

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI

Meral DEMİR

EPİLEPSİ HASTALARININ E-SAĞLIK OKURYAZARLIK
DÜZEYLERİ İLE İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sibel ŞENTÜRK

İSTANBUL, Ağustos 2023

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK PROGRAMI

Meral DEMİR
(194003017)

EPİLEPSİ HASTALARININ E-SAĞLIK OKURYAZARLIK
DÜZEYLERİ İLE İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sibel ŞENTÜRK

İSTANBUL, Ağustos 2023

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilimsel açıdan hiçbir zaman desteğini esirgemeyen kıymetli danışmanım Doç. Dr. Sibel ŞENTÜRK' e,
Tezimin istatistiğini yapan sayın Prof. Dr. Ferhan ELMALI' ya,
Tez çalışmamda desteğini ve emeğini esirgemeyen, tüm zorluklarımda sabırla yardım eden, çok değerli çalışma arkadaşlarıma,
Hayatımın her anında sonsuz destekleri ve sevgileri ile yanımda olan annem Sündüz DEMİR ve babam İsmet DEMİR' e,
Araştırmaya katılmayı kabul eden, sorularıma samimiyetle cevap veren, çalışmamda bulunan tüm katılımcılara teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Meral DEMİR

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Meral DEMİR

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
BEYAN	ii
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
KISALTMALAR	viii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
TABLO LİSTESİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Epilepsi Hastalığı	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Epidemiyolojisi	4
2.1.3.Etiyolojisi	4
2.1.4. Epilepsi Nöbetlerinin Sınıflandırılması	5
2.1.2.1. Fokal (Parsiyel) Başlangıçlı Nöbetler	6
2.1.2.2. Jeneralize Başlangıçlı Nöbetler	6
2.1.2.2.1. Absans nöbetler(Petit Mal):	6
2.1.2.2.2. Miyoklonik Nöbetler:	7
2.1.2.2.3. Tonik Nöbetler:	7
2.1.2.2.4. Atonik Nöbetler:	7
2.1.2.2.5. Klonik Nöbetler:	7
2.1.2.2.6. Jeneralize Tonik Klonik (Grand Mal) Nöbetler (JTKN):	7
2.1.5. Başlangıcı Bilinmeyen Nöbetler	8
2.1.6. Status Epileptikus (SE)	8

2.1.7. Epilepsi Tanısı	8
2.1.7.1. Öykü ve Fizik Muayene:	9
2.1.7.2. Elektroensefalografi (EEG):	9
2.1.7.3. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG):	9
2.1.7.4. Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi (SPECT)-Pozitron Emisyon Tomografisi (PET):	10
2.1.8. Epilepsi Tedavisi	10
2.1.8.1. İlaç Tedavisi	10
2.1.8.2. Cerrahi Tedavi	12
2.1.8.3. Vagal Sinir Stimülasyonu	12
2.1.8.4. Ketojenik Diyet (KD)	12
2.2. İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM	13
2.2.1. İlaç Tedavisine Uyum İle İlgili Yapılmış Çalışma Örnekleri	15
2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI (SOY)	15
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırması	17
2.3.2. E- Sağlık Okuryazarlığı (E-SO)	17
2.3.1.1. E-Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Yapılmış Çalışma Örnekleri	19
2.4. İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ	19
2.5. HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.3. Veri Toplama Araçları	22
3.3.1. Hasta Bilgi Formu	22

3.3.2. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (E-SO)	22
3.3.3. İlaça Uyum Reçete Yazdırma (İURY) Ölçeği	23
3.4. Analiz Yöntemi	23
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	24
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	41
5.1. Epilepsi Hastalarında E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumunun İncelenmesi	41
5.2. Epilepsi Hastalarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyum Arasındaki İlişki	43
5.3. Epilepsi Hastalarının İnternet Kullanım Durumları ile E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyum Arasındaki İlişki	48
5.4. Epilepsi Hastalarının E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile İlaç Tedavisine Uyum Arasındaki İlişki	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
7. KAYNAKÇA	53
EKLER	64
Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu	64
Ek 2: Hasta Bilgi Formu	65
Ek 3: E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği	66
Ek 4: İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma (İURY) Ölçeği	67
Ek 5: Etik Kurul Kararı	68
Ek 6: Ölçek İzinleri	69
Ek 7: Kurum İzni	70
ÖZGEÇMİŞ	71

ÖZET

EPİLEPSİ HASTALARININ E-SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ İLE İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu araştırma epilepsi hastalarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma, Temmuz 2022-Nisan 2023 tarih aralığında Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Nöroloji kliniğinde yatan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 180 hasta ile tamamlandı. Araştırma verileri, Hasta Bilgi Formu, E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve İlaça Uyum Reçete Yazdırma (İURY-7) Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon ve doğrusal regresyon analizi kullanıldı.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının $40,1\pm15,1$, hastalık süresi ortalamasının $9,7\pm9,6$, epilepsi ilaçlarını kullanma süresi ortalamasının $8,5\pm8,1$ ve en çok görülen nöbet tipinin %31,7 ile Jeneralize tonik-klonik olduğu saptandı. Epilepsi hastalarının E-sağlık Okuryazarlık Ölçeği puan ortalamasının $24,31\pm9,27$ ve İlaça Uyum Reçete Yazdırma Ölçeği toplam puan ortalamasının $10,37\pm3,02$, ilaca uyum alt boyut puan ortalamasının $6,12\pm1,88$ ve reçete yazdırma alt boyut puan ortalamasının ise $4,24\pm1,44$ olduğu bulundu. E-sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilaca uyum reçete yazdırma (İURY) ölçekleri alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç olarak epilepsi hastalarının e-sağlık okuryazarlık düzeyinin orta, ilaç tedavisine uyumlarının iyi olduğu saptandı. Hastaların e-sağlık okuryazarlık düzeylerini ve ilaç tedavisine uyumlarını arttırmak için çevrimiçi ve yüz yüze eğitimler verilmeli, ilaç takip çizelgeleri oluşturulmalı ve danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, antiepileptik ilaç, sağlık okuryazarlığı, e-sağlık okuryazarlığı, tedaviye uyum.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN E-HEALTH LITERACY LEVELS AND THEIR COMPLIANCE WITH MEDICATION TREATMENT IN EPILEPSY PATIENTS'

This study was conducted to determine the relationship between e-health literacy levels and their compliance with medication treatment in epilepsy patients.

The research was completed with 180 patients hospitalized in the Neurology clinic at Kocaeli University Training and Research Hospital between July 2022 and April 2023, who met the research criteria and agreed to participate in the research.

Research data were collected using the Patient Information Form, E-Health Literacy Scale and Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS-7). Descriptive statistics, independent groups t test, one-way analysis of variance, Pearson correlation and linear regression analysis were used to analyze the data.

The average age of the patients participating in the study was 40.1 ± 15.1 , the average duration of the disease was 9.7 ± 9.6 , the average duration of using epilepsy medications was 8.5 ± 8.1 , and the most common seizure type was Generalized tonic seizures with a rate of 31.7%. It was found to be clonic. The mean score of the E-Health Literacy Scale of epilepsy patients is 24.31 ± 9.27 , the mean total score of the Medication Compliance Prescription Writing Scale is 10.37 ± 3.02 , and the mean score of the medication compliance subscale is 6.12 ± 1.88 and prescription subscale mean score was found to be 4.24 ± 1.44 . No significant relationship was found between the e-health literacy level and the medication compliance prescribing subscale and total scores ($p > 0.05$).

As a result, it was determined that the e-health literacy level of epilepsy patients was moderate and their compliance with medication treatment was good. In order to increase patients' e-health literacy levels and compliance with medication treatment, online and face-to-face training should be provided, medication follow-up charts should be created and consultancy services should be provided.

Keywords: Epilepsy, antiepileptic drug, health literacy, e-health literacy, adherence to treatment.

KISALTMALAR

İLEA	:	International League Against Epilepsy (Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği)
AEİ	:	Antiepileptik ilaç
JTK	:	Jenaralize Tonik-Klonik
BBT	:	Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
MRG	:	Magnetik Rezonans Görüntüleme
PET	:	Pozitron Emisyon Tomografi
SPECT	:	Tek Foton Emisyon
SE	:	Status Epileptikus
KD	:	Ketojenik diyet
SOY	:	Sağlık okuryazarlığı
E-SO	:	Elektronik sağlık okuryazarlığı
İURY	:	İlaca uyum reçete yazdırma
Min	:	Minimum
Max	:	Maximum
Ort.	:	Ortalama
S.S.	:	Standart Sapma

ŞEKİL LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 2.1 ILAE 2017 nöbet sınıflaması genişletilmiş sürüm.....	6
Şekil 2.2 Nöbet tiplerine göre antiepileptik ilaçlar.....	11
Şekil 2.3 Epilepsi tedavisinde uyumu etkileyen faktörler.....	14



TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=180).....	25
Tablo 2: Hastaların Epilepsi Hastalığına İlişkin Tanılama Özellikleri.....	26
Tablo 3: Hastaların E-Sağlık Durumuna İlişkin Tanılama Özellikleri.....	28
Tablo 4: E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ilk iki soruya ait istatistikler.....	29
Tablo 5: Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Ait İstatistikler.....	29
Tablo 6: Sosyodemografik Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 7: Hastaların Epilepsi Hastalığına İlişkin Tanılama Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 8: Hastaların Sağlık Durumuna İlişkin Tanılama Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 9: E-sağlık okuryazarlık ölçeği ve ilaca uyum reçete yazdırma ölçeği arasındaki ilişki.....	37
Tablo 10: E-Sağlık Okuryazarlığının ilaca uyum ve reçete yazdırma durumuna etkisinin doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	38

1. GİRİŞ

Epilepsi, tanımlanabilir herhangi bir acil neden olmaksızın ortaya çıkan, tekrarlayan nöbetlerle karakterize nörolojik bir hastalıktır (1). Epilepsi ve nöbet farklı kavramlardır. Epilepsinin kelime karşılığı nöbet değildir ancak nöbet hastalığı denilebilir. Nöbetler hastalığın bir bulgusudur (2). Epilepsi, dünya çapında 50 milyondan fazla insanı etkilemektedir. Genel nüfusa oranı %0,4-1'dir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ise bu oran %0,7-1,4'e kadar yükselmektedir. Evrensel hastalık yükünün %5'inden fazlasını oluşturmaktadır. (3,4). Epilepsi nöbetleri, santral sinir sistemindeki nöronların genetik, metabolik ya da toksik nedenler sonucu ani olarak ortaya çıkan kısa davranış ve hareketlerdir. Bilinç kaybı, dalgınlık, değişik sesler çıkarma, tam ve/veya kısmi kasılmalar, ritmik hareketler, tekrarlayan göz kırpma, sabit bir noktaya bakma, tonüs kayıpları, idrar ve gaita inkontinansları gibi belirtiler nöbetlere eşlik edebilir (5).

Epilepsi tedavisindeki amaç; nöbetleri ortadan kaldırmak ya da nöbet sıklığını azaltmaktır. Nöbet kontrolünün sağlanmasında en yaygın kullanılan tedavi antiepileptik ilaç tedavisidir. Antiepileptikler genel olarak nöbetlerin sayısı, sıklığı ve şiddetini azaltarak etki göstermektedir. Antiepileptik ilaçlar uzun süreli kullanım gerektirir, bu yüzden tedavinin yan etkilerini en aza indirmek ve hastanın tedaviye uyumunu sağlamak önemlidir (6).

Uyumluluk, hastanın davranışının bir sağlık uzmanının tavsiyesine uyması olarak tanımlanır. İlaç uyumu ise hastanın ilaçlarını uygun dozda ve zamanda reçete edilen şekilde ve ölçüde almasıdır. Hastaların büyük çoğunluğu antiepileptik ilaçlarla tedavi edilmektedir. Etkin bir tedavi sağlandığında nöbetlerin yaklaşık %70'i kontrol altına alınabilmektedir. Epilepsi hastalığının kendisi, kullanılan ilaç tedavisinin yoğun ve karmaşıklığı tedaviye uyumsuzluğu da beraberinde getirmektedir (7,8). Hastalar kasıtlı veya kasıtsız ilaç tedavisine uyum sağlayamayabilirler (8). İlaç uyumsuzluğunun nedenleri; düşük eğitim düzeyi, depresyon, damgalanma, ilaçların maliyeti ve temini, kaygı, unutkanlık, stres gibi faktörlerdir. Uyumsuzluk tedavi başarısızlığının olası nedenlerindendir. Tedavi uyumsuzluğu; kaza, yaralanma ve hastane yatışlarının artmasına, acile başvurma sıklığının artmasına, sağlık bakım maliyetlerinin artmasına ve yaşam

kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Gerekli inceleme ve ölçümler yapılarak altta yatan neden tespit edilip bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması, genel sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik faaliyetlerde bulunması sağlanmalıdır (9,10,11).

Hastaların sağlık bakımında artan sorumluluklar ile başa çıkabilmek için sağlık okuryazarlığı becerilerini kullanmaları ve geliştirmeleri gerekmektedir. Günümüzde internet hastaların sağlıkla ilgili bilgi edindikleri ve hastalık durumunda alternatif tedaviler için başvurdukları yaygın kullanılan bir elektronik portaldır. Hastalar sağlık sorunları ile ilgili bilgilere kolaylıkla ulaşabilmektedir. Erişimin kolay olması sağlık okuryazarlığının da önemini arttırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını geliştirmesi için sağlıkla ilgili gerekli bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceriler bütünüdür (12).

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde, yetersiz sağlık bilgisi, sağlık hizmetlerine ulaşmada ve kullanımında yetersizlik, ilaç uyumsuzluğu, hastalığı etkin yönetememe, kronik hastalıklarda ve ölüm oranlarındaki artışa meydana gelmektedir. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı hem birey hem de toplum için önemlidir (13).

Epilepsi gibi kronik hastalığa sahip bireylerde yüksek sağlık okuryazarlığı tedaviye uyum için oldukça önemlidir. Ancak literatür incelendiğinde epilepsi hastalarının e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin ilaç tedavisine uyumlarına etki edip etmediğine yönelik bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle konu ile ilgili çalışmaların yapılması önem arz etmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, epilepsi hastalarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

1. Epilepsi hastalarının e-sağlık okuryazarlık düzeyi ve ilaç tedavisine uyumu ne seviyededir?
2. Epilepsi hastalarının sosyodemografik ve hastalık özellikleri, e-sağlık okuryazarlık düzeylerini ve ilaç tedavisine uyumunu etkilemekte midir?

3. Epilepsi hastalarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilaç tedavisine uyumları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsi Hastalığı

2.1.1. Tanım

Epilepsi, santral sinir sistemindeki bir grup nöronun ani, anormal ve yoğun elektriksel deşarjı sonucu ortaya çıkan ve tekrarlı ataklarla seyreden kronik nörolojik bir hastalıktır (14). Bir kişinin epilepsi hastası sayılması için birden fazla epileptik nöbet geçirmiş olması gerekmektedir. 2014 ILAE raporuna göre ise birden fazla epileptik nöbetle birlikte tekrarlı nöbetlere yatkınlık da eklenmiştir. Buna bağlı olarak epilepsi tanısı konulabilmesi için aşağıdaki üç farklı durumdan birinin varlığı yeterlidir (15).

1. Herhangi bir neden olmaksızın ortaya çıkar ve 24 saatten uzun sürede tekrarlayan en az iki nöbetin olması gerekir. Refleks nöbetler de dâhil edilir.
2. Uyaran olmaksızın oluşan tek nöbet veya refleks özellikli nöbetler ile de epilepsi tanısı konulabilir. 10 yıl içinde nöbet tekrarlama riski ile en az iki uyaran olmaksızın ortaya çıkan nöbet tekrarlama riskleri (%60) aynıdır.
3. Epileptik sendromların birinin varlığı tanı için yeterlidir (15).

Epilepsi nöbeti semptom ve bulguları; bilinç bozuklukları, psişik anomaliler, duyuşal ve motor hareketler bulgularından birinin yada daha fazlasının birlikte görülmesi şeklinde ortaya çıkar. Epilepsi nöbetleri genellikle dört ana özelliğe sahiptir.

1. Kısa sürer genellikle saniyeler ile birkaç dakika sonra sonlanır.
2. Bilinç bozukluğu nöbetle başlar, nöbet sonunda normale döner.
3. Amaşsız ve tekrarlı davranışlarla karakterizedir.
4. Aura aşamasından önce nöbetin varlığı hissedilemez. Kişi her an her yerde nöbet geçirebilir (5).

Farklı epilepsi türleri sendrom olarak adlandırılır. Bu sendrom tipleri epilepsinin türüne ve taşıdığı özelliklere bağlı sınıflandırılır. Bu özellikler, nöbet tipi ve sıklığı, ilk nöbet başlangıcı, etiyolojisi, elektroensefalogramda bulgunun olması ve hastalığın gidişatı gibi faktörlerle ilgilidir. Tüm bu özellikler ‘‘Epileptik Sendrom’’ olarak adlandırılır. Bu sendromlar tanı, tedavi seçimi ve hastalığın gidişatı ile ilgili yol göstericidir. Her epilepsi bir epileptik sendromla eşleşmeyebilir. Sendrom, epilepsi sınıflandırmasının son basamağıdır (16).

2.1.2. Epidemiyolojisi

Epilepsi, her yaştan, ırktan ve sosyal sınıftan insanı etkileyen kronik bir nörolojik hastalıktır. Dünyada yaklaşık 50 milyon epilepsi hastası olduğu bilinmektedir ve bu tabloya her yıl yaklaşık 5 milyon yeni epilepsi tanısı eklenmektedir. Görülme sıklığı her 1000 kişide 4-10 arasındadır. Yüksek gelirli ülkelerde her 100.000 kişide 49 kişiye epilepsi tanısı konulurken düşük ve orta gelirli ülkelerde ise 100.000 kişide 139’a çıkmaktadır. Epilepsi hastalarının %80’i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Epilepsili kişilerde erken ölüm riski genel nüfusa oranla üç kat daha fazladır. Ülkemizde ise 750 bin epilepsi hastası bulunmaktadır (17,18).

Epilepsi insidansı yaşamın ilk yılı ve 60 yaş sonrası daha yüksek seyretmektedir. Çocukluk ve adölesan çağının en sık görülen hastalık olup yetişkinlerde ise serebrovasküler hastalıklarından sonra gelmektedir. Görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında belirgin bir fark yoktur (19).

2.1.3.Etiyolojisi

Epilepsinin birçok sebebi olabilir. Genel anlamda düşünüldüğünde 2017 yılına kadar etiyolojik açıdan: idiyopatik, semptomatik ve kriptojenik olarak üç kategoride incelenmiştir.

1. İdiyopatik Epilepsi: Santral sinir sistemi patolojisi olmaksızın ortaya çıkan, genetik temelli olduğu düşünülen epilepsi grubudur. Nöbetler nispeten daha seyrek ve tedaviye iyi yanıt verir. Hastaların yaklaşık % 60’ı bu gruptadır.

2. Semptomatik Epilepsi: Beyinde yapısal veya metabolik bir hasarlanma sonucunda oluşur. Kafa travması, tümörler, enfeksiyon vb. gibi bilinen bir neden kaynaklıdır.

Tedavi sonucu değişkendir, spontan sonlanma olasılığı düşüktür.

3. Kriptojenik Epilepsi: Semptomlar vardır ancak nedeni bilinmemektedir. Genetikyapısal veya metabolik bir neden gösterilemeyen ortaya çıkış sebebi olarak henüz tanı konmamış bir beyin hasarının sebep olduğu varsayılan gruptur.

2017 yılında Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (International League Against Epilepsy - ILAE) tarafından yapılan çalışma sonrası bu sınıflandırma; immün, enfeksiyöz, yapısal, genetik, metabolik ve bilinmeyen olarak genişletilmiştir.

Etiyolojide yaş faktörü önemlidir, idiyopatik ve genetik temelli epilepsiler sıklıkla çocukluk çağında görülürken, semptomatik epilepsiler ise yaşlılık döneminde sık görülür (20,21).

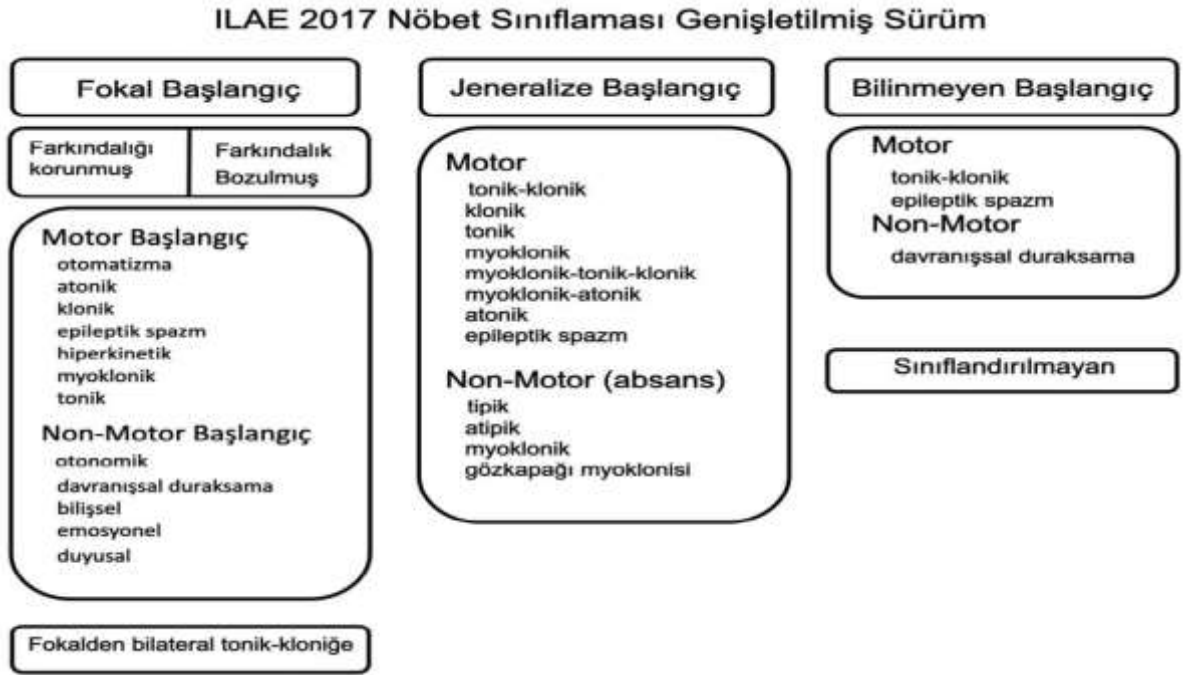
2.1.4. Epilepsi Nöbetlerinin Sınıflandırılması

Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE) tarafından 1981 yılında yapılan epilepsi nöbet sınıflandırması bazı boşluk ve aksaklıklar sebebiyle sırasıyla 2001, 2006 ve 2010 yıllarında yeniden güncellenmiştir. Nöbet başlangıcı 1981 sınıflandırmasında yer almazken 2010 sınıflandırmasına dâhil edilmiştir. Jeneralize nöbetler içinde olması gereken miyoklonik-atonik, klonik-tonik nöbetler 1981 sınıflandırmasında yoktur.

Epileptik spazmların sadece jeneralize nöbet içinde yer almayıp fokal başlangıçlı olabileceği tabloya eklenmiştir. Tüm bu eksiklikler tamamlanarak 2017 yılında tekrar sınıflandırılarak yayınlanmıştır (5,15).

Yapılan sınıflandırmada nöbetler başlangıçlarına göre üç grupta toplanmıştır:

- “1) Fokal başlangıçlı nöbetler
- 2) Jeneralize başlangıçlı nöbetler
- 3) Başlangıcı bilinmeyen nöbetler “ (15).



Şekil 2.1 ILAE 2017 nöbet sınıflaması genişletilmiş sürüm (22).

2.1.4.1. Fokal (Parsiyel) Başlangıçlı Nöbetler

Beynin tek hemisferinde meydana gelen nöbetlerdir. Bu nöbetler aynı hemisferde tek noktada sınırlı kalabilir ya da geniş bir yayılım gösterebilmektedir. Bilinç bozukluğu yaşanıp yaşanmamasına göre basit ve kompleks olarak ikiye ayrılır. Basit fokal nöbetlerde bilinç bozukluğu yaşanmazken kompleks fokal nöbetlerde bilinç bozukluğu görülür. Nöbetler basit başlayıp kompleks fokale dönüşebilirler. Fokal nöbetler; fokal başlangıçlı ve motor başlangıçlı olarak iki alt gruba ayrılır.

Fokal başlangıçlı nöbetlerde önce bilincin bozulup bozulmadığı değerlendirilir daha sonra nöbet esnasında oluşan klinik belirti ve bulgular ile motor ya da non-motor olarak sınıflandırılır (20, 21,22).

2.1.4.2. Jeneralize Başlangıçlı Nöbetler

Beynin her iki hemisferini kapsayan bilinç kaybının eşlik ettiği nöbetlerdir. Motor ve absans olarak ikiye ayrılır. Nöbetler sınıflandırılırken farkındalık derecesi kullanılmaz. Basit sürüm sınıflandırmasında tonik-klonik veya diğer motor nöbetler şeklinde sınıflandırılırken geniş sürüm sınıflandırmasında altı yaygın türü vardır (23,24).

2.1.4.2.1. Absans nöbetler(Petit Mal): Çocukluk çağı nöbetleridir, çoğunlukla ergenlik döneminde sona erer ya da sıklığı azalır. Bir kaç saniye ile birkaç dakika süren kısa

nöbetlerle seyreder. Ani başlangıçlıdır ve gün içinde çok sayıda tekrarlayabilir. Tipik ve atipik olmak üzere iki türü vardır. Tipik absanslar basit ve kompleks olarak ikiye ayrılır (21). Tipik basit absanslarda dengede değişiklik olmaksızın bilinç bozukluğu görülür.

Bir noktaya sabit şekilde bakma, ritmik göz kapağı hareketleri görülür. 5 ila 20 saniye sürer. Postikal belirti göstermez hasta nöbet geçirdiğini dahi anlamaz. Kompleks absanslar basit absanslara göre daha sık görülür. Baş ve kollarda ani düşme, elindeki nesneyi düşürme ve ağız şapırdatma, el ve parmak hareketleri gibi otomatizm davranışlar görülür (25) Atipik absanslar ani ve kısa süreli değildir tipik absanslardan daha uzun sürer. Tam olarak bilinç kaybı yaşanmaz. Kas zayıflığı şeklinde bulguları olabileceği için bir şeyleri düşürme ve hantallaşma görülebilir (21).

2.1.4.2.2. Miyoklonik Nöbetler: Kısa süreli, ani ve istemsiz aritmik kas kasılmalarıdır.

Yaygın veya tek bölgede, simetrik veya asimetrik, sekron veya asekron olabilir.

Tekrarlayabilir veya tek bir nöbetle sınırlı kalabilir. Bilinç kaybı görülmez (26, 29).

2.1.4.2.3. Tonik Nöbetler: Gövde ve/veya ekstremitelerinde ani kas tonüsü artışı olur. Kol ve bacak kasları sıklıkla etkilenir. Çoğunlukla baş ve gözlerde bir tarafa kayma olur. Fokal ya da Jeneralize başlangıçlı da olabilirler. Tonik nöbet fokal başlangıçlıysa anormal kas hareketleri etkilenen tarafla sınırlı kalır. Jeneralize başlangıçlıysa tüm vücut kasları etkilenir. Tonik nöbet sonrası uyku ve sersemlik beklenir (24, 26).

2.1.4.2.4. Atonik Nöbetler: Ani kas tonüsü kaybı ile karakterizedir. Düşme nöbetleri olarak da bilinir. Tam veya kısmi kas tonüsü kayıpları görülür. Tam tonüs kayıplarında hasta yere düşebilir, kısmi tonüs kayıplarında hastanın başının düşmesi, el veya ayağın gevşemesi, çenenin açılması vb. görülür. Bilinç kaybı olmuşsa kısa sürelidir. Ani düşmeler yüz yaralanmalarına neden olabilir (24).

2.1.4.2.5. Klonik Nöbetler: Kasların hızlı bir şekilde kasılması ve gevşemesi ile karakterizedir. Bu hareketler ritmiktir ve durdurulamaz. Fokal veya Jeneralize başlangıçlı olabilir. Bilinç kaybı veya bozukluğu ile başlar. Fokal başlangıçlı nöbetlerde genellikle yüz ve el bölgelerinde ritmik kasılmalar meydana gelir. Jeneralize başlangıçlı klonik nöbetlerde ise tüm vücut kaslarını kapsayan anormal kasılmalar ve gevşemeler vardır. Her yaş grubunda görülebilir (24).

2.1.4.2.6. Jeneralize Tonik Klonik (Grand Mal) Nöbetler (JTKN): En sık görülen auralı nöbet tipidir. Ani olarak başlayan ve bilinç kaybının yaşandığı tonik kasılmalar ve

klonik hareketlerle seyreden ağır nöbetlerdir. JTKN tonik ve klonik olmak üzere iki aşamalıdır. Tonik fazda sırt, boyun, kollar ve bacaklarda ekstansiyon olur ve hasta yere düşer. Düşme sonrası yaralanmalar görülebilir, hasta dilini ısırabilir, idrar ve gaita inkontinansı gelişebilir. Tonik faz 10-30 saniye sürer ardından hızlı tremorlarla klonik faz başlar. Tüm vücutta sarsılmalar görülür. 30-60 saniye sürer. Hastada hırıltılı soluma başlar, ağızda salya ve köpüklenme devam eder. Klonik faz bitince derin solunum başlar ve tüm vücutta gevşeme olur. Hasta bir süre bilinçsiz yatar, uyandığında tüm vücutta ağrı ve katılık hissederek sonrasında derin bir uykuya dalar. Kalktığında baş ağrısı dışında bir semptomla karşılaşmaz (25).

2.1.5. Başlangıcı Bilinmeyen Nöbetler

Hangi hemisferden kaynaklandığı bilinmeyen diğer belirtilerin bulunduğu nöbet tipidir. Nöbet hakkında sınıflandırmaya yetecek kadar bilgi olmadığında nöbetler bu grupta değerlendirilir (2).

2.1.6. Status Epileptikus (SE)

30 dakikadan uzun süren, tek nöbet ya da bilinç kaybı devam ederken iki ya da daha fazla nöbetin peş peşe tekrarlanması şeklinde gelişen nöbet tablosudur. ILAE yeni raporunda bu süreyi kısaltmış ve jenareelize konvülsif SE için 5 dakika olarak belirlemiştir (27).

Yüksek oranla ölümle sonuçlanması ve kalıcı hasar bırakması nedeniyle hızlı ve etkin tedavi gerektirir. Tedavinin ilk basamağı hasta stabilizasyonunu sağlamaktır sonrasında destekleyici bakım sağlanır. IV yolla antiepileptik ilaç verilerek nöbet sonlandırılır. Hastanın hava yolu açıklığı sağlanır, solunum ve dolaşım desteklenir. Yaşam bulguları değerlendirilir ve oksijen tedavisi başlanır. Komplikasyonlar önlenir, oluşmuşsa tedavi edilir. (27,28).

2.1.7. Epilepsi Tanısı

Epilepsi tanısı bir nöroloji uzmanı tarafından gerekli testler yapıldıktan sonra konulmalıdır. Bu testler, ayrıntılı hasta öyküsü ve fizik muayene, Elektroensefalografi (EEG), Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme

(MRG), Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi (SPECT)-Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)'dir (5,23).

2.1.7.1. Öykü ve Fizik Muayene: Hasta öyküsü dikkatli, ayrıntılı ve kapsamlı bir şekilde sorgulanmalıdır. Nöbet öncesi, sırası ve sonrası sorgulanır (aura, semptomlar, süresi vb.). İlk nöbeti ve 24 saat içindeki nöbet döngüsü, nöbet sınıflandırması için önemli verilerdir (30). Uykusuzluk, adet dönemi, alkol ve/veya madde kullanımı, duygusal stres, yorgunluk vb. tetikleyici faktörler ve geçmiş tıbbi öyküsü sorgulanır (29).

Nörolojik muayenede kafa travması, doğumsal anomaliler, nörolojik rahatsızlıklar vb. epilepsi ile ilişkilendirilerek değerlendirilir. Zihinsel durum, yürüyüş, koordinasyon, motor ve duysal refleksler değerlendirilir. Antiepileptik ilaçların yan etkilerine bağlı diplopi, nistagmus değerlendirilir. Fizik muayenede nöbetlerin nedeni, yaş ve hastalık öyküsü göz önünde bulundurulmalıdır (30).

2.1.7.2. Elektroensefalografi (EEG): Beyindeki normal elektriksel aktivitenin elektrotlar aracılığı ile elektronik kaydedildiği yöntemdir (23). Belirgin veya şüpheli nöbetleri olan hastaları değerlendiren kullanılan önemli ve sık kullanılan yardımcı tanı yöntemidir. EEG sonuçlarına göre; epilepsi tanısı koyma, doğru nöbet tipini saptama ve epilepsi sendromları tanımlanır. Yalnız EEG tek başına yeterli değildir. Çok az da olsa epilepsi hastası olup normal EEG bulgusu gösteren hastalar da vardır. Bu sebeple öykü ve klinik muayene sonuçları ile bütüncül değerlendirilmelidir. Her anormal EEG bulguları da epilepsi olmayabilir.

Nöbetlerin epilepsi kaynaklı olup olmadığını belirlemek için video-EEG incelemesi yapılır. 72 saatlik sürekli kayıt yapıldığında yaklaşık %50-70 oranında epileptik olup olmadığı belirlenir (29).

2.1.7.3. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme

(MRG): Beyin BT edikasyonları; yapısal anomaliler, nöbet değişiklikleri, kısmi nöbetler, 25 yaş üzeri ilk kez nöbet geçirme, epilepsi cerrahisi öncesi kullanılır. MRG kontraendike olduğu durumda kullanımı uygundur. Beyin BT sonucu normal çıkan ve beyinde nöbet tetikleyici odak tespit edilemediği durumlarda MRG önerilir.

MRG BT'ye kıyasla daha hassas ve özgündür bu yüzden daha fazla tercih edilir. MRG ile beyindeki küçük lezyonları, tümörleri, dirençli epilepsiyi tespit edebilmek mümkündür

bu sebeple epilepsi cerrahisi öncesi MRG önerilir. İlk kez nöbet geçiren hastalarda beyin görüntüleme yöntemlerinde lezyon tespit edilmişse nöbetin tekrar etme riski yaklaşık iki kat artmaktadır (15,30).

2.1.7.4. Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi (SPECT)-Pozitron Emisyon Tomografisi (PET): Nöbet öncesi, sırası ve sonrasında beyindeki bölgesel kan akımı ve metabolizma değişiklikleri izlenilerek epileptik odağın tespitinde kullanılır. MRG bulguları negatif veya MRG ve EEG bulgularının uyumsuz olduğu durumlarda, cerrahi tedavi öncesi kullanımı önerilir (15).

2.1.8. Epilepsi Tedavisi

Epilepsi hastalarında tedavinin ilk basamağı nöbetleri önlemek veya kontrol altına almak ve hastanın normal yaşantısına devam etmesini sağlamaktır. İlaçların yan etkilerini ve ilaç etkileşimlerini önlemek, hastanın yaşam kalitesini arttırmak, normal psikososyal ve iş uyumunu korumak diğer tedavi ilkeleridir (11,31).

Epilepsi tedavisinde kullanılan yöntemler; ilaç tedavisi, cerrahi tedavi, vagal sinir stimülasyonu ve ketojenik diyetdir (31).

2.1.8.1. İlaç Tedavisi

Antiepileptik ilaçlar, nöronların uyarılabilme eşiğini yükselterek nöbet oluşumunu engelleyen farmakolojik tedavi seçeneğidir. Epileptojenik odaktan yükselen nöronun yüksek frekanslı ani yanıtını azaltarak etki eder ve nöbet kontrolü sağlanır (49). Antiepileptik ilaç (AEİ) kullanımı sonrası yetişkin hastaların %70'inde nöbet kontrolü sağlanabilmektedir (6). Tedavide amaç nöbetleri kontrol altına almaktır. Tedaviye yeni tanı alan hastalarda monoterapi ile başlanır. Hastaların yaklaşık üçte ikisinde monoterapi ile tedavi başarısı sağlanmaktadır. İlaç seçiminde ilacın klinik etkinliği önemli ve öncelikli parametredir. İlaç seçiminde dikkat edilmesi gereken diğer parametreler ise yaş, cinsiyet, kilo, epileptik nöbet tipi ve sendromu, ruhsal bozukluklar ve hastanın yaşam tarzıdır. Nöbetler yeterli dozda monoterapi ile kontrol altına alınamazsa birinci ilaç kesilip başka bir ilaçla tedaviye devam edilir. Farklı tedavi rejimlerine rağmen hastaların yaklaşık

%20'si A-antiepileptik ilaçlara yeterince yanıt verememektedir. ILEA uygun olarak seçilmiş iki AEİ'ye rağmen nöbetler halen devam ediyorsa tedaviyi başarısız olarak kabul eder. Yanlış teşhis, yetersiz dozda ilaç kullanımı, uyumsuzluk epilepsiyi inatçı ve dirençli hale getirebilmektedir. Politerapi ya da cerrahi tedavi denenmelidir (32,33).

Politerapi, iki ya da daha fazla AEİ kullanımıdır. Kullanılan ilaçlar farklı etki mekanizmalarına sahiptir ve farklı yan etkileri vardır. Dörtten fazla ilaç kullanımı önerilmemektedir (33).

İlaçlar, santral sinir sisteminin aşırı uyarılmasının azaltılması şeklinde etki eder. Buna bağlı bilişsel, davranışsal ve psikiyatrik yan etkileri de gözlenmektedir. Psikiyatrik yan etkiler en sık (>%10) görülen yan etkilerdir. Başlıca görülen psikiyatrik belirtiler, depresyon, öz yıkım düşüncesi veya davranışı, psikoz ve duygu durum değişiklikleridir. Davranışsal düzeyde sık görülen yan etkiler ise huzursuzluk, hiperaktivite, saldırganlık, öfke, uyku düzeninde değişiklik ve ajitasyondur. Bilişsel düzeyde ise uyanıklık, dikkat dağınıklığı, psikomotor hız, bellek, kavrama ve öğrenme düzeyinde yavaşlama şeklinde ortaya çıkar. AEİ kullanımına bağlı yan etkileri önlemek için bireyin özelliklerine uygun, tolere edebileceği yan etki profiline sahip düşük dozlarda tedaviye başlanmalı ve kademeli olarak arttırılmalıdır (36).

Şekil 2.2 Nöbet tiplerine göre antiepileptik ilaçlar (47).

Jeneralize Toniklonik nöbetler	Myoklonik nöbetler	Absanslar (petit mal)	Fokal nöbetler
<u>İlk sıradakiler</u>	<u>İlk sıradakiler</u>	<u>İlk sıradakiler</u>	<u>İlk sıradakiler</u>
Valproik asit Levetirasetam Zonisamide Lamotrijin Topiramet	Valproik asit Klonazepam	Etosüksimid Valproik asit	Lamotrigine Okskarbazepin Zonisamide Karbamazepin Topiramet

<u>İkinci sıradakiler</u>	<u>İkinci sıradakiler</u>	<u>İkinci sıradakiler</u>	<u>İkinci sıradakiler</u>
Karbamazepin	Levetirasetam	Klonazepam	lokozamid
Okskarbazepin	Zonisamid	Lamotrijin	Pregabalin
Fenobarbital			Gabapentin
			Sodium valproate
			Rufinamid

2.1.8.2. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi, AEİ tedavisine dirençli hastalarda ve cerrahiye uygun epilepsi sendromu olduğunda uygulanır. Tedavide amaç sadece nöbetleri kontrol altına almak değildir. Bilişsel ve gelişimsel gerilemeye sebep olabilecek her türlü hasarı ve ek hastalık gelişimini önlemektir. Komplikasyonlar, maliyet ve fayda görememe cerrahi tedaviyi istenilen düzeye ulaştıramamıştır. Cerrahi tedavide lobektomi, hemisferektomi, korpus kallozotomi, fokal rezeksiyon gibi yöntemler yaygın olarak kullanılmaktadır (31, 34). Epilepsi cerrahisi sonrası hastaların %75'inden fazlasında nöbet kontrolü tam ya da tamamına yakın sağlanabilmektedir (25).

Lobektomi: Herhangi bir kalıcı hasar vermeden epileptojenik alanın tamamen çıkarılmasıdır. **Hemisferektomi:** Serebral korteks'in tek taraflı çıkarılması işlemidir. Beynin sadece bir bölgesinden kaynaklanan şiddetli nöbet geçiren hastalarda uygulanır. Komplet ve fonksiyonel hemisferektomi olmak üzere iki şekilde uygulanır. Daha çok fonksiyonel hemisferektomi tercih edilmektedir (25).

2.1.8.3. Vagal Sinir Stimülasyonu

Tedaviye dirençli hastalarda, epilepsi cerrahisi yapılamadığı ya da cerrahinin başarısız sonuçlandığı durumlarda tercih edilir. Hastanın klavikulasının alt kısmına pil yerleştirilmesi ve vagus sinirine düzenli elektriksel uyarı gönderilmesi esasına dayanır. Yan etkisiz olması, nöbet sıklığı ve şiddetini azaltması ve antiepileptik ilaçlarla etkileşmemesi nedeniyle kullanımı yaygındır (31).

2.1.8.4. Ketojenik Diyet (KD)

Hastalar antiepileptik ilaçların yan etkilerinden ötürü ilaç kullanmak istememekte ve alternatif tedavilere yönelmektedirler. Ketojenik diyet de bu uygulamalardan en sık bilinen ve en yaygın kullanılan yöntemdir. KD, yağlardan zengin, düşük oranda karbonhidrat ve protein içeren diyet türüdür. Yağın karbonhidrat ve proteine oranı 4:1 olarak hesaplanmıştır. Ağırlıklı olarak tereyağı, bitkisel yağlar, mayonez, peynir ve yumurtadan oluşur ve et, balık, meyve ve sebzeler ile desteklenir (35).

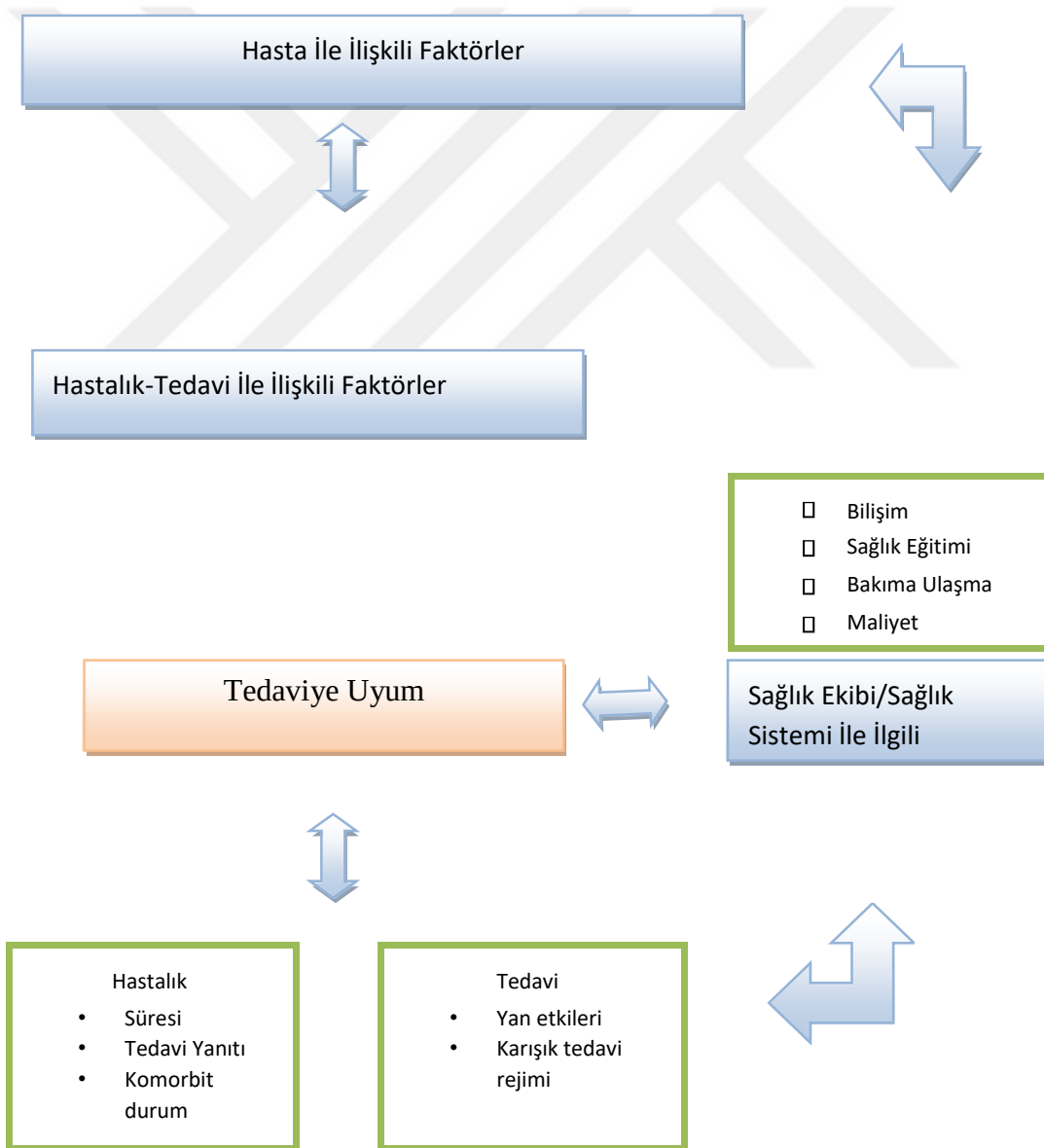
2.2. İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM

Uyum, hastanın ilaç tedavisi, diyet ve yaşam tarzı ile ilgili değişikliklerde tıbbi personelin tavsiyelerine uyması veya istekli olması anlamına gelmektedir (9). İlaç uyumu ise hastanın ilaçlarını düzenli olarak uygun dozaj ve dozlarda reçete edildiği şekilde ve ölçüde almasıdır. Uyumsuzluk, hastaların kendi tedavi beklentilerine, yan etkilere ve yaşam tarzına bağlı kasıtlı ya da unutkanlık, yanlış anlama, belirsizlikten kaynaklı kasıtsız şekilde ortaya çıkan hasta davranışları ile doktor tavsiyelerinin ters düştüğü durumlardır. Tedavinin başlanması, uygulanması ve sonlandırılması aşamalarının herhangi birinde aksaklık olması durumunda tedavi uyumsuzluğu devreye girer. Nöbetlerin kontrol altına alınamamasının en büyük nedeni ilaç tedavisine uyumsuzluktur (8).

İlaç tedavisi sorunları; gereksiz ilaç kullanımı, ek ilaç tedavisinin yetersizliği, etkisiz ilaç, düşük doz veya yüksek doz ilaç kullanımı, ilaç etkileşimi ve yan etkilerden oluşmaktadır. Epilepsi tanısının doğru konması ve uygun dozda ilacın başlanması tedavi için önemlidir (6,7). Uyumsuzluk, tedavi başarısızlığının en önemli nedenlerindendir.

Çoklu ilaç kullanımı, düşük eğitim düzeyi, cinsiyet, ek hastalık, depresyon, unutkanlık, stres, ilaçların maliyeti ve temini, hastanede yatış ilaç uyumsuzluğunu etkileyen faktörlerdir (9,10). Nöbet geçirme riski ilaç uyumsuzluğu olan kişilerde %21 daha fazladır (8). Tedaviye uyumu; hasta, sağlık ekibi/sistemi, hastalık/tedavi ile ilgili faktörler etkilemektedir (9,11). Tedavi uyumunu sağlamanın temel noktası tedaviye hasta ile birlikte ailesinin katılımının sağlanmasıdır. Hasta ve ailelerine eğitim verilmeli, telefonla takip edilerek geri dönüşler sağlanmalıdır. Kronik hastalığa sahip bireylerin tedavi

uyumunu uzun süre devam ettirebilmeleri çok zordur. Hasta bütüncül ele alınmalı uyumsuzluğun olduğu faktörler belirlenerek çözüme kavuşturulmalıdır (57).



Şekil 2.3 Epilepsi tedavisinde uyumu etkileyen faktörler (9).

İlaç uyumunu etkileyen en önemli faktör çoklu ilaç kullanımıdır. Çoklu ilaç kullanan hastalarda ilaç tedavisine uyum düşüktür. İlaç uyumu yüksek kişilerde yaşam kalitesi yüksek ve psikolojik şikâyetlerin daha düşük olduğu bildirilmiştir (37).

Tedavi uyumu, tedavi başarısı için primer belirleyicidir. Uyumsuzluk sadece hastayı değil sağlık sistemini de etkiler. Tedaviye uyumu ölçmek için hastanın gözlemlenmesi, kandaki ilaç düzeyinin ölçülmesi gibi doğrudan ya da hastaya uygulanan anketler, ilaç sayımı, eczane veri tabanı kayıtları, reçete sayıları ve hasta yakını ile görüşme gibi dolaylı yoldan sağlanabilmektedir (38).

2.2.1. İlaç Tedavisine Uyum İle İlgili Yapılmış Çalışma Örnekleri

Pakistan’da epilepsi tedavisine uyum ile ilgili 11,490 kişi ile yapılan %51,2’si erkek, %48,8’i kadın hastaların oluşturduğu çalışmada yaş ortalaması 45,2±15,8’dir. Hastaların %49,1’nin başlangıçta önerilen tedaviye devam ettiği, %31,3’ünün tedaviyi bıraktığı %19,6’sının da başka bir AEİ kullanmaya başladığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada erkek hastaların tedavi uyumu kadınlara göre daha yüksektir (%57,4) (62).

Etiyopya’da 320 epilepsi hastası ile yapılan çalışmada hastaların 224’ünün (%70) ilaç tedavisi ile ilgili sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışmada 115 (%27,84) hasta uyumsuzluk yaşadığını, 110 (%27,84) hastada advers etki geliştiği ve 103 (%26) hastada da düşük doz ilaç kullanıldığı tespit edilmiştir (7).

Akoluk ve Ovayolu’nun 325 epilepsi hastalarının uyumu ile ilgili yaptığı çalışmada katılımcıların %58,2’sinin erkek, %31,0’ının lise mezunu ve %46,6’nın 18-29 yaş arası hastalar olduğu bildirilmiştir. Tedavi uyumları incelendiğinde %27,7’si yüksek, %58,5 orta düzey ve %13,8 düşük tedavi uyumuna sahip çıkmıştır. Tedavi uyumu yüksek çıkan hastaların %54,4’ünün monoterapi kullandığı ve %51,1’ini kadınların oluşturduğu tespit edilmiştir (14).

Furkan Korkmaz’ ın 3-18 yaş arası 226 epilepsi hastasının antiepileptik ilaç uyumu ile ilgili çalışmasında katılımcıların %51,3’ünün erkek olduğu ve %80,5’inin monoterapi

aldığı belirlenmiştir. İlaç uyumları incelendiğinde %25,2 ile erkek çocukların uyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuş ve monoterapi kullananlardan %39,3'ünün ilaca uyum sağladığı bulunmuştur (13).

Çoklu ilaç kullanan hastaların tedavi uyumlarının incelendiği ve 275 hastanın katılım sağladığı çalışmada, katılımcıların %53,86'sının ilaçlarını düzenli kullanırken, %44,73'ünün unutkanlık nedeniyle ilaçlarını düzenli kullanmadıkları belirlenmiştir (59).

2.3. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI (SOY)

Okuryazarlık sadece okuma yazma becerisi değil aynı zamanda bilgi düzeyi ölçütüdür ve yaşamın her alanında etkili bir beceridir. En önemli okuryazarlık düzeylerinden birisi de sağlık okuryazarlığıdır (42). Sağlık okuryazarlığı ilk kez 1970'li yıllarda ortaya çıkmıştır. Amerikan Tabipler Birliği tarafından "sağlık hizmetleri ortamında işlev görmek için gerekli temel okuma becerisi ve sayısal görevleri yerine getirme kabiliyeti de dahil olmak üzere beceriler kümesi" şeklinde tanımlanmıştır (105).

Sağlık okuryazarlığı kişinin sağlık ile ilgili bilgileri araştırıp bulması, öğrenmesi ve edindiği bu bilgilerle kendi kararlarını alabilmesidir. Bu kararlar, hastalıklarını tanıyabilmek, belirti ve bulgularını belirlemek ve kendisi için iyi olduğunu düşündüğü davranışları gerçekleştirmektir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi bu kararlara bağlı olarak ölçülür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık okuryazarlığını, bireyin sağlığını korumak ve devam ettirmek için gerekli bilgiye ulaşma ve ulaştığı bu bilgiyi anlama ve kullanma becerisi olarak tanımlamaktadır (39,40). Sağlık durumlarında bu becerileri uygulamayı gerektiren SOY, reçeteler, broşürler, ilaçlar, doktorların talimat ve önerileri, formlar, randevular gibi karışık sağlık sistemlerini anlamayı içermektedir (71). SOY sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını arttırarak maliyeti düşürerek etki gösterir. SOY yaşam süresi ve kalitesini arttırır ve sağlıkta eşitsizlikleri giderir (39,40).

Sağlık okuryazarlığı halk sağlığı alanında önemli bir konudur. Gelişmekte olan ülkelerde toplumun yaklaşık %50'sinin yetersiz SOY düzeyinde olduğu görülmektedir (41). Türkiye'de ise bu oran yaklaşık %70'dir (41). Erman'ın 2023 yılında yaptığı

çalışmasında geriatrik bireylerde SOY düzeyleri incelenmiştir. Hastaların %27.8'inin yetersiz, %25.7'sinin sorunlu-sınırlı, %23.6'sının yeterli ve %22.9'unun mükemmel SOY'a sahip olduğu gözlenmiştir (71). Yakar ve arkadaşlarının 2019 yılında bir üniversite hastanesine başvuran hastaların SOY düzeyleri çalışmasında hastaların %50,6'sı yetersiz, %25,1'i ise sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur (98). Düşük SOY göstergeleri, yetersiz sağlık bilgisi, koruyucu sağlık hizmetlerinden az yararlanma, sağlık maliyetlerinde artış, hastaneye yatış ve acile başvurularda artma, artan kronik hastalıklar ve ölümlerdir. SOY düzeyi yetersiz olan bireyler sağlık hizmetlerine ulaşmada, kullanmakta ve sağlık bilgilerini anlamakta güçlük çekerler. SOY düzeyi düşük bireylerin yaşam kalitesi düşüktür, hastalık durumunu yönetmek oldukça zordur. Dünya çapında hızla artan kronik hastalıkların yönetimi sağlık okuryazarlığının önemini artırmaktadır (41,42).

2.3.1.Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırması

Nutbeam tarafından sağlık okuryazarlığı temel/işlevsel, interaktif/iletişimsel ve eleştirel olmak üzere üç şekilde sınıflandırmıştır.

Temel/ İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı: Bireylerin sağlık bilgileri, hizmetleri, sistemleri hakkında bilgi sahibi olmak için temel okuma, yazma becerilerinin bütünüdür. Sağlık sistemini nasıl kullanacağına dair bilgi ve becerileri kapsamaktadır. Reçete, randevu, ilaç etiketleri, temel eğitim materyalleri ve bakım için gerekli bilgileri okuma ve anlamayı ifade eder.

İnteraktif/ İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı: Sosyal becerilerle birlikte bilgi edinmeyi ve kullanabilmeyi, farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmayı ve yeni bilgileri değişen koşullara uygulayabilmeyi içermektedir.

Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı: Sosyal becerilerle birlikte bilgiyi eleştirel olarak analiz etmek ve bu bilgileri kullanmak için uygulanabilen daha gelişmiş bilişsel becerileri kapsamaktadır (38, 107).

2.3.2. E- Sağlık Okuryazarlığı (E-SO)

Medya kitlerle aynı anda mesaj ileten, çok seslilik özelliği olan teknolojik bir erişimdir. Toplum bilgilendirme amacı taşır. Geleneksel medya olarak adlandırılan televizyon, gazete, radyo gibi araçlar son yılların yerini vazgeçilmez bilgilendirme aracı olan yeni medya adı verilen interaktif web ortamları almıştır. Son yıllarda sağlık ile ilgili paylaşımlar da giderek yaygınlaşmaktadır (43). Web siteleri ve sosyal ağlar aracılığıyla sağlık alanında merak edilen tüm bilgiler kolaylıkla elde edilmektedir (44). Türkiye’de internet kullanımının 2022 yılında %94,1 oranında olduğu ve kişilerin evlerinden kolaylıkla internete erişim sağlayabildiği tespit edilmiştir. İnternet kullanımı, 16-74 yaş grubundaki bireylerde %85,0 olarak belirlenmiştir. Erkeklerin internet kullanım oranı %89,1 iken kadınlarda bu oran %80,9 olarak belirlenmiştir (45). Sağlık alanındaki bu elektronik ağın kullanılmasına paralel olarak e-sağlık okuryazarlığı da yaygınlık kazanmaya başlamıştır (44).

E-sağlık okuryazarlığı (E-SO), bireylerin sağlık sorunlarını çözmek için elektronik ortamlardaki kaynakları kullanma becerileridir. Ulaştıkları bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulamaya koyma becerilerinin bütünüdür (44). E-SO, insanların bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak, sağlık durumlarını geliştirmek ve sağlık hizmetlerini etkin kullanımlarını sağlamak amaçlanmaktadır. Gelişen teknolojiye paralel değişen süreç odaklı beceridir. Bireyleri güçlendirerek onların sağlık kararlarına tam anlamıyla katılımını amaçlar. E-SO genel ve özel becerilerden oluşmaktadır. Genel beceriler; geleneksel, medya ve bilgi okuryazarlığıdır. Geleneksel okuryazarlık, okuma, yazma ve aritmetik becerileri kapsar. Medya ve bilgi okuryazarlığı medya analizi yapma ve bilgiyi anlama/ yorumlama esasına dayanır. Özel beceriler; bilgisayar, sağlık ve bilim okuryazarlığıdır (46).

E-sağlık okuryazarlığı ile hastalar; ilaçlar, tıbbi cihazlar, sağlık kurumları ve sağlık personelleri hakkında yapılan değerlendirmeleri okuyarak daha kolay karar verebilmektedirler. SOY becerisi ile sağlık sorunları olduğunda gerekli bilgilere erişim hem birey hem de toplum sağlığını korumak için temel şarttır (44). Ülkemizde E-SO düzeyi istenilen etkinlikte değildir. T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2018 yılında yaptığı Türkiye SOY ve ilişkili faktörler araştırması sonuçlarına göre, araştırmaya katılan bireylerin %30,9’u yetersiz, %38,0’ının sorunlu-sınırlı, %23,4’ünün yeterli, yalnızca

%7,7'sinin ise mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu rapor edilmiştir (40).

Gittikçe artan kronik hastalıkların süreçlerinin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi, öz kontrolün sağlanabilmesi için yeterli SOY düzeyine ulaşmış olmayı gerektirir. Artan ESO sağlık alanındaki bilgilere erişimi kolaylaştırmakta kronik hastalıkların öz yönetimini arttırmaktadır. SOY düzeyinin düşük olması iletişim sorunlarının yaşanmasına, uygulanan tedavinin yanlış anlaşılmasına, öz bakım yetersizliğine, tedavi uyumsuzluğunun artmasına sebep olmaktadır (41, 48).

Tüm bu bilgiler ışığında epilepsili bireylerde sağlık okuryazarlığının gerekli bakım ve tedavilerinin sürdürülmesinde, tedavi uyumunun artmasında önemli bir yere sahiptir. Epilepsi hastalarında sürecin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi için SOY düzeyinin geliştirilmesi oldukça önemlidir (13).

2.3.2.1. E-Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Yapılmış Çalışma Örnekleri

Çevik ve arkadaşlarının kalp yetersizliği ve e-sağlık okuryazarlığı ile 183 hasta üzerinde yaptığı çalışmada yaş ortalaması $62,2 \pm 16,1$ 'dir. Hastaların %53,6'sı erkek ve %57,4'ünün bir yıldan daha uzun süredir hastalık tanısı bulunmaktadır. Çalışmada e-sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalaması $22,8 \pm 7,8$ olarak bulunmuştur. Çalışmada bakım vericilerin e-sağlık okuryazarlık düzeyi orta düzey olarak saptanmıştır (56).

Tosun ve Hoşgür'ün akılcı ilaç kullanımı ve e-sağlık okuryazarlığı farkındalığı ile ilgili 459 kişi ile yaptığı çalışmada katılımcıların %62,1'inin kadın, yaş ortalamasının $30,6 \pm 7,8$ ve sürekli ilaç kullanan hastaların oranının % 21,6 olduğu belirlenmiştir. Günlük internet kullanım ortalaması $3,8 \pm 1,9$ olarak bulunmuştur. Çalışmada e-sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamasının $27,80 \pm 6,89$ olduğu görülmektedir. Katılımcıların kararsızım ile katılıyorum arasında orta düzeyin biraz üzerinde bir ESağlık Okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların E-sağlık okuryazarlık düzeyleri incelendiğinde 31 yaş altı kişiler, bekârlar, en az üniversite mezunu olan kişiler, sürekli ilaç kullanmayanlar, günde en az dört saat internet kullanan kişilerde ESO yüksek bulunmuştur (46).

Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve ilaç tedavisine uyum ile ilgili 280 kişi ile oluşturulan çalışmada katılımcıların %49,3'ü 60-69 yaş grubundan, %55'i erkek ve %61,1'i ilkokul mezunudur. Sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalaması $11,75 \pm 3,97$ olup orta düzeye yakın olarak değerlendirilmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığının sebepleri ise ilaç almayı unutma (%46,4) ve ilaçları zamanında alma konusunda özen göstermeme (43,2) olarak tespit edilmiştir (63).

2.4. İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM VE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ

Tedaviye uyum, hastanın reçete edilen ilaçları uygun doz ve sıklıkta alması, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ve diyetle uygun beslenmesi gibi değişikliklerden oluşur (59). Kronik hastalıkların tedavisinin en önemli bileşeni ilaç tedavisidir. Tedaviye uyum ve hastalık yönetiminde ilaç tedavisi süreci anahtar rol oynamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre kronik hastalığı olan bireylerin yaklaşık %50'sinin ilaçlarını reçete edildiği gibi kullanmadıkları görülmektedir. 2017'de yayınlanan Türkiye Hane halkı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ülkemizdeki her dört hastadan birinin önerilen tedaviyi uygun olarak kullanmadığı rapor edilmiştir. Tedaviye uyum; yaş, cinsiyet, sosyal ekonomik durum, eğitim seviyesi gibi birçok faktörden kaynaklı olumsuz etkilenebilmektedir (58,75).

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığının önemli bir belirleyicisidir. E- sağlık okuryazarlığı kişinin sağlık sorunlarını tanımlama, uygun sağlık bilgilerine ulaşma, anlama, değerlendirme gibi işlemlerini iletişim teknolojileri aracılığıyla yapılmasıdır. Sağlık okuryazarlığı, kronik hastalıkların etkin tedavisi ve komplikasyonlardan korunma, ilaç tedavisi uyumunu artırma ve hastalığın kontrolünü arttırmada önemli role sahiptir. Birçok hasta ilaçların kullanımı, tıbbi sağlık sonuçları, önerilen talimatları yetersiz sağlık okuryazarlığı sebebiyle anlayamamaktadır bu da beraberinde tedavi uyumsuzluğunu getirmektedir (44,64,75).

İlaç uyumu ile e-sağlık okuryazarlığı birbiri ile ilişkilidir. İlacın tıbbi özellikleri, prospektüsünü okuma ve ilaç hakkında verilen bilgiyi doğru anlama sağlık okuryazarlığı ile mümkün olmaktadır. Tedavi uyumsuzluğu ve yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde; hatalı ilaç kullanım oranlarında artış, tedavi yöntemlerinin yeterince anlaşılamaması, sağlık hizmetlerine erişimin az olması, erken tanı oranlarının azalması, yaşam kalitesinde azalma ve tüm bunlara bağlı erken hastalık ve ölüm oranlarda artış görülmektedir. Hastaların kendi tedavilerinde etkin olmaları sağlanmalı ve tedavinin başarılı yönetimi için e-sağlık okuryazarlık seviyeleri arttırılması gerekmektedir (63,75).

2.5. HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Epilepsi hastalarında hemşirelik girişimleri nöbetlere, tedavi uyumuna ve e-sağlık okuryazarlığına yönelik olarak 3 başlıkta ele alınmıştır.

Epilepsi hastalığı ve nöbetlere ilişkin hemşirelik uygulamaları

Hastanın çevresinde çarpıp yaralanabileceği (yerler/şeyler) tehlikelerden uzaklaştırılır. Nöbetin devam etmesine izin verilir bu aşamada dilini ısırması için ağız hafif aralanarak bez, abeslang vb. yerleştirilir, bu sırada çene zorlanmamalıdır (50). Nöbet sırasında aspirasyonu önlemek için hasta yan çevrilmelidir. Gerekirse hasta aspire edilmelidir (28). Damar yolu açıklığı sağlanır. Nöbet kendiliğinden sonlanmıyorsa uygun dozda antiepileptik ilaç tedavisi uygulanır. Apne, bradikardi, hipotansiyon açısından hasta takip edilmelidir (30,28). Oksijen desteği sağlanır. Hastanın nörolojik durumu ve vital bulguları sürekli takip edilir (28). Aile ile birlikte nöbet uyaranları değerlendirilir. Nöbet zamanı ve nöbet tipi kaydedilir (51).

Hastaların ilaç uyumunun arttırılması

Hastalık süreci ve tedavi ile ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesi, gerekli bilgileri öğrenmeye teşvik edilmesi gerekmektedir. Tedavinin bir parçası olan hemşirelerin; epilepsi, nöbet tipleri, epilepside kullanılan ilaçlar ve ilaçların yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları son derece önemlidir. Hemşireler tedavi ve bakım sürecinde eğitici ve danışman rollerini üstlenerek hastaları yönlendirmektedirler. Bakım verme uygulamaları AEİ tedavisi sürecinin etkin yönetimini de içermektedir. Bu süreçte hemşireler hastalığın doğası, etiyolojisi, tedavi süreci, AEİ tedavisinin sağladığı yararlar, doz ayarlaması,

ilaçların yan etkileri, anksiyete yönetimi, nöbetle ilgili yaralanmalar ve yaralanmalardan korunmak için alınacak önlemler vb. konularda hasta ve hasta yakınlarına eğitim vermesi tedavi ve tedaviye uyum açısından önemlidir (49).

İlaç uyumsuzluğuna sebep olacak faktörler tanımlanmalı, uyumu arttıran davranışlarla bu faktörler en aza indirilmeye çalışılmalıdır (13).

Hastaların e- sağlık okuryazarlığına ilişkin hemşirelik girişimleri

Hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık bilgilerine ulaşmak için hastalara eğitim verilmeli, elde ettikleri bilgileri doğru şekilde anlayıp bu bilgileri kullanma durumları takip edilmelidir. Hasta eğitimi ve etkili iletişim temel unsurdur. Hastaların e-sağlık okuryazarlığını geliştirmek için kurumsal politikalar oluşturulmalıdır. Hemşirelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılmasına yönelik eğitim programları düzenlenmelidir. Bu sayede sağlık okuryazarlığı farkındalığını arttırıp hemşirelerin de hastalar için daha etkin bilgi vermesi ve yönlendirmesi sağlanır. Eğitimler basit ve anlaşılır olmalıdır (65).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma epilepsi hastalarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji servisi ve epilepsi polikliniğinde takipli 210 hasta oluşturmaktadır.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırma sınırlılıklarına uyan, Temmuz 2022-Nisan 2023 tarih aralığında hastanede tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 180 epilepsi hastası ile çalışma tamamlanmıştır. Evrenin %85,71'ine ulaşılmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri;

- ✓ Epilepsi tanısı olması
- ✓ İletişim probleminin olmaması
- ✓ 18 yaşından büyük olması
- ✓ Araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden kişiler şeklinde belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacıların oluşturduğu bu form yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu gibi sosyodemografik bilgiler (7 soru), epilepsi hastalığının süresi, sendrom ve nöbet tipi, nöbet sıklığı gibi epilepsi hastalığına ilişkin sorular (10 soru) ve internet kullanımı ile ilgili sorulardan (4 soru) oluşmaktadır (Ek 2).

3.3.2. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (E-SO)

Ölçek, Norman ve Skinner tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2017 yılında Gencer tarafından yapılmıştır. Ölçek sekiz sorudan oluşan beşli likert yapıdadır. Cronbach Alpha değeri 0.863 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte ters madde yoktur. Puanlama; hiç katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4) ve tamamen katılıyorum (5) şeklindedir. En düşük puan 8, en yüksek puan 40'tır. Yüksek puan, E-SO düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (43,53, 57) (Ek 3). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,964 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. İlaça Uyum Recete Yazdırma (İURY) Ölçeği

Ölçeğin orijinal hali Kripalani ve arkadaşları tarafından 2009 yılında 12 maddeli olarak geliştirilmiştir. Kronik hastalığı olan yeterli okuryazarlık düzeyine sahip olamayan bireylerde ilaç uyumunu belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve

güvenilirlik çalışması ise Gökdoğan ve Kes tarafından 2017 yılında 7 maddeye uyarlanarak yapılmıştır.

Ölçek dörtlü likert yapıdadır. Hiçbir zaman (1) puan, bazen (2), çoğunlukla (3) ve her zaman (4) puan üzerinden değerlendirilmiştir. Sadece yedinci soru için ters kodlama geçerlidir. Toplam puan 7-28 arasında değişmektedir. İlaça uyum için puanlama 4-16, reçete yazdırma için 3-12 arasında değişmektedir. Düşük puanlar daha iyi uyuma sahip olduğunu, yüksek puanlar ise kötü uyumu ifade etmektedir. Düşük okuryazarlığı olanlarda; Cronbach $\alpha = 0.81$, yetersiz okuryazarlığa sahip bireylerde 0.79; yeterli düzeyde okuryazar olanlarda ise 0.82 olarak belirlenmiştir (52) (Ek 4). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,775 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Analiz Yöntemi

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x}\pm ss$), ortanca (M), en küçük değer (min) ve en büyük değer (max) değerleri olarak verilmiştir. Ölçek puanlarına ait verilerin normalliği çarpıklık ve basıklık ölçüleri ile değerlendirilmiştir. Varyansların homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiştir. İki kategorili değişkenlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklerde t testi kullanılmıştır. İkiden fazla kategorili değişkenlere göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde çoklu karşılaştırmalar Duncan testi ile yapılmıştır. Ölçek puanlarının birbirleri ile karşılaştırılmasında Pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. E-Sağlık okuryazarlığının ilaca uyum ve reçete yazdırma durumuna etkisi doğrusal regresyon analizi ile araştırılmıştır. Tek değişkenli karşılaştırmalarda $p<0,25$ değerinin altındaki değişkenlerin karıştırıcı faktör olabileceği düşünülerek bu değişkenler regresyon modellerine alınmış ve bu değişkenlere göre düzeltme yapılmıştır. Kategorik değişkenler regresyon modeline kukla değişken (dummyvariable) olarak alınmıştır. Kurulan modellerin doğrusal regresyon analizi varsayımlarını sağlayıp sağlamadığı kontrol edilmiştir. Çoklu doğrusallık için tolerans ve

varyans şişirme faktörü, hata terimleri arasında otokorelasyon olup olmadığı Durbin-Watson değeri ve hata terimlerinin normalliği çarpıklık ve basıklık ölçüleri ile değerlendirilmiştir. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi amacı ile Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni (Karar Tarihi: 06.04.2022; Karar No: G0 2022/64) alınarak yapılmıştır. Anket çalışmasının kurum izni ise Kocaeli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimlik onayı alınarak yapılmıştır. Katılımcılara aydınlatılmış onam formu doldurulmuş olup gönüllülük esas alınarak veriler toplanmıştır. Araştırma sonuçları kimlik bilgileri verilmeden bilimsel amaçla yayınlanabileceği konusunda hastalara bilgi verilmiştir. Çalışmada kullanılan E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve İlaça Uyum Reçete Yazdırma Ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan kişilerden mail yoluyla izin alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniği ve servisinde takipli, araştırmaya katılmayı kabul eden epilepsi hastaları ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (N=180)

Değişkenler	İstatistikler
Yaş, (yıl)	
$\bar{x} \pm ss$	40,1 $\pm$ 15,1
M (min-max)	37 (19-74)
Yaş grupları, n (%)	
19-30 yaş	61 (33,9)

31-40 yaş	41 (22,8)
41-50 yaş	29 (16,1)
51-60 yaş	27 (15,0)
>60 yaş	22 (12,2)
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	92 (51,1)
Erkek	88 (48,9)
Eğitim durumu, n (%)	
İlköğretim ve altı	44 (24,4)
Ortaöğretim	97 (53,9)
Yükseköğretim	39 (21,7)
Medeni durumu, n (%)	
Evli	95 (52,8)
Bekar	85 (47,2)
Çalışma durumu, n (%)	
Çalışıyor	61 (33,9)
Ev hanımı	31 (17,2)
Çalışmıyor	88 (48,9)
Gelir düzeyi, n (%)	
Gelir giderden fazla	21 (11,7)
Gelir gidere eşit	76 (42,2)
Gelir giderden az	83 (46,1)
Yaşadığı yer, n (%)	
İl	93 (51,7)
İlçe	66 (36,7)
Köy/kasaba	21 (11,7)

n: Hasta sayısı, %: Yüzde değer, $\bar{x}$: Ortalama, *ss*: standart sapma, *M*: Ortanca, *min*: en küçük değer, *max*: en büyük değer

Tablo 1'e göre çalışmada 180 hasta yer almıştır. Hastaların yaşları 19-74 yıl aralığındadır ve medyan yaş 37 yıldır. Hastaların 61'i (%33,9) 19-30 yıl yaş aralığında, 92'si (%51,1) kadın, 97'si (%53,9) ortaöğretim mezunu, 95'i (%52,8) evli, 88'i (%48,9) çalışmamakta, 83'ünün (%46,1) geliri giderinden az ve 93'ü (%51,7) ilde yaşamaktadır.

Tablo 2: Hastaların Epilepsi Hastalığına İlişkin Tanılama Özellikleri

Değişkenler	İstatistikler
-------------	---------------

Epilepsi hastalık süresi, (yıl)	
$\bar{x} \pm ss$	9,7 $\pm$ 9,6
<i>M (min-max)</i>	6,0 (0,1-51,0)
Epilepsi hastalık süresi grup, n (%)	
≤ 1 yıl	26 (14,4)
1.1-5 yıl	57 (31,7)
5.1-10 yıl	36 (20,0)
10.1-20 yıl	40 (22,2)
>20.1 yıl	21 (11,7)
Epileptik sendrom tipi, n (%)	
Semptomatik	102 (56,7)
İdiyopatik	50 (27,8)
Kriptojenik	28 (15,6)
Nöbet tipi, n (%)	
JTK	57 (31,7)
Absans	19 (10,6)
Atonik	19 (10,6)
Tonik	22 (12,2)
Fokal	45 (25,0)
Diğer (miyoklonik, klonik)	18 (10,0)
Nöbet geçirme şekli, n (%)	
Tek/çift taraflı kasılma	76 (42,2)
Sabit bir noktaya bakıp kalma	56 (31,1)
Bilinç bozukluğu	48 (26,7)
Başka kronik hastalık var mı? , n (%)	
Evet	58 (32,2)
Hayır	122 (67,8)

Tablo 2: Hastaların Epilepsi Hastalığına İlişkin Tanılama Özellikleri (*devam ediyor*)

Son bir yılda nöbet geçirme sıklığı, n (%)	
Ayda iki nöbetten fazla	58 (32,2)
Ayda bir nöbetten az	61 (33,9)
Nöbet geçirmedi	61 (33,9)
Epilepsi ilaçlarını kullanma süresi, (yıl)	
$\bar{x} \pm ss$	8,5 $\pm$ 8,1

<i>M (min-max)</i>	5 (0-51)
Epilepsi ilaçlarını kullanma süresi, n (%)	
≤1 yıl	26 (14,4)
1.1-5 yıl	57 (31,7)
5.1-10 yıl	36 (20,0)
10.1-20 yıl	40 (22,2)
>20.1 yıl	21 (11,7)
Kullanılan ilacın dozu ve sıklığını bilme, n (%)	
Evet	163 (90,6)
Hayır	17 (9,4)
İlaçlarını düzenli kullanma, n (%)	
Evet	146 (81,1)
Hayır	34 (18,9)
Son bir yılda hastaneye başvurma sıklığı, n (%)	
Hiç	14 (7,8)
1-4	81 (45,0)
5-9	55 (30,6)
10 ve üzeri	30 (16,7)
Genel sağlık durumunu tanımlama, n (%)	
İyi	99 (55,0)
Orta	56 (31,1)
Kötü	25 (13,9)

n: Hasta sayısı, %: Yüzde değer, $\bar{x}$: Ortalama, ss: standart sapma, *M*: Ortanca, *min*: en küçük değer, *max*: en büyük değer

Tablo 2'ye göre hastaların epileptik hastalık süresi 0,1-51,0 yıl aralığındadır ve medyan epileptik süresi 6,0 yıldır. Epileptik hastalık süresi 1.1-5 yıl aralığında olan hasta sayısı 57'dir (%31,7). Nöbet tipi 57 (%31,7) hastada JTK, 45 (%25,0) hastada fokal, 22 (%12,2) hastada toniktir. Hastaların 76'sının (%42,2) nöbet geçirme şekli tek/çift taraflı kasılmadır. Başka kronik hastalığı bulunan hasta sayısı 58'dir (%32,2). Son bir yılda

nöbet geçirmeyen 61 (%33,9) hasta mevcut iken, 61 (%33,9) hastanın son bir yılda nöbet geçirme sıklığı ayda bir nöbetten azdır. Epilepsi ilaçlarını kullanma süresi 0-51 yıl aralığında olup medyan ilaç kullanma süresi 5 yıldır. Hastaların 57'sinin (%31,7) ilaç kullanma süresi 1.1-5 yıl aralığındadır. Kullanılan ilacın dozu ve sıklığını bilen 163 (%90,6), ilaçlarını düzenli kullanan 146 (%81,1), son bir yılda hastaneye başvurma sıklığı 1-4 aralığında olan 81 (%45,0) ve genel sağlık durumunu iyi olarak tanımlayan 99 (%55,0) hasta mevcuttur.

Tablo 3: Hastaların E-Sağlık Durumuna İlişkin Tanılama Özellikleri

Değişkenler	İstatistikler
Günlük internet kullanım sıklığı, n (%)	
Hiç	32 (17,8)
1 saat ve altı	36 (20,0)
2-3 saat	48 (26,7)
4 saat ve üzeri	64 (35,6)
İnternete nereden ulaşıyor, n (%)	
Hiç	32 (17,8)
Evinden	11 (6,1)
İş yerinden	14 (7,8)
Cep telefonundan	123 (68,3)
Son bir ayda sağlık durumu için araştırma yapma, n (%)	
Evet	93 (51,7)
Hayır	87 (48,3)
E-Sağlık okuryazarlık kavramını bilme, n (%)	
Evet	41 (22,8)
Hayır	139 (77,2)

n: Hasta sayısı, %: Yüzde değer

Tablo 3'e göre günlük internet kullanım sıklığı 4 saat ve üzeri olan hasta sayısı 64'tür (%35,6). Hastaların 123'ü (%68,3) cep telefonundan internete ulaşım sağlamaktadır. Son bir ayda sağlık durumu için araştırma yapan 93 (%51,7) hasta mevcuttur. E-Sağlık okuryazarlık kavramını bilen hasta sayısı 41'dir (%22,8).

Tablo 4: E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ilk iki soruya ait istatistikler

Değişkenler	İstatistikler
İnternetin yardımcı olmada fayda durumu, n (%)	
Hiç yararlı değil-yararlı değil	63 (35,0)
Fikrim yok	44 (24,4)
Yararlı-çok yararlı	73 (40,6)
Sağlık kaynaklarına ulaşmak ne kadar önemli, n (%)	
Hiç önemli değil-önemli değil	35 (19,4)
Fikrim yok	41 (22,8)
Önemli-çok önemli	104 (57,8)

n: Hasta sayısı, %: Yüzde değer

Tablo 4'e göre hastaların 73'ü (%40,6) internetin yardımcı olmada fayda durumunu yararlı-çok yararlı, 104'ü (%57,8) sağlık kaynaklarına ulaşmanın önemli-çok önemli olduğunu belirtmiştir.

Tablo 5: Çalışmada Kullanılan Ölçeklere Ait İstatistikler

	Cronbach alfa	$\bar{x} \pm ss$	min-max	$\text{çarpıklık} \pm sh$	$\text{basıklık} \pm sh$
E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (ESÖ)	0,964	24,31 $\pm$ 9,27	8-40	-0,265 $\pm$ 0,181	-1,056 $\pm$ 0,360
İlaç Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği (İURY)					
İlaç Uyum	0,609	6,12 $\pm$ 1,88	4-13	0,974 $\pm$ 0,181	0,421 $\pm$ 0,360
Reçete Yazdırma	0,674	4,24 $\pm$ 1,44	3-10	1,101 $\pm$ 0,181	0,554 $\pm$ 0,360
Toplam	0,775	10,37 $\pm$ 3,02	7-23	1,137 $\pm$ 0,181	0,765 $\pm$ 0,360

$\bar{x}$: Ortalama, ss: standart sapma, sh: standart hata, min: en küçük değer, max: en büyük değer

Tablo 5'te çalışmada kullanılan ölçeklere ait istatistikler yer almaktadır. Ölçek maddeleri arasındaki iç tutarlılığı gösteren Cronbach alfa değerleri E-Sağlık Okuryazarlık

Ölçeği için 0,964; İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği için 0,6090,775 aralığında bulunmuştur ve yeterli düzeydedir. Ölçek puanlarına ait verilerin normalliği çarpıklık ve basıklık ölçüleri ile değerlendirilmiştir. Tablodaki tüm değerler - 1,96 ile 1,96 aralığında olduğundan dolayı ölçek puanları normal dağılım göstermektedir (67).

Tablo 6: Sosyodemografik Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	ESÖ	İlaça Uyum	Reçete Yazdırma	İURY Toplam
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Yaş grupları				
19-30	27,64±7,65 ^a	6,23±1,81	4,31±1,35	10,54±2,83
31-40	28,71±7,50 ^a	6,00±1,88	3,90±1,26	9,90±2,90
41-50	25,28±8,92 ^a	6,34±1,70	4,10±1,37	10,45±2,63
51-60	16,74±7,76 ^b	5,81±2,08	4,48±1,37	10,30±3,22
>60	14,77±6,10 ^b	5,77±1,57	4,41±1,74	10,18±3,02
<i>F; p</i>	21,347; <0,001	0,573; 0,683	0,995; 0,412	0,326; 0,860
Cinsiyet				
Kadın	24,86±9,84	5,84±1,71	4,05±1,30	9,89±2,68
Erkek	23,70±8,65	6,33±1,90	4,40±1,46	10,73±3,02
<i>t; p</i>	0,834; 0,405	1,830; 0,069	1,667; 0,097	1,964; 0,051
Eğitim durumu				
İlköğretim ve altı	14,73±6,74 ^a	6,20±1,64	4,48±1,68	10,68±3,04
Ortaöğretim	24,96±7,47 ^b	5,87±1,77	3,99±1,07	9,86±2,50
Yükseköğretim	33,44±4,44 ^c	6,46±2,08	4,51±1,65	10,97±3,41
<i>F; p</i>	80,555; <0,001	1,648; 0,195	3,023; 0,051	2,664; 0,072
Medeni durumu				
Evli	22,15±9,57	5,80±1,74	4,22±1,44	10,02±2,84
Bekar	26,69±8,34	6,39±1,87	4,22±1,34	10,61±2,90
<i>t; p</i>	3,405; 0,001	2,191; 0,030	0,012; 0,991	1,379; 0,170

Tablo 6: Sosyodemografik Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (*devam ediyor*)

Çalışma durumu				
Çalışıyor	30,64±6,12 ^a	6,07±1,90	4,13±1,23	10,20±2,79
Ev hanımı	18,58±8,94 ^b	5,74±1,55	4,23±1,36	9,97±2,48
Çalışmıyor	21,91±8,82 ^b	6,20±1,85	4,28±1,51	10,49±3,08
<i>F; p</i>	30,773; <0,001	0,743; 0,477	0,217; 0,805	0,432; 0,650
Gelir düzeyi				
Gelir giderden fazla	32,24±5,89 ^a	6,10±1,84	4,00±1,22	10,10±2,70
Gelir gidere eşit	25,87±9,02 ^b	5,78±1,70	4,13±1,35	9,91±2,69
Gelir giderden az	20,84±8,61 ^c	6,35±1,89	4,36±1,46	10,71±3,05
<i>F; p</i>	17,192; <0,001	1,997; 0,139	0,847; 0,431	1,616; 0,202
Yaşadığı yer				
İl	27,55±8,65 ^a	5,94±1,73	4,09±1,31	10,02±2,73
İlçe	22,35±8,73 ^b	6,17±1,74	4,35±1,35	10,52±2,67
Köy/kasaba	16,00±6,60 ^c	6,43±2,38	4,43±1,80	10,86±3,99
<i>F; p</i>	18,668; <0,001	0,754; 0,472	0,952; 0,388	1,014; 0,365

$\bar{x}$: Ortalama, ss: standart sapma, *F*: Tek yönlü varyans analizi, *t*: Bağımsız örneklerde *t* testi, *a*, *b* ve *c* üst simgeleri aynı sütun içinde kategoriler arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgelerin yer aldığı kategoriler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 6'ya göre ESÖ puanları yaş gruplarında istatistiksel olarak farklı dağılım göstermektedir ($p<0,001$). Yaşı 50 ve altında olan hastaların ESÖ puanları yaşı 50'nin üstünde olan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. 19-30, 31-40 ve 41-50 yaş gruplarının ESÖ puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli değildir ($p>0,05$). 51-60 ve >60 yaş gruplarının ESÖ puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli değildir ($p>0,05$). İlaça uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları yaş grupları arasında istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Erkek ve kadınların ESÖ, ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak birbirinden farklı değildir ($p>0,05$).

Eğitim durumuna göre hastaların ES puanları istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,001$). Yükseköğretim mezunu hastaların ES puanları ortaöğretim ile ilköğretim ve altı mezunlarından istatistiksel olarak yüksektir. Ortaöğretim mezunu hastaların ES puanları ilköğretim ve altı mezunlarından istatistiksel olarak yüksektir. Eğitim durumuna göre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Bekar hastaların ES puanları evli hastalardan istatistiksel olarak yüksektir ($p=0,001$). Bekar hastaların ilaca uyum puanları evli hastalardan istatistiksel olarak yüksektir ($p=0,030$). Evli ve bekar hastaların reçete yazdırma ve İURY toplam puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Çalışma durumuna göre hastaların ES puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). alışan hastaların ES puanları ev hanımı ve çalışmayan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. Ev hanımı ve çalışmayan hastaların ES puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamaktadır. Çalışma durumuna göre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Gelir düzeyine göre hastaların ES puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Geliri giderinden fazla olan hastaların ES puanları geliri giderine eşit ve geliri giderinden az hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir. Geliri giderine eşit olan hastaların ES puanları geliri giderinden az olan hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir. Gelir dzeyinegre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Yaşanılan yere göre hastaların ES puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). İlde yaşayan hastaların ES puanları ile ve köy/kasabada yaşayan hastalara göre istatistiksel olarak yüksektir. İlçede yaşayan hastaların ES puanları köy/kasabada yaşayan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. Yaşanılan göre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 7: Hastaların Epilepsi Hastalığına İlişkin Tanılama Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	ESÖ $\bar{x} \pm ss$	İlaça Uyum $\bar{x} \pm ss$	Reçete Yazdırma $\bar{x} \pm ss$	İURY Toplam $\bar{x} \pm ss$
Epilepsi hastalık süresi				
≤1 yıl	26,38±9,05	5,65±2,15	4,04±1,51	9,69±3,54
1.1-5 yıl	23,88±9,95	6,23±1,96	4,37±1,47	10,60±3,08
5.1-10 yıl	25,89±6,82	5,75±1,20	4,00±1,12	9,75±1,96
10.1-20 yıl	23,55±9,44	6,50±1,84	4,35±1,31	10,85±2,69
>20.1 yıl	21,52±10,70	5,95±1,72	4,19±1,60	10,14±3,00
<i>F; p</i>	1,163; 0,329	1,319; 0,265	0,584; 0,674	1,155; 0,332
Epileptik sendrom tipi				
Semptomatik	22,88±8,95 ^a	5,94±1,81	4,16±1,44	10,10±2,94
İdiyopatik	27,54±9,09 ^b	6,38±1,90	4,38±1,40	10,76±2,99
Kriptojenik	23,64±9,61 ^a	6,04±1,69	4,18±1,19	10,21±2,39
<i>F; p</i>	4,485; 0,013	0,987; 0,375	0,447; 0,640	0,902; 0,408
Nöbet tipi				
JTK	22,58±9,19	6,09±1,95	4,28±1,58	10,37±3,26
Absans	26,21±9,00	6,42±1,64	4,21±1,08	10,63±2,43
Atonik	23,95±9,50	6,16±1,64	4,37±1,46	10,53±2,59
Tonik	22,59±10,34	6,27±2,10	4,23±1,72	10,50±3,57
Fokal	26,07±9,61	5,91±1,87	4,18±1,19	10,09±2,66
Diğer (miyoklonik, klonik)	25,72±6,75	5,78±1,31	4,00±1,08	9,78±2,02
<i>F; p</i>	1,125; 0,349	0,361; 0,874	0,160; 0,977	0,263; 0,933
Nöbet geçirme şekli				
Tek/çift taraflı kasılma	24,01±9,45	6,03±1,90	4,16±1,35	10,18±2,95
Sabit bir noktaya bakıp kalma	26,48±8,86	6,02±1,75	4,02±1,18	10,04±2,64
Bilinç bozukluğu	22,19±9,09	6,23±1,78	4,56±1,62	10,79±3,02
<i>F; p</i>	2,894; 0,058	0,226; 0,798	2,157; 0,119	0,999; 0,370
Başka kronik hastalık var mı?				
Evet	18,12±7,99	5,90±1,90	4,24±1,56	10,14±3,16
Hayır	27,23±8,37	6,16±1,78	4,21±1,31	10,38±2,74
<i>t; p</i>	6,921; <0,001	0,922; 0,358	0,127; 0,899	0,520; 0,604

Tablo 7: Hastaların Epilepsi Hastalığına İlişkin Tanılama Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (*devam ediyor*)

Değişkenler	ESÖ $\bar{x} \pm ss$	İlaça Uyum $\bar{x} \pm ss$	Reçete Yazdırma $\bar{x} \pm ss$	İURY Toplam $\bar{x} \pm ss$
Son bir yılda nöbet geçirme				
Ayda iki nöbetten fazla	24,02±8,91	6,21±1,84	4,14±1,52	10,34±3,10
Ayda bir nöbetten az	23,95±9,46	6,05±1,71	4,15±1,26	10,20±2,61
Nöbet geçirmedi	24,90±9,53	5,98±1,92	4,38±1,39	10,36±2,96
<i>F; p</i>	0,197; 0,821	0,234; 0,792	0,572; 0,566	0,059; 0,942
Epilepsi ilaçlarını kullanma süresi				
≤1 yıl	26,28±8,70	5,92±2,20	4,14±1,40	10,06±3,35
1.1-5 yıl	24,35±9,91	6,07±1,86	4,45±1,49	10,53±3,04
5.1-10 yıl	24,98±6,53	6,29±1,72	4,15±1,24	10,44±2,62
10.1-20 yıl	23,38±10,52	6,13±1,41	4,09±1,28	10,22±2,34
>20.1 yıl	19,75±10,86	5,81±1,83	4,06±1,65	9,88±3,05
<i>F; p</i>	1,526; 0,197	0,300; 0,878	0,564; 0,689	0,264; 0,901
Kullanılan ilacın dozu ve sıklığını bilme				
Evet	25,37±8,93	6,02±1,81	4,16±1,29	10,18±2,77
Hayır	13,94±5,30	6,59±1,87	4,82±2,10	11,41±3,69
<i>t; p</i>	7,816; <0,001	1,219; 0,224	1,280; 0,218	1,333; 0,199
İlaçlarını düzenli kullanma				
Evet	24,19±9,13	5,60±1,40	3,90±1,18	9,50±2,19
Hayır	24,74±9,98	8,15±1,97	5,59±1,42	13,74±2,96
<i>t; p</i>	0,307; 0,759	7,139; <0,001	6,434; <0,001	7,862; <0,001
Son bir yılda hastaneyeye başvurma sıklığı				
Hiç	32,36±2,73 ^a	6,43±1,79	4,21±1,19	10,64±2,47
1-4	26,40±8,66 ^a	6,12±1,91	4,31±1,34	10,43±2,95
5-9	21,71±8,88 ^b	5,91±1,81	4,07±1,39	9,98±2,92
10 ve üzeri	19,60±9,72 ^c	6,10±1,65	4,27±1,64	10,37±2,88

<i>F; p</i>	10,295; <0,001	0,347; 0,792	0,324; 0,808	0,349; 0,790
Genel sağlık durumunu tanımlama				
İyi	26,62±8,98 ^a	6,20±1,87	4,17±1,29	10,37±2,80
Orta	21,89±8,42 ^b	5,89±1,68	4,30±1,43	10,20±2,84
Kötü	20,48±9,92 ^b	6,00±1,91	4,24±1,71	10,24±3,35
<i>F; p</i>	7,627; 0,001	0,542; 0,583	0,162; 0,850	0,073; 0,929

$\bar{x}$: Ortalama, ss: standart sapma, *F*: Tek yönlü varyans analizi, *t*: Bağımsız örneklerde *t* testi, *a*, *b* ve *c* üst simgeleri aynı sütun içinde kategoriler arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgelerin yer aldığı kategoriler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 7'ye göre hastaların epilepsi hastalık süresine göre ESÖ, ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$). Epileptik sendrom tipine göre ESÖ puanları istatistiksel olarak farklıdır ($p=0,013$). İdiyopatik hastaların ESÖ puanları semptomatik ve kriptojenik hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. Semptomatik ve kriptojenik hastaların ESÖ puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır. Epileptik sendrom tipine göre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir. Nöbet tipine göre ESÖ, ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$). Nöbet geçirme şekline göre ESÖ, ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$). Başka kronik hastalık olma durumuna göre ESÖ puanları istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,001$). Başka kronik hastalığı olmayan hastaların ESÖ puanları istatistiksel olarak yüksektir. Başka kronik hastalık olma durumuna göre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$). Son bir yılda nöbet geçirme durumuna göre ESÖ, ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$). Epilepsi ilaçlarını kullanma süresine göre ESÖ, ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$). Kullanılan ilacın dozu ve sıklığını bilme durumuna göre ESÖ puanları istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,001$). Kullanılan ilacın dozu ve sıklığını bilenlerin ESÖ puanları bilmeyenlerden istatistiksel olarak yüksektir. Kullanılan ilacın dozu ve sıklığını bilme durumuna göre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$). İlaçlarını düzenli kullananlarla kullanmayanların ESÖ puanları arasında

istatistiksel olarak fark yoktur ($p=0,759$). İlaçlarını düzenli kullanma durumuna göre, ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,001$). İlaçlarını düzenli kullanmayanların ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları ilaçlarını düzenli kullananlara göre istatistiksel olarak yüksektir. Son bir yılda hastaneye başvurma sıklığına göre ESÖ puanları istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,001$). Son bir yılda hastaneye hiç başvurmayan ve 1-4 kere başvuran hastaların ESÖ puanları hastaneye son bir yılda 5-9 ve 10 ve üzeri kez başvuranlardan istatistiksel olarak yüksektir. Son bir yılda hastaneye 5-9 kez başvuran hastaların ESÖ puanları 10 ve üzeri kez başvuranlardan istatistiksel olarak yüksektir. Son bir yılda hastaneye başvurma sıklığına göre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$). Genel sağlık durumunu tanımlama durumuna göre ESÖ puanları istatistiksel olarak farklıdır ($p=0,001$). Genel sağlık durumunu iyi olarak tanımlayan hastaların ESÖ puanları genel sağlık durumunu orta ve kötü olarak tanımlayanlardan istatistiksel olarak yüksektir. Genel sağlık durumunu orta ve kötü olarak tanımlayanların ESÖ puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli değildir. Genel sağlık durumunu tanımlama durumuna göre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 8: Hastaların Sağlık Durumuna İlişkin Tanılama Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	ESÖ $\bar{x}\pm ss$	İlaça Uyum $\bar{x}\pm ss$	Reçete Yazdırma $\bar{x}\pm ss$	İURY Toplam $\bar{x}\pm ss$
Günlük internet kullanım sıklığı				
Hiç	13,50±5,30 ^a	5,66±1,52	4,25±1,68	9,91±2,92
1 saat ve altı	18,61±7,67 ^a	5,94±1,71	4,25±1,34	10,19±2,78
2-3 saat	27,63±7,43 ^b	6,06±1,87	4,13±1,39	10,19±2,92
4 saat ve üzeri	30,39±5,71 ^c	6,38±1,96	4,27±1,28	10,64±2,91
F; p	60,395; <0,001	1,215; 0,306	0,107; 0,956	0,535; 0,659
İnternete nereden ulaşıyor				
Hiç	13,50±5,30 ^a	5,66±1,52	4,25±1,68	9,91±2,92
Evinden	27,55±7,12 ^b	6,36±2,11	4,36±1,86	10,73±3,72
İş yerinden	31,14±6,63 ^b	6,07±1,64	4,29±1,27	10,36±2,56

Cep telefonundan	26,03±8,38 ^b	6,16±1,88	4,20±1,28	10,36±2,84
<i>F; p</i>	27,206; <0,001	0,751; 0,523	0,067; 0,978	0,295; 0,829

Son bir ayda sağlık durumu için araştırma yapma				
Evet	29,30±6,41	5,88±1,65	4,01±1,26	9,89±2,56
Hayır	18,94±8,87	6,29±1,96	4,45±1,49	10,74±3,14
<i>t; p</i>	8,923; <0,001	1,494; 0,137	2,133; 0,034	1,981; 0,049

E-Sağlık okuryazarlık kavramını bilme				
Evet	32,63±5,09	6,32±1,75	3,95±1,28	10,27±2,70
Hayır	21,83±8,79	6,01±1,84	4,30±1,41	10,31±2,94
<i>t; p</i>	9,909; <0,001	0,959; 0,339	1,426; 0,156	0,080; 0,936

$\bar{x}$: Ortalama, ss: standart sapma, *F*: Tek yönlü varyans analizi, *t*: Bağımsız örneklerde *t* testi, *a*, *b* ve *c* üst simgeleri aynı sütun içinde kategoriler arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgelerin yer aldığı kategoriler arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 8'e göre günlük internet kullanım sıklığına göre hastaların ESÖ puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Günlük internet kullanım sıklığı 4 saat ve üzeri olanların ESÖ puanları günlük internet kullanım sıklığı 2-3 saat, 1 saat ve altı ve hiç kullanmayanlardan istatistiksel olarak yüksektir. Günlük internet kullanım sıklığı 2-3 saat olanların ESÖ puanları 1 saat ve altı ve hiç internet kullanmayanlardan istatistiksel olarak yüksektir. Günlük internet kullanım sıklığı 1 saat ve altı olanlar ve hiç internet kullanmayanların ESÖ puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır. Günlük internet kullanım sıklığına göre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$). İnternete ulaşım yerine göre ESÖ puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmaktadır ($p<0,001$). İnternete hiç bağlanmayanların ESÖ puanları internete evinden, işyerinden ve cep telefonundan bağlanana göre istatistiksel olarak düşüktür. İnternete evinden, işyerinden ve cep telefonundan bağlanana göre istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır. İnternete ulaşım yerine göre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$). Son bir ayda sağlık durumu için araştırma yapanların ESÖ puanları istatistiksel olarak araştırma yapmayanlardan yüksektir ($p<0,001$). Son bir ayda sağlık durumu için araştırma yapma durumuna göre ilaca uyum puanları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p=0,137$). Son bir ayda sağlık durumu için araştırma yapmayanların reçete yazdırma ve İURY toplam puanları

istatistiksel olarak araştırma yapanlardan yüksektir ($p=0,034$; $p=0,049$). E-Sağlık okuryazarlık kavramını bilenlerin ESÖ puanları istatistiksel olarak yüksektir ($p<0,001$). E-Sağlık okuryazarlık kavramını bilme durumuna göre ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p>0,05$).

Tablo 9: E-Sağlık Okuryazarlığı ile İlaça Uyum Reçete Yazdırma Ölçeği Arasındaki İlişki

	E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği	
	R	P
İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği		
İlaça Uyum	-0,026	0,727
Reçete Yazdırma	-0,133	0,075
Toplam	-0,081	0,281

r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 9'a göre E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları ile İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 10: E-Sağlık Okuryazarlığının ilaca uyum ve reçete yazdırma durumuna etkisinin doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi

	β	sh	$z\beta$	t	p	β için %95.0 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Model-1: İlaça Uyum							
Sabit	11,982	1,405		8,529	<0,001	9,205	14,760
ESÖ	-0,062	0,026	-0,315	-2,343	0,021	-0,114	-0,010
Model İstatistikleri: $F=2,930$; $p<0,001$, $R^2=0,441$ Düzeltilmiş $R^2=0,291$							
ESÖ için Çoklu Doğrusallık İstatistikleri: Tolerans=0,219 Varyans Şişirme Faktörü=4,558							
ESÖ için kısmi eta kare=0,037; güç=0,643							
Hata Terimlerinin Normalliği için İstatistikler: Çarpıklık= 0,144±0,181; Basıklık= 1,064±0,360							
Hata Terimleri Arasındaki Otokorelasyon: Durbin-Watson=1,868							
Model-2: Reçete Yazdırma							
Sabit	8,487	1,111		7,638	<0,001	6,290	10,683

ESÖ	-0,048	0,021	-0,320	-2,302	0,023	-0,089	-0,007
Model İstatistikleri: $F=2,489$; $p<0,001$, $R^2=0,401$ Düzeltilmiş $R^2=0,240$							
ESÖ için Çoklu Doğrusallık İstatistikleri: Tolerans=0,219 Varyans Şişirme Faktörü=4,558							
ESÖ için kısmi eta kare=0,036; güç=0,628							
Hata Terimlerinin Normalliği için İstatistikler: Çarpıklık= 0,762±0,181; Basıklık= 1,182±0,360							
Hata Terimleri Arasındaki Otokorelasyon: Durbin-Watson=2,190							
Model-3: Toplam							
Sabit	20,469	2,152		9,513	<0,001	16,215	24,723
ESÖ	-0,110	0,040	-0,353	-2,719	0,007	-0,189	-0,030
Model İstatistikleri: $F=3,389$; $p<0,001$, $R^2=0,477$ Düzeltilmiş $R^2=0,336$							
ESÖ için Çoklu Doğrusallık İstatistikleri: Tolerans=0,219 Varyans Şişirme Faktörü=4,558							
ESÖ için kısmi eta kare=0,050; güç=0,770							
Hata Terimlerinin Normalliği için İstatistikler: Çarpıklık= 0,402±0,181; Basıklık= 1,197±0,360							
Hata Terimleri Arasındaki Otokorelasyon: Durbin-Watson=1,968							
β : Regresyon katsayısı, sh: Standart hata, z β : Standartlaştırılmış regresyon katsayısı							
Modeldeki karıştırıcı faktörler: yaş grup, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer, epileptik, sendrom tipi, nöbet geçirme şekli, başka kronik hastalık var mı, epilepsi ilaç kullanım süresi, kullanılan ilacın dozu ve sıklığını bilme, ilaçlarını düzenli kullanma, son bir yılda hastaneye başvurma sıklığı, genel sağlık durumunu tanımlama, günlük internet kullanım sıklığı, internete nereden ulaşıyor, son bir ayda sağlık durumu için araştırma yapma, e-sağlık okur yazarlık kavramını bilme							

Tablo 10’da E-Sağlık okuryazarlığının ilaca uyum ve reçete yazdırma durumuna etkisi doğrusal regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde hastaların sosyodemografik, epilepsi hastalığına ilişkin tanılama özellikleri ve sağlık durumuna ilişkin tanılama özellikleri ile E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği puanları ve İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği alt boyut ve toplam puanları arasında yapılan karşılaştırmalarda $p<0,25$ değerine sahip değişkenlerin ölçek puanları arasında karıştırıcı faktör olabileceği düşünülerek bu değişkenler Tablo 10’da regresyon modellerine dâhil edilmiştir. Tablo 10’daki bulgular karıştırıcı faktörlere göre düzeltilmiş değerlerden oluşmaktadır.

Tablo 10’da Model-1’e göre ESÖ puanları ilaca uyum puanları üzerine etkili bulunmuştur ($p=0,021$). ESÖ puanlarındaki bir birimlik artış ilaca uyum puanlarında ortalama 0,062 birimlik bir azalmaya yol açmaktadır. Kurulan model istatistiksel olarak önemlidir ($F=2,930$; $p<0,001$). Karıştırıcı faktörler ile birlikte ESÖ puanları ilaca uyum

puanlarının %29,1'ini tahminlemektedir. ESÖ için kısmi eta kare değeri 0,037 ve istatistiksel güç %64,3'tür.

Model-2'ye göre ESÖ puanları reçete yazdırma puanları üzerine etkili bulunmuştur ($p=0,023$). ESÖ puanlarındaki bir birimlik artış reçete yazdırma puanlarında ortalama 0,048 birimlik bir azalmaya yol açmaktadır. Kurulan model istatistiksel olarak önemlidir ($F=2,489$; $p<0,001$). Karıştırıcı faktörler ile birlikte ESÖ puanları reçete yazdırma puanlarının %24,0'ünü tahminlemektedir. ESÖ için kısmi eta kare değeri 0,036 ve istatistiksel güç %62,8'dir.

Model-3'e göre ESÖ puanları İURY toplam puanları üzerine etkili bulunmuştur ($p=0,007$). ESÖ puanlarındaki bir birimlik artış İURY toplam puanlarında ortalama 0,110 birimlik bir azalmaya yol açmaktadır. Kurulan model istatistiksel olarak önemlidir ($F=3,389$; $p<0,001$). Karıştırıcı faktörler ile birlikte ESÖ puanları İURY toplam puanlarının %33,6'sını tahminlemektedir. ESÖ için kısmi eta kare değeri 0,050 ve istatistiksel güç %77,0'dir.

Tablo 10'da kurulan tüm regresyon modelleri için gerekli varsayımların sağlandığı görülmüştür. Tolerans ve varyans şişirme faktörleri uygun değer aralığında olduğundan dolayı çoklu doğrusallık söz konusu değildir (66). Hata terimleri normal dağılım göstermektedir (67). Durbin-Watson değeri 1,5-2,5 aralığında olduğundan dolayı hata terimleri arasında otokorelasyon bulunmamaktadır (68). Kurulan model doğrusal regresyon analizi varsayımlarını sağlamıştır.

5. TARTIŞMA

Epilepsi hastalarının E-SO düzeyleri ile ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülen çalışma aşağıdaki alt başlıklar altında tartışılmıştır.

- Epilepsi Hastalarında E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumunun İncelenmesi
- Epilepsi Hastalarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumu Arasındaki İlişki
- Epilepsi Hastalarının İnternet Kullanım Durumları ile E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumu Arasındaki İlişki
- Epilepsi Hastalarının E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile İlaç Tedavisine Uyumu Arasındaki İlişki

5.1. Epilepsi Hastalarında E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumunun İncelenmesi

Bu araştırmada epilepsi hastalarının e-sağlık okuryazarlık düzeyi puan ortalaması $24,31 \pm 9,27$ yani orta düzey olarak bulunmuştur. Literatürde Epilepsi ve E-SO ilişkili yapılmış az sayıda çalışma örnekleri vardır. Korkmaz ve Uzun (2020), epilepsili çocukların tedaviye uyumu ve bakım verenlerin sağlık okuryazarlığını incelediği araştırmada, halk sağlığı okuryazarlığı ölçeği kullanılmış ölçek skoru arttıkça ilaca uyumun da arttığı görülmüştür ($p=0,008$) (13). Çevik, Özden ve Çıtlık Sarıtaş'ın (2020) E-SO ile kalp yetersizliği öz bakımı çalışmasında E-SO puan ortalaması $22,8 \pm 7,8$ olarak bulunmuştur. Çalışmamıza paralel olarak bakım vericilerin E-SO puanlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir (56). Turan ve Çiftçi (2023)'nin kalp yetersizliği olan hastaların SOY düzeylerinin incelendiği araştırmasında SOY puan ortalaması $70,49 \pm 14,27$ bulunmuştur. Çalışmada kalp yetersizliği olan kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin kötü olduğu görülmektedir (69). Araştırmamızda hastaların örneklem özellikleri nedeniyle orta düzey okuryazar oldukları düşünülmektedir.

Araştırmamızda epilepsi hastalarının ilaca uyum reçete yazdırma ölçeği toplam puan ortalaması $10,37 \pm 3,02$, ilaca uyum alt boyut puan ortalaması $6,12 \pm 1,88$ ve reçete yazdırma alt boyut puan ortalaması $4,24 \pm 1,44$ olarak bulunmuştur. İlaça uyum için puanlamanın 4-16, reçete yazdırma için 3-12 arasında olduğu düşünüldüğünde hastaların iyi uyuma sahip oldukları belirlenmiştir. Ageel ve ark (2020) yaptığı çalışmada ilaç uyumu doğrudan ve dolaylı olarak incelenmeye çalışılmıştır. Doğrudan serum ve plazma konsantrasyonu, dolaylı ise İlaç Uyum Ölçeği, Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği vb. kullanılarak yapılmıştır. Sonuç olarak epilepsili kişilerin eğitim ve danışmanlığı ve yoğun hatırlatıcıların kullanımı ile ilaç uyumunda başarılı sonuç verdiği tespit edilmiştir (8). Acaroğlu ve Yılmaz (2016) epilepsili hastalarda ilaç uyumu ile ilgili 150 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların %51,1'nin ilaçlarını düzenli kullandığını tespit etmişlerdir. İlaçlarını düzenli kullanmayan hastaların ilaç uyumsuzluğu nedenleri ise %85,1'ini unutkanlık, %72,3'ünü ihmal, %55,3'ünü bıkkınlık ve %48,9'unu ilaçların yan etkileri

oluşturmaktadır (6). Şenol ve ark (2009)'nın epilepsi hastalarında AEİ uyumu çalışmasında 205 hasta %75,8'i monoterapi almaktadır ve %27,3'ü ilaçlarını düzensiz kullanmaktadır. İlaç uyumsuzluğunun nedenleri ise %48,2'si unutkanlık, %32,1'i ihmal, %26,8'i ekonomik durum kaynaklı bulunmuştur. Hastaların 71,1'i ilaçlar ve kullanımları hakkında bilgi almıştır (61). Beyenne ve ark (2022) 320 epilepsi hastası ile yaptığı çalışmada %70'inde ilaç tedavisi sorunları tespit edilmiştir. Bu sorunların %29,11'i uyumsuzluk, %27,84'ü yan etki ve %26'i düşük doz ilaç kullanımı olarak çıkmıştır. Uyumsuzluğun alt parametreleri ise talimatları anlamada güçlük, ilaç almamayı tercih etme, unutkanlık, ilacın pahalı olması ve temini yer almaktadır. Uygun danışmanlık, ilaçların tekrar doz ayarlamalarının yapılması ve klinik eczacının yardımları ile ilaç uyumsuzluğunun düşürüldüğü ifade edilmiştir (7). Demirbaş ve Kutlu (2020) çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu çalışmasında uyum ortalaması $33,65 \pm 8,6$ olarak bulunmuştur. 65 yaş altı ve bir sağlık çalışanı tarafından eğitim almış kişilerin tedavi uyumunun yüksek olduğu tespit edilmiştir (59). Araştırmamızda hastaların ilaca uyum sağlamanın hastalığın seyri, geçirilen nöbet sıklığı gibi hastalık özelliklerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

5.2. Epilepsi Hastalarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyum Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde 50 yaş ve altı hasta grubunun E-SO düzeyi daha yüksek bulunurken, yaş gruplarının ilaç tedavisi uyumu üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır. Korkmaz ve Uzun (2020) çalışmasında ilaç uyumunun 0-5 yaş grubu hastaların 12-18 yaş grubuna göre daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir. Jacop ve ark (2017) 5214 epilepsili çocuklarla yaptığı çalışmada 5 yaş altı çocukların 14-17 yaş grubu çocuklara göre ilaç tedavisi uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (79). Literatürde çocuk hastaların ilaç tedavisine uyumları, yaş arttıkça azalma göstermektedir. Gurumurthy ve ark (2017) yapmış olduğu çalışmada ise yaştan ilaç

uyumuna etkisinin olmadığı bulunmuştur (83). Literatürde kronik hastalıkların tedavi uyumları ile sağlık okuryazarlıkları arasında pozitif yönlü ilişki bulunurken hastaların yaşları arttıkça tedavi uyumlarının azaldığı saptanmıştır. Çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir (59,75,76,77). Bautista ve ark (2009)

140 epileptik hasta ile yaptığı çalışmada SOY sınırlı olan epilepsi hastalarının nöbet kontrolünün tamamen kötü olmadığı ancak yaşam kalitesinin düşük olduğu sonucunu bulmuşlardır (88). Kronik hastalıklar ilaç uyumu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda ise genç yaşta hastalarda ilaç uyumunun daha kötü olduğu saptanmıştır (74,78). Yaş gruplarının ilaç tedavisi uyumları üzerinde farklılık göstermesi, sosyoekonomik faktörler ve hastalık özellikleri gibi değişkenlerden kaynaklı olduğu düşünülebilir. Epilepsi ve E-SO ile yapılmış sınırlı sayıda çalışma örneklerine rastlanmıştır. Güven (2018) çalışmasında 16-18 yaş grubunda yer alan ergenlerin E-SO ölçeğinden aldıkları puan ortalaması diğer yaş gruplarından daha yüksek çıktığı ve bu grubun E-SO düzeyinin yüksek çıktığı gözlenmiştir. Ebeveynler üzerine yapılan çalışmada ise 29-35 yaş grubu annelerde diğer yaş gruplarına göre E-SO düzeyleri daha yüksek bulunduğu görülmektedir (70). Tosun ve Hoşgör (2021) çalışmasında da 31 yaş ve altının E-SO düzeyleri yüksek bulunmuştur (46). Literatürde E-SO düzeyleri ile ilgili yapılmış çalışmalarda yaşı E-SO düzeyine etkisinin olmadığı çalışmalar da bulunmaktadır (60,89,90,92). Çalışma sonuçlarındaki bu farklılığın sosyodemografik ve hastalık özellikleri, örneklem sayılarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyetler arasında E-SO ve ilaç tedavisine uyumları incelendiğinde istatistiksel olarak farklılık bulunamamıştır ($p<0,05$). Korkmaz ve Uzun (2020), Bora ve ark (2018), Candan (2019), epilepsi hastalarında ilaç tedavisi uyumu çalışmalarında da çalışmamıza paralel olarak cinsiyetlerin ilaç uyumuna etkisi saptanmamıştır (13, 55,80). Çoklu ilaç kullanan kronik hastalığa sahip bireylerde yapılan çalışmalar da çalışmamıza benzerlik göstermektedir. Chew (2015), Demirbaş ve Kutlu (2020) çalışmalarında cinsiyet ile tedaviye uyum arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p<0,05$) (74,58). ESO ve SOY ile yapılmış çalışmalarda da cinsiyetlerin sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemediği saptanmıştır (89,90,92). Özkan ve Hiçerimez (2022) çalışmasında kronik hastaların kadınlarda daha sık görüldüğü ve kadın hastalarda ilaç uyumsuzluğu daha

yüksek düzeyde bulunmuştur (57). E-SO ve ilaç tedavisi uyumunun cinsiyetler üzerinde önemli bir etkisi bulunmamakla birlikte kadın hastaların ilaç uyumsuzluğu yaşanma sebeplerine bakıldığında kronik hastalıkların kadınlarda daha yüksek seyrettiğinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların eğitim seviyeleri yükseldikçe E-SO düzeylerinin de arttığı gözlemlenmiştir. Epilepsi hastaları ile yapılmış çalışmalar çalışmamızla benzer sonuç göstermiş düşük eğitim düzeyi düşük sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (87,88). Literatürde E-SO ile ilgili yapılmış çalışma örnekleri incelendiğinde en az üniversite mezunu olanların daha yüksek E-SO düzeyine sahip oldukları bulunmuştur (39,46,64,92,96). Eğitim düzeyi arttıkça da insanların sağlıkla ilgili araştırma yapmaları ve sağlık imkânlarına erişim yollarını keşfetmeleri daha da kolaylaşmaktadır (93).

Candan (2019) epilepsili hastalarda tedaviye uyum ile ilgili çalışmasında İURYÖ ve alt boyutları incelendiğinde okuryazar ve ilköğretim mezunu olanların ilaca uyum ve reçete yazdırma puanlarının lise mezunu olan hastalardan daha yüksek çıktığı görülmektedir. (80). Çalışmamızda ise eğitim durumlarına göre ilaca uyum reçete yazdırma İURY toplam puanları incelendiğinde istatistiksel olarak bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde epilepsi hastalarında eğitim seviyesi ile ilaç tedavisine uyumun paralellik gösterdiği görülmektedir. Eğitim seviyesi düştükçe ilaç tedavisi sorunları artış göstermektedir (1,7,82,83,86). Demirbaş ve Kutlu (2020), Özkan ve ark (2022) Gencer (2022) çalışmaları da eğitim seviyesi arttıkça ilaç tedavisi uyumunun arttığı yönünde sonuçlanmıştır (43,58,59). Çalışmamız literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda medeni durum incelendiğinde bekâr hastaların E-SO düzeyleri evli olan hastalardan yüksek çıkmıştır. Bekâr hastaların ilaca uyumları evli hastalardan yüksek çıkarken reçete yazdırma ve İURY toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Gurumurthy ve ark (2017), Akoluk ve Owayolu (2021), Gülay ve ark (2018), epilepsi hastaları ile yaptığı çalışmada medeni durumun ilaç tedavisi uyumuna etkisinin olmadığını belirlemişlerdir (83,14,55).

Literatürde kronik hastalıklarda ilaç tedavisine uyum ve medeni durum ile ilgili yapılmış çalışmalarda evli olanlarda tedavi uyumu daha yüksek bulunmuştur (59,75,99,100). Chew (2015) çalışmasında medeni durum ile ilaç uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (74). Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalarda da medeni durumun E-SO düzeyi üzerinde etkili olmadığı yönündedir (57,89,90,92). Çalışma sonuçlarındaki bu farklılıklar hastalık ile ilgi özellikler ve örneklem çeşitliliğinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda çalışma durumuna göre hastaların E-SO puanları incelendiğinde çalışan hastaların, çalışmayan ve ev hanımı olan hastalara oranla E-SO düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda çalışan bireylerin E-SO düzeylerinin daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (55,64,90). Gülay ve ark (2018), Candan (2019) epilepsili hastalarda çalışma durumunun ilaç tedavisi uyumunu etkilemediği bulunmuştur (55,80). Çalışmamıza paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda geliri giderinden fazla olan hastaların E-SO düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Sudhakar ve ark (2020) epilepsi hastalarında sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalarında düşük gelir düzeyinin düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğunu saptamıştır (87). Yapılan çalışmalarda gelir düzeyi artıkça E-SO düzeylerinin de artış gösterdiği bulunmuştur (39,46,59,64,92) Çalışmamız literatürle benzerlik taşımaktadır. Asghar ve ark (2021) 11.490 epilepsi hastalarında ilaç tedavisi uyumsuzluklarının ilaçların maliyeti ile ilişkili olduğunu ve hastaların %49,1'inde ilaç tedavisi uyumunun sağlandığı tespit edilmiştir (62). Gülay ve ark (2018) çalışmasında orta ve düşük ekonomiye sahip bireylerin ilaç tedavisi uyumsuzluğunun daha fazla olduğu bulunmuştur (55). Çalışmamız literatürden farklı olarak gelir durumun ilaç tedavisine etkisinin olmadığı yönünde sonuçlanmıştır. Çalışma sonuçlarındaki bu farklılık örneklem çeşitliliğinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda ilde yaşayanların E-SO düzeyleri ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İlçede yaşayan hastalarında köyde yaşayanlara göre E-SO düzeyleri yüksek çıkmıştır. Akoluk ve Ovayolu (2021) 2060 epilepsi hastasıyla yaptığı çalışmada il merkezde yaşayanların tedavi uyumlarını daha yüksek bulmuştur (14). Eker (2021)

Tip2 diyabet hastalarında yaptığı çalışmada da ilde yaşayan hastaların tedavi uyumlarını daha yüksek bulmuştur (38). Çalışmamızda ise yaşanan yere göre tedavi uyumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Farklıların sebebi sosyodemografik özellikler ve örneklem çeşitliliğinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda epilepsi hastalarının hastalık süresi, nöbet tipi, nöbet geçirme şekli ve son bir ayda nöbet geçirme durumları ile E-SO düzeyleri ve ilaç tedavisine uyumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Getnet ve ark (2016) epilepsi ve tedavi uyumlarının incelendiği çalışmalarında 6 yıl ve daha uzun süredir tedavi gören hastalarda 1-3 yıl tedavi görenlere göre ilaç tedavisi uyumsuzluğunun 3,47 kat daha fazla bulmuştur. Tedavi süresi arttıkça hastaların tedavi uyumsuzluğu da arttığı saptanmıştır (85). Eker (2021) ve Karan (2020) çalışmalarında tanı süresi arttıkça tedavi uyumunun arttığını gözlemlemiştir (38,81). Bekele ve ark (2022) 172 epilepsi hastası ile yaptığı çalışmada hastalık süresinin tedavi uyumuna etkisinin olmadığı görülmüştür (10). Chauhan ve ark (2018) 112 epilepsili hasta ile yaptığı çalışmada hastaların %81,3'ü jeneralize, %66,1'i idiyopatik nöbet tipi görülmektedir. Nöbet tiplerinin ilaç tedavisine uyumları üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur. Hastaların %44,6'sının ilaç tedavisi uyumsuzluğu olduğu tespit edilmiştir. Hastalık süresi, son üç ayda en az bir nöbet öyküsü olan hastalarda ilaç tedavisi uyumsuzluğu yüksek bulunmuştur (86). Govil ve ark (2021) 88 epilepsi hastası ile yaptıkları çalışmada hastaların %72,7 jeneralize tonik-klonik nöbet tipine sahip oldukları ve hastaların %50'sinin 10 yıldan fazla epilepsi hastası olduğu bilinmektedir. AEİ uyumu %30,7 çıkmıştır (1). Demirbaş ve Kutlu (2020)' nun çalışmasında kronik hastalıklarda tanı süresi arttıkça uyum ölçeği puanlarının azaldığı tespit edilmiştir (59). Çevik ve ark (2020) kronik hastalıklarda tanı süresinin E-SO düzeyine etkisinin olmadığı bulunmuştur (56). Diyabet hastalarında tanı süresinin 16 yıl ve üzeri olanların 1-5 yıl olanlara göre SOY düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir (39). Yapılan çalışmalar araştırmamızla paralellik göstermektedir bazı farklılıkların olması örneklem çeşitliliğinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

İdiyopatik epileptik sendrom tipine sahip hastaların E-SO düzeyleri semptomatik ve kriptojenik sendromu olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Epileptik sendrom

tipinin ilaç tedavisine uyumuna etki etmediği bulunmuştur. Literatürde yapılmış çalışma örneklerine rastlanmamıştır.

Araştırmamızda başka kronik hastalık varlığı durumunun ilaç tedavisi uyumu üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır. Başka kronik hastalığı olmayanların E-SO düzeyleri ise daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin %50'sinde ilaç uyumsuzluğu prevalansı bildirilmiştir (9). Tosun ve Hoşgör (2021) çalışmasında çalışmamıza benzer olarak kronik hastalığı olmayan bireylerin E-SO düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (46). Kronik sağlık sorunu olan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelendiği çalışmada, katılımcıların çoğunun (%36) sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sorunlu/sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Mevcut literatürde yer alan çalışma bulgularının da genel olarak bu bulguyu destekler nitelikte olduğu görülmektedir (Bakan ve Yıldız, 2019; Yakar vd., 2019) (96,97,98). Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olması; ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir seviyesi ile ilişkilendirilmektedir (99). Optimal e-sağlık okuryazarlığın, özellikle hedeflenen koruyucu sağlık stratejilerinin beklenen seviyelere ulaşmasını, yaşam kalitesini ve sağlık durumunu iyileştirmek için kritik olduğu görülmektedir (94).

Araştırmamızda epileptik ilaçların kullanma sürelerinin E-SO düzeyi ile ilaç tedavisi uyumu üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Epilepsili yetişkin bireylerde ilaç uyumunun önündeki engellerin incelendiği araştırmada hastaların ilaç kullanımına yüksek oranda uyumsuzluk gösterdiği ve bu uyumsuzluğun kötü ilaç yönetimi, doktor ve hasta ilişkisinin ve algılanan sosyal desteğin yetersizliği gibi faktörlerle ilişkili olduğu saptanmıştır (84). Kullanılan ilacın dozunu ve sıklığını bilen hastaların ilaç tedavisi uyumuna etkisi bulunmamıştır ancak E-SO düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. İlaçlarını düzenli kullanan hastaların ilaç tedavisine uyumları daha yüksek düzeyde çıkmış, E-SO düzeylerine etki etmediği bulunmuştur. Şenol ve ark (2009) 205 epilepsi hastası ile yaptıkları çalışmada, %72,7'sinin ilaçlarını düzenli olarak kullandıkları ve %85,4'ünün kullanılan ilacın dozunu ve sıklığını bildiği tespit edilmiştir (61). Acaroğlu ve Yılmaz'ın 115 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların %59,1'i ilaçlarını düzenli kullanmaktadır (6). Gökdoğan (2017) çalışmasında hastaların ilaçlarını düzenli kullanmama nedenleri olarak %78'inin ilaçlarını almayı, %46'sının ise reçete yazdırmayı

unuttuğu belirtilmiştir (52). Yapılan alışmalar incelendiğinde ilaçlarını düzenli kullanmama nedenleri, unutkanlık, yan etki ve çoklu ilaç kullanımı kaynaklı olduğu tespit edilmiştir (1,9,10,61). Çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda son bir yılda hiç hastaneye başvurmayanlar ve 1-4 kez başvuran hastaların E-SO düzeyleri yılda 5-9 ve 10 ve üzeri başvuranlara göre daha yüksek çıkmıştır. Son bir yılda hastaneye başvurma sıklığının ilaç tedavisi üzerine etkisi bulunamamıştır. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin daha fazla tıbbi komplikasyonla karşılaşmakta, tedavi talimatlarına uymada daha fazla glk çekmektedir (95). Düzenli kontrollere gelememe, ilaca ulaşım sıkıntıları sebebiyle ilaç tedavisi uyumunu etkileyebilmektedir (80).

Araştırmamızda genel sağlık durumu iyi olan hastaların E-SO düzeyleri sağlık durumu orta ve kötü olan hastalara göre daha yüksektir. Genel sağlık durumunu tanımlama durumunun ilaç tedavisi uyumu üzerinde etkisi tespit edilmemiştir. Kıral (2022) yapmış olduğu çalışmada da genel sağlık durumunu çok iyi olarak tanımlayanların E-SO düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (100). Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

5.3. Epilepsi Hastalarının İnternet Kullanım Durumları ile E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumu Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan epilepsi hastalarının internet kullanım durumları incelendiğinde interneti dört saat ve üzeri kullanan hastaların interneti üç saat ve daha az kullanan hastalara oranla E-SO düzeyleri daha yüksek olduğu saptanmıştır. İnternete hiç bağlanmayan hastaların E-SO düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Tosun ve Hoşgr (2021) alışmasında çalışmamıza paralel olarak interneti dört saat ve üzeri kullanan hastaların E-SO düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (46). Ergün ve ark (2019) alışmalarında, interneti gün içerisinde daha uzun süre kullanan, son bir hafta içerisinde sağlığı ile ilgili internete başvuran, sağlığı hakkında karar vermede internetin yararlı olduğunu ve internet sağlık kaynaklarına erişimin çok önemli olduğunu düşünen ergenlerin e-sağlık okuryazarlığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (106).

Çalışmamızda internete ulaşım ve internet kullanım sıklığı ile ilaç tedavisi uyumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Son bir ayda sağlık durumu ile ilgili araştırma yapan hastaların E-SO düzeyleri araştırma yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Son bir ayda sağlık durumu ile ilgili araştırma yapan hastaların ilaç tedavisi uyumları araştırma yapmayan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Tosun ve Hoşgör (2021) çalışmasında son bir ayda sağlık durumu ile ilgili araştırma yapanların E-SO ve akılcı ilaç kullanım düzeylerini daha yüksek bulmuştur (46). Hastaların son bir ayda sağlık durumu ile araştırma yapma durumları ile ilaç tedavisi uyumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Araştırmada E-SO kavramını bilen hastaların E-SO düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Hastaların E-SO kavramını bilme durumlarının ilaç tedavisi uyumları üzerinde ise etkisinin olmadığı saptanmıştır. Hastaların E-SO kavramını bilmeleri internet üzerinde sağlıkla ilgili bilgi arayışına katkı sağlamaktadır. Bu beklenen bir sonuçtur.

5.4. Epilepsi Hastalarının E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile İlaç Tedavisine Uyumu Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan hastaların E-Sağlık Okuryazarlık düzeyi ile İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma Ölçeği alt boyut ve toplam puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak e-sağlık okuryazarlığının ilaca uyum ve reçete yazdırma durumuna etkisi doğrusal regresyon analiziyle modellendiğinde karıştırıcı faktörler ile birlikte ESÖ puanlarının ilaca uyum, reçete yazdırma ve İURY toplam puanları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Eker (2021) Tip 2 diyabetli hastalarda yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyinin arttıkça tedavi uyumunun da artış gösterdiğini saptamıştır (38). Bakan ve İnci (2021) hipertansiyonlu hastalarla yaptıkları çalışmada, yaş arttıkça sağlık okuryazarlık seviyesi ve tedavi uyumunun düştüğünü, sağlık okuryazarlık düzeyinin arttıkça tedavi uyumunun da artış gösterdiğini bulmuşlardır (75). Bülbül ve Demiroğlu (2023) hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin orta,

tedavi uyumlarının ise iyi düzeyde olduğunu bulmuşlardır. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek hastaların tedavi uyumlarının daha iyi olduğu sonucuna ulaşmışlardır (101). Abacıgil ve Kahveci (2019) yetersiz sağlık okuryazarlığının etkilerinin incelendiği çalışmalarında, sağlık okuryazarlığı ile tıbbi tedaviye uyum arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yeterli sağlık okuryazarlığı olan bireylerin tıbbi tedavi kullanımlarında daha az hata yaptıkları, tedaviye daha iyi uyum sağladıkları tespit edilmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin reçete talimatlarını anlamada daha fazla zorlandıklarını tespit etmişlerdir (102). Song ve Park (2020) yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve ilaca uyum ile ilgili çalışmalarında, sağlık okuryazarlık seviyesi arttıkça ilaç uyumunun da artış gösterdiğini tespit etmişlerdir (103). Akpınar ve ark (2023) kırsal alanda yaşayan kronik hastalığa sahip bireylerde yaptığı çalışmada, sağlık okuryazarlığı yüksek olanlarda tedavi uyumu daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyi tedaviye uyumunu da artırmaktadır (104). Bu çalışmalara göre hastaların E-SO düzeylerini arttırmaya yönelik politikalar izlenmeli, ilaç tedavisi uyumsuzluğunun nedenleri detaylı araştırılmalı sorunun çözümüne yönelik girişim ve uygulamalar planlanmalıdır. Hasta merkezli çalışarak hem hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerin gelişimi hem ilaç tedavisi uyumun artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması hedeflenmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Epilepsi hastalarının e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Epilepsi hastalarının E-SÖ ile İURY ve alt boyutlarının puan ortalaması arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak karıştırıcı faktörler ile değerlendirildiğinde ESÖ puanlarının ilaca uyum, reçete yazdırma ve toplam İURY puanları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan hastaların %40,6'sının sağlık ile ilgili kararlar alırken internetin yardımcı olmada yararlı/çok yararlı olduğu belirlenmiştir.
- İnternetten sağlık kaynaklarına ulaşmanın hastaların %57,8'sinde önemli/çok önemli olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda epilepsi hastalarının çoğunluğunun 50 yaş altında olduğu (%72,8) görülmektedir.
- 50 yaş altı hastaların E-SO düzeyleri daha yüksek çıkmıştır.
- Eğitim seviyesi arttıkça E-SO düzeyinin de arttığı görülmüştür.
- Bekâr hastaların E-SO düzeyleri ve ilaç uyumları evlilerden daha yüksek çıkmıştır.
- Çalışanların, geliri giderinden fazla olanların ve ilde yaşayanların E-SÖ düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Epileptik sendrom tipi idiyopatik olanların ve başka kronik hastalığı olmayanların E-SO düzeyleri daha yüksek çıkmıştır.
- Kullandığı ilacın dozunu ve sıklığını bilen hastaların E-SO düzeyleri yüksek çıkarken ilaçlarını düzenli kullanan hastaların ilaç tedavisi uyumları daha yüksek bulunmuştur.
- Genel sağlık durumu iyi olan hastaların E-SO düzeyleri de yüksek çıkmıştır.

- Günlük internet kullanım sıklığı 4 saat ve üzeri olan hastaların interneti daha az kullanan hastalara göre E-SO düzeyleri daha yüksek çıkmıştır.
- Son bir ayda sağlık durumu için araştırma yapanların E-S düzeyleri yüksek çıkarken İURY uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur.
- E-sağlık okuryazarlık kavramını bilenlerin E-S düzeyleri daha yüksek çıkmıştır.
- Çalışmaya katılan hastaların E-S düzeyleri ortalama seviyede tespit edilmiştir. İlaça uyum ve reçete yazdırma puanlarına bakıldığında ise iyi uyum sağlandığı belirlenmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Epilepsi hastalığının doğası ve karmaşıklığı nedeniyle öncelikli olarak hastalık ve tedavi süreci hakkında anlaşılır ve kapsamlı bilgi verilmelidir.
- ✓ İlaç tedavisinin uzun yıllar sürmesi ve yan etki potansiyelinin yüksek olması sebebiyle tedavi uyumsuzluğu yaşanmaması için nöbet tipine uygun ilaç seçimi, hastanın yaşam tarzına göre belirlenmelidir.
- ✓ Epilepsili bireylerin bilgi düzeylerini değerlendirerek, eğitim seviyelerine uygun ve ihtiyaçlarına yönelik web eğitim programları düzenlenmelidir.
- ✓ Hasta ve ailesinin doğru bilgiye doğru kaynaklardan ulaşımını kolaylaştıracak web tabanlı eğitimler yapılmalı, E-SO düzeylerini arttıracak çalışmalar planlanmalıdır.
- ✓ Hastaların E-sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirecek kaynaklar, notlar, broşürler verilmelidir.
- ✓ Sağlık personellerinin E-SO düzeylerini geliştirmeye yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.
- ✓ Kronik hastalığı olmayan hastaların E-SO düzeyleri daha yüksek bulunduğu için kronik hastalıkların yönetimi önemlidir. Hastaların kronik hastalıklara yönelik tedavileri takip edilmelidir. İlaç tedavisine ek egzersiz ve beslenme düzenlemeleri yapılmalıdır.

- ✓ Hastaların kullandığı ilaçların dozu, sıklığı, yan etkileri açıklanmalı, her takipte hastanın bilip bilmediği sorgulanmalıdır.
- ✓ Online tabanlı hasta takip programları geliştirilmelidir.
- ✓ Hastaların tedavi içeriğini, ilaç kullanımını anladıkları teyit edilmeli hasta odaklı eğitim ve takipler sıklaştırılmalıdır.
- ✓ Araştırmanın daha geniş bir evren üzerinde daha yüksek örneklem sayısı ile tekrarlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Govil, N., Chahal, S., Gupta, N., Kaloti, A. S., Nadda, A., & Singh, P. (2021). Factors Associated With Poor Antiepileptic Drugs Adherence in Below Poverty Line Persons With Epilepsy: A Cross-Sectional Study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 12(01), 095-101.
2. Çatı, F. Ç., & Okan, M. S. (2019). Dirençli Epilepsili Hastalarda İlk Nöbet Tipi ve Nöbet Çeşitliliğinin Değerlendirilmesi. *Journal of Academic Research in Medicine*, 9(3).
3. World Health Organization, (2019). Epilepsy Report by the Director-General. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/355987/B146_12en.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Subaşı, T., Gökkaya, İ., Özgen, U., Renda, G., & Şahin, S. (2022). Epilepsi Tedavisinde Klinik Kanıta Dayalı Farmakokinetik Bitkisel Ürün/Metabolit-İlaç Etkileşimi: Geleneksel Derleme. *Literatür Eczacılık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 1-14.
5. Ünay, B., Kınay, D., Arhan, E. ve ark. (2021). Epilepsi Klinik Protokolü, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara. Erişim adresi: <http://shgmargestddb.saglik.gov.tr/TR-84055/epilepsi-klinik-protokolu.html>

6. Acaroğlu, G., Yılmaz, E. (2016). Epilepsili Hastalarda İlaç Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisi: *Journal of the Turkish epilepsy Society*, 22(1).
7. Beyene, Y.B., Daba B.F., Goro K.K. & Senbeta B.S. (2022). Drug Therapy Problems and Predicting Factors Among Ambulatory Epileptic Patients in Jimma Medical Center, Southwest Ethiopia, *Plos ONE* 17(4):e0267673.
8. Al-aqeel, S., Gershuni, O., Al-Sabhan, J. & Hiligsmann, M. (2020). Strategies for Improving Adherence to Antiepileptic Drug Treatment in People With Epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), [008312].
9. Mendorf, S., Prell, T. & Schöenberg, A. (2022). Detecting Reasons for Nonadherence to Medication in Adults with Epilepsy: A Review of Self-Report Measures and Key Predictors. *J.Clin. Med.* 11,4308.
10. Bekele, F. (2022). Non-Adherence to Antiepileptic Drugs and Associated Factors among Epileptic Patients at Ambulatory Clinic of Southwestern Ethiopian Hospital: A Cross-Sectional Study, Patient Preference and Adherence, 1865-1873, DOI: 10.2147/PPA.S377910
11. Yel, P., & Karadakovan, A. (2021). Epilepsi Hastalarında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(3), 223-228
12. Zaimoğlu, B. N., & Özer, Z. (2023). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde E-Sağlık Okuryazarlık ve Hasta Aktivasyon Düzeylerinin İncelenmesi/Investigation of E-Health Literacy and Patient Activation Levels in Individuals with Chronic Disease. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 18(1), 12-2
13. Korkmaz, M.F., Uzun M.E., Korkmaz M., Ekici A. (2020). Adherence to Antiepileptic Drugs and the Health Literacy of Caregivers in Childhood Epilepsy, 39(1):45-50.
14. Akoluk, S., & Ovayolu, N. (2021). Compliance of Patients with Epilepsy to Treatment and Affecting Factors.

15. Şirin, N.G, Bebek, N, & Baykan, B. <http://www.itfnoroloji.org/icindekiler.htm> .Son güncelleştirme tarihi: 25.03.2020
16. Bora, İ. H., Yeni, N., & Gürses, C. (2011). Epilepsi. s:707-734,1.Basım, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
17. Öztürk, Ş., (2020), ‘’ Türk Nöroloji Derneği Basın Açıklaması, Dünya Epilepsi Günü’’ 10.02.2020, Ankara.
18. World HealthOrganization. (2019) Epilepsy: A publichealthimperative. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy> Erişim tarihi: 09.05.2022
19. Öge, E., & Baykan, B. (2011). *Nöroloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi.
20. Akçal Z. (2023). Epilepsili Bireylerde Stigma ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Türkiye.
- 21.Boğaz, M.E. (2018). Eğitim Fakültesi ve İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Epilepsi Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi Konya, Türkiye.
22. Fisher RS, Cross JH, D’Souza C, French JA, Haut SR, et al. (2017). Instruction Manual For the ILAE 2017 Operational Classification of Seizure Types. *Epilepsia*, 58(4):531-542.
23. Öztura, İ., Kutlu. (Eds.), (2021). Epilepsi Tanı ve Tedavi Rehberi, Epilepsi Türk Nöroloji Derneği Yayınları – 1
- 24.Sezer, H.K.,(2022). Epilepsi Hastalığı Olan Ergenler ve Ebeveynlerine Verilen Bireysel ve Aile Öz Yönetim Teorisine Dayalı Eğitim Programının Etkinliği: Randomize Kontrollü Çalışma, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Konya, Türkiye.
25. Altunok, M. (2021). Epilepsili Hasta ve Eşlerinin Eş Uyumu, Epilepsi Bilgi ve

Stigma Düzeylerinin Karşılaştırılması, Haliç Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Türkiye.

26. Komşuoğlu S.S., Epilepsi: Tanımlar ve arka plan. Thomas R. Browne, Gregory L. Holmes (Eds), Komşuoğlu SS (çeviri ed). Epilepsi El Kitabı. Güneş Tıp Kitapevleri, 4.Baskı 2013:2-5.

27. Akçay N, & Şevketoğlu E. (2021). Status Epileptikus ve Yönetimi. Çıtak A, Editör. Pediatrik Nörolojik Yoğun Bakım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. P.76-80.

28. Altındağ, E., Erdoğan, F. F., Tezer, İ., & Özkara, Ç. (2017). Çocuk ve Erişkin Status Epileptikuslu Hastaya Yaklaşım ve Erken Dönem Tedavisi. *Turk Journal Neurol*, 23(4), 155-161.

29. Abdullah, A., & İkhssani, A. (2021), Laporan Kasus: Epilepsi Bangkitan Umum Tonik-Klonik Pada Pasien Lakı–Lakı Berusia 22 Tahun.

30. Hanjani, A. (2018). Epilepsi Pada Anak, Bagian Ilmu Penyakit Saraf Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Endonezya.

31. Adadioğlu, Ö, (2019). Epilepsi Hastalarının Öz Yeterliliğinin Belirlenmesi, Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, Türkiye.

32. Magazi, D.S., Nkohla, S. & Mmako M.T. (2018), Epilepsy Seizure Types, Classification and Treatment, South African Family Practice, 60(4):22-27.

33. Khairani, A. F., Sejahtera, D. P., & Fauzal, I. A. (2019). Strategi Pengobatan Epilepsi: Monoterapi Dan Politerapi. *Berkala Neurosains*, 18(3), 115-119.

34. Cataltepe O, Jallo GI, (2020). Pediatric Epilepsy Surgery: Preoperative Assessment and Surgical Treatment, New York, Thieme Medical Publishers p. 3-10.

35. Alaca, G., Kaner, G., & Yurtdaş, G. (2022). Ketojenik Diyetin Dirençli Epilepsi Üzerine Etkisine Güncel Bakış. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(1), 123-128.

36. Aydın, G.R. & Göker Z, (2022). Antiepileptik İlaçların Psikiyatrik Yan Etkileri, Özyürek E, Yılmaz A, Edt, Antiepileptik İlaçların Yan Etkileri, 1. Baskı, Ankara, Türkiye Klinikleri, P. 32-8.
37. Şen, E. T., Berk, Ö. S., & Sindel, D. (2019). İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, *Journal Of Istanbul Faculty Of Medicine*, 82(1), 52-61.
38. Eker, Y. (2021). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Tedaviye Uyum ile İlişkisi, Kırklareli Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli, Türkiye.
39. Özcan, G., & Ozkaraman, A. (2021). Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(1), 3-16.
40. Özkan, S., et al. (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması.
41. Dost, A., & Durmaz, M. Ö. (2022). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 652-666.
42. Aktaş, C., & Kızıltan, G. (2022). Sağlık Okuryazarlığı. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2).
43. Tamer Gencer, Z. (2017). Norman ve Skinner'ın E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Kültürel Uyarlaması İçin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *University Faculty Of Communication Journal/Istanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Hakemli Dergisi*, (52).
44. Özer, Ö., Özmen, S., & Özkan, O. (2020). Sosyal medya kullanımının e-sağlık okuryazarlığına etkisinin incelenmesi. *Alanya Akademik Bakış*, 4(2), 353-367.
45. TÜİK, (2019). "Temel İstatistikler [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi) , Erişim Tarihi: 28.11.2022

46. Tosun, N., & Hoşgör, H. (2021). E-Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 22(2), 82-102.
47. Basic, S., Petelin Gadze, Z., Prpic, I., Poljakovic, Z., Malenica, M., Gjergja Jureski, R., & Saric Juric, J. (2021). Guidelines for pharmacological treatment of epilepsy. *Lijecnicki vjesnik*, 143(11-12), 429-450.
48. Kurtoğlu, İ., Yılmaz, N., & Taş, M. A. (2021). Kronik Hastaların E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (35), 126-136.
49. Güven, Ş. T., & Dalgıç, A. İ., (2017). Epilepsi Hastalığı Olan Çocuklarda Kullanılan Antiepileptik İlaçlar ve İlaç Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımının Önemi, *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, P.188.
50. Antika, L. (2021). Asuhan Keperawatan Pada An. A Usia 7 Tahun Dengan Diagnosa Medis Epilepsi Di Ruang Poli Umum Puskesmas Kalirungkut, Endonezya.
51. Murtiani, R., & Purnamawati, I. D. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Epilepsi. *Buletin Kesehatan Publikasi Ilmiah Bidang kesehatan*, 2(2), 31-48.
52. Gokdogan, F., & Kes, D. (2017). Validity And Reliability of the Turkish Adherence to Refills and Medications Scale. *International af Nursing Practice*. 1-7.
53. Çavmak, Ş. (2023). E-Sağlık Okuryazarlığı ile Hastane Tercihinde Sosyal Medya Kullanımının İlişkisi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 11(1), 79-90.
54. Malik, N. I., Fatima, R., Ullah, I., Atta, M., Awan, A., Nashwan, A. J., Ve Ahmed, S. (2022). Perceived Stigma, Discrimination And Psychological Problems Among Patients with Epilepsy. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1000870.
55. Gülay, B., Kendirli, M. T., Demir, S., Sonkaya, A. R., & Özdağ, M. F.

(2018).Epilepsi Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Epilepsi*, 24(1), 8-14.

56. Çevik, S., Özden, G., & Sarıtaş, S. Ç. (2020). E-Sağlık Okuryazarlığı İle Kalp Yetersizliği Özbakımında Bakım Veren Katkısı Arasındaki İlişki. *Jaren*, 6, 476-82.

57. Hiçyakkamaz, E., & Mustafa, M., (2022). Bireylerde Dijital Okuryazarlık ve E-Sağlık Okuryazarlığının Demografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi. *Eurasian Academy Of Sciences Social Sciences Journal*, 120-134.

58. Özkan, A., Hiçerimez, A., Erişir, N. S., & Agustos, S. (2022). Kronik Hastalıklarda İlaça Uyum: Covid-19 Pandemisi Ve Cinsiyet. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 7(19), 54-62.

59. Demırbas, N., & Kutlu, R. (2020). Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyumunu ve Öz-Etkililik Düzeyleri. *Ankara Medical Journal*, 20(2), 269-280.

60. Koç, A., Tayaz, E., Uysal, N., & Öztaş, D. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kullanım Tarafının En Önemli Bileşeni: Sağlık Okuryazarlığı. *Ankara Medical Journal*, 20(1), 205-213.

61. Şenol, M. G., Gün, İ., Toğrol, E., Olgun, N., & Saraçoğlu, M. (2009). Epilepsi Hastalarında Antiepileptik İlaç Tedavisine Uyumunu Etkileyen Etmenler. *Duzce Medical Journal*, 11(1), 21-31.

62. Asghar, M. A., Rehman, A. A., Raza, M. L., Shafiq, Y., & Asghar, M. A. (2021). Analysis of Treatment Adherence and Cost Among Patients with Epilepsy: A Four-Year Retrospective Cohort Study in Pakistan. *Health Services Research*, 21, 1-8.

63. Öztaş, Ö., & Korkmaz, G. A. (2019). Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumsuzluğu ile İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 132-140.

64. Okan, F., & Okan, S. (2023). Osteoporoz Tanılı Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. *Turk Journal Osteoporos*, 29, 46-52.

65. Kaya, E., & Sivrikaya, S. K. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 216-221.
66. Shresta, N. (2020). Detecting multicollinearity in Regression Analysis. *American Journal of Applied Mathematics and Statistics*, 8(2), 39-42.
67. Chua, Y. P. (2013). *Mastering research statistics*. Shah Alam, Malaysia: McGraw-Hill Education.
68. Field, A. (2009). *Discovering statistics using Spss, Third edition*, Sage Publications, England.
69. Turan, G. B., & Çiftçi, B. (2023). Examination of Health Fatalism And Health Literacy In Patients With Heart Failure. *Eastern Journal of Medicine*, 28(2), 211-218.
70. Güven, Ş. (2018), Ergen Ve Ebeveynlerine Yönelik Geliştirilen Web Tabanlı Epilepsi Eğitim Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Antalya, Türkiye.
71. Kasparian NA, Lieu N, Winlaw DS, Cole A, Kirk E, Sholler GF. E-Health literacy and preferences for eHealth resources in parents of children with complex CHD. *Cardiol Young*. 2017; 27(4): 722-730.
74. Chew, B. H. (2015). Medication adherence on quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus: An exploratory analysis on the EDDMQoL study. *Quality of Life Research* 2015; 24(11): 2723–2731.
75. Bakan, G., & İnci, F. H. (2021). Hipertansiyonlu Hastalarda Tedavi Uyumu ve Sağlık Okuryazarlığı. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 12(28), 81-87.
76. Coskun, S., & Bagcivan, G. (2021). Associated Factors With Treatment Adherence of Patients Diagnosed With Chronic Disease: Relationship With Health Literacy. *Applied Nursing Research*, 57, 151368.
77. Öncü Ö. (2018). Sağlık Okuryazarlığının Hipertansiyon Kontrolünde Önemi. *Dünya İnsan Bilimleri Dergisi*, (1), 45-70.

78. Aloudah, N. M., Scott, N. W., Aljadhey, H. S., Araujo-Soares, V., Alrubeaan, K. A., & Watson, M. C. (2018). Medication Adherence Among Patients with Type 2 Diabetes: a Mixed Methods Study. *Plos One*, 13(12), e0207583.
79. Jacob, L., Hamer, H.M., Kostev, K. (2017). Adherence to Antiepileptic Drugs in Children and Adolescents: A Retrospective Study in Primary Care Settings in Germany. *Epilepsy Behav*, 75:36-41.
80. Candan, M. (2019). Enstitüsü Epilepsili Bireylerde Sosyal Destek Algısı ile Tedaviye Uyum ve Psikososyal Uyum İlişkisi, Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.
81. Karan, T. (2020). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Moralin Tedavi Uyumu Üzerine Etkisi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Malatya, Türkiye.
82. Singh, P., Gupta, K., & Kaushal, S. (2019). A Prospective Observational Study to Assess Compliance and Factors Influencing Compliance with Antiepileptic Drugs Among Patients with Epilepsy, *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology* 8(8):1838.
83. Gurumurthy, R., Chanda, K., & Sarma, G. R. K. (2017). An Evaluation of Factors Affecting Adherence to Antiepileptic Drugs in Patients With Epilepsy: A CrossSectional Study. *Singapore Medical Journal*, 58(2), 98.
84. O'Rourke, G., & O'Brien, J. J. (2017). Identifying The Barriers To Antiepileptic Drug Adherence Among Adults With Epilepsy. *Seizure*, 45, 160-168.
85. Getnet, A., Woldeyohannes, S. M., Bekana, L., Mekonen, T., Fekadu, W., Menberu,

M., & Belete, H. (2016). Antiepileptic Drug Nonadherence And Its Predictors Among People With Epilepsy. *Behavioural Neurology*.

86. Chauhan, S., Prasad, P. L., Khurana, B., & Gahalaut, P. (2018). Self-Reported Medication Adherence to Antiepileptic Drugs and Treatment Satisfaction Among Paediatric Patients Having Epilepsy: A Cross Sectional Study From the Indian Subcontinent. *Sri Lanka Journal Child Health*, 47(2), 129-136.

87. Sudhakar, S., Aebi, M. E., Burant, C. J., Wilson, B., Wenk, J., Briggs, F. B. & Sajatovic, M. (2020). Health Literacy And Education Level Correlates Of Participation And Outcome İn A Remotely Delivered Epilepsy Self-Management Program. *Epilepsy & Behavior*, 107, 107026.

88. Bautista, R. E. D., Glen, E. T., Shetty, N. K., & Wludyka, P. (2009). The Association Between Health Literacy And Outcomes Of Care Among Epilepsy Patients. *Seizure*, 18(6), 400-404.

89. Deniz, S. (2020). Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı ve Siberkondri Düzeylerinin İncelenmesi. *İnsan Ve İnsan*, 7(24), 84-96.

90. Saygin, E., Tolon, M., Doğan, B., & Atalay, K. D. (2021). Covid-19 Pandemi Döneminde E-Sağlık Okuryazarlığının İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Third Sector Social Economic Review*, 56(3), 1559-1575.

91. Özyürek, P., Seferoğlu, N., & Mustafa, H. I. Z. (2022). Elektif Cerrahi Hastalarının Sağlık İle İlgili İnternet Kullanma Ve E-Sağlık Okuryazarlık Durumları: Hastaların ESağlık Okuryazarlığı. *Sağlık Bilimleri Ve Klinik Araştırmaları Dergisi*, 1(1).

92. Kurtoğlu, İ., Yılmaz, N., & Taş, M. A. (2022). Kronik Hastaların E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (35), 126-136.

93. Efthymiou, A., Middleton, N., Charalambous, A. & Papastavrou, E. (2017). The Association Of Health Literacy And Electronic Health Literacy With Self-Efficacy, Coping, And Caregiving Perceptions Among Carers Of People With

- Dementia: Research Protocol For A Descriptive Correlational Study. JMIR Research Protocols, 6(11), 1-15.
94. González-Chica, D. A., Mnisi, Z., Avery, J., Duszynski, K., Doust, J., Tideman, P. & Stocks, N. (2016). Effect Of Health Literacy On Quality Of Life Amongst Patients With İschaemic Heart Disease İn Australian General Practice. Plos One, 11(3), 1-15.
95. Perazzo, J., Reyes, D. ve Webel, A. (2017). A Systematic Review Of Health Literacy Interventions For People Living With HIV. AIDS And Behavior, 21(3), 812821.
96. Dost, A. & Durmaz, M. Ö. (2022). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 652-666.
97. Bakan, A.Berivan. & Yıldız, M. (2019). 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. Sağlık ve Toplum, 29(3), 33-40.
98. Yakar, B., Gömleksiz, M., Pirinççi, E. (2019). Bir Üniversite Hastanesi Polikliniğine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Euras Journal Fam Med, 8(1), 27-35.
99. Yılmaz, F., & Çolak, M. (2018). Evaluation of beliefs about medicines and medication adherence among elderly people with chronic diseases. *Türkiye Klinikleri Journal Health Science*, 3(2), 113-21.
100. Kırıl C. (2022). Toplumun E-Sağlık Okuryazarlığı ve Mobil Sağlık Uygulamalarını Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, Türkiye.
101. Bülbül, E., & Demiroğlu, S. (2023). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki. *Karya Journal Of Health Science*, 4(1), 1-5.

102. Kahveci, P. B., & Abacıgil, F. (2020). Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Etkileri. *The Journal Of Social Sciences*, 36(36), 357-369.
103. Song Ms, Park S. (2020). Comparing Two Health Literacy Measurements Used for Assessing Older Adults, Medication Adherence, *Journal of Clinical Nursing*, 29(21):4313–20.
104. Akpınar, C. V., Varer C., et al, (2023). Kırsal Bir Bölgede Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Sağlık Okuryazarlığı. *Ege Tıp Dergisi*, 62(3), 406-417.
105. Karakuş İ.Özen (2022). Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve İlaça Uyum Öz Etkililik Durumlarının İncelenmesi, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, Türkiye.
106. Ergün, S., Sürücüler, H. K., & Işık, R. (2019). Ergenlerde E-Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Balıkesir Örneği. *Jaren*, 5(3), 194-203.
107. Bilişli, Y. (2019). Medya ve Sağlık Arasındaki Sınırları Keşfetmek: Eleştirel Medya Sağlığı Okuryazarlığı Bağlamında Sağlık Haberlerine Yaklaşım. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 197-219.

EKLER

Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu

Sizi Doç. Dr. Sibel ŞENTÜRK danışmanlığında Meral DEMİR tarafından yürütülen “Epilepsi Hastalarının E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri İle İlaç Tedavisine Uyumluluğu Arasındaki İlişki” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışma, Epilepsi hastalarının e-sağlık okuryazarlığı kullanım durumlarının ilaç tedavisi uyumuna etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada sizden tahminen 5 dk kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Bilimsel bir çalışmaya katkıda bulunmak maksadıyla, kıymetli zamanınızı ayırdığınız için teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Araştırmacının

Katılımcının

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Ek 2: Hasta Bilgi Formu

A. Sosyodemografik Bilgilere İlişkin Tanılama:

- 1) Yaşınız(belirtiniz).
- 2) Cinsiyet: Kadın () Erkek () 3) Eğitim durumunuzu belirtiniz.
- İlköğretim ve altı () Ortaöğretim () Yükseköğretim ()
- 4) Medeni durumunuz. Evli () Bekar ()
- 5) Çalışma durumunuz? Çalışıyorum () Ev hanımı () Çalışmıyorum ()
- 6) Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?
- Gelir giderden fazla () Gelir gidere eşit () Gelir giderden az () 7)
- Yaşadığı yer? İl () İlçe () Köy/kasaba ()

B. Epilepsi Hastalığına İlişkin Tanılama:

- 8) Ne kadar süredir Epilepsi hastasıısınız? (belirtiniz).....
- 9) Epileptik sendrom tipiniz (belirtiniz).....
- 10) Nöbet tipiniz ve nöbet geçirme şekliniz (belirtiniz).....
- 11) Başka kronik hastalığınız var mıdır?
- Evet (belirtiniz)..... Hayır ()
- 12) Son bir yıldaki nöbet sıklığınız nedir?
- () Ayda iki nöbetten fazla () Ayda bir nöbetten az () Nöbet geçirmedi.
- 13) Epilepsi ilaçlarını ne kadar zamandır kullanıyorsunuz? (belirtiniz)
- 14) Kullandığınız ilacın dozunu ve sıklığını (zamanı) biliyor musunuz? () Evet () Hayır
- 15) İlaçlarınızı düzenli kullanır mısınız? Evet () Hayır ()
- 16) Son bir yılda sağlık kurumuna yapılan başvuru sayısı kaçtır?
- Hiç () 1-4 () 5-9 () 10 ve üzeri ()
- 17) Genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız? İyi () Orta () Kötü ()

C.) E-Sağlık Durumuna İlişkin Tanılama:

- 18) Günlük internet kullanım sıklığınız nedir?
- Hiç () 1 saat ve altı () 2-3 saat () 4 saat ve üzeri () 19)
- İnternete nereden ulaşıyorsunuz?
- Eviden () İş yerinden () Cep telefonundan () İnternet kafeden () 20)
- Son bir ayda internetten sağlık durumunuz ile ilgili araştırma yaptınız mı? Evet () Hayır ()
- 21) E-sağlık okuryazarlık kavramını biliyor musunuz?
- Evet () Hayır ()



Ek

3: E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

“Sağlık bilgilerine ulaşmada internet kullanımına dair deneyim ve fikirlerinizi en iyi yansıtacak cevapları vermeniz benim için çok önemli. Vereceğiniz cevaplar tarafımdan gizli tutulacaktır. Şimdiden teşekkürler.”

1. Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar **faydalı** olduğunu düşünüyorsunuz?

☐Hiç yararlı değil ☐Yararlı değil ☐Fikrim yok ☐Yararlı ☐Çok Yararlı

2. İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar **önemli**?

☐Hiç Önemli değil ☐Önemli değil ☐Fikrim yok ☐Önemli ☐Çok Önemli

3.Aşağıdaki ifadelerle katılım düzeyinizi işaretleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.İnternette ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağımı biliyorum.					
2.İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden (arama motorları, sağlık siteleri) bulacağımı biliyorum.					
3.İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl (uygun anahtar kelimeler kullanarak) bulacağımı biliyorum.					
4.Sağlığım ile ilgili sorularıma cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağımı (e-dergi, e-kitap, forum vs.) biliyorum.					
5.İnternette bana yardımcı olması adına bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum.					
6.İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim.					
7.İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim.					

Ek

8.Sağlığımla ilgili kararlarımda internetten elde ettiğim bilgileri kullandığımda, kendimi güvende hissedirim.					
--	--	--	--	--	--



Ek**4: İlaça Uyum ve Reçete Yazdırma (İURY) Ölçeği**

Şimdi size ilaçlarınızı hangi sıklıkta almayı atladığınızı soracağım. Burada doğru ya da yanlış cevap yoktur. Her bir soru için lütfen “hiçbir zaman” “bazen” “çoğunlukla” ya da “her zaman” şeklinde cevap veriniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğunlukla	Her zaman
1. İlacınızı almayı ne sıklıkla unutursunuz?				
2. İlacınızı almamaya ne sıklıkla karar veriyorsunuz?				
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ne ilaç almayı sıklıkta aksatıyorsunuz?				
4. Ne sıklıkla ilacınız bitiyor?				
5. Ne sıklıkta reçete yazdırmayı unutuyorsunuz?				
6. Kendinizi hasta hissettiğinizde ne ilaç almayı sıklıkta aksatıyorsunuz?				
7. Ne sıklıkta önceden planlayıp ilaçlarınız bitmeden yenisini yazdırıyorsunuz?				

Katılımınız için teşekkür ederiz...

Ek

5: Etik Kurul Kararı

MAKÜ Bucak Sağlık Yüksekokulu **100** Yıllık

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi: 06.04.2022 Çarşamba
Toplantı No:2022/04
Karar No: GO 2022/604

Üniversitemiz Bucak Sağlık Yüksekokulu Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞENTÜRK' ün sorumlu araştırmacı olduğu "*Epilepsi Hastalarının E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile İlaç Tedavisine Uyumluluğu Arasındaki İlişki*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın fikri, hukuki ve telif hakları bakımından sorumluluğu araştırma ekibine ait olması koşulu ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

8

0

Ek



Ek 6: Ölçek İzinleri Ek 7: Kurum İzni

Evrak Tarihi ve Sayısı: 10.06.2022 E.245107



**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**
Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-67240737-010.99-245107
Konu : Anket Çalışması Hk. (Meral DEMİR)

Sayın Meral DEMİR

27.05.2022 tarihinde başhekimliğimize vermiş olduğunuz dilekçenizde "Epilepsi hastalarında E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri ile İlaç Tedavine Uyumluluğu Arasında İlişki" başlıklı araştırma projesinin anket çalışmasını epilepsi hastaları üzerinde yapma isteğinde bulunmuşsunuz.

Bu talebiniz başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

Burhan ERES
Başmüdür V.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	Meral Demir	
Eğitim		
	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Okan Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği	2023
Lisans	Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2014
Lise	Anadolu Ticaret Meslek Lisesi	2009
Çalışma Hayatı		Yıl
	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Hemşire	2014-2015
	Kocaeli Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşire	2016 ve halen