğinin azalacağı bilgisi aile hekimi tarafından verilmelidir. Enzim indükleyici AEİ kullanan epilepsili hastalara, yüksek dozda kombine OK ya da progesteron içeren kontraseptifler, örneğin; depo- provera önerilir (Aykut et al., 2007). Sadece düşük dozlu progesteron içeren tablet veya implant formundaki kontraseptif ilaçların başarısızlık oranı yüksek olup, AEİ ile birlikte kullanımı önerilmemektedir (Schwenkhagen & Stodieck, 2008). Kombine OK kullanmak isteyen hastaların OK içeriğinde minimum 50 mcg östradiol ya da mestranol bulunması gereklidir. Ara kanamaları oluyorsa östrojen dozu 75 mcg veya 100 mcg/gün' e çıkılmalıdır. Ayrıca "üçlü siklus" tedavi düşünülmelidir (üç paket ilacı ara vermeden kullanmak). Yüksek doz OK kullansalar

da, enzim indükleyici ilaç kullanan hastalar gebe kalma riskine sahiptir bu nedenle ek olarak bariyer metodunun kullanılması önerilebilir (Aykut et al., 2007). Depo-provera, enzim indükleyici AEİ kullanan hastalarda önerilebilecek, standart 12 hafta intervallerle kullanılabilen bir ilaçtır. Epileptik hastalarda 10 hafta intervallerle kullanılmalıdır (Schwenkhagen & Stodieck, 2008). Acil kontrasepsiyon için, rahim içi araç en uygun tercih edilebilecek metottur (Aykut et al., 2007). Enzim indükleyen AEİ alan hastalar acil hormonal kontrasepsiyon yöntemini kullanacaksa, aynı anda iki doz alması önerilir. Enzim indükleyici AEİ kullanan hastalarda, acil hormonal kontrasepsiyon için; levonorgesterol 0.75 mg 1x2 (1,5 mg), 12 saat sonra 1x1 (0,75 mg) alması önerilir (Schwenkhagen & Stodieck, 2008).

Aile hekimleri koruyucu hekim olarak, diğer tüm hastalar gibi epilepsili hastalara da sigara bırakma konusunda danışmanlık verebilmelidir. İsviçre’ de yapılan kesitsel bir çalışmada epilepsili hastaların genel popülasyona göre sigara içme riski daha yüksek saptanmıştır (Torriani et al., 2016). Sigaranın, nöbet için risk faktörü olabileceği konusunda çalışmalar devam etmekle beraber bir çalışmada sigara içmekle nöbet riskinin arttığı belirtilmiştir (A. L. Johnson et al., 2019). Sigara içen epilepsili hastalarda, eğer sigara bırakmak için ilaç tedavisi düşünülmekteyse nöbetle kullanımı kontrendike olan bupropiyondan kaçınılmalıdır (South-Paul et al., 2019).

Epilepsili tüm kişilerin, hasta ile birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin uyumunu içeren kapsamlı bir takip planı olmalıdır (Aykut et al., 2007). Bu plana epilepsili hastaların aileleri de dahil edilmelidir. Epilepsili hastalar ve aileleleri bilgilendirilmeli, eğitilmeli ve bu durumla baş edebilecek şekilde cesaretlendirilmelidir (Boer et al., 2008).

4.4.3.5. Epilepsi ve toplum yönelimli hekimlik

Hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilmektir (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005).

Halk sağlığı uzmanları ile aile hekimleri, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme sistemlerini oluşturma ve sürdürme açısından doğal müttefiklerdir. Yerel toplum sağlığı merkezleri ile iletişim kurulması ve sürdürülmesi, aile hekimi ile tüm sağlık sistemleri arasında önemli bir köprüdür (Başak & Saatçi, 2011).

Aile hekimlerine epilepsi hastaları diğer tüm kronik hastalıklı bireyler gibi sadece epilepsisi için değil, toplumun bütününe ilgilendiren sağlık sorunlarıyla da başvurabilir. Bu durumda aile hekimi toplumun sağlığını koruyucu önlemleri almalıdır. Aile hekimleri bildirim zorunlu hastalık veya durumların bildirimi, klinik koruyucu rehberlerin uygulanması (tarama, bağışıklama, danışma, kemoprofilaksi, seyahat önerileri), çevre ile ilgili durumlarla alakalı bilgi toplayabilme, toplum kaynakları ile iletişim kurabilme ve hayat tarzı değişikliği için danışmalık verebilmelidir (Freeman & McWhinney, 2012). Örneğin bir aile hekimi, epilepsi hastasında tüberküloz veya Covid-19 gibi bildirim zorunlu bir hastalıkla karşılaştığında, toplum yönelimli olup bildirimini yapmakla ve çevre ile ilgili gerekli önlemleri almakla görevlidir. Yine epilepsi hastalarını diğer hastalar gibi tarama programlarına dahil etmeli, aşılama hakkında ve toplum sağlığı açısından riskli bölgelere seyahatleri öncesinde bilgilendirmelidir.

Aile hekimleri epilepsili hastalara aşı önerirken; febril konvülsiyon, epilepsi ve/veya epileptik ensefalopatili hastalarda aşı kontrendikasyonlarının olup olmadığı ya da herhangi bir aşının febril konvülsiyon, epilepsi ve/veya epileptik ensefalopatilere yol açıp açmayacağı konusunda sorularla karşılaşabilirler. Bir çalışmada kızamık, kabakulak ve kızamıkçık, hepatit A, hepatit B, çocuk felci, influenza tip B, difteri, boğmaca ve tetanoz aşısı ve meningokok enfeksiyonları, tifüs ve Lyme hastalığına karşı aşılardan nöbet neden olduğu belirtilmiştir (Miravalle et al., 2010). Difteri-Tetanoz-Boğmaca ve Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık aşılarının febril konvülsiyon riskini önemli ölçüde artırdığı belirtilmiştir (Pruna et al., 2013). Aşılama ve epileptik ensefalopati arasındaki ilişkilere dair son gözlemler ve veriler, aşıya bağlı olarak ortaya çıkan bazı ensefalopati vakalarının aslında aşılama ile nedensel bir ilişkisi olmayan doğal bir genetik kusurdan kaynaklanabileceğini göstermektedir (Pruna et al., 2013). Difteri-Tetanoz-Boğmaca ve Kızamık, Kabakulak ve Kızamıkçık aşıları febril konvülsiyonu provoke edebilseler de, febril konvülsiyonun nedeni değildirler. Aşılama zamanının ileri yaşa ertelenmesi, febril konvülsiyon gelişme riskini azaltmaz. Aşılar, epilepsi veya West sendromu gelişme riskini artırmaz. Febril konvülsiyonun geçmişte varlığı aşılama için bir kontrendikasyon değildir. Epilepsi varlığı genel olarak aşılama için bir kontrendikasyon değildir (Belousova, 2020).

4.4.3.6. Özgün sorun çözme becerileri ve epilepsi

Özgül karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme, öykü, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranabilme ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanabilme, zamanı araç olarak kullanarak kademeli araştırma yapma ve belirsizliğe uyum sağlama gibi uygun çalışma ilkeleri benimseyebilme, gerektiğinde acil girişim yapabilme, erken dönemde ve henüz ayrımlaşmamış olarak ortaya çıkan durumları yönetebilme, tanı ve sağaltım girişimlerini etkili ve verimli şekilde kullanabilme yetilerini içerir (WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2005).

Aile hekimleri kendilerini başvuran epilepsi tanılı hastalarının da kayıtlarını doğru tutmalı, toplumun prevalans ve insidansı ile ilişkilendirebilmelidir. Hekim olarak nöbet, febril konvülsiyon geçiren hastaya gerektiğinde acil müdahale yapabilmelidir. Ayrıca nöbetin ayırıcı tanısını yapabilmeli, yönetebilmeli, gerektiğinde ilgili merkezlere sevk edebilmelidir.

Febril konvülsiyon; genellikle altı ay ile beş yaş arasında herhangi bir intrakraniyel enfeksiyon bulgusu olmaksızın, ateşle ilişkili olarak ortaya çıkan konvülsiyonlardır (Duffner et al., 2011). Ateşli nöbetleri olan çocukların değerlendirilmesine ateşin nedenini belirlemeye odaklanmış bir anamnez ve fizik muayene ile başlanmalıdır (Agarwal & Fox, 2013). Acil müdahale, hastayı hava yolu, solunum ve dolaşım açısından stabilize etmekle başlar. Ateşli nöbetlerin çoğu kendi kendini sınırlar, ancak beş dakikadan uzun süren nöbetlerin kendiliğinden durması olası değildir ve nöbeti kırmak için bir benzodiazepin uygulanmalıdır. İntravenöz erişim olmadığında, bukkal midazolam veya rektal diazepam kullanılabilir (Smith et al., 2019).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri ve Zamanı

Araştırma; tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. İstanbul Anadolu yakasında Pendik, Maltepe, Kartal ve Tuzla ilçelerini temsil eden Aile Sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma; 01.03.20-30.10.20 tarihlerinde Aile Sağlığı Merkezlerinde hizmet veren doktorlarla yürütülmüştür.

5.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini İstanbul ilinin Anadolu yakasında Pendik, Maltepe, Kartal ve Tuzla ilçelerinde, çalışmamızın başladığı tarihte mevcut İl Sağlık Müdürlüğü ASM hekim listesine göre aktif olarak görev yapmakta olan 545 aile hekimi oluşturmaktadır.

Türkiye’ de aile hekimlerinin birinci basamakta epilepsi yönetimi ile ilgili ihtiyaçlarının belirlenmesi adına yapılmış bir çalışma yoktur. Bu nedenle “open epi”^{*} adlı programda istatistiksel örneklem hesabı yapılırken, epilepsi yönetimiyle ilgili eğitim ihtiyacı olan hekimlerin frekansı bilinmediğinden % 50 olarak kabul edilmiştir. Buna göre örneklem % 95 güven düzeyi, % 5 hata payıyla hesaplanarak minimum 228 aile hekimi olarak belirlenmiştir. Örneklem seçimi yapılırken İstanbul ilindeki 4 ilçenin tamamından, her ilçe için, 4 ilçedeki toplam aile hekimi sayısına yapmış olduğu katkı oranında ulaşılması gereken aile hekimi sayıları belirlenmiştir (Kartal’ dan 51 aile hekimi, Maltepe’ den 61 aile hekimi, Pendik’ ten 84 aile hekimi ve Tuzla’ dan 32 aile hekimi olarak hesaplanmıştır.). Çalışmaya dahil edilecek aile hekimlerinin seçiminde ise, her ilçe için ayrı olarak, rastgele seçim yöntemi ile o ilçe için belirlenmiş aile hekimi sayısına ulaşıncaya kadar, aile sağlığı merkezleri kura ile seçilmiş ve ziyaret edilmiştir.

Araştırmamızın örneklemine oluşturan minimum 228 aile hekimi hedefine ulaşmak için gidilen toplam 362 aile hekiminden, 81 hekim çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Çalışmamızın tek dışlama kriteri hekimin gönüllü olmamasıdır. Bu

^{*} www.openepi.com

nedenle katılan hekimlerin hepsi çalışmaya dahil edilmiştir. 53 hekime ise yıllık izin, doğum izni, süt izni, kurum dışı hizmet, hekimin raporlu olması gibi nedenlerle ziyaret edilen tarihte ulaşılamadığı için toplamda 228 aile hekimi ile araştırma sonlandırılmıştır.

5.3. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- Aile Hekimliği biriminde aktif olarak çalışmakta olma
- Çalışma sırasında soruları anlama ve cevap verme konusunda probleminin olmaması

5.4. Çalışmadan Dışlama Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmama

5.5. Araştırmada Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda veri toplama aracı olarak sosyodemografik özellikleri ile aşağıdaki bilgileri toplayan bir veri toplama aracı kullanılmıştır.

- Mezuniyet bilgisi,
- Uzmanlık durumu,
- Hekim olarak görev yaptıkları dönemde en uzun süre hangi kurumlarda çalıştıkları,
- AHBS birimlerine kesin kayıtlı toplam hasta,
- AHBS birimlerine kesin kayıtlı epilepsi tanılı hasta sayıları,
- Epilepsi nöbeti ile daha önce karşılaşma durumları,
- Epilepsi ile ilgili eğitim alma durumları,
- Yakınlarında epilepsili bireylerin varlığı ve varsa yakınlık durumu,
- Epilepsi hastalarının ilaçları tekrar yazdırma/temini konusunda güçlük yaşama durumları,
- İlaç raporları konusunda güçlük yaşama durumlarını

sorgulayan bir anket ile araştırmacılar tarafından geliştirilen epilepsi konusunda aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri bakış açısıyla ihtiyaçların sorgulandığı bir anket kullanılmıştır. Bu anket aile hekimlerinin epilepsi yönetimi ile ilgili bazı bilgi ve özyeterlilik algılarını, 24 olumlu 5 olumsuz ifadeyi 5' li likert skala ile değerlendirmektedir. Olumlu sorular; 'kesinlikle katılmıyorum' cevabı için 1 puan, 'katılmıyorum' cevabı için 2 puan, 'kararsızım' cevabı için 3 puan, 'katılıyorum' cevabı için 4 puan, 'kesinlikle katılıyorum' cevabı için 5 puan olarak hesaplanmıştır. Olumsuz ifadeler ise olumlu soruların tersi şeklinde kodlanmıştır. Anketteki 29 ifadeden alınabilecek en fazla 145, en düşük 29 puan ile 'epilepsi bilgi ve özyeterlilik (EBÖY) skoru' değişkeni oluşturulmuştur.

Likert skalasının kullanıldığı ankette yer alan maddeler aile hekimliği çekirdek yeterliliklerine göre aşağıdaki gibi listelenmiştir:

Birinci basamak yönetimi: epilepsi tanısı için tek bir nöbetin yetip yetmediğini bilme durumları, epilepsi hastalarına sürücü belgesi, spor yapabilir belgesi ve sağlık raporu, işe giriş raporu verebilme durumları

Kişî merkezli bakım: epilepsi hastasının ne zaman sevk edilebileceği ya da konsültasyon istenebileceği, gebelikte AEİ kullanımı, emzirme ile AEİ kullanımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olma durumları

Bütüncül yaklaşım: epilepsi hastalarının ruhsal problemlerinin toplumun diğer kesiminden fazla olduğunu bilme durumları, epilepsi hastalarına psikososyal değerlendirme yapabilme durumları, epilepsi hastalarının akademik zorluklarla daha sık karşılaştıklarını bilme durumları, epilepsi hastalarına sigara bırakma konusunda danışmanlık verebilme durumları

Kapsayıcı yaklaşım: epilepsi hastalarını ne sıklıkla takip edildiğini bilme durumları, nöbeti tetikleyen veya kolaylaştıran faktörler hakkındaki bilgi durumları; ulusal ve uluslararası rehberleri kullanma durumları, AEİ' lerin kandaki düzeyine ne zaman bakılması gerektiğine ilişkin bilgi durumlarını, gebelik öncesi ve aile planlaması konusunda danışmanlık verebilme durumları, AEİ' lerin diğer ilaçlarla etkileşimleri ilgili bilgi durumları, epilepsili bireylerin ailesini bilgilendirebilme durumları, epilepsi hastalarının tedavi takiplerini yapabilme durumları, AEİ' lerin ne zaman kesilmesi gerektiğini bilme durumları

Toplum yönelimli yaklaşım: epilepsi hastalarına aşı önerirken oluşabilecek tereddüt durumları

Özgün sorun çözme: EEG'nin normal olmasının epilepsi tanısını dışlamayacağını bilme durumları, epileptik nöbet, psödonöbet ve febril konvülsüyona yaklaşım durumları, epilepsi hastalarının spor yapmaları hakkında bilgi durumları, epilepsi hastalarını nörologlarla koordineli bir şekilde takip edebilme durumları ile ilgili özyeterliliklerine ilişkin düşüncelerini belirtmeleri istenmiştir.

Her ne kadar hekimlerin likert skalası ile değerlendirilen bilgi, beceri ve tutumları belli çekirdek yeterlilikler altında ele alınsa da bunların birçoğu birkaç çekirdek yeterlilik içinde yer almaktadır. Örneğin hekimlere yönelttiğimiz; “Epilepsi nöbeti ile karşılaştığımda yapmam gerekenleri biliyorum.” cümlesi hem özgün problem çözme hem de kapsayıcı yaklaşım çekirdek yeterliliğine dahil edilebilir.

Anketin son iki sorusunda da varsa epilepsili hastalarının takiplerinde yaşanan zorluklar ve epilepsi ile ilgili eğitim ihtiyaçları sorulmuştur.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve halen aktif olarak kurumlarında çalışan aile hekimlerine ASM'lerinde ziyaret gerçekleştirerek dağıtıp toplama yöntemiyle anketler bire bir uygulanmıştır.

5.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde JASP versiyon 0.14.1 programından yararlanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, mod, ortanca ve minimum-maximum değerler kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmalı analizlerinde Pearson Ki Kare Testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen (non-parametrik) kategorik ve sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) iki nicel değişken arasındaki ilişki için ise Spearman testi kullanıldı. Beşli Likert kullanılan ankette, hekimlerin bilgi ve özyeterlilik algılarının değerlendirdiği 1. sorudan 29. soruya kadar olan bölümde, anketin iç tutarlılığını için cronbach alpha hesaplandı ve bölümün alt boyutlarını ortaya çıkarmak için faktör analizi yapıldı. P değerinin 0.05' in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

5.7. Araştırmanın Etik Kurul Başvurusu

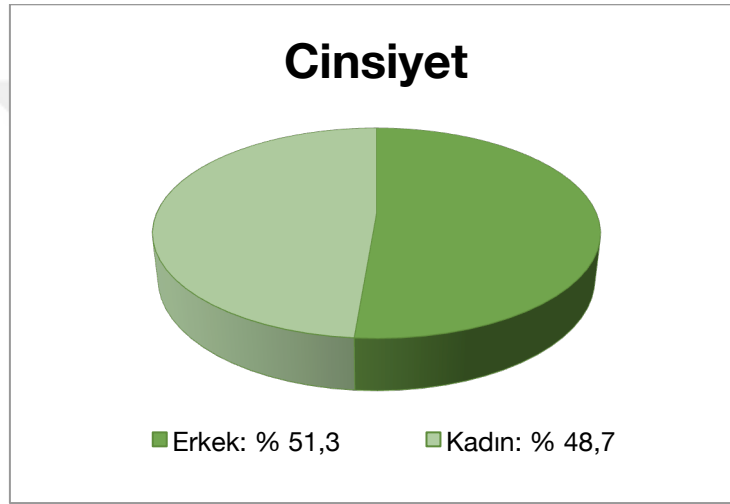
Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 09.2020.266 protokol kodu ile onay alınmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği bilgilendirilmiş ve Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 43766128-604.01.01 sayılı yazısında gerekli izin alınmıştır. Ayrıca araştırmanın ASM' lerde yürütülebilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı bilgilendirilmiş ve İl Sağlık Müdürlüğü'nün 15916306-604.01.01 sayılı yazısında gerekli izin alınmıştır. Dâhil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılar, kendilerine çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu okuyarak imzalamışlardır.



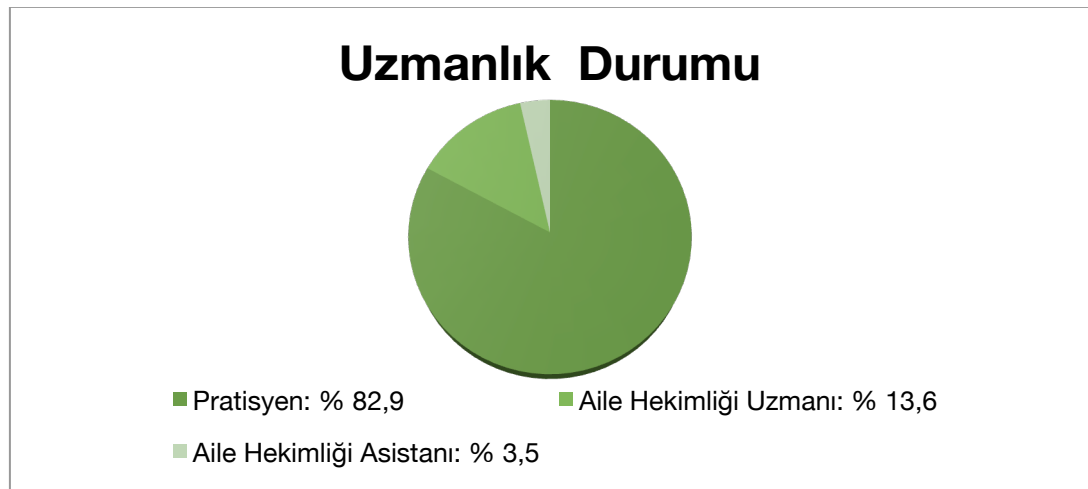
6. BULGULAR

6.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmamız toplamda 228 aile hekimi ile yürütülmüştür. Bunların 111'i kadın (% 48,7) ve 117'si erkektir (% 51,3) (Şekil 3). Hekimlerin 31' i aile hekimliği uzmanı, 187' si pratisyen hekim ve 8' i ise aile hekimliği asistanıdır (Şekil 4). Bahsedilen bu aile hekimliği asistanları Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde (E-ASM) çalışırken araştırmamıza katılmışlardır.



Şekil 3: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-I



Şekil 4: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-II

Katılımcıların ortalama yaşı $43,06 \pm 8,82$ ve ortanca yaş 43'tür (min: 26, max: 69). Hekimlerin tıp fakültesinden ortalama mezun olma süreleri $18,63 \pm 8,84$ ve ortanca mezun olma süreleri 19' dur (min: 3, max:43).

Katılımcılar tarafından “Ne kadar süredir aile hekimi olarak çalışmaktasınız?” sorusuna verilen yanıtlar Tablo 4’ de özetlenmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri yanıt ortalama $8,50 \pm 3,7$ yıldır (ortanca 10 yıl min: 1, max: 21) (Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların uzmanlık durumları ve aile hekimliği süreleri

		Aile hekimliği süresi (yıl)		
		Ort $\pm$ ss	Mod	Medyan (min-max)
Uzmanlık Durumu	Aile hekimliği uzmanı	$8,67 \pm 5,5$	10	10 (1-21)
	Aile hekimliği asistanı	$3,43 \pm 2,9$	2	2 (2-10)
	Pratisyen hekim	$8,66 \pm 3,3$	10	10 (1-20)
	Tüm hekimler	$8,50 \pm 3,7$	10	10 (1-21)

Katılımcıların mezun olduklarını belirttikleri tıp fakültelerinden ilk beşi sırasıyla İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi (%10,0), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (%9,21), Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi (%19), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (%6,14) ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesidir (%4,95) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların mezun oldukları tıp fakülteleri

Mezun olunan tıp fakültesi	n	%
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi	23	10,3
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	21	9,45
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	19	8,55
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi	14	6,30
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi	11	4,95
Diğer Tıp Fakülteleri *	140	60,45
Toplam	228	100

* Diğer tıp fakültelerindeki sıklık %4,95'in de altında değerler olduğu için tabloda gösterilmemiştir. Bu fakülteler; Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ahmet Yesevi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ukrayna Bogomotes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Irak Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, KATU Tıp Fakültesi, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'dir.

Uzman hekimlerin uzmanlık eğitimlerini tamamladıkları yerlerden, en yüksek oranla, ilk sırada Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (% 22,5), ikinci sırada Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (% 19,3) ve üçüncü sırada Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi (% 0,09) gelmektedir.

Hekimlerin geçmişte en uzun süre çalıştıkları kurum olarak % 82,4 sıklığıyla ASM' ler ve bunun ardından da % 14,0 sıklığıyla hastaneler gelmektedir.

6.2. Birimlerin Nüfus Özellikleri ve Kayıtlı Epilepsi Hasta Sayısı

Hekimlerin aile hekimliği bilgi sistemlerinde kesin kayıtlı olan kişi sayısı ve kendi birimlerine epilepsi tanısı ile kayıtlı hasta sayısı Tablo 6' da özetlenmiştir.

Tablo 6. Birimlerin nüfus özellikleri

	Ort±ss	Mod	Medyan (min-max)
Birim başına düşen toplam nüfus	3686,7 ± 572,7	4000	3925 (200-4002)
Birim başına düşen epilepsi tanılı hasta nüfusu	19,9 ± 16,4	10	15 (0-89)

6.3. Hekimlerin Epilepsi ile İlgili Deneyimleri

Katılımcıların tıp fakültesinden mezuniyetleri sonrasında epilepsi hakkında eğitim alma sıklığı % 10,9’ dur. Pratisyen hekimlerin % 10,0’ ı bu eğitimi almışken, % 90’ ı eğitim almamış olduklarını belirtmişlerdir. Uzman hekimlerin ise % 19,4’ ü bu eğitimi almışken, % 80,6’ sı eğitim almamış olduklarını belirtmişlerdir. Aile hekimliği asistanları henüz eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir (% 0) (Tablo 7). Eğitim aldığını belirten hekimlere ise açık uçlu olarak sorduğumuz “Nasıl bir eğitim?” sorusuna yanıt veren hekim olmamıştır.

Hekimlerin % 25’ i epilepsi tanılı hastaların rapor çıkarma konusunda güçlük yaşadıklarını, % 60,1’ i ise yaşamadıklarını ve % 14,9’ u ise güçlük durumunu bilmediklerini belirtmişlerdir.

Epilepsi hastalarının rapor çıkarma konusunda güçlük yaşadıklarını belirten hekimlere açık uçlu olarak sorduğumuz “varsa açıklayınız” sorusuna, hekimlerin çoğunluğu, % 70,4 sıklığıyla (n: 31) hastaların *randevu alma* konusunda güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Epilepsi hastalarının rapor çıkarma konusunda yaşadığı güçlük sorusuna, ikinci sırada verilen yanıt ise % 4,54 oranıyla, immobil hastaların rapor için hastaneye ulaşımı konusunda güçlük yaşamalarıdır. Hekimlerin verdiği diğer yanıtlar ise yaşlı hastaların hastaneye gitmek istememesinde, uzun süren hastane tetkik işlemlerinde, hastaların ilacı piyasada bulamamalarında, SGK prosedürleri konusunda, ilaç temini konusunda, hastanelerden sadece rapor çıkartılıp çeşitli sebeplerle hastaların takibine yeterince vakit ayıramadığı konusunda, diğer merkezlerden raporsuz ilaçları aile hekiminiz yazabilir diye hastaların yönlendirilmesinde, rapor ile kullanılan ilaç dozunun uyumsuz olması konusunda ve günümüzün toplum sağlığı problemi olan pandemi nedeniyle rapor ile ilişkili sorunlarda hastaneye ulaşma konusunda zorlandıklarını belirtmişlerdir.

Hekimlerin % 10,5' i epilepsi tanılı hastaların AEİ' lerini tekrar yazdırma/temini konusunda güçlük yaşadıklarını ve % 89,5' i ise güçlük yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 7. Hekimlerin uzmanlık durumunun diğer değişkenlerle ilişkisi

		Uzmanlık Durumu				P
		Pratisyen hekim	Aile hekimliği uzmanı	Aile hekimliği asistanı	Toplam	
Epilepsi Eğitimi	Evet	n: 19 (%: 76,0)	n: 6 (%: 24,0)	n:0 (%: 0)	n: 25 (%: 100)	0.184
	Hayır	n: 170 (%: 83,8)	n: 25 (%: 12,3)	n: 8 (%: 3,9)	n: 203 (%: 100)	
Rapor güçlük	Evet	n: 43 (%: 75.4)	n: 12 (%: 21.1)	n: 2 (%: 3.50)	n: 57 (%: 100)	0.143
	Hayır	n: 120 (%: 87.6)	n: 12 (%: 8.8)	n: 5 (%: 3.6)	n: 137 (%: 100)	
	Bilmi yorum	n: 26 (%: 76.5)	n: 7 (%: 20.6)	n: 1 (%: 2.9)	n: 34 (%: 100)	
Hastaların AEİ' lerini tekrar yazdırma/temini konusunda güçlük	Evet	n: 17 (%: 70.8)	n: 6 (%: 25.0)	n: 1 (%: 4.2)	n: 24 (%: 100)	0.216
	Hayır	n: 172 (%: 84.3)	n: 25 (%: 12.3)	n: 7 (%: 3.4)	n: 204 (%: 100)	

*Ki-kare testi

Epilepsi tanılı hastaların AEİ' lerini tekrar yazdırma/temini konusunda güçlük yaşadıklarını belirten 15 hekime, açık uçlu olarak sorduğumuz “varsa açıklayınız” sorusuna ise 7 hekim, hastaların *antiepileptiklere ait ilaç raporları bittiğinde ilaçlarını alabilmeleri* konusunda güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların epilepsi hastalarının AEİ' lerini tekrar yazdırma/temini konusunda yaşadıkları güçlük sorusuna verilen diğer yanıtlar Tablo 8' de belirtilmiştir.

Tablo 8. Epilepsi tanıli hastaların AEİ' lerini tekrar yazdırma/temini konusunda yaşadıkları güçlükler

Hekimlere göre hastaların antiepileptik ilaçlarını tekrar yazdırma/temini konusunda yaşadıkları güçlükler	n	%
AEİ' lere ait ilaç raporları bittiğinde ilaçlarını alamamaları	7	46,7
AEİ' lere ait ilaç raporlarında yazan dozlara göre hastaların kullandıkları ilaç dozlarının değişmesi	2	13,3
AEİ' lere ait ilaç raporu yoksa nöroloji randevusu almakta zorluk	2	13,3
AEİ' lerin piyasadan temini	2	13,3
Raporsuz ilaç reçetesi talebi	1	6,7
İlaç etkileşimlerinin bilinmemesi	1	6,7

Katılımcıların % 79,8' i (n: 182) epilepsi nöbeti geçiren biriyle karşılaşmışken % 20,2' si (n: 46) karşılaşmamıştır. Aynı zamanda katılımcıların % 13,6' sı (n: 31) epilepsi tanıli bir yakına sahipken % 86,4' ü (n: 197) epilepsi tanıli bir yakına sahip değildir.

Tablo 9. Hekimlerin epilepsi tanıli yakına sahip olma durumunun epilepsi nöbetiyle karşılaşma durumuna ilişkisi

		Epilepsi tanıli yakına sahip olma			P
		Evet	Hayır	Total	
Epilepsi nöbetiyle karşılaşma	Evet	n: 30 (%: 16,4)	n: 152 (%: 83,6)	n: 182 (%: 100)	0.011*
	Hayır	n: 1 (%: 2,2)	n: 45 (%: 97,8)	n: 46 (%: 100)	

*Ki-kare testi

Epilepsi tanıli yakına sahip olan katılımcıların yakınlarına olan akrabalık derecesi en çok % 41,7 ile üçüncü derece sonra sırasıyla % 29,2 ile birinci derece, % 20,8 ile ikinci derece olarak saptanmıştır. Ayrıca % 8,3 ile de herhangi bir akrabalık ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Hekimlerin epilepsi tanıli yakına sahip olanların daha fazla epilepsi nöbeti ile karşılaştığı saptanmışken ($p<0,05$) (Tablo 9), hekimlerin bu yakınlarına olan akrabalık derecesi ile epilepsi nöbetiyle karşılaşma durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

6.4. Aile Hekimlerinin Çekirdek Yeterlilikler Bakış Açısı ile Epilepsi Yönetimi ile ilgili Bilgi ve Özyeterlilik Algısı

Katılımcıların epilepsi yönetimi ile ilgili bilgi ve özyeterlilik algılarının değerlendirildiği beşli likert tipi bölüm için Cronbach Alpha Güvenilirlik Analizi hesaplandı. Cronbach alpha değeri 0,848 saptandı. Yine bu sorulardan oluşan bölümün alt boyutlarını ortaya çıkarmak için faktör analizi uygulandı. Verilerin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin Testi ve Bartlett testi ile değerlendirildi ve ardından faktör analizi yapıldı. Ölçeğin faktör yapılarını incelemek için temel bileşenler analizi uygulandı ve madde faktör yüklerinin 0,30 ve daha üstü olması tercih edildi. Öz değeri (eigenvalue) 1'in üzerinde olan faktörler anlamlı kabul edildi ve faktör sayısı belirlendi. Daha sonra ortaya çıkan faktörleri yorumlamada kolaylık sağlaması için varimax faktör rotasyonu uygulandı. Analiz sonucuna göre 7 faktör saptandı, ancak beşinci faktör grubuna dahil olan değişkenlerin 4' ünün de diğer madde yükleri de göz önüne alınarak diğer faktör gruplarına daha uygun oldukları görüldü ve böylece toplam faktör sayısı altı gruba indirgendi. Bu gruplarında çekirdek yeterlilikleri ile uyumlu olduğu düşünüldü ve grupların isimlendirmesi çekirdek yeterliliklerine göre yapıldı. Oluşan gruplar aşağıdaki tablolarda belirtilmiştir (Tablo 10-15).

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
VAR00034	,733						
VAR00035	,715						
VAR00032	,682						
VAR00029	,668					,316	
VAR00026	,668						
VAR00040	,642						
VAR00030	,639	-,321				,305	
VAR00028	,627				-,384		
VAR00014	,626						
VAR00017	,625						,378
VAR00033	,615				,341		
VAR00027	,601						
VAR00024	,579				,362		
VAR00041	,579			-,403			
VAR00039	,556			-,458			
VAR00025	,539						
VAR00015	,460	,418		,312			
VAR00023	,448					-,300	
VAR00022		,701					
VAR00018		-,663	,514				
VAR00020		-,661	,392				
VAR00021		-,620	,420				
VAR00037		,553		-,319		,328	
VAR00013	,438	,441		,350			-,304
VAR00016			,394			,389	
VAR00038		,435	,376	-,493			
VAR00031		,394			-,395		,373

Şekil 5. Temel bileşenler analizi

Tablo 10. “ Birinci basamak yönetimi" kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Tek bir nöbet geçirmek epilepsi tanısı için yeterli değildir.	n: 9 (%: 3,9)	n: 25 (% 11,0)	n: 58 (% 25,4)	n: 82 (% 36,0)	n: 54 (% 23,7)
Epilepsi tanılı hastaya sürücü belgesi verirken tereddüt ediyorum.	n: 11 (% 4,85)	n: 16 (% 7,0)	n: 11 (% 4,85)	n: 53 (% 23,2)	n: 137 (% 60,1)
Epilepsi tanılı hastalara spor yapabilmeleri için sağlık raporu verirken tereddüt ediyorum.	n: 9 (% 3,9)	n: 18 (% 7,9)	n: 29 (% 12,7)	n: 66 (% 29,0)	n: 106 (% 46,5)
Epilepsi tanılı bireylerde işe giriş raporlarını verirken zorlanıyorum.	n: 9 (% 3,9)	n: 29 (% 12,7)	n: 30 (% 13,2)	n: 67 (% 29,4)	n: 93 (% 40,8)

Tablo 11. “ Kişi merkezli bakım” kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Epilepsi hastalarını ne zaman sevk etmem gerektiğini ya da konsültasyon isteyeceğimi biliyorum.	n: 8 (%: 3,5)	n: 12 (%: 5,3)	n: 74 (%: 32,4)	n: 88 (%: 38,6)	n: 46 (%:20,2)
AEİ kullanımı sırasında emzirme konusunda yeterli bilgiye sahibim.	n: 25 (%: 11,1)	n: 46 (%: 20,35)	n: 101 (%: 44,7)	n: 46 (%: 20,35)	n: 8 (%: 3,5)
Gebelikte AEİ kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahibim.	n: 30 (%: 13,2)	n: 57 (%: 25,0)	n: 84 (%: 36,8)	n: 45 (%: 19,7)	n: 12 (%: 5,3)

Tablo 12. “Bütüncül yaklaşım” kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Epilepsi hastalarında ruhsal problemlerin toplumun diğer kesiminden daha fazla olduğunu farkındayım.	n: 4 (%: 1,8)	n: 18 (%: 7,9)	n: 55 (%: 24,1)	n: 97 (%: 42,5)	n: 54 (%: 23,7)
Epilepsisi olan çocukların akademik zorluklarla daha sık karşılaştığını biliyorum.	n: 5 (%: 2,2)	n: 18 (%: 7,9)	n: 59 (%: 25,9)	n: 98 (%: 42,9)	n: 48 (%: 21,1)
Epilepsi hastalarına psikososyal değerlendirme yapabilirim.	n: 14 (%: 6,1)	n: 37 (%: 16,2)	n: 118 (%: 51,8)	n: 50 (%: 22,0)	n: 9 (%: 3,9)

Tablo 13. “Kapsayıcı yaklaşım” kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Hastaları antiepileptiklerin yan etkileri açısından takip edebilirim.	n: 16 (%: 7,0)	n: 56 (%: 24,6)	n: 86 (%: 37,7)	n: 55 (%: 24,1)	n: 15 (%: 6,6)
Epilepsi nöbetlerini kolaylaştıran, tetikleyen faktörler hakkında yeterli bilgiye sahibim.	n: 8 (%: 3,5)	n: 23 (%: 10,1)	n: 88 (%: 38,5)	n: 95 (%: 41,7)	n: 14 (%: 6,2)
Epilepsi hastalarının aile bireylerini epilepsi hakkında bilgilendirebilirim.	n: 4 (%: 1,8)	n: 25 (%: 11,0)	n: 68 (%: 29,8)	n: 107 (%: 46,9)	n: 24 (%: 10,5)
Psödonöbet, psikojenik nöbet ve gerçek nöbeti ayırabilirim.	n: 20 (%: 8,8)	n: 29 (%: 12,7)	n: 85 (%: 37,2)	n: 70 (%: 30,7)	n: 24 (%: 10,5)
Epilepsi hastalarının tedavilerinin takibini yapabiliyorum.	n: 22 (%: 9,7)	n: 37 (%: 16,2)	n: 107 (%: 46,9)	n: 54 (%: 23,7)	n: 8 (%: 3,5)
Epilepsi hastalarında antiepileptiklerin ne zaman kesilmesi gerektiğini biliyorum.	n: 44 (%: 19,3)	n: 76 (%: 33,3)	n: 85 (%: 37,3)	n: 21 (%: 9,2)	n: 2 (%: 0,9)
Antiepileptik ilaçların hangi ilaçlarla etkileştiği hakkında bilgi sahibiyim.	n: 25 (%: 11,0)	n: 61 (%: 26,8)	n: 97 (%: 42,5)	n: 41 (%: 18,0)	n: 4 (%: 1,7)
Epilepsi tanılı hastamı ne sıklıkta takip etmem gerektiğini biliyorum.	n: 7 (%: 3,1)	n: 28 (%: 12,3)	n: 100 (% 43,9)	n: 71 (%: 31,1)	n: 22 (% 9,6)
Epilepsi yönetimi ile ilgili ulusal ya da uluslararası rehberleri kullanıyorum.	n: 43 (% 18,9)	n: 56 (% 24,6)	n: 71 (% 31,1)	n: 47 (% 20,6)	n: 11 (% 4,8)
Antiepileptikle ilaçların kandaki düzeylerine ne zaman bakılması gerektiğini biliyorum.	n: 32 (% 14,0)	n: 65 (% 28,5)	n: 92 (% 40,3)	n: 27 (% 11,9)	n: 12 (% 5,3)
Epilepsi hastalarına gebelik öncesi danışmanlık verebilirim.	n: 34 (%: 14,9)	n: 63 (%: 27,6)	n: 81 (%: 35,5)	n: 42 (%: 18,5)	n: 8 (%: 3,5)
Epilepsi hastalarına uygun kontraseptif yöntem seçimi konusunda danışmanlık verebilirim.	n: 27 (%: 11,8)	n: 55 (%: 24,1)	n: 80 (%: 35,1)	n: 48 (%: 21,1)	n: 18 (%: 7,9)
Epilepsi hastalarına sigara bırakma konusunda danışmanlık vermem gerektiğini biliyorum.	n: 8 (%: 3,5)	n: 16 (%: 7,0)	n: 116 (%: 50,9)	n: 77 (%: 33,8)	n: 11 (%: 4,8)

Tablo 14. “Toplum yönelimli olma” kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Epilepsi hastasına aşı önerirken tereddüt yaşıyorum.	n: 27 (%: 11,9)	n: 56 (%: 24,6)	n: 67 (%: 29,3)	n: 51 (%: 22,4)	n: 27 (%: 11,8)

Tablo 15. “Özgün sorun çözme” kapsamında bilgi ve özyeterlilik algısı

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Epilepsi nöbeti ile karşılaştığımda yapmam gerekenleri biliyorum.	n: 1 (%: 0,5)	n: 8 (%: 3,5)	n: 52 (%: 22,8)	n: 120 (%: 52,6)	n: 47 (%: 20,6)
Febril konvülsiyonun nasıl yönetilmesi gerektiğini biliyorum.	n: 5 (%: 2,2)	n: 14 (%: 6,1)	n: 58 (%: 25,4)	n: 100 (%: 43,9)	n: 51 (%: 22,4)
EEG'nin normal olmasının epilepsi tanısını dışlamayacağını biliyorum.	n: 4 (%: 1,8)	n: 8 (%: 3,5)	n: 53 (%: 23,2)	n: 101 (%: 44,3)	n: 62 (%: 27,2)
Epilepsi tanıli hastalar her çeşit sporu yapabilir.	n: 49 (% 21,5)	n: 76 (% 33,3)	n: 63 (% 27,6)	n: 27 (% 11,9)	n: 13 (% 5,7)
Epilepsi hastaları nörologlarla birlikte koordine bir şekilde takip edilmelidir.	n: 7 (%: 3,1)	n: 4 (%: 1,8)	n: 9 (%: 3,9)	n: 66 (%: 28,9)	n: 142 (%: 62,3)

Hekimlerin; epilepsi yönetimi ile ilgili bilgi ve özyeterlilik algılarının değerlendirildiği ifadelerle ne kadar katıldıklarına göre hesaplanan toplam skorlar değerlendirildiğinde, tüm hekimlerin EBÖY skoru ortalaması $90,54 \pm 12,7$, ortanca 91 (min:57, max:128) olarak saptanmıştır.

Aile hekimlerinin epilepsi ile ilgili EBÖY skorlarının hekimlerin demografik verileri ile ilişkisi incelendiğinde (Tablo 16); konuyla ilgili daha önceden eğitim

alanlarda, eğitim almamış olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). EBÖY skorları ile hekimlerin yaşı, mezuniyet süreleri, aile hekimliği süreleri ve birimlerin nüfus özellikleri arasında yapılan korelasyon analizi incelendiğinde, anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 16. EBÖY skorlarının hekimlerin epilepsi ile ilgili eğitim alma durumu, cinsiyet, uzmanlık durumu ve en uzun süre çalıştıkları yer ile ilişkisi

		EBÖY skoru	P
		Ort $\pm$ ss	
Epilepsi ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	98,2 $\pm$ 13,3	<0,001*
	Hayır	89,6 $\pm$ 12,3	
Cinsiyet	Kadın	89,6 $\pm$ 12,6	0.301
	Erkek	91,4 $\pm$ 12,7	
Uzmanlık durumu	Aile hekimliği uzmanı	92,5 $\pm$ 12,7	0.626
	Aile hekimliği asistanı	89,0 $\pm$ 8,05	
	Pratisyen hekim	90,2 $\pm$ 12,8	
En uzun süre çalışılan yer	Birinci basamak	89,8 $\pm$ 12,4	0,153
	Hastane	93,7 $\pm$ 13,3	
	Diğer	95,4 $\pm$ 14,1	

*Mann Whitney U Testi

6.5. Aile Hekimlerinin Epilepsi ile ilgili Yaşadıkları Zorluklar

Hekimlere sorduğumuz “Aile hekimi olarak epilepsili hastaların takibinde yaşadığınız zorluklar nelerdir?” sorusunu, hekimlerin % 63,1’ i yanıtlamışlardır. Bu hekimlerin verdiği cevaplar; zorluk yaşamamaları, ilaç ile ilişkili zorluklar (ilaca ulaşmada zorluk, ilaç raporu ve reçetesi), epilepsiye özgü zorluklar (gebe takibi, çocuk takibi, hasta takibi, bilgi eksikliği, sağlık raporları, yeni ilaçlar, ilaç dozu, yan etkileri, etkileşimleri, ilaç değiştirilmesi), sistem ile ilişkili zorluklar (zaman azlığı, nörolojiden randevu alınamaması, ilaç düzeyi bakamamak, koordinasyon, konsültasyon), hasta ile ilişkili zorluklar (tedavi uyumsuzluğu, epilepsi tanısının gizlenmesi, ilaçları kötüye kullanmaları), epilepsili hastaların ailesi ile ilişkili zorluklar (bilgi eksikliği, eğitimsizlik) olarak gruplandırılmıştır. Buna göre hekimlerin epilepsili

hastaların takibinde yaşadığı zorluk durumları Tablo 17’ de gösterilmiştir. Hekimlerin verdiği yanıtlardan % 31,9’ unun epilepsiye özgü zorluklar olduğu saptanmıştır.

Tablo 17. Hekimlerin epilepsili hastaların takibinde yaşadığı zorluk durumları

Hastaların takibinde yaşanan zorluk durumu	n	%
Epilepsiye özgü zorluklar	46	31,9
Sistem ile ilişkili	39	27,2
Zorluk yaşamayanlar	27	18,7
Hasta ile ilişkili	19	13,2
İlaçla ilişkili	9	6,2
Hastaların ailesi ile ilişkili	4	2,8
Toplam	144	100

Tablo 18: Hekimlerin epilepsili hastaların takibinde zorluk yaşama durumları ve uzmanlık durumları arasındaki ilişki

	Zorluk yaşama durumu			P
	Hayır	Evet	Toplam	
Aile Hekimliği Uzmanı	n: 2 (%: 9,1)	n:20 (%: 90,9)	n: 22 (%: 100)	0,341
Aile Hekimliği Asistanı	n: 0 (%: 0)	n: 2 (%: 100)	n: 2 (%: 100)	
Pratisyen Hekim	n: 25 (%: 20,8)	n: 95 (%: 79,2)	n:120 (%: 100)	

*Ki-kare testi

6.6. Aile Hekimlerinin Epilepsi ile ilgili Eğitim Almak İsteme Durumları

Hekimlere sorduğumuz epilepsi ile ilgili eğitim almak isteyip istemedikleri ile ilgili soruya hekimlerin % 82,6’ sı kadar çoğunluğu eğitim almak istediklerini, % 17,4’ ü ise eğitim almak istemediklerini belirtmişlerdir.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamız; Türkiye’de aile hekimlerinin epilepsi yönetimi ile ilgili ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla birinci basamakta yapılmış ilk çalışma özelliğini taşımaktadır. Hekimlerin % 89,1’ i tıp fakültesinden mezuniyetleri sonrasında epilepsi konusunda eğitim almadıklarını, % 82,6’ sı da bu konuda eğitim almak istediklerini ifade etmişlerdir. Birinci basamakta her yaş grubundaki ve cinsiyetteki epilepsili bireyle; sağlık sorunları, reçete tekrarı, izlem, bağışıklama, evde sağlık hizmetleri vb. gibi nedenlerle sıkça karşılaşabilecek olan aile hekimlerinin, bu konuyla ilgili oldukça fazla eğitim ihtiyaçlarının olduğunun saptanması, araştırmanın çarpıcı bir sonucudur.

Çalışmamızda aile hekimlerinin AHBS’ ye kayıtlı hasta sayısı ortalama $3686,7 \pm 572,7$ olarak saptanmıştır. IBBS’ ye göre 2018 yılında Türkiye’de aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus 3405 ve yine IBBS’ ye göre İstanbul’da aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus 3721 kişidir (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 2018). Bulgumuz İstanbul için bildirilen ortalama ile benzerdir. Ortaya çıkan birim başı hasta sayısının; Sağlık Bakanlığının, 2020 yılı için hedeflediği, her aile hekimi için ortalama hasta sayısı hedefi olan 3040 sayısından daha fazla ve 2023 yılı için hedeflediği her aile hekimi için ortalama 2700 kayıtlı nüfus olması hedefinden, bugün için uzak olduğu görülmektedir (2019-2023 Stratejik Planı, 2019).

Katılımcıların AHBS’ ye kayıtlı epilepsi tanılı hasta sayısı $19,9 \pm 16,4$ olarak saptanmıştır. Türkiye’yi temsil eden epilepsi prevalans ve insidans çalışması olmamakla beraber, Adana ilindeki bir çalışmaya göre Epilepsinin prevalansının 1000’ de 7 olduğunu kabul edersek (Balal et al., 2017), her hekimin yaklaşık 25 epilepsi tanılı hastası (AHBS kayıtlı ortalama 3686 kişi üzerinden) olması beklenir. Bulgumuz bu değerle örtüşmektedir ancak çalışmaya katılan bazı hekimler, sistem üzerinden epilepsi tanılı hasta sayısına nasıl bakılacağını bilmediklerini veya zaman yetersizliği nedeni ile tahmini rakamlar verdiklerini ifade etmişlerdir. Aynı zamanda sistemdeki tanılar üzerinden kesin sayıya bakabilen aile hekimleri de, epilepsi tanısı girdikleri bazı hastaların migren veya bipolar bozukluk gibi nedenlerle AEİ kullandıklarını ve ilacın SGK tarafından ödenmesi için, bu hastalara epilepsi tanısı girdiklerini belirtmişlerdir. Dolayısıyla bu veri çoğunlukla tahmini rakamlar olması nedeniyle epilepsi tanılı hasta sayısı hakkında kesin olmayan sadece fikir verici olarak kabul edilebilir.

Türkiye’de epilepsi ile ilgili bir insidans çalışması olmadığı için, dünyada çapında yapılmış bir meta analize göre epilepsi insidansının 100,000’ de 80 (Bell et al., 2014) olduğunu kabul edersek her yıl yaklaşık 3 hasta (AHBS kayıtlı ortalama 3686 kişi üzerinden) yeni tanı epilepsi ile aile hekimine başvuracaktır. Prevalans üzerinden de her hekimin yaklaşık 25 epilepsi tanılı hastası olduğunu kabul edersek, toplamda 28 hasta olacaktır. Bu 28 hastanın sadece üç ayda bir AEİ reçetesi için başvurduğunu varsayarsak, yılda 112 ziyaret gerçekleşmiş olur. Ayrıca yılda 1 kez de herhangi başka bir hastalıkla aile hekimine başvurabileceğini öngörürsek de toplam 140 ziyaret gerçekleşmiş olur. Yine bu hastalardan yılda bir tanesinin işe giriş belgesi almak, spor yapabilir belgesi almak, sürücü belgesi almak, aile planlaması, prekonsepsiyonel danışmanlık, emzirme, gebelik ve aşı için başvurabileceğini kabul edersek toplamda 148 ziyaret gerçekleşmiş olur. Bu da; bir aile hekimi, ayda 12 epilepsili hastayla karşılaşmakta demektir. Yani bir aile hekimi en azından iki günde bir, epilepsi tanılı bir hastayla ziyaret gerçekleştirecektir. Bu nedenle aile hekimliği pratiğinde epilepsi önemli bir yerdedir.

Katılımcıların tıp fakültesinden mezuniyetleri sonrasında epilepsi hakkında eğitim alma durumu sorulduğunda, hekimlerin çoğunluğu eğitim almadıklarını, aile hekimliği asistanlarının tamamı ise henüz eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Burada aile hekimliği asistanlarının eğitim almamış olmaları dikkat çekmektedir ancak çalışmaya katılan aile hekimliği asistan sayısının düşük olması, eğitimlerini henüz tamamlamamış olmaları ve bazı eğitim kurumlarında nöroloji eğitiminin seçmeli olarak verilmesi bu sonuca neden olmuş olabilir. Yine de aile hekimliği uzmanlarının da çoğunluğu eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Bu eğitim açığı, aile hekimliği asistanları için nöroloji rotasyonunun seçmeli olarak yapıldığı eğitim kurumlarında zorunlu rotasyon haline getirilmesi ya da aile hekimliği eğitim müfredatına epilepsi eğitimi de eklenmesi ile çözülebileceği düşünülmektedir. Aile hekimliğinin 2019 yılındaki uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatına göre, epilepsinin, nöroloji rotasyonundaki yetkinlik hedefi, aile hekim uzmanının ekip çalışması yaparak hastanın tanı ve tedavisinin tüm sürecini yönetebilmesi olarak belirtilmiştir (Tıpta Uzmanlık Kurulu, 2019).

Çalışmamızda hekimlerin EBÖY skorunun aile hekimlerinin epilepsi konusuyla ilgili daha önceden eğitim almış olanlarda, eğitim almamış olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hekimlerin epilepsiyle ilgili eğitilmiş olması

bilgi ve özyeterliliğini artırmıştır. Miller'ın ustalık piramidinde de belirtildiği üzere klinik yeterliliğin değerlendirilmesinde kişi önce bilmeli ve artan yeterlilik ile uygulama yapabilmelidir (Miller, 1990) (Şekil 5).



Şekil 6. Miller'ın Ustalık Piramidi (Miller, 1990)

Epilepsi hastalarının ilaç raporu çıkarma konusunda güçlük yaşadıklarını belirten hekimlerin büyük çoğunluğu hastaların *randevu alma* konusunda güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların ilaç raporları nöroloji uzman hekimleri tarafından çıkarılabilmektedir. IBBS'na göre Türkiye'de toplam uzman hekim sayısı 2018 yılında, 2002 yılına göre yüzde 95,3 artış göstermiş; kişi başı 2. ve 3. basamak merkeze yapılan yıllık müracaat da 2018 yılında 2012 yılına göre yüzde 215 artmıştır (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, 2018). Bulgumuzun, uzman hekim sayısındaki artış ile yıllık kişi başı hastane müracaatındaki artış arasındaki belirgin farktan kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızın veri toplama sürecinin Covid-19 pandemisine denk gelmesinin bu sonucu etkilemiş olabileceği düşünülebilir olsa da pandemi döneminde kronik hastalığı olan kişilerin ilaç raporlarının süresi uzatılmıştır (Titck - Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, n.d.). Bu nedenle bu sonucumuzun pandemiden büyük oranda etkilendiği düşünülmemiştir.

Hekimlere; aile hekimi olarak epilepsili hastaların takibinde yaşadıkları zorlukları sorduğumuzda hekimlerin çoğunluğu, epilepsiye özgü bilgi ile ilgili zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Literatürde Brezilya'da hastanede çalışan aile hekimi ve pediatristlere epilepsi ile ilgili yapılan kesitsel bir çalışmada da doktorların, kendilerinin ve meslektaşlarının, epilepsi ile ilgili bilgi eksikliğinin farkında olduğu bildirilmiştir (Gomes, 2000). Hekimlerinin çoğunluğunun vermiş

olduğu bu yanıtlar bu çalışmayla ve araştırmamızın epilepsi ile ilgili eğitim ihtiyacı olduğu bulgusuyla örtüşmektedir.

Çalışmamızın diğer bir çarpıcı bulgusu, hekimlerin en çok yüzdeyle (% 91,2) “epilepsi hastaları nörologlarla birlikte koordine bir şekilde takip edilmelidir.” ifadesine katılmasıdır. Birleşik Krallık’ta aile hekimlerine yapılan bir çalışmada da hekimlerin çoğunluğu koordineli takibi gerekli bulmuştur (Chappell & Smithson, 1999). Brezilya’da birinci basamak hekimlerine yapılan başka çalışmada da hekimlerin %93’ü epilepsili hastasını nöroloğa sevk ettiklerini belirtmişlerdir (Müller & Gomes, 2007). Katılımcıların çoğunluğunun epilepsili hastaların nörologlarla takip edilmesi gerektiğini düşünmesine rağmen, nerdeyse yarısı ne zaman sevk edeceklerini bilmiyorlar veya kararsızlardır.

Çalışmamızda hekimlerin büyük çoğunluğu, epilepsi hastalarında AEİ’lerin ne zaman kesilmesi gerektiğini bilmiyor veya kararsızdır. Aile hekimleri epilepsi hastalarının takibinde AEİ’lerin kesilmesi ile ilgili kararı tek başlarına vermemeli, AEİ kesimi nöroloji uzmanının yönetiminde veya rehberliğinde olmalıdır (Aykut et al., 2007). Ancak aile hekimleri kendilerine herhangi bir nedenle başvuran epilepsi hastalarından anamnez alırken bu konuda da alert olmalı, gerektiğinde hastasını ilgili merkeze yönlendirebilmelidir. Özellikle nöroloji hekimine ulaşamayan epilepsi hastalarının tedavi takiplerini yapabilmeleri için aile hekimlerinin bu konuda da rolü büyüktür ve bilgi sahibi olması gerekmektedir. Örneğin; aile hekimleri hastaneye ulaşamayan immobil veya yaşlı hastaları ev ziyaretleriyle takip etmek durumundadırlar (“Aile Hekimliği Yönetmeliği,” 2017). Böyle bir epilepsi hastasının tedavisinin ne zaman sonlandırılacağı konusunda da bilgi sahibi olmalı ve gerektiğinde ilgili merkeze danışabilmelidir.

Hekimlerin yarısından fazlası; “Hastaları AEİ’lerin yan etkileri açısından takip edebilirim.” ifadesine katılmadıklarını veya kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Avustralya’da epilepsiyle ilgili farklı uzmanlık dallarından oluşan hekimlere yapılan bir çalışmada da hekimlerin büyük çoğunluğunun AEİ’lerin yan etkilerinin farkında olmadıkları veya bu konuda kararsız oldukları saptanmıştır (R. G. Beran & Read, 1981). Epilepsili hastalar aile hekimlerine başvurduklarında özellikle reçete yazarken *ilaç yan etkieri* (Tablo 1) açısından sorgulanmalıdırlar. Aynı şekilde hasta ilaca bağlı olabilecek herhangi bir semptomla başvurduğunda da hekim ilaç yan etkisi olabileceğini düşünmelidir.

Çalışmamızda katılımcıların % 80,3' ü; "AEİ' lerin hangi ilaçlarla etkileştiği hakkında bilgi sahibiyim." ifadesine katılmadıklarını veya kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Brezilya'da aile hekimi ve pediatristlerin dahil edildiği çalışmada da hekimler, AEİ'lerin ilaca özel kullanım durumlarını bilmediklerini belirtmişlerdir (Gomes, 2000). Bu bulgumuz aile hekimlerinin bu konudaki eğitim ihtiyacı için çok önemlidir. Örneğin aile hekimi karbamazepin kullanan hastasına makrolid grubu bir antibiyotiği reçete ederken, makrolidin AEİ' nin kandaki düzeyini arttırabileceğini, karbamazepin ve makrolidin birlikte kullanımından kaçınması gerektiğini bilmelidir (I. Johannessen & Johannessen Landmark, 2010) (Tablo 2). Böyle bir durumda hasta AEİ' ye bağlı toksisite riskiyle karşı karşıya kalabilir.

Hekimlerin büyük çoğunluğu; AEİ kullanımı sırasında emzirme konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını veya kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Halbuki gebe kadar, bebek ve lohusanın izleminde de aile hekimlerinin görevi çok fazladır. Epilepsili hastaların bazıları AEİ kullanımı sırasında bebeğini emzirmeyi bırakabilir ya da bebeğini emzirebilmek için AEİ kullanımını kesebilir. Epilepsili kadınlarda emzirmenin avantajları, AEİ' lere bağlı bebekte nadir görülebilecek dezavantajlardan (sedasyon, hipotoni ve beslenme güçlüğü gibi (% 5-% 10)) çok daha fazla olduğundan, hasta emzirmeye devam etmelidir (Blume, 2003). Aile hekimi de hastasını bu yönde cesaretlendirmelidir. Literatürde bir çalışmada bulgumuzla benzer bir sonuç saptanmış olup, AEİ kullanımıyla birlikte emzirmenin güvenli olduğunu aile hekimlerinin yarısından çoğunun bilmediği belirtilmiştir (Elliott & Shneker, 2008). Yine hekimlerin büyük çoğunluğu gebelikte AEİ kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını veya kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Amerika'da Ohio Üniversitesinin yayınladığı bir makalede aile hekimlerinin AEİ tedavisini durdurma, başlatma, AEİ' leri değiştirme ve hamilelik boyunca hastaları yönetme konusunda zorlandıklarını belirtmiştir (Elliott & Shneker, 2008). Bu sonuçlarımıza göre emzirme kadar, gebelik ve AEİ kullanımı konusunda da aile hekimlerinin eğitim ihtiyacının olduğunu görmekteyiz. Emzirmede olduğu gibi epilepsili hastaların bazıları AEİ kullanımı sırasında gebe kaldığında ya da gebelik planlandığında AEİ kullanımını kesebilir. Böylece anne ve bebeği birçok riskle karşılaşabilirler. Gebe epilepsili hastalar ayrıca kullandıkları AEİ' lerin gebelik üzerine etkilerini öğrenmek içinde aile hekimlerine başvurabilir. Aile hekimi bu gibi nedenlerle gebe epilepsili hastalarda AEİ kullanımı konusunda bilgi sahibi olmalıdır.

T.C. Resmi gazetesinde yayınlanan Aile Hekimliği Yönetmeliğine göre birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce düzenlenmesi öngörülen her türlü rapor, sevk evrakı, reçete ve sair belgeler, aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde aile hekimleri tarafından düzenlenebilir (“Aile Hekimliği Yönetmeliği,” 2017). Bu nedenle aile hekimleri epilepsi tanılı hastalara da bu raporları vermekle yükümlüdür. Ancak aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun, epilepsi tanılı hastalara sürücü belgesi için sağlık raporu verirken tereddüt ettikleri görülmüştür. Amerika’da yapılan bir çalışmada da, aile hekimlerinin, belirli koşullar altındaki kontrolsüz nöbetleri olan epilepsi hastalarının araba kullanmalarını, nörologlara göre daha az destekledikleri saptanmıştır (Vogtle et al., 2007).

Aile hekimlerinin yine büyük çoğunluğunun epilepsi tanılı hastalara işe giriş için sağlık raporu verirken tereddüt ettikleri görülmüştür. Avustralya’daki bir çalışmada aile hekimlerinin epilepsili hastalarda iş kazalarının arttığını düşündükleri saptanmıştır (Roy G. Beran & Read, 1983). Bizim çalışmamıza katılan hekimlerde böyle düşünerek, işe giriş raporlarını vermekte tereddüt ediyor olabilirler.

Hekimlerin büyük çoğunluğu, AEİ’ lerin kandaki düzeylerine ne zaman bakılması gerektiği konusunda kararsız olduklarını veya bilmediklerini belirtmişlerdir. Literatürde bu konuyla ilgili çalışma bulunamamıştır, ancak Brezilya’da birinci basamakta çalışan aile hekimlerine yapılan bir çalışmada, çoğu hekim AEİ tedavisini değiştirmeden önce ilaç seviyesi baktıklarını belirtmişlerdir (Müller & Gomes, 2007). Ülkemizde aile hekimlerinin birinci basamakta bakabileceği tahliller kısıtlıdır. Bu nedenle aile hekimleri, birinci basamakta ilacın kandaki düzeyine bakamamaktadırlar. Ancak yine bu konuda da bilgi sahibi olmalı ve gerektiğinde hastayı ilgili merkeze yönlendirmelidirler. Örneğin; gebe izleminde aile hekimlerine oldukça fazla sorumluluk düşmektedir ve epilepsili bir hastada gebelikte bazı AEİ’ lerin kandaki düzeyi değişmektedir (Tomson et al., 2019). AEİ’ lerin kandaki düzeyinin bakılması gerektiği durumlardan birinin de *gebelik* (Aykut et al., 2007) olduğunu bilmeli ve hastasını yönlendirebilmelidir. Katılımcılar bazı hastaların tedaviye uyumsuz olduklarını açık uçlu sorumuzda belirtmişlerdir. Yine böyle bir hastada aile hekimi *önerilen ilacın kullanılmadığından şüpheleniyorsa* (Aykut et al., 2007) ilaç düzeyi bakılması için hastasını ilgili merkeze yönlendirebilmelidir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu; epilepsi hastalarında ruhsal problemlerin toplumun diğer kesiminden daha fazla ve epilepsisi olan çocukların

akademik zorluklarla daha sık karşılaştığı ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Epilepsi tanılı hastalarda depresyon, anksiyete, psikoz, dikkat eksikliği gibi durumlar genel popülasyona göre daha çok görülmektedir (Başak & Saatçi, 2011). Bir sistematik derleme çalışmasında normal zekaya sahip epilepsili çocuklarda, akademik başarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (Wo et al., 2017). Aile hekimlerinin çoğunun epilepsili hastaların ruhsal problemler veya akademik zorluklarla toplumun diğer kesimine göre daha fazla karşılaştıklarını bilmesine rağmen, çoğu hekim hastasını psikososyal olarak değerlendirememektedir. Bu konuda da hekimlerin eğitim ihtiyacı öne çıkmaktadır.

Epilepsi yönetimi ile ilgili hekimlere yardımcı olması adına birçok rehber bulunmaktadır. Çalışmamızda hekimlerin çoğunluğu bu rehberleri kullanmadıklarını veya kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Amerika’da Ohio Üniversitesi tarafından yapılan bir çalışmada da pratisyen hekimlerin epilepsi ile ilgili kılavuzların varlığı ve içeriği hakkında bilgi eksikliği olduğu belirtilmiştir (Elliott & Shneker, 2008). Aile hekimlerinin bebek izlemi, çocuk izlemi, gebe ve lohusa takibi, aşılama, aile planlaması vb. gibi birçok görevi bulunmaktadır (“Aile Hekimliği Yönetmeliği,” 2017). Hekim tüm bu işler yanında epilepsi hastasına yeterli vakit ayıramıyor, rehberleri kullanma fırsatı bulamıyor veya rehberlerin varlığından habersiz olabilir.

Aile hekimliğinde hastalıklar toplumdaki gerçek prevalanslarıyla görülür. Kısa süren ve geçici, kendini sınırlayan problemlerin insidansı yüksek diğer problemlerin ise prevalansı düşüktür. Bu nedenle aile hekimliği, düşük prevalans hekimliğidir (Üstü & Uğurlu, 2015). Örneğin; epilepsi polikliniği yapan bir nöroloji uzmanı ile bir aile hekiminin epilepsi nöbeti ile karşılaşma riski aynı değildir. Ancak yine de aile hekimi nöbet geçiren hastayla ya da febril konvülsiyon ile karşılaşabilmektedir. Hekimlerin çoğunluğu epilepsi nöbeti ile karşılaştığında yapılması gerekenleri bildiğini belirtmişlerdir. Avustralya da yapılan bir çalışmada da bulgumuza benzer şekilde, aile hekimlerinin çoğu ilk nöbetin ardından değerlendirme ve araştırma yapabileceklerini ifade etmişlerdir (Thom et al., 2002).

Hekimlerin büyük çoğunluğu epilepsi hastalarına uygun kontraseptif yöntem seçimi konusunda danışmanlık veremediklerini veya kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Amerika’da yapılmış bir çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarının % 70’ den fazlasının AEİ’ lerin doğum kontrolü üzerindeki etkilerine hakim oldukları belirtilmiştir (Long & Montouris, 2005). Bu çalışmaya göre

araştırmamızda farklı sonuç çıkması, hekimlerin AEİ' lerin doğum kontrolü üzerindeki etkilerini biliyor; ancak bu konuda danışmanlık veremiyor olabileceğini düşündürmektedir. Aile hekimlerinin birinci basamakta kapsayıcı yaklaşımının en önemli görevlerinden biri de aile planlamasıdır. Epilepsili hastaların kullandığı AEİ' lerin OK' lerle etkileşimi mevcuttur (Tablo 2). Birlikte alındıklarında bazen OK ilacın etkinliği bazen de AEİ etkinliği bozulabilir. Bu durumda hasta gebe kalabilir veya nöbet geçirebilir (Aykut et al., 2007). Aile hekimi bu nedenle uygun kontraseptif yöntem seçimi konusunda hastasını uyarabilmeli ve bu konuda teşvik etmelidir. Örneğin AEİ ile beraber OK almak da ısrarcı olan hastada, ek bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmasını da önerebilmelidir.

Normal bir EEG, epilepsi tanısını dışlamaz (Noachtar & Rémi, 2009). Çalışmamızdaki aile hekimlerinin çoğunluğu, EEG' nin normal olmasının epilepsi tanısını dışlamayacağını bildiklerini belirtmişlerdir. Avustralyada yapılmış bir çalışmada da hekimlerin yarısından fazlası EEG' nin tanısız duyarlılığının düşük olduğunu belirtmişlerdir (Thom et al., 2002).

Aile hekimleri koruyucu hekim olarak diğer tüm hastalar gibi epilepsili hastalara da sigara bırakma konusunda danışmanlık verebilmelidir. İsviçre'de yapılan kesitsel bir çalışmada epilepsili hastaların genel popülasyona göre sigara içme riski daha yüksek saptanmıştır (Torriani et al., 2016). Sigaranın, nöbet için risk faktörü olabileceği konusunda çalışmalar devam etmekle beraber bir çalışmada sigara içmekle nöbet riskinin arttığı belirtilmiştir (A. L. Johnson et al., 2019). Hekimlerin yarısından fazlası "Epilepsi hastalarına sigara bırakma konusunda danışmanlık vermem gerektiğini biliyorum." ifadesine katılmadıklarını veya kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle hekimlerin bu konuda da bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Epilepsili hastalar ve aileleleri bilgilendirilmeli, eğitilmeli ve bu durumla baş edebilecek şekilde cesaretlendirilmelidir (Boer et al., 2008). Aile hekimlerine de bu konuda görev düşmektedir. Bizim çalışmamızda da hekimlerin çoğunluğu epilepsi hastalarının aile bireylerini epilepsi hakkında bilgilendirebildiklerini belirtmişlerdir.

İlk kez nöbet geçirmiş hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların % 17' sinin epileptik nöbeti taklit ettiği saptanmıştır (Seneviratne et al., 2016). Hekimlerin % 58,7' si; "Psödonöbet, psikojenik nöbet ve gerçek nöbeti ayırabilirim." ifadesine katılmadıklarını veya kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Birinci basamakda aile hekimi ayırışmamış hastalıklarla sık karşılaşmaktadır ve ayırışmamış durumları

yönetebilmeyi bilmelidir. Nöbette bu ayrışmamış durumlardan biridir. Fakat çalışmaya katılan hekimlerin yarısından çoğunun bu konuda da eğitim ihtiyacı mevcut olduğu görülmektedir.

7.1. Çalışmanın Güçlü Yanları

Araştırmamız aile hekimlerinin epilepsi yönetimi ile ilgili ihtiyaçlarının belirlenmesi konusunda birinci basamakta yapılmış ilk araştırma özelliğini taşımaktadır. Aynı zamanda çalışmamız bulunduğu evreni temsil etmesi ve birinci basamak deneyimi yüksek olan hekimlerin de çalışmada yer alması, çalışmamızın diğer güçlü yanlarıdır.

7.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamıza her ne kadar İstanbul' un 4 ilçesindeki aile hekimleri dâhil edilmiş olsa da günümüzün bir toplum sağlığı problemi olan covid-19 pandemisi nedeniyle ASM' lerdeki hekimlerin ve diğer çalışanların koruyucu önlemlerle ve kararlarla çalışmaları hekimlere ulaşmayı güçleştirmiştir.

Her ne kadar çalışmamızda katılımcılardan zorunlu olarak isimleri ya da çalıştıkları kurumun ismi istenmemiş olsa da katılımcılar epilepsi yönetimi ile ilgili özyeterlilik, tutum ve davranış sorularına cevap verirken bilgi eksikliği ya da yanlış tutum, davranış olabileceğini düşündükleri cevaplardan hem halen kurumlarında çalıştıkları için hem de devlet memuru olmaları nedeniyle kaçınmış olabilirler. Bu durum da çalışmamızın zayıf yanlarından biri olarak kabul edilebilir.

Araştırmamızın kısıtlılıklarından bir tanesi de elde edilen epilepsi tanılı hasta sayılarının aile hekimlerinin zaman kısıtlılığı veya AHBS üzerinden epilepsi tanılı hasta sayılarına nasıl bakabileceklerini bilmemeleri nedeniyle çoğunlukla tahmini rakamlar olmasıdır. Ayrıca AHBS üzerinden epilepsi tanılı hasta sayısına bakabilen hekimlerin de verdiği hasta sayısı içerisinde aslında epilepsi tanısının olmamasına rağmen SGK tarafından ilacın karşılanabilmesi için epilepsi tanısı girilmiş bazı bipolar bozukluk, migren gibi nedenlerle AEİ kullanan hastalarında mevcut olmasıdır. Bu nedenle bu veri epilepsi sıklıkları hakkında kesin olmayan sadece fikir verici bir değer olarak kullanılabilir. Elde edilen ilçelere ait epilepsi yüzdelerini ilçenin tamamı için genellemek doğru olmayabilir.

Araştırmamız niceliksel bir çalışma olduğundan hekimlerin bazı farklı tutum ve davranışlarının arkasındaki nedenleri açıklayamamıştır. Bu özelliği de araştırmamızın zayıf yönlerinden birisi olarak kabul edilebilir.

7.3. Sonuç

Epilepsi dünya çapında birçok kişiyi etkileyen ciddi nörolojik bozukluklardandır. Epilepsinin tanısını koyarken iyi bir anamnez almak ve ayırıcı tanısını yapabilmek çok önemlidir. Bu nedenle hastaların ilk başvuru noktasını oluşturan birinci basamaktaki aile hekimlerine oldukça fazla sorumluluk düşmektedir. Çalışmamızda aile hekimlerinin özellikle kapsayıcı yaklaşım çekirdek yeterliliği kapsamında olmak üzere aile hekimliğinin tüm çekirdek yeterliliklerinde epilepsi yönetimi ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının olduğu açıktır ve bu çalışmanın bu konuda geliştirilebilecek diğer projelere alt yapı oluşturacağı düşünülmektedir.

8. KAYNAKLAR

- 2019-2023 Stratejik Planı. (2019). 43.
- Agarwal, M., & Fox, S. M. (2013). Pediatric seizures. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 31(3), 733–754.
- Aile Hekimliği Nedir? - Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. (n.d.), <https://www.tahud.org.tr/page/aile-hekimligi-nedir>, Erişim tarihi: 01.02.2021.
- Aile Hekimliği Yönetmeliği; TC. Resmi Gazete, 2017, 30068.
- Aird, R. B., & Gordon, N. S. (1993). Some excitatory and inhibitory factors involved in the epileptic state. *Brain and Development*, 15(4), 299–304.
- Akyiğit, E. (2006). İċtihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi (İkinci bas).
- Asindi, A. A., Antia-Obong, O. E., Ibia, E. O., & Udo, J. J. (1995). Neonatal seizures in Nigerian infants. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 24(3), 243–248.
- Ayut, C., Berrin, B., Kadriye, A., Fehim, A., Kezban, A., Ebru, A., Barış, A., Baykan, B. B., Bebek, N., Bilir, E., Bora, İ., Bozdemir, H., Gürses, C., Kayrak, N., Özkara, Ç., Saygı, S., & Velioğlu, S. (2007). Epilepsi Rehberi Türk Nöroloji Derneği.
- Aylward, R. (2006). Epilepsy. *J R Coll Physicians Edinburg*, 36, 326–331.
- Balal, M., Demir, T., Aslan, K., & Bozdemir, H. (2017). Adana İl Merkezinde Epilepsi Prevalansı ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(1), 20–20.
- Başak, O., & Saatçi, E. (2011). Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, 4, 1–48.
- Beghi, E. (2020). The Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology*, 54(2), 185–191.
- Bell, G. S., Neligan, A., & Sander, J. W. (2014). An unknown quantity - The worldwide prevalence of epilepsy. *Epilepsia*, 55(7), 958–962.
- Belousova, E. D. (2020). Vaccination in Children, Febrile Convulsions, and Epilepsy. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 50(1), 8–12.
- Beran, R. G., & Read, T. (1981). Doctors' Perspectives of Epilepsy. *Clinical and Experimental Neurology*, 17, 59–69.
- Beran, Roy G., & Read, T. (1983). A Survey of Doctors in Sydney, Australia:

- Perspectives and Practices Regarding Epilepsy and Those Affected by It. *Epilepsia*, 24(1), 79–104.
- Blume, W. T. (2003). Diagnosis and management of epilepsy. *Cmaj*, 168(4), 441–448.
- Boer, H. M., Mula, M., & Sander, J. W. (2008). The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 12(4), 540–546.
- Carpio, A., Escobar, A., & Hauser, W. A. (1998). Cysticercosis and epilepsy: A critical review. *Epilepsia*, 39(10), 1025–1040.
- Carreño, M. (2008). Recognition of nonepileptic events. *Seminars in Neurology*, 28(3), 297–304.
- Çelik, A., Yaman, H., Turan, S., Kara, A., Kara, F., Zhu, B., Qu, X., Tao, Y., Zhu, Z., Dhokia, V., Nassehi, A., Newman, S. T., Zheng, L., Neville, A., Gledhill, A., Johnston, D., Zhang, H., Xu, J. J., Wang, G., ... Dutta, D. (2014). Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi. In T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Vol. 1, Issue 1).
- Chappell, B., & Smithson, H. (1999). Meeting the educational needs of general practitioners for epilepsy. *Seizure*, 8(3), 157–161.
- Chen, Y. H., Chiou, H. Y., Lin, H. C., & Lin, H. L. (2009). Affect of seizures during gestation on pregnancy outcomes in women with epilepsy. *Archives of Neurology*, 66(8), 979–984.
- Chen, Z., Brodie, M. J., Liew, D., & Kwan, P. (2018). Treatment outcomes in patients with newly diagnosed epilepsy treated with established and new antiepileptic drugs a 30-year longitudinal cohort study. *JAMA Neurology*, 75(3), 279–286.
- Czeizel, A. E., Dudás, I., Vereczkey, A., & Bánhid, F. (2013). Folate deficiency and folic acid supplementation: The prevention of neural-tube defects and congenital heart defects. *Nutrients*, 5(11), 4760–4775.
- Dayı, T., & Pekcan, G. (2019). Gebelerde Folik Asit Desteği ve Güncel Yaklaşımlar. *Food and Health*, 5(2), 128–138.
- Devinsky, O., Spruill, T., Thurman, D., & Friedman, D. (2015). Recognizing and preventing epilepsy-related mortality A call for action. *American Academy of Neurology*, 86, 779–786.
- Duffner, P. K., Berman, P. H., Baumann, R. J., Fisher, P. G., Green, J. L., Schneider,

- S., & Davidson, C. (2011). Clinical practice guideline - Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*, 127(2), 389–394.
- Edey, S., Moran, N., & Nashef, L. (2014). SUDEP and epilepsy-related mortality in pregnancy. *Epilepsia*, 55(7), 72–74.
- Elliott, J., & Shneker, B. (2008). Patient, caregiver, and health care practitioner knowledge of, beliefs about, and attitudes toward epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 12(4), 547–556.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. 196, 129–136.
- Epilepsi ve Egzersiz | Türk Epilepsi ile Savaş Derneği. (n.d.), <http://www.turkepilepsi.org.tr/menu/42/epilepsi-ve-egzersiz>, Erişim tarihi: 17.02.2021.
- Epilepsi ve İş Hayatı | Türk Epilepsi ile Savaş Derneği. (n.d.), <http://www.turkepilepsi.org.tr/menu/38/epilepsi-ve-is-hayati>, Erişim tarihi: 17.02.2021.
- Fiest, K. M., Sauro, K. M., Wiebe, S., Patten, S. B., Kwon, C. S., Dykeman, J., Pringsheim, T., Lorenzetti, D. L., & Jetté, N. (2017). Prevalence and incidence of epilepsy: A systematic review and meta-analysis of international studies. *American Academy of Neurology*, 88, 296–303.
- Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., Engel, J., Forsgren, L., French, J. A., Glynn, M., Hesdorffer, D. C., Lee, B. I., Mathern, G. W., Moshé, S. L., Perucca, E., Scheffer, I. E., Tomson, T., Watanabe, M., & Wiebe, S. (2014). ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475–482.
- Fisher, R. S., Boas, W. van E., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., & Engel, J. (2005). Epileptic Seizures and Epilepsy: Definitions Proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46(4), 470–472.
- Freeman, T. R., & McWhinney, I. R. (2012). *Textbook of Family Medicine* (Third Edit).
- Garcia, H. H., Talley, A., Gilman, R. H., Zorrilla, L., & Pretell, J. (1999). Epilepsy and neurocysticercosis in a village in Huaraz, Peru. *Clinical Neurology and*

- Neurosurgery, 101(4), 225–228.
- Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları ile Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik; T.C. Resmi Gazete, 2015, 21(1), 5.
- Gomes, M. D. (2000). Doctors' perspectives and practices regarding epilepsy. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58(2A), 221–226.
- Griggs, R. C., Sidiropoulos, C., Vigil, J., Warnke, P., & Kang, U. J. (2015). Association of Prone Position With Sudden Unexpected Death in Epilepsy. *American Academy of Neurology*, 85, 1185–1186.
- Harden, C. L., Pennell, P. B., Koppel, B. S., Hovinga, C. A., Gidal, B., Meador, K. J., Hopp, J., Ting, T. Y., Hauser, W. A., Thurman, D., Kaplan, P. W., Robinson, J. N., French, J. A., Wiebe, S., Wilner, A. N., Vazquez, B., Holmes, L., Krumholz, A., Finnell, R., ... Le Guen, C. L. (2009). Management issues for women with epilepsy - Focus on pregnancy (an evidence-based review): III. Vitamin K, folic acid, blood levels, and breast-feeding: Report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of Epilepsia, 50(5), 1247–1255.
- Harden, C., Thomas, S. V., & Tomson, T. (2013). Epilepsy in Women.
- Harden, C., Tomson, T., Gloss, D., Buchhalter, J., Cross, J. H., Donner, E., French, J. A., Gil-Nagel, A., Hesdorffer, D. C., Henry Smithson, W., Spitz, M. C., Walczak, T. S., Sander, J. W., & Ryvlin, P. (2017). Practice guideline summary: Sudden unexpected death in epilepsy incidence rates and risk factors: Report of the guideline development, dissemination, and implementation subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Epilepsy Currents*, 17(3), 180–187.
- Hauser, W. A., Annegers, J. F., & Kurland, L. T. (1993). Incidence of Epilepsy and Unprovoked Seizures in Rochester, Minnesota: 1935–1984. *Epilepsia*, 34(3), 453–468.
- Hingray, C., Biberon, J., El-Hage, W., & De Toffol, B. (2016). Psychogenic non-epileptic seizures (PNES). *Revue Neurologique*, 172(4–5), 263–269.
- I. Johannessen, S., & Johannessen Landmark, C. (2010). Antiepileptic Drug Interactions - Principles and Clinical Implications. *Current Neuropharmacology*, 8(3), 254–267.

- Johnson, A. L., McLeish, A. C., Shear, P. K., Sheth, A., & Privitera, M. (2019). The role of cigarette smoking in epilepsy severity and epilepsy-related quality of life. *Epilepsy and Behavior*, 93, 38–42.
- Johnson, E. L. (n.d.). Seizures and Epilepsy.
- Keezer, M. R., Bell, G. S., Neligan, A., Novy, J., & Sander, J. W. (2016). Cause of death and predictors of mortality in a community-based cohort of people with epilepsy. *American Academy of Neurology*, 86, 704–712.
- Kocatürk, İ., & Özdemir, G. (2019). A study on the prevalence of epilepsy in the provincial center of Erzurum. *Türk Noroloji Dergisi*, 25(1), 7–11.
- Krumholz, A. (2009). Driving Issues in Epilepsy: Past, Present, and Future. *Epilepsy Currents*, 9(2), 31–35.
- Lamberts, R. J., Thijs, R. D., Laffan, A., Langan, Y., & Sander, J. W. (2012). Sudden unexpected death in epilepsy: People with nocturnal seizures may be at highest risk. *Epilepsia*, 53(2), 253–257.
- Long, L., & Montouris, G. (2005). Knowledge of women's issues and epilepsy (KOWIE-II): A survey of health care professionals. *Epilepsy and Behavior*, 6(1), 90–93.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65(9), S63–S67.
- Miravalle, A., Biller, J., Schnitzler, E., & Bonwit, A. (2010). Neurological complications following vaccinations. *Neurological Research*, 32(3), 285–292.
- Mj, M., Cf, J., Marson, A. G., & Nevitt Sj. (2016). Treatments for the prevention of Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP). *Cochrane Database Systematic Review*, 7, 1–32.
- Morrell, M. J. (1993). Differential diagnosis of seizures. *Neurologic Clinics*, 11(4), 737–754.
- Müller, V. T., & Gomes, M. D. M. (2007). Questionnaire study of primary care physicians' referral patterns and perceptions of patients with epilepsy in a Brazilian city, 2005. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 22(1), 67–74.
- Nashef, L., So, E. L., Ryvlin, P., & Tomson, T. (2012). Unifying the definitions of sudden unexpected death in epilepsy. *Epilepsia*, 53(2), 227–233.
- Nei, M., Daly, S., & Liporace, J. (1998). A maternal complex partial seizure in labor

- can affect fetal heart rate. *Neurology*, 51(3), 904–906.
- News: 2023 Yilinda 15.000 Aile Hekimliği Uzmani Hedefi PROJESİ - Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. (n.d.), <https://www.tahud.org.tr/news/view/2023-yilinda-15-000-aile-hekimligi-uzmani-hedefi-projesi>, Erişim tarihi: 09.02.2021.
- Ngugi, A. K., Bottomley, C., Kleinschmidt, I., Sander, J. W., & Newton, C. R. (2010). Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: A meta-analytic approach. *Epilepsia*, 51(5), 883–890.
- Noachtar, S., & Rémi, J. (2009). The role of EEG in epilepsy: A critical review. *Epilepsy and Behavior*, 15(1), 22–33.
- Patel, S. I., & Pennell, P. B. (2016). Management of epilepsy during pregnancy: An update. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 9(2), 118–129.
- Pruna, D., Balestri, P., Zamponi, N., Grosso, S., Gobbi, G., Romeo, A., Franzoni, E., Osti, M., Capovilla, G., Longhi, R., & Verrotti, A. (2013). Epilepsy and vaccinations: Italian guidelines. *Epilepsia*, 54(7), 13–22.
- Psychogenic Nonepileptic Seizures: Background, Pathophysiology, Etiology. (n.d.), <https://emedicine.medscape.com/article/1184694-overview>, Erişim tarihi: 12.02.2021.
- Ryvlin, P., Nashef, L., Lhatoo, S. D., Bateman, L. M., Bird, J., Bleasel, A., Boon, P., Crespel, A., Dworetzky, B. A., Høgenhaven, H., Lerche, H., Maillard, L., Malter, M. P., Marchal, C., Murthy, J. M. K., Nitsche, M., Patariaia, E., Rabben, T., Rheims, S., ... Tomson, T. (2013). Incidence and mechanisms of cardiorespiratory arrests in epilepsy monitoring units (MORTEMUS): A retrospective study. *The Lancet Neurology*, 12(10), 966–977.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. (2018).
- Saltık, S. (2014). Medical Treatment in Childhood Epilepsies. *Journal of the Turkish Epilepsy Society*, 20(Ek 1), 50–55.
- Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M. B., French, J., Guilhoto, L., Hirsch, E., Jain, S., Mathern, G. W., Moshé, S. L., Nordli, D. R., Perucca, E., Tomson, T., Wiebe, S., Zhang, Y. H., & Zuberi, S. M. (2017). ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4), 512–521.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for

- publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 42–51.
- Schwenkhagen, A. M., & Stodieck, S. R. G. (2008). Which contraception for women with epilepsy? *Seizure*, 17(2), 145–150.
- Scott, A. J., Sharpe, L., Hunt, C., & Gandy, M. (2017). Anxiety and depressive disorders in people with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsia*, 58(6), 973–982.
- Scott, R. A., Lhatoo, S. D., & Sander, J. W. A. S. (2001). The treatment of epilepsy in developing countries: Where do we go from here? *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), 344–351.
- Şen, M. (2005). İş Hukukunda Çalışma Koşullarında Değişiklik (Birinci Ba).
- Seneviratne, U., Jackson, A., & Teo, L. (2016). Challenges in the first seizure clinic for adult patients with epilepsy. *Epileptic Disord*, 18(3), 305–314.
- Serdaroğlu, A., Özkan, S., Aydın, K., Gücüyener, K., Tezcan, S., & Aycan, S. (2004). Prevalence of epilepsy in Turkish children between the ages of 0 and 16 years. *Journal of Child Neurology*, 19(4), 271–274.
- Sheth, S. G., Krauss, G., Krumholz, A., & Li, G. (2004). Mortality in epilepsy: Driving fatalities vs other causes of death in patients with epilepsy. *Neurology*, 63(6), 1002–1007.
- Shorvon, S. D., Guerrini, R., & Andermann, F. (2011). The Causes of Epilepsy: Common and Uncommon Causes in Adults and Children, 21-23.
- Singh, A., & Trevick, S. (2016). The Epidemiology of Global Epilepsy. *Neurologic Clinics*, 34(4), 837–847.
- Smith, D. K., Sadler, K. P., & Benedum, M. (2019). Febrile seizures: Risks, evaluation, and prognosis. *American Family Physician*, 99(7), 445–450.
- South-Paul, J. E., Matheny, S. C., & Lewis, E. I. (2019). Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi (4. Baskı).
- Sveberg, L., Svalheim, S., & Taubøll, E. (2015). The impact of seizures on pregnancy and delivery. *Seizure*, 28, 35–38.
- Thijs, R. D., Surges, R., O'Brien, T. J., & Sander, J. W. (2019). Epilepsy in adults. *The Lancet*, 393(10172), 689–701.
- Thom, G. A., Lee, H. S., Dhillon, R., Dunne, J. W., & Plant, A. J. (2002). The general practice management of epilepsy in Perth, Western Australia. *Journal of Clinical Neuroscience*, 9(1), 30–32.
- Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Aile

Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. Tıpta Uzmanlık Kurulu (2019).

- Titck - Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. (n.d.), <https://www.titck.gov.tr/duyuru/eczacilara-ve-tum-ilgililere-duyurulur-16032020090441>, Erişim tarihi: 19.02.2021.
- Tomson, T., Battino, D., Bromley, R., Kochen, S., Meador, K., Pennell, P., & Thomas, S. V. (2019). Management of epilepsy in pregnancy: a report from the International League Against Epilepsy Task Force on Women and Pregnancy. *Epileptic Disorders*, 21(6), 497–517.
- Torriani, O., Vuilleumier, F., Perneger, T., Despland, P. A., Maeder, M., Héritier-Barras, A. C., Vulliemoz, S., Seeck, M., Rossetti, A. O., & Picard, F. (2016). Epilepsy and tobacco smoking: a cross-sectional study. *Journal of Neurology*, 263(10), 2057–2064.
- Türk Epilepsi ile Savaş Derneği | Epilepsi Hastalarının Sürücü Ehliyeti Almaları İle İlgili Yönetmelikte Değişiklik İçin Hazırlanmış Olan Öneri Taslağı. (n.d.), <http://www.turkepilepsi.org.tr/4/haberler/432/epilepsi-hastalarinin-surucu-ehliyeti-almalari-ile-ilgili-yonetmelikte-degisikli>, Erişim tarihi: 17.02.2021.
- Üstü, Y., & Uğurlu, M. (2015). Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? *Ankara Medical Journal*, 15(4), 244–248.
- Vogtle, L. K., Martin, R., Russell Foushee, H., & Edward Faught, R. (2007). A comparison of physicians' attitudes and beliefs regarding driving for persons with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 10(1), 55–62.
- Waller, J. A. (1965). Chronic Medical Conditions and Traffic Safety. *The New England Journal of Medicine*, 273(26), 1413–1420.
- Wo, S. W., Ong, L. C., Low, W. Y., & Lai, P. S. M. (2017). The impact of epilepsy on academic achievement in children with normal intelligence and without major comorbidities: A systematic review. *Epilepsy Research*, 136(May), 35–45.