

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

EPİLEPSİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
BAKIM VERME YÜKÜNÜN İNCELENMESİ

Nesibe Neşe SEDEF

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Öğr. Gör. Dr. Gülşah TANRIVERDİ

Adana / 2017

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

EPİLEPSİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
BAKIM VERME YÜKÜNÜN İNCELENMESİ

Nesibe Neşe SEDEF

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Öğr. Gör. Dr. Gülşah TANRIVERDİ

Adana / 2017

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

“Epilepsi Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi”

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 16 / 06 / 2017

TEZ SINAV JÜRİSİ



Öğr. Gör. Dr. Gülşah TANRIVERDİ
Çukurova Üniversitesi
Başkan



Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ
Çukurova Üniversitesi

Üye



Yrd. Doç. Dr. Rabiye ÇIRPAN
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi

Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve
edilmiştir.

sayılı kararı ile kabul

Prof. Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI

ETİK BEYANI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 12.07.2017

İMZA

Adı Soyadı

Nesibe Neşe Sedef

Kayıtlı olunan Program: Hemşirelik ABD Tezli Yüksek Lisans

Tezin Konusu : Epilepsi Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün
İncelenmesi

Tezin Türü: Yüksek Lisans

Danışmanın Adı-Soyadı: Gülşah TANRIVERDİ

Danışmanın İletişim Bilgileri:0535 3261001

E-posta: gtanriverdi@cu.edu.tr

Öğrencinin İletişim Bilgileri

Telefon: 05077019298

E-posta:nesibenesesedef@gmail.com

Adres:2000 evler mah.76073 sok. Arma 11 sitesi. Seyhan/Adana

**Bu belgenin Lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.*

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca bana tecrübeleriyle destek olan, yol gösteren saygıdeğer tez danışmanım, kıymetli hocam Sayın Öğr. Gör. Dr. Gülşah TANRIVERDİ' ye,

Lisans ve yüksek lisans öğrenimim süresince bilimsel temeller ışığında rehberlik eden, hoşgörü gösteren hocam Sayın Prof.Dr .Gürsel ÖZTUNÇ'a,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez hazırlama dönemindeki tüm yorgunluk ve mutlulukları benimle paylaşan ve her zaman yanımda olan eşim Ali Murat Sedef'e, biricik kızım İpeğime, anneme, babama, benimle bu yolda yürüyen en yakın arkadaşlarıma sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Nesibe Neşe SEDEF

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER.....	III
TABLolar LİSTESİ	V
KISALTMA LİSTESİ.....	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	VIII
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Epilepsinin Tanımı	3
2.2. Epilepsi Tarihçesi	3
2.3. Epilepsinin Epidemiyolojisi	3
2.4. Etiyolojisi.....	3
2.5. Patofizyolojisi.....	4
2.6. Nöbetlerin Sınıflandırılması	4
2.7. Epileptik Nöbetlerin Uluslararası Sınıflandırılması	5
2.8. Epilepside Tanı.....	6
2.8.1. Anemnez ve Muayene	6
2.8.2. Laboratuvar İncelemeleri.....	6
2.8.3. Elektroensefalografi (EEG).....	7
2.8.4. Nöroradyoloji	7
2.8.4.1. Fonksiyonel Görüntüleme.....	7
2.9. Epilepsi Tedavisi	8
2.9.1. İlaçla Tedavi	8
2.9.2. Cerrahi Tedavi	8
2.9.3. Ketojenik Diyet	8
2.10. Epilepside Hemşirelik Bakımı.....	9
2.10.1. Aile Eğitimi	9
2.11. Bakım Verme.....	10
2.12. Yük Kavramı	10
2.13. Bakım Verme Yüğü.....	11
2.14. Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Genel Etkileri	11
2.15. Epilepsi ve Bakım Yüğü.....	12
2.16. Dünya’da Ve Türkiye’de Bakım Verme Yüğü.....	12

3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	13
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli Tipi.....	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	13
3.3.1. Araştırmanın Evreni	13
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	13
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	14
3.5. Verilerin Analizi	14
3.6. Veri Toplama	15
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	15
3.6.2. Hasta ve Hasta Yakını Tanılama Formu	15
3.6.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı	15
3.6.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	16
3.6.5. Ön uygulama	16
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	16
4. BULGULAR	17
4.1. Bakım Veren Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerinin Yüzde Dağılımı	17
4.2. Hastaların Bazı Demografik Özellikleri	18
4.4. Ölçeğe İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı	19
4.5. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamalarının Bazı Demografik Özellikleri İle Karşılaştırılması	21
5. TARTIŞMA	25
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	30
6.1. Sonuç	30
6.2. Öneriler.....	30
KAYNAKLAR.....	31
EKLER	36
Ek 1. Hasta ve Hasta Yakını Tanılama Formu	36
Ek 2. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı.....	37
Ek 3. Enstitü Kabul Kararı.Yönetim Kurulu Kararı	39
Ek 4. Etik Kurul.....	40
ÖZGEÇMİŞ	41

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Bakım Veren Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerinin Yüzde Dağılımı.....	17
Tablo 2. Hastaların Bazı Demografik Özelliklerinin Yüzde Dağılımı	18
Tablo 3. Bakım Verme Yüğü Ölçek Puan Ortalaması	19
Tablo 4. Ölçeğe İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı.....	20
Tablo 5. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamalarının Bazı Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	21
Tablo 6. Hastaların Bazı Demografik Özellikleri ile Bakım Vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	22

KISALTMA LİSTESİ

AEİ :	Antiepileptik İlaçlar
EPSP:	Eksitatörpostsinaptik potansiyel
IPSP:	İnhibitör post sinaptik potansiyel
ILAE:	International League Against Epilepsy (Epilepsiye Karşı Uluslararası Lig)
EEG:	Elektroensefalografi
SPECT:	Single Photon Emission Computed Tomography (Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi)
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
MRG:	Magnetik Rezonans Görüntüleme
BT:	Beyin Tomografisi
BVYÖ:	Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

ÖZET

EPİLEPSİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME YÜKÜNÜN İNCELENMESİ

Bakım verme yükü; Kronik hastalığı, fiziksel veya ruhsal yetersizliği olan çocuk, genç, yaşlı aile üyesine ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, anksiyete yaşaması, kendini yük ve baskı altında hissetmesi olarak tanımlanabilir. Epilepsi hastaları da bakım vericiler için yük oluşturabilmektedir. Bu araştırma epilepsi hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükünün incelenmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi nöroloji polikliniğinde Haziran-Kasım 2016 tarihleri arasında ayaktan tedavi görmekte olan epilepsi tanılı tüm hastaların yakınları oluşturmuştur. Örneklemi ise araştırma kriterlerine uyan ve gönüllü olan 122 hasta yakını oluşturmuştur. Veriler literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş “Hasta ve Hasta Yakını Tanılama Formu” ile Bakım verme yükü ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmada epilepsi hastalarına bakım verenlerin ZARİT Bakım Verme Yükü ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $27,19 \pm 13,70$ olarak bulunmuştur. Epilepsi süresi (yıl) arttıkça, bakım verme yükü ölçek puan ortalaması artmaktadır ($X^2=13,753$, $p=0,003$). Ailede başka bir epilepsi hastasının daha olması bakım yükünü artırmaktadır ($Z=-1,995$; $p=0,046$). Bakım verenlerin bakım verme yükü ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Araştırmanın sonucunda epilepsi hastalarının tanı alma sürelerinin artması ve ailesinde başka bir epilepsi hastası daha olmasının bakım yükünü arttırdığı belirlenmiştir. Hemşirelerin, epilepsi hastalarına bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirerek, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde bakım verenlerin sorunlarının belirlenmesi, bu sorunlarla baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve bakım vericilerinin desteklenmesi gerektiği konusunda farkındalık yaratılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, Bakım Veren, Bakım Verme Yükü, Hemşire, Hasta

ABSTRACT

AN ANALYSIS OF CAREGIVER BURDEN OF PEOPLE PROVIDING CARE FOR PATIENTS WITH EPILEPSY

Caregiver burden can be defined as the difficulty, anxiety, and pressure and burden felt by the person who provides care to a child, adolescent, or an elderly family member or someone else with a chronic disease or physical or mental disability. Patients with epilepsy could also cause burden for caregivers. This study was conducted as a descriptive and cross-sectional one in order to analyse the caregiver burden of people providing care for patients with epilepsy

Target population of the study was the relatives of all outpatients who were diagnosed with epilepsy and treated in the neurology polyclinic of Adana Dr.EkremTok Psychiatry Hospital between June and November, 2016; and the sample was 122 volunteer patient relatives who met the research criteria. Data were collected through the “Patient and Patient Relative Identification Form” developed by the researcher in line with the related literature and “Caregiver Burden Questionnaire”.

ZARIT Caregiver Burden Questionnaire mean score of the caregivers who provide care to epilepsy patients in this study was found $27,19 \pm 13,70$. Caregiver Burden Questionnaire scores increased with the increase in the epilepsy duration (year) ($X^2=13,753$, $p=0,003$). Presence of someone else with epilepsy in the family increased caregiver burden ($Z=-1,995$; $p=0,046$). Caregiver Burden Questionnaire mean scores did not indicate any significant differences in terms of age, gender, marital status, and education level ($p>0,05$).

Results show that caregiver burden increases with the duration of diagnosis and presence of someone else with epilepsy in the family. It was found that burden increased in those who had another epilepsy patient in the family. It is recommended that awareness of nurses should be increased about assessing caregiver burden of people who provide care to epilepsy patients, identifying problems of caregivers in the training and consultancy services, improving their coping skills about these problems and providing them with support.

Key Words: Epilepsy, Caregiver, Caregiver Burden, Nurse, Patient

1.GİRİŞ

Epilepsi baş ağrısından sonra ikinci sıklıkta görülen kronik nörolojik durumdur¹ ve tüm dünyada her yaşta, değişik coğrafik bölgelerde ve sosyo ekonomik şartlardaki bireyleri etkiler. Dünyada epilepsi prevalansının; 3/1000-42/1000, ülkemizde ise 6.1-10.2/1000 olduğu belirlenmiştir².

Günümüzde epilepsi tedavisi alanında gelişmeler olmuştur. Epilepsi seyrinde medikal tedavi önemlidir¹. Medikal tedavide ilaçların epilepsi nöbetleri üzerine etkisi ve yan etkisi iyideğerlendirilmelidir. Antiepileptik ilaçlar bulantı, kilo kaybı, deri bütünlüğünde bozulma, karaciğer fonksiyonlarında bozulma gibi yan etkiler yapabilmektedir. Antiepileptik ilaçlar günümüzde daha gelişmiş durumda ve daha az yan etki yapmaktadır. Epilepsi hastaları için medikal tedavinin dışında cerrahi tedavide uygulanmaktadır³.

Epilepsi hastalarının tedavi süreçlerinde bakım en az tedavi kadar önemli bir yer kaplamaktadır. Epilepsi hastalarına bakım vermek tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel, fiziksel ve maddi destek vermeyi de içerir. Dolayısı ile epilepsi hastalarına bakım verenlerin hem hastalarının hem de kendilerinin maddi/manevi bir yük altına girmeleri kaçınılmazdır^{4, 5}.

Yük kavramı, “bakım vericide hastasına verdiği bakım sonrası oluşan; psikolojik, ekonomik, sosyal problemler ile fiziksel sağlık sorunlarının oluşması, aile ilişkilerinin bozulması, kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve sübjektif sonuçlardır” şeklinde tanımlanmaktadır⁴.

Epilepsi hastalarında çevresel ve hekim sınırlamalarından dolayı günlük yaşam aktivitelerinde fiziksel aktiviteye katılım daha azdır. Çünkü epilepsi hastaları nöbetlerini artırır korkusuyla ihtiyaç duydukları egzersizi yapmaktan kaçınabilirler ve bakım vericilerinin desteğine ya da teşvikine ihtiyaç duyabilirler⁶. Hastaların bakım vericinin yardımına ihtiyacı olabileceği diğer durumlar; ilaç alımı, tedavi takibi, sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etme, kişisel bakım, ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma ve para yönetimi gibi konulardır⁵.

Bakım verme, bakım vericiler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir. Bakım verme; bakım vericiye pek çok olumlu özelliklerin (samimiyet ve sevginin artması, kişisel gelişim, doyum sağlama vs.) yanında pek çok güçlüğü yaşanmasına da yol açabilmektedir⁷.

Bakım vericiler aile ve iş sorumluluklarını yerine getirme, özel hayatını yaşama, arkadaş edinme, mali sıkıntılar, yakını ile olan bağından ötürü duyduğu kaygı, kaygının getirdiği ruhsal sıkıntılar (kendini sorgulama, yapılması gerekenler konusunda yeterli olup olmadığı) gibi olumsuz durumlar yaşayabilmekte ve bu durumlar bakım verenlerin yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir⁸.

Bakım vericilerin bakım verirken yaşadığı yükü değerlendirmek diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi (kanser, inme, şizofreni vs.) epilepsi hastalarında da önemli bir yer tutmaktadır. Literatür tarandığında bakım yükü ile ilgili pek çok araştırmanın olduğunu ancak ülkemizde epilepsi hastalarının bakım yükünü inceleyen bir çalışma olmadığını görmekteyiz. Bu araştırma, epilepsi hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükünün incelenmesi ve sonuçlarının değerlendirilerek bu alandaki ihtiyacın belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsinin Tanımı

Epilepsi beynin epileptik nöbet oluşturmaya yatkınlığı ile oluşan nörolojik bozukluktur. Epileptik nöbet ise nöron topluluğunun ani, anormal deşarjı sonucu ortaya çıkan belirti ve bulgular olarak tanımlanır¹.

2.2. Epilepsi Tarihçesi

Kelime anlamı ‘kavramak, yakalamak, manasına gelen Yunan kökenli bir sözcüktür⁹. Epilepsi eski zamanlarda kutsal hastalık olarak kabul edilmiştir. İlk kez M.Ö 470 yılında Hipokrat tarafından beyin hastalığı olarak tanımlanmıştır. Hastalığın kutsal hastalık olduğundan uzaklaşıp, beyin yerleşimli olduğunu belirten ve epilepsi ile ilgili ilk monograf olan “Kutsal hastalık hakkında” isimli kitap yazmıştır³.

Yunan literatüründe M.Ö.5. yüzyıla ait kaynaklarda epilepsiden bahsedilmektedir. Ayrıca Babil ve Mısır’a ait kaynaklarda da epilepsiden bahsedilmiş olması hastalığın en az 2400 yıldan beri bilinmekte olduğunu göstermektedir¹⁰. Günümüze yaklaştıkça hastalığa olan bakış açısının değişiminin ve epilepsinin daha doğal bir hastalık olduğunun 19. Yüzyıl itibarıyla oluştuğunu görülmektedir³.

2.3. Epilepsinin Epidemiyolojisi

Epilepsi dünyada ve ülkemizde migrenden sonra en sık görülen nörolojik hastalıktır². Avrupa ülkelerinde yaklaşık olarak 6 milyon epilepsi hastasının olduğu bilinmektedir³. Dünyada epilepsi prevalansının; 3/1000-42/1000 olduğu yapılan araştırmalar sonucu bulunmuştur⁴. Ülkemizde epilepsi prevalansı ise 6.1-10.2/1000 olarak belirtilmiştir².

Son 5 yıl içinde en az bir nöbet geçirmiş olmak kriteriyle hastalarda yapılan prevalans hesaplamasına “Aktif Epilepsi prevalansı” denmektedir. Bu oran gelişmiş ülkelerde 410/10.000 iken, gelişmekte olan ülkelerde 57/10.000’dir¹¹.

2.4. Etiyolojisi

Sinir hücresi membranında bozulmaya yol açan herhangi bir faktör epilepsi etiyolojisinde rol oynar⁷. Etiyolojik olarak sınıflandırılmasında dört ana başlık vardır. Bunlar; idiyopatik epilepsi, semptomatik epilepsi, provoke epilepsi, kriptojenik epilepsidir¹².

1.İdiyopatik Epilepsi: Bu tür epilepsiler yeni doğan ve inflantlardakonjenital beyin defektleri, beyin yaralanmaları ya da hipoksi, hipoglisemi ya da hipokalsemiye bağlı metabolik nedenler ile ortaya çıkar¹³.

2. Semptomatik Epilepsi:Semptomatik epilepsi; genellikle genetik nedenler ya da sonradan gelişen anatomik veya patolojik durumlar kaynaklıdır¹².

3. Provoke Epilepsi: Kesin olarak nöroanatomik bir patoloji tanımlanmamakla birlikte, nöbetlerin oluşmasında spesifik sistemik bir durum ya da çevresel faktörlerin etkili olduğu epilepsi türüdür¹⁴.

4. Kriptojenik Epilepsi:Epilepsinin oluşmasında kesin neden bulunamayan ancak epilepsinin genetik faktörler dışında sonradan edinilen bir nedenle oluştuğu düşünülen epilepsilerdir¹⁵.

2.5. Patofizyolojisi

Beyinde eksitasyonun temel göstergesi eksitator post sinaptik potansiyel (EPSP), inhibisyonun temel göstergesi ise inhibitör post sinaptik potansiyellerdir (IPSP). Epilepsinin oluşum mekanizmasının temelinde bu fizyolojik değişiklikler yatmaktadır¹⁶.

Epilepsi nöbetleri anormal nöronal ateşlenme sonucu oluşur. Belirli patofizyolojik koşullar oluşunca kişi nöbet geçirebilir. Epilepside ani ve anormal nöronal deşarjı gerçekleştiren beyin disfonksiyonu söz konusudur^{9,13}.

Nöronlardaki bu değişikliklere elektrolit dengesizlikleri, asit ve baz bozuklukları hipoglisemi, asfiksi vs. neden olabilmektedir¹⁷.

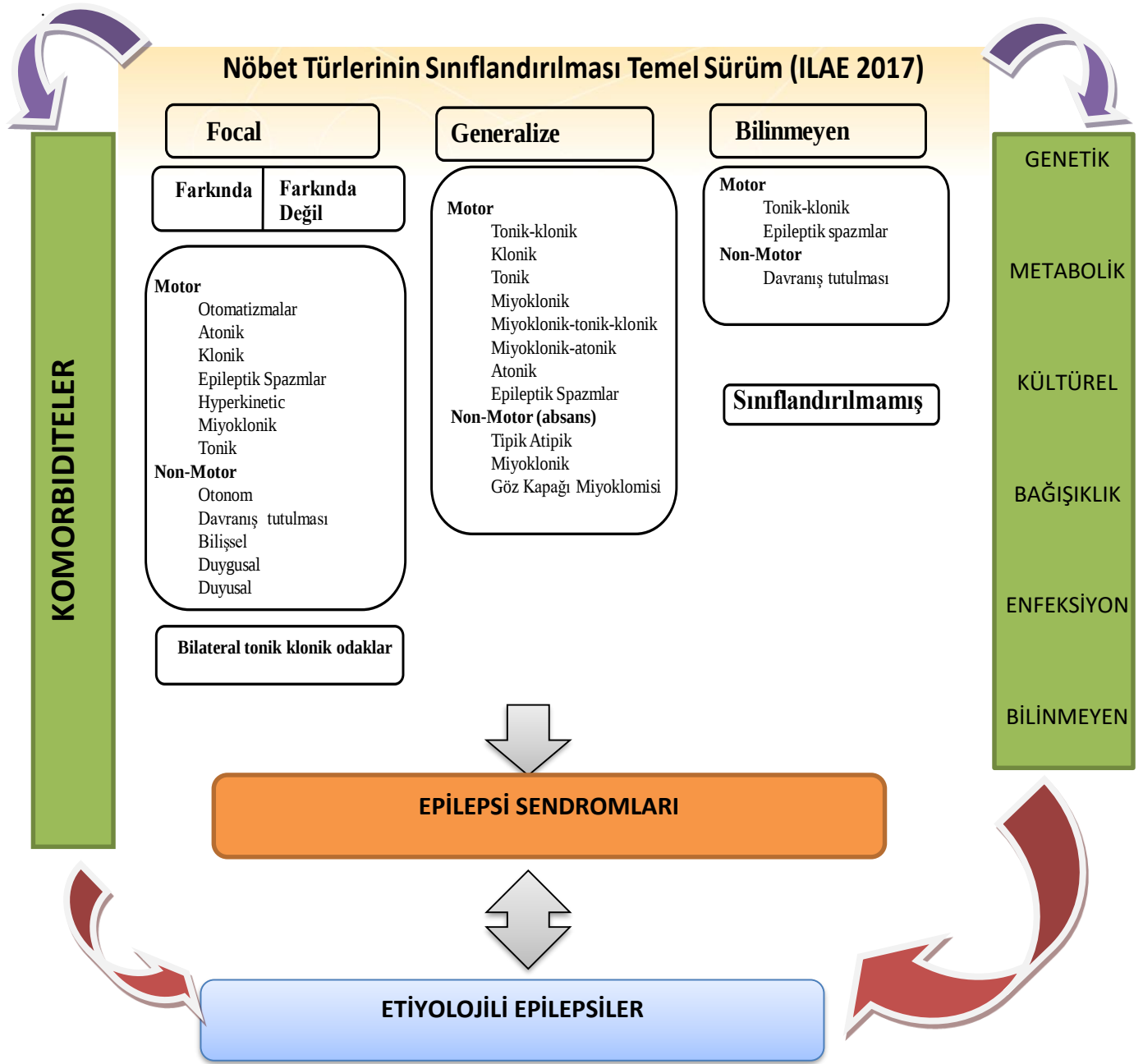
2.6. Nöbetlerin Sınıflandırılması

Günümüzde Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneğinin 1981 yılında yapmış olduğu sınıflandırma sistemi çok çeşitli sınıflama sistemleri olmasına rağmen en sık kullanılandır¹⁰. Bu sınıflamaya göre nöbetler generalize ve fokal olmak üzere iki gruba ayrılır¹.

1981 yılında ILAE sınıflaması,1989 Epilepsiler ve Epilepsi Sendromları Sınıflaması, ILAE tarafından mevcut sınıflamalar sırasıyla 2001, 2006 ve 2010,2017 yıllarında yeniden güncellenmiştir¹⁸.

Epilepsi ile Savaş Derneğinin Sınıflama Komisyonu'ndan ayrı oluşan komisyonlarda çeşitli sınıflamalar yapmışlardır. Lüders ve ark. 1998 yılında Semiyolojik Nöbet Sınıflamasıyla, 2005 ve 2008 yılında epilepsinin bi rbütün olarak ele alındığı epilepsisınıflama şemasını yayınlamışlardır¹⁹. Fisher ve ark. nöbet tiplerinin ILAE 2017 operasyonel sınıflandırması için kullanım kılavuzunu yayınlamışlardır²⁰.

2.7. Epileptik Nöbetlerin Uluslararası Sınıflandırılması



Şekil 1: Epilepsi sınıflandırması için çerçeve. Etiyolojik çerçeve akut nöbetler için de kullanılabilir. "Genetik" terimi, ailede ve ikiz araştırmalardan elde edilen bulgulara dayanarak genetik olarak bilinen bir epilepsi sendromu varsa, bir bireyin etiyolojisini ifade eder^{19,20}

Beyinde oluşan aktiviteye beynin bir bölümü ile sınırlı kaldığında fokal, tüm beyne yayılım gösterdiğinde generalize nöbetler ortaya çıkar¹⁸. Basit fokal nöbetlerde bilinç bozukluğu yoktur, kompleksfokal nöbetlerde ve generalize nöbetlerde hastada bilinç bozukluğu vardır¹¹. Şekil 1 epilepsilerin kapsamlı bir şekilde sınıflandırılmasını göstermektedir^{19,20}.

Nöbet türleri fokal, generalize, bilinmeyen ve sınıflandırılmayan nöbetler olarak sınıflanmış, etiyolojileri genetik, metabolik, kültürel, enfeksiyon, bağışıklık ve idiyopatik olarak gösterilmiştir

2.8. Epilepside Tanı

Epilepsi çeşitli klinik özellikler gösteren, farklı etiyolojilere dayanan bir hastalıktır. Bundan dolayı epilepsi tanısında standart bir uygulama yöntemi yoktur. Hastanın geçirdiği nöbetin türü, epileptik deşarjın gerçekleştiği beyin bölgesi, etyolojisi gibi kriterler değerlendirilmektedir. Tanıda hastalığın hikayesi birinci dereceden önemlidir²¹.

Hastaya yanlış tanı koyulması, hastanın gereksiz ilaç kullanmasına, ilaçların yan etkisine maruz kalmasına, asıl alacağı tedaviyi alamaması gibi sıkıntılar yaşamasına neden olabilir. Bu nedenle tanı koyarken ayırıcı tanı üzerinde durmak gerekmektedir^{21,22}.

Geçirilen nöbetlerin hasta ve tanık olanlar tarafından, çok ayrıntılı bir şekilde tarif edilmesi önemlidir¹¹.

2.8.1. Anamnez ve Muayene

Epilepsi, diğer bazı rahatsızlıklar (senkop, komplike migren, vertigo, hipoglisemi gibi) ile karıştırılabildiğinden hastalığın tanısından emin olmak çok önemlidir²¹.

Anamnez alırken hastanın nöbetten önce, nöbet sırası ve sonrasında yaşadıklarının ayrıntıları ile ifade etmesi önemlidir. Epilepsi etiyolojisinde, hastanın doğum travması, havale, kafa travması, menenjit geçirip geçirmediği sorgulanmalıdır. Genetik yatkınlık ve soygeçmişi (ailede başka birinde epilepsi varlığı vb) sorgulanmalıdır¹⁸. Hastalığın başlangıç yaşı da önemlidir²².

2.8.2. Laboratuvar İncelemeleri

Hastanın klinik değerlendirmesinden sonra doğru teşhis koyup ve doğru tedaviyi uygulamak için bir takım biyokimyasal tetkiklerin yanında, epilepsinin yapısal nedenlerinin araştırılması için nörofizyolojik ve nöroradyolojik tetkiklere başvurulmaktadır¹¹. En yaygın kullanılan tanı yöntemi EEG'dir²³.

2.8.3.Elektroensefalografi (EEG)

EEG İlk olarak 1940'lı yıllarda kullanılmaya başlamıştır ve günümüzde en sık kullanılan yöntemdir. EEG beyindeki geniş bir nöron grubunun elektriksel aktivitedeki dalgalanmanın kayıt altına alınmasıdır²³.

EEG, epilepsi hastalarında yapılan tek rutin ve ilk nöbetle gelen hastalarda en önemli testtir. Tanının desteklenmesi ve doğru tanı konmasına yardım, epilepsi sendromunu belirlemesi, cerrahi müdahale yapılacak hastalara nöbet başlangıç yerinin belirlenmesi, nöbet odağının lokalizasyonun belirlenmesi ve tedaviye başlama ve sonlandırmaya katkı sağlamak amacıyla yapılır²⁴.

2.8.4. Nöroradyoloji

Beynin yapısal ve fonksiyonel görüntüleme yöntemleri ile incelenmesidir. Erken dönemde hasta ilk nöbetini geçirmişse BT (Beyin Tomografisi) veya MRG (Magnetikrezonans) incelenmesi yapılmaktadır^{25,26}.

MRG (magnetikrezonans görüntüleme)'nin radyasyon içermemesi, kontrast madde verilmesine çoğu zaman gerek olmaması nedeni ile BT'ye üstünlük sağlamaktadır²⁶.

2.8.4.1. Fonksiyonel Görüntüleme

Tanı aşamasında BT, MRG, EEG'nin beraber tanıya yardımcı olacağı düşünülmekle beraber doğru tanıyı koymak için nöbet odağının lokalizasyonu açısından kullanılan hiç bir yöntem tek başına tam güvenilir ve yeterli değildir. Bu nedenle çeşitli yöntemlerin kombinasyonu gerekmektedir²⁷.

SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) beyindeki nöbet lokalizasyonunun belirlenmesine katkı sağlayan tamamlayıcı bir yöntemdir. PET (positronemission tomography) çekilemeyen yerlerde hastalara SPECT uygulanmaktadır.²⁸

PET epileptik odak konusunda genel bir bilgi verir ancak spesifik değildir ve gerçek patolojik alandan daha geniş görünür. Dirençli epilepsiler ve malignite taramalarında endike olan bir yöntemdir²⁹.

2.9. Epilepsi Tedavisi

Hastanın ilaç tedavisine ihtiyacı olup olmadığına amnez, tanı aşamasında önemlidir. Hasta bir kez nöbet geçirdiğinde, tekrar geçirme riski %50 civarındadır ve ilk yıl içinde nöbet tekrarlamaz ise risk düşmektedir³⁰. Uzun süreli tedaviye başlamadan önce hastalığın seyrini takip etmek önemlidir³¹.

Epilepsi sendrom ve nöbet tipine uygun seçilen tek ilaç ile tedavi, en düşük etkili dozla başlar. Başlanılan doza tam nöbet kontrolü sağlanana veya yan etkiler görülene kadar devam edilir. İlaç kan düzeyine bakılır. İlk ilaca yanıt alınmazsa uygun ilaç kombinasyonları ile tedaviye devam edilir³².

2.9.1. İlaçla Tedavi

Hastalarda ilaçla tedavinin ilk amacı, en düşük doz en az yan etki ile nöbet kontrolünü sağlamaktır. Hastanın tedavisine ilk olarak monoterapi ile başlanır. Monoterapi ile epilepsi hastalarında yaklaşık %60-70 oranında başarılı bir nöbet kontrolü sağlanmaktadır³³. Bazı AEİ'lar epilepsi dışında bipolar bozukluk, manik depresyon kontrolünde kullanılmaktadır³⁰.

2.9.2. Cerrahi Tedavi

Hastalık antiepileptik ilaç tedavisiyle kontrol edilemez ise alternatif çözüm olarak cerrahi tedaviye başvurulur³⁴. Dirençli epilepsisi olan yani düzenli ve yeterli dozda ilaç kullanmasına rağmen nöbeti devam eden hastalarda uygun yöntem seçilerek cerrahi tedavi uygulanır³⁵.

Dirençli epilepsi gelişimine neden olabilecek faktörler; cinsiyet, yaş, hastalık süresi, nöbet sayısı veya sıklığı, tedavi öncesinde hastanın zeka geriliği veya motor kaybı olmasıdır³⁶.

Epilepside opere olmaya en uygun vakalar, çıkartılabilir bir bölgede lokalize olmuş epileptojenik vakalardır³⁴. Postoperatif dönemde hastaların nöropsikiyatrik açıdan izlenmesi de gereklidir. Bazı hastalarda nöbetler tam kesilmiş olsa bile, başlanmış ilaç tedavisine bir yıl süreyle devam edilmektedir³⁵.

2.9.3. Ketojenik Diyet

İlk kez 1920'li yılların başında alternatif tedavi yöntemi olarak önerilmiştir. İlaç tedavisine direnç gösteren vakalarda yüksek yağ, düşük karbonhidrat ve protein içerikli diyetin hastalık için faydalı olduğu önerilmektedir. Mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte açlıkla ortaya çıkan ketozisin nöbetleri baskıladığı görüşüne dayanan bir yöntemdir³⁷.

2.10. Epilepside Hemşirelik Bakımı

Epilepsi birey üzerinde fiziksel, emosyonel, entelektüel sınırlılıklara neden olmaktadır¹. Epilepside hemşirelik bakımının temel hedefleri hastayı nöbet esnasında travmadan korunmasını sağlamak, mental ve fiziksel işlevselliği maksimum düzeyde sürdürmek ve psikososyal işlevselliği korumaktır³⁸. Epilepsili hasta ve ailesine eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi de gerekmektedir³⁹. Epilepsi nöbeti geçiren hastaya uygulanacak başlıca hemşirelik girişimleri şöyle sıralanabilir;

Hava yolu açıklığı sağlanarak solunum, solunum hızı, derinliği, sekresyon ve deri rengi izlenir. Hastanın çenesi kitlenmiş ise açmaya çalışılmaz³⁷. Hastanın nöbet sırasında dilini ısırmasının önlenmesi ve yeterli solunumu sağlanması amacıyla, aura döneminde ise hastanın çenesi kitlenmedi ise yumuşak bir nesne dişlerin arasına koyulmalıdır. Bu işlem nöbet başladıktan sonra yapılırsa diş ve çene kırıkları yumuşak doku yaralanmaları olabilir⁴⁰.

Hasta nöbet esnasında aspirasyonu önlemek için yan çevrilmeli, hastanın yüzüne su, kolonya dökülmemeli, ayrıca nöbeti durduğu gerekçesiyle soğan vb. başka sebze ve meyveler koklatılmaz³⁷.

Hastanın ekstremiteleri açılmaya çalışılmaz aksi halde kırıklar oluşabilir. Hastanın çevresinde çarpabileceği eşyalar kaldırılır, çevre güvenliği sağlanır. Nöbet süresi, seyri izlenerek kaydedilmelidir⁴¹.

2.10.1.Aile Eğitimi

Epilepsili hasta ve ailesine danışmanlık hizmeti sunmak; hastalığın yol açtığı sorunlarla başetmelerini sağlayacak stratejiler geliştirmelerine yardım eder⁴².

Uzamış nöbet ya da hastanın bilinci yerine gelmeden peş peşe nöbet geçiriyorsa (status epileptikus) acil tıbbi müdahale için hastaneye başvurulması gerektiği söylenmelidir. Alkol kullanımı ve akut alkol ve madde bırakmanın, ilaç kullanımını bırakmanın statusepileptikus tetiklediği anlatılmalıdır⁴³.

Aileye nöbetin seyri ve takibi konusunda eğitim verilmelidir. Nöbet kendiliğinden geçti ve hastanın bilinci yerine geldi ise hastaneye başvurma gerekeceği, hastanın nöbet geçirdikten sonra tekrar nöbet geçirebileceği ve bu durumda hastaneye başvuru gerektiği, nöbete bağlı kasılma 5 dakikadan uzun sürerse 112 aranması gerektiği söylenmelidir⁴⁰.

Düzenli ilaç kullanımının önemi ve ilaçların birden kesmenin, ilaç dozlarını değiştirmenin, konstipasyon, aşırı yorgunluk, ateş, menstruasyon, ses ve ışığın nöbetleri tetiklediği söylenmelidir⁵.

Ayrıca yeterli sıvı alımı ve düzenli uykunun önemli olduğu, aşırı egzersizden, dağcılık, paraşütle atlama gibi zorlayıcı aktivitelerden kaçınmak gerektiği, araba kullanmaması (sürücü belgesi alması için en az 1-3 yıl hiç nöbet geçirmemiş olmak), özellikle nöbetleri sık olan hastaların bazı meslekleri (pilotluk, dalgıçlık, cerrahlık, kesici delici alet makinaları ile ilgili işler, taşıt sürücülüğü, itfaiyecilik, polislik) yapmaması gerektiği⁴⁴, aktif epilepsisi olan hastaların askerlik yapamayacağı⁴⁵, epilepsi hastalarının yanlarında epilepsileri olduğunu belirten kart veya künye taşıması gerektiği, hastaların evlenmelerinde bir sakınca olmadığı ancak epileptik kadınların gebeliklerini kontrol altında geçirmeleri gerektiği konularında eğitim verilmelidir³⁷.

2.11.Bakım Verme

Hasta veya bağımlı bireylerin bakımın aile üyeleri tarafından karşılanması, doğal bir sonuç ve bakım şekli olarak kabul görmüştür. Kabul gören bu gerçek, aileye sorumluluk, çeşitli sıkıntılar getirmektedir⁴⁶. Bakım verme; samimiyet ve sevginin artması, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, benlik saygısının artması, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında bakım vericinin psikolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik açıdan pek çok güçlüğü yaşanmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok yönlü bir deneyimdir^{47,48}.

2.12.Yük Kavramı

Tıp alanındaki gelişmelerden dolayı hastalıkların sağ kalım süresi artmıştır. Bu iyi durum beraberinde baş edilmesi gereken yeni sorunları beraberinde getirmiştir. Geçmişte günümüze toplumsal aile yapısı anlamlı düzeyde değişmiş, çekirdek aile yapısı artmış, ailede çalışan birey sayısı artmış, bireyler sosyal yaşamda daha aktif olmuş ve hastalıkla mücadele eden, bakıma ihtiyacı olan bireyin, bakımını üstlenecek birey sayısı azalmıştır⁴⁹.

Yük kavramı bakım veren ve araştırmacılar tarafından farklı algılanabilmektedir. Özellikle bakım vericiler ile yapılan görüşmelerde yük ifadesinin bakım verilen kişinin reddi olarak algılandığı ve yük ifadesinin bazen telaffuzunun bile bir ayıp olarak görüldüğü saptanmıştır. Yük kavramı toplumsal ve kültürel özellikleri ile doğrudan ilişkilidir⁵⁰.

Montgomery ve ark. yük kavramı nesnel ve öznel yük başlıkları altında incelenmiştir. Nesnel yük; bakım vericinin ya da ailenin günlük yaşamında, hastanın hastalığından kaynaklı yardım ve görev tiplerinde, sarf edilen çaba, harcanan zaman ve finansal kaynaklar olarak tanımlanmaktadır⁴⁸. Öznel yük soyut bir ifade olmakla birlikte bakım vericinin nesnel yüklerle uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Duygusal durum, fiziksel durum,

finansal ve çalışma ortamları gibi alanlarda bakım vericinin yaşadığı gerginliğin miktarıyla pozitif ilişkilidir. Öznel yük, rehabilitasyon ve bakımın sürdürülmesinde önemli bir ölçüttür^{48,49}.

2.13.Bakım Verme Yüğü

Bakım verme yüğü kavramı bakım sunarken yaşanan fiziksel, psikososyal veya maddi sorunları ifade etmektedir. Bakım verme yüğü; bakım veren bireyin özellikleri, bakım gereksinimlerinin nitelikleri, hastanın özellikleri, toplumsal normlar ve sağlık bakım sistemi ile yakından ilişkilidir⁵¹. Literatürde pek çok hastalığın bakım yüğü incelemesinde ve araştırmamızda kullanılan Bakım Verme Yüğü Ölçeğı 1980 yılında Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından geliştirilmiştir⁴. Ölçek yük kavramını; bakım verenlerin yaşadığı stres ve yaşanan finansal, fiziksel, sosyal ve ruhsal zorluklar olarak kapsamakta ve incelemektedir⁵¹. “Bakım sunma-bakım alma” ilişkisi bakım sunma sorumlulukları ile pozitif yönlü ilişkilidir. Bakım verme zamanla bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir⁵².

Bireyin sosyal yaşamındaki sorunlar ile bakım sunmanın kronik ve yoğun yapısı birleşince bakım veren zorlanmakta ve yük ifadesi kendini göstermektedir. Bakım veren bireyler bu yüğü yönetmekte başarısızlık, çaresizlik, suçluluk, öfke, korku ve sosyal izolasyon gibi durumlar yaşayabilmektedirler⁵³.

2.14.Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Genel Etkileri

Bakım vermek; bireyin yaşam kalitesi göstergeleri olan sağlık, sosyoekonomik ve psikolojik durumunu uzun ve zorlu bir süreçte çok boyutlu olarak etkiler. Bakım vermenin sonucunda yük depresyon, anksiyete, tükenmişlik sendromu gibi ruhsal sorunların oluşmasının yanında fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve finansal güçlükleri de beraberinde getirir⁵⁴.

Depresyon ve anksiyete bakım vermenin olağan sonucudur. Bakım verenlerin yaşam kalitelerini düşüren, işlevsel olarak kötüleşmelerine ve indirekt olarak hastayı etkileyen bir durumdur. Bakım veren bireyin hastanın eşi olması, bakım verici ile hastanın önceki ilişkileri, bakım veren bireyin sağlık problemleri bakım vericinin depresyonunu tetiklemektedir⁵⁵.

Bakım verme, ailenin parçalanması ve seksüel ilişkilerde bozulma, motivasyonsuzluk, kendine bakımda azalma, bilgi ve destek yetersizliğine ilişkin sorunların yaşanmasında neden olabilmektedir⁵⁶.

2.15.Epilepsi ve Bakım Yüğü

Epilepsinin çoğı zaman belirsiz olan doğası, bakım vericilerin çeşitli psikososyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Aslında bakım vericide oluşan yük, hastanın yaşadığı her türlü zorluğun yansıtmasıdır. Hastanın başarısında düşme, kronik hastalık durumu, hastalığa yönelik toplumun negatif algısı psikososyal sorunlara neden olmaktadır ve indirekt olarak bakım vericinin bakım verme yükünü etkilemektedir⁵⁷. Toplumda epilepsili hastalara yönelik sosyal damgalanmadan dolayı hastalarda sosyal izolasyon ve adaptasyon sorunları, benlik saygısında düşüş, iş bulmada güçlükler, evlilik yaşamında bozulmalar olmaktadır⁵⁸.

Dünya Sağlık Örgütü, Epilepsiye Karşı Uluslararası Lig (The International League Against Epilepsy) ve Uluslararası Epilepsi Bürosu (International Bureau for Epilepsy-IBE) gibi uluslararası kuruluşlar tarafından 1997 yılında Epilepsi hastaları ve beraberinde bakım vericilerinin yaşadığı çeşitli sorunlardan dolayı, epilepsiyle ilgili yanlış değer yargılarıyla mücadele için, “Epilepside Küresel Aydınlanma” kampanyası başlatmıştır⁵⁹.

Bakım vericilerin epilepsi hastalarının yaşadığı sorunları tanıyabilmesi ve başa çıkma yöntemlerini bilmesi önemlidir. Bakım verici ve hastanın yaşam kalitesinin artırılması açısından bakım vericinin sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapması, başetme becerilerini ve hastalık hakkında bilgi düzeyini geliştirmesi ve hastalığı algılayış şeklini değerlendirmesi gerekmektedir.

2.16. Dünya’da Ve Türkiye’de Bakım Verme Yüğü

Dünyanın genelinde çeşitli nedenlerden dolayı kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerin nüfusu gittikçe artmaktadır. Bakım verme yükü yaş ve bakım gereksinimi niteliğı ile ilişkilidir. Ülkemizde 65 yaş üzeri nüfus 1985 yılında %4,2’ye, 2000 yılında %5,6’ya ulaştığı ve 2020 yılında ise %7,7’ye ulaşması beklenmektedir⁶⁰.

Yaş artışı ile paralel olarak kronik hastalıklar da artmakta ve sonuç olarak yetersizliği olan hastaların %60-85’inin ailelerinden yardım aldığı belirtilmektedir. Amerika’da ise yaklaşık 66 milyon kişinin en az bir aile yakınına baktığı rapor edilmiştir⁸. Bütün bu veriler bize bakım verenlerin sayısının ne kadar çok olduğu ve desteğe ne kadar ihtiyaçları olabileceğini düşündürmektedir.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli Tipi

Araştırma Adana Dr.Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Nöroloji Polikliniğinde epilepsi tanısıyla başvuran ve araştırma kriterlere uyan hasta yakınlarının bakım verme yükünün belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Araştırma Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Nöroloji Polikliniğinde yapıldı. Nöroloji Polikliniğinde hizmet veren iki tane uzman hekim ve bir hemşire bulunmaktadır. Nöroloji polikliniğine yıllık 1000 ile 1500 arasında hasta başvurmaktadır. Hasta ve yakınlarına sadece poliklinik hizmeti verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 20 Haziran 2016- 30 Kasım 2016 tarihleri arasında Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Nöroloji Polikliniğinde epilepsi tanısıyla başvuran hasta yakınlarına oluşturmaktadır. Bu tarihler arasında Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Nöroloji Polikliniğinde epilepsi tanısıyla 700 hasta başvurmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi nöroloji polikliniğine Eylül 2015- Mart 2016 tarihleri arasında epilepsi tanısı ile 714 hasta başvurmuştur. Buna göre yapılan örneklem hesabında örneklem sayısı 174 olarak bulunmuştur.

n= Örneklem alınacak birey sayısı

N= Evrendeki birey sayısı

p= İncelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı)

q= İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan (0.05 serbestlik derecesi) teorik değer

d= Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma olarak simgelenmiştir.

N=714, p=0,006, q=0,994, t=1,96 d=0,01; seçildiğinde örneklem alınacak birey sayısı: 173,63 yaklaşık olarak **174** olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü 6 aylık (20 Haziran 2016 – 30 Kasım 2016) süreçte Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Nöroloji Polikliniğine başvuran epilepsi tanısı olan 122 hasta yakınına ulaşılmıştır. Planlanan süre içinde tekrarlayan başvurusu olan hastaların olması, başka endikasyonlar ile antiepileptiklerin kullanıldığı hastalar, yakınları eşlik etmeyen hastalar ve çalışmaya dahil edilmeye rızası olmayan hastalar nedeniyle planlanan 174 hasta yakınına ulaşılamamıştır. Tekrar güç analizi yapılmıştır. B(beta)=%80 alfa=%5 hata payı ile 110 örnek sayısı güç analiziyle yeterli bulunmuştur. 122 hasta ve yakınına ulaşıldığı için çalışma sonlandırılmıştır.

Hasta İçin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Epilepsi tanısı almış olması
- İletişim sorununun olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- Mental konfüzyonunun veya herhangi bir psikiyatrik probleminin bulunmaması

Hasta Yakınları İçin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- İletişim sorununun olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- Mental konfüzyonunun veya herhangi bir psikiyatrik probleminin bulunmaması
- Hasta ile akrabalık bağının olması

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bir merkezde yapılması, diğer hastanelerin araştırma kapsamına alınmaması araştırmanın sınırlılığı olarak düşünülebilir.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS (IBM SPSS Statistics 20) adlı paket program kullanılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Gruplar arasındaki istatistiksel anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U Testi” (Z tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H Testi” (χ^2 tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır.

3.6. Veri Toplama

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen Hasta ve Hasta Yakını Tanılama Formu (Ek 1) ile, 1980 yılında Zarit, Reever ve Bach- Peterson tarafından geliştirilen ve 2006 yılında İnci tarafından geçerlilik güvenirliliği yapılan Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (Ek 2) kullanılmıştır.

3.6.2. Hasta ve Hasta Yakını Tanılama Formu

Bu form bakım veren bireyin ve hastanın tanıtıcı özelliklerini sorgulayan toplam 16 sorudan oluşmaktadır.

Bakım veren bireyi tanıtıcı bilgiler bölümünde; bakım veren bireyin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, mesleğı ve akrabalık durumu ve derecesi gibi özelliklerini belirlemeye yönelik sekiz soru bulunmaktadır.

Bakım verilen bireyi tanıtıcı bilgiler bölümünde; bakım verilen bireyin yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, mesleğı, sigara kullanım durumu, ailede epilepsi hastası olan başka bireyin olup olmadığı, kaç yıldır hastalığın mevcut olduğu ve sürekli kullandığı ilaçlar olup olmadığı gibi özellikleri belirlemeye yönelik 8 soru içermektedir.

3.6.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

1980 yılında Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından Bakım Verme Yüğü Ölçeğı geliştirilmiş ve İnci tarafından 2006 yılında geçerlilik güvenirliliğı çalışılmıştır. Ölçek bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Bakım verici ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte “asla”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık”, ya da “hemen her zaman” şeklinde 0’dan 4’e kadar değişen 5’lilikert tipi değerlendirme mevcuttur. Ölçekten minimum 0, maksimum 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan sorular genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir⁴.

3.6.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Hasta ve Hasta Yakını Tanılama Formu ve ölçek hasta ve hasta yakınlarınayüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmış ve verilen tüm yanıtlar kayıt altına alınmıştır. Hasta ve hasta yakınları ile ortalama 20-25 dakika görüşme yapılmıştır. Zarit Bvyö uygulanırken hasta yakını ile yalnız görüşülmüştür.

3.6.5. Ön uygulama

Verileri toplamaya başlamadan önce 10 hasta ve yakınına “Hasta ve Hasta Yakını Tanılama Formu” ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soruların düzenlenmesine gerek duyulmamıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Zarit Bvyö kullanımı için gerekli izinler alınmıştır. Uygulamaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul onayı, Adana Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Etik Kurul onayı ve Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Nöroloji Poliklinliğinde tedavi gören hastalardan ve bakım verenlerden bilgilendirilmiş hasta onayı belgesi alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1.Bakım Veren Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerinin Yüzde Dağılımı

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan 122 bakım verici bireyin demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, meslek grubu, akrabalık bağı, yakınlık derecesi) özelliklerine ilişkin bulgular tablo 1 de görülmektedir.

Tablo 1. Bakım Veren Bireylerin Bazı Demografik Özelliklerinin Yüzde Dağılımı (N=122)

Değişkenler	n	%
Yaş Grupları ($\bar{x} \pm s. d. \rightarrow 43,70 \pm 13,81$)		
33 Yaş ve Altı	30	24,6
34-43 Yaş	29	23,8
44-53 Yaş	36	29,5
54 Yaş ve Üzeri	27	22,1
Cinsiyet		
Kadın	73	59,8
Erkek	49	40,2
Medeni Durum		
Evli	101	82,8
Bekar	21	17,2
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil	8	6,6
Okur-Yazar	34	27,9
İlköğretim	36	29,4
Lise	40	32,8
Üniversite	4	3,3
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	96	78,7
Hayır	26	21,3
Meslek		
Ev Hanımı	61	50,0
Serbest Meslek	27	22,1
Özel Sektör	11	9,0
Memur	3	2,5
Esnaf	4	3,3
Emekli	6	4,9
İşsiz/Çalışmıyor	10	8,2
Yakınlık Derecesi		
1.Derece	121	99,2
2. Derece	1	0,8
Akrabalık Bağı		
Kızı/Oğlu	56	45,9
Eşi	32	26,2
Annesi	14	11,6
Kardeşi	17	13,9
Babası	2	1,6
Kuzeni	1	0,8

Tablo 1 incelendiğinde bakım veren bireylerin yaş ortalamasının $43,70 \pm 13,81$ olduğu ve 30 kişinin (%24,6) 33 yaş ve altı yaş grubunda bulunduğu tespit edilmiştir. 73 bakım veren bireyin (%59,8) kadın olduğu, 101 bireyin (%82,8) evli olduğu belirlenmiştir.

40 bakım veren bireyin (%32,8) lise mezunu olduğu belirlenmiştir. 96 bakım veren bireyin (%78,7) çocuk sahibi olduğu ve 61 bireyin (%50,0) ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Bakım verilen bireylerin çoğunun (%99,2) 1.derece akraba oldukları belirlenmiştir.

4.2. Hastaların Bazı Demografik Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan hastaların demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sigara içme durumu, ailede epilepsi varlığı, epilepsi yılı, ilaç kullanma durumu, kullanılan ilaç) özelliklerine ilişkin bulgular tablo 2 de görülmektedir.

Tablo 2. Hastaların Bazı Demografik Özelliklerinin Yüzde Dağılımı (N=122)

Değişkenler	n	%
Yaş Grupları ($\bar{x} \pm s.d. \rightarrow 36,66 \pm 15,83$)		
23 Yaş ve Altı	31	25,4
24-33 Yaş	29	23,8
34-43 Yaş	20	16,4
44 Yaş ve Üzeri	42	34,4
Cinsiyet		
Kadın	62	50,8
Erkek	60	49,2
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	15	12,3
Okur-Yazar	38	31,1
İlköğretim	39	32,0
Lise	23	18,9
Üniversite	7	5,7
Sigara İçme Durumu		
Evet	37	30,3
Hayır	85	69,7
Ailede Epilepsi Varlığı		
Var	20	16,4
Yok	102	83,6
Epilepsi Yılı ($\bar{x} \pm s.d. \rightarrow 12,17 \pm 12,04$)		
1 Yıl ve Altı	19	15,6
2-5 Yıl	22	18,0
6-9 Yıl	30	24,6
10 Yıl ve Üzeri	51	41,8
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	113	92,6
Hayır	9	7,4
Kullanılan İlaç		
Depakin	46	44,2
Tegretol	27	26,0
Tripleptal	4	3,8
Efix	8	7,7
Diğer*	19	18,3

*Diğer: Canvulex, Keppra, Tustrol, Ciprelax, Efexor, Romenon, Lyrica, Zolerip.

Tablo 2 incelendiğinde epilepsi tanısı olan bireylerin yaş ortalamasının $36,66 \pm 15,83$ olduğu ve hastaların %34,4'inin 44 yaş ve üzerinde olduğu, hastaların %50,8' inin kadın olduğu, %32'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %69,7' sinin sigara kullanmadığı, %83,6'sının ailesinde başka bir yakınında epilepsi hastalığı var olduğu, %41,8'inde 10 yıl ve üzeri epilepsi hastası olduğu, %92,6'sının ilaç kullandığı ve kullanılan ilaçlarda %44,2 oranla depakin olduğu belirlenmiştir.

4.3.Bakım Verme Yüğü Ölçek Puan Ortalaması

Tablo 3. Bakım Verme Yüğü Ölçek Puan Ortalaması

Değişken	$\bar{x} \pm s. d.$	Median	Min.	Max.
Bakım Verme Yüğü Ölçeği	$27,19 \pm 13,70$	24,0	8,0	74,0

Epilepsi hastalarına bakım verenlerin ZARİT Bakım Verme Yüğü Ölçek puanı ortalaması $27,19 \pm 13,70$ olarak bulunmuştur.

4.4. Ölçeğe İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı

Araştırmamızda kullandığımız Zarit BVO' ne hasta ve hasta yakınlarının verdiği cevapların yüzdelik dağılımı tablo 4'te gösterilmektedir.

Bakım vericiler, yüksek oranda aile, iş sorumlulukları, arkadaş edinme gibi sosyal durumlarının; hastalarına bakım verme nedeniyle hiçbir zaman etkilenmediğini ifade etmişlerdir.

%67,2 oranda bakım verici, geleceğin yakınına getirebileceğinden endişe ettiğini, % 53,2 si kendisini hastasının yanında hiçbir zaman gergin hissetmediğini ve % 67,1 i yakınıyla ilgilenmenin özel hayatını etkilemediğini ve sağlığını bozmadığını ifade etmiştir.

Bakım vericilerin %62,2'si yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğini “hiçbir zaman” düşünmediğini ve yine %70,5'i hastasının bakımını bir başkasının üstlenmesini “hiçbir zaman” düşünmediğini ifade etmiştir.

Bakım vericilerin %82,0'ı hastası için yapabileceğinin en iyisini yaptığını ifade etmiştir.

Tablo 4. Ölçeğe İlişkin Verilen Cevapların Dağılımı(N=122)

Değişken	Hiçbir Zaman		Nadiren		Bazen		Oldukça Sık		Hemen Her Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	46	37,7	41	33,6	25	20,5	6	4,9	4	3,3
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	48	39,4	33	27,0	18	14,8	17	13,9	6	4,9
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	91	74,5	8	6,6	6	4,9	14	11,5	3	2,5
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	85	69,6	11	9,0	14	11,5	9	7,4	3	2,5
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	76	62,2	28	23,0	13	10,7	3	2,5	2	1,6
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	70	57,4	32	26,2	4	3,3	12	9,8	4	3,3
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	21	17,3	7	5,7	12	9,8	38	31,1	44	36,1
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	37	30,3	26	21,3	10	8,2	29	23,8	20	16,4
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	65	53,2	25	20,5	14	11,5	10	8,2	8	6,6
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	82	67,1	10	8,2	8	6,6	13	10,7	9	7,4
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?	82	67,1	19	15,7	7	5,7	8	6,6	6	4,9
12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	71	58,2	25	20,5	10	8,2	10	8,2	6	4,9
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	100	82,0	7	5,7	9	7,4	2	1,6	4	3,3
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	20	16,4	24	19,7	33	27,0	31	25,4	14	11,5
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	38	31,2	48	39,3	17	13,9	8	6,6	11	9,0
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	76	62,2	17	14,0	7	5,7	7	5,7	15	12,4
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	53	43,4	32	26,2	13	10,7	19	15,6	5	4,1
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	86	70,5	6	4,9	6	4,9	-	-	24	19,7
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	30	24,6	22	18,0	52	42,6	9	7,4	9	7,4
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	7	5,8	13	10,7	38	31,1	33	27,0	31	25,4
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	2	1,6	5	4,1	15	12,3	56	45,9	44	36,1
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	57	46,7	32	26,2	14	11,5	10	8,2	9	7,4

4.5. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamalarının Bazı Demografik Özellikleri İle Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına alınan bakım veren bireylerin bazı demografik özellikleri ile bakım verme yüğü puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tablo 5'te görülmektedir.

Bakım veren bireylerin 44 yaş ve üzeri bireylerin, kadınların, evlilerin, bakım verme yüğü puan ortalamasının yüksek olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak bir anlamlılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bakım veren bireylerin eğitim durumlarına göre okur-yazar olanların, ev hanımı ve çocuğı olan bakım veren bireylerin daha yüksek bakım verme yüğü puan ortalamasına sahip olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 5. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamalarının Bazı Demografik Özelliklere Göre Dağılımı(N=122)

Değişkenler	n	Bakım Verme Yüğü Ölçeğı	İstatistiksel Analiz* Olasılık
		Median [Min-Max]	
Yaş Grupları			
33 Yaş ve Altı	30	19,5 [8,0-59,0]	$\chi^2=6,546$ $p=0,088$
34-43 Yaş	29	21,0 [8,0-58,0]	
44-53 Yaş	36	27,5 [10,0-69,0]	
54 Yaş ve Üzeri	27	27,0 [11,0-74,0]	
Cinsiyet			
Kadın	73	26,0 [8,0-69,0]	$Z=-1,629$ $p=0,103$
Erkek	49	22,0 [8,0-74,0]	
Medeni Durum			
Evli	101	25,0 [8,0-74,0]	$Z=-1,284$ $p=0,199$
Bekar	21	19,0 [8,0-59,0]	
Eğitim Durumu^a			
Okur Yazar Değıl	8	26,0 [16,0-64,0]	$\chi^2=1,532$ $p=0,675$
Okur-Yazar	34	27,5 [11,0-69,0]	
İlköğretim	36	23,5 [10,0-74,0]	
Lise ve Üzeri	44	22,5 [08,0-59,0]	
Çocuk Sahibi Olma Durumu			
Evet	96	25,0 [8,0-74,0]	$Z=-1,938$ $p=0,053$
Hayır	26	19,0 [8,0-59,0]	
Meslek^b			
Ev Hanımı	61	27,0 [10,0-69,0]	$\chi^2=7,400$ $p=0,193$
Serbest Meslek	27	25,0 [08,0-54,0]	
Özel Sektör	11	22,0 [10,0-37,0]	
Memur/Esnaf	7	19,0 [12,0-46,0]	
Emekli	6	22,0 [16,0-74,0]	
İşsiz/Çalışmıyor	10	16,5 [11,0-38,0]	

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri; normal dağılıma sahip olmayan 3 veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

a- Eğitim durumu üniversite olanların örnek sayısı az olduğu için lise grubuyla birleştirilmiştir.

b- Memur örnek sayısı az olduğu için esnaf ile birleştirilmiştir.

4.6. Hastaların Bazı Demografik Özellikleri ile Bakım Vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastaların bazı demografik özellikleri ile bakım vericilerinin bakım verme yükü puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tablo 6’ da gösterilmektedir.

Tablo 6.Hastaların Bazı Demografik Özellikleri ile Bakım Vericilerin Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=122)

Değişkenler	n	Bakım Verme Yükü Ölçeği	İstatistiksel Analiz* Olasılık
		Median [Min-Max]	
Yaş Grupları			
23 Yaş ve Altı	31	29,0 [12,0-69,0]	$\chi^2=5,884$ $p=0,117$
24-33 Yaş	29	23,0 [8,0-54,0]	
34-43 Yaş	20	27,5 [12,0-74,0]	
44 Yaş ve Üzeri	42	20,0 [8,0-64,0]	
Cinsiyet			
Kadın	62	23,0 [8,0-69,0]	$Z=-0,233$ $p=0,815$
Erkek	60	25,0 [10,0-74,0]	
Eğitim Durumu			
Okur Yazar Değil ⁽¹⁾	38	41,0 [12,0-63,0]	$\chi^2=24,545$ p=0,000 [2-1,4] [1-3,4] [4-5]
Okur-Yazar ⁽²⁾	15	23,5 [11,0-74,0]	
İlköğretim ⁽³⁾	39	23,0 [8,0-53,0]	
Lise ⁽⁴⁾	23	17,0 [8,0-35,0]	
Üniversite ⁽⁵⁾	7	31,0 [21,0-58,0]	
Sigara İçme Durumu			
Evet	37	22,0 [10,0-63,0]	$Z=-0,538$ $p=0,590$
Hayır	85	24,0 [8,0-74,0]	
Ailede Epilepsi Varlığı			
Var	20	29,0 [10,0-69,0]	$Z=-1,995$ p=0,046
Yok	102	22,5 [8,0-74,0]	
Epilepsi Yılı			
1 Yıl ve Altı ⁽¹⁾	19	21,5 [15,0-37,0]	$\chi^2=13,753$ p=0,003 [3-4]
2-5 Yıl ⁽²⁾	22	26,5 [11,0-37,0]	
6-9 Yıl ⁽³⁾	30	19,0 [8,0-47,0]	
10 Yıl ve Üzeri ⁽⁴⁾	51	28,0 [11,0-74,0]	
İlaç Kullanma Durumu			
Evet	113	24,0 [8,0-74,0]	$Z=-1,893$ $p=0,058$
Hayır	9	17,0 [12,0-29,0]	

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri; normal dağılıma sahip olmayan 3 veya daha fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

23 yaş ve altı yaş grubundaki hastalara bakım veren bireylerin en yüksek bakım verme yükü puan ortalamasının olduğu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Erkek hastalara bakım veren bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamasının, kadın hastalara bakım veren bakım vericilerinkinden daha yüksek olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Hastaların eğitim durumlarına göre bakım verme yükü puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,000$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucu hastası okur-yazar olanlar ile okur-yazar olmayanlar ve lise mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Okur-yazar olan hastalara bakım verenlerin, bakım verme yükü puan ortalamalarının, okur-yazar olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşükken; lise mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hastası okur-yazar olanların bakım verme yükü ölçek puan ortalamasının, okur-yazar olmayanlara göre daha az; lise mezunlarına göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. İkili karşılaştırmalar sonucu okur-yazar olmayanlar ile ilköğretim ve lise mezunu olan hastalara bakım verenlerin; bakım verme yükü puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastası okur-yazar olmayanların bakım verme yükü puan ortalaması, ilköğretim ve lise mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Okur-yazar olmayanlara bakım verenlerin bakım yükünün, ilköğretim ve lise mezunu olanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. İkili karşılaştırmalar sonucu lise mezunu olan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalaması ile üniversite mezunu olan hastaya bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastası lise mezunu olanların bakım verme yükü puan ortalamasının, üniversite mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Hastaların %69.7'sinin sigara kullanmadığı tespit edildi. Sigara kullanmayan hastaların bakım verme yükü puan ortalamasının daha yüksek olduğu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Hastaların ailede bir başka epilepsi hastası varlığının durumuna göre bakım verme yükü puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-1,995; p=0,046$). Ailesinde bir başka epilepsi hastası olan hastalara bakım veren bireylerin; bakım verme yükü puan ortalamalarının, ailesinde epilepsi tanılı yakını olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların epilepsi sürelerine göre bakım verme yükü ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucu 6-9 yıldır epilepsi olanlar 10 yıl ve üzeri süredir olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 10 yıl ve üzeri süredir epilepsi olan hastalara bakım verenlerin; bakım verme yükü puan ortalaması, 6-9 yıldır olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

İlaç kullanan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamasının, ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, epilepsi olan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükünün incelenmesi ve bakım verenlerin sorunlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızda da bakım verenlerin BVYÖ puan ortalaması $27,19 \pm 13,70$ olarak bulunmuştur. Bakım verme yükü ölçeğinden alınan puan ne kadar yüksek ise bakım veren bireylerin yükü de o kadar artmaktadır. Yılmaz'ın çalışmasında Kalıcı kolostomisi olan hastaların primer bakım vericilerinde bakım yükünün incelenmesi' adlı çalışmada Zarit BVYÖ puan ortalaması $31,37 \pm 8,2$ (7-63) olarak bulunmuştur⁶¹. Costa-Requenave ark.'nın terminal yaptığı çalışmada bakım yükü puan ortalamalarının sosyo-demografik özelliklerden yaş ve cinsiyete göre değiştiği sonucuna varılmıştır⁶². Evangelista ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da, yaş arttıkça bakım verme yükü puanının arttığı ayrıca kadınların bakım yüklerinin erkeklere göre daha fazla olduğu ve bu nedenle bakım veren bireylerin bakım yükü puan ortalamalarını belirlerken yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir⁶³. Akça ve Taşçı'nın yapmış olduğu çalışmada bakım veren bireylerin günlük yaşantısının fiziksel ve ruhsal sağlığın etkilenmesinde bireylerin tanıtıcı özelliklerinin ön plana çıktığı belirlenmiştir⁶⁴. Ancak çalışmamızda bakım veren bireylerin yaş özellikleri ile bakım verme yükü arasında bir ilişki tespit edilemedi.

Araştırmamızda bakım veren bireylerin yaş ortalamasının $43,70 \pm 13,81$ olduğu ve 30 kişinin (%24,6) 33 yaş ve altı yaş grubunda bulunduğu tespit edilmiştir. Literatürde bakım verenin yaşı arttıkça yaşanan tükenmişliğin ve yük düzeyinin artacağını bildiren çalışmalar da vardır^{65,66}. Magana ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada ise bakım verenin genç yaşta olması bakım yükü ve depresif belirtilerle ilişkili bulunmuştur⁶⁷.

Araştırmamızda bakım veren bireylerin %59,8 oranla kadın olduğu saptanmış ve yapılan birçok çalışmada da bakım verenlerin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu belirlenmiştir^{68,69}. Bakım veren bireylerin cinsiyetlerine göre BVYÖ puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Ülkemizde Orak OS ve ark. Kanserli hastalarda yaptığı çalışmada kadın bakım vericilerin bakım yükü puan ortalamasının yüksek olduğunu saptamıştır⁷⁰. Bakım verme işinin çoğunlukla kadınlar tarafından yapılmasının, bakımın tüm kültürlerde kadına yüklenen bir sorumluluk olduğu, kadınlarda annelik duygusuyla beraber şefkat, merhamet duygularının daha ön planda olduğu, kadınların ev, iş, çocuk

sorumluluklarından dolayı çalışma hayatında aktif olmamasının bakım verenlerin kadın olmasında etken olduğu düşünülmektedir. Literatürde ülkeler arasında fark olmaksızın hasta bakımında kadınların rol almasının daha yaygın olduğu ve bakım vermenin bütün toplumlarda sadece kadınların üstlenmesi gereken bir rol, iş ya da görev gibi algılandığı vurgulanmaktadır^{61,71,72,73}. Costa G ve ark. kanser hastaları üzerine yaptığı çalışmada bakım yükünün sosyo-demografik özelliklerden yaş ve cinsiyete göre değiştiği sonucuna varılmıştır⁶². Çalışmamızda bakım verenlerin 101 bireyin (%82,8) evli olduğu saptanmıştır. Yapılan birçok çalışmada da bakım veren bireylerin çoğunluğunun evli olduğu belirtilmiştir^{8,74}.

Bakım veren bireylerin medeni durumu ile bakım verme yükü ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; evlilerin BVYÖ puan ortalamasının bekar olanlardan daha yüksek olduğu, ancak medeni durum ile BVYÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Dunbar SB ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise medeni durum ile bakım verme yükü arasında bir ilişki belirlenmiş, evlilerin bakım yükünün daha fazla olduğunu saptamışlardır⁷⁵. Aydın ve ark.⁷⁶ yaptığı çalışmada, medeni durum ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış, ancak Zaybak ve ark.⁷⁷ çalışmasında bekarların bakım yükü puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Evli olanların aile sorumluluklarını (eş, çocuk, çocuk eğitimi, ev işleri, ekonomi vs.) bakım verici rolüyle beraber yerine getirmekte zorlanabildiğinden bakım yükünün daha fazla olduğu düşünülebilir.

Bakım veren bireylerin eğitim durumu ile BVYÖ puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; okur-yazar olanların BVYÖ puan ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, ancak eğitim durumu ile BVYÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Grater ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe bakım yükünün arttığı ifade edilmiştir⁷⁸.

Akça ve Taşçı'nın yapmış olduğu çalışmada da bakım veren bireylerden okuma yazma bilmeyenlerin, evlilerin, yaşlı olanların ve çalışmayanların bakım yüklerinin diğer gruplara göre arttığı ve günlük yaşamlarında da bu durumdan daha fazla etkilendikleri belirlenmiştir⁶⁴.

Bakım veren bireylerin çocuk sahibi olması ile BVYÖ puan ortalaması incelendiğinde; çocuk sahibi olanların BVYÖ puan ortalamasının, çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek olduğu, ancak çocuk sahibi olma durumu ile BVYÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Bakım verenlerden 96 bakım veren bireyin (%78,7) çocuk sahibi olduğu sahibi olduğunu belirtmiştir. İnci'nin yapmış olduğu çalışmada da bakım verenlerin çoğunluğunun çocuk sahibi olduğu belirtilmiştir⁴.

Bakım veren bireylerin mesleği ile BVYÖ puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; mesleklerine göre bakım verme yükü ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Arguvanlı ve Taşçı'nın 2013 yılında ruhsal hastalıkların bakım yükü çalışmasında herhangi bir işte çalışmayan, sürekli hasta ile birlikte olan bakım vericilerin; kendisine sınırlı sosyal yaşantı ayırması nedeniyle fiziksel ve duygusal bakım yükünün fazla olabileceği saptanmıştır⁶⁶.

Araştırmamızda akrabalık derecesini göz önünde bulundurarak bakım verenlerin kimlere bakım verdikleri sorgulandığında 1. Derece yakınına bakım verdiği saptanmıştır. %45,9 bakım vericinin hastanın kızı/oğlu olduğu saptanmıştır. Literatür bulguları incelendiğinde bakım veren bireylerin çoğunluğunun anne ya da kız kardeş olduğu görülmektedir^{79,80,81,82}.

Araştırmamızda hastaların %34,4'ünün 44 ve üstü yaş grubunda olduğu, yaş ortalamalarının $36,66\pm15,83$ olduğu saptandı. Yapılan farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edildiği belirtilmektedir^{4,83}. Epilepsi olan hastalar incelendiğinde epilepsi tanılı hastaların 23 yaş ve altı yaş grubunda en yüksek bakım verme yükü puan ortalaması aldığı ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu bulguyla benzer şekilde daha genç hastaların bakımının üstlenildiği durumlarda yük düzeyinin arttığını bildiren çalışmalar vardır^{84,85}. Bu durum; hastanın genç oluşundan kaynaklı bakım vericide verdiği bakımı sorgulamasına daha fazlasını, daha iyisini yapmak zorunda hissetmesine neden olduğundan ortaya çıkabilir.

Araştırmamızda hastaların cinsiyeti ile bakım verenlerin BVYÖ puan ortalaması arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; erkek hastalara bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu, ancak bu durumun anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Literatürde bu bulguya benzer şekilde ailenin üzüntüsünün ve yük düzeyinin hasta erkek olduğu zaman arttığı gösteren çalışmalar bulunmaktadır⁵². Ukpong'un yaptığı çalışmada bu bulguların aksine bakım veren bireylerde yüksek duygusal sıkıntı seviyeleri hastanın kadın olması ve evli olması ile ilişkili bulunmuştur⁸⁶.

Çalışmamızda hastaların %31,1'ünün okur-yazar olduğu tespit edildi. İnci'nin⁴ yapmış olduğu çalışmada hastaların %33'nün, Yu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise hastaların %54,5'inin okuma-yazma bilmediği belirlenmiştir⁸³. Hastaların eğitim durumu ile bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamasına bakıldığında hastaların eğitim durumlarına göre bakım verme yükü puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Okur-yazar olan epilepsi tanılı hastalara bakım verenlerin, okur-yazar olmayan hastalara bakım verenlerin BVYÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

daha düşükken; lise mezunu olanların bakım vericilerinin aldığı BVYÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. İkili karşılaştırmalar sonucu bakım verdikleri hastaların okur yazar olmayanlar ile ilköğretim ve lise mezunu olanlar arasında bakım vericilerinin aldığı BVYÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastası okur yazar olmayanlara bakım verenlerin BVYÖ puan ortalaması, ilköğretim ve lise mezunu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum hastalarının eğitim düzeyi düşüktüğü hastalık ve tedavi uyumunun azalması hastalığı kabulleniş, tedaviye daha geleneksel yöntemler ile yaklaşımdan kaynaklanabilir. Hastası lise mezunu olanların bakım verme yükü puan ortalamasının, üniversite mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Literatürde eğitim durumunun bakım yükünü etkileyen faktör olduğunu belirten farklı çalışmalar vardır. Yıldırım ve ark⁸⁷ yaptığı çalışmada çalışmamızın aksine eğitim düzeyinin bakım verenlerin yükünü anlamlı olarak etkileyen bir değişken olmadığı saptanmıştır. Ukpong'un (2012) çalışmasında⁸⁶ ise eğitim seviyesi düşük olan ve işsiz olan hastaların bakım verenlerinin yük düzeyi, eğitim seviyesi daha yüksek olan ve istihdam edilmiş olan hastaların bakım verenlerinin yük düzeyinden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çetin (2011) çalışmasında⁸⁰ hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, düzenli ilaç alma durumu, tanı aldıktan sonra geçirdiği süre ve yatış sayısı ile aile üyelerinin yük düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Araştırmamızda hastalarımızın % 69.7'sinin sigara kullanmadığı tespit edildi. Sigara kullanmayan hastaların BVYÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Hastaların ailelerinde bir başka epilepsi hastasının olma durumu sorgulandığında % 83.6'sının ailesinde bir başka epilepsi hastasının olmadığı saptanmıştır. Epilepsi tanılı hastaların ailede epilepsi varlığı durumuna göre bakım verme yükü puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ailesinde bir başka epilepsi hastası olan hastalara bakım veren bireylerin; bakım verme yükü puan ortalamalarının, ailesinde epilepsi tanılı yakını olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ailede epilepsi tanılı başka bir hastanın oluşu bakım vericileri ruhsal olarak daha fazla yük altında hissetmesine, tükenmişlik sendromu yaşamasına, başetme becerilerini orantılı kullanmamasına neden olabilir.

Hastaların epilepsi tanısı alma sürelerine göre bakım verme yükü ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığı tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucu 6-

9 yıldır epilepsi olanlar 10 yıl ve üzeri süredir olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 10 yıl ve üzeri süredir epilepsi olan hastalara bakım verenlerin; bakım verme yükü puan ortalaması, 6-9 yıldır olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Aylaz ve ark; yaptığı çalışmada da bakım verme süresi artıkça bakım verme yükünün arttığı tespit edilmiştir⁸⁸. Yıllar içinde hastalığın semptomlarının artışı, prognozun kötüye gidişi, medikal tedaviye direnç gelişmesi, ilaçların yan etkisi gibi durumlar bakım vericinin yükünün artmasına neden olabilir.

İlaç kullanan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamasının, ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Araştırmamızda literatüre uyumlu olarak hastaların ilaç kullanımının yüksek olduğu (%92,6)'sının ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Karahan A.Y, İslam S'nin çalışmasında hastaların %83 'sinin ilaç kullandığı saptanmıştır⁸⁹.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmamızda bakım verme yükü ölçek puan ortalaması $27,19 \pm 13,70$ bulunmuştur. Ölçekten alınan puan arttıkça bakım yükü artmaktadır.

Bakım veren bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, meslek, akrabalık bağı gibi özelliklerinin bakım verme yükü puan ortalaması açısından anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur.

Ailesinde epilepsi tanısı olan başka bir bireyin, bakım verme yükü puan ortalamasının daha yüksek olduğu dolayısıyla bakım vericilerin bakım yükünün, ailesinde epilepsi tanısı olmayan bakım vericilere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Hastalık yılı arttıkça bakım vericilerin bakım verme yükü puan ortalamasının yüksek olduğu dolayısıyla hastalık yılı fazla olan hastalara bakım verenlerin bakım yükünün fazla olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların yaş, cinsiyet, sigara içme durumu, ilaç kullanım durumlarına göre bakım verme yükü puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Hemşirelerin, bakım vericilerin bakım yükünü değerlendirerek baş edemedikleri sorunları belirlemesi,
- Bu sorunlarla baş etmelerine yönelik eğitim vermesi ve danışmanlık yapması,
- Uzun süredir bakım veren ve ailesinde başka bir epilepsi hastası daha olan bakım vericilerinin özellikle desteklenmesi önerilebilir.
- Sağlık ekibi üyelerinin bakım verenleri de ekibe katarak hasta ile ilgili kararların alınmasında onların da görüşlerinin alınması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. **Durna Z**, İç Hastalıkları Hemşireliği **2013**, İstanbul sf :312
2. **Vatanoglu Z, Emine L, Ataman E, Doğan A; Suat B** “ Nörolojik Bilimler Dergisi”. **2016**, Cilt. 33 sayı 4, sayfa: 515-525
3. **Yeni S** “Epilepsi Epidemiyolojisi” Türkiye Klinikleri J Neurol- Special Topics.**2008**; 1(2):9-16
4. **İnci F.H, Erdem M** “Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması Geçerlilik Ve Güvenilirliği” Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **2008**;11: 4
5. **Görgülü Ü, Fesci H**. “Epilepsi ile yaşam: Epilepsinin psikososyaletkileri” Göztepe Tıp Dergisi 26(1):27-32, **2011**
6. **Soyuer F, Erdoğan F** “ Fiziksel aktivite ve epilepsi”Sağlık Bilimleri Dergisi (JournalofHealthSciences) 20(1) 77-81, **2011**
7. **Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK**. “İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler” Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi **2011**, 4(3);125-130
8. **Yeh PM, Bull M**. Use of theresiliency model of familystress, adjustmentandadaption in theanalysis of familycaregiverreactionamongfamilies of olderpeoplewithcongestiveheartfailure. Int J Older People Nurs**2012** Jun;7(2):11726
9. **Baykan B, Bebek N, Gürses C**. “Epilepsi”,**2010** <http://www.itfnoroloji.org/epilepsi/Epilepsi.htm> **Erişim tarihi:18.06.2017**
10. **Bingöl Z, Müngen B, Berilgen M.S, Rıkanoglu A, Özel S, Sürgün F**, Status Epileptikus: Etiyoloji, Klinik Özellikler, Tedavi ve Prognoz. Fırat Tıp Dergisi **2008**, 13(3):188-190
11. **Yeni S, Gürses C**. “Epilepsi Çalışma Grubu Tanı ve Tedavi Rehberi” **2015**
12. **Banerjee, P N, Filippi, D, ve AllenHauser, W. (2009)**.Thedes criptive epidemiology of epilepsy-a review. Epilepsyresearch, 85(1), 31-45.
13. **Karadakovan A, Aslan F**, “Dahili ve Cerrahi hastalıklarda Bakım” Nobel Kitap Evi **2011**,sf 1194-1195
14. **Bambal G ve ark**. “ Konuralp Tıp Dergisi” **2011**;3(3) :42-45
15. **İşlerA, Tekgül H**. “Epileptik Nöbetlerde Alternatif Bir Sınıflama: Semiyolojik Nöbet Sınıflaması”Türkiye Klinikleri J Neur **2010**;5(2):61-8
16. **Akdağ G, Algin D, Erdinç O** “Epilepsi” Osmangazi Tıp Dergisi, **2016**;38 (Özel Sayı 1): 35-41
17. **Güldiken B, Baykan B, Süt N, Bebek N, Gürses C, Gökyiğit A**. “Video EEG Monitörizasyonu ile Kaydedilen Nöbetlerde Farklı Epilepsi Sınıflamalarının Uyumluluklarının Değerlendirilmesi”. Journal of Neurological Sciences **2012**, 29:(2)31; 201-211
18. **Kayrak N, Özkara Ç, Saygı S, Velioğlu, S.2007**,Epilepsi Rehberi. Türk Nöroloji Derneği, Ankara.
19. **Scheffer I.E ve ark** “Classification of theepilepsies” EpilepsiaOpen, 1(1):37-44,**2016**
20. **Fisher RS, Cross JH, D'Souza C, French JA, Haut SR, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, Lagae L, Moshé SL, Peltola J, RouletPerez E, Scheffer IE, Schulze-Bonhage A, Somerville E, Sperling M, Yacubian EM, Zuberi SM**. Instructionmanualforthe ILAE 2017 operationalclassification of seizu types. *Epilepsia*. **2017** Apr;58(4):531-542. doi: 10.1111/epi.13671. Epub 2017 Mar 8.

21. **Çakıl D, İnanır S, Baykan H, Aygün H, Kozan R.** “Epilepsi ayırıcı tanısında psikojenik non-epileptik nöbetler” Göztepe Tıp Dergisi **2013**;28(1):41-7.
22. **Ertuğrul S, Özmenoğlu M.** “Nörolojik Muayene” <http://www.mehmetozmenoglu.com> **Erişim tarihi: 27.06.2017**
23. **Blinowska K, Durka P.** “EEG” Varşova Üniversitesi **2006**. <https://www.researchgate.net/publication>. **Erişim tarihi: 26.06.2017**
24. **Aykaç, A.** EEG (Elektroensefalogram) Yakın Doğu Üniversitesi Biyofizik ABD ders notları http://docs.neu.edu.tr/staff/asli.aykac/EEG-2015_94.pdf **Erişim Tarihi: 25.06.2017**
25. **Demir A.B, Bora İ.** “Epilepsi Cerrahisinde Endikasyonlar ve Hastanın Hazırlanması” Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji ABD, **2014**.
26. **Kınay D.** “Epilepsi Cerrahi Uygulamalarında Nörogörüntüleme” Epilepsi **2012**;18(Ek 1):18-29
27. **Yıldırım N.** Epilepsi. <http://bilheal.bilkent.edu.tr/aykonu/ay2010/agustos10/epilepsi.htm> **Erişim tarihi: 25.06.2017**
28. **Miletich RS.** Positron Emission Tomography and Single-Photon Emission Computed Tomography in Neurology. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology. **2016** Oct;22(5):1636-1654.
29. **Theodore WH.** Presurgical Focus Localization in Epilepsy: PET and SPECT. Semin Nucl Med. **2017** Jan;47(1):44-53. doi: 10.1053/j.semnuclmed.2016.09.008. Epub **2016** Oct 17.
30. **Kayaalp SO, Dalkara T.** Antiepileptik İlaçlar, In: Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji (12. Baskı), Cilt: 2, Kayaalp SO. (edt), Ankara, **2009**; 884-901
31. **Ayta S, KORKMAZ B.** Epileptik Sendromlarda Bilişsel İşlev Bozuklukları. Epilepsi **2014** 20(Ek 1):37-45
32. **Yalçınkaya C.** İdiyopatik jeneralize epilepsiler ve epileptik sendromlar ve tedavi. **2008**1. Baskı, İstanbul: Net matbaacılık, sayfa:23-37
33. **Çalış Ü.** “Antiepileptik İlaçlar” <http://yunus.hacettepe.edu.tr>. **Erişim tarihi: 28.06.2017**
34. **Harward SC, Chen WC, Rolston JD, Haglund MM, Englot DJ.** Seizure Outcomes in Occipital Lobe and Posterior Quadrant Epilepsy Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Neurosurgery. **2017** doi:10.1093/neuros/nyx158.
35. **Jayalakshmi S, Vooturi S, Gupta S, Panigrahi M.** Epilepsy surgery in children. Neurol India. **2017** May-Jun;65(3):485-492.
36. **Şener U, Zorlu Y, Önal N.** Epilepsili Hastalarda İlaç Direnç ve Antiepileptik İlaç Tedavisine Yanıtı Etkileyen Faktörler, Epilepsi **2004**; 10(3): 143-148
37. **Bedük T.** “İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları” Güneş Tıp Kitap Evleri **2016**, sf:295
38. **Kaptan G, Dedeli Ö.** Temel “İç Hastalıkları Hemşireliği”, İstanbul Tıp Kitabevi, **2012** sf:421
39. **Durna Z.** “Kronik Hastalıklar ve Bakım” Nobel Tıp Kitap Evleri, **2012** sf:219
40. **Ovayolu N, Ovayolu Ö.** “Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar” Nobel Tıp Evi **2016**, 5: 116
41. **Jokeit H, Schacher M.** Neuropsychological aspects of type of epilepsy and etiological factors in adults. Epilepsy Behav. **2004**; S14-20
42. **Mollaoğlu, M. Durna, Z. Bolayır, E.** Factors Affecting The Psychosocial Adjustment of People with Epilepsy. Neurol Psychiatr Brain Res **2005**; 12:145-152

43. **Fisher R, Acevedo C, Arzımanoğlu A**, “A practical clinical definition of epilepsy” *Epilepsia*.**2014**;55: 475-482
44. **Adadioğlu Ö, Oğuz S**. “Epilepsi ve Öz Yönetim” *Epilepsi* **2016**;22(1):1-4
45. **Bek S, Gökçil Z**. “Epilepsi ve Askerlik” **2007**;13(1):12-16
46. **Kalra H, Kamath P, Trivedi JK, Janca A**. Caregiver burden in anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry* **2008**; 21:70-73.
47. **Bodur S, Cingil D**, **2006**. Aile içi bakım vericileri eğitmenin bağımlı yaşlıların evde bakım kalitesine etkisi. *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 22(4):149-157.
48. **Şahin Z, Polat H, Ergüney S**, Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009**;12:2
49. **Martorell A, Pereda A, Salvador-Carulla L, Ochoa S, Ayuso-Mateos JL**. Validation of the Subjective and Objective Family Burden Interview (SOFBI/ECFOS) in primary caregiversto adults within tell ectual disabilities living in the community. *J Intellect Disabil Res* **2007**; 51:892-901
50. **Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S**. Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler Ve Hastalığın Özellikleri İle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi- Archives of Neuropsychiatry* **2009**; 46(Özel Sayı):10-14.
51. **Özlu A, Yıldız M, Aker T**. “Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması”*Nöropsikiyatri Arşivi - Archives of Neuropsychiatry* **2009**; 46(Özel Sayı):38-42.
52. **Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, ÇubukçuoğluZ** “ Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler” *Türk Psikiyatri Dergisi* **2010**; 21:203-21
53. **Thompson CA, Spilbury K, Hall J, Birks Y, Barnes C, Adamson J**.“Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia” *BMC Geriatrics***2007**; 7:18.
54. **Malak AT, Dicle A**.“Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler” *Türk Nöroşirürji Dergisi* **2008** 18(2):118-121
55. **Yılmaz A, Turan E**. Alzheimer hastalarının yakınlarında bakımevi tercihini belirleyen faktörler. **Kriz Dergisi** **2008**; 16(2):11-24.
56. **Arslantaş H, Adana F** “Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü” *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* **2011**; 3(2):251-277
57. **Uysal S, Ercan T**. Epilepsi, spor, psikososyal yaşam. *Türk Pediatri Arşivi* **2005**;40:68-71.
58. **Raguraman J, Wadoo O**. Unravelling the psychological shadows of epilepsy. *JK- Practitioner* **2006**; 13: 248-250.
59. **McEwan L, Taylor J, Casswell M, Entwistle R, Jacoby K, Gorry J, Jacoby A, and Baker GA**. Knowledge of and attitudes expressed toward epilepsy by carers of people with epilepsy: A UK perspective. *Epilepsy&Behavior* **2007**;11:13-19.
60. **Karapolat H**. Kronik yaşlı bakımında dikkat edilecek noktalar. *Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi* **2009**; 55 Özel Sayı 2:88-9
61. **Yılmaz G**. Kolon Kanserli Hasta Yakınlarının Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*. **2016**. sy:10
62. **Costa-Requena G, Cristofol R, Canete J**. Caregivers’ morbidity in palliative Careunit: predicting by gender, age , burdenand self-esteem. *Support Care Cancer*. **2012** Jul;20(7):1465-70

63. **Evangelista LS, Dracup K, Doering L, Westloke C, Fenarow GC, Hamiltom M.** Emotional well-being of heart failure patient and their caregivers. *J C ard Fail.* **2002** oct;8(5):300-5
64. **Akça NK, Taşçı S.** 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 14 (Ek Sayı Hemşirelik Özel Sayısı), 3036, **2005**
65. **Magliano ve ark. National Mental Health Project Working Group.** Family burden in long term disease: acomparative study in schizophrenia vs. Physical disorders. *Social Science Medicine* **2005**, 61(2) 313-322
66. **Arguvanlı S, Taşçı S.** Bipolar Bozuklukta Bakım Verenlerin Sorunları Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi **2013**, 1(1), 21-30
67. **Magana S.M, Ramírez García, J.I. Hernández, M.G. ve Cortez, R.** Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv*, **2007**,58, 378-384.
68. **Volente LE, Truzzi A, Souza WF, Alves GS, Alves CE, Sudo FK, Lanna ME, Moreira DM, Engelhardt E, Laks J.** Health self- perception by dementia family caregivers. *Arq Neuropsiquiatr.* **2011**;69(5):739-744
69. **Garlo K, O’Leary JR, Van Ness PH, Fried TR,** Burden in caregivers of older adults with advanced illness, *Journal Of The American Geriatrics Society.* **2010**, Dec;58(12):2315-22
70. **Orak OS ve ark.,** “Kanserde Bakıcı Yükü” Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing **2015**;6(1):33-39
71. **Kim, Y., Wellisch, D., Spillers, R.** Effects of Psychological Distress on Quality of Life of Adults Daughters and Their Mothers with Cancer. *Psychoncol;* **2008**,17(11): 1129-36
72. **Kim, Y., Baker, F., Spillers, R.L., Wellisch, D.K.** Psychological adjustment of cancer caregivers with multiple roles. *Psychooncology;* **2006**,15:795–804.
73. **Akgün Ş.Z.** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOAH) Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Depresyon Düzeyleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi;* **2014**,12(3):113-119.
74. **Higginson IJ, Gao W.** Caregiver assessment of patients with advanced Cancer: concordance with patients, effect of burden and positivity. *Health and Quality of Life Outcomes* **2008**, 6;42
75. **Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Koslow NJ.** Family influences on heart failure self-care and outcomes. *J Cardiovasc Nurs* **2008**; 23(3):258-65
76. **Gure TR, Kabeto MV, Blaum CS, Langa KM.** Degree of disability and patterns of caregiving among older Americans with congestive heart failure. *J Gen Intern Med* **2008** Jan;23(1):70-6
77. **Zaybak, A., Güneş, Ü., İsmailoğlu, E.G., Ülker, E.** Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi;* **2012**, 15(1):48-54
78. **Grater. J.J.** The Impact of Health Care Provider Communication on Self efficacy and Caregiver Burden in Older Spousal Oncology Caregivers. Doctor of Philosophy, University of Pittsburg; **2005**,130.
79. **Nasr, T. ve Kausar, R.** Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry;* **2009**, 8, 17
80. **Çetin, N.** Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisinin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi. **2011**.
81. **Çınar, İ** Şizofreni Hasta Ailelerinin Bakım Yükleri ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, **2011**.
82. **Günaydın, N., Orak, O.S., Barlas, G.Ü. ve Sarıkaya, P.** Psikiyatri Hastalarına Bakım Veren Aile Bireylerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Ruhsal Sorunları Arasındaki İlişki. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 4-7 Ekim, Erzurum, **2012**,241-242.

83. **Yu DSF, Lee DTF, Thompson DR, Woo J, Leung E.** Assessing self-carebehaviour of heart failure patients: cross-culturel adaptation of two hear tfailure self-careinstruments. Hong Kong Med J, Vol 16, No:3, Supplement 3, June **2010**, s:13-16
84. **Gutiérrez-Maldonado, J.,Caqueo-Úrizar, A. ve Kavanagh, D.J.** Burden Of Careand General Health İn Families Of Patients With Schizophrenia. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, **2005**,40(11), 899-904
85. **Arslantaş, H., Adana, F., Dereboy, F., Altınyazar, V., İnal, S., İldırılı, G.S. ve ark.** Algılanan Aile Yük Ölçeği'nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi, **2011**,48, 53-58.
86. **Ukpong, D.** Şizofreni hastalarına bakım veren aile nijeryalıları arasında yük ve ruhsal sıkıntı: Pozitif ve negatif semptomların rolü. Türk Psikiyatri Dergisi, **2012**,23(1), 40-45
87. **Yıldırım S, Engin E, Aycan V** “ İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yüğü ve Yüğü Etkileyen Faktörler” Nöropsikiyatri Arşivi **2013**; 50: 169-174
88. **Alahan N, AylazR2 ,Yetiş G** , “Kronik Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Bakım Verme Yüğü” İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi **2015**; 4 (2): 1-5
89. **Karahan A.Y, İslam S**,Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yüğü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi **2013**, 3(1), 51-57

EKLER

Ek 1. Hasta ve Hasta Yakını Tanılama Formu

HASTA VE HASTA YAKINI TANILAMA FORMU

Bu anket epilepsi hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükünün incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen tüm sorulara mümkün olduğunca doğru ve tam cevap veriniz. Tüm cevaplarınız bilimsel araştırmalar dışında kullanılmayacaktır ve araştırma grubu dışında hiç kimse sizin onayınız olmadan bilgilere ulaşamayacaktır.

A) BAKIM VEREN BİREYLERİN ÖZELLİKLERİ

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz : Kadın(...) Erkek(...)
- 3) Medeni durumunuz: Evli(...) Bekar(...)
- 4) Eğitim durumunuz: Okur-yazar değil(..) Okur-yazar(..) İlköğretim(..) Lise(..) Üniversite(..)
- 5) Çocuk sahibi misiniz? Evet(...) Hayır(...)
- 6) Mesleğiniz nedir?
- 7) Bakım verdiğiniz hastayla aranızda akrabalık bağı var mı? Evet(...) Hayır(...)
- 8) Cevabınız Evet ise, derecesi nedir?

B) EPİLEPSİ TANISI OLAN HASTANIN ÖZELLİKLERİ

- 9) Dosya numarası:
- 10) Yaşınız :
- 11) Cinsiyetiniz : Kadın(...) Erkek(...)
- 12) Eğitim durumunuz: Okur-yazar değil(..) Okur-yazar(..) İlköğretim(..) Lise(..) Üniversite(..)
- 13) Sigara kullanıyor musunuz? Evet(...) Hayır(...)
- 14) Ailede epilepsi hastası olan başka birey var mı?
- 15) Kaç yıldır epilepsi hastalığınız var?
- 16) Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?
a)Evet(ilâçların isimlerini yazınız)..... b)Hayır

Ek 2. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

ZARİT BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
11. Yakınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
17. Yakınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
19. Yakınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
20. Yakınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4
22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	(...)0	(...)1	(...)2	(...)3	(...)4

Bakım verme yükü ölçeği, Zarit, Reeve ve Bach- Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı bakım verme güçlüğünü değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekte, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen likert tipi 22 ifade yer almaktadır.

0 (Hiçbir zaman), 1 (Nadiren), 2 (Bazen), 3 (Sık sık), 4 (Hemen hemen her zaman) seçeneklerini ifade etmektedir. Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur .Ölçekten alınacak puan 0-88 arasında değişmekte, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında İnci. tarafından yapılmıştır.

Ek 3. Enstitü Kabul Kararı.Yönetim Kurulu Kararı

Tarih ve Sayı: 14/06/2016-E.80364



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 30050047-050.02.04/
Konu : Yönetim Kurulu Kararı

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı)

Enstitü Yönetim Kurulu'nun 14.06.2016 tarih ve 19/8-2 no'lu kararı aşağıda sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Karar No:2- Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 07.06.2016 tarih ve 76949 sayılı yazısı görüşüldü;

Yüksek Lisans öğrencisi Nesibe Neşe SEDEF'in "Epilepsi Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi" başlıklı tez önerisinin kabulüne, öğrencinin kendisi tarafından YÖK Yayın ve Dökümantasyon Daire Başkanlığı Tez Otomasyon Sistemine veri girişi yapılması ve çıktılarının Enstitü'ye iletilmesine, oybirliği ile karar verildi.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Behice DURGUN
Enstitü Müdürü

Mevcut Elektronik İmzalar

BEHİCE DURGUN (SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ - Enstitü Müdürü) 14/06/2016 21:05

Adres:Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 01330 Balcalı, Sarıçam / Adana

Telefon:0 (322) 338 60 78 Faks:0 (322) 338 62 98
e-Posta:sagbile@cu.edu.tr Elektronik Ağ:www.cu.edu.tr

Bilgi için: Kader ORDU
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 0(322) 338 60 78

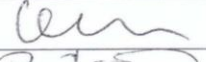
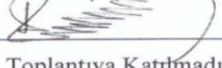
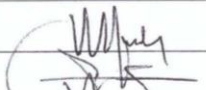
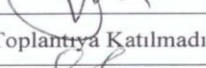
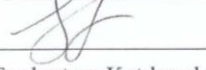
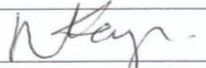
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 4. Etik Kurul

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
52	1 Nisan 2016

KARAR NO 3- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Öğr. Gör. Dr. Gülşah Tanrıverdi yönetiminde, Nesibe Neşe Sedef tarafından yürütülmesi öngörülen, "Epilepsi Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

ÖZGEÇMİŞ

17.05.1987 tarihinde Gaziantep’de doğdu. 2001 yılında Fatih İlköğretim okulundan mezun, 2005 yılında Kahramanmaraş Atatürk Lisesi’nden(Y.D.A) mezun oldu. 2010 yılında Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2015 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans programına başladı. 2011 yılından itibaren Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışmaya devam etmektedir.