



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EPİLEPSİLİ BİREYLERDE ÖZ YÖNETİMİN EPİLEPSİ
ATAKLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

GÖZDE ÜNAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Prof. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EPİLEPSİLİ BİREYLERDE ÖZ YÖNETİMİN EPİLEPSİ
ATAKLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

GÖZDE ÜNAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ
Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL
Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM

(Tez Danışmanı)
(Jüri Üyesi)
(Jüri Üyesi)

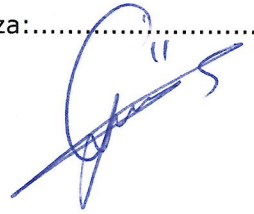
T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10286869
Yazar Adı / Soyadı	GÖZDE ÜNAL
T.C.Kimlik No	52300185048
Telefon	5359712582
E-Posta	gozdeince91@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Epilepsili Bireylerde Öz Yönetimin Epilepsi Ataklarına Etkisinin Değerlendirilmesi
Tezin Tercümesi	Evaluation of the Effect of Self Management on Epilepsy Attacks in Individuals with Epilepsy
Konu	Nöroloji = Neurology ; Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	66
Tez Danışmanları	PROF. DR. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	Epilepsi=Epilepsy Epilepsi atağı=Epileptic seizure Epilepsi öz yönetim ölçeği=Epilepsy self management scale

27.08.2019

İmza:.....



BEYAN

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

Gözde ÜNAL



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca deneyimleri ile bana önderlik eden, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e,

Tez izleme jürimde bulunarak, araştırmamın her aşamasında bilgi ve tecrübeleriyle yanımda olan çok değerli hocalarım, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM ve Sayın Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL'e,

Bu süreçte beni sürekli motive eden, yüksek lisans eğitimindeki yol arkadaşım kıymetli Ayşen KORKUTAN EFE'ye,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm epilepsi hastalarına,

Eğitim sürecim boyunca destekleyen, başarabileceğime olan inancımı arttıran, tez dönemim boyunca yardımlarını esirgemeyen kardeşim Serkan İNCE'ye ve her zaman varlığıyla kendimi güçlü hissettiğim annem Zahide İNCE'ye,

Sevgiyi, huzuru, mutluluğu her zaman hissetmemi sağlayan, arkamda değil her zaman yanımda olan ve yüksek lisans sürecimdeki sabrı, özverisi, anlayışı, desteği için sevgili eşim Doğan Osman ÜNAL'a,

Dünyadaki herşeyden daha kıymetlim, bu süreçte işimi zorlaştırsa da hayatıma mutluluk katan, şükürler ettiren, gözlerimin içini güldüren, yüksek lisans sürecinin her anını benimle birebir yaşayan, anne karnından, doğumuna ve bebekliğine kadar bu süreçte beraber çabaladığımız, bana anneliği tattıran canım oğlum Yavuz Umut ÜNAL'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gözde ÜNAL

Manisa - 2019

KISALTMALAR

AEİ	Antiepileptik İlaç Tedavisi
BT	Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
EEG	Elektroensefalografi
ILAE	International League Against Epilepsy
LGS	Lennox-Gastaut sendromu
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
TND	Türk Nöroloji Derneği
SE	Status Epileptikus
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	vi
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. EPİLEPSİ	5
4.1.1. Epilepsinin Tanımı	5
4.1.2. Epilepsinin Tarihçesi	6
4.1.3. Epilepsinin Epidemiyolojisi	7
4.1.4. Epilepsinin Etyolojisi	8
4.1.5. Epilepsinin Patofizyolojisi	8
4.1.6. Epilepsinin Tanı Yöntemleri	8
4.1.7. Epilepsinin Sınıflandırılması	10
4.1.8. (1981 ILAE) Epilepsi Atak Sınıflaması	11
4.1.9. Epilepsinin Tedavisi	14
4.2. EPİLEPSİ ve ÖZ YÖNETİM	17
4.2.1. Epilepside Öz Yönetimin Ataklar Üzerindeki Etkisi	19
4.3. EPİLEPSİ ve SOSYAL BOYUTU	20
4.4. EPİLEPSİLİ BİREYLERİN YAŞAM BİÇİMİ ve GÜVENLİĞİ	22
4.5. EPİLEPSİLİ BİREYLERDE HEMŞİRELİK BAKIMI	22

5. GEREÇ VE YÖNTEM	24
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	24
5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YERİ ve ZAMANI	24
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	24
5.4. ARAŞTIRMA SORULARI	25
5.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	25
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	25
5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	26
5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	26
5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	26
5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	27
6. BULGULAR	28
7. TARTIŞMA	36
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
9. KAYNAKLAR	42
10. EKLER	53
Ek 1. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Konusu Onayı	53
Ek 2. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu Kararı	54
Ek 3. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzin Yazısı	55
Ek 4. Hasta Tanılama Formu	56
Ek 5. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği	61
Ek 6. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Kullanım İzni	63
Ek 7. Hasta Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu	64
Ek 8. Yüksek Lisans Tez Çalışması Orijinallik Raporu	65
11. ÖZ GEÇMİŞ	66

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa Numarası
Tablo 1. Epilepsili Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 2. Epilepsili Bireylerin Hastalığa İlişkin Bilgileri	29
Tablo 3. Hastalarda Atakları Tetikleyen Faktörler	30
Tablo 4. Epilepsili Bireylerin Kullandıkları İlaçlara Dair Bilgileri	31
Tablo 5. Epilepsili Bireylerin Kişisel Bilgileri	32
Tablo 6. Bireylerin Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar	33
Tablo 7. Atak Geçirme Durumuna Göre Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi	34
Tablo 8. Son Epilepsi Atak Geçirme Süresine Göre Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi	35

Tezin Başlığı: Epilepsili Bireylerde Öz Yönetimin Epilepsi Ataklarına Etkisinin Değerlendirilmesi

Öğrencinin Adı: Gözde ÜNAL

Danışmanı: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; epilepsili bireylerin öz yönetim düzeylerini belirlemek ve öz yönetimin epilepsi ataklarına etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin nöroloji polikliniğinde takip ve tedavileri yapılan, yaş ortalaması $38,36 \pm 14,46$ yıl olan 103 epilepsili birey oluşturdu. Veriler; Hasta Tanılama Formu ve Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde T testi ve Mann Whitney U testleri kullanıldı.

Bulgular: Epilepsili bireylerin %28,2'sinin son bir yılda nöbet geçirmediği, %55,3'ünün en son bir ay içinde nöbet geçirdiği belirlendi. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ortalaması $108,76 \pm 14,61$ 'dir. Ölçek alt boyut puan ortalamaları ise; ilaç yönetimi $23,81 \pm 0,39$, bilgi yönetimi $17,41 \pm 0,52$, güvenlik yönetimi $10,80 \pm 0,27$, nöbet yönetimi $31,60 \pm 0,47$ ve yaşam tarzı $25,11 \pm 0,49$ 'dur. Son bir yıl içerisinde epilepsi atağı geçiren ve geçirmeyen bireyler arasında Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği alt boyut puanlarından; ilaç yönetimi, bilgi yönetimi, güvenlik yönetimi ve yaşam tarzı puanları açısından anlamlı fark bulunmazken, nöbet yönetimi puanları açısından anlamlı fark bulundu. Epilepsi atağını son bir ay içinde geçiren ve bir aydan daha fazla zaman öncesinde geçirenler arasında Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği alt boyut puan ortalamalarından; bilgi yönetimi, güvenlik yönetimi, nöbet yönetimi ve yaşam tarzı puanları açısından anlamlı fark bulunmazken, ilaç yönetimi puanları açısından anlamlı fark bulundu.

Sonuçlar: Epilepsili bireylerde nöbet yönetimi ve ilaç yönetiminin epilepsi atak sıklığını kontrol altına almada etkili olduğu sonucuna varıldı. Bu sonuçlar doğrultusunda; epilepsili bireylerin öz yönetim davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışları arttıracak eğitimlerin planlanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, epilepsi atağı, epilepsi öz yönetim ölçeği.

Title of the Thesis: Evaluation of the Effect of Self Management on Epilepsy Attacks in Individuals with Epilepsy

Student's Name: Gözde ÜNAL

Supervisor: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Department: Department of Nursing Master's Degree Programme in Internal Medicine Nursing

2. ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the self-management levels of individuals with epilepsy and to evaluate the effect of self-management on epilepsy attacks.

Materials and Methods: This is descriptive and cross-sectional study. The sample of this study consisted of 103 individual with epilepsy, a mean age of 38.36 ± 14.46 years, who were followed up and treated in the neurology outpatient clinic of a university hospital. Data were collected by face-to-face interview with Patient Identification Form and Epilepsy Self-Management Scale. Statistical analysis was performed using T test and Mann Whitney U tests.

Results: It was determined that 28.2% of individual with epilepsy had no seizures in the last year and 55.3% had seizures in the last month. The total score average of the Epilepsy Self Management Scale was $108,76 \pm 14,61$. Scale subscale mean scores were; Drug management $23,81 \pm 0,39$, Information management $17,41 \pm 0,52$, Security management $10,80 \pm 0,27$, Seizure management $31,60 \pm 0,47$ and Lifestyle $25,11 \pm 0,49$. Epilepsy Self-Management Scale subscale scores of individuals with and without epilepsy in the last year; while there was no significant difference according to Drug Management, Information Management, Security Management and Lifestyle scores, there was a significant difference according to Seizure Management scores. Epilepsy Self-Management Scale subscale scores of those who had epilepsy episode in the last month and who had more than one month before; No significant difference was found according to Information Management, Security Management, Seizure Management and Lifestyle scores, but a significant difference was found in Drug Management scores.

Conclusions: It was concluded that seizure management and drug management are effective in controlling the frequency of epilepsy attacks in individuals with epilepsy. According to these results; evaluation of self-management behaviors of individuals with epilepsy and planning of trainings to increase these behaviors can be suggested.

Key Words: Epilepsy, epileptic seizure, epilepsy self management scale.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Epilepsi toplumlarda en sık karşılaşılan, değişik etyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan, yineleyici, kronik, nörolojik semptomlar kompleksi bir hastalık olup epileptik ataklarla karakterizedir (Şenol ve ark. 2011; Toklu ve ark. 2012). Epileptik atak, kortikal nöronlardaki anormal ve aşırı elektriksel deşarj veya senkron aktivitesine bağlı oluşan ani, yineleyici, geçici olarak görülen belirti ve bulgulardır (Yeni 2014; Aslan ve ark. 2018). Epilepsi genellikle çocuklukta başlayıp; tüm yaş gruplarında ve etnik kökenlerde görülebilen; kişiden kişiye değişen atak tipleri, prognozu, tedavi yanıtı olan klinik bir durumdur (Duncan 2006; Banerjee 2009; Yeni 2014).

Epilepsi uzun süreli tedavi ve takibi olan bir hastalıktır. Epilepsi tedavisinde amaç atakların kontrolünü sağlamak, sıklığını azaltmak, ilaç yan etkilerini minimize etmek ve bireyin psikososyal durumunu koruyup uyumunu sağlamaktır (Şenol ve ark. 2011; Toklu 2012; Rodgers 2015; Güven ve Dalgıç 2017). Tedavi planında ve başarısında kişiye özgü özellikler önemli role sahiptir. Bireylerin psikososyal durumu, tutum ve davranışları, yaşam şartları, en önemlisi tedaviden beklentileri sorgulanmalı, bu doğrultuda tedaviye yön verilmelidir (Toklu 2012; Yeni 2014).

Epilepsili bireylerde tekrarlayan ataklar fiziksel zarara, travmaya, yanıklara, kırıklara, kanamalara, boğulmalara ve hastaların yaşamlarını kaybetmelerine neden olabileceğinden bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini olumsuz etkileyerek yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır (Görgülü ve Fesci 2011; Adadioğlu ve Oğuz 2016). Tekrarlayan ataklar kişilerin sosyal uyumunu olumsuz etkileyerek iş, eğitim, evlilik hayatında sorun yaşamalarına neden olabilmektedir. Sürekli yeni bir atak geçirme korkusu yaşayan epilepsili bireyler yaşama bağlılıklarının azaldığını ve toplumsal sorumluluklarını yerine getiremediklerini düşünmektedirler (Oto ve ark. 2004; Görgülü ve Fesci 2011). Bu nedenle atak kontrolünün sağlanması epilepsili bireylerin yaşamlarında önemli bir yer tutmaktadır.

Bireylerin geçmiş deneyimleri, bireysel özellikleri, inançları epilepsiye ve tedavisine uyumu, hastalıkla baş edebilme davranışını önemli ölçüde etkilemektedir (Adadioğlu ve Oğuz 2016). Epilepsi hastalığıyla uyumlu bir biçimde yaşayabilmek

için tıbbi müdahalenin yanı sıra öz yönetim davranışlarının belirlenmesi ve bu davranışlara uyumun sağlanması gerekmektedir (Adadıoğlu ve Oğuz 2016).

z yönetim; hastalığın tedavisi, önlenmesi ve atak kontrolünde biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri ele alan bir süreci, bireylerin iyilik düzeyini arttıracak sağlık davranışlarını ve bu davranışlara uyumunu ifade etmektedir (Barlow 2002; Aliasgharpour ve ark. 2013; Yeni 2014; Adadıoğlu ve Oğuz 2016). Yaşanan epileptik ataklar, sosyal önyargılar ve tıbbi tedavinin yan etkileri epilepsili bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Mollaoğlu 2000; McLaughlin 2008; Taylor 2011; Chung 2012). Epilepsili bireylerde medikal ya da cerrahi tedavi başarisının en önemli göstergesi yaşam kalitesi olabilmektedir (Melikyan 2012). Bireylerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesindeki en önemli faktör ise iyi atak kontrolünün sağlanmasıdır. Atak kontrolünde tıbbi tedavinin başarısı kadar öz yönetim davranışlarının etkisi kaçınılmazdır. Hastalığın kötü prognozunu engellemek ve yaşam kalitesini artırmak için öz yönetim davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir. z yönetim davranışlarının belirlenerek bu davranışlara uyumun sağlanması epilepsiyle uyumlu bir şekilde yaşayabilmek için önemli bir yer tutmaktadır. Tıbbi tedaviye uyumsuzluk ve bozulmuş yaşam biçimi epilepsili bireylerde öz yönetimi olumsuz etkileyen ana problemlerdir ve atak sıklığında artışa neden olmaktadır (Fraser 2011). Tüm bunlar sosyal ve ekonomik yükün artışını da beraberinde getirmektedir (McAuley 2008; Johnson 2012). Bireylere z yönetim eğitimi verilerek tıbbi maliyetin azalması, başarılı bir tedavi, gelişmiş atak kontrolü, iyi bir yaşam kalitesi sağlanabilmektedir (Fitzsimons ve ark. 2012).

Literatürde; epilepsili bireylerde sosyal destek, yaşam kalitesi, öz yönetim, sitigma ve atakların bireyler üzerine etkisine yönelik çalışmalar mevcut olup epilepsili bireylerde öz yönetimin epilepsi ataklarına etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma; epilepsili bireylerin öz yönetim düzeylerini belirlemek ve öz yönetimin epilepsi ataklarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. EPİLEPSİ

4.1.1. Epilepsinin Tanımı

Toplumun sara olarak bildiği, sık görülen, ani ve tekrarlayıcı ataklar ile seyreden kronik bir hastalık olan epilepsi; biyoelektriksel ağ yapısıyla çalışan beynin bir kısmında veya tümünde ortaya çıkan kortikal ya da subkortikal nöronların normal olmayan, ani ve eş zamanlı deşarjları ile bu deşarjların gösterdiği yayılıma göre klinik bulguları geniş varyasyon gösteren nörolojik bir disfonksiyondur (Adams 1993; Varlı 1999; Li ve ark. 2016; Yıldırım ve Yıldız 2017). Ayrıca epilepsiyle ilgili yapılan diğer tanımlamalarda epilepsinin sadece nörofizyolojik değil aynı zamanda psikolojik ve sosyoekonomik boyutları da olan kronik bir hastalık olduğu belirtilmektedir (Yapıcı ve ark. 2003; Mısırlı ve ark. 2003).

Beyindeki nöronların ani, anormal, aşırı elektriksel deşarjının klinik göstergesi ataklardır (Adams ve ark. 1993; Fisher ve ark. 2014). Başlangıcı ve bitişi zamansal olarak kesin olan kalıcı olmayan bu ataklar kişinin kendisi veya görgü tanığı tarafından farkedilebilen, bilinç bozukluğu, motor, duysal, psişik ya da otonomik gibi ani, geçici, anormal klinik bulgular şeklinde görülür. Bu klinik bulgular tekrarlayıcı özellikteyse “epilepsi” tanımı kullanılmaktadır. Tek başına bir atak epilepsi tanısına götürmez. Kesin bir epilepsi tanısı en az 24 saat arayla ve provoke edilmemiş iki veya daha fazla epilepsi atağının geçirilmesi ile konulabilmektedir (Fisher ve Leppik 2008; Başpınar ve ark 2017; Akyol 2018).

Epilepsinin etyolojisine bakıldığında idiyopatik, semptomatik, provoke ve kriptojenik olarak sınıflama yapılabilmektedir (Banerjee 2009; Shorvon 2011; Yeni 2014). Epilepsinin tipleri çeşitli olup, farklı sınıflandırmalar yapılmıştır. En son güncellemeyi ILAE (International League Against Epilepsy), 2010’da sunmuş olmasına rağmen yaygın olarak kullanılan 1981’de yapılan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırmaya göre epilepsinin iki ana tipi vardır; fokal (parsiyel) ve jeneralize epilepsi (Hart 2012; Akdağ ve ark. 2016). Tüm beyinde yaygın olarak aynı anda başlayan ataklar, “jeneralize”; beyindeki bir bölgede sınırlı kalarak, yani beynin bir

kısımından başlayan ataklar ise “parsiyel epilepsi atakları” olarak tanımlanmaktadır (Sisodiya ve Duncan 2004; TND 2015).

Çeşitli nedenleri, belirtileri, atak tipleri ve sendromları kapsayan epilepsi yaş, cinsiyet, ırk farkı olmaksızın tüm ülkelerde ortaya çıkabilirken; hastalığın ortaya çıkma yaşı, nedenleri, ilerleyişi, atak tipi ve bireylerin tedaviye cevabı açısından bireysel farklar göstermektedir (Duncan 2006; Banerjee 2009). Bu nedenle bireye ve ailesine birçok farklı sorumluluklar yüklemekte olup bireylerde meydana gelen fiziksel değişikliklere, tedaviye, kontrollere ve ani gelişen tıbbi durumlara uyumunu gerektiren; dolayısıyla da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır (Forsgen 2004; Görgülü ve Fesci 2011). Uygun ve doğru tanı, tedavi, yeterli eğitim ayrıca sosyal ve tıbbi açıdan da tam destek sağlanırsa epilepsinin getirdiği bu yükler azaltılabilecektir (Blume 2003; Yeni 2014).

4.1.2. Epilepsinin Tarihçesi

Anatomi bilgisinin yetersiz olduğu, tıbbın daha gelişmediği dönemlerde sağlıklı görünen insanların aniden hastalanmasına neden olduğu için epilepsinin tarih boyunca tüm toplumlarda diğer hastalıklardan farklı bir yeri olmuştur. Epilepsinin görülme sıklığı, büyük atakların neden olduğu dalma, titreme, sarsılma, sıçrama, kasılma, ağızdan salya akması ve idrar kaçırma gibi belirtiler herkesin dikkatini çekmiş ve çeşitli tanımlamalara gidilmiştir. Tıbbın gelişmesi ve dönemine göre ileri olan hekimlerin yöntemleri ile akılcı bazı yorumların yapılması, önerilen tedavi şekillerinin kullanılmış olması tıp tarihi açısından önemli bir yere sahiptir (Karaöz Arıhan 2006).

Toplumların kültür yapıları değişiklik gösterse de etkileşimlerden dolayı benzer uygulamalar görülmektedir. Antik Yunan ve Roma’da hastalık Tanrılarla ilişkilendirilmiş, Orta Çağ Hristiyanlığı’nda Tanrı’nın aracısı olarak görülen azizlerin yardımıyla epilepsi tedavi edilmeye çalışılmış, Roma döneminde tedavi amaçlı insan kanı ya da bazı hayvanların organları kullanılmıştır. Hristiyanlık döneminde akbaba karaciğeri kullanılmış, İslam tıbbında ise tedavi için daha akla uygun yöntemler uygulanmıştır. Çin ve Hint tıbbında ise epilepsinin nedeni bilinmese de insan bedenindeki bazı değişikliklere bağlanmıştır. Diğer kültürlerdeyse epilepsi genellikle doğaüstü güçlerle bağdaştırılmıştır (Karaöz Arıhan 2006).

Tarihte epilepsiyle ilgili ilk bilgiye Hammurabi Kanunları’nda yer verilmiştir (Yıldız 2013). Hipokrat epilepsiyle ilgili ilk doğru tanımlamayı yapmış, epilepsinin

beyinden kaynaklandığını belirtmiştir. Bilimsel ilk tanımlama Hughlings Jackson tarafından yapılmıştır (Yazıcı 2010; Yıldız 2013). İnsanlarda ilk defa elektroensefalografi (EEG) kullanan Hans Berger olmuştur. Sir Charles Locock 1857 yılında bireylere potasyum bromür vererek ilk sistemli epilepsi tedavisini uygulamıştır. 1938 yılı itibarıyla epilepsi tanı ve tedavisinde iyi bir yol katedilmiştir (Şaylıgil Elçioğlu 1990; Smith ve Buelow 1996).

Günümüzde tıbbi ve cerrahi tedavilerin gelişmesine rağmen atak geçiren bireye soğan ve yanmış paçavra koklatma gibi tıp dışı yöntemlerin kullanımının devam etmesi epilepsi tarihinde karşılaştığımız insan davranışlarının çok da geçmişte kalmadığını düşündürmektedir (Karaöz Arıhan 2006).

4.1.3. Epilepsinin Epidemiyolojisi

Epilepsinin tanımlanmasındaki, sınıflandırmasındaki ve olguların tespitindeki farklılıklardan ötürü birçok epidemiyolojik çalışma olmasına rağmen bunların karşılaştırılmasında birtakım zorluklar meydana gelmektedir (Topalkara ve ark. 1999).

Epilepsinin dünyada 50 milyon insanı etkilediği, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülme oranının daha yüksek olduğu Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün prevalans ve insidans çalışmalarında belirtilmiştir (Forsgren 2004; Görgülü ve Fesci 2011). Endüstrileşmiş ülkelerde epilepsi insidansı 20-70/100.000 arasında değişmekte, prevalans oranları ise gelişmiş ülkelerde ortalama 6/1000 olup bu oran gelişmekte olan ülkelerde 18.5/1000 olmak üzere artış göstermektedir. Bu artışın nedeni olarak gelişmekte olan ülkelerde sağlık bakımından yararlanma oranının düşüklüğü, düşük sosyoekonomik düzey, kafa travmaları, doğum travmaları, santral sinir sistemi enfeksiyonu gibi beyin hasarına yol açan durumların fazlalığı gösterilmektedir (Preux ve Druet-Cabanac 2005; Mac ve ark. 2007; Görgülü ve Fesci 2011).

Epilepsi çocukluk ve ergenlik dönemlerinde daha sık görülmekte, erişkin yaşamda görülme sıklığı daha düşük ve stabil seyretmekte, yaşlanma ile görülme olasılığı yeniden artış göstermektedir (ILAE 1997; İzci 2016). Erişkinlerde beyin, damar hastalıklarından sonra en sık rastlanan ikinci hastalık olarak belirtilmiştir (Akdağ ve ark. 2016).

Ülkemizde epilepsi sıklığı 7/1000'dir (Bingöl ve ark. 2012). Etiyolojik faktörler nedeniyle gelişen epilepsi; vakaların %38'lik kısmını oluşturmaktadır. Epilepsilerin

yaklaşık olarak %50'si beş yaşından %75'i ise yirmi yaşından önce başlamaktadır (Rodenburg ve ark. 2005; Fazlıoğlu ve ark. 2010).

4.1.4. Epilepsinin Etyolojisi

Epilepsi etyolojisinde; genetik faktörler (resesif geçişli lipid ve aminoasit metabolizması bozuklukları, resesif geçişli gelişme bozuklukları, tuberoskleroz ve nörofibromatozis gibi dominant geçişli hastalıklar), konjenital anomaliler (sturge-weber sendromu, fokal kortikaldisplaziler), antenatal ve prenatal etkilenmeler (anoksi, intraserebralhemoraji, infarktlar ve porencefali kistler), uzayan ve tekrarlayan febril konvülsiyonlar, travma (aksidental, nöroşirürjik müdahaleler sonrası), infeksiyonlar (bakteriyel menenjit, serebral apseler, viral ansefalitler, kronik viral infeksiyonlar, parazitik infeksiyonlar), metabolik nedenler (hipoglisemi, hiperglisemi, hipoksi, hiperbarikoksijenasyon, hipokalsemi, hiperkalsemi), vasküler nedenler (infarktlar, hipertansif ansefalopati, serebral venöz trombozlar, arteriovenöz malformasyonlar, anoksikansefalopati), serebral tümörler (primer gliomalar, menenjiomlar, hipofiz adenomları, sekonder metastazlar), Alzheimer hastalığı ve diğer nörodejeneratif hastalıklar, toksik nedenler (alkol alımı ve bırakılması, kronik alkolik ansefalopati, ağır metaller) rol oynamaktadır (Yurttaş 2005; Aykut Bingöl ve ark. 2007; Aktepe Coşar 2016). Önemli diğer bir faktör asetilkolin olup serebral kortekste normal olmayan biyoelektrik deşarjlara neden olmaktadır (Özdemir ve Taşçı 2013).

4.1.5. Epilepsinin Patofizyolojisi

Nöronların hücre membranlarındaki elektriksel dengesinin bozulması, anormal elektriksel deşarjların oluşmasına yol açtığı için beyin fonksiyonlarının kısa süreliğine aksamasına neden olmaktadır (Williams ve Hopper 2010; Yeni 2014). Depolarizasyonun uzamasından dolayı beyin hücrelerinin aktivitesinin aşırı artışı ve ansızın deşarjı atakların temel mekanizmasını oluşturmaktadır (Tutar Güven 2012).

4.1.6. Epilepsinin Tanı Yöntemleri

Epilepsinin tedavisinde ve yönetiminde doğru tanı koyabilmek öncelikli olup bir nöroloji hekimi tarafından konulmalıdır. Atak geçiren birey ve atağı görenlerden alınan bilgi, özgeçmiş, soy geçmişi, atak anının video görüntüleri incelenerek, EEG, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, “single photon emission

computed tomography” ve “positron emission tomography” yöntemleri kullanılarak tanılama yapılmaktadır (Yeni 2014; TND 2015). Bununla beraber birey fiziksel ve nörolojik açıdan incelenmeli, muayenesi yapılmalıdır. Laboratuvar taramasında kan glukozu, kalsiyum düzeyi, plazma elektrolitleri incelenmelidir (Aktepe Coşar 2016).

Tanıma göre, tek bir atak epilepsi kabul edilmemektedir. Kesin bir epilepsi tanısı, en az 24 saat arayla ve provoke edilmemiş iki veya daha fazla epilepsi atağının geçirilmesi ile konulabilmektedir (Fisher 2015; Li ve ark. 2016).

Tek bir ataktan sonra ikinci bir atak geçirme olasılığı kesin değildir. Bazı durumlar değerlendirildiğinde, ikinci atağın oluşma ihtimali yüksek olsa da bu olasılık yüzde yüz değildir. Bu nedenle, bir bireyi tek atak geçirdikten sonra epilepsi olarak tanılamak; epilepsi tanısı konulmuş olan bir bireye uygulanan tüm kısıtlamaların yapılmasına neden olmaktadır. Provoke edilmiş bir atak, bireyin klinik durumunun değerlendirilmesi, EEG ve görüntülemelerle desteklenirse bireyde “olası epilepsi” varlığının düşünülmesinde etkili olmaktadır (Fisher ve Leppik 2008).

Her durumda, epilepsi tanısının kesinliği mümkün değildir. Bu durumda, yanlış tanı koymaktansa araştırmalara devam etmek en iyisidir (TND 2007). Epilepsi tanısında kullanılan tanı yöntemleri aşağıda başlıklar halinde belirtilmiştir.

Elektroensefalografi: EEG epilepsinin tanısı, tedavisinin başangıcı, izlemi ve kesilmesi aşamalarında yol gösterici bir tanı yöntemi olup beynin çeşitli kısımlarındaki patolojik elektriksel aktivitelerin tanımlanmasında epilepsilerin vazgeçilmez uygulamasıdır. EEG tanılamada tek başına yeterli olmasa da atak geçiren herkese EEG çekilmelidir. Standart EEG tanılamada yetersiz kalırsa uyku EEG’si değerlendirilmelidir (TND 2007; Bingöl ve ark. 2008).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG): Yapısal sorunlardan kaynaklanan epilepsilerde sorunu belirlemek amaçlı yapılan görüntüleme yöntemidir. İlk başlanan temel tedaviye rağmen ataklar sürüyorsa ve bu ataklar fokal başlangıçlıysa MRG önemlilik arz etmektedir (TND 2007).

Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BT): Atakların nörolojik bir hastalık veya lezyondan kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirlemek, MRG yokluğunun, kontrendikasyonunun, çocuklarda anestezi gerekliliği olduğu durumlarda ise patolojiyi saptamak amacıyla BT kullanılabilmektedir (TND 2007).

Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) ve Positron Emission Tomography (PET): SPECT ve PET invaziv olmayan görüntüleme tekniklerinden olup epilepsi ve beyin tümörlerinin saptanmasında kliniğe önemli katkı

sağlamaktadır. Atak sırasında beyin kan akışındaki fonksiyonel değişiklikleri göstermektedir (Kaya 2017).

4.1.7. Epilepsinin Sınıflandırılması

Epilepsi ataklarının kırktan fazla çeşidi tanımlanmıştır (Baybek ve ark. 2006). Epilepsinin sınıflandırılmasında atağın tanımı, tipi, sendromları ve etyolojisi değerlendirilmelidir. Sınıflandırmada yapılan başarısızlık uygunsuz tedaviye ve atakların devamına neden olabilmektedir (Aktepe Coşar 2016).

Masland (1974), herkesin ortak kullanabildiği tek bir sınıflandırmanın olmasının; bilimsel çalışmaların geliştirilmesinde, neticelendirilmesinde, elde edilen verilerin karşılaştırılmasında ve etyolojilerin belirlenmesinde öncelikli olduğunu vurgulamıştır.

Epileptik atakların sınıflandırılmasıyla ilgili girişimler ilk defa 1960 senesinde başlamıştır. Bu yılda International League Against Epilepsy (ILAE)'nin kurduğu Sınıflama ve Terminoloji Komisyonu sırasıyla 1970, 1981, 1989, 2001, 2006 ve 2010 yıllarında sınıflamaları tekrar güncel hale getirmiştir. 1970'de ilk epileptik ataklar ve epilepsi sınıflamaları yapılmış; 1981'de yeniden düzenlenerek günümüzde hala kullanılan epileptik atakların klinik ve elektroensefalografik sınıflaması oluşturulmuştur (Aktepe Coşar 2016).

1989'da "Epilepsiler ve Epilepsi Sendromları Sınıflaması" yapılarak dünyada ortak bilimsel bir dil oluşturulmuştur. "Epileptik sendrom" kavramı 2001'de epileptik atak tipi olarak değiştirilmiştir. 1998'de semiyolojik atak sınıflandırmasını yapan, 2005 yılında ise beş eksenli epilepsi sınıflamasını oluşturan Luders ve arkadaşları, kişiye özel sınıflama yapılmasını önermişlerdir. 2008'de yayınladıkları "Epilepsi Sınıflama Şeması Önerisi" ile de epilepsiyi bütüncül olarak ele almışlardır. 2006'da ILAE sınıflama merkez grubu epilepsilerin ve epileptik sendromların sınıflandırılmasında değişikliğe giderek sınıflama şeklini yenilemişlerdir. 2010 yılında ise sonuncu değişiklik önerileri yapılmış olup daha önceki tanımlamalarda köklü değişikliklere gidilmiş; epilepsiler, epileptik ataklar ve elektroklinik sendromların sınıflandırılması yenilenmiştir. Fakat son yapılan sınıflamanın henüz yanlışlarının bulunmasına, doğruluğunun onaylanmasına ve geliştirilmesine açık bir yapı olmasından dolayı halen kesin ve ortak olarak kabul edilen ILAE 1981 atak sınıflandırması ile ILAE 1989 epilepsi sendrom sınıflaması kesinliği kabul edilen

yeni sınıflama yapılncaya kadar geçerli kalacaktır (https://www.tiplopedi.com/Epileptik_nöbetlerin_sınıflandırılması, Erişim tarihi: 10 Haziran 2019).

Yeni sınıflamalarda yapılan değişiklikler ise; “basit parsiyel nöbet” tanımı yerine “fokal bilinçli nöbet”, “kompleks parsiyel nöbet” tanımı yerine “fokal bozulmuş bilinçli nöbet” tanımının getirilmesidir. Bu değişiklikler, tanı kriterlerinde de söz konusudur. En az 24 saatten fazla arası olan iki veya daha fazla tetiklenmemiş atak geçirmekle epilepsi tanısı konulurken yapılan yeni değişiklikle son beş yılı ilaçsız olarak en az 10 yıllık süreyi ataksız geçirmiş olmakla epilepsi hastası olunmadığı, alınan tanının da geçersiz olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca epilepsi tanısının sayıdan çok birey temel alınarak tek atak ile de konulabileceği vurgulanmıştır. Bunu yapmadaki amaç ise tekrar atak olmasını beklemenin tanı atlanmasına veya tanı süresinde gecikmelere neden olmasından dolayı bunların önlenmek istenmesidir (Akdağ ve ark. 2016; <https://www.acilci.net/epilepsi-tanımı-ve-siniflamasindaki-değişiklikler>, Erişim tarihi: 10 Haziran 2019).

4.1.8. (1981 ILAE) Epilepsi Atak Sınıflaması

Epilepsi atakları bu sınıflamaya göre üçe ayrılmaktadır:

Parsiyel Ataklar: Beynin herhangi bir bölgesinden, subkortikal yapılarda başlayan, genellikle bir aurayla kendini belli eden ataklardır. Atak sırasında bilinç değişikliği oluşup oluşmamasına göre ikiye ayrılmaktadır (Pennel ve ark. 2009; Tutar Güven 2013; Sarpdağı 2018). Bunlar:

a) Basit Parsiyel Ataklar: Fokal olan ve bireyin bilincinin yerinde olduğu ataklardır. Motor, somatosensoryel, otonomik ve psşik semptomlu şekilleri mevcuttur (Aykut Bingöl ve ark. 2007; Durna 2012; Özdemir ve Taşcı 2013).

b) Kompleks Parsiyel Ataklar: Fokal olan ve bireyin bilincinin yerinde olmadığı ataklardır. Ataklar genellikle epigastrik değişiklik, karın ağrısı, bulantı ve bireylerin tanımlayamadıkları farklı bir his şeklindeki auralarla başlamaktadır (Serdaroğlu 2010). Atak sırasında otomatizmal hareketler görülebilmektedir (Guyton ve Hall 2007). Bu atak çeşidi motor ve duysal fonksiyonları etkilemektedir (Çavuşoğlu 2011).

c) Sekonder Jeneralize Ataklara Dönüşen Parsiyel Ataklar: Bireyler atak geçirmeden önce bazı belirtileri hissetmektedirler. Atığın geleceğini haber veren bu belirtilere “aura”denir (Durna 2012). Basit veya kompleks parsiyel olarak başlayan

atağın beyinde daha geniş alana yayılarak jeneralize ataklara dönüştüğü ataklardır ve genellikle tonik-klonik ataklara dönüşmektedir (Bryant ve Schultz 2007).

Jeneralize Ataklar: Beynin birçok bölgesinden başlayan ataklardır. Çoğunluğunda aura görülmez ve bilinç kaybı mevcuttur (Serdaroğlu 2010). Altı tipi vardır. Bunlar:

a) Tonik Klonik Ataklar: Grandmal ataklar olarak da bilinmektedir. Beynin bütününde meydana gelen aşırı nöron deşarjı sonucu oluşmaktadır. Bireyin bilincinin kaybolduğu ve kasılmalarının olduğu, en sık karşılaşılan atak şeklidir. Bu ataklar aurasızdır ve farklı fazları vardır. İlk faz nadiren sinirlilik hali, yorgunluk, fiziksel aktivitede artış, baş ağrısı ve baş dönmesinin görüldüğü prodromal fazdır. Bu fazda atakların geleceğini belli eden semptomlar görülmektedir (Çalış 2000; Aykut Bingöl ve ark. 2007; Fazlıoğlu ve ark. 2010).

Tonik evrede yaklaşık yirmi dakika kadar süren kasılmalara bağlı dil ısırması, vücutta katılık, solunum kaslarının etkilenmesinden kaynaklı siyanoz ve çılgılık atma görülür, bilinç kaybı başlamaktadır. Sonrasında başlayan klonik evrede ekstremitelerde sallantı tarzında hareketler meydana gelir, solunum hırıltılı ve ağız salyalıdır, idrar kaçırma görülebilir, kontrol tamamen kaybedilmektedir. Sonrasında ise postiktal dediğimiz bireyin derin nefes alma, solgunluk, pupillalarda küçülme gibi bulgularının görüldüğü derin uyku fazı başlamaktadır. Atak sonrasında ise kişide baş ağrısı, bilinç bulanıklığı görülebilmektedir (Çalış 2000; Yeni 2014).

b) Absans Ataklar: Petit mal ataklar olarak da bilinmektedir (Ball ve ark. 2010). Bireyin bilincinin kaybolduğu ve hareketsiz kaldığı, dalma şeklindeki ataklardır. Ani başlangıç ve bitiş gösteren aurasız ataklar olup bireyde atak sırasında; hareketlerinde duraklama, motor aktivitelerde bozulma görülmektedir. Konuşmada meydana gelen duraklamalar, sabit bir noktaya bakakalma, göz kapaklarının kırpıştırılması ve otomatizmal dediğimiz yutkunma, yalanma ya da kıyafetlerle oynama gibi hareketler gözlenebilmektedir (Serdaroğlu 2010). Aktivitelerinde geçici olarak duraklama yaşayan bireyler atak bittikten sonra işine kaldığı yerden birşey yaşamamış gibi devam eder bu sırada geçen zamanın farkında da değildirler (Reuber ve ark. 2012).

c) Atonik Ataklar: Kas tonüsünün kaybolduğu ataklardır. Tonüs kaybı bireyi yere düşürebilecek boyutta olabilmektedir (Hart 2012). Atakların boyutuna göre bilinç kaybı gelişebilmektedir.

d) Tonik ataklar: Kasların kasılı kaldığı ataklardır. Kaslardaki aşırı tonüs artışı nedeniyle bireyler atak sırasında ayaktaysa birden yere düşebilirler (Oğul 1996;

Bozkaya 2006). Atak sırasında gözlerde bir tarafa doğru kayma başlayıp bunu vücudun o tarafa doğru dönmesi takip etmektedir (Bozkaya 2006; Yıldız 2013). Genelde bir ile yedi yaş arası çocuklarda görülüp kaskatı kesilme ve morarma bulgulara eşlik etmektedir (Serdaroğlu ve ark. 2004).

e) Klonik ataklar: Ritmik, tekrarlayan sarsılmaların olduğu klonik atım şeklindeki ataklardır. Çoğunlukla yenidoğanlarda ve çocuklarda görülmektedir. Atağın başlangıcı bilinçte bozulma şeklinde olup kısa veya ani hipotoni oluşmaktadır (Alemdar 2007).

f) Miyoklonik ataklar: Genelde uykuya dalma ya da uyanma aşamasında bir kas grubunda meydana gelen, ani olan, süresi kısa ve tekrarlayıcı kasılmalar ile karakterize ataklardır (Bryant ve Schultz 2007). Bu hareketler, simetrik veya asimetrik olarak başlayıp yalnız ekstremiteleri etkileyebildiği gibi ilerleyip status epileptikus boyutuna ulaşırsa tüm vücudu da etkileyerek bilinçte bozulmaya neden olabilmektedir (Yurttaş 2005; Yıldız 2013). Bilinç kaybı ve postiktal dönem bu ataklar sırasında görülmemektedir. Bu atakların bir diğer özelliği de fotosensitivitenin görülmesidir (Reuber ve ark. 2012).

Sınıflandırılmayan Epileptik Ataklar: Literatür bilgisinin yetersizliğinden dolayı sınıflandırılmayan epileptik ataklardır. Parsiyel, somato, otonomik, psişik, otomatizm, sekonder jeneralize nöbetler bu tip ataklardır (Fazlıoğlu 2010; Aktepe Coşar 2016).

West Sendromu: En karakteristik özelliği infantil spazmlardır. Daha çok süt çocuklarında görülür ve tedaviye dirençli ataklarla seyretmektedir. Aniden ortaya çıkan kasılmalar simetrik özellik gösterip ekstremitelerde addüksiyon, fleksiyon, gövdede çok hızlı hareketler meydana gelmektedir. Kısa süren spazmların şiddetinde ve sıklığındaki artış jeneralize atakları tetikleyebilmektedir. Genellikle uyanma ve uykuya dalma sırasında görülmektedir (Uyanık 2007).

Lennox-Gastaut Sendromu (LGS): İnfantil spazmı olan bir ile on yaş arası çocukların genelinde gelişen sendromdur. Bu sendromda mental gelişim ve tedaviye cevap yetersizdir. EEG’de tipik farklılıklar ve karışık atak tipleri görülebilmektedir (Bryant ve Schultz 2007). Tedavisi güç olan bu sendromda ilaçlara yanıt alınamazsa ketojenik diyet uygulaması tavsiye edilmektedir. Tedavide yüksek doz immünglobülinlerden yararlanılmaktadır (Fenichel 2010; Çavuşoğlu 2011).

Status Epileptikus (SE): En az otuz dakika süren tek atak veya en az otuz dakika süren, yinelenen ve bilinç kaybının olduğu, aralıksız devam eden, mortalitesi yüksek

olan konvülziyonlardır. Acil müdahale gerektiren durumlardır. Tedavide beş dakikadan uzun süren ataklar müdahale etmeyi gerektirir; uzamış konvülziyon olarak değerlendirilerek status epileptikus gibi tedavi edilmektedir. Antikonvülsif tedavisini birden bırakan bireylerde en tehlikeli çeşit olan tonik-klonik jeneralize status oluşabilmektedir. Solunumun baskılanmasına, aspirasyon ve bronkopnömoniye, serebral ödeme neden olduğu için mortalitesi yüksek olan bu hastalığın tedavisinde öncelik, yaşam bulgularının stabilizasyonunun sağlanmasıdır. Kontrol edilemeyen ataklarda mekanik ventilasyon, sedasyon ve diazem uygulamak gerekebilir (Akdemir ve Birol 2005).

4.1.9. Epilepsinin Tedavisi

Epilepsi uzun süreli tedavi ve takibi olan bir hastalıktır. En az yan etkiyle ataksızlığın sağlanması planlanmaktadır. Epilepsi tedavisinde amaç atakların kontrolünü sağlamak, sıklığını azaltmak, ilaç yan etkilerini minimize etmek ve bireyin psikososyal durumunu koruyup uyumunu sağlamaktır (Şenol ve ark. 2011; Toklu 2012; Rodgers 2015; Güven ve Dalgıç 2017). Primer tedavi antiepileptik ilaç kullanımıdır. İyi bir atak kontrolü için en uygun ve en düşük dozda antiepileptik ilaç kullanımı sağlanmalı, doz ayarında gebelik, yaşlılık, çocukluk çağında olma gibi özellikler göz önünde bulundurulmalıdır (Epilepsia 1993).

Tedaviye başlamak için epilepsi tanısının kesinleştirilmesi gerekmektedir. Atakların yinleme riski ve bu ataklardan dolayı travma riski yüksek olan bireylerde mutlaka tedavi başlanmalı ve tedaviye karar verilirken de bireyin sosyoekonomik durumu, yaşı, tanı alma yaşı, atak aralığı, atak tipi, atağın boyutu ve başka hastalıklarının varlığı göz önünde bulundurulmalıdır (Türkdoğan 2006).

Devam eden atakların kişinin yaşamını etkileme oranını, tedavinin neden olacağı yan etkileri ve birey için yarar zarar oranını değerlendirmek; tedaviye başlama, tedavide kullanılacak yöntemler, tercih edilecek ilaçlar ve tedavinin bitirilmesi gibi kararlarda önem arz etmektedir (Çetin 2013).

Bazen atakları provoke eden etkenleri ortadan kaldırmakla ataklar önlenabilmekte, bu sayede de ilaç tedavisine ihtiyaç duyulmadan tedavi sağlanabilmektedir. Epilepsinin tedavisinde vagal uyarı, ketojenik diyet, cerrahi ve radyocerrahi gibi yöntemlere, kombine ilaçlara rağmen yanıt alınamayan tedavilerde başvurulabilmektedir.

Antiepileptik İlaç (AEİ) Tedavisi: Epilepsinin temel tedavisi antiepileptiklerdir. Beyindeki kimyasal dengesizlikten kaynaklı nöron hiperaktivitesini düzenlemek amacıyla üretilmişlerdir. Mekanizmaları; epileptik odağı baskılayarak atak eşiğini azaltmak veya anormal nöron deşarjlarının beyindeki diğer bölgelere yayılımını engellemek şeklindedir (Çetin 2013).

Epilepsi tanısı için en az iki veya daha fazla atak gerektiği için; bu bireylere bazı durumlar dışında tedavi hemen başlanabilmektedir. İlk atağını yaşayan bireye ise hemen ilaç tedavisi başlamak uygun değildir. Öncelikle bireylerin anamnezi alınarak ailede epilepsi varlığı sorgulanmalı, EEG ve nörolojik muayene yapılarak değerlendirilmelidir. Ailede hastalık yok ve bulgular normal ise tedavi önerilmemektedir (Çetin 2013).

Epilepsili bireylere ve yakınlarına, tedaviye başlamadan önce ilaçların neden olabileceği yan etkiler konusunda bilgi verilmelidir. Topamax, lamiktal, lyrice, refinamid gibi epilepsi tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı uyku hali, yorgunluk, saç dökülmesi, kilo artışı, uyuşukluk, baş ağrısı, çift görme ve ataksi gibi yan etkiler gelişebilmektedir (Ben-Menachem 2010).

Kullanılacak ilaç atak türüne göre belirlenmektedir. Bireylerin %60'ının atak kontrolü tek antiepileptik ilaçla sağlanabilirken %30-40'ında ise kombine tedaviye rağmen atak kontrolü sağlanamamaktadır. Tek bir ilaçla atakların kontrol altına alınamadığı bireylerde iki veya daha fazla ilaç kombinasyonu yapılabilmektedir (Türkdoğan 2006).

Tedavi sonrası iki ve dört yıllık ataksızlığı olan bireylerde antiepileptik ilaçların dozunda azaltmaya gidilerek tedavinin sonlandırılması planlanmalıdır. Bu tedavi planının hastalık yönetimindeki başarısı %60-70'dir. Bu bireylerde tedavinin beş sene devam etmesinin başarıda önemli bir katkısı olmadığı belirtilmektedir (Johnston 2008). Fakat bazı epilepsili bireyler ataklarından nihayet kurtulmuşken, tekrar atakların başlama korkusu nedeniyle ilaç tedavisini tamamen bırakmaya cesaret edemeyebilirler. Bu nedenle tedavide tercih edilen ilaçların ömür boyu olmasa da gelecek yıllarda hasta tarafından tekrar alınma olasılığı vardır. Bu olasılık epilepsinin tedavisinde başlangıç tedavisinin seçiminin ne kadar önemli olduğunun bir göstergesidir (Ben-Menachem 2010). Antiepileptik ilaçların hayat boyu alınma gerekliliği olabileceğinden ilaçların toksisitesi de göz önünde tutulmalıdır. Birçok antikonvülzan mide, karaciğer, böbrek üzerinde yan etki ve tahribata, kemik iliğinin deprese olmasına neden olabilmektedir (Çalış 2000).

Antiepileptik İlaçların Etki Mekanizması: Sinapslardaki iletimi engelleyip odak noktalarından deşarjların yayılmasını bloke ederek, GABA'nın (gama aminobütirik asit) faaliyetlerini farklı biçimlerde etkileyerek, sinaptik aralıkta bulunma ihtimalini artırarak ve sodyum potasyum kanallarının voltaj aktivetisinde değişikliğe neden olarak konvülziyonları baskılamaktadır (Çalış 2000; Perruca 2002).

Antiepileptik Tedavi İlkeleri: Antiepileptik tedavinin ilkelerinde; atak tipine göre ilaç seçimi, tedaviye monoterapiyle başlangıç, farmakokinetik özelliklerine göre ilaçların mümkün mertebede seyrek verilmesi, ilaç kan düzeyindeki stabilite için en az iki haftalık sürenin verilmesi, planlanan doza kademeli ulaşılması, ataklar kontrol altına alınıncaya kadar doz artırımına gidilmeden ikinci ilaca başlamama, atak kontrolünün sağlandığı bireylerde nedensiz yere ilaç değiştirilmemesi, plazma antiepileptik ilaç seviyesine ihtiyaç duyulmadıkça bakılmaması, ilaç seçiminde bireysel ve ailevi özelliklerin dikkate alınması, altı ayda bir kontrol, iki-dört yıl sonrasında altı-oniki aylık sürede kontrollü ilaç kesimi söz konusudur (Turanlı 1999; Çetin 2013).

İlaç Dışı Tedaviler: Ketojenik diyet, cerrahi yöntemler, vagal sinir uyarımı ve radyocerrahi yöntemleridir.

Ketojenik Diyet: Enerji ihtiyacının karbonhidratlar yerine yağlardan karşılandığı ketojenik diyetlerin tam mekanizmasının bilinmemesine rağmen atakların sıklığında azalma sağladığı belirtilmiştir (Brodie ve Mohanraj 2003). Daha çok ilaç tedavisine dirençli ataklarda önerilen bu diyeti uzun süre uygulamak pahalılığından, hazırlamasının zorluğundan, uygun yiyecek çeşitliliğinin azlığından ötürü zordur (Çavuşoğlu 2011).

Cerrahi Yöntemler: Antiepileptik tedaviye yanıt alınamayan, kontrol altına alınamayan refrakter epilepsilerde, günlük hayatı engelleyecek boyutta geçirilen ataklarda ve aşırı elektriksel aktivitenin neden olduğu parsiyel atakların tedavisinde beyinde ataklara neden olan sorunlu bölgeyi tespit ederek o bölgenin çıkarılmasını amaçlayan cerrahi epilepsi tedavisidir. Genellikle selektif amigdalohipokampektomi, hemisferektomi, korpus kallozotomi, fokal rezeksiyon yöntemleri kullanılmaktadır (Düzkalır ve Özdoğan 2014).

Vagal Sinir Uyarımı: Vagus siniri aracılığıyla beyine düşük doz elektrik akımı verilerek atakların önlenmesini sağlayan tedavi şeklidir (Tutar Güven 2012; Ramani 2008).

Radyocerrahi: Beynin manyetik rezonans ile belirlenen kısmına radyasyon uygulama işlemidir. Rezektif cerrahi tedavisi dışında dirençli epilepsilerde başka bir tedavi tercihi olarak önerilmektedir (Tutar Güven 2012).

4.2. EPİLEPSİ ve ÖZ YÖNETİM

Epilepsi, toplumlarda en sık karşılaşılan, iş gücü kaybına ve özürllülüğe neden olan, morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkileyen, kronik ve nörolojik bir hastalıktır. Epilepsi, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği için başarılı bir atak yönetimi epilepsi tedavisinde temel amaçtır. Başarılı bir atak yönetiminde önemli unsurlardan biri de öz yönetimdir. Öz yönetim kavramı özellikle kronik hastalıklarda ön plana çıkmaktadır ve kronik durumlarda bireylerin semptomları, tedaviyi, hastalığın fiziksel ve psikososyal sonuçlarını yönetebilmesini ve yaşam tarzı değişiklikleri yapabilmesini ifade etmektedir (Şenol ve ark. 2009; Yeni 2014; Acaroğlu ve Yılmaz 2016). Bireylerin geçmiş deneyimleri bireysel özellikleri, inançları, epilepsi ve epilepsi tedavisine uyumu, hastalıkla baş edebilme davranışını önemli ölçüde etkilemektedir (Adadioğlu ve Oğuz 2016).

Epilepsi hastalığıyla uyumlu bir biçimde yaşayabilmek için tıbbi müdahalenin yanı sıra öz yönetim davranışlarının belirlenmesi ve bu davranışlara uyumun sağlanması gerekmektedir (Adadioğlu ve Oğuz 2016).

Öz yönetim; hastalığın tedavisi, önlenmesi ve atak kontrolünde biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri ele alan bir süreci, bireylerin iyilik düzeyini artıracak sağlık davranışlarını ve bu davranışlara uyumunu ifade etmektedir (Barlow 2002; Aliasgharpour ve ark. 2013; Yeni 2014; Adadioğlu ve Oğuz 2016). Öz yönetim davranışları düzenli ilaç kullanımını, gürültü, uykusuzluk gibi atağı tetikleyen durumların minimize edilmesini, atak sırasında travmaların oluşmaması için gerekli önlemlerin alınması gibi durumları içermektedir (Walker 2009; Yeni 2014).

Epilepsili bireyler atak kontrolünde birinci basamak genellikle antiepileptik ilaç kullanımındır. Buna rağmen bireylerin %30 kadarında atak kontrolü sağlanamaz (Robinson ve ark. 2008; Adadioğlu ve Oğuz 2016). Tedavi başarısında öz yönetim davranışları önemli bir rol oynamaktadır. Tıbbi tedaviye uyumsuzluk atak sayısında artışa neden olarak öz yönetimi ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Fraser 2011; Yeni 2014). Tüm bunlar sosyal ve ekonomik yükün artışı da beraberinde getirmektedir (McAuley 2008; Johnson 2012). Eğitim,

epilepsi öz yönetiminde odak noktadır. Öz yönetimi güçlü kılabilmek; öz yeterliliği arttırmayı ve bireylerin eğitimlerinin artırılmasını gerektirmektedir. Bireylere öz yönetim eğitimi verilerek tıbbi maliyetin azalması, başarılı bir tedavi, gelişmiş atak kontrolü, iyi bir yaşam kalitesi sağlanabilmektedir (Fitzsimons ve ark. 2012). Bu amaca yönelik tasarlanan programlarda farklı stratejilerin geliştirilmesine, uygulanmasına ve sürekliliğinin sağlanmasına, öğretimde yeni yaklaşımlar oluşturmaya, kişilerin öz yeterliliklerini artıracak yolların belirlenmesine yer verilmelidir (Adadoğlu ve Oğuz 2016). Temelini hasta merkezli sorunların oluşturduğu öz yönetim programları; hasta bazlı olmalıdır; ayrıca bu programlarda bireylerin sorunları, gereksinimleri ve korkuları ayrıntılarıyla değerlendirilmelidir (Lorig ve Holman 2003).

Epidemiyolojik çalışmalar cinsiyet, yaş, etnik köken ayrımı olmaksızın epilepsinin yaygın bir şekilde görüldüğünü belirtmektedir (Topalkara ve ark. 1999; Köksal ve ark. 2004). Sık karşılaşılan kronik sorunlardan biri olan epilepsinin tedavisi için düzenli takip, düzenli ilaç kullanımı ve bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal uyumunun sağlanması temel oluşturmaktadır. Epilepsi tedavisinin temel odağı atak kontrolü olmasına rağmen, yapılan kanıta dayalı çalışmalarda öz yönetimin de tedavi ve bakımda bir o kadar etkili ve önemli olduğu belirtilmiştir. Epilepsili bireylerde sosyal destek yaşam kalitesi, öz yönetim ve atak kontrolü arasında kaçınılmaz bir etkileşim vardır (Adadoğlu ve Oğuz 2016).

Öz yönetim davranışları bireylerin hastalıklarını daha iyi kontrol etmesine ve yaşam kalitesinin artmasına yardım etmektedir. Bu davranışların geliştirilmesinde bireyin sağlıkla ilgi beklenti, bilgi, inanç ve öz etkililik düzeylerinin bilinmesi önem taşımaktadır. Öz etkililik bireyin gelecekte yaşayabileceği sorunlarla mücadelede başarabileceğine olan inancı ve kararıdır. Öz etkililik düzeyi arttıkça öz yönetim düzeyi yükselmekte ve atak sıklığında azalma, ilaç uyumunda, tedavi başarısında artma olmaktadır (Barlow 2002, Yeni 2014).

Bireylerin yaşadığı sorunlarla başa çıkabilmesinde, içindeki duruma uyum göstermesinde en önemli unsur bilgilendirme. Bilgilendirme ile bireyin hastalığıyla etkin bir şekilde baş edebilmesi, ilaçlarını düzenli kullanması, kontrollerini aksatmaması sağlanarak atakların sıklığı azaltılacak ve yaşam kalitesinin artırılması desteklenecektir (Şenol ve ark. 2009). Epilepsi hakkında bilgi verilen bireylerin ilaçlarını daha düzenli kullandığını ve bunun sonucu olarak atak sıklıklarının azaldığını çalışmalarıyla May ve arkadaşları göstermiştir (May ve ark.

2002). Atakların sıklığı baş etme davranışlarının etkilenmesine yol açarak ve psikososyal sorunların oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Hermann 1993; Özkara ve ark. 1999). Mollaoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da bu sonucu destekler nitelikte olup hem gece hem gündüz atak geçiren epilepsili bireylerin durumlarıyla ilgili daha olumsuz düşüncelere, daha az sosyal desteğe sahip olduğu, daha fazla sosyal kısıtlanma ve dışlanma yaşadıkları belirlenerek yaşam kalitelerinin de daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

Bireylerin destek sistemlerinden yararlanmalarının artırılmasının, atak kontrollerinin sağlanmasının, atak sıklığının azaltılmasının, bireye ve ailesine beraber verilen danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği birçok çalışmada gösterilmiştir (Neze 2006; Tutar Güven 2013).

4.2.1. Epilepside Öz Yönetimin Ataklar Üzerindeki Etkisi

Ataklarla birlikte yaşamak, atakların üstesinden gelmek epilepsili bireyler için zorlayıcı bir durumdur. Uyum sağlamadaki bu farklılık aynı tip bireylerde bile ataklar ve atakların sıklığında çeşitlilik yaratmaktadır (Aydemir ve ark. 2012).

Epilepsili bireylerde öz yönetiminin kaynaklandığı model önceleri atak kontrolü üzerinde yoğunlaşıyordu. Bandura inanç odaklı davranış yeteneği üzerinde durmuş; bu da öz yönetimin farklı bir boyutunu oluşturmuştur. Kişilerin davranış değişikliklerinin sağlanması için önce bu davranışlara dair inançlarının değiştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Pramuka ve ark. 2007).

Atakların sıklığını azaltmada tek başına tıbbi tedavi yetersizdir. Gerekirse davranış değişikliklerine gidilerek stresten uzaklaşma, doğru beslenme, yeterli ve düzenli uyku alışkanlıkları kazanılmalıdır. Tedavideki katı ilaç rejimi ciddi bir uyumu gerektirmektedir (Miller ve ark. 2014).

Bireylerin atak kontrolünü sağlamak, yaşamlarındaki rahatlığı arttırmak için yapabilecekleri sağlık aktiviteleri ve davranışlarına gösterdikleri uyum öz yönetim olarak tanımlanmaktadır (Aliasgharpour ve ark. 2013). Bireylerin ilaçlara ve tedaviye uyumu atak kontrolü açısından önemlidir. Bu nedenle tedavi planı yapılırken bireylerin özelliklerinin ve yaşam şeklinin dikkate alınması gerekmektedir. Atak sıklığını azaltan en az sayıdaki, en uygun ve karmaşık olmayan bir tedaviyle ideal atak kontrolünün sağlanması muhtemeldir. Tedavi planı karmaşıktıkça bireylerin bu tedaviyi anlamaları ve tedaviye uyumları daha güç hale gelmektedir. İlaç değişimleri; dozlarda, atak sıklığında ve yan etkilerde farklılık yaratabileceği için

epilepsi ve öz yönetim açısından önem arz etmektedir. Düzenli ilaç kullanımı atak sıklığını azaltmada etkili bir faktördür. Hastanın sağlık personeli ile arasında güvenli bir ilişkinin geliştirilmesi, hastanın bedensel ve psikolojik sorunlarının azaltılması, öz yeterlilik düzeyinin artırılmasıyla düzenli ilaç kullanım oranında önemli bir yol katedilecektir (Yeager ve ark 2005; Chen ve ark. 2010).

4.3. EPİLEPSİ ve SOSYAL BOYUTU

Epilepsinin uzun süren bir hastalık olması, atakların ne zaman ve nerede geleceğinin belirsiz olması bireyleri endişelendiren önemli bir özelliktir. Bireylerin bir daha sağlıklarına kavuşamayacaklarına olan inançları, yaşadıkları ölüm korkusu bireyleri strese sokmaktadır. Stresin epilepsi ve atak sıklığı üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu ve tetikleyici faktör olarak bildirilen en sık etken olduğu bilinmektedir (Görgülü ve Fesci 2011; Adadioğlu 2016). Epilepsili bireyler iş sahibi olamama, ehliyet alamama, eğitime devam edememe, sosyal güvence altına girememe gibi korkular yaşamaktadırlar. Tüm bu korkular kişinin öz saygısını düşürmekte, depresyon gibi psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Sosyal izolasyon, toplum tarafından damgalanma, düşük benlik saygısı nedeniyle epilepsili bireyler evlilik konusunda sorunlar yaşamakta; kabul edilmeme korkusundan dolayı bu kişilerin evlilik oranları düşük olmaktadır. Epilepsi nedeniyle cinsellik, gebelik, askerlik konularında da epilepsili bireyler sosyal sorunlar yaşamaktadır. Yeterli desteğin olmaması, toplumun sergilediği negatif tutum sosyal sorunları daha da artırmaktadır (Suurmeijer 2001; Görgülü ve Fesci 2011; Yıldız 2013).

İş yerinde epilepsiye dair yanlış düşünce ve davranışların olması, işin ve iş yerinin bireylerin güvenliği açısından uygun olmaması, bireylerin hastalığından utanması, epilepsili bireylerin eğitiminde zorlukların yaşanması, iş ile ilgili bilgi ve becerinin eksikliği, epilepsi nedeniyle bireylerde bilişsel fonksiyon bozukluklarının oluşması ve bunların performansı olumsuz etkilemesi epilepsili bireylerin iş istihdamında zorlukların yaşanmasına neden olmaktadır (Mısırlı 2003).

Evliliğin epilepsili bireylerde en büyük sosyal desteği oluşturmaya ve başedebilme mekanizmalarını artırmasına rağmen epilepsili bireylerin evlenmesinde sorunlar yaratmakta, evlilik sonrasında ise eşler arasındaki ilişkide olumsuz etkileri olabilmektedir. Toplumdan topluma değişiklik göstermesine rağmen ailelerin

epilepsili bir birey ile evlenme konusundaki karşı çıkışları ve bu bireylere yapılan ayrımcılık; epilepsili bireylerin evlenme oranlarının azalmasına neden olmaktadır. (Wada ve ark. 2004).

Epilepsili bireylerin gebeliği riskli olmasına karşın %90'ından fazlasında anne ve bebek açısından bir sorun oluşmadığı bildirilmiştir. Gebelik atak sıklığını çok etkilememekle beraber atak sıklığında artışa da neden olabilmektedir. Gebelikte yaşanan atakların fetüste gelişme geriliğine ve doğumsal anomalilere neden olduğu, kullanılan ilaçların teratojenik etkisinden dolayı ise nöral tüp defekti, yarı damak ve dudak, kardiyak ve iskeletle ilgili anomalilerin, gastrointestinal atrezi ve hipospadia gibi sorunların görülebildiği belirtilmektedir. Gebelikte ilaçlar kesilebiliyorsa kesilmeli, kesilemiyorsa mümkün olan en düşük dozla ve monoterapiyle tedavi sağlanmalı, ilaçların teratojenitesi, düzenli kullanımı, kontrollere düzenli gelmenin önemi hakkında gebeler bilinçlendirilmelidir (Görgülü ve Fesci 2011; Yeni 2014; Akdağ ve ark. 2016).

Atakların ne zaman geleceğindeki belirsizlik nedeniyle araba kullanımı epilepsili bireyler için sorun yaratmaktadır. Epilepsinin neden olduğu bu kısıtlılık ise bireyin gündelik ve iş hayatını olumsuz etkilemektedir. Aslında sanılanın aksine bireyler epilepsiden dolayı risk taşıyalar da bu riskler önceden tahmin edilebilir riskler olup, şimdiye kadar bu neden ile oluşmuş kazaların oranı alkol gibi diğer nedenlere bağlı oluşan kazalardan daha düşüktür. Epilepsiyle ilişkili kaza oranı %0,2'dir. 2016'da yayınlanan yönetmelikte beş yıl boyunca atak geçirmeyen, altı ayda bir düzenli kontrollerini yaptıran, ilaç kullanımı sonlandırılan kişiler durumlarını belgelendirip, nöroloji sağlık kurulu tarafından değerlendirilerek ehliyet alabileceklerine dair rapor çıkarttıkları takdirde birinci grup sürücü belgesi edinebilmektedirler (Devlin ve ark. 2012; <http://www.turkepilepsi.org.tr/4/haberler/432/epilepsi-hastalarinin-surucu-ehliyeti-almalari-ile-ilgili-yonetmelikte-degisikli>, Erişim tarihi: 10 Haziran 2019).

Ülkemizde epilepsili bireyler askere alınmamaktadır. Yoklama geldiğinde hastalığın bildirilmesi durumunda birey askeri hastaneye yatırarak ilacı kesilir ve atak geçirme durumu askeri doktorlar tarafından gözlenmektedir. Fakat yapılan bu uygulama hastanın tedavisinde olumsuzluk yaratmaktadır (Bek ve Gökçil 2007).

4.4. EPİLEPSİLİ BİREYLERİN YAŞAM BİÇİMİ VE GÜVENLİĞİ

Epilepsili bireyler, günlük yaşam aktivitelerine güvenliklerini riske sokmayacak şekilde ve aşırı kısıtlama olmadan devam edebilmektedirler. Bireylerin güvenlikleri için alacakları basit önlemler gürültü, stres, uykusuzluk, alkol tüketimi ve açlıktan kaçınmak, evde suyun sıcaklığını yakmayacak düzeyde ayarlamak, banyoyu duş şeklinde yapmak, yüzmek, dağa tırmanma gibi tehlikeli olabilecek sporları tek başına yapmamaktır. Bireyler aşırı koruyucu ve kollayıcı olmadan hayatlarını sürdürebilmelidirler. Aşırı koruyucu ve kollayıcı olmak, kısıtlamalar getirmek bireyin özgüveninde azalmaya ve başkalarına bağıllığına neden olmaktadır (Kumar ve Clark 2010).

4.5. EPİLEPSİLİ BİREYLERDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Atakların sıklığı, planlanan terapötik rejimdeki değişiklikler epilepsi ve öz yönetiminde kişiler açısından önem taşımaktadır (Adadioğlu 2016). Öz yönetimle ilişkili olan atak sıklığında; ilaçların düzenli kullanımıyla azalma sağlanabilir. İlaçların düzenli kullanımı; sağlık çalışanlarının olumlu iletişimiyle ve epilepsili bireylerde aralarındaki güven ilişkisinin güçlendirilmesiyle sağlanabilmektedir (Yeager ve ark. 2005; Chen ve ark. 2010). Bireylere verilen eğitimlerle öz yönetim düzeyinde, terapötik rejime uyumda artış sağlanabilmektedir. İyi bir hasta eğitimi yalnızca tedavi başarısını arttırmakla kalmayıp tıbbi maliyetin de azaltılmasını sağlamaktadır (Fitzsimons ve ark. 2012). Böylelikle atak kontrolünde, dolayısıyla da yaşam kalitesinde iyileşmeler sağlanabilmektedir. Hemşireler sağlık eğitiminde birinci basamaktaki kişilerdir (Oto ve ark. 2004; Ünal ve Saygı 2005). Hemşirelerin eğitim rollerinde daha başarılı olabilmeleri için eğitim almaları sağlanarak bakım konusunda uzmanlaşmaları önerilmektedir. Epilepsi konusunda uzmanlaşmış hemşirelerin saha da rol almaları ise öz yönetimin artırılmasında gelişme sağlayacaktır (Ridsdale ve ark. 2002).

Epilepsili bireylere ve yakınlarına verilecek eğitim: Düzenli ilaç kullanımını, ilaçların birden kesilmemesi gerekliliğini, adet dönemlerinde atakların sıklaşabileceğini, bu nedenle ilaçların dozlarında arttırılma ihtiyacı olabileceğini, epilepsi tedavisinin bir ömür sürebileceği gibi, üç yılın ataksız geçirilmesi halinde ilaçlarda doz azaltımı sağlanarak kesilebileceğini, bazen tedavide steroid

kullanımının gerekebileceğini, tedaviye yanıtın alınmadığı durumlarda uygulanabilen cerrahi yöntemleri, tedavinin ve yaşam şeklinin düzenlenmesiyle hastalığın kontrol edilebildiğini, epilepsi hastalığının olduğunu gösteren bir kart taşımanın önemini kapsamalıdır.

Epilepsinin neden olabileceği kazalara karşı ne gibi güvenlik önlemleri almaları gerektiği, atak sırasında nasıl müdahalede bulunacakları kişilere öğretilmelidir. Bu konuda epilepsili bireylere verilecek eğitim şunları içermektedir: Epilepsili bireylerin denize yalnız girmemeleri gerektiği, araba kullanımının sakıncalı olabileceği, atağın başlangıcını haber veren auraların özellikleri, yemeklerin düzenli yenmesi gerektiği, gürültüden uzak durulması gerektiği, çok sıcak ve çok soğuk suyla banyo yapılmaması gerektiğidir (Öztürk ve Karataş 2006; Tutar Güven 2012; Akoluk 2017).

Atak sırasında öncelikle sakin olunması, hastayı yalnız bırakmamaları, bulunulan ortamın sakinliğinin sağlanması, yaralanmaya yol açabilecek malzemelerin etraftan uzaklaştırılması, atağı engellemeye çalışmamaları, başının altına yumuşak bir şey koymaları, dişlerinin arasına rulo koymaları, takma dişler varsa çıkarılması, vücudu sıkan giysilerin çıkarılması, kişinin yan yatırılması, atak sırasında ağızdan bir şey verilmemesi, bir şey koklatılmaması, postiktal dönemde hastanın uyandırılmaması gerektiği hasta ve yakınlarına açıklanmalıdır (Gilliam ve ark. 2004; Koponen ve ark. 2007).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Epilepsili bireylerde öz yönetimin epilepsi ataklarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YERİ VE ZAMANI

Araştırma, İzmir İl sağlık Müdürlüğü'ne bağlı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniğine takip ve tedavi için başvurmuş epilepsili bireylerle Nisan 2019 – Temmuz 2019 tarihleri arasında yürütüldü.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniğine Nisan 2019 – Temmuz 2019 tarihleri arasında takip ve tedavi için başvurmuş epilepsili bireyler araştırmanın evrenini oluşturdu.

Epi-Info 2000 programında bilinen evren büyüklüğünden (N=176) bilinmeyen prevalans %50 alınarak %5 sapma miktarı ve %95 güven aralığında örnekleme alınacak epilepsili birey sayısı hesaplandı. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun 103 epilepsili bireyler ile çalışmanın yürütülmesine karar verildi (n=103).

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Epilepsi tanısı almak,
- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Türkçe konuşup anlayabilmek,
- Sözel iletişim problemi bulunmamak,
- Kanser tanısı almamış olmak,
- Zihinsel engeli olmamak,
- Soru formlarındaki ifadeleri anlama yetisine sahip olmak,
- Çalışmaya katılmaya istekli olmaktır.

5.4. ARAŞTIRMA SORULARI

1. Epilepsili bireylerin öz yönetim düzeyleri nasıldır?
2. Epilepsili bireylerin tedaviye yönelik davranışları nasıldır?
3. Epilepsi bireylerde atak sıklığı nasıldır?
4. Epilepsili bireylerin öz yönetim düzeyleri epilepsi ataklarını etkiler mi?

5.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız değişkenler: Epilepsili bireylerin öz yönetim ölçeği ve hasta tanılama anketinden alınan bilgilere ait veriler.

Bağımlı değişkenler: Epilepsili bireylerin atak ve hastalık bilgilerine dair verilerden elde edilen puan ortalamaları.

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler; Hasta Tanılama Formu (Ek-4) ve Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği (Ek-5) ile elde edildi.

Hasta Tanılama Formu (Ek-4): Araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanarak oluşturulan, sosyodemografik özellikler ve hastalık sürecine ilişkin bilgiler olmak üzere iki başlıkta ele alınan formdur (Yeni 2014; Akoluk 2017). Sosyodemografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi vb. sorgulandı. Hastalığa ilişkin bilgiler başlığı altında hastalığın tipi, süresi, kullanılan ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, fonksiyonel durum vb. sorulara yer verildi.

Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği (Ek-5): Dilorio ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Yeni (2014) tarafından yapılmıştır. 38 maddeden oluşan bu ölçek; epilepsili bireylerde ilaç (10 madde), bilgi (8 madde), güvenlik (8 madde), nöbet (6 madde) ve yaşam tarzı (6 madde) yönetimini değerlendiren beş alt boyutu bulunmaktadır. Yanıtları 5'li likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 1-5 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 38, maksimum puan 190 olup, yüksek puan bireylerin öz yönetim davranışlarını sıklıkla kullandığını göstermektedir. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği'nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,740 olarak bulunmuştur (Yeni 2014).

Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için yazar izni elektronik posta ile alındı (Ek-6).

Bu çalışmada, Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği'nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,78 olarak bulundu.

5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan epilepsili bireylere çalışma hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılmaya gönüllü bireylerden yazılı onam alındıktan sonra, ölçeklerdeki ve hasta tanılama formundaki veriler, Nisan 2019 – Temmuz 2019 tarihleri arasında hastalarla poliklinikte yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplandı. Görüşme süresi ortalama 30 dakika olup görüşme sonrasında hastalara soruları doğrultusunda epilepsiye yönelik bilgi ve danışmanlık hizmeti verildi.

5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri, bilgisayar programına girildikten istatistiksel analizleri yapıldı. Veriler yüzdelik ve ortalama $\pm$ standart sapma (SS) ile gösterildi. Normal dağılıma uyan ölçek alt boyutlarının analizi “Bağımsız TTesti” kullanılarak, normal dağılıma uymayan ölçek alt boyutlarının analizi “Mann Whitney U Testi” kullanılarak değerlendirildi. Analiz sonuçları %95 güven aralığında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı kabul edildi.

5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, İzmir ilinde bir eğitim araştırma hastanesinde yapıldığı için sonuçlar tüm epilepsili bireyleri yansıtmamaktadır. Araştırma, gönüllülük esasına dayandığı için çalışmanın yapıldığı polikliniklerdeki bütün epilepsili bireyler çalışmaya katılmamıştır. Ayrıca araştırmanın verileri, “Hasta Tanılama Formu” ve “Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği”nden elde edilen verilerle sınırlıdır. Nöroloji poliklinikliğinde takipli epilepsili bireylerin bir kısmı tümöral durumlar nedeniyle opere edilmiş olup antiepileptik tedavi alan bireyler; bir kısmı da doğuştan mental retardasyonu olan bireylerdir. Bu kişilerin araştırmaya dâhil edilmemiş olması nedeniyle bulgular

toplumdaki tüm epilepsili bireylere genellenemez. “Hasta Tanılama Formu”ndaki epileptik sendrom ve atak tipleri sorusuna hiçbir bireyden cevap alınamamış olması, onların bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığına işaret etmekte olup araştırmanın sınırlılıklarından birini oluşturdu. Yapılan anketin ve ölçeğin uzunluğunun, bireylerin çalışmaya katılmaya olan isteğini azalttığı gözlemlendi. Bunlara ek olarak, ankette yer alan “evlilik” ve “aile desteği” gibi özel yaşantıya yönelik bazı sorularda, bireylerin cevaplarırken tereddüte kapıldığı gözlemlendi.

5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde hem bilimsel hem de evrensel ilkelere uyuldu. Bu doğrultuda araştırmada, aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik, gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme ve yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu.

Araştırmada kullanılan “Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği” için ölçeğin geçerlilik-güvenilirlik çalışmasını yapan yazardan gerekli izinler alındı (Ek-6). Aynı zamanda Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu’ndan etik onay alındı (Ek-2). Çalışmanın yürütüldüğü kurum olan İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden gerekli izin alındı (Ek-3). Bunlara ek olarak, katılımcılardan da bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alındı (Ek-7).

6. BULGULAR

Çalışmaya katılan epilepsili bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 6.1’de verildi.

Tablo 6.1. Epilepsili Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=103)

Özellikler		n	%
Yaş	30 yaş ve altı	38	36,9
	31-45 yaş arası	31	30,1
	46 yaş ve üzeri	34	33,0
Cinsiyet	Erkek	52	50,5
	Kadın	51	49,5
Eğitim Durumu	İlkokul	34	33,0
	Ortaokul	22	21,4
	Lise	29	28,2
	Üniversite ve üstü	11	10,7
Çalışma durumu	Çalışmıyor	68	66,0
	Çalışıyor	35	34,0
Meslek	Ev hanımı	15	14,6
	Öğrenci	11	10,7
	Emekli	23	22,3
	İşsiz	29	28,2
	Serbest Meslek	25	24,3
Medeni durum	Bekar	51	49,5
	Evli	52	50,5

Epilepsili bireylerin yaş ortalamasının $38,36 \pm 14,4$ yıl, %36,9’u 30 yaş ve altı yaş grubunda, %50,5’i erkek, %33’ü ilkokul mezunu, %50,5’i bekar, %66,0’ı çalışmıyor, %28,2’si işsiz olduğu belirlendi (Tablo 6.1). Bireylerin %60’ının gelir durumu orta düzeyde olduğu ve %86,4’ünün sosyal güvencesinin bulunduğu belirlendi.

Epilepsili bireylerin hastalığa ilişkin bilgileri Tablo 6.2’de gösterildi.

Tablo 6.2. Epilepsili Bireylerin Hastalığa İlişkin Bilgileri (n=103)

Özellikler		n	%
Hastalığın başlama yaşı (yıl)	10 yaş ve altı	24	23,3
	11-20 yaş arası	39	37,9
	21-30 yaş arası	13	12,6
	31-40 yaş arası	15	14,6
	41 yaş ve üzeri	12	11,7
Hastalık süresi (yıl)	1 ay -9	40	38,8
	10-19	27	26,2
	20-29	17	16,5
	30 ve üzeri	19	18,4
Son bir yıldaki atak sıklığı	Atak geçirmemiş	29	28,2
	Ayda bir ataktan az	22	21,4
	Ayda bir ataktan fazla	52	50,5
En son atak geçirme zamanı (ay)	1 ay ve daha az	57	55,3
	2-6 ay	16	15,5
	7-12 ay	6	5,8
	13 ay ve daha fazla	24	23,3
Atak geçireceğini hissetme durumu (aura)	Hayır	38	36,9
	Evet	65	63,1

Çalışmadaki bireylerin yaş ortalaması $38,36 \pm 14,44$ yıl olarak hesaplandı. Bireylerin %37,9’unda epilepsi atakları 11-20 yaş arasında, %11,7’sinde ise 41 yaş ve üzerinde başlamıştı. Hastaların %38,8’inde hastalık süresi bir ay ile dokuz yıl arasında olup 30 yıl ve üzeri olanlar %18,4’lük kısmı oluşturdu. Hastaların %28,2’si son bir yılda hiç atak geçirmemişken %55,3’ü en son bir ay içinde atak geçirdiğini ve %63,1’i atak geçireceğini auralar ile hissettiğini belirtti (Tablo 6.2).

Bireylerin epilepsi ataklarını tetikleyen faktörler Tablo 6.3’de verildi.

Tablo 6.3. Hastalarda Atakları Tetikleyen Faktörler (n=103)

Özellikler		n	%
Nöbeti tetikleyen faktörler	Yok	16	15,5
	Var	87	84,5
Stres	Hayır	19	18,4
	Evet	68	66,0
Yorgunluk	Hayır	29	28,2
	Evet	58	56,3
Adet dönemi	Hayır	77	74,8
	Evet	10	9,7
TV seyretme	Hayır	71	68,9
	Evet	16	15,5
Uykusuzluk	Hayır	41	39,8
	Evet	46	44,7
Gürültü	Hayır	57	55,3
	Evet	30	29,1
Alkol	Hayır	81	78,6
	Evet	6	5,8
Kitap okuma	Hayır	85	82,5
	Evet	2	1,9
Nöbet nedeniyle kazaya maruziyet	Hayır	66	64,1
	Evet	37	35,9
Kaza nedeniyle sakatlık oluşumu	Hayır	83	80,6
	Evet	20	19,4
Evde önlemler alma	Hayır	58	56,3
	Evet	45	43,7

Epilepsili bireylerin epilepsi atağı öncesi hissettikleri auralarının %23,3 motor, %31,1 duyuşsal, %19,4 psişik ve %7,8 otonom semptomlu olduğu saptandı.

Epilepsili bireylerin kullandıkları ilaçlar hakkındaki bilgileri Tablo 6.4’de gösterildi.

Tablo 6.4. Epilepsili Bireylerin Kullandıkları İlaçlara Dair Bilgileri (n=103)

İlaça Dair Bilgiler		N	%
Epilepsi dışında hastalık varlığı	Yok	66	64,1
	Var	37	35,9
Kullanılan ilacın adını bilme	Hayır	4	3,9
	Evet	99	96,1
İlacın dozunu ve sıklığını bilme	Hayır	5	4,9
	Evet	97	95,1
Kullanılan antiepileptik ilaç sayısı	Monoterapi	57	57,0
	Politerapi	43	43,0
İlaçları düzenli kullanma	Hayır	9	8,7
	Evet	94	91,3
İlaçları düzenli kullanmama nedeni	Unutma	7	77,8
	İhmal	2	22,2
Kan ilaç düzeyine bakılması	Hayır	10	9,7
	Evet	93	90,3

Çalışmaya katılan bireylerin hastalıklarına ilişkin yöneltilen sorulara; %64,1 oranında başka hastalıklarının olmadığı, %96,1 oranında kullandıkları ilacı bildikleri, %95,1 oranında ilacın dozunu ve sıklığını bildikleri, %57 oranında monoterapi aldıkları, %91,3 oranında ilaçlarını düzenli kullandıkları, %56,3 oranında ilaca bağılı etki oluşmadığı, %61,2 oranında epilepsi dışında ilaç kullanmadıkları ve %93,2’sinin düzenli olarak kontrole geldiğini ifade ettikleri belirlendi (Tablo 6.4).

Epilepsili bireylerin kişisel bilgileri Tablo 6.5’de gösterildi.

Tablo 6.5. Epilepsili Bireylerin Kişisel Bilgileri (n=103)

Kişisel Bilgiler		n	%
İşe gitme durumu	Hayır	52	50,5
	Evet	34	33,0
Araba kullanma durumu	Evet	27	26,2
	Hayır	91	88,3
Tanı konduktan sonra aile davranışlarında değişiklik	Olmadı	29	28,2
	Oldu	74	71,8
Aile davranışlarında aşırı korumacılık	Hayır	44	59,5
	Evet	30	40,5
Aile davranışlarında daha destekleyici davranış	Hayır	16	21,6
	Evet	58	78,4
Aile davranışlarında daha ilgisiz davranış	Hayır	72	97,3
	Evet	2	2,7

Hastalara kişisel bilgileri sorulduğunda, hastalardan %33'ünün işe gittiği, %73,8'sinin ehliyetinin olmadığı, %71,8'inin tanı konulduktan sonra ailede davranışlarında değişiklik olduğu ve bu değişimin %40,5 oranında aile davranışlarında aşırı korumacı, %78,4 oranında daha destekleyici yönde olduğu saptandı. Ayrıca, bireylerin %97,3'ü ise epilepsi nedeniyle ailelerinin kendilerine ilgisiz davranmadığını ifade ettiği belirlendi (Tablo 6.5). Epilepsi hastalığının bireylerin %44,7'sinin özel yaşamlarını etkilediği ve bu etkinin en çok evlilik sorunlarına yol açtığı belirlendi.

Epilepsili bireylerin %74,8'inin hastalığa karşı düşüncelerinde değişiklik olduğu ve hastalığa karşı bu düşüncelerindeki değişimin %61 olumsuz anlamda, %39 oranında ise olumlu anlamda olduğu görüldü. Bireylerin %72,8'inin, hastalığının tedavisi için sağlık kurumları dışında başka bir yere başvurmadıkları ve hastaların %99'unun hastalığının başkaları tarafından bilindiği saptandı.

Çalışmaya katılan bireylerin Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği'nden aldıkları puanlar Tablo 6.6'da gösterildi.

Tablo 6.6. Bireylerin Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar (n=103)

Ölçek ve alt boyut puanları	Ortalama $\pm$	SS
İlaç yönetimi	23,81	0,39
Bilgi yönetimi	17,41	0,52
Güvenlik yönetimi	10,80	0,27
Nöbet yönetimi	31,60	0,47
Yaşam tarzı	25,11	0,49
Toplam Ölçek	108,76	14,61

Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği'nin alt boyutlarından ilaç yönetimi, güvenlik yönetimi ve nöbet yönetimi puanları normal dağılıma uymamaktadır, bilgi yönetimi ve yaşam tarzı puanları ise normal dağılıma uymaktaydı.

Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ortalaması $108,76 \pm 14,61$ olup ölçek alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; ilaç yönetimi $23,81 \pm 0,39$, bilgi yönetimi $17,41 \pm 0,52$, güvenlik yönetimi $10,80 \pm 0,27$, nöbet yönetimi $31,60 \pm 0,47$ ve yaşam tarzı $25,11 \pm 0,49$ olarak bulundu (Tablo 6.6).

Son bir yıl içerisinde epilepsi atağı geçiren ve geçirmeyen bireyler arasında Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları açısından farklar Tablo 6.7'de gösterildi.

Tablo 6.7. Atak Geçirme Durumuna Göre Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi (n=103)

Ölçek alt boyut puanları	Atak geçirmeyen Ortalama $\pm$ SS	Atak geçiren Ortalama $\pm$ SS	Önemlilik
İlaç Yönetimi	24,38 $\pm$ 2,78	23,59 $\pm$ 4,41	U= 884,500 p= 0,162
Bilgi Yönetimi	16,28 $\pm$ 4,73	17,86 $\pm$ 5,48	t= -1,373 p=0,173
Güvenlik Yönetimi	11,14 $\pm$ 3,40	10,68 $\pm$ 2,47	U= 984,000 p=0,511
Nöbet Yönetimi	32,79 $\pm$ 4,99	31,14 $\pm$ 4,71	U= 795,500 p= 0,041*
Yaşam Tarzı	25,28 $\pm$ 5,39	25,05 $\pm$ 4,93	t= 0,200 p= 0,841
Toplam Ölçek	111,9730 $\pm$ 15,112	113,7241 $\pm$ 16,037	t= 0,520 p= 0,604

Not: *p<0,05

Son bir yıl içerisinde epilepsi atağı geçiren ve geçirmeyen bireyler arasında Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Son bir yıl içerisinde epilepsi atağı geçiren ve geçirmeyen bireyler arasında Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği alt boyut puanlarından; ilaç yönetimi, bilgi yönetimi, güvenlik yönetimi ve yaşam tarzı puanları açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), nöbet yönetimi puanları açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 6.7). Son bir yıl içerisinde epilepsi atağı geçirenlere göre nöbet geçirmeyen bireylerin nöbet yönetimi puanları daha yüksek bulundu.

En son epilepsi atağı geçirme zamanına göre Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları farkları Tablo 6.8’de gösterildi.

Tablo 6.8. Son Epilepsi Atağı Geçirme Zamanına Göre Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi (n=103)

Ölçek alt boyut puanları	Son 1 ay içinde Ortalama $\pm$ SS	1 aydan uzun süre Ortalama $\pm$ SS	Önemlilik
İlaç yönetimi	23,16 $\pm$ 3,73	24,63 $\pm$ 4,25	U = 111,500 p = 0,044*
Bilgi yönetimi	18,11 $\pm$ 4,96	16,57 $\pm$ 5,64	t = 1,472 p = 0,144
Güvenlik yönetimi	18,11 $\pm$ 4,96	16,57 $\pm$ 5,64	U = 1171,000 p = 0,350
Nöbet yönetimi	31,65 $\pm$ 4,16	31,54 $\pm$ 5,59	U = 1216,500 p = 0,530
Yaşam tarzı	25,32 $\pm$ 4,41	24,87 $\pm$ 5,76	t = 0,445 p = 0,657
Toplam Ölçek	112,5789 $\pm$ 13,128	112,3261 $\pm$ 17,816	t = 0,083 p = 0,934

Not: *p<0,05

Epilepsi atağını son bir ay içinde geçiren ve bir aydan daha fazla zaman öncesinde geçirenler arasında Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Epilepsi atağını son bir ay içinde geçiren ve bir aydan daha fazla zaman öncesinde geçirenler arasında Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği alt boyut puan ortalamalarından; bilgi yönetimi, güvenlik yönetimi, nöbet yönetimi ve yaşam tarzı puanları açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), ilaç yönetimi puanları açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 6.8). Epilepsi atağını son bir ay içinde geçirenlere göre bir aydan daha fazla zaman öncesinde nöbet geçirenlerin ilaç yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

7. TARTIŞMA

Hastaların yaşamlarını sosyal, fiziksel, psikolojik yönlerden etkileyen ve eğitim hayatı da dahil olmak üzere yaşamlarında birçok kısıtlılıklara yol açan kronik bir hastalık olan epilepsinin tedavisinde öz yönetim davranışları önemli yer etmektedir. Öz yönetim; etkin ve düzenli bir tedavi, kaza ve sakatlıkları önleyecek güvenlik önlemlerinin alınması, atakların kontrolü, hastalık hakkında yeterli bilgi edinebilme ve tüm bunların yaşam tarzı haline gelebilmesi için üzerinde durulması gereken bir konudur.

Epileptik ataklar bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen faktörlerdendir. Atakların ansızın ortaya çıkması bireylerin kontrollerini yitirmesine ve öz saygılarının zedelenmesine neden olmaktadır. Atak sıklığındaki artış ise bireylerin eğitim, iş, evlilik, ehliyet gibi konularda yaşamlarında kısıtlılıklara neden olmaktadır. Ayrıca atakların sıklığı ve şiddeti fazlalaştıkça tedavi maliyetleri de artmaktadır. Mollaoğlu (2015) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bireylerin en fazla ataklara ilişkin kaygı yaşadıkları belirlenmiştir. Bundan sorumlu olarak da atakların geleceği zamanın belli olmaması, toplum tarafından damgalanma, atak nedeniyle kazaya maruz kalma ve toplum içinde atak geçirme korkusu gibi faktörler tutulmuştur.

Epilepsili bireylerin öz yönetim düzeylerini belirlemek ve ataklar üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular, literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır. Çalışmaya katılan epilepsili bireylerin toplam öz yönetim ölçeği puanının $108,76 \pm 14,61$ olduğu, ölçeğin alt boyutları arasında en düşük puan ortalamasının $10,80 \pm 0,271$ güvenlik yönetimi boyutunda, en yüksek puan ortalamasının ise nöbet yönetimi $31,60 \pm 0,475$ olduğu bulundu. Öz yönetim ölçeği genel puan ortalamasına göre epilepsili bireylerin öz yönetim düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Ölçeğin geçerlilik güvenirliğini yapan Yeni (2014)'nin çalışmasında, hastaların öz yönetim puan ortalamaları $135,7 \pm 13,8$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda hastaların öz yönetim düzeylerinin Yeni (2014)'nin araştırma bulgularından daha düşük olduğu belirlendi. Bu bulgu çalışmamızın yürütüldüğü bölgedeki bireylerin eğitim ve sosyoekonomik düzeylerinin daha düşük olduğu, olanaklarının daha kısıtlı olduğu şeklinde açıklanabilir.

Çalışmaya katılan epilepsili bireylerin yaş ortalaması $38,36 \pm 14,44$ yıl olarak bulundu. Hastalığın başlangıç yaşı değerlendirildiğinde %61'inin ilk ataklarını 20 yaş ve öncesinde geçirdiği saptandı. Bu bulgu literatür ile paraleldi. Yeni (2014)'nin öz yönetimle ilgili yaptığı çalışmada da yaş ortalaması $34,1 \pm 11,5$ yıl bulunmuştur ve ilk atağını 20 yaşından önce geçiren hastalar çoğunlukta olup hastaların %67'sini oluşturmuştur. Yine Topalkara (1999) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aktif epilepsisi olan bireylerin yaşa göre prevalansı 20 yaş ve öncesinde daha yüksek bulunmuş ve olguların %72,72'sinin hastalık başlangıç yaşı 20 yaş ve öncesi olarak belirtilmiştir. Karaağaç (1999) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bu oran %72 olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında epilepsinin; yaşamın ilk ve son dönemlerinde daha sık görülmekle beraber herhangi bir yaşta ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (Hauser ve ark. 1993). Bizim çalışmamızda da hastaların büyük çoğunluğunda (%61) hastalık, ilk yıllara tekabül etmekte ve literatür ile uyumlu sonuç göstermektedir. Son yapılan çalışmalarda gelişmekte olan ülkelerde epilepsi prevalansının yaşamın ilk yirmi yılında, gelişmiş ülkelerde ise yaşlılarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Rwiza ve ark. 1992; Mendizabal ve Salguero 1996). Gelişmekte olan ülkeler arasında olan ülkemizde yaptığımız bu çalışmada da bireylerin büyük çoğunluğunun 30 yaş ve altında olduğu görülmektedir. Bunun nedeni tıbbi istihdamın yetersizliği, gelişmekte olan ülkelerde kalıtsal hastalıkların daha fazla görülmesi ile ilgili olabilir. Ayrıca yapılan çalışmamızda epilepsili bireylerin yaşı ile ölçeğin güvenlik yönetimi alt boyutu arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,040$). Bireylerin yaşları arttıkça aldıkları güvenlik önlemlerinde de artış gözlenmektedir.

Literatürde cinsiyetin epilepsiyle ilişkisine bakıldığında bazı kaynaklarda erkeklerde epilepsinin daha sık görüldüğü (Hauser 1993; Mollaoğlu 2000; McHugh ve Delanty 2008), bazı kaynaklarda ise cinsiyetler arasındaki farkın önemli bir anlam ifade etmediği vurgulanmıştır (Christensen 2005; Kılınçer 2012). Bora (2018) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın %53'ünü, Yeni (2014)'nin yaptığı çalışmanın %52,6'sını kadın hastalar oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda ise bu oran birbirine çok yakın olup erkekler çalışmanın %50,5'ini oluşturmaktaydı. Bu bulgular, cinsiyetin hastalığın görülme sıklığında kesin bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Eğitim durumu, öz yönetim düzeyini etkileyebilecek önemli bir etken olduğu için çalışmaya katılan epilepsili bireylerin eğitim durumu incelendiğinde

çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu (%33), üniversite ve üstü düzeyde olanların ise %10,7 oranında olduğu görülmektedir. Bu durum atakların sıklığı ve ilaç dozlarının artışı nedeniyle bilişsel fonksiyonlarda bozulmaların meydana gelmesi ile açıklanabilir. Bu bulgu bazı araştırma bulguları ile benzer bazı çalışma bulguları ile zıttır. Yeni (2014)'nin çalışmasına katılan bireylerin çoğunluğunu da okuryazarlar veya ilkokul mezunu olanlar (%47,4) oluşturmuştur. Mollaoğlu (2015)'nin çalışmasına göre hastalarımızın eğitim düzeyi daha düşük bulunmuştur. Akoluk (2017) tarafından yapılan çalışmada ise epilepsili bireylerden lise ve üniversite düzeyinde eğitim alanların oranı daha fazladır. Aynı çalışmada hastaların öğrenim durumunun tedaviye uyum düzeylerini etkilediği bildirilmiştir. Polat (2013) tarafından yapılan çalışmada ise gençleri etkileyen diğer nörolojik hastalıklara göre epilepsili bireylerde eğitim düzeyi daha düşük bulunmuştur. Literatürde neden olarak epilepsinin hafıza ve bilişsel sorunlara neden olarak akademik başarıyı olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Tromp 2003; Aldenkamp 2005; Fastenau 2008).

Çalışmaya katılan epilepsili bireylerin %66 gibi büyük bir kısmı çalışmamaktaydı. Ekonomik açıdan durumları incelendiğinde büyük bir kısmının orta gelir düzeyinde olduğu görüldü (%68). Bu durum epilepsili bireylerin iş istihdamında güçlüklerin yaşanmasından, işverenler tarafından çalıştıkları işlerin sonlandırılmasından ve kazaya maruziyet risklerinin yüksekliği nedeniyle çalışmamalarından dolayı ekonomik sorunlar yaşamasıyla açıklanabilir.

Epilepsili bireylere atığı tetikleyen etmenler sorulduğunda en sık stresin etkili olduğu belirlendi (%60). İkinci sırada yorgunluğun, üçüncü sırada ise uykusuzluğun atakları tetiklediği ifade edildi. Bu bulgu, hastalığın bireye getirdiği kayıplar ile açıklanabilir. Epilepsili bireyler hastalıklarından dolayı ayrımcılığa ve damgalanmaya maruz kaldıkları için iş bulamamakta veya çalışmanın yorgunluk, stres gibi bozukluklara yol açabileceğini ve güvenliklerini tehlikeye sokabileceğini düşündükleri için çalışmak istememektedirler. Hastalıklarının kronik olması ve uzun dönem takip, düzenli tedavi gerektirmesi bireylerin yaşamlarında birçok kısıtlamaya neden olması bu hastaların strese sık maruz kalmalarına neden olmaktadır. Öz yönetimi ne kadar iyi olursa olsun yaşam şartlarının olumsuzluğu, gelir yetersizliği, özel yaşamla ilgili sorunlar atak sıklığının artmasına neden olabilmektedir.

Çalışmamızda hastalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda epilepsili bireylerin %64,1 oranında başka hastalıklarının olmadığı, %96'sının kullandıkları ilaçları bildikleri, %95,1'inin ilacın dozunu ve sıklığını bildikleri, %91,3'ünün ilaçlarını

düzenli kullandığı, %93,2'sinin kontrollerine düzenli olarak geldiği belirlendi. Bu bulgular, bireylerin tedavi planındaki uyumda başarılı olduğunu göstermesine ve hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarına işaret etmesine rağmen hastalara geçirdikleri ataklarla ilgili sorulan sorularda ölçek toplam puanına göre son bir yılda hiç atak geçirmemiş bireyler %28, 2, ayda bir ataktan az geçirenler %21,4, ayda bir ataktan fazla geçirenler ise en büyük dilimi oluşturup %50,5 olarak bulundu. Araştırma sonuçları bizi şaşırtmış olup öz yönetim düzeylerindeki yüksekliğin atak sıklıklarının azaltılmasında etkili olduğunu düşünürken aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görüldü ($p>0,05$). Yine bireylerin en son atak geçirme zamanına bakıldığında son bir ay içinde atak geçirenler %55,3'lük kısmı oluştururken, 13 ay ve daha uzun süredir ataksız takip edilen hastalar %23,3'lük kısmı oluşturdu. En son atak geçirme zamanıyla öz yönetim arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Öz yönetim ölçeğinin alt boyut puanları ile atak sıklığını ilişkilendirdiğimizde ise son bir yıl içerisinde nöbet geçiren ve geçirmeyenler arasında nöbet yönetimi alt boyutuyla pozitif yönde anlamlı fark olduğu görüldüğü ($p=0,041$), yani nöbet yönetimi iyi olan bireylerin atak geçirmeme oranlarının da yüksek olduğu belirlendi. En son atak geçirme zamanı ile öz yönetim ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında ilaç yönetimi alt boyutunda pozitif yönde anlamlı fark bulundu ($p=0,044$). Bu bulgu Akoluk (2017) çalışması ile paraleldi. Akoluk (2017) ise yaptığı çalışmada, son bir ayda geçirilen atak sayısı ile tedaviye uyum düzeyi arasında ilişki bulunduğunu ($p=0,000$) ve tedaviye yüksek düzeyde uyum gösteren hastaların %74,4'ünün ayda bir kereden az nöbet geçirdiğini belirtmiştir. Epilepsili bireylerin ilaçları düzenli kullanımının, kontrollere düzenli gelmelerinin, ilaç almayı hatırlatan yöntemleri kullanmalarının, dışarıya çıkarken ilaçlarını yanına almalarının ilaç yönetimi boyutundan alınan puanları yükselttiği şeklinde yorumlanabilir. Yine araştırmaya katılan bireylerden ilaç yönetimi yüksek olanlar değerlendirildiğinde son atağını bir aydan daha uzun sürede geçirenlerin sayısı daha fazla bulundu ($24,63 \pm 4,25$). Atak sıklığı az olan, en son nöbetini bir aydan daha uzun süre önce geçirmiş olan bireylerin nöbet yönetim düzeylerinin ve ilaç yönetimi düzeylerinin daha iyi olması beklenen bir durumdur. İlaç kullanımının atak sıklığını azaltmada önemli bir rolünün olduğu söylenebilir. Bu bulgular hastaların ataklara karşı aldıkları önlemleri, atakları yönetebilme becerilerinin, tedaviye gösterdikleri uyumun geçirilen atakların azaltılmasında etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bireylerin hastalığa uyumuyla ilişkili olan bu durumun sağlanmasında yanlış inanışların, olumsuz tutum ve

davranışların ortadan kaldırılmasının, bireylere pozitif bakış açısı kazandırılmasının önemli rol oynadığı yapılan birçok çalışmada bildirilmiş ve bireylerin hastalığa uyumunu kolaylaştırdığı ifade edilmiştir (Jacoby 2004; Demirci 2007; Funderburk 2007; Njamnshi 2009).

Poliklinik kontrollerine gelen bireylerin bir çoğunun geliş nedeni atak sıklıklarının artması olarak gözlenmiş olup araştırmanın yapıldığı süre dahilinde çoğunlukla bu özellikteki bireyler çalışmaya alındı. Rutin takipli olan, atak sıklığı azaldığı için kontrole uzun aralıktaki hastalara az sayıda ulaşılabilirdi. Ayrıca beş yıldır ataksız olan bireylerin çoğu kendini bu çalışmaya uygun bulmamış ve katılım göstermemişti. Epilepsinin bireyde oluşturduğu psikiyatrik sorunlar nedeniyle bireylerin çalışmaya katılmasında ve katılımın devamlılığının sağlanmasında güçlükler yaşandı. Birçok birey epilepsinin neden olduğu baş ağrısı, küçük ataklarının görüşme sırasında da devam ediyor olmasından dolayı veri toplama sırasında güçlük yaşadı. Epilepsinin neden olduğu semptomlar bireylerden yeterli veri toplanmasını engelleyebilir. Çalışmaya katılan epilepsili bireylerin özel yaşamıyla ilgili bilgi vermek istememesi, damgalanma korkusu, uzun süredir atak geçirmeyen bazı bireylerin kendilerini iyileşmiş olarak algılamaları anketlere ve tanılama formlarına verdikleri cevaplar üzerinde objektif yanıt alamamaya neden olabilir. Çalışmamız sırasında bireylerin birçoğunun poliklinik takibine ebeveynleriyleveyaaailenin diğer bireyleriyle geldiği gözlemlenmiş olup; aile bireylerinin; epilepsili bireyin gerek tedaviye uyumu ve düzenli takibinde gerekse alınan güvenlik önlemleri ve hastalıkla başetme yöntemlerinde etkisinin olduğu saptandı. “Kontrole düzenli geliyor musunuz?” sorusuna evet cevabını veren hastaların birçoğunun aslında yakınlarının yönlendirmesiyle geldiği, “ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?”sorusuna evet cevabı veren bireylerin birçoğunun ise aslında yakınlarının hatırlatması ve dikkati sayesinde ilaç kullanımına dikkat ettiği belirlendi. Çevresel destek epilepsili bireylerin öz yönetim anketine verdikleri cevaplar üzerinde etkili olduğu gözlemlendi. Araştırma sonuçları da bu gözlemler doğrultusunda şekillendirildi. Araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda daha geniş bir örneklemle, poliklinik haricinde görüşmeye daha müsait ortamlarda, daha uzun görüşme süreci sağlanarak ve araştırma süresi daha uzun tutularak verilerin toplanması sağlanırsa daha objektif ve daha farklı sonuçların elde edilebileceği düşünülmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Epilepsili bireylerin öz yönetim düzeylerini belirlemek ve öz yönetimin epilepsi ataklarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada; epilepsili bireylerde öz yönetim düzeyinin atak sıklığı üzerinde doğrudan etkisinin bulunmadığı, öz yönetim düzeylerinin ilaç yönetiminde etkili olduğu ve dolayısıyla atakların düzenli ilaç kullanımıyla kontrol altına alınabileceği sonuçları elde edildi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Epilepsili bireylerin öz yönetim düzeylerinin ve atakları etkileyen faktörlerin belirli aralıklarla değerlendirilmesi,
- Epilepsili bireylerin psikiyatri uzmanı ve psikolog dahilinde düzenli olarak kontrollere devam etmesi,
- Epilepsili bireylerin ve ailelerinin öz yönetim davranışlarını arttıracak eğitimlerin planlanması,
- Epilepsi tedavi bakımında eğitici rolü üstlenecek, bu alanda uzman hemşirelerin yetiştirilmesi ve eğitiminin artırılması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Acaroğlu G, Yılmaz E. Epilepsili Hastalarda İlaç Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Epilepsi Dergisi*. 2016; 22(1): 17-25.

Adadioğlu Ö, Oğuz S. Epilepsi ve Öz Yönetim. *Epilepsi* 2016; 22(1): 1-4.

Adams RD, Victor M. Epilepsy and other seizure disorders in *Principles of Neurology*. 5. baskı, McGraw-Hill NY, 1993; 273-299.

Akdağ G, Algın D, Erdiñç OO. Epilepsi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2016; 38 (Özel Sayı 1): 35-41.

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2.Baskı. Sistem Ofset:Ankara; 2005, 783-860.

Aktepe Coşar D, Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2016; Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nuray Dayapoğlu).

Akoluk S. Epilepsi Hastalarının Tedaviye Uyumları ve Etkileyen Faktörler. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2017; Gaziantep (Danışman: Prof. Dr. Nimet Ovayolu).

Akyol T. Epilepsili Hastaların Hastalıklarına Dair Tutumlarının Ruhsal Sağlık ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2018; Manisa (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sevgi Türkmen).

Aldenkamp AP, Weber B, Overweg-Plandsoen WC, Reijs R, Van Mil S. Educational underachievement in children with epilepsy: a model to predict the effects of epilepsy on educational achievement. *Journal of child neurology*. 2005; 20(3): 175-180.

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

Aliasgharpour M, Dehgahn Nayeri N, Yadegary MA. Effects of an educational program on self-management in patients with epilepsy. *Seizure*. 2013; 22(1): 48-52.

Aslan S, Coşkun A, Oral G. Epilepside Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Sürecin Yönetimi ve Bakımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2018; 49(1): 117-125.

Aydemir N, Jacoby A, Özkara C. Predictors of positive and negative attitudes toward their condition in Turkish individuals with epilepsy. 2012; 21(5): 385-390.

Aykut Bingöl C, Aktekin B, Ağan K, Arman F, Aslan K, Aykutlu E, Baklan B, Baykan B, Bebek N, Bilir E, Bora İ, Bozdemir H, Gürses C, Kayrak N, Özkara Ç, Saygı S, Velioğlu S. Türk Nöroloji Derneği Epilepsi Çalışma Grubu Epilepsi Rehberi. Rehber Yayınları. 2007; 1-42.

Ball JW, Bindler RC, Cowen KJ. Child Health Nursing Partnering with Children&Families. Second Edition, Pearson: Mynursingkit. 2010; 1316-1389.

Banerjee PN, Filippi D, Allen Hauser W. The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. Epilepsy research. 2009; 85(1): 31-45.

Barlow J, Wright C, Sheasby J ve ark. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient education and counseling. 2002; 48(2): 177-187.

Başpınar B, Özdemirel RÖ, Kömür İ, Özer Y, Çom U, Koç S. Emzirme Sırasında Annede Epileptik Nöbet İddiası ve Mekanik Asfiksiye Bağlı Bebek Ölümü. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences. 2017; 12(2): 60-64.

Baybek H, Turasay N, Eksen M, Bozyer İ. Epilepsili Hastaların Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Journal of Human Sciences, 2006; 1(1): 1-9.

Bek S, Gökçil Z. Epilepsi ve Askerlik. Epilepsi. 2007; 13(1): 12-16

Ben-Menachem E. Yeni antiepileptik ilaçların kullanım stratejileri, (Çeviren : Demir Turan O.) Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences. 2010; 89(2-3): 278-285.

Bingöl A, Hanoğlu L, Yiğit A. Epilepsi Cerrahisi ve Wada Testi. Epilepsi. 2012; 18(1): 39-44.

Bingöl Z, Müngen B, Berilgen MS, Rıkanıoğlu A, Özel S, Sürgün F. Status Epileptikus: Etyoloji, Klinik Özellikler, Tedavi ve Prognoz. Fırat Tıp Dergisi. 2008; 13(3): 188-190.

Blume WT. Diagnosis and management of epilepsy. Canadian Medical Association Journal. 2003; 168(4): 441-448.

Bora İ, Atasayar G, Bican Demir A, Türkeş N, Demiralay A, Uzabacı E. Epilepsi Cerrahisi Uygulanan ya da Uygulanmayan Temporal ve Ekstratemporal Lob Epilepsisi Olan Hasta ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Değerlendirilmesi. Epilepsi. 2018; 24(3): 98-106.

Bozkaya Oİ. Ankara İlindeki Üç İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Epilepsiye Yaklaşımı ve Hastalık Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. 2006; Ankara (Danışman: Prof. Dr. Ayşe Serdaroğlu).

Brodie MJ, Mohanraj R. Measuring the efficacy of antiepileptic drugs. 2003; 12: 413-443.

Bryant R, Schultz R. The Child with Cerebral Dysfunction. In: Wong's Nursing Care of Infants and Children. Eight Edition, Hockenbery/Wilson, Mosby Elsevier, Canada: 2007; 1652-1670.

Chen HF, Tsai YF, Lin YP, Shih MS, Chen JC. The relationships among medicine symptom distress, self-efficacy, patient-provider relationship, and medication compliance in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2010; 19(1): 43-49.

Christensen J, Kjeldsen MJ, Andersen H, Friis ML, Sidenius P. Gender differences in epilepsy. *Epilepsia.* 2005; 46(6): 956-960.

Chung K, Liu Y, Ivey S. L, Huang D, Chung C, Guo W, Ma, D. Quality of life in epilepsy (QOLIE): Insights about epilepsy and support groups from people with epilepsy (San Francisco Bay Area, USA). *Epilepsy & Behavior.* 2012; 24(2): 256-263.

Çalış Ü. Antiepileptik İlaçlar. Farmasötik Kimya, Irmak Matbaası: Ankara; 2000, 326-347.

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 10. Basım. Sistem Ofset Basımevi: Ankara; 2011, 330-348.

Çetin, B. Epilepsi Hastası Çocuklarda Ketojenik Diyetin Epileptik Nöbet Sayısı Üzerine Etkisi. 2013; 41(1): 27-34.

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

Devlin AN, Odell MO, Charlton JL, Koppel S. Epilepsy and driving: current status of research. *Epilepsy Research.* 2012; 102(3): 135-152.

Dilorio C, Faherty B, Manteuffel B. Epilepsy self-management: Partial replication and extension. *Research in Nursing&Health.* 2004; 17, 167-174.

Duncan JS, Sander JW, Sisodiya SM. Adult epilepsy. *The Lancet.* 2006; 367(9516): 1087-1100.

Durna Z. Kronik Hastalıklar ve Bakım. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul; 2012.

Düzkalır AH, Özdoğan S. Epilepsi Cerrahisi. Journal of Contemporary Medicine 2014; 4(3): 185-192

Epilepsia (No authors listed). Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. 1993; 34(4): 592-596.

Fazlıoğlu K, Hocaoglu Ç, Sönmez FN. Çocukluk Çağı Epilepsisinin Aileye Etkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010; 2(2): 190-205.

Fenichel GM. Klinik Çocuk Nörolojisi Belirti ve Bulgular Yaklaşımı. İçinde: Epilepsi Tedavisi, (Çeviren : Baytok V). 5. Basım. Nobel Tıp Kitabevi: Adana; 2010,1-45.

Fisher RS, Leppik I. When does a seizure imply epilepsy?. Epilepsia. 2008; 49(9): 7-12.

Fisher RS, Aceveda C, Arzimonoglov A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE. ILAE Official Report: a practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia. 2014; 55: 475-482.

Fisher RS. Redefining epilepsy. Curr Opin Neurol. 2015; 28(2): 130-135.

Fitzsimons M, Normand C, Varley J, Delanty N. Evidencebased models of care for people with epilepsy. Epilepsy Behav. 2012; 23(1): 1–6.

Forsgren L. Epidemiology and prognosis of epilepsy and its treatment. The Treatment of Epilepsy. 2004; Second Edition: 21-42.

Fraser RT, Johnson EK, Miller JW, Temkin N, Barber J, Caylor L, Chaytor N. Managing epilepsy well: self-management needs assessment. Epilepsy & Behavior. 2011; 20(2): 291-298.

Fastenau PS, Shen J, Dunn DW, Austin JK. Academic underachievement among children with epilepsy proportion exceeding psychometric criteria for learning disability and associated risk factors. Journal of learning disabilities. 2008; 41(3): 195-207.

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

Gilliam FG, Santos J, Vahle V, Carter J, Brown K, Hecimovic H. Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction. *Epilepsia*. 2004; 45(2): 28-33.

Görgülü Ü, Fesci H. Epilepsi ile yaşam: Epilepsinin psikososyal etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2011; 26(1): 27-32.

Guyton AC, Hall JE. Beynin Etkinlik Durumları-Uyku, Beyin Dalgaları, Epilepsi, Psikozlar. İçinde: Tıbbi Fizyoloji, (Çeviren : Çavuşoğlu H, Yeğen BÇ). 11. Basım. Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul; 2007, 739-747.

Güven Ş, Dalgıç A. Epilepsi Hastalığı Olan Çocuklarda Kullanılan Antiepileptik İlaçlar ve İlaç Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2017; 9(1): 188-207.

Hart YM. Epidemiology, natural history and classification of epilepsy. *Medicine*. 2012; 40(9): 471-476.

Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, *Epilepsia*. 1993; 34(3): 453-458.

Hermann BP. Developing a model of quality of life in epilepsy: The contribution of neuropsychology. 1993; 34(4): 14-21.

ILAE Commission Report. The epidemiology of the epilepsies: future directions. *International League Against Epilepsy. Epilepsia*. 1997; 38(5): 614-618.

İzci F. Epilepsi Hastalarında Aleksitimi, Mizaç ve Karakter Özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2016; 8(1): 64-75.

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

Johnson EK, Fraser RT, Miller JW, Temkin N, Barber J, Caylor L, Chaytor N. Acomparision of epilepsy self-management needs: Provider and patient perspectives. *Epilepsy & Behavior*. 2012; 25(2): 150-155.

Johnston MV. Seizures in childhood. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, Stanton BF (eds.) *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. WB Saunders: Philadelphia; 2008, 2457-2460.

Karaağaç N, Yeni SN, Şenocak M, Bozluolgay M, Savrun FK, Özdemir H, Çağatay P. Prevalence of epilepsy in Silivri, a rural area of Turkey. *Epilepsia*. 1999; 40(5): 637-642.

Karaöz Arıhan S. Tarih Boyunca Epilepsi. IX. Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildirileri. 2006; 285-296.

Kaya M. Pediatrik PET/SPECT Beyin Görüntüleme. Türkiye Klinikleri Nükleer Tıp Dergisi. 2017; 3(1): 49-55.

Kılınçer A, Erdoğan Ç, Ergin A, Acar G, Şahiner T. The prevalence of epilepsy in Denizli city center. Primary Health Care. 2012; 5(3): 110-114.

Koponen A, Ullamaija S, Kai E, Pirkko N, Antti U, Matti S, Leena H, Reett K. Social functionin gand Psychological well-being of 347 young adults with epilepsy only population-based, controlled study from Finland. Epilepsia. 2007; 48(5): 907-912.

Köksal A, Öztürk M, Sözmen V, Altunkaynak Y, Baybaş S, Sütpideler N. Epilepsi Polikliniğinde İzlenen Hastaların ILAE'nin Önerdiği Yöntemlerle Nöbet ve Epilepsi Tiplerine Göre Sınıflandırılması. Epilepsi. 2004; 10(3): 149-153.

Kumar P, Clark M. Clinical Medicine. 7th edition. Saunders Book Company: 2010; 1360 pages.

Li D, Xie Q, Jin Q, Hirasawa K. A sequential method using multiplicative extreme learning machine for epileptic seizure detection. Neurocomputing. 2016; 214: 692-707.

Lorig KR, Holman H. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med.2003; 26(1): 1-7.

Mac TL, Tran DS, Quet F, Odermatt P, Preux PM, Tan CT. Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia: a systematic review. Lancet Neurol. 2007; 6(6): 533-43.

Masland RL. The classification of the epilepsies: a historical review. InMagnus O, Lorentz de Haas Am (eds). Handbook of Clinical Neu-rology, The Epilepsies. New York: American ElsevierPublishing. 1974; 5(1): 1-24.

May WT, Pfäfflin M. The efficacy of an educational treatment programme for patient with epilepsy (MOSES) result of a controlled randomized study. Epilepsia. 2002; 43(5): 539-549.

McAuley JW, McFadden, LS, Elliott JO, Shneker BF. An evaluation of selfmanagement behaviors and medication adherence in patients with epilepsy. Epilepsi &Behavior. 2008; 13(4): 637-641.

McHugh JC, Delanty N. Epidemiology and classification of epilepsy: gender comparisons. International review of neurobiology. 2008; 83: 11-26.

McLaughlin DP, Pachana NA, Mcfarland K. Stigma, seizure frequency and quality of life: the impact of epilepsy in late adulthood. *Seizure*. 2008; 17(3): 281-287.

Melikyan E, Guekht A, Milchakova L, Lebedeva A, Bondareva I, & Gusev E. Health-related quality of life in Russian adults with epilepsy: The effect of socio-demographic and clinical factors. *Epilepsy & Behavior*. 2012; 25(4): 670-675.

Mendizabal JE, Salguero LF. Prevalence of epilepsy in a rural community of Guatemala. *Epilepsia*. 1996; 37(9): 373-376.

Mısırlı H. Epilepsili hastada yaşam kalitesi. *Epilepsi*. 2003; 9(1): 42-6.

Miller WR, Bakas T, Buelow JM. Problems, needs, and useful strategies in older adults self-managing epilepsy: implications for patient education and future intervention programs. *Epilepsy Behav*. 2014; 31: 25-30.

Mollaoğlu M. Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. 2000; İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna).

Mollaoğlu M, Durna Z, Bolayır E. Türkiye’deki Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin (QOLIE-31) geçerlik ve güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2015; 52: 289-295.

Neze H. Epilepsi Hastalarında Psikiyatrik Komorbidite ve Bunun Yaşam Kalitesine Etkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi. 2006; İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Cem İlnem).

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

Oğul E. Temel ve Klinik Nöroloji. Uludağ Üniversitesi Basım Evi, Bursa: 1996; 171-188.

Oto R, Apak İ, Arslan S, Yavavlı A, Altındağ A, Karaca EE. The psychosocial impact of epilepsy. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004; 7(4): 210-4.

Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1(1): 57-72.

Özkara C, Ataklı D, Gökalp PK. Psychosocial evaluation of epileptic patients with Washington psychosocial seizure inventory. *Epilepsy*, 1999; 5: 124-30.

Öztürk C, Karataş H. Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı ve Posttravmatik Epilepside Hemşirelik Bakımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 2.

Pennell B, Thompson P. Gender-specific psychosocial impact of living with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2009; 15(1): 20-25.

Perucca E. Overtreatment in epilepsy: adverse consequences and mechanisms. *Epilepsy research*. 2002; 52(1): 25-33

Polat C. Multipl Skleroz İzlem Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2014; İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Tülek).

Pramuka M, Hendrickson R, Zinski A, Van Cott AC. A psychosocial self-management program for epilepsy: A randomized pilot study in adults. *Epilepsy Behav*. 2007; 11(4): 533-45.

Preux PM, Druet-Cabanac M. Epidemiology and aetiology of epilepsy in sub-Saharan Africa. *The Lancet Neurology*. 2005; 4(1): 21-31.

Ramani R. Vagus nerve stimulation therapy for seizures. *Journal of neurosurgical anesthesiology*. 2008; 20(1): 29-35.

Reuber M, Schachter SC, Elger CE, Altrup U. Açıklamalı Epilepsi, (Çeviren : Erdinç OO). Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul: 2012; 16-40.

Ridsdale L, Kwan I, Morgan M. How can a nurse intervention help people with newly diagnosed epilepsy? A qualitative study (of patients views). *Seizure*. 2002; 11(1): 1-5.

Rodenburg R, Stams GJ, Meijer AM, Aldenkamp AP, Deković M. Psychopathology in children with epilepsy: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2005; 30(6):453-468.

Rodgers CC. The Child with Cerebral Dysfunction. In M.J. Hockenberry D, Wilson (Ed.). *Wang's Nursing Care of Infants and Children*, 10th Edition. Elsevier Mosby, Canada, 2015; 1425-1492.

Sarpdağı Y. Epilepsili Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Bakım Yüğü ve Umutsuzluk Düzeyinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2018; Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Cantürk Çapık).

Serdaroğlu A, Özkan S, Aydın K, Gücüyener K, Tezcan S, Aycan S. Prevalence of epilepsy in Turkish children between the ages of 0 and 16 years. *Journal of Child Neurology*. 2004; 19(4): 271-274.

Serdaroğlu A. Epileptik Nöbet ve Sendromların Sınıflandırılması. İçinde: Temel Pediatri. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A, (eds.). Güneş Tıp Kitabevi: Ankara; 2010, 1246-1248.

Robinson E, Dilorio C, DePadilla L, McCarty F, Yeager K, Henry T et al. Psychosocial Predictors of Lifestyle Management In Adults with Epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2008; 13(3): 523-528.

Rwiza HT, Kilonzo GP, Haule J, Matuja WB, Mteza I, Mbeni P, Kilima PM, Mwaluko G, Mwang'ombola R, Mwaijande F. Prevalence and incidence of epilepsy in Ulanga, a rural Tanzanian district: a community-based study. *Epilepsia.* 1992; 33(6): 1051-1056.

Shorvon SD. The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia.* 2011; 52(6): 1052-1057.

Sisodiya SM, Duncan J. Epilepsy: epidemiology, clinical assessment, investigation and natural history. *Medicine.* 2004; 32(10): 47-51.

Şaylıgil Elçioğlu Ö. Hipokrat'tan Günümüze Epilepsi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 1990; 3: 95-97.

Smith MC, Buelow JM. Epilepsy. *Dis Mon.* 1996; 42(11):729-827.

Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia.* 2001; 42(9): 1160-1168.

Şenol MG, Gün İ, Toğrol E, Olgun N, Saraçoğlu M. Epilepsi Hastalarında Antiepileptik İlaç Tedavisine Uyumu Etkileyen Etmenler. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi.* 2009; 11(1): 21-31.

Şenol MG, Gün İ, Saraçoğlu M. Hasta Bakış Açısı: Epilepsi Hakkında Bilgi ve Anlayış. *Nobel Medicus Dergisi.* 2011; 7(1): 94-101.

Taylor RS., Sander JW, Taylor RJ, Baker GA. Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: A systematic review. *Epilepsia.* 2011; 52(12): 2168- 2180.

Toklu Z, Kutlu G, Demirbaş H, Koyuncu G, İnan LE. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi Polikliniğine Başvuran Epilepsi Hastalarının Demografik ve Klinik Bulguları. *Epilepsi.* 2012; 18(1): 13-18.

Topalkara K, Akyüz A, Sümer H, Bekar D, Topaktaş S, Dener Ş. Sivas İl Merkezinde Tabakalı Örneklem Yöntemi ile Gerçekleştirilen Epilepsi Prevalans Çalışması. *Epilepsi.* 1999; 5(1): 24-29.

Tromp SC, Weber JW, Aldenkamp AP, Arends J, Vander Linden I, Diepman L. Relative influence of epileptic seizures and of epilepsy syndrome on cognitive function. *Journal of child neurology*. 2003; 18(6): 407-412.

Turanlı G. Epilepsi ve İzlemi. *Katkı Pediatri Dergisi*. 1999; 20: 385-395.

Tutar Güven Ş. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2013; Antalya (Danışman: Doç. Dr. Ayşegül İşler).

Türkdoğan D. Epilepsi Tedavisi. *İçinde: Çocuk Nörolojisi*. 2006; 373-385.

Türk Nöroloji Derneği. Epilepsi Rehberi Türk Nöroloji Derneği Epilepsi Çalışma Grubu. 2007: 1-38.

Türk Nöroloji Derneği. Epilepsi Çalışma Grubu Tanı ve Tedavi Rehberi. 2015: 1-109.

Uyanık Ö (2007). İnfantil Spazmlar ve İlişkili Sendromlar. *İçinde: Arızmanoğlu A, Guerrini R, Aicardi J. Aicardi'nin Çocuklarda Epilepsi, (Çeviren : Dervent A, Eşkazan E). 11. Basım. Medikal Yayıncılık: İstanbul; 2007, 14-27.*

Ünal A, Saygı S. Epilepsi Hastalarında Görülen Psikiyatrik Bozukluklar. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2005; 1(40): 40-5.

Varlı K. Yalancı Epileptik Nöbetler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 1999; 2: 101-104.

Wada K, Iwasa H, Okada M, Kawata Y, Murakami T, Kamata A, Kaneko S. Marital status of patients with epilepsy with special reference to the influence of epileptic seizures on the patient's married life. *Epilepsia*. 2004; 45(8), 33-36.

Walker SP, Permezel M, Berkovic SF. The management of epilepsy inpregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009; 116(6): 758-767.

Williams, L. S., & Hopper, P. D. *Understanding Medical-Surgical Nursing*. 4th Edition, FA Davis. 2010; 1536 pages.

Yapıcı A, Güvenç C, Ceylan ME, Kılınç E, Oğuz N. Epilepsili hastalarda psikiyatrik bozukluklar. *Düşünen Adam*. 2003; 16: 240-248.

Yazıcı E. Epilepsi Hastalarında Kişilik Özellikleri ve İlişkili Etmenler. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. 2010; Erzurum (Danışman: Prof. Dr. Nazan Aydın).

Yeager KA, Dilorio C, Shafer PO, McCarty F, Letz R, Henry T, et al. The complexity of treatments for persons with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2005; 7(4): 679-686.

Yeni K. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2014; İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z. Tülek).

Yıldırım M, Yıldız A. Farklı zaman ölçekli EEG işaretlerinden epilepsi nöbetinin otomatik tespiti. DÜMF Mühendislik Dergisi. 2017; 8 (4): 745-757.

Yıldız N. Bir Üniversite Hastanesindeki Epilepsi Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2013; İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Birsen Yürügen).

Yurttaş O. İç Hastalıkları, Bölüm 17 - Nörolojik Hastalıklar. Güneş Kitabevi. 2005; 3657-3671.



10. EKLER

Ek 1. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Konusu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/09/2018-E.77441



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Gözde İnce'nin tez konusu hk.

SBE İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 11.09.2018 tarih ve 34/18 sayılı yönetim kurulu toplantısında, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 161380016 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Gözde İNCE'nin tezinin, etik kurul onayı alınması kaydı ile "**Epilepsili Bireylerde Öz Yönetimin Epilepsi Ataklarına Etkisinin Değerlendirilmesi**" olarak kabul edilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.

Ek 2. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu Kararı

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	08 / 10 / 2018 / 20.478.486				
ARAŞTIRMANIN ADI	Epilepsili Bireylerde Öz Yönetimin Epilepsi Ataklarına Etkisinin Değerlendirilmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Serçi ÇINAR PAKYÜZ - MCBÜ Sağ. Bil. Fak. Hemşirelik B. İ.ç Has. Hem. AD				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Gözde İNCE (ÜNAL)				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	17 / 09 / 2018 / Tarih ve 42775 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Unvan/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olup Olmaz	Taahhüt ve Sorumluluk Olup Olmaz	Unvan/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olup Olmaz	Taahhüt ve Sorumluluk Olup Olmaz
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	☒	☒	Doç. Dr. Serdar TOR Spor Bilimleri Fakültesi	☐	☐
Prof. Dr. Murat DEMET Paktyatri AD	☐	☒	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	☐	☐
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik BİGİ AD	☐	☐
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	☐	☒	Mukadder YILMAZER Ankara	☐	☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	☐	☒	Birle Üye Hüseyin TUNÇAY	☐	☐
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetim" Güceyi Gereği Liüzümü Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim. Prof. Dr. Zeki ARI Başkan					

Ek 3. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzin Yazısı

	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/ 16.11.2016
		Sayfa	3/2

Başlama Tarihi ve Süresi:	KASIM 2018- EYLÜL 2019
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Prof. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

Klinik / Birim Program Yöneticisi*

İmza

.../.../201...

T.C.S.B. İzmir Katip Çelebi Univ.
Atatürk Eğt. ve Arş.Hastanesi
Prof.Dr.Tülay Kurt İNCESESU
Nöroloji Anabilim Dalı
Dip.Tes.No:55599 Dip.No:541

Klinik / Birim İdari Sorumlusu*

İmza

.../.../201...

T.C.S.B. İzmir Katip Çelebi Univ.
Atatürk Eğt. ve Arş.Hastanesi
Prof.Dr.Tülay Kurt İNCESESU
Nöroloji Anabilim Dalı
Dip.Tes.No:55599 Dip.No:541

Bakım Hizmetleri Müdürü**

İmza

09.../.../201...

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Bakım Hizmetleri
Op.Dr. H. KARA AYDIN

Eğitim Ar-Ge'den Sorumlu

Başhekim Yardımcısı

İmza

.../.../201...

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Op.Dr. H. KARA AYDIN
Başhekim Yardımcısı

BAŞHEKİM

İmza

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Prof.Dr. Ali GÜRBÜZ
Başhekim

Not: *Eğitim Araştırma Hastaneleri dışındaki Devlet Hastanelerinde Bakım Hizmetleri Müdürü ve Hastane Yöneticisinin onaylaması yeterlidir.

**Sadece Hemşirelik araştırmalarında ayrıca Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylatılması gereklidir.

Ek 4. Hasta Tanılama Formu

HASTA TANILAMA FORMU

A.SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER

Yaş:

Cinsiyet:

Erkek Kadın

1)Eğitim durumunuz: (bitirdiğiniz okul)

Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite ve üstü

2)Çalışma durumunuz:

Çalışıyor (iş:)

() Tam gün çalışıyor.

() Yarım gün çalışıyor.

Ev hanımı

Öğrenci

Emekli

İşsiz

Diğer: (.....)

3)Gelir düzeyiniz:

İyi Orta Kötü

4)Sosyal güvence:

Var Yok

5)Medeni durum:

Bekar Evli Boşanmış Dul

6)Birlikte yaşadığınız kişiler: (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

Eş Çocuk Anne-baba Yalnız yaşıyor

Diğer:

B. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1)Tanı süresi: (ay)

2)Hastalığın başlangıç yaşı:

3)Epileptik sendrom tipi:

Semptomatik Parsiyel

Semptomatik Jeneralize

Kriptojenik Parsiyel

Kriptojenik Jeneralize

İdiyopatik Parsiyel

İdiyopatik Jeneralize

4)Nöbet tipi:

Parsiyel Nöbetler:

Basit parsiyel nöbetler

Kompleks parsiyel nöbetler

Sekonder jeneralize dönüşen nöbetler

Jeneralize Nöbetler:

Absans nöbetler

Myoklonik nöbetler

Tonik nöbetler

Atonik nöbetler

Klonik nöbetler

Tonik-klonik nöbet

Sınıflandırılmayan

5)Son bir yıldaki nöbet sıklığı:

Nöbet geçirmemiş

Ayda bir nöbetten az

Ayda bir nöbetten fazla

6)En son nöbeti geçirme zamanı?

.....

7)Nöbet geçireceğinizi hissediyor musunuz?(Auranız var mı?)

Evet. Nasıl?.....

Hayır

8)Nöbeti tetikleyen faktörler:

(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

Stres

Uykusuzluk

Yorgunluk

Gürültü

Adet dönemi

Alkol

TV seyretme, bilgisayar

Kitap okuma

Yok

Diğer.....

9)Şimdiye kadar nöbet nedeniyle kazaya maruz kaldınız mı?

Evet

Hayır

10)Bu kaza nedeniyle sizde bir sakatlık oluştu mu?

Evet

Hayır

11)Nöbet sırasında yaralanmamak için ev içinde önlemler aldınız mı? (kesici, sivri, köşeli eşyaların azaltılması, küvet yerine duş, yatağın alçak olması, ütü, yemek yapma vb işlerde dikkat etme vb.)

Evet

Hayır

12)Epilepsi dışında başka bir hastalığınız var mı?

Var:

Yok

13)Kullandığınız epilepsi ilaçları:

Kullanım süresi: (ay)

.....

14)Kullandığınız ilacın dozunu ve sıklığını (zamanı) biliyor musunuz?

Evet : İlacın dozu ve sıklığı (zamanı):

Hayır

15)İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

Cevabınız hayır ise; ilaçları düzenli kullanmamanızın sebepleri nelerdir?

.....
.....

16)İlaçlarınızı kullanmaya başladığınızdan beri hangi yan etkiler ortaya çıktı?

.....
.....

17)Epilepsi dışında ilaç kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

18)Kontrollere düzenli olarak geliyor musunuz?

Evet : Ne sıklıkta

Hayır

Cevabınız hayır ise kontrole gitmeme sebepleriniz nelerdir?

.....
.....

19)Kontrolde kan-ilaç düzeyine bakılıyor mu?

Evet : Ne sıklıkta Hayır

20)Tanı konduktan bugüne kadar geçen süre içinde, epilepsi hastası olmaya dair duygu ve düşüncelerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?

Evet a) Olumlu yönde b) Olumsuz yönde

Hayır

21) Epilepsi için sağlık kurumu dışında yerlere başvurduğunuz oldu mu?(muska, dua okutma, kurşun döktürme vb. manevi uygulamalar; bitkiler; akupunktur vb)

Evet :

Hayır

C. PSİKOSOSYAL KONULARA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1)Hastalığınızı kimler biliyor?

Akrabalarınız

Komşularınız/Arkadaşlarınız

Öğretmen ve sınıf arkadaşları

İş arkadaşları ve yöneticisi

Kimse bilmiyor.

2)Hastalığınız özel yaşamınızı/evlilik yaşamınızı etkiledi mi?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise nasıl etkilendi?

Hastalığım nedeniyle eş olarak kabul edilmedim.

Hastalığım nedeniyle yürütemeyeceğimi düşündüğüm için evlenmek istemedim.

Hastalığım nedeniyle evliliğimde sorunlar yaşıyorum.

Erkek/Kız arkadaşım var ancak hastalığımı söyleyemedim.

Nedeni:.....

3)İşe gidiyor musunuz?

Evet Hayır Ayrıldım

4)İşe gitmeme veya işten ayrılma nedenleriniz nelerdir?

.....
.....

5)Ehliyetiniz var mı?

Evet

Hayır

6)Araba kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

7)Epilepsi tanısı konduktan sonra ailenizin size karşı davranışlarında değişiklik oldu mu?

Olmadı.

Aşırı koruyucu/ kollayıcı oldular.

Daha destekleyici oldular.

Daha ilgisiz davrandılar.



Ek 5. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği

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

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

Ek 6. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Kullanım İzni

Re: ölçek kullanım izni



KÜBRA YENİ <kubra.yeni@istanbul.edu.tr>
7.11.2017 (Salı) 15:45
Siz e

Yanıtla



EÖYÖ.docx
19 KB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

38 maddeden oluşan bu ölçek epilepsi hastalarında ilaç kullanımı, bilgi, güvenlik, nöbet ve yaşam yönetimini değerlendiren beş alt ölçeği bulunmaktadır. Yanıtları 5'lik likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 1-5 arasında puanlandırılmaktadır. Testten alınabilecek puan 38-190 arasında olup, yüksek puan hastaların öz yönetim stratejilerini sıklıkla kullandığını göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası yoktur.

Ölçek revize edilmiş olup son halini ekte gönderiyorum. Gözde hanım.

Saygılar.

1 Kasım 2017 19:50 tarihinde gözde ince <gözdeince91@hotmail.com> yazdı:

Sayın Kübra YENİ ;

İsmim Gözde ÜNAL . Manisa Celal Bayar Üniversitesi iç hastalıkları ana bilim dalında tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Epilepsiyle ilgili yapacağım tez çalışmamda Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Epilepsi Öz yönetim Ölçeğini tez çalışmamda kullanmak üzere izninizi rica ediyorum. Teşekkürlerimi sunarım.

--
Araş. Görv. Kübra YENİ
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği AD
Abide-i Hürriyet Cd. 34381 Şişli-İstanbul/ Türkiye
Phone: +90 212 440 0000 (27134)
Fax : +90 212 224 49 90

Ek 7. Hasta Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



ÇALIŞMANIN ADI

Epilepsili Bireylerde Öz Yönetimin Epilepsi Ataklarına Etkisinin Değerlendirilmesi

Bir araştırma çalışmasına katılmaya istemektir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermede size araştırmanın neden yapıldığını bilgilendirmenin yanı sıra katılmanızın çalışmanın ne kadar yararlı ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamaya önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuza konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verdiğinizde imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılmaya ilişkin olarak helikopter / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amaçları yapılan normal muayeneler sırasında kullanılan tedavilerin dışında tüm laboratuvar testleri çalışma dışıdır ve istenirse herhangi bir şekilde size veya ilgili bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna iletilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Bu çalışmanın konusu, epilepsili bireylerin öz yönetim düzeylerini belirlemek ve öz yönetimin epilepsi ataklarına etkisini değerlendirmektir. Çalışma epilepsili hastaların hastalığını nasıl yönettiğine dair bilgi toplamak, ilaç kullanımı, düzenli kontrol, çevre güvenliğini sağlayabilme gibi öz yönetim davranışlarının düzeyini belirleyerek bunların atak kontrolü üzerindeki etkisini. Sapmamak amacıyla yapılmaktadır. Bu amaçla size hastalığınız ve sağlık durumunuz ile ilgili sorular sorulacak ve değerlendirmeler yapılacaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Yapılan çalışmanın herhangi bir yan etkisi, riski ve rahatsızlık verici durumu bulunmamaktadır. Sizden bir adet hasta tamlama formu bir adet epilepsi öz yönetim ölçeği formu doldurmanız istenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu araştırma sayesinde öz yönetim uygulamaları değerlendirilebilecek, epilepsili bireylerin hastalık yönetiminde yaptığı hatalar ve bakım uygulamalarındaki eksiklikler belirlenebilecektir. Yeniden gözden geçirilen uygulamalar, yapılan planlamalar ile etkin atak kontrolü sağlanabilecektir. Bu çalışma hemşirelere de bakıma yönelik ışık tutacaktır. Sağlık personelinin hastalığa yaklaşımı önem kazanacak, hastaların öz yönetim düzeylerinde yükselme sağlanacaktır. Bilgi eksikliklerinin giderilmesi ile öz yönetim düzeyi artacak, düzenli ilaç kullanımı sağlanacak, nöbet sıklığı azaltılabilecek ve hastaneye yatışlar azalacaktır. Dolayısıyla hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerinde yükselme sağlanabilecektir. Gereksiz ilaç kullanımının azaltılması sağlanarak ekonomik olarak da kazanç sağlanabilecektir.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Araştırma ile ilgili yapılan herhangi bir cerrahi işlem bulunmamakta, sağlığınıza açısından risk oluşturacak bir durum bulunmamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, yanlış ve doyurucu yazıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Sayfa: 1 / 2 Güncelleme Tarihi: 13.04.2017

Katılmama yönündeki kararınız, burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER:

1. Gözde ÜNAL

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Veli / Vazirin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Tanıtıcı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilmesine ilişkin belgeyi başından sonuna dek okunmuş eden kişi

2: Gönüllü araştırma hakkında bilgilendirilen kişi

Ek 8. Yüksek Lisans Tez Çalışması Orjinallik Raporu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: Epilepsili Bireylerde Öz Yönetimin Epilepsi Ataklarına Etkisinin Değerlendirilmesi

Tezime ilişkin 19/07/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 7'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza 20.08.2019

Adı Soyadı : Gözde ÜNAL
Öğrenci No :
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Unvan, Ad Soyad, İmza)
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-*Isteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;* aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdeleri sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- *Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.*
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

11. ÖZ GEÇMİŞ

Adı	Gözde	Soyadı	ÜNAL
Doğum Yeri	Konak/İzmir	Doğum Tarihi	06/10/1991
Uyruğu	T.C.	Tel	535 971 25 82
E-mail	gzdincegzd@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Pamukkale Üniversitesi	2013
Lise	İzmir Narlıdere Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013- ...

Yabancı Dilleri

	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu

Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS (2015)	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
43,75								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı (2015)	68,04	65,86	68,80
(Diğer)Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS. Office	Orta
SPSS 24	Orta