

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	Error! Bookmark not defined.
TABLolar LİSTESİ	vi
KISALTMA LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Epilepsi Tarihçesi	3
2.2. Epilepsi Tanımı.....	3
2.3. Epilepsi Epidemiyolojisi.....	4
2.4. Epilepsi Etyolojisi.....	5
2.4.1. Kriptojenik Epilepsi.....	5
2.4.2. Semptomatik Epilepsi	5
2.4.3. İdiyopatik Epilepsi.....	5
2.4.4. Provoke epilepsi.....	5
2.5. Epilepsi Patofizyolojisi	6
2.6. Epileptik Nöbetlerin Sınıflandırılması.....	6
2.6.1. Parsiyel (fokal) Nöbetler.....	7
2.6.1.1. Basit Parsiyel Nöbetler	8
2.6.1.1.1. Motor belirtilerle seyreden basit parsiyel nöbetler	8
2.6.1.1.2. Somatosensoriyel veya özel duyuşsal belirtilerle görülen nöbetler ...	8
2.6.1.1.3. Otonomik belirti ve bulgularla seyreden nöbetler	8
2.6.1.1.4. Psişik belirtiler gösteren nöbetler	8

2.6.1.2. Kompleks parsiyel nöbetler	9
2.6.2. Jeneralize Nöbetler	9
2.6.2.1. Absans nöbetler.....	9
2.6.2.2. Myoklonik nöbetler.....	9
2.6.2.3. Tonik nöbetler.....	10
2.6.2.4. Klonik nöbetler	10
2.6.2.5.Jeneralize tonik-klonik nöbetler.....	10
2.6.2.6.Atonik nöbetler	10
2.6.3. Sınıflandırılmayan Epilepsi Nöbetleri	11
2.7. Epilepside Tanı Yöntemleri	11
2.8. Epilepsi Tedavisi.....	13
2.8.1. Antiepileptik Tedavi	13
2.8.2. Cerrahi Tedavi	14
2.8.3. Vagal Sinir Stimülasyonu	14
2.8.4. Ketojenik Diyet.....	14
2.8.4.1. Klasik Ketojenik Diyet	14
2.8.4.2. Orta Zincirli Trigliseritler Diyeti (MCT).....	15
2.8.4.3. Modifiye Ketojenik Diyet (Atkins Diyeti).....	15
2.8.4.4. Düşük Glisemik İndeks Diyeti.....	15
2.8.5. Ketojenik Diyetin Nöbet Önleme Etkisi	15
2.8.6. Ketojenik Diyetin İstenmeyen Etkileri	16
2.9. Öz Yönetim Kavramı.....	16
2.10. Epilepsi ve Öz Yönetim.....	17
2.11. Epilepside Öz Yönetim ve Hemşirelik Bakımı.....	17
2.11.1. Epilepsi Nöbeti Esnasında Yapılması Gereken Uygulamalar	18
2.11.2. Epilepsi Nöbeti Sırasında Yapılmaması Gereken Uygulamalar.....	19

2.11.3. Epilepsili Hastalara Koyulabilecek En Önemli Hemşirelik Tanıları.....	19
2.12. Epilepsi ve Sosyal Boyutu	19
2.13. Epilepsili Bireylerde Yaşam Biçimi ve Güvenlik.....	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.5. Verilerin Toplanması	22
3.6. Veri Toplama Araçları	22
3.6.1 Hasta Tanılama Formu.....	22
3.6.2 Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
4. BULGULAR.....	26
4.1. Epilepsi Tanısı Olan Hastaların Özellikleri	26
4.2. Epilepsili Bireylerin Hastalıklarının Özellikleri	27
4.3. Epilepsi Hastalarının Özelliklerine Göre Öz Yönetim Puanları Karşılaştırması. 28	
4.4. Epilepsi Hastalığı Özelliklerine Göre Öz Yönetim Puanları Karşılaştırması.....	29
4.5. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeğine İlişkin Puanlar	34
4.6. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Güvenilirlik Katsayısı.....	34
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	41
KAYNAKLAR	Error! Bookmark not defined.
EKLER	42

ÖZGEÇMİŞ	50
-----------------------	-----------

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 1.	Hastalara ilişkin kişisel özelliklerin dağılımı	24
Tablo 2.	Hastalara ilişkin hastalık bulgularının dağılımı	25
Tablo 3.	Hastaların Sosyodemografik Bilgileri ile Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.	Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 5.	Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 6.	Ölçeğe İlişkin Bulguların Dağılımı	34
Tablo 7.	Ölçeğe İlişkin Güvenilirliğin İncelenmesi	34

KISALTMA LİSTESİ

SPSS	: Statistical Package For Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Program)
AEİ	: Antiepileptik İlaç
ILAE	: International League Against Epilepsy (Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği)
GABA	: Gama aminobütirik asit
EEG	: Elektroensefalografi
MR	: Manyetik Rezonans
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
SPECT	: Single-Photon Emission Computed Tomography
MCT	: Medium Chain Triglycerides
EÖYÖ	: Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği

ÖZET

Epilepsi Hastalarında Öz Yönetimin Değerlendirilmesi

Epilepsi kronik hastalıklar listesinde yer alan, kişinin yaşamının önemli bir kısmını etkileyen, fiziksel, entelektüel, emosyonel ve sosyal hayatta önemli sınırlamalara sebebiyet veren, günlük yaşamda zorunlu ve travmatik olaylara yol açabilen nörolojik bir rahatsızlıktır. Bu yüzden epilepsi hastalığında öz-yönetim davranışlarını kazanma ve uygulama çok önemlidir. Bu davranışlar, ilacını düzenli kullanabilmeyi, yaşam tarzını hastalığına uygun düzenleyebilmeyi, hastalığı ile ilgili yeterli bilgi sahibi olabilmeyi, nöbet anındaki travmatik durumları bilmeyi ve ona göre uygun ortamını sağlayan güvenlik önlemlerini almayı ve bu durumların hepsini senkronize bir şekilde yönetebilmeyi içermektedir.

Araştırmanın evrenini Eylül/2019-Kasım/2019 ayları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Polikliniğe başvuran 480 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini polikliniğe başvuran tüm epilepsi hastaları oluşturmaktadır. Örneklemi ise araştırma kriterlerine uyan 110 hasta oluşturmaktadır. Veriler literatür incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulan “Hasta Tanılama Formu” ve “Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği” ile toplanmıştır.

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. 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” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Sonuç olarak hastalığa uyum sağlayanların epilepsi öz yönetim puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (F=5,785; p=0,004).

Anahtar kelimeler: Hastalık, Epilepsi, Öz Yönetim

ABSTRACT

Evaluating Self-Management in Epilepsy Patients

Epilepsy is a neurological disorder that is on the list of chronic diseases, affects a significant part of a person's life, causes significant limitations in physical, intellectual, emotional and social life, and can lead to mandatory and traumatic events in daily life. Therefore, gaining and applying self-management behavior is very important in epilepsy disease. These behaviors include being able to use your medication regularly, organizing your lifestyle according to your illness, having sufficient information about your illness, knowing the traumatic situations at the time of the seizure, and taking safety precautions that provide the appropriate environment accordingly, and managing all of these situations in a synchronized manner.

The population of the study consists of 480 patients who applied to Çukurova University Balcalı Hospital Neurology Outpatient Clinic between September / 2019-November / 2019. The universe of the study consists of all epilepsy patients who applied to the outpatient clinic. The sample consists of 110 patients who meet the research criteria. The data were collected by examining the literature, with the " Patient Diagnosis Form " and " Epilepsy Self Management Scale " created by the researcher.

Statistical analyzes were made using the package program called SPSS (IBM SPSS Statistics 24). Frequency tables and descriptive statistics were used to interpret the findings. Non-parametric methods are used for measurement values that are not suitable for normal distribution. In accordance with the non-parametric methods, the "Mann-Whitney U" test (Z-table value) method was used to compare the two independent groups with the measured values, and the "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -table value) method was used to compare the three or more groups with the measured values. Bonferroni correction was applied for binary comparisons of variables with significant differences for three or more groups.

As a result, epilepsy self-management scores of those who adapted to the disease were found to be significantly higher ($F = 5.785$; $p = 0.004$).

Key Words: Disease, Epilepsy, Self Management

1.GİRİŞ

Epilepsi; kortikal nöronlardan kaynağını alan şiddetli ve beklenmeyen elektriksel boşalmalar sonucunda ortaya çıkan, provoke edici bir neden olmaksızın ani ve yineleyici nöbetlerle tanımlanabilen nörolojik bir hastalıktır (1). Toplumda görülme sıklığı açısından aktif epilepsi prevalansı 4-10/1.000 olmakla birlikte, epilepsi insidansı ise genellikle her topluma göre değişiklik arz etmektedir. Genellikle yılda 2050/100.000 olduğu söylenmiştir. Yaşam boyu birikmiş insidans ise %3 civarındadır. İnsidans en yüksek yaşamın ilk yılları ile 60 yaş ve üzerinde görülmektedir (2).

Epilepsili bireylerde nöbetlerle baş etmek çok önemli bir husustur. Nöbet türü ve nöbet sıklığı aynı tür seyreden hastalarda bile uyum düzeyleri farklı olabilir (3). Epilepsili bireylerin tedavi ve bakımı sadece tıbbi olarak değil aynı zamanda bireylerin kendi durumlarını nasıl yönettiği de önemlidir (4). Öz yönetim terimi kronik hastalıklarda artık yaygın kullanılan bir terim olarak görülmektedir. Öz yönetim eğitimleri hasta merkezli olmalı, hastaların problemleri, kaygıları ve gereksinimleri ayrıntılı bir şekilde incelenmeli ve ona göre değerlendirilmelidir. Epilepside sağlığı yükseltmek ve nöbet kontrolüne teşvik etmek için öz yönetim davranışları sağlıklı işlere ve aktivitelere uyumu niteleyen bir terimdir (5). Başarılı bir epilepsi öz yönetimi ile hastaların okul ve iş hayatı düzene girmiş olup, sosyal refahının artması ve bu sayede daha normal bir hayat düzenini sağlamaktadır. Epilepsili bireylerin yaşamındaki sorunlardan iş istihdamlarının düşük olması, sürücü belgesi alamama, eğitimlerini sürdürememe, sosyal sigorta güvencesine sahip olamamaları gibi aksaklıkları vardır. Bu aksaklıklar da düşük benlik saygısı, depresyon, sosyal izolasyon ve anksiyete sebebiyle evlilik oranları normale göre düşüktür (6).

Epilepsi hastalığının kötü gidişatını engellemek ve yaşam standardını yükseltmek için öz yönetim davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Tıbbi tedaviye uyumsuz davranmak ve bozulan yaşam tarzı epilepsili hastalarda öz yönetimi olumsuz etkiler ve nöbet sıklığını artırır (7). Bireylere öz yönetim konusunda eğitim verilerek başarılı bir tedavi, yaşam tarzının düzelmesini sağlama, ekonomik yükün hafiflemesi ve iyi bir nöbet kontrolü sağlanabilir (8).

Epilepsili bireyler öz yönetim davranışlarını isteyerek ya da istemeyerek uygulayabilmektedir. Hastaların öz yönetim düzeyleri ölçekler uygulanarak boyut ve alt

boyut puanlarına bakılarak yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada epilepsili bireylerin öz yönetimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsi Tarihçesi

Günümüzdeki epilepsi kelimesi Yunan dilinde saldırmak ya da yakalamak anlamına gelen “epilambanein” sözcüğünden türemiştir (9).

Eski Mısır’da, kötü ruhlar ya da şeytanlar epilepsi hastalığından sorumlu olarak algılanıyordu. Tedavi olarak ise tütsü, dua ya da benzeri alternatif metotlar uygulanıyordu (10). Hint tıbbının temelini oluşturan Ayurvedik sistemde ise epilepsi, Apasmara olarak isimlendirilmiştir. Bilinçsizlik ya da hafıza kaybı anlamına gelmektedir (11). Roma’da ve Antik Yunan’da ise en önemli kanıtları Hipokrat yazmıştır ve epilepsi bir beyin hastalığı olarak ilk defa Hipokrat vasıtasıyla açıklanmıştır. Epilepsi ile ilgili bilinen ilk monograf olan “Kutsal hastalık hakkında” (On the sacred disease) adlı kitabında, hastalığın beyin yerleşimli olduğunu belirtmiş ve epilepsiye “mal caduque” olarak adlandırmıştır (12).

1770’de Tissot ilk defa küçük ve büyük nöbetlerin farkını açıklamış (13), 1857’de Charles Locock ise kadınlarda histeri nöbetlerinde kullanılan potasyum bromürün katamenal epilepsi nöbetlerine iyi geldiğini ilk gösteren kişidir (14). 1901’de Gowers epilepsinin patofizyolojisi ve etyolojisi ile ilgili daha kapsamlı bir açıklamasını yapmış, 1912’de fenobarbital kullanılmaya ve 1938 yılında ise fenitoin kullanılmaya başlanmıştır. 1938’den sonra günümüze kadar epilepsinin tanılama ve tedavi aşamasında önemli gelişmeler sağlanmıştır (13).

19. yüzyılın sonlarına gelindiğinde ise John Huglins Jackson, epilepsinin modern tanımını “sinir dokusunun ara sıra, aşırı, düzensiz deşarji” olarak açıklamıştır (15). 1935 ile 1960 yılları arasında yeni antiepileptik ilaçların (AEİ) araştırılmasında ve ardından test edilmesinde ilerlemeler sağlanmış ve bu süre zarfında yeni AEİ’ler üretilmiştir (16).

2.2. Epilepsi Tanımı

Epilepsi, 2005’de bir kavram olarak, epileptik nöbetler meydana getirmek için kronik olarak seyri görülen bir beyin hastalığı olarak açıklandı (17). Klinik olarak epilepsiyi tanımlayacak olursak, ani başlayan, kendiliğinden sonlanabilen, nüks etme eğilimi olan paroksimal ve geçiçi nörolojik fonksiyon bozukluğudur (18). Uluslararası

Epilepsi ile Savaş Derneği (International League Against Epilepsy (ILAE) yaptığı en güncel tanımda ise epilepsi kavramını, iki nöbet arasında en az 24 saat olmak üzere, en az iki tetikleyicisiz nöbetin görülmesi hali olarak ifade etmektedir (19). Ülkemizde ise “sara”, “tutarık” ve “boncuk” gibi farklı isimlendirmeleri bulunmaktadır (20).

2.3. Epilepsi Epidemiyolojisi

Son yıllarda yapılan araştırmalarda, dünya genelinde epilepsi ile hayatını sürdüren yaklaşık 65 milyon kişinin olduğu öne sürülmektedir (21). Bunun sonucu olarak dünyada epilepsi prevalansı %1’lik bir dilime sahiptir (22). Dünyada prevalans gelişmiş ülkelerde 6/1000 ve gelişmekte olan ülkelere ise ortalama 18.5/1000 civarındadır (9). Epilepside insidans her topluma göre farklılık göstermekle birlikte genel olarak yıllık insidans 20-50/100.000 olarak açıklanmıştır. İnsidansın en yüksek seyrettiği iki dönem yaşamın ilk yılı ile 60 yaş ve üzeri olan dönemi kapsar (2). Bunlarla birlikte Türkiye’ye ait epilepsi prevalansı çalışması bulunmamaktadır fakat bazı farklı kırsal ve kentsel bölgelerde 1995 ile 2010 yılları arasında bölgeye özgü çalışmalar yapılmıştır. Çalışma elde edilen sonuçlarda ise aktif epilepsi prevalansı oranı binde 5 ile 10.2 arasındadır. Epilepside yaşam boyu prevalans ise binde 6 ile 12.2 aralığında olduğu saptanmıştır (23). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında epilepsi tanısı almış olanların sıklığı binde 7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmadan çıkan sonuçlardan biri de yaş arttıkça sıklık azalmakla birlikte yerleşim yeri ve cinsiyet farkı bulunmadığı belirtilmiştir (<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>, Erişim Tarihi: 9 Kasım, 2019). Başka bir çalışmada ise sosyoekonomik durumu ülke şartlarına göre düşük olan bireylerin daha ağır işlerde çalıştıkları, daha fazla travma ve sakatlığa maruz kalmaları, daha az tıbbi bakım almaları gibi birçok nedenler epidemiyolojinin arttığını göstermiştir (24).

Başka bir çalışmada ise epilepsi tipleri üzerinden bir epidemiyoloji çalışması mevcuttur. Epilepsi nöbet tipleri içinde en sık karşılaşılan nöbet tipi parsiyel nöbetler olarak bulunmuştur. Parsiyel nöbetlerden sonra en sık jeneralize tonik klonik nöbetler takip eder. Bunların dışında diğer nöbet tipleri olan tonik, miyoklonik, absans ve atonik nöbetler ise nadir görülenlerdir (25).

2.4. Epilepsi Etiyolojisi

Epilepside etiyooloji dört temel başlık altında ele alınmıştır.

Bunlar; kriptojenik epilepsi, semptomatik epilepsi, idiyopatik epilepsi ve provoke epilepsi olarak kategorileşmiştir (26).

2.4.1. Kriptojenik Epilepsi: Bu epilepsi türünün oluşmasında kesin bir nedenin bulunmadığı ancak temel düşünce olarak semptomatik bir doğasının olduğu söylenmektedir. Bu tip epilepsinin sayısı azalmaktadır fakat günümüzde erişkinlerde başlayan epilepsi vakalarının en az %40'lık dilimini kapsamaktadır.

2.4.2. Semptomatik Epilepsi: Burada genellikle anatomik ve patolojik anormallikler yer almakla birlikte altta yatan hastalık veya durumun göstergesi olan klinik özellikler ile ilişkili genetik veya edinilmiş bir nedenin epilepsisidir. Bu durumdan ötürü bu gruba genetik veya edinilmiş kaynaklı serebral patolojik değişikliklerle ilişkili olan doğuştan gelen bozukluklar ve gelişim bozuklukları dahil edilmektedir. Sonuçta semptomatik epilepsi kriptojenik epilepsiden farklı olarak belirli bir nedene dayandırılmaktadır.

2.4.3. İdiyopatik Epilepsi: Kesin olarak açıklanmış nöroanatomik veya nöropatolojik bir anormallik bulunmamakla birlikte ağırlıklı olarak genetik veya genetik kökenli bir epilepsi olduğu tahmin edilmektedir. Kabul gören genetik veya karmaşık kalıtım epilepsileri bulunmaktadır, fakat şu anda genetik temeli tam olarak açıklanamamıştır.

2.4.4. Provoke epilepsi: Büyük nedensel nöropatolojik ve nöroanatomik değişiklikler olmamakla birlikte nöbetlerin baskın nedeni belirli bir sistemik veya çevresel faktörlerin rol oynadığı epilepsi tipidir. Bazı provoke epilepsilerde genetik bir temeli veya bazılarında edinilmiş bir temel olacaktır fakat çoğunda doğal bir neden tespit edilemez. Refleks epilepsiler provoke epilepsiler içerisinde yer alır.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda epilepsinin etiyoolojik kategorilenmesinde; kriptojenik için “bilinmeyen”, semptomatik için “metabolik/yapısal” idiyopatik için ise “genetik”, terimleri kullanılmaya başlandığı görülmüştür (27).

2.5. Epilepsi Patofizyolojisi

Her provoke edilen nöbet herhangi bir kişide ortaya çıkabilir ve epilepsi olarak tanımlanmaz. Tümörlerin, toksinlerin ve elektrolit anormalliklerinin neden olduğu nöbetleri tanımlamak için ikincil nöbet veya akut semptomatik nöbet terimleri kullanılır. Epilepsi, kalıcı bir eğilimde ve kışkırtan bir faktör olmadan ortaya çıkarsa bulunur. Beyin fizyolojisinde değişiklikler mevcuttur fakat nöbetler tamamen bilinmeyen bir sebepten asıl olarak rastgele meydana gelir. Bunlara ek olarak nöbetlerin meydana gelmesinde bazı temel fizyolojik anormallikler de bilinmektedir. Nöronal fizyolojinin görevinden dolayı nöbetler normal koşullar altında kendiliğinden ortaya çıkmaz. Normal sinaptik bilgi aktarımında bir nörondan diğerine belli bir zaman aralığında tek bir aksiyon potansiyelinin geçmesine izin verilir. Normal bir beyinde nöbetler bu stabiliteyi bozan durumlar olarak belirtilir. Örnek verecek olur isek; hiponatremideki iyon kaybı değişikliği gibi durumlar hücre zarındaki dengeyi korumak için esas olan normal elektrokimyasal gradyanların kaybına neden olur. Bu da GABA reseptörlerinin duyarlı hale geçmesine sebebiyet verir, bu ve böylesi durumlarda normalde zararı olmayan nöronal aktivite bir nöbet olayını kendisi uyarır ve hücre metabolizmayı değiştirir. Bazı epilepsi türlerinin fizyopatolojisi bilindiği halde tedaviler genellikle aynıdır ve amaç nedene bakmaksızın nöbetleri durdurmayı ve meydana gelme eğilimini azaltmayı hedefler. Birçok antiepileptik ilaç(AEI) rastlantısal olarak bulunmuştur ve etki mekanizmaları bilinmemektedir, bu nedenle verilen ilaçlar şüpheli fizyopatolojisi ile ilişkili olmadığı öne sürülmektedir (28).

2.6. Epileptik Nöbetlerin Sınıflandırılması

Epilepsi nöbetlerinin sınıflandırılmasında başlangıç tarihi olarak 1960 yılında uluslararası epilepsi uzmanlarının bir araya gelerek epileptik nöbetlerin sınıflanmasına başlanmıştır. Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE)' nin uğraşları neticesinde 1981 yılında epileptik nöbetlerin elektro-ensefalografik ve klinik sınıflaması yapılmıştır(29).

2.6.1. Parsiyel(fokal) nöbetler

2.6.1.1. Basit parsiyel nöbetler (bilinç durumu bozulmaksızın)

2.6.1.1.1. Motor belirtilerle seyreden basit parsiyel nöbetler

2.6.1.1.2. Somatosensoriyel veya özel duyuşsal belirtilerle görülen nöbetler

- 2.6.1.1.3. Otonomik belirti ve bulgularla seyreden nöbetler
- 2.6.1.1.4. Psikişik belirtiler gösteren nöbetler
- 2.6.1.2. Kompleks parsiyel nöbetler
 - 2.6.1.2.1. Basit parsiyel başlayan ve sonradan bilinç bozukluğu ile devam eden nöbetler
 - 2.6.1.2.2. Başlangıçta bilinç bozukluğu gelişen nöbetler
- 2.6.1.3. Sekonder jeneralize nöbetlere dönüşen parsiyel nöbetler
 - 2.6.1.3.1. Jeneralize basit parsiyel nöbetler
 - 2.6.1.3.2. Jeneralize kompleks parsiyel nöbetler
 - 2.6.1.3.3. Basit bir şekilde başlayıp sonradan kompleks parsiyel nöbete daha sonra jeneralize nöbetlere dönüşen parsiyel nöbetler
- 2.6.2. Jeneralize Nöbetler
 - 2.6.2.1. Absans nöbetler
 - 2.6.2.2. Myoklonik nöbetler
 - 2.6.2.3. Tonik nöbetler
 - 2.6.2.4. Klonik nöbetler
 - 2.6.2.5. Jeneralize tonik-klonik nöbetler
 - 2.6.2.6. Atonik nöbetler
- 2.6.3. Sınıflandırılmayan epilepsi nöbetleri(30,31)

2.6.1. Parsiyel (fokal) Nöbetler

Parsiyel veya fokal nöbetler, jeneralize nöbetler ile birlikte epileptik nöbetlerin iki ana kategorisini oluşturur. Parsiyel nöbetler, bilinç bozukluğunun olup olmamasına göre basit ve karmaşık parsiyel nöbetler olarak alt bölümlere ayrılmaktadır. Basit parsiyel nöbetlerde nöbet anında bilinç bozukluğu yoktur fakat kompleks parsiyel nöbetlerde nöbet anında bilinç bozukluğu görülür (32).

Parsiyel nöbetler, iktal deşarjın başlangıcında ve yayılmasında korteksin hangi alanında yer aldığına bağlı olarak kendilerini birçok farklı biçimde gösterebilirler. Parsiyel nöbetler serebral korteksin herhangi bir bölgesinden kaynaklanır ve tek taraflı veya iki taraflı olarak diğer kortikal bölgelere yayılım gösterebilir. Parsiyel bir nöbet motor semptomlar, somatosensoriyel veya özel duyuusal semptomlar, psikişik semptomlar ve otonomik semptomlarla meydana gelebilir (33).

2.6.1.1. Basit Parsiyel Nöbetler

2.6.1.1.1. Motor belirtilerle seyreden basit parsiyel nöbetler

Motor nöbetler kas semptomlarıyla anlaşılır. Lokal seyreden tonik bir postür (katı görünüm) veya klonik bir hareket (seğirmeler) şeklinde olabilir. Anormal gözüken bu hareketler vücudun bir bölümüyle sınırlıdır veya aynı tarafın yakın bölgelerine de yayılım görülebilir (33).

2.6.1.1.2. Somatosensoriyel veya özel duyuşsal belirtilerle görülen nöbetler

Somatosensoriyel nöbetler gyrus postcentralisten kaynağını alır. Bu tip nöbete genellikle tümör tarzı patolojiler sebebiyet vermektedir. Nöbet anında bir ekstremitede el ve parmaklarda bazı durumlarda dudaklarda yanma, ağrı, karıncalanma ve uyuşma gibi duyuşsal semptomlar yer alır. Bu tip nöbetler içerisinde yer aldığımız bir nöbet türü olan Jacksonian nöbetler ise bu belirtilerin lokal olmayıp kas gruplarına yayılarak vücudun yarısını kapsadığında gerçekleşen nöbet şeklidir. Bazı görsel şekilde görülen şekilsiz görüntüler, ışık çakmaları gibi halüsinasyonlar nöbet anında görülebilir ve oksipital kaynaklıdır. Bazı koku nöbetlerinde ise kötü tat ve koku halüsinasyonları vardır. Bazı işitme nöbetlerinde ise vızıldama, hışırtı, uğultu gibi halüsinasyonlar duyulmaktadır. Dengesizlik ve baş dönmesinden dolayı sendeleme şeklinde görülenler ise vertijinöz nöbetler adını alır (34-37).

2.6.1.1.3. Otonomik belirti ve bulgularla seyreden nöbetler

Otonom belirtili nöbetlerde epigastriumda çalkalanma, çekilme hissi, bulantı gibi abdominal ve epigastrik semptomlar görülür. Bunların haricinde nabız değişimleri, terleme, kan basıncı değişiklikleri gözlemlenir. Bu nöbet şekli limbik sistemin pariyetal, temporal ve frontal odaklarından doğan bir nöbet tipidir (35).

2.6.1.1.4. Psikik belirtiler gösteren nöbetler

Psikik belirtili nöbetlerde disfazik semptomlar, hafızanın etkilenmesiyle birlikte jamais vu denilen hasta önceden gerçekleşen bir durumu hiç gerçekleştirmemiş gibi hissetmesine veya deja vu gibi hiç gerçekleşmeyen bir durumu gerçekleştirmiş gibi

hissetmesine neden olan dimnezik tablolar ve aşırı korku, zevk, alevlenme gibi affektif olaylar ve buna ek olarak algılamanın bozulmasına bağlı illüzyonlar görülebilir (28).

2.6.1.2. Kompleks parsiyel nöbetler

Kompleks parsiyel nöbetlerin başlangıç bölgesi beynin herhangi bir lobundan olabilir ancak bunlar en sık temporal lobdan kaynağını alır. Bilinç kaybı olmadan önce basit bir kısmi nöbet belirtileri görülebilir yani bilinç kaybı tam olmayabilir. Temporal lob nöbetlerinde ilk görülen olay en sık hareketsiz bir yere gözünü odaklamak olarak görülür bunu otomatizma denilen bilincin kontrolü dışında hareketlerin meydana gelmesi hali takip eder. Bunlar ortak olarak ağızda yutma hareketleri ve dudak şapırdatması gibi hareketleri kapsar. Bazen de hasta elleriyle sürtünme ve bşeyler toplama gibi hareketler de yapabilir. Soyunmaya, amaçsız hareketler yapmaya, nesnelerle uğraşmaya, kafası karışık şekilde gibi dolaşmaya başlayabilir. Postiktal dönemde hastalar hala kafaları karışık olabilir ve yorgun hissederler (38).

2.6.1.3. Sekonder jeneralize nöbetlere dönüşen parsiyel nöbetler

Parsiyel nöbetten yayılan nöbet hızlı ilerlerse başlangıçtan sonra jeneralize tonik-klonik nöbete dönüşür ve bu parsiyel nöbeti jeneralize tonik-klonik nöbetten ayırt etmek imkansızdır. Ancak yayılım yavaş olursa nöbet başlangıcındaki semptomlar, jeneralize tonik-klonik nöbete dönmeden önce bir uyarı ya da bir haberci gibi işlev görür (38).

2.6.2. Jeneralize Nöbetler

2.6.2.1. Absans nöbetler

Absans nöbetler boş bir bakış, ani başlayan davranışsal tutulum, tepkisizlik ve bazen gözlerin yukarıya doğru kayması ile karakterize bir nöbet tipidir. Bu olaylar süre olarak birkaç saniye ile yarım dakika arasında değişmektedir. Hiç postiktal karışıklık görülmediği gibi nadiren olsa da görülebilir fakat hastalar nöbetten önce yaptığı aktivitelere devam ederler. Bu nöbet tipine basit absans da denilmektedir (33).

2.6.2.2. Myoklonik nöbetler

Herhangi bir bilinç kaybının görülmediği gövdede veya ekstremitelerde bilateral ve senkronize bir şekilde veya tek tarafı etkilenen, hızlı ve nüks eden kısa süreli bir kasılma biçiminde görülür. Bu nöbetler, uykudan uyanmaya yakinken ya da daha ilk uykuya daldığında ortaya çıkar ve bu nöbetlere genellikle fotosensivite eşlik eder (39,40).

2.6.2.3. Tonik nöbetler

Tonik nöbetler kolların ve bacakların ani tonik kasılmasını içermektedir. Bu durum da genellikle kolların yukarıya doğru kalkmasına ve bacakların uzamasına sebebiyet verir ve bunlar sık sık hastanın geriye doğru düşmesine zemin hazırlar. Nöbetler tipi gereği genellikle kısadır, 30 saniyeden az sürer ve ardından hızlı bir toparlanma gerçekleşir fakat tonik kasılmadan ötürü sık sık ani düşme sebebiyle yaralanmalar görülür (38).

2.6.2.4. Klonik nöbetler

Ritmik bir şekilde başlayan, yineleyici sarsıntıların olduğu klonik atım şeklinde olan nöbet tipidir. Genellikle süt çocuklarında ve yenidoğanlarda görülür. Başlangıçta bilinçte bozuklukla seyredip sonrasında kısa ve ani hipotoni oluşturur (41).

2.6.2.5. Jeneralize tonik-klonik nöbetler

Kendiliğinden meydana gelerek veya parsiyel bir nöbeti takip eden bir ağlama ile belirti verdikten sonra uzuvların kasılması ile yere düşme, bilinç kaybı ve tonik fazda siyanozun daha da kötüleşmesi ile sonuçlanır. Sonraki klonik fazda kollar ve bacaklarda sarsıntılı hareketler görülür. Bu olaylar yaşanırken dil ısırılmış olabilir ayrıyeten idrar ve dışkı kaçırılmış görülebilir. Nöbetin özelliği gereği koma şeklindeki tablodan sonra tamamen iyiye dönmeye önce bilinçte bulanıklık, ağrıyan kollar ve bacaklar, baş ağrısı ve uykuya eğilim mevcuttur (42).

2.6.2.6. Atonik nöbetler

Kas tonüsünün kaybolması ile karakterize uzuvların düşmesi, başın düşmesi, çenenin gevşemesi veya tüm vücudun düşmesi şeklinde tanımlanan bir nöbet tipidir. Bu

düşmelere sebep olduğu için düşme atağı olarak da bilinir (32). Bu nöbet tipi 5 saniyeden daha az sürer ve bunu minimum postiktal bir bulanıklık takip eder (43). Bu tip nöbetler genel olarak Lennox-Gastaut sendromu tarzı semptomatik jeneralize epilepsilerde görülür (33).

2.6.3. Sınıflandırılmayan Epilepsi Nöbetleri

Herhangi bir sınıfa sokmak için yeterli bilgiye sahip olmaması bu gruba dahil olmaktadır (44). Bu grupta klinik bulguları, biyokimyasal anormallikleri ve hastanın hikayesi diğer nöbet tiplerine uymaz (39).

2.7. Epilepside Tanı Yöntemleri

Geçirilen herhangi tek bir nöbette epilepsi tanısı konulmamakla birlikte, klinik tanılamada iki veya daha fazla kışkırtan bir faktör olmaksızın nöbet olması epilepsi tanısı şartını sağlar. Bazı şartlarda nöbet akut semptomatik görülebilir. Örnek verecek olursak bunlar kafa travması, hipoglisemi ve genellikle alkol alma gibi beyin fonksiyonlarını etkileyen aniden ve geçici bir bozukluk meydana geldiğinde ortaya çıkar. Provoke edilmiş bu nöbetler epilepsi olarak açıklanamaz ve antiepileptik bir tedaviye gereksinim duyulmaz (45).

Epilepside tanıyı koymak için en başta yer alan kısım hasta ve ailesinden detaylı bir şekilde hastalık öyküsü ve bilgi alınması gerekmektedir. Özellikle epileptik nöbetin, öncesi, sırası ve sonrasında detaylı bilgi alınmalıdır. Şartlar uygun ise de nöbetin video kaydına alınması hususunda hastanın yakınları ile işbirliği içinde hareket edilmelidir (22). Nörolojik değerlendirmenin yanı sıra epilepsi tanısı koymada görüntüleme yöntemleri de önemli bir konumdadır. Nöbetle başvuran hastaların çoğuna görüntüleme işlemleri uygulanmaktadır. Bunlar; Manyetik Rezonans (MR), Bilgisayarlı Tomografi (BT), Elektroensefalografi (EEG), Tek Foton Emisyon Tomografi (SPECT), Pozitron Emisyon Tomografi (PET), Direkt Kraniyografi tanılamada kullanılan görüntüleme yöntemleridir. Bunlara ek olarak ise laboratuvar incelemelerinde plazma elektrolitleri, kalsiyum düzeyi ve kan glukozuna bakılması gerekmektedir (46). Epilepsi tanısında kullanılan görüntüleme yöntemleri aşağıda başlıklar halinde açıklanmıştır.

Elektroensefalografi (EEG): İlk nöbetle gelen hastaya rutin EEG en elzem testtir. Fakat normal bir EEG'nin epilepsi olmamayı kanıtlamadığı gibi her EEG anomalisi de epilepsiyi kanıtlamaz. Tipik epilepsi anomalisi ilk yapılan EEG'de %50 oranında doğrulanırken tekrarı yapılan EEG'lerde bu oran artarak %80-90'ı görmektedir (2).

Rutin EEG testi ile hastanın epilepsi tanısı, türü ve anomali varsa bulunduğu yer hakkında bilgi sahibi olmamızı sağladığı için önemlidir (47).

Video-EEG'de ise EEG ile aynı anda videoya almayı içerir. Epilepsiye kesin tanı koymak ve de nöbetin tipi hakkında son derece önemli bilgiler verir. Bu inceleme sık nöbet geçirilen durumlarda anlamlı sonuçlar verir (48).

Bilgisayarlı Tomografi (BT): BT, bazı temel beyin lezyonlarını tespit eder, fakat hippokampal skleroz ve kortikal gelişim malformasyonları gibi çoğu ufak lezyonu gözden geçirir. Bu nedenle BT'nin normal çıkması mevcut durum hakkında bize yeterli bilgi sağlamaz ve güvenilirliği bazı durumlar haricinde düşüktür. BT, nöbete neden olan intraserebral hemoraji, ensefalit, kafa travması ve kraniyal abse gibi akut gelişen olaylarda önemi büyüktür (49).

Manyetik Rezonans (MR): MR yönteminin BT'ye üstünlük sağladığı yerler bulunmaktadır. Bunlar; kemik artefaktlarının olmaması, bu yüzden mezyal temporal lobu ve arka çukurdaki yapıları daha iyi görüntülemesi, rekonstrüksiyonla her planda görüntünün daha iyi basitçe elde edilmesi, radyasyon içermemesi ve çoğu zaman kontrast madde verilmesine gerek duyulmaması açısından BT'den daha çok tercih edilmektedir (2).

Pozitron Emisyon Tomografi (PET): PET beyinde kan akımını, nörotransmitter tutulumunu, lokal glukoz kullanımını, protein sentezini ve oksijen kullanımını değerlendirmek için başvurulur (50). Epilepside ise interiktal olarak epileptojenik odağın belirlenmesi, azalmış kan akımı ve azalmış glikoz metabolizması ile saptanır ve genelde anomalili görülen bölgeden daha geniş görünmektedir (51).PET epilepsi odağı konusunda genel bir kanı oluşturur ancak spesifik algılanmamalıdır çünkü gerçek patolojik alandan daha geniş görülür. Malignite ve dirençli epilepsilerde endikedir (52).

Tek Foton Emisyonlu Bilgisayarlı Tomografi (SPECT): SPECT, epileptik aktivitenin etki ettiği bölgelerde lokal serebral kan akımı değişikliklerinin ölçülmesini

olanaklı kılar. İnteriktal, iktal ve postiktal aşamalarda inceleme yapılabilir. SPECT'in tercih edilmesinin nedeni, pahalı bir yöntem olmaması, yaygın şekilde bulunabilmesi, dinamik iktal durum hakkında bilgi sahibi olmamızı sağlar (49).

2.8. Epilepsi Tedavisi

Epilepside tedavide asıl amaç nöbeti engellemek veya nöbet sıklığını düşürmek ve nöbeti kontrol altına alarak hastanın normal yaşamını idame ettirmesini sağlamaktır. Günümüzde nöbet kontrolü; antiepileptik ilaç kullanımı, vagal sinir stimülasyonu, ketojenik diyet ve de cerrahi tedavi olmak üzere 4 başlık altında şekillenmiştir (22, 53).

2.8.1. Antiepileptik Tedavi

Antiepileptik tedavi demek tedavide kimyasalların kullanılması ile gerçekleşen tedaviyi belirtmektedir. Tarih boyunca dini temsillerle tedavisi yapılmaya uğraşılan epilepsi 19.yüzyılda kullanılmaya başlanan kimyasal madde ile bilimselleşmiştir.1857 yılında Sir Charles Locock yaptığı bir çalışmada 14 epilepsi hastasına potasyum bromür isimli molekülü vermiştir ve neredeyse tüm hastalarda nöbetlerin durmasında etkisi olduğunu gözlemlemiştir (54). Antiepileptik ilaçlar epilepsiyi meydana getiren etmenlere engel olamaz fakat kullanılmaları nöbet sayısını düşürür ve nöbetlere engel bir durum teşkil ettiği bilinmelidir (55).

Epilepsinin tedavisinde en fazla payı antiepileptik ilaç tedavisi kapsamaktadır. Genellikle yaşam boyu devam eden bir tedavi şeklidir. Bu antiepileptik ilaçlar nöbet şiddeti, sayısı ve sıklığında bir azalma olmasını sağlayarak tedavi etmektedir (56). Bu ilaçların epilepsiyi tedavi etmekle birlikte bilişsel ve davranışsal bir aksaklık görülmeden en az yan etki ile yaşamını idame ettirme ve yaşam kalitesini bozmadan nöbetlerin kontrolünü sağlayabilmesi önemlidir. Antiepileptik ilaçları seçerken güvenilir, nöbet türüne özgü olan, başlangıç ve sürdürülebilir dozları bilinen, diğer antiepileptiklerle etkileşimi bilinen ve daha az laboratuvar tetkiklerine gereksinim duyan ilaçların seçimi tedavide başarıyı sağlayacak etmenlerdendir. (57).

Yeni kuşak antiepileptik ilaçların etkisi eski kuşak antiepileptik ilaçlara kıyasla bir üstünlüğü olduğu kanıtlanamamıştır fakat yapı bakımından yeni kuşak antiepileptik ilaçların daha az enzim indüksiyonuna sebep olması, daha az ilaç etkileşiminin bulunması ve daha az yan etkiye sebep olması nedeniyle daha üstün görülmesine neden

olur. Antiepileptik tedavi epilepsi hastalığında bu hastalık sürecinin sadece bir kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenle hastaların sosyal sorunları, ruhsal durumları ve de eğitimi son derece önemsenmesi gereken konulardır (58).

2.8.2. Cerrahi Tedavi

Piyasada kullanılan antiepileptik ilaçlarla tedavide %70-80 kadarında nöbetleir kestiği veya kontrole aldığı belirtilir. Dirençli epilepsi kavramı ise hastanın nöet türüne özgü ilaç yeterli dozda ve sürede kullanıldığı halde nöbetlerin devam etmesi olarak tanımlanır (59). Epilepsi ilaç tedavisi ile kontrol altına alınamadığında hasta profiline uygun ise cerrahi tedavi alternatif yoldur (60). Cerrahi tedavinin amacı nöbetleri ortadan kaldırmak olduğu için rezektif cerrahi uygulaması kullanılmaktadır (2). Ameliyat sonrası dönemde hastalara birinci, üçüncü, altıncı ve on ikinci ayda sonrasında ise 5 sene boyunca senede bir olmak üzere epilepsi polikliniğinde izlenmesi gerekmektedir. Ameliyat sonrası dönemde ilaç kesimi konusunda farklı fikirler mevcuttur. Fakat genel fikir cerrahi sonrası dönemde hastaların iki yıl ilaç ve dozu aynı şekilde devam etmesi ve eğer daha sonra nöbet görülmez ise ilaçların aşama aşama azaltılarak kesilmesi etrafında genel bir fikir kullanılmaktadır (61,62). Palyatif cerrahide ise nöbetin şiddeti ve sıklığını azaltmak amaçlanır ve epileptojenik alanın bilateral ve yaygın olduğu tedavi edici cerrahi operasyonun yapılamadığı hastalara uygulanır (63,64).

2.8.3. Vagal Sinir Stimülasyonu

Dirençli epilepsi hastalarında vagal sinir uyarımı kullanılan diğer bir tedavi yöntemidir. Vagal sinir uyarımının etki mekanizması hakkında kesin bir veri olmamakla birlikte çalışmalarda seruleus odağından epinefrin üretimini artırarak nöbet eşiğini yükselttiği bilinmektedir. 1997 yılında onaylanmış bir yöntemdir ve nöbet sıklığını azalttığı bildirilmiştir. En sık yan etkileri ise seste kısılma, boğazda kasılma ve boğaz ağrısıdır (65).

2.8.4. Ketojenik Diyet

2.8.4.1. Klasik Ketojenik Diyet

Klasik ketojenik diyet sınırlı sıvı ve kalori içeren, yüksek yağlı düşük protein ve karbonhidrat içeren bir diyet şeklidir. Diyet, yağları birincil enerji kaynağı olarak kullanıp metabolizmayı değişikliğe uğratarak insandaki açlık durumunu taklit eder ve bu sayede kanda keton cisimcikleri artar ve beyin keton cisimciklerini öncelikli enerji kaynağı olarak kullanır (66). Bu olaydan dolayı epileptik nöbetler azalmakta olduğu gözlenmiştir. Fakat ana enerji kaynağı olarak yağlar kullanıldığı için yağ metabolizmasında sorun olan hastalarda sorunlar çıkabilmektedir. Bundan dolayı ketojenik diyet tedavisine başlamadan önce yağ asidi transport ve oksidasyon bozukluğu olup olmadığı araştırılmalıdır (67). Klasik ketojenik diyeti uygulaması ve sürdürmesi zordur. Bunun için 1971 yılında ketojenik diyetin orta zincirli yağ asitleri ile bir versiyonu olan orta zincirli trigliseritler (MCT) diyeti piyasaya sunuldu (68).

2.8.4.2. Orta Zincirli Trigliseritler Diyeti (MCT)

Klasik ketojenik diyet gibidir, fakat burada yağın %30-60 kadarı orta zincirli trigliseritlerden sağlanır. Uzun zincirli yağ asitlerinden daha yüksek ketoz üretilir ve klasik ketojenik diyetle göre daha fazla karbonhidrat içerir, daha çeşitli besinler bulunur fakat bu diyet gastrointestinal semptomlara yol açabilir (68).

2.8.4.3. Modifiye Ketojenik Diyet (Atkins Diyeti)

Karbonhidrat alımı günde 10-30 gram ile sınırlandırılır. Bu kısıtlamanın yanı sıra hasta günden güne değişebilen yemek sıklığına ve miktarına kendi karar verebilir. Yüksek miktarda yağ alımı sağlanmalıdır. Büyük çocuklar, ergenler ve yetişkinler için uygundur (68).

2.8.4.4. Düşük Glisemik İndeks Diyeti

Karbonhidrat alımı lifler de dahil edilerek 40-60 gramı geçmemelidir ve karbonhidrat glisemik indeksi 50'nin altında olmalıdır (69). İlaça dirençli epilepsi hastalarında etkisi kanıtlanamamıştır onun için epilepside kullanımı yaygın değildir.

2.8.5. Ketojenik Diyetin Nöbet Önleme Etkisi

Ketojenik diyetle ilgili çalışmaların çoğu farmako-dirençli epilepsili çocuklara uygulanmıştır. Bunun sonucunda kontrollü olmayan çalışmalardan elde edilen verilerde çocukların %33-56'sında nöbetlerinde %50'den fazla azalma sağladığı ve %16'lık kısmında ise tamamen nöbetsiz bir yaşam sürdüğünü göstermiştir (68). Yine ek olarak yakın zamanda yapılan bir Cochrane çalışmasında çocukların en az %38'inin nöbetlerinde %50'den fazla azalma sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır (70). Nöbetleri azaltmanın yanı sıra yapılan bir çalışmada ketojenik diyet uygulanan çocuklarda daha kısa ve daha güçsüz nöbetler, dikkat, gelişmiş uyku kalitesi ve yaşam kalitesi bildirdiler (71).

2.8.6. Ketojenik Diyetin İstenmeyen Etkileri

Kusma, azaltılmış enerji ve açlık, ishal, kabızlık, kilo kaybı modifiye ketojenik diyet ve modifiye ketojenik diyetle ilk 3 ay boyunca çocuklarda bildirilen en yaygın yan etkilere (70,72).

Çoğu yetişkin için ise modifiye edilmiş ketojenik diyeti iyi tolere ettiği fakat kolesterol, kabızlık ve kilo kaybında hafif bir artış olduğu söylenmiştir (73). Nadir olarak ise akut pankreatit, böbrek taşı, sepsis, safra taşı, pnömoni, yağlı karaciğer, hiperammonaemik ensefalopati ve asidoz görüldüğü söylenmiştir (70). Hem yetişkinlerde hem çocuklarda istenmeyen ve uzunsüren yan etkiler hakkında sınırlı bilgi vardır. Böbrek taşı insidansındaki artışın sebebi ise diyetin bir parçası olan sıvı kısıtlanmasından kaynaklandığı düşünülebilir (74).

2.9. Öz Yönetim Kavramı

Öz yönetimin standart bir tanımı yoktur. Öz yönetim genel olarak kronik bir hastalık durumunda bu süreçteki semptomları, fiziksel ve psikososyal sorunları, tedaviyi ve yaşam tarzı değişikliğini yönetebilme yeteneği olarak tanımlanabilir. Etkili bir öz yönetim kendi durumunu görme ve doyum sağlayan kaliteli bir yaşam sürdürmek için gerekli duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkileri gerçekleştirme olayını içerir. Bu sayede sürekli ve dinamik bir öz denetim süreci kurulmuş olur (75).

Öz yönetim hayatın erken aşamalarında sağlıklı olmak için bir standart meydana getirerek hastalığın hafifletilmesi ve daha sonraki aşamalar için strateji geliştirmeyi sağlayan bir olgudur (76).

2.10. Epilepsi ve Öz Yönetim

Epilepsili hastalarda öz yönetim bireyi nöbet kontrolüne özendirmek ve refahı yükseltmek için kişinin uygulayabileceği uyarlanabilir sağlık aktiviteleri ve davranışlarını ifade eder (5).

Epilepsi hastalığını kontrollü bir şekilde sürdürebilmek için öz yönetim davranışları geliştirip bununla yaşamımızı hastalığa uygun şekilde sürdürmek önemlidir. Bu öz yönetim davranışları uykusuzluk, gürültü gibi nöbeti tetikleyen fiziksel çevrenin düzeltilmesi, antiepileptik ilaçların saati saatine alınması ve nöbet anında yaralanmamak için gerekli tedbirlerin alınmasını içerir (77).

Hasta eğitimi epilepsi öz yönetiminde anahtar noktadır (8). Klasik bir hasta eğitimi sayesinde hem tıbbi maliyet azalır hem de başarılı bir tedavi sağlanmış olur. Sağlık bakım profesyoneli ile hasta arasında gelişen uyum ve iletişim davranışları ile sınırlı olan sağlık kaynaklarının kullanılması da azaltılmış olur. Bu sayede hem nöbet kontrolü gelişir hem de iyi bir yaşam kalitesine ulaşılır. Epilepsi tedavisinin ana noktası nöbet kontrolüdür fakat yapılan çalışmalarda öz yönetim davranışlarının tedavi ve bakımda yadsınamaz bir etkisinin olduğu ve bunun çok önemli olduğu irdelenmiştir. Epilepsili insanlarda ilaç tedavisinin yanı sıra yaşam kalitesi, sosyal destek, öz yönetim ve nöbet kontrolü kavramları birbiri ile hep uyum gerektiren ve etkileşim içeren kavramlardır (78).

Sonuçta epilepsi hastalarının yaşam boyunca hastalığa uyumu için hastaların iş yaşamında daha aktif yer alması, epilepsi bilincini toplumda arttırmak için ulusal kampanyaların çoğaltılması ve aşırı korumacı davranışların en aza indirilmesi önem arz eder (3).

2.11. Epilepside Öz Yönetim ve Hemşirelik Bakımı

Yaşam boyunca süren bir hastalık olan epilepside günde düzenli bir şekilde ilaç alma zorunluluğu, tedavi sürecinin uzun olması, ilaçların yan etkileri gibi sebeplerden ötürü bireyi psikososyal olarak olumsuz etkilemektedir. Epilepsili bireyin mesleki ve sosyal yaşantısı, ulaşım ve iş sahibi olma gibi aktiviteleri sınırlandırılmaktadır. Diğer yandan bu kişilerde ayrımcılık, düşük benlik saygısı, sınırlamalara destek veren aile bireyleri, bağımlılık gibi sosyal tabular vardır. Bu sebeplerden ötürü epilepsili hastalara

yaklaşımında sadece fiziksel sorunlar değil aynı zamanda göz ardı edilen psikolojik, davranışsal ve sosyal sorunları da ele almak gerekmektedir (79).

Epilepsili hastalarda hastalık ile yüzleşmede öz yönetim son derece önemlidir. Özellikle yaşlılarda yüzleşme daha uzun süre almaktadır. Öz yönetimde hemşireler hastaları hastalıklarıyla yüzleştirmede yaptığı girişimlerle bu yüzleşme süreleri kısalabilir. Çünkü genelde hastalar hastalığının ne olduğunu hasta ile en çok vakit geçiren hemşireden öğrenirler. Hemşirelik rollerinden olan hasta eğitici rolünü uygulamak için hemşireler daha fazla eğitim programlarına katılmalıdırlar (80). Bu eğitim programlarında şu konular yer almalıdır; ilaç tedavisi, hastalık, nöbetlerin komplikasyonları, nöbet sırasındaki yaralanmalar, antiepileptik ilaçların yan etkileri ve çözümleri, menstrual dönemde nöbet kontrolü, anksiyete yönetimi, nöbetlerin azaltılması, cerrahi prognoz ve tedaviyle ilgili öneriler genel konu başlıklarını oluşturmaktadır (81).Epilepside öz yönetim eğitimine katılan hastalarda hastalıkları dolayısıyla gerçekleşen korku, utanç ve stigma kaygısı azaldığı belirtilmiş ve tedaviye memnuniyeti ile tedaviye uyumun arttığı kaliteli bir yaşam dönemine geçtiklerini belirtmişlerdir (8). Hastanın eğitilmesi ile oluşan pozitif davranış değişiklikleri ve motivasyon ile birlikte ilaç yönetiminden elde edilen başarı da artar (82).

Hemşirelik bakımında amaç; güvenli bir ortam sağlamak, hava yolu açıklığını sağlamak, duygusal destek olmak, ilaçları uygulamak ve uzun süreli bakımda aileye destek olmaktır.

2.11.1. Epilepsi Nöbeti Esnasında Yapılması Gereken Uygulamalar

- ✓ Öncelikle hasta için sessiz sakin bir ortam sağlanmalı,
- ✓ Hasta güvenli bir yere yatırılmalı,
- ✓ Başının altına yumuşak bir materyal koyulmalı,
- ✓ Sert ve sivri eşyalar uzaklaştırılmalı,
- ✓ Hastanın solunum yolu açık kalacak biçimde sekresyonlarının akması için yan çevrilmeli,
- ✓ Elbise ve sıkan eşyaların gevşetilmesi eğer gözlük varsa çıkartılmalı,
- ✓ Nöbet anında; gözlerin pozisyonu, nöbetin süresi, kasılmanın şekli ve derinin rengi dahil olmak üzere tüm vücutta nöbetin etkileri gözlenerek not edilmelidir.

- ✓ Nöbet süresi 10 dakikayı geçerse ya da kısa bir süre sonra tekrar ederse en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (14).

2.11.2. Epilepsi Nöbeti Sırasında Yapılmaması Gereken Uygulamalar

- Hastayı yalnız bırakmak,
- Hastanın hareketlerini kısıtlamaya veya durdurmaya çalışmak,
- Masaj yapmak,
- Hastanın dilini ısırması için elle veya bir cisimle çeneyi zorlayarak açmaya çalışmak,
- Nöbet anında ağızdan yemek ya da ilaç gibi maddeler vermek,
- Kendine gelsin diye üzerine su dökmek,
- Hastayı sarsarak, vurarak veya herhangi bir şey koklatarak uyanmasına uğraşmak,
- Nefes alması için zorlamak ve kalp masajı yapmaya kalkışmak (14).

2.11.3. Epilepsili Hastalara Koyulabilecek En Önemli Hemşirelik Tanıları

- ❖ Kendisine ve çevresine zarar verme riski
- ❖ Aspirasyon riski
- ❖ Travma riski
- ❖ Hava yolları açıklığında yetersizlik
- ❖ Konstipasyon riski
- ❖ Anksiyete/Korku

2.12. Epilepsi ve Sosyal Boyutu

Epilepsi düzenli ilaç kullanımına, akut tıbbi durumlara, hastanın fiziksel değişikliklere ve düzenli doktor kontrollerine her an hazır olmasını gerektiren ve yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkileyen kronik bir hastalıktır. Epilepsideki belirsizlik durumu hastaların günlük hayatta birçok sorunlar yaşamasına sebebiyet vermektedir. Bu sosyal sorunlar etyolojiye, nöbet süresine, yaşa, nöbet tipi, şiddeti ve sıklığına, kullanılan ilaçlara ve kişinin psikolojisi ile doğrudan bağlantılıdır. Toplumun negatif bir

tutum ve davranış sergilemesi, yeterli bir desteğin olmaması bu sorunlara neden olan diğer faktörlerdir (83,14).

Sosyal yaşamın en etkin parçalarından olan ve bu yaşamın kalitesini etkileyen en önemli etmenlerden birisi iş hayatıdır. Epilepsi hastalarında görülen semptomlardan ötürü iş hayatında bazı meslek grupları riskli gruptadır. Örneğin araba kullanımına ihtiyaç duyulan meslek grupları, yüksek yerlerde çalışma gerektiren meslek grupları gibi meslekler nöbetler kontrol altına alınmadığı takdirde yapılmaması gereken meslek gruplarıdır (29,84). Bu da akabinde işsiz kalma sorununu ortaya çıkarmaktadır. Yapılan çalışmada epilepsili olan bireylerde olmayanlara oranla iki kat daha fazla işsizlik olduğu söylenmiştir. Bunun nedeni olarak da hastalığın semptomlarının kişinin performansını olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (85).

Adölesan epilepsili bireylerde gelecek kaygısı ve kariyerinin sekteye uğrayacağını düşünmesi hastalığın kendisini kısıtlamasına ve hayatın erken aşamalarında epilepsinin klinik etkisinin yanı sıra yoğun ön yargılarla da baş etmek zorundalardır (86).

Epilepsili kişilerde sosyal hayatın bir parçası olan evlilik durumunda ise evli bireylerin genelde eşlerinden büyük oranda destek gördükleri için evlenmemiş kişilere göre psikososyal olarak daha öndelerdir. Bu destek tedaviye uyumda artmaya ve sağlık davranışlarında daha bilinçli olmaya aynı zamanda risk faktörlerinde azalmaya yol açar (87).

Gebe epilepsili bireylerde ise hastalığın seyri olarak nöbet sıklığı genellikle aynıdır ancak %14 ile %32 arasında artma olabileceği bilinmektedir (88). Gebelikten önce son 9-12 ay nöbet görülmeyen hastalarda gebelikte nöbet oranları daha da düşüktür (89). Gebelikte status epileptikus görülme sıklığı %0.6 ile %2.1 aralığındadır (90). Epilepsili gebe kadınlara gebelik boyunca ilacını düzenli kullanması gerektiği açıklanmalıdır çünkü eğer ilaç kesilirse annede nöbet ortaya çıkabilir ve bu status epileptikus oranını artırır. Bu durum bebeği ve annesini olumsuz yönde etkiler (91).

Ülkemizde epilepsi hastaları askerlik yapmamaktadırlar. Askerlik yaşı geldiğinde hasta başvuru yapar ve hastalığını askeri hastaneye bildirir. Hastaneye yatırılır, ilacı kesilir ve nöbet geçirme durumu gözlenir. Ama ilaç kesildiği için tedaviyi sekteye uğratar ve olumsuz etkiler (92).

2.13. Epilepsili Bireylerde Yaşam Biçimi ve Güvenlik

Epilepsili bireyler günlük yaşantılarını güvenliğini riske atmayacak şekilde ve aşırı kısıtlamalara maruz kalmadan yaşamlarını idame ettirebilirler. Güvenlikleri için alınacak basit önlemler vardır. Bunlar; tek başına yüzmek, dağcılık gibi sporları yapmamak, suyun sıcaklığını iyi ayarlamak, evde tek iken banyo yapmamak, banyo yaparken kapıyı kilitlememek, küvet yerine duşta banyo yapmak uygulanabilecek basit güvenlik önlemleridir. Nöbet oluşmasına zemin hazırlayan aşırı alkol, stres, gürültü ve uykusuzluk gibi durumları da göz ardı etmemelidir. Hastalar böyle basit önlemler olarak çok kısıtlanmadan, güvenliğini de aksatmadan aşırı koruyucu ve kollayıcı olmadan da hayatını sürdürebilir. Fazla koruyucu ve kollayıcı olmak bireylerin özgüvenlerini zedeler ve başka insanlara bağımlı halde hissetmelerine ve yaşamlarına sebebiyet verir (93).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırma Adana Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde epilepsi tanısıyla gelen ve şartlara uyan hastaların öz yönetimini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Zaman ve Yer

Araştırma Eylül ve Kasım tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Eylül/2019-Kasım/2019 ayları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Nöroloji Polikliniğe başvuran 480 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini polikliniğe başvuran tüm epilepsi hastaları oluşturmaktadır.

Bu veriler esas alınarak evreni belli örneklem hesabına göre GPower 3.1 programı kullanılarak $p=0,1$ olasılık, $q=0,9$, $t=1,96$, $d=0,05$ olup, $n=107,5378$ olarak örneklem hesabı yapılmıştır. %80 güç ve %5 hata payı ile 110 hastaya ulaşılarak çalışma sonlandırılmıştır.

Dışlama kriterleri:

- 2 yıldır nöbet geçirmemiş olmak
- 18 yaşından küçük olmak
- Mental retardasyon gibi düşünce sürecini etkileyecek rahatsızlığı bulunmak
- İletişim problemleri olmak
- Araştırmayı katılmayı kabul etmemek

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; Epilepsi Öz Yönetim Ölçeğini ve İlaç Yönetimi, Bilgi Yönetimi, Güvenlik Yönetimi, Nöbet Yönetimi ve Yaşam Tarzı Yönetimi alt boyutlarını içermektedir.

Bağımsız değişkenler; Hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, tanı süresi, çalışma durumu, medeni durumu, eşlik eden hastalıkları gibi durumları içermektedir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler kendisi doldurabilen hastalara veri formları verilerek, kendisi dolduramayan hastalara ise yüz yüze görüşme şeklinde toplanmıştır. Veri toplanmadan önce araştırmacı hastalara kendini tanıtmış, araştırmanın neden yapıldığı ve içeriği ile ilgili bilgiler açıklanmıştır. Formların doldurulması için ortalama 15-20 dakika arası bir süre verilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması için literatür taranarak hazırlanan Hasta Tanılama Formu ve Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği (EÖYÖ) kullanılmıştır.

3.6.1 Hasta Tanılama Formu

Araştırmacının hazırladığı Hasta Tanılama Formunda hastaların tanıtıcı özelliklerini sorgulayan toplam 14 soru bulunmaktadır.

Hastaların kişisel özellikleri sorgulayan bölümde; hastanın sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum) yansıtan toplam 5 sorudan oluşmaktadır.

Hastaların hastalığına yönelik özellikleri sorgulayan bölümde ise; önceden hastanede yatma durumu, ailede epilepsi varlığı, epilepsi tanısı alma zamanı, son bir yıldaki nöbet sıklığı, en son ne zaman nöbet geçirdiği, hastalığa uyum sağlama durumu, nöbet habercisini hissetme durumu, eşlik eden kronik hastalık varlığı ve epilepsi nöbeti ile ilgili eğitim alıp almadığını içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2 Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği

Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği 2004 yılında Dilorio ve ark. tarafından geliştirilen ve Tülek ve Yeni (2014) tarafından yetişkin epilepsi hastaları üzerinde uygulanarak Türk diline uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek orijinal formu 38 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Yeni'den gerekli izinler alınmıştır. Ölçeğin Türkçe dilindeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre, ölçeğin kapsam içerik geçerliği 0,95 olarak hesaplandı. Ölçeğin toplam puanı, yanıtları 5'li likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 1-5 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 38, maksimum puan 190 olup, yüksek puan hastaların öz yönetim davranışlarını sıklıkla kullandığını göstermektedir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

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” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen bulgular Çukurova Üniversitesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliėinde zihinsel sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden epilepsi hastalarını içermektedir. Bu sebepten ötürü sonuçlar genellenmemelidir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Giriřimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.06.2019 tarihli 89/84 sayılı kararı ile etik kurul izni,

4. BULGULAR

4.1. Epilepsi Tanısı Olan Hastaların Özellikleri

Bu tabloda araştırma kriterlerine uyan 110 epilepsili bireyin demografik (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, önceden hastane öyküsü ve epilepsi genetiği) özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu değerler Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Hastalara ilişkin kişisel özelliklerin dağılımı

Değişken (N=110)	n	%
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 34,52 \pm 13,49$ (yıl)]		
25 ve altı	38	34,5
26-35	27	24,5
36-45	21	19,2
46-55	12	10,9
55 üzeri	12	10,9
Cinsiyet		
Erkek	53	48,2
Kadın	57	51,8
Eğitim düzeyi		
İlköğretim	41	37,3
Lise	38	34,5
Üniversite	31	28,2
Çalışma durumu		
Çalışıyor	22	20,0
Çalışmıyor	88	80,0
Medeni durum		
Evli	50	45,5
Bekar	60	54,5
Hastaneye önceden yatış		
Evet	55	50,0
Hayır	55	50,0
Ailede epilepsi varlığı		
Var	20	18,2
Yok	90	81,8

Tablo 1 değerlendirildiğinde 38 hastanın (%34,5) 25 ve altı yaş sınıfında olduğu ve hastaların yaş ortalamasının $34,52 \pm 13,49$ (yıl) olduğu tespit edilmiştir. 57 hastanın (%51,8) kadın, 41 hastanın (%37,3) ilköğretim mezunu olduğu, 88 hastanın (%80,0)

çalışmadığı, 60 hastanın (%54,5) bekar olduğu, 55 hastanın (%50,0) daha önce hastane yatışı olduğu ve 20 hastanın (%18,2) ailesinde epilepsi olduğu belirlenmiştir.

4.2. Epilepsili Bireylerin Hastalıklarının Özellikleri

Bu tabloda araştırmaya dahil edilen 110 epilepsi hastasının hastalık (tanı süresi, son 1 yıl nöbet sıklığı, en son nöbet zamanı, hastalığa uyumu, nöbet habercisini hissetme durumu, kronik hastalığı ve nöbet eğitimi) özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Bu bilgiler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastalara ilişkin hastalık bulgularının dağılımı

Değişken (N=110)	n	%
Epilepsi tanı (yıl) [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 14,31 \pm 11,71$ (yıl)]		
5 ve altı	31	28,2
6-10	22	20,0
11-15	17	15,4
15 üzeri	40	36,4
Son bir yıl nöbet sıklığı		
Nöbet geçirmemiş	36	32,7
Ayda bir nöbetten az	21	19,1
Ayda bir nöbetten fazla	33	30,0
Diğer	20	18,2
En son nöbet zamanı		
1 yıldan az	69	62,7
1-5 yıl	31	28,2
5 yıldan fazla	10	9,1
Hastalığa uyum sağlama		
Evet	64	58,2
Hayır	19	17,3
Bazen	27	24,5
Nöbet habercisini hissetme		
Evet	49	44,5
Hayır	40	36,4
Bazen	21	19,1
Eşlik eden kronik hastalık		
Evet	26	23,6
Hayır	84	76,4
Epilepsi nöbeti eğitimi alma		
Evet	17	15,5
Hayır	93	84,5

Tablo 2 değerlendirildiğinde 40 hastanın (%36,4) 15 yıl üzeri epilepsi tanı süresi olduğu ve hastaların epilepsi hastalık süresi ortalamasının 14,31±11,71 (yıl) olduğu tespit edilmiştir. 36 hastanın (%32,7) son bir yılda nöbet geçirmediği, 69 hastanın (%62,7) en son nöbetini 1 yıldan az sürede geçirdiği ve 64 hastanın (%58,2) hastalığına

uyum sağladığı belirlenmiştir. 49 hastanın (%44,5) nöbet habercisini hissettiği, 84 hastanın (%76,4) eşlik eden kronik hastalığının olmadığı ve 17 hastanın (%15,5) epilepsi nöbeti eğitimi aldığı belirlenmiştir.

4.3. Epilepsi Hastalarının Özelliklerine Göre Öz Yönetim Puanları Karşılaştırması

Bu tabloda araştırma kapsamına alınan 110 bireyin sosyodemografik özellikleri ile öz yönetim puanları karşılaştırmasına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Bu bilgiler Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Bilgileri ile Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=110)	n	İlaç yönetimi		Bilgi yönetimi		Güvenlik yönetimi		Nöbet yönetimi		Yaşam tarzı yönetimi		EÖYÖ-Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Yaş													
$\leq 25^{(1)}$	38	45,05 $\pm$ 5,64	47,0 [7,5]	19,97 $\pm$ 6,35	20,0 [11,5]	31,08 $\pm$ 5,74	32,0 [9,3]	25,50 $\pm$ 4,47	25,5 [6,0]	20,66 $\pm$ 5,03	21,5 [6,5]	142,26 $\pm$ 18,13	144,0 [28,3]
26-35 ⁽²⁾	27	44,85 $\pm$ 4,89	46,0 [4,0]	21,93 $\pm$ 6,57	21,0 [9,0]	32,56 $\pm$ 5,05	34,0 [8,0]	26,44 $\pm$ 2,90	26,0 [5,0]	20,52 $\pm$ 4,99	21,0 [7,0]	146,30 $\pm$ 14,32	147,0 [23,0]
36-45 ⁽³⁾	21	44,81 $\pm$ 6,01	46,0 [5,0]	22,10 $\pm$ 5,51	22,0 [10,5]	32,38 $\pm$ 4,33	34,0 [6,0]	23,52 $\pm$ 5,05	25,0 [4,5]	19,62 $\pm$ 5,13	19,0 [9,5]	142,43 $\pm$ 12,02	145,0 [16,0]
46-55 ⁽⁴⁾	12	43,17 $\pm$ 6,66	45,0 [8,8]	18,42 $\pm$ 5,15	18,0 [7,0]	30,50 $\pm$ 7,66	30,0 [9,3]	22,67 $\pm$ 5,68	23,0 [4,8]	20,42 $\pm$ 5,53	21,5 [9,5]	135,17 $\pm$ 19,48	138,5 [22,5]
>55 ⁽⁵⁾	12	46,75 $\pm$ 4,61	48,5 [5,0]	17,83 $\pm$ 8,45	16,0 [15,0]	34,33 $\pm$ 5,05	35,0 [8,3]	23,08 $\pm$ 4,06	23,5 [6,3]	19,58 $\pm$ 5,12	19,0 [9,0]	141,58 $\pm$ 15,04	142,0 [30,5]
Analiz*		$\chi^2=4,653$		F=1,563		$\chi^2=3,678$		$\chi^2=11,187$		F=0,213		F=1,015	
Olasılık		p=0,325		p=0,190		p=0,451		p=0,025		p=0,931		p=0,403	
Fark								[2-3,4,5]					
Cinsiyet													
Erkek	53	45,13 $\pm$ 4,84	46,0 [6,0]	20,09 $\pm$ 6,76	20,0 [10,0]	31,41 $\pm$ 6,19	32,0 [8,5]	24,30 $\pm$ 4,64	25,0 [6,0]	18,94 $\pm$ 5,28	18,0 [9,0]	139,87 $\pm$ 17,96	142,0 [24,5]
Kadın	57	44,75 $\pm$ 6,12	46,0 [4,0]	20,79 $\pm$ 6,22	20,0 [11,5]	32,51 $\pm$ 4,81	33,0 [8,0]	25,23 $\pm$ 4,38	26,0 [5,5]	21,52 $\pm$ 4,48	22,0 [7,0]	144,81 $\pm$ 13,79	146,0 [22,0]
Analiz		Z=-0,057		Z=-0,564		Z=-0,584		Z=-1,215		t=-2,773		t=-1,618	
Olasılık		p=0,954		p=0,573		p=0,553		p=0,224		p=0,007		p=0,109	
Eğitim													
İlkokul ⁽¹⁾	41	45,46 $\pm$ 5,40	47,0 [6,0]	20,54 $\pm$ 6,27	20,0 [10,0]	33,05 $\pm$ 5,11	34,0 [7,0]	24,88 $\pm$ 3,59	25,0 [4,0]	19,49 $\pm$ 4,40	19,0 [6,0]	143,42 $\pm$ 12,60	145,0 [20,0]
Lise ⁽²⁾	38	44,05 $\pm$ 6,43	46,0 [6,3]	18,50 $\pm$ 6,20	17,5 [7,0]	32,74 $\pm$ 5,14	33,5 [8,0]	24,21 $\pm$ 5,94	26,0 [7,0]	20,01 $\pm$ 5,95	20,0 [9,5]	139,02 $\pm$ 20,12	144,0 [27,5]
Lisans ⁽³⁾	31	45,32 $\pm$ 4,40	46,0 [5,0]	22,74 $\pm$ 6,45	22,0 [9,0]	29,65 $\pm$ 5,93	29,0 [9,0]	25,35 $\pm$ 3,54	26,0 [5,0]	22,26 $\pm$ 4,26	23,0 [8,0]	145,32 $\pm$ 14,16	146,0 [25,0]
Analiz		$\chi^2=1,525$		F=3,874		$\chi^2=6,400$		$\chi^2=0,274$		F=3,486		F=1,446	
Olasılık		p=0,467		p=0,024		p=0,041		p=0,872		p=0,034		p=0,240	
Fark				[2-3]		[1,2-3]				[1-3]			
Çalışma													
Çalışıyor	22	42,91 $\pm$ 5,78	44,5 [6,3]	21,91 $\pm$ 6,22	21,5 [10,5]	29,23 $\pm$ 5,55	28,5 [8,8]	24,68 $\pm$ 5,15	26,0 [5,5]	20,00 $\pm$ 5,78	19,0 [8,0]	138,73 $\pm$ 21,70	145,0 [28,5]
Çalışmıyor	88	45,44 $\pm$ 5,37	47,0 [5,8]	20,09 $\pm$ 6,51	20,0 [9,5]	32,67 $\pm$ 5,31	34,0 [7,8]	24,81 $\pm$ 4,37	26,0 [5,0]	20,35 $\pm$ 4,86	20,0 [7,0]	143,36 $\pm$ 14,32	145,5 [21,0]
Analiz		Z=-2,398		Z=-1,382		Z=-2,457		Z=-0,162		Z=-0,255		t=-1,214	
Olasılık		p=0,016		p=0,167		p=0,014		p=0,872		p=0,799		p=0,227	
Medeni													
Evli	50	45,40 $\pm$ 5,82	47,0 [4,0]	21,42 $\pm$ 6,96	21,0 [12,0]	32,00 $\pm$ 5,25	32,0 [8,3]	25,18 $\pm$ 3,57	26,0 [5,0]	20,06 $\pm$ 4,56	19,5 [7,0]	144,06 $\pm$ 13,23	145,0 [20,5]
Bekar	60	44,55 $\pm$ 5,28	46,0 [7,0]	19,65 $\pm$ 5,96	19,5 [8,5]	31,97 $\pm$ 5,78	34,0 [8,0]	24,45 $\pm$ 5,17	26,0 [5,0]	20,47 $\pm$ 5,42	21,0 [8,8]	141,08 $\pm$ 18,07	145,5 [24,8]
Analiz		Z=-1,166		Z=-1,444		Z=-0,271		Z=-0,172		Z=-0,527		t=0,968	
Olasılık		p=0,244		p=0,149		p=0,787		p=0,863		p=0,598		p=0,335	

*Normal dağılıma sahip verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Hastaların yaş sınıflarına göre EÖYÖ nöbet yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,187$; $p=0,025$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 26-35 yaş grubunda olanlar ile 36-45, 46-55 ve 55 yaş üzerinde olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 26-35 yaş grubunda olanların nöbet yönetimi puanları, 36-45, 46-55 ve 55 yaş grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların cinsiyetlerine göre EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=-2,773$; $p=0,007$). Kadınların yaşam tarzı yönetimi puanları, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre EÖYÖ bilgi yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,874$; $p=0,024$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; lise mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lisans mezunu olanların bilgi yönetimi puanları, lise mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6,400$; $p=0,041$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul ve lise mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İlkokul ve lise mezunu olanların güvenlik yönetimi puanları, lisans mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,486$; $p=0,034$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lisans mezunu olanların yaşam tarzı yönetimi puanları, ilkokul mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların çalışma durumlarına göre EÖYÖ ilaç yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,398$; $p=0,016$). Çalışmayanların ilaç yönetimi puanları, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların çalışma durumlarına göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,457$; $p=0,014$). Çalışmayanların güvenlik yönetimi puanları, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

4.4. Epilepsi Hastalığı Özelliklerine Göre Öz Yönetim Puanları Karşılaştırması

Bu tabloda araştırma kapsamına alınan 110 bireyin hastalık özellikleri ile öz yönetim puanları karşılaştırmasına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Bu bilgiler Tablo 4 ve 5’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Hastalığa İlişkin Özelliklere göre Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=110)	n	İlaç yönetimi		Bilgi yönetimi		Güvenlik yönetimi		Nöbet yönetimi		Yaşam tarzı yönetimi		EÖYÖ-Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Hastaneye önce yatış													
Evet	55	45,02±5,74	46,0 [6,0]	20,36±6,41	20,0 [10,0]	32,89±5,60	34,0 [8,0]	24,82±4,11	25,0 [5,0]	20,36±5,27	20,0 [9,0]	143,45±16,70	146,0 [19,0]
Hayır	55	44,85±5,35	46,0 [6,0]	20,55±6,57	20,0 [10,0]	31,07±5,32	31,0 [9,0]	24,75±4,92	26,0 [5,0]	20,20±4,82	20,0 [7,0]	141,42±15,46	141,0 [25,0]
Analiz		Z=-0,307		Z=-0,018		Z=-1,909		Z=-0,439		t=0,170		t=0,443	
Olasılık		p=0,759		p=0,986		p=0,056		p=0,661		p=0,865		p=0,508	
Ailede epilepsi													
Var	20	44,10±8,08	46,5 [6,8]	21,85±6,46	21,5 [12,5]	31,45±5,82	33,5 [7,8]	24,40±6,14	26,0 [7,3]	19,70±5,20	20,5 [7,5]	141,50±22,92	143,5 [30,5]
Yok	90	45,12±4,82	46,0 [6,0]	20,14±6,46	20,0 [8,3]	32,10±5,48	33,0 [8,0]	24,87±4,10	25,5 [5,0]	20,41±5,01	20,0 [7,3]	142,64±14,26	145,0 [20,3]
Analiz		Z=-0,464		Z=-0,947		Z=-0,284		Z=-0,549		Z=-0,346		Z=-0,492	
Olasılık		p=0,643		p=0,343		p=0,777		p=0,583		p=0,730		p=0,622	
Tanı (yıl)													
5 ve altı	31	44,19±6,33	46,0 [5,0]	21,19±6,72	21,0 [12,0]	31,90±6,08	34,0 [9,0]	25,45±3,77	26,0 [6,0]	20,74±4,72	21,0 [8,0]	143,48±15,40	146,0 [14,0]
6-10	22	44,95±5,79	46,5 [6,5]	19,81±6,63	18,0 [12,5]	31,82±5,23	32,0 [5,0]	24,82±5,39	25,5 [8,3]	18,86±4,53	18,5 [7,5]	140,27±17,24	140,0 [32,3]
11-15	17	44,59±6,43	46,0 [6,0]	18,53±6,66	18,0 [8,0]	29,59±4,20	29,0 [8,0]	21,88±6,01	23,0 [6,0]	18,76±5,87	18,0 [9,0]	133,35±17,17	133,0 [20,0]
15 üzeri	40	45,65±4,28	46,5 [7,0]	21,05±6,12	20,0 [7,0]	33,15±5,54	35,0 [8,0]	25,48±3,32	26,0 4,0]	21,35±4,98	21,0 [7,8]	146,68±14,10	148,5 [21,3]
Analiz*		$\chi^2=0,983$		F=0,818		$\chi^2=7,385$		$\chi^2=6,112$		F=1,828		$\chi^2=8,149$	
Olasılık		p=0,805		p=0,487		p=0,061		p=0,106		p=0,147		p=0,043	
Fark												[3-4]	
Son 1 yıl nöbet													
Yok	36	45,17±4,27	46,0 [5,0]	19,61±5,97	19,0 [6,0]	30,25±5,87	31,0 [9,0]	24,44±5,41	25,5 [6,5]	20,67±5,39	20,5 [8,0]	140,14±17,57	140,5 [23,5]
<1 (ay)	21	44,67±5,56	46,0 [5,5]	20,00±6,51	20,0 [8,5]	32,00±4,83	32,0 [8,5]	24,76±3,06	24,0 [4,0]	20,29±4,97	21,0 [7,5]	141,71±13,41	143,0 [22,0]
>1 (ay)	33	44,61±7,33	47,0 [7,0]	21,24±6,85	21,0 [11,5]	34,36±4,55	35,0 [7,5]	24,61±5,01	26,0 [5,5]	19,09±5,21	19,0 [9,5]	143,91±17,55	147,0 [21,5]
Diğer	20	45,35±4,21	47,0 [6,8]	21,15±6,86	20,5 [10,8]	31,15±5,95	31,5 [8,0]	25,70±3,08	26,0 [5,5]	21,55±3,90	21,0 [6,5]	144,90±13,44	145,5 [23,5]
Analiz		$\chi^2=0,917$		F=0,472		F=3,629		$\chi^2=0,821$		F=1,115		F=0,502	
Olasılık		p=0,821		p=0,702		p=0,015		p=0,844		p=0,347		p=0,681	
Fark						[1-3]							

*Normal dağılıma sahip verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Hastaların epilepsi tanı sürelerine (yıl) göre EÖYÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,149$; $p=0,043$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; tanı süresi 11-15 yıl olanlar ile 15 yıl üzerinde olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Epilepsi tanı süresi 15 yıl üzerinde olanların EÖYÖ toplam puanları, 11-15 yıl olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların epilepsi tanı sürelerine (yıl) göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,629$; $p=0,015$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; son bir yılda nöbet geçirmeyenler ile ayda 1'den fazla nöbet geçirenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ayda 1'den fazla nöbet geçirenlerin güvenlik yönetimi puanları, son bir yılda nöbet geçirmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 5. Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken (N=110)	n	İlaç yönetimi		Bilgi yönetimi		Güvenlik yönetimi		Nöbet yönetimi		Yaşam tarzı yönetimi		EÖYÖ-Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Son nöbet													
<1 yıl	69	44,86±6,14	46,0 [6,0]	20,75±6,72	20,0 [10,5]	32,96±5,13	34,0 [7,0]	24,88±4,03	26,0 [5,0]	19,97±4,80	20,0 [8,0]	143,42±14,99	146,0 [20,0]
1-5 yıl	31	44,97±4,77	46,0 [6,0]	20,38±6,17	20,0 [10,0]	31,35±5,78	33,0 [9,0]	25,09±5,09	26,0 [7,0]	21,64±5,32	24,0 [9,0]	143,45±18,18	146,0 [22,0]
>5 yıl	10	45,40±2,91	46,5 [6,0]	18,60±5,76	19,5 [5,3]	27,20±4,96	28,0 [7,0]	23,10±5,80	24,0 [6,5]	18,20±5,11	18,0 [5,8]	132,50±14,16	131,0 [14,5]
Analiz		$\chi^2=0,463$		$\chi^2=0,849$		$\chi^2=8,973$		$\chi^2=1,511$		F=2,174		$\chi^2=5,383$	
Olasılık		p=0,793		p=0,654		p=0,011		p=0,470		p=0,119		p=0,068	
Fark						[1-3]							
Uyum													
Evet	64	45,92±4,72	47,0 [4,0]	21,87±6,22	21,0 [11,0]	31,68±5,14	32,0 [7,8]	25,29±3,97	26,0 [5,0]	21,67±4,87	22,0 [8,0]	146,45±13,76	147,0 [21,3]
Hayır	19	42,05±8,03	44,0 [12,0]	18,99±7,69	20,0 [9,0]	33,89±4,82	36,0 [7,0]	22,31±6,37	23,0 [9,0]	17,21±5,14	16,0 [7,0]	133,95±18,11	134,0 [26,0]
Bazen	27	44,63±4,53	46,0 [6,0]	18,48±5,36	19,0 [7,0]	31,33±6,67	32,0 [9,0]	25,29±3,70	26,0 [4,0]	19,15±4,17	18,0 [5,0]	138,89±17,02	140,0 [25,0]
Analiz		$\chi^2=4,460$		$\chi^2=7,159$		$\chi^2=3,129$		$\chi^2=3,922$		$\chi^2=13,720$		F=5,785	
Olasılık		p=0,108		p=0,028		p=0,209		p=0,141		p=0,001		p=0,004	
Fark				[1-3]						[1-2,3]		[1-2]	
Hissetme													
Evet	49	43,39±6,72	46,0 [6,5]	21,00±6,51	21,0 [11,5]	31,45±5,96	33,0 [8,0]	25,04±4,64	26,0 [6,0]	20,67±5,01	21,0 [7,0]	141,55±17,71	145,0 [25,5]
Hayır	40	46,30±3,54	47,0 [4,8]	19,58±6,68	20,0 [8,0]	31,78±5,07	32,0 [8,8]	24,30±4,52	25,0 [6,0]	19,20±5,01	18,0 [9,8]	141,15±14,13	141,5 [21,5]
Bazen	21	45,95±4,75	47,0 [5,0]	20,85±6,04	20,0 [8,5]	33,62±5,18	34,0 [6,0]	25,09±4,33	26,0 [3,5]	21,42±4,95	22,0 [8,0]	146,95±15,35	150,0 [18,0]
Analiz		$\chi^2=5,529$		F=0,581		$\chi^2=1,915$		$\chi^2=1,497$		F=1,639		$\chi^2=2,446$	
Olasılık		p=0,063		p=0,561		p=0,384		p=0,473		p=0,199		p=0,294	
Kronik hastalık													
Evet	26	46,76±3,31	47,0 [3,3]	21,04±6,98	22,0 [11,3]	33,81±4,85	34,5 [6,0]	25,23±3,59	25,5 [4,3]	19,69±4,52	19,0 [9,3]	146,54±12,07	146,0 [23,5]
Hayır	84	44,37±5,94	46,0 [5,8]	20,27±6,33	20,0 [8,0]	31,41±5,61	32,0 [8,8]	24,64±4,77	26,0 [5,0]	20,46±5,19	20,0 [6,8]	141,17±16,96	144,0 [24,8]
Analiz		Z=-1,904		Z=-0,529		Z=-1,904		Z=-0,251		Z=-0,822		t=1,499	
Olasılık		p=0,057		p=0,597		p=0,057		p=0,802		p=0,411		p=0,137	
Nöbet eğitimi													
Evet	17	45,23±5,31	46,0 [6,0]	22,24±6,45	24,0 [11,0]	32,88±5,49	34,0 [8,0]	24,12±5,38	26,0 [4,0]	20,94±6,11	22,0 [8,0]	145,41±19,66	146,0 [22,5]
Hayır	93	44,88±5,59	46,0 [6,0]	20,13±6,45	20,0 [8,0]	31,82±5,53	33,0 [8,0]	24,90±4,36	26,0 [5,0]	20,16±4,83	20,0 [7,5]	141,89±15,36	145,0 [24,0]
Analiz		Z=-0,054		Z=-1,218		Z=-0,667		Z=-0,262		Z=-0,796		Z=-1,009	
Olasılık		p=0,957		p=0,223		p=0,505		p=0,793		p=0,426		p=0,313	

*Normal dağılıma sahip verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “ANOVA” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Hastaların en son nöbet geçirme zamanına göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,973$; $p=0,011$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; en son 1 yıldan az sürede nöbet geçirenler ile en son 5 yıl üzerinde nöbet geçirenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. En son 1 yıldan az sürede nöbet geçirenlerin EÖYÖ güvenlik yönetimi puanları, en son 5 yıl üzerinde nöbet geçirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların hastalığa uyum sağlama durumuna göre EÖYÖ bilgi yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7,159$; $p=0,028$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastalığa uyum sağlayanlar ile bazen uyum sağlayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa uyum sağlayanların EÖYÖ bilgi yönetimi puanları, bazen uyum sağlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların hastalığa uyum sağlama durumuna göre EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=13,720$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastalığa uyum sağlayanlar ile uyum sağlayamayanlar ve bazen uyum sağlayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa uyum sağlayanların EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puanları, hastalığa uyum sağlayamayanların ve bazen uyum sağlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların hastalığa uyum sağlama durumuna göre EÖYÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=5,785$; $p=0,004$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojenliği dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; hastalığa uyum sağlayanlar ile hastalığa uyum sağlayamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa uyum sağlayanların EÖYÖ toplam puanları, hastalığa uyum sağlayamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

4.5. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeğine İlişkin Puanlar

Epilepsi öz yönetim ölçeği uygulanan hastaların toplam puan ortalaması ve alt boyutlarının puan ortalaması ve diğer bulguları Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Ölçeğe İlişkin Bulguların Dağılımı

Ölçek	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min-Max
İlaç yönetimi	44,93	5,52	46,0	21,0-50,0
Bilgi yönetimi	20,45	6,46	20,0	8,0-35,0
Güvenlik yönetimi	31,98	5,52	33,0	18,0-40,0
Nöbet yönetimi	24,78	4,51	26,0	8,0-30,0
Yaşam tarzı yönetimi	20,28	5,03	20,0	9,0-30,0
EÖYÖ-Toplam	142,43	16,05	145,0	89,0-177,0

4.6. Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Güvenilirlik Katsayısı

Uygulanan ölçeğe ilişkin güvenirliliğinin incelendiği bulgu Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Ölçeğe İlişkin Güvenirliğin İncelenmesi

Ölçekler	n	Cronbach- α katsayısı
Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği	38	0,752

Ölçeğe verilen cevaplar incelendiğinde; verilen cevapların yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Epilepsi, kronik hastalıkların içerisinde günümüzde daha da yaygınlaşan ve popülaritesi artan bir hastalık olarak göze çarpmaktadır. Epilepsi hastalığı hastaları yaşam tarzlarını değiştirecek şekilde etkilemektedir. Epilepsi ile yaşamda hastalar emosyonel, sosyal, fiziksel, eğitim ve günlük hayat gibi yaşamın birçok alanında birtakım değişiklikler yapmak zorundadırlar. Hastalıklarına uygun olarak yaşamını düzenleyip tedavide ve uyumda öz yönetim davranışlarını benimsemek durumundadırlar. Öz yönetim; travmatik durumları önleyecek güvenlik önlemlerinin alınmasını, hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmalarının sağlanmasını, tedavinin aksatılmadan sürdürülmesini, nöbet kontrolünü ve bütün bunları yaşam tarzı olarak kabul edip yaşamını daha yaşanabilir ve uyumlu bir şekilde sürdürülmesi amaçlamaktadır.

Epilepsili kişilerin öz yönetimlerini incelemek ve değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular, literatürdeki bilgilerle birlikte tartışılmıştır. Çalışmamızda epilepsili kişilerin toplam öz yönetim ölçeği puan ortalaması $142,43 \pm 16,05$ bulunduğu, ölçeğin alt boyutları arasındaki puanlar analiz edildiğinde ise en yüksek puan ortalaması $44,93 \pm 5,52$ ile ilaç yönetimi grubunda, en düşük puan ortalamasının ise $20,28 \pm 5,03$ ile yaşam tarzı yönetimi boyutunda olduğu bulundu. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Yeni'nin çalışmasında hastaların toplam öz yönetim puan ortalaması $135,7 \pm 13,8$ olarak bulunmuştur (94). Diğer bir çalışma olan Ünal'ın çalışmasında ise toplam öz yönetim puan ortalaması $108,76 \pm 14,61$ olarak bulunmuştur (95). Çalışmamızda hastaların öz yönetim düzeyleri Yeni ve Ünal'ın araştırmalarından elde ettiği puanlardan daha yüksek olduğu belirlendi (94,95). Bu durum araştırma yapılan bölgelerin genel entellektüel düzeylerinin ve eğitim durumunun daha yüksek ve hastaların daha bilinçli olduğu şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların %48,2 (n=53) erkek, %51,8 (n=57) kadındır. Literatürdeki bazı çalışmalar incelendiğinde erkeklerde epilepsinin daha sık olduğu (96-98), bazı kaynaklarda kadınlarda epilepsinin daha sık olduğu (94,99), bazı kaynaklarda ise cinsiyetin anlamlı bir fark oluşturmadığı vurgulanmıştır (100,101). Bu bulgular paralelinde cinsiyetin hastalığın görülmesinde önem arz eden bir etkisinin olmadığını doğrulamaktadır.

Öz yönetimi değerlendirmede önemli bir etmen olan eğitim durumuna bakıldığında çoğunluğun %37,3 (n=41) ile ilköğretim mezunu olduğu, %34,5 (n=38)'u lise mezunu ve %28,2 (n=31)'sinin üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Bu durum bazı araştırmalarda benzer bazı araştırmalarda ise zıttır. Yeni'nin çalışmasında çoğunluğu okuryazar ve ilkokul mezunu olanlar (%47,4) kapsamaktadır (94). Mollaoğlu'nun çalışmasında ise bizim çalışmamıza göre daha yüksek eğitim durumu bulunmuştur (102). Akoluk'un yaptığı çalışmada ise epilepsili hastaların eğitim düzeyi lise ve üniversite oranı daha yüksektir (103). Polat'ın çalışmasında ise genç grubu etkisi altına alan nörolojik hastalıklarda epilepsiye göre daha yüksek eğitim düzeyi olduğu bulunmuştur (104). Eğitim düzeyinin epilepsili bireylerde düşük olmasının nedeni sık nöbet geçirme ve kullanılan ilaç dozunun sürekli artmasından dolayı bilişsel fonksiyonlarda dalgalanmalar görülmesi ile kişilerin eğitim hayatında zorlanmaları ve uzaklaşmaları ile açıklanabilir. Literatüre baktığımızda epilepsili bireylerde dikkat dağınıklığı, bellek bozulmaları ve bilişsel fonksiyonlarda yavaşlamalar gibi sorunlar görülmesinden dolayı başarıyı olumsuz yönde etkileyerek çalışmamızda bulduğumuz sonuçlarla benzerdir (105-107).

Çalışmaya katılan epilepsili hastaların %80 (n=88)'inin çalışmadığı belirlendi. Diğer çalışmalara baktığımızda, Dijibuti ve Shakarishvili'nin yaptığı çalışmada %82,6, Akçalı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %63,3, Mollaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında %89 gibi bir işsizlik oranı olduğu belirlenmiştir (102,108,109). Bulgular literatürü desteklemektedir. İşsizlik oranının yüksek çıkmasının nedeni olarak epilepsili hastaların iş istihdamında sorunlar yaşamasına, toplum etiketlenmesinden kaynaklı sosyal izolasyon ve kazaya yakalanma oranı yüksek olduğu ile açıklanabilir.

Çalışmada hastaların ailesinde epilepsi varlığı sorgulandığında %81,8(n=90)'inin ailesinde epilepsi saptanmamıştır. Yaman ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ailede epilepsi varlığına bakıldığında %83.8 oranında ailesinde

epilepsi saptanmamıştır (110). Çalışmamızda çıkan sonuç ve diğer sonuçlar literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada örneklem grubunun tanı süresi ortalaması 14,31 yıl olarak bulundu. Nöbet sıklığı açısından ise %30 (n=33)'ünün ayda bir nöbetten fazla nöbet geçirdiği görülmüş ve bu bulgu yapılan diğer çalışmalarda daha fazla oranda olduğu bulunmuştur (97, 111).

Epilepsili bireylerin yaş sınıflarına göre EÖYÖ nöbet yönetimi puanları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,187$; $p=0,025$). 26-35 yaş grubunda olanların nöbet yönetimi puanları, 36-45, 46-55 ve 55 yaş grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Yaş aralığına baktığımızda 18-25 yaş aralığından puanı daha yüksek olan 26-35 yaş aralığı ve gittikçe azalan nöbet yönetimi puanları orta yaş grubunun daha bilinçli ve daha sorumluluk sahibi bireyler olduğu olarak düşünülebilir.

Epilepsili bireylerin cinsiyetlerine göre EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=-2,773$; $p=0,007$). Kadın popülasyonunun yaşam tarzı yönetimi puanları, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum kadınların yaşamını epilepsi ile mücadele ederken daha düzenli ve uyumlu bir biçimde sürdürdükleri düşünülebilir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre EÖYÖ bilgi yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,874$; $p=0,024$). Puanlar incelendiğinde; lise mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lisans mezunu olanların bilgi yönetimi puanları, lise mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Yaşar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise epilepsi hastalarının eğitim süresi arttıkça epilepsi ile ilgili bilgi sorularına yanlış cevap oranı anlamlı düzeyde düştüğü saptanmıştır (112). Çalışmamızda çıkan sonuç ve diğer sonuçlar literatürü doğrulamaktadır.

Hastaların eğitim düzeylerine göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6,400$; $p=0,041$). İstatistiklere bakıldığında; ilkokul ve lise mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Normalde eğitim düzeyi ile güvenlik yönetiminin paralel şekilde hareket etmesi beklenirken zıt yönde bir ilişki

olduğu görüldü. İlkokul ve lise mezunu olanların güvenlik yönetimi puanları, lisans mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,486$; $p=0,034$). Puanlar incelendiğinde; ilkokul mezunu olanlar ile lisans mezunu olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Lisans mezunu olanların yaşam tarzı yönetimi puanları, ilkokul mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların çalışma durumlarına göre EÖYÖ ilaç yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,398$; $p=0,016$). Çalışmayan grubun ilaç yönetimi puanları, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum çalışanların yaşam koşuşturmasından dolayı ilaçlarını düzensiz kullandığı ve kontrollerine gerektiği gibi uymadığı şeklinde açıklanabilir.

Hastaların çalışma durumlarına göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,457$; $p=0,014$). Normalde aktif olarak çalışan grubun günlük hayatta ve çalışma hayatında güvenliğine ve güvenli bir ortam sağlamasında daha yüksek puanda olması gerekir fakat çalışmayanların güvenlik yönetimi puanları, çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hastaların epilepsi tanı sürelerine (yıl) göre EÖYÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,149$; $p=0,043$). Puanlar analiz edildiğinde; tanı süresi 11-15 yıl olanlar ile 15 yıl üzerinde olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Epilepsi tanı süresi 15 yıl üzerinde olanların EÖYÖ toplam puanları, 11-15 yıl olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu tanı süresinin uzun olmasından dolayı hastalığa uyumu arttırdığı ve hastaların hastalıkla yaşamayı öğrenmesi olarak açıklanabilir.

Hastaların epilepsi tanı sürelerine (yıl) göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,629$; $p=0,015$). Puanlara bakıldığında; son bir yılda nöbet geçirmeyenler ile ayda 1'den fazla nöbet geçirenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ayda 1'den fazla nöbet geçirenlerin güvenlik yönetimi puanları, son bir yılda nöbet geçirmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu aktif olarak nöbet

geçiren bireylerin güvenlik durumunun her daim aklının bir köşesinde olduğu ve ona göre önlemler aldığı seyrek nöbet geçiren bireylerin güvenlik önlemlerini ihmal ettiği şeklinde açıklanabilir.

Hastaların en son nöbet geçirme zamanına göre EÖYÖ güvenlik yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,973$; $p=0,011$). Puanlara bakıldığında; en son 1 yıldan az sürede nöbet geçirenler ile en son 5 yıl üzerinde nöbet geçirenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. En son 1 yıldan az sürede nöbet geçirenlerin EÖYÖ güvenlik yönetimi puanları, en son 5 yıl üzerinde nöbet geçirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu durum nöbetleri daha yakın zamanda olan grubun çevresini ve kendi güvenlik önlemlerini daha aktif şekilde kullandığını seyrek nöbet geçirenlerin ise daha rahat davrandığını göstermektedir.

Hastaların hastalığa uyum sağlama durumuna göre EÖYÖ bilgi yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7,159$; $p=0,028$). Puanlar incelendiğinde; hastalığa uyum sağlayanlar ile bazen uyum sağlayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa uyum sağlayanların EÖYÖ bilgi yönetimi puanları, bazen uyum sağlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu bize uyum sağlayanların bilgisi artıyor bilgisi artan daha fazla uyum sağlıyor gibi açıklanabilir. Bilgi ve hastalığa uyum birbirini pozitif yönde etkilediği söylenebilir.

Hastaların hastalığa uyum sağlama durumuna göre EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=13,720$; $p=0,001$). Puanlar sonucunda; hastalığa uyum sağlayanlar ile uyum sağlayamayanlar ve bazen uyum sağlayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa uyum sağlayanların EÖYÖ yaşam tarzı yönetimi puanları, hastalığa uyum sağlayamayanların ve bazen uyum sağlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu bulgu hastalığa uyum sağlayanların yaşam tarzını hastalığa uygun olarak düzenlediği ve hastalıkla yaşamını sürdürmeyi öğrendiği şeklinde açıklanabilir.

Hastaların hastalığa uyum sağlama durumuna göre EÖYÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=5,785$; $p=0,004$). Puanlar analiz edildiğinde; hastalığa uyum sağlayanlar ile hastalığa uyum sağlayamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hastalığa

uyum sağlayanların EÖYÖ toplam puanları, hastalığa uyum sağlamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hastaların nöbetlere karşı yaşam tarzını düzenleyip bu uyumun sağlanması için yanlış inanışlar, olumsuz tutum ve davranışlar gibi engelleyecek faktörleri ortadan kaldırdığında uyumun kolaylaştığı birçok kaynakta belirtilmiştir (113-116).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Epilepsili hastaların öz yönetim hakkında bildiklerini görmek ve öz yönetimlerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada; epilepsili bireylerde hastalığa uyumu yüksek çıkan bireylerin epilepsi öz yönetim puanı da yüksek birbiri ile paralel olarak öz yönetimi iyi olan bireylerin de hastalığa daha uyumlu olduğu sonucu elde edildi.

Bu sonuçtan elde edilen bilgiler doğrultusunda;

- Epilepsili bireylere ve ailelerine öz yönetim eğitim programları planlanmalı ve daha fazla uygulanmalı,
- Hemşirelerin eğitici rollerini kullanarak öz yönetim eğitmeni hemşireler yetiştirilmeli,
- Epilepsi hastalarının öz yönetim davranışlarını belli bir süre içerisinde değerlendirerek hastalığa uyumu kolaylaştırılmalı,
- Toplumun daha fazla bilinçlenmesi için de halk sağlığı alanındaki çalışanların da epilepsiye yönelik eğitim programları ve projeleri fazlalaştırılmalıdır.

EKLER

EK-1: Etik Kurul İzni

EK-2: Akademik Kurul Onay Yazısı

EK-3: Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumlardan Resmi İzin Yazıları

EK-4: Ölçeğin Kullanılabilmesi İçin Geçerlik Güvenirlik Yapan Kişiden İzin

Ynt: ölçek kullanma izni

KÜBRA YENİ <akdag yeni@hotmail.com>

Mon 4/22/2019 12:17 PM

To: Emre Usta <usta_emre_1907@hotmail.com>

■ 1 attachments (21 KB)

EPILEPSİ ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ.docx;

Sayın Emre Usta,
Öncelikle tezinizde başarılar dilerim. Ölçeği ve skorlamasını ekte gönderiyorum. Ancak stigma ölçeği bana ait olmadığı için onu geliştiren ya da geçerliğini yapan kişiden istemelisiniz.
Saygılarımla.

Araştırma Görevlisi Kübra Yeni
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Gönderen: Emre Usta <usta_emre_1907@hotmail.com>**Gönderildi:** 21 Nisan 2019 Pazar 13:21:04**Kime:** akdag yeni@hotmail.com**Konu:** ölçek kullanma izni

Sevgili Kübra Yeni,

Ben Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim.Tez konumda epilepsili hastalarda tezinizde kullandığınız epilepsi öz yönetim ölçeği ve stigma ölçeğini kullanmak istiyorum.Sizden ölçeğinizi kullanmak için izin istiyorum.Ölçek ve ölçek değerlendirmesinin orijinal halini atabilir misiniz?

Saygılarımla,

Emre Usta.

EK-5: Hasta Tanılama Formu

Sayın katılımcı;

Bu tez çalışmasında, epilepsi tanısı alan hastaların öz yönetiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz aşağıdaki soruları cevaplandırmanız gerekmektedir. Çalışmalar sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu çalışma için sizden bir ücret alınmayacak ve size bir ödeme yapılmayacaktır.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Gülşah KUMAŞ

Yüksek Lisans Öğr. Emre USTA

HASTA TANILAMA FORMU

A. HASTALARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ

1. Yaş.....
2. Cinsiyet () Erkek () Kadın
3. Eğitim Durumu () İlköğretim () Lise () Üniversite
4. Çalışma Durumu () Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli
5. Medeni Durum () Evli () Bekar

B. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

6. Önceden hastanede yatma durumu () Evet () Hayır
7. Ailede epilepsi varlığı () Var () Yok
8. Epilepsi tanısı alma zamanı:
9. Son bir yıldaki nöbet sıklığı () Nöbet geçirmemiş
() Ayda bir nöbetten az
() Ayda bir nöbetten fazla
() Diğer(belirtiniz.....)
10. En son ne zaman nöbet geçirdiniz:
11. Hastalığa uyum sağlama durumu () Evet () Hayır () Bazen
12. Nöbet habercisini hissetme durumu () Evet () Hayır () Bazen
13. Eşlik eden kronik hastalık varlığı () Evet () Hayır
14. Epilepsi nöbeti ile ilgili eğitim aldınız mı? () Evet (kimden/nereden.....)
() Hayır

EK-6: Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği

Yönerge: Aşağıdaki cümleler kişilerin epilepsilerini yönetmek için neler yaptıklarını ifade etmektedir. Lütfen her bir cümle için ne sıklıkta yaptığınızı belirten ifadeyi işaretleyiniz. Lütfen soruları cevaplarken **son bir yıldaki** aktivitelerinizi göz önünde bulundurunuz.

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

EK-6: Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği (Devam)

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

ÖZGEÇMİŞ

10.11.1995 tarihinde Mersin’de doğdu. 2009 yılında Perşembe Vakfı İlköğretim okulundan 2013 yılında Hacı Zarife Çelebi Aygar Anadolu Lisesi’nden mezun oldu. 2014-2018 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Hemşirelik lisans eğitimi aldı. 2018 Eylül ayında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda tezli yüksek lisans programına başladı. 2020 Nisan ayından beri Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi görevini yürütmektedir.