

KÜBRA YENİ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2014

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**EPİLEPSİ ÖZ-YÖNETİM ÖLÇEĞİ
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

KÜBRA YENİ

**DANIŞMAN
YARD.DOÇ.DR.ZELİHA TÜLEK**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Kübra Yeni tarafından hazırlanan Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

16 / 12 / 2014

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Prof.Dr. Nuray Enç İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Prof.Dr.Nerses Bebek İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi / Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3.Doç.Dr.Gülbeyaz Can İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Yard.Doç.Dr.Zeliha Tülek (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



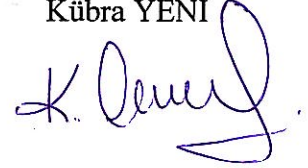
5.Yard.Doç.Dr.Aylin Özakgöl İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



BEYAN

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

Kübra YENİ



İTHAF

Nöbetsiz günleri bekleyen epilepsi hastalarına ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda danışmanlık yapan değerli hocam Yard.Doç.Dr.Zeliha Tülek'e, bilgisini ve deneyimlerini her zaman bizlerle paylaşan İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma, yardımlarını esirgemeyen İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Epilepsi Birimi öğretim üyeleri Prof.Dr.Nerses Bebek, Prof.Dr.Candan Gürses, Prof.Dr.Betül Baykan ve Prof.Dr.Ayşen Gökyiğit'e, istatistik konusunda yardımcı olan Arel Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Doç.Dr.Ömer Faruk Şimşek'e, çalışma süresince bana destek olan İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Epilepsi Birimi çalışanlarına, çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm epilepsili bireylere, uzakta olsalar da manevi desteğini esirgemeyen canım aileme, sevgi, sabır ve anlayışı ile her zaman bana destek olan eşim Adem Yeni'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	İX
ÖZET	X
ABSTRACT.....	Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Epilepsi Tanımı	3
2.2. Epilepsi Tarihçesi.....	3
2.3. Epilepsi Epidemiyolojisi	4
2.4. Patofizyoloji	4
2.5. Etyoloji.....	5
2.6. Epileptik Nöbetlerin Sınıflandırılması	6
2.6.1. Parsiyel Nöbetler	7
2.6.1.1. Basit Parsiyel Nöbetler.....	7
2.6.1.2. Kompleks Parsiyel Nöbetler	8
2.6.1.3. Sekonder Jeneralize Dönüşen Nöbetler	8
2.6.2. Jeneralize Nöbetler.....	9
2.6.3. Sınıflandırılmayan Epilepsi Nöbetleri.....	10
2.7. Epilepside Tanı Yöntemleri	10
2.8. Epilepside Tedavi.....	11
2.9. Epilepsi ve Sosyal Boyutu	13
2.10. Epilepsi ve Sosyal Destek	17
2.11. Epilepsi ve Stigma	18
2.12. Epilepsi ve Yaşam Kalitesi	19
2.13. Epilepsi ve Öz-Yönetim.....	20

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Etik Konular	23
3.5. Verilerin Toplanması	23
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Hasta Bilgi Formu	24
3.6.2. Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği (Epilepsy Self Management Scale)	24
3.6.3. Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Ölçeği	24
3.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	25
3.6.5. Stigma Ölçeği.....	25
3.6.6. Epilepsi Bilgi Envanteri	25
3.6.7. Epilepsi Tutum Envanteri	25
3.7. Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Aşamaları ...	26
3.7.1. Dil ve Kapsam Geçerliği	26
3.7.2. Ölçeğin Yapı Geçerliği	26
3.7.3. Ölçeğin Güvenirliği.....	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	28
4. BULGULAR.....	30
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bulgular.....	30
4.2. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulgular	39
4.2.1. Geçerlik Analizleri	39
4.2.2. Güvenirlik Analizleri	43
5. TARTIŞMA	47
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKLAR	58
FORMLAR	71
İZİNLER	84
ETİK KURUL KARARI	86
ÖZGEÇMİŞ	91

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Epilepsi Öz -Yönetim Ölçeği'nin alt boyutları ve boyutlarında yer alan maddeler.....	24
Tablo 3-2: Çalışmada kullanılan istatistiksel analizler	29
Tablo 4-1: Hastaların sosyodemografik özellikleri	31
Tablo 4-2: Hastaların çalıştıkları işler	32
Tablo 4-3: Hastalık sürecine ilişkin özellikler	33
Tablo 4-4: Psikososyal faktörlere ilişkin özellikler	37
Tablo 4-5: Epilepsi öz-yönetimini etkileyebilecek faktörlerin puan ortalamaları.....	39
Tablo 4-6: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi uyum iyiliği sonuçları	40
Tablo 4-7: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi-faktör yükleri	41
Tablo 4-8: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği' ne verilen cevapların frekansları	42
Tablo 4-9: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği puan ortalamaları.....	43
Tablo 4-10: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği' nin test-tekrar test korelasyon analizi	44
Tablo 4-11: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği maddelerinin madde-toplam puan.....	45
Tablo 4-12: EÖYÖ puanlarının Stigma, ÇBASDÖ, Epilepsi Bilgi Ve Tutum Envanteri ölçekleri puanları ile ilişkisi.....	46
Tablo 4-13: EÖYÖ puanlarının GÖYÖ puanları ile ilişkisi.....	46

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

KPN: Kompleks Parsiyel Nöbet

EEG: Elektroensefalografi

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme (Magnetic Resonance Imaging)

BT: Bilgisayarlı Tomografi

SPECT: Single-Photon Emission Computed Tomography

PET: Positron Emission Tomography

VNS: Vagal Sinir Stimülasyonu (Vagal Nerve Stimulation)

CBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

EÖYÖ: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği (Epilepsy Self Management Scale)

GÖYÖ: Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Ölçeği

ÖZET

Yeni, K. (2014). Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma epilepsili hastaların öz-yönetim davranışlarını değerlendirmek için Dilorio ve ark. tarafından geliştirilmiş olan "Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği"nin (Epilepsy Self Management Scale) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapıldı. Çalışma Şubat-Eylül 2014 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Epilepsi Polikliniği'nde yüz yüze görüşme ile gerçekleştirildi. Metodolojik araştırma niteliğinde olan bu çalışmada örneklem grubunu 18 yaş üstü, iletişim kurulabilen, epilepsi tanısı kesinleşmiş, epilepsi dışında yaşam kalitesini etkileyecek tıbbi bir sorunu olmayan 194 hasta oluşturdu. Son 2 yıldır nöbetsiz olan hastalar gruba dahil edilmedi. Ölçek, kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere nöroloji alanında çalışan dokuz uzmanın görüşüne sunuldu, öneriler doğrultusunda son şekli verildi. Otuz sekiz maddeli ve Likert tipindeki ölçek, dil çeviri ve kapsam geçerliği çalışmalarından sonra on kişilik bir gruba uygulandı, gerekli değişikliklerden sonra uygulamaya geçildi. Yapı geçerliği için Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizi yapıldı. Faktör analizi sonucunda ölçeğin on üç faktörlü yapıya dağıldığı ve faktör yükü 0,30'dan düşük olan yirmi madde olduğu saptandı. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0,020 ile 0,515; alt boyut toplam puanlarının korelasyon katsayıları 0,096 ile 0,735 arasında saptandı. İç tutarlık analizinde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0,740; alt boyutlar için 0,573 ile 0,673 arasında bulundu. Ölçek ve alt boyutlarının zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için test-tekrar test yapıldı, her iki uygulama arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Sonuç olarak "Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği"nin Türkçe versiyonunun Türk toplumunda kullanımı için iyileştirme çalışmalarının yapılması gerektiği saptandı.

Anahtar Sözcükler: Epilepsi, Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği, Geçerlik ve Güvenirlik.

ABSTRACT

Yeni, K. (2014). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Epilepsy Self Management Scale. Istanbul University Institute of Health Sciences, Department of Medical Nursing, Master's Thesis. Istanbul.

This research has been conducted to determine the validity and reliability of the Turkish version of the "Epilepsy Self Management Scale" developed by Dilorio et al. to evaluate self management behaviours of patient with epilepsy. The study has been carried out through face-to-face interviews between February-September 2014 at the Epilepsy Outpatient Clinic, Department of Neurology, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University. As a methodological research, this study has constituted its sample a group of 194 patients with age above 18, able to communicate, having diagnosis of definite epilepsy, without any medical problems that may affect the quality of life. Patients seizure-free for 2 years were excluded from the group. For linguistic validation, an expert panel of nine academics was formed, and the Turkish form was finalized according to their recommendations. The thirty-eight item Likert-type scale was applied to a group of 10 persons, following language translation and content validation processes, and was implemented following necessary changes. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis was performed for construct validity. It was determined by factor analysis that the scale consisted of thirteen factors and twenty items that factor loadings less than 0.30. Item-total score correlation coefficients of the scale have been determined to be in the ranges 0.020 and 0.515, and correlation coefficients of sub-scale items and sub-scale total scores to be in the range 0.096 and 0.735. For internal consistency analysis, Cronbach alpha reliability coefficient was determined to be 0.740 for the whole scale and between 0.573 and 0.673 for the sub-scales. The test was repeated to evaluate the invariance of the scale and its sub-scales with respect to time, no difference between two implementations was determined ($p > 0.05$). As a result it was determined that Turkish version of the "Epilepsy Self Management Scale" needs further refinement to be used in studies.

Key Words: Epilepsy, Epilepsy Self Management Scale, validity and reliability.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Epileptik nöbet, nöronların anormal, aşırı veya senkron aktivitesine bağlı, geçici olarak görülen belirti ve bulgular olarak tanımlanır. Epilepsi ise beynin sürekli epileptik nöbet oluşturmaya yatkınlık ile karakterize olan bozukluğudur. Kronik bir hastalık olarak yaşam süresinin önemli bir bölümünü etkileyen, fiziksel, emosyonel, entellektüel ve sosyal yaşamda önemli sınırlılıklara neden olan, günlük aktivitelerde zorunlu ve travmatik değişikliklere yol açan bir sağlık sorunudur (Mollaoğlu 2000; Bazil 2008; Baykan 2013; Linklater 2013).

Kronik bir hastalık olduğundan, epilepsi tanısı konulan bir kişi, tanı konduğu andan itibaren bu durumla yaşamayı öğrenmeli ve iyi nöbet kontrolünü sağlamalıdır (Aliasgharpour 2013). Kronik durumlarda bireylerin semptomları, tedaviyi, hastalığın fiziksel ve psikososyal sonuçlarını yönetebilmesini ve yaşam tarzı değişiklikleri yapabilmesini ifade etmede öz-yönetim kavramı kullanılmaktadır. Etkili öz-yönetim, hastanın, bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkileri etkileyecek durumları kontrol altına alarak yaşam kalitesini artırmasını sağlar. Bu nedenle öz- yönetim sürekli ve dinamik bir süreçtir (Barlow 2002).

Epilepside de hastalığın kontrolünde öz-yönetim önemlidir. Epilepside hastalığın yönetimine katkıda bulunan en önemli öz-yönetim davranışları ilacını düzenli olarak kullanma, nöbeti tetikleyen durumlardan uzak durma, nöbet esnasında zarar görmeyi engellemek için güvenli bir ortam oluşturma, düzenli/yeterli dinlenme ve beslenme ve stres ile başetmedir (Dilorio 1992; 2006).

Öz-yönetim davranışları hastanın hastalığı üzerindeki kontrol duygusunu güçlendirir, kontrolünü artırır, yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunur. Öz-yönetim davranışlarının geliştirilebilmesi için epilepsili hastanın sağlıkla ilgili inançlarının, epilepsi konusundaki bilgi ve tutumlarının ve öz-etkililik düzeyinin bilinmesi gerekir. Öz-etkililik kişinin belli bir eylemi başarıyla gerçekleştirme veya olayları kontrol edebilme algısı olarak tanımlanır; bireyin gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derece başarılı olabileceğine ilişkin inancı, yargısıdır. Özellikle kronik hastalıklarda öz-yönetim davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde en önemli belirleyicilerden biridir (Aksayan ve Gözümlü 1998; Buelow 2001). Çalışmalar öz-etkililiğin öz-yönetim davranışları ile ilişkili olduğunu, öz-etkililik düzeyi yüksek

olan bireylerin sağlığını yönetmede daha başarılı olduğunu ortaya koymaktadır (Dilorio 2006). Birbiri ile ilişkili bu kavramlar daha çok diyabet, egzersiz, sigara bırakma ve kilo kontrolü durumlarında kullanılmıştır. Ancak bunun epilepside de önemli olduğu bildirilmiştir (Dilorio 1992; 2004). Ayrıca z-yönetimin değerlendirilmesinde genel bir yaklaşım yerine hastalığa özgü bir yöntem kullanılması tavsiye edilmektedir. Bu bağlamda Dilorio ve ark. tarafından, hemşirenin temel sorumluluklarından biri olan hasta eğitimi konusunda hastanın gereksinimlerini saptamak amacı ile, epilepsiyeye özgü bir öz-yönetim leği geliştirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, Dilorio ve ark.(1994, 2004) tarafından geliştirilmiş "Epilepsy Self Management" (Epilepsi z-yönetim leği) adlı leği Türkçe'ye uyarlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsi Tanımı

Epilepsi, beyindeki nöronların anormal ve aşırı deşarj olması ve herhangi bir provoke edici neden bulunmaksızın tekrarlayan epileptik nöbetlerle karakterize nörolojik bozukluktur (Duncan 2006; NCGC 2004). Geçirilen tek bir nöbet sonrası kişiye epilepsi tanısı konulmamakta, klinik tanıda iki ya da daha fazla provoke olmayan nöbet olması göz önünde bulundurulmaktadır. Örneğin; bazı durumlarda nöbetler akut, semptomatik olabilir. Akut semptomatik nöbetler, genellikle aşırı alkol alma, hipoglisemi, kafa travması gibi beyin fonksiyonlarında ani ve geçici bir bozukluk oluştuğunda meydana gelebilir. Provoke olmuş bu nöbetler epilepsi olarak tanımlanmaz ve antiepileptik tedavi gerektirmez (Dobrin 2012).

Genellikle çocukluk çağında başlayan epilepsi yeni doğan, yaşlı ayrımı yapmaksızın tüm yaş grubunda, etnik kökenlerde, ülkelerde görülebilen, içerisinde çeşitli nedenleri, belirtileri, birçok nöbet tipleri ve sendromları barındıran klinik bir durumdur (Duncan 2006; Banarjee 2009). Epilepsi etyolojisi, başlangıç yaşı, nöbet tipi, farmakolojik tedaviye verilen yanıt, prognozu, eşlik eden bozukluklar kişiden kişiye değişiklik göstermekte, epilepsili birey ve aileler için getirdiği yükler de farklı olmaktadır (Forsgren 2004). Doğru tanılama, uygun sosyal ve tıbbi destek, gerekli eğitim ile epilepsinin getirdiği yükler en aza indirilebilmektedir (Blume 2003).

2.2. Epilepsi Tarihçesi

Epilepsi kelimesi Yunanca nöbet ya da atak anlamına gelen “epilambanein” kelimesinden türemiştir. M.Ö. 400 yıllarında Mezopotamya’da epilepsi “düşen hastalığı” olarak tanımlanmış ve nöbetlerin nedeni olarak kötü ruha ya da doğa üstü güçlere sahip olma gösterilmiştir. Yaklaşık 500 yıl sonra Yunanlı hekim Galen’in hipotezi epilepsiyi tanımlama yolunda önemli ilerleme sağlamıştır. Galen, epilepsinin nedeninin beyinden kaynaklandığını ya da nedeninin belli olmadığını ileri sürmüş ve yine bu dönemde nöbet öncesi hissedilen “aura” yı tanımlamıştır. Orta Çağ’da diyet, hijyene önem verme, ökseotu, sarımsak soğan gibi doğal bitkileri kullanarak hastaları tedavi etme yoluna gidilirken, erken dönemlerde ise hastaların kafa tasına delik açılarak fazla olan sıvının boşaltılması yoluna başvurulmuştur.

Orta Çağ Avrupası'nda da yine epilepsi hastalarının kötü ruhlara sahip olduğu ve hastalıklarının bulaşıcı olduğuna inanılmış, tedavi yöntemi olarak da cin çıkarma gibi dini yöntemler uygulanmış ve hastalar ciddi bir ayrımcılığa maruz kalmışlardır. 1770 yılında Tissot'un ilk defa büyük ve küçük nöbetlerin ayrımını yapması, 1857 yılında menstrual dönemle ilişkili nöbetlerde bromür kullanması ve bu dönemde elektrofizyolojinin geliştirilmesiyle birlikte epilepsi tedavisinde önemli adımlar atılmıştır. 1901'de Gowers tarafından epilepsinin etyolojik ve patofizyolojik açıdan daha detaylı tanımı yapılmış, 1912'de fenobarbital, 1938'de ise fenitoin kullanılmaya başlanmıştır. 1938 yılından sonra günümüze kadar epilepsinin tanılama ve tedavi aşamasında önemli gelişmeler sağlanmıştır (Smith ve Buelow 1996).

2.3. Epilepsi Epidemiyolojisi

Epilepsi, en sık görülen nörolojik bozukluklardan biri olup, dünya çapında yaklaşık olarak 50 milyon kişiyi etkilemektedir (WHO 2001; Forsgren 2004). Epilepsi prevalansı ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte 1.5-14/1000 arasında değiştiği ve ortalama olarak 6/1000 olduğu bildirilmektedir. Ancak bu oran Sahra altı Afrika ve Latin Amerika ülkeleri gibi gelişmemiş ya da gelişen ülkelerde daha fazladır (15/1000). Bunun nedeninin, tıbbi tedaviden yararlanan epilepsi hastalarının gelişmiş ülkelere oranla daha az olması, kafa travmaları, serabrovasküler hastalıklar, doğum travmaları, santral sinir sistemi enfeksiyonu gibi beyin hasarına yol açabilecek durumların durumların daha fazla olmasıdır (Mac 2007; Preux ve Druet-Cabanac 2005). Epilepsi prevalansının cinsiyet olarak nispeten erkeklerde daha fazla olduğu bildiren çalışmalar (Forsgren 2004) ile birlikte cinsiyet arasında farklılık olmadığını rapor eden çalışmalar bulunmaktadır (Christensen 2005; McHugh ve Delanty 2008; Kılınçer 2004). Epilepsi ile yaşamın her döneminde karşılaşmak mümkün iken, en sık yaşamın ilk ve son aylarında rastlanıldığı bildirilmiştir (Hauser 1993).

2.4. Patofizyoloji

Elektrolit dengesizlikleri, hipoglisemi, tümörler ya da toksinler gibi beyindeki normal aktiviteyi bozabilen durumlar nöbete neden olabilir ancak bu durum epilepsi olarak tanımlanmaz. Epilepside nöbete neden olan provoke edici bir faktör bulunmamasına rağmen, epilepsili hastaların beyin fizyolojisindeki anormal deşarj

güncelliğini yitirmez, hasta her an nöbete meyillidir ve gerçek nedeni tam olarak bilinmez (Huff ve Fountain 2011).

Epilepsili bireylerde, nöronların hücre membranındaki normal elektriksel dengenin bozulması sonucu anormal elektriksel deşarjlar meydana gelir. Bu deşarjlar nöbet sırasında görülebilen karakteristik semptomlara neden olur (Williams ve Hopper 2010). Nöbet tipi ya da etyolojik faktörler farklı olmasına rağmen, tüm konvülsiyonlarda temel mekanizma uzamış depolarizasyon sonucunda nöronların aşırı aktif hale gelmesi ve birden boşalmasıdır. Bu durum beynin işlevini geçici olarak bozmaktadır.

Nöbetler parsiyel ve jeneralize olarak sınıflandırılabilir. Parsiyel nöbetlerden beynin korteksi sorumludur; elektriksel deşarj korteksten başlayıp her iki hemisfere de yayılırsa jeneralize nöbetler oluşur. Nöbetleri başlatan durumlar her ne kadar kesin olarak bilinmese de, aşırı bir uyarılma dengesizliği ve bunu inhibe edecek mekanizmanın yetersizliği bilinen bir gerçektir (Duncan 2006; Huff ve Fountain 2011).

2.5. Etiyoloji

Epilepsinin etyolojik olarak sınıflandırılmasında dört ana kategori vardır. Bunlar; idiyopatik epilepsi, semptomatik epilepsi, provoke epilepsi, kriptojenik epilepsidir (Banarjee 2009; Shorvon 2011)

1. **İdiyopatik Epilepsi:** İdiyopatik epilepside kesin olarak belirtilmiş nöroanatomik bir anormallik bulunmamakla birlikte genetik nedenli olduğu tahmin edilmektedir. Her ne kadar genetik olduğu ileri sürülse de bu durum tam olarak aydınlatılabilmiş değildir.
2. **Semptomatik Epilepsi:** Semptomatik epilepsinin sorumlusu olarak, genellikle genetik nedenler ya da sonradan gelişen anatomik veya patolojik durumlardan bahsedilir. Bu kategori içerisine patolojik serebral olaylar, tek gen yada diğer genetik hastalıklar gibi doğuştan gelen ya da gelişimsel olarak kazanılan durumlar dahil edilebilir. Sonuç olarak semptomatik epilepsi belli bir nedene dayandırılmaktadır.
3. **Provoke Epilepsi:** Kesin olarak nöroanatomik bir patoloji tanımlanmamakla birlikte, nöbetlerin oluşmasında spesifik sistemik bir durum ya da çevresel

faktörlerin etkili olduğu epilepsi türüdür. Refleks epilepsiler bu kategoriye dahil edilmektedir.

4. **Kriptojenik Epilepsi:** Epilepsinin oluşmasında kesin neden bulunamamış olmakla birlikte, temelde semptomatik bir doğasının olduğu düşünülmektedir. Sayısal olarak günümüzde hala önemli bir yer kaplamaktadır. Yetişkin başlangıçlı epilepsinin yaklaşık %40'ı bu kategoride yer almaktadır (Shorvon 2011).

2.6. Epileptik Nöbetlerin Sınıflandırılması

Epileptik nöbetlerin sınıflandırılmasında son güncelleme International League Against Epilepsy (ILAE) tarafından 2010 yılında yapılmış olmasına rağmen yaygın olarak kullanılan 1981'de yapılan sınıflamadır (Hart 2012).

League Against Epilepsy International (ILAE) tarafından 1981 yılında yapılan epileptik nöbetlerin sınıflandırılması şu şekildedir:

I. Parsiyel (fokal) Nöbetler

A. Basit parsiyel nöbetler (bilinç durumu bozulmaksızın)

1. Motor semptomlarla seyreden basit parsiyel nöbetler
2. Somatosensoriyal veya özel duyuusal semptomlu nöbetler
3. Otonomik belirti ve bulgularla seyreden nöbetler
4. Psikişik belirtilerle seyreden nöbetler

B. Kompleks Parsiyel Nöbetler

1. Basit parsiyel başlayıp bilinç bozukluğuyla devam eden nöbetler
2. Bilinç bozukluğu ile başlayan nöbetler

C. Sekonder Jeneralize Dönüşen Nöbetler

1. Jeneralize nöbetlere dönüşen basit parsiyel nöbetler
2. Jeneralize nöbetlere dönüşen kompleks parsiyel nöbetler
3. Basit başlayıp önce kompleks parsiyel daha sonra jeneralize nöbetlere dönüşen parsiyel nöbetler

II. Jeneralize Nöbetler

1. Absans nöbetler
2. Myoklonik nöbetler
3. Jeneralize tonik –klonik nöbetler
4. Tonik nöbetler
5. Klonik Nöbetler
6. Atonik nöbetler

III. Sınıflandırılmayan Epilepsi Nöbetleri (ILAE 1981; Hart 2012).

2.6.1. Parsiyel Nöbetler

Parsiyel nöbetler değişik şekillerde kendini göstermekle birlikte, otomatizma olarak adlandırılan, tekrarlayan ve amaçsız davranışlar klasik semptomlarıdır. Bilinç değişimi olmaksızın nöbet meydana gelirse bu durum basit parsiyel olarak adlandırılır. Bilinç değişimi ile oluşan nöbetler kompleks parsiyel ve beynin bir bölgesinde başlayan elektriksel deşarjın beynin tamamına yayılması ile meydana gelen nöbetler ise jeneralize dönüşen parsiyel nöbetler olarak adlandırılır (Sisodiya ve Duncan 2004; Pellock ve Duchowny 2005; Hart 2012).

2.6.1.1. Basit Parsiyel Nöbetler

Motor Semptomlarla Seyreden Basit Parsiyel Nöbetler

Motor nöbetler kas aktivitelerindeki değişimlerle kendini gösterir. Lokalize tonik postür (katılık) ya da klonik hareketler (seğirmeler) olabilir. Anormal hareketler beden bir bölümüyle sınırlı kalır ya da aynı tarafın yakın bölgesine de yayılabilir. Bazen nöbet geçirilen bölgede nöbet sonrası paraliziler oluşabilir ve bu durum Todd Paralizisi olarak adlandırılır. Todd paralizisi yaklaşık bir saat kadar hatta daha fazla sürebilir (Rudzinskive Shih 2011)

Somatosensoriyal veya özel duyuusal semptomlu nöbetler

Somatosensoriyal nöbetler kendini hallisünasyon ya da illüzyonlarla gösterir. Hallisünasyonlar ve illüzyonlar genellikle dokunma (iğnelenme, batma, uyuşma, elektriksel duyular gibi), koku ya da tat (kimyasal ya da metelik hoş gitmeyen kokular, tatlar gibi), görme (renkli ışıklar görme, görme bulanıklığı ve tam körlük gibi.) ve

işitme (vızıltı, uğultu, gümbürtü gibi) gibi alanları kapsamaktadır. Hallisünasyonlar bir bölge ile sınırlı kalabildiği gibi aynı tarafın yakın bölgelerini de kapsayabilir (American Epilepsy Society 2004; Huff ve Fountain 2011)

Otonomik belirti ve bulgularla seyreden nöbetler

Nöbet sırasında en sık görülen semptomlardan biri epigastrik ve abdominal semptomlardır. Ayrıca solukluk, terleme, yüzde kızarma, pupiller dilatasyon, epigastrik duyular, kusma, karın gurultusu, inkontinans olabilir. Basit parsiyel ve kompleks parsiyel nöbetlerde sinus taşikardisi, aritmi ve bradiaritmiler oluşabilir. Solunum sistemi ile ilgili hiperventilasyon ve apne görülebilir (Huff ve Fountain 2011).

Psşik belirtilerle seyreden nöbetler

- Değişik afazik konuşmaları ile giden *disfazik* tablolar,
- Hafızanın etkilenmesi, zamanın algılanmasında değişme hali, rüya hali, olayları daha önce yaşamış olma hissi (*deja vu*), daha önce olmuş bir olayı hiç olmamış gibihissetmesi (*jamais vu*) gibi *dimnezik* tablolar,
- Zamanı algılama bozuklukları, rüya halleri gibi *kognitif* tablolar,
- Asırı zevk, korku, hiddet gibi *affektif* tablolar,
- Algılamada etkilenmenin olup, objelerin olduğundan daha büyük ya da daha küçük görüldüğü *illüzyon* tabloları şeklinde ortaya çıkabilir (Huff ve Fountain 2011).

2.6.1.2. Kompleks Parsiyel Nöbetler

Kompleks parsiyel nöbetler yetişkin epilepsilerinin en sık görülen formudur. Kompleks parsiyel nöbetlerde bilinçte değişim olur ve bu şekilde basit parsiyel nöbetlerden ayrılırlar. KPN, tekrarlayan hareket ya da davranışlar, paroksizmal anksiyete ya da somatik semptomlar, tuhaf etkiler ve bilinç değişimleriyle kendini gösterebilir. (Roffman ve Stern 2006)

2.6.1.3. Sekonder Jeneralize Dönüşen Nöbetler

Parsiyel nöbetler tonik – klonik nöbetlere ya da jeneralize nöbetlere dönüşebilir. Hastalar genellikle aura hisseder ve nöbetler tonik-klonik nöbete dönüşür. KPN ile sekonder jeneralize dönüşen nöbetlerin ayrımını yapmak zor olabilir. Bu yüzden

elektroensefalografi (EEG), manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ayırıcı tanıda yararlı olmaktadır (Yıldız 2013).

2.6.2. Jeneralize Nöbetler

Absans Nöbetler

Absans nöbetler (dalma nöbetleri) çocukluk çağında sık görülmektedir. Absans nöbet geçiren kişi, bir anda sanki transa geçmiş gibi boş boş bakar. Dudak yalama, yutkunma, üstünü çekiştirme gibi otomatizmalar absans nöbetlere eşlik edebilir. Konuşma sırasında nöbet geçiren biri nöbet geçirdiğini anlamaz ancak konuşmasının bölündüğünün farkındadır (Siegenthaler 2007)

Myoklonik nöbetler

Myoklonik nöbetler kaslarda istemsiz, ani başlayan aritmik hareketlerdir. Ekstansiyon ve fleksiyon tarzında simetrik ve asimetrik olabilir, tüm vücudu ya da tüm vücut parçalarını etkileyebilir (Siegenthaler 2007)

Jeneralize tonik –klonik nöbetler

Tonik – klonik nöbetler bilinç kaybı ile başlar. Hastalarda tonik evrede katılık olur ve ayakta ise yere düşer. Yine bu evrede çene kaslarının kasılması ile dil ısırılabilir, kollar ve bacaklar genellikle uzamış vaziyettedir. Solunum kaslarının kasılmasıyla epileptik çılgılık duyulabilir ve hastada siyanoz görülebilir. Tonik evre yaklaşık yirmi saniye kadar sürer ve daha sonra klonik evre başlar.

Klonik evrede kol ve bacaklarda sıçrayıcı hareketler (sallantı tarzı) başlar. Ağızda salya oluşabilir, solunum genellikle hırıltılıdır. Kan basıncı yükselir ve pupiller dilate olur. İnkontinans gelişebilir. Nöbet sonrası hasta genellikle konfüzedir ve baş ağrısından yakınır. Postiktal evre genellikle 10 dakikadan 1-2 saate kadar uzayabilir.

Tonik nöbetler

Kollar ve bacaklarda tonik kasılma (ekstansiyon olur) ve bu kasılmanın etkisiyle etkisi ile uzuvlarda havaya doğru kalkma olur. Yere düşmeler meydana gelir. Genellikle tonik nöbetler kısa sürer ve hasta çabuk kendine gelir. Ancak düşmeler nedeni ile yaralanmalar sık görülen bir durumdur

Klonik Nöbetler

Ritmik jeneralize kasılmalar olur ve genellikle yeni doğanlarda daha sık görülür.

Atonik Nöbetler

Postüral tonüsün ani kaybı ile birlikte hastalar birden yere düşerler. Diş ve yüz yaralanmaları bu nöbetlerde de sık görülen bir durumdur. Postiktal evrede kendine gelme hızlı olur (Hart 2012).

2.6.3. Sınıflandırılmayan Epilepsi Nöbetleri

Nöbetler veri yetersizliği ya da olgunu özelliğine göre herhangi bir gruba dahil edilemiyorsa sınıflandırılmayan nöbetler olarak adlandırılır (Huff ve Fountain 2011).

2.7. Epilepside Tanı Yöntemleri

Elektroensefalografi (EEG)

Elektroensefalografi iletken ortam ve elektrotlar yardımı ile kafa derisi üzerinden beyin dalgalarının yazdırılması işlemidir (Teplan 2002; Yavuz ve Bebek 2010; Genç 2012). EEG, epilepsi tanı, tipi ve izlenmesinde vazgeçilmez bir yöntemdir (Koçer 2006). EEG'nin değerlendirilmesinde hastanın yaşı, uyku-uyanıklık durumu, dalgaların şekli, amplitüdü, frekansı, süresi, dağılımı, senkron ve reaktivitesine dikkat edilmelidir.

Epilepsi tanısını konması ve tedavinin yönlendirilmesi, epilepsiyi taklit eden diğer paroksizmal olayların ayrımının yapılması amacıyla klinik pratikte en sık kullanılan yöntemlerden biridir (Yavuz ve Bebek 2010). Rutin EEG ile beyin aktivasyonunda herhangi bir asimetri ve deşarj (diken, kesik ve diken – dalga) olup olmadığı, elektroklinik sendromlar hakkında bilgi edinilmeye çalışılır. Hastada epilepsi tanısı, türü, anomali saptanmışsa lokalizasyonu hakkında bilgi vermesi açısından büyük önem taşır (Genç 2012).

Video- EEG incelemesi EEG ile eş zamanlı olarak video görüntülemeyi içerir. Epilepsinin kesin tanısı ve nöbet hakkında son derece yararlı bilgiler sağlar. Bu incelemenin yapılması nöbetlerin sık olduğu durumda daha anlamlı olur (Yavuz ve Bebek 2010).

Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI)

Bilgisayarlı tomografinin nöroloji pratiğinde yerini alması özellikle semptomatik parsiyel epilepsiler açısından önem taşımaktadır. Epilepsili hastalarda önemli bir lezyon şüphesinde ya da etyoloji bilinmediğinde BT endikedir. Günümüzde ise sağladığı yüksek anatomik ayrıntı ve yumuşak doku rezolüsyonu ile MRI epilepsili hastalarda BT'nin yerini almış durumdadır. MR görüntüleme fokal epilepsinin orjininin belirlenmesinde BT'ye göre oldukça duyarlıdır. Özellikle ilaç tedavisine dirençli epilepsili hastalarda altta yatan nedene bağlı olarak cerrahi tedavi şansı doğabileceğinden kraniyal MR görüntülemenin önemi daha da artmaktadır (Özkara 1995).

Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) ve Positron Emission Tomography (PET)

İnvazif olmayan görüntüleme tekniklerinden olan SPECT ve PET cerrahi öncesi epilepsinin değerlendirilmesinde kullanılan önemli görüntüleme yöntemleridir. Çünkü nöbet sırasında beyin kan akışındaki fonksiyonel değişiklikleri gösteren güçlü görüntüleme teknikleridir. Özellikle iktal SPECT ile saptanan hiperperfüzyon ile odak lokalizasyonu açısından önemli bilgiler elde edilir (Kim ve Mountz 2011).

2.8. Epilepside Tedavi

Antiepileptik Tedavi

Epilepsili hastalarda yaşam kalitesini belirleyen en önemli faktörlerden biri nöbet kontrolünün sağlanabilmesidir. Bu nedenle epileptik duruma yol açan durumu ortadan kaldıramayan ancak kullanıldıkları süre içerisinde nöbetleri azaltan ya da ortadan kaldıran antiepileptik ilaçlar yaşam kalitesini artırmada önemli bir yer tutar. Ancak antiepileptik tedavi her birey için aynı değildir. Hastanın nöbetlerinin ve epilepsi tipinin sınıflandırılması gerekir. Ayrıca ilaçların maliyetinin ve istenmeyen etkilerinin en az düzeyde tutulması tedavi sırasında göz önünde bulundurulacak durumlardır. Çünkü nöbetleri azalmış ancak antiepileptik ilaçların yan etkilerine ciddi ölçüde maruz kalmış epilepsili bir hastanın yaşam kalitesinin artmasından söz edilememektedir.

Antiepileptik ilaçların nöbeti nasıl önlediği konusunda çeşitli görüşler mevcuttur. Genellikle sinapslardaki iletimi engelleyerek, yüksek frekanslı düzensiz

deşarjların primer odaklarından yayılmasını bloke ederek nöbet oluşumunu engelledikleri düşünülmektedir (Perruca 2002; Schmidt 2009).

Antiepileptik ilaçlar motor uyarılabilirliği etkilemeden nöbet eşiğini artırmalıdır. Terapötik dozlarda sedatif ve ya hipnotik olmamalı, kronik dozlarda bile bu etkiler gözlenmemelidir. Hastaların tüm hayatı boyunca antiepileptik ilaçları alma ihtiyacı olabileceğinden, ilaçların toksisitesi düşünülerek tedavi planlanmalıdır. Birçok antiepileptik ilaçlar kemik iliği depresyonu, karaciğer ve böbrek tahribatı, gastrointestinal rahatsızlıklar, uyuşukluk, saç dökülmeleri ve nefropati gibi yan etkilere neden olabilirler. Bu nedenle doz mümkün olduğunca düşük tutulmalı, hastanın plazma seviyesi kontrolü, kan sayımı, böbrek fonksiyonları kontrolü gibi kontroller yapılarak hasta denetlenmelidir. İlaç seçimi ve doz denetimi, EEG sonuçları incelenerek ve nöbet sıklığı göz önünde tutularak yapılır.

Antiepileptik ilaç tedavisine başlarken, uygulanacak tedavi hastaların önemli bir bölümünde yaşam boyu devam eden bir uygulama olduğundan tedavi planlanırken hastanın sosyal ve ekonomik sorunları dikkate alınmalı ve hastayla işbirliği yapılmalıdır. Epilepsili hasta mutlaka kontrollere gelmeli, düzenli olarak izlenmelidir. Tedavide monoterapinin esas olduğu unutulmamalıdır. Verilecek antiepileptik ilaca önce küçük dozda başlanır. Nöbetler kontrol altına alınamıyorsa doz artırma yoluna gidilir. Eğer ilaç toksisiteye sebep olmadan nöbetleri kontrol edemiyor ise diğer bir antiepileptik ilaca geçilir. Bu da monoterapi olarak uygulanmalı, diğer ilaç doz azaltılarak kesilmelidir. Yeni ilaç, nöbetleri kontrol altına alınmaya veya toksisite belirtileri ortaya çıkıncaya kadar arttırılır. Monoterapi yetersiz kaldığında ikinci ilaç tedaviye eklenir. Ancak iki veya daha fazla tedaviye eklendiğinde yan etkileri ve birbirleriyle olan etkileşimleri (sinerjistik- antagonist etki) göz önünde bulundurulmalıdır.

Epilepside %65-75 oranında tedavi ile nöbetler kontrol altına alınır. Bazı hastalarda politerapiye rağmen nöbetler dirençli olabilir. (Perruca 2002; Schmidt 2009).

Cerrahi Tedavi

İleri görüntüleme tekniklerinin gelişmesiyle birlikte epilepside cerrahi tedavi giderek önem kazanmaya başlamıştır. Epilepsili hastaların yaklaşık %70'i antiepileptik tedaviye cevap verirken, %30'u ise dirençli epilepsiyeye sahiptir ve ilaçlarla nöbetler kontrol altına alınamaz. Bu durumda cerrahi tedavi hastalar için diğer bir seçenek olarak kullanılabilir.

Epilepsili hastaların yaklaşık üçte birinin ilaç tedavisine dirençli epilepsiye sahip olduğu tahmin edilmektedir. Dirençli epilepsilerin en sık görüleni ise temporal lob epilepsisidir. Dirençli epilepsilerde cerrahi tedavi, nöbet sıklığı ve şiddetini azaltmayı, nörolojik morbitideyi ve antiepileptik ilaçların toksik etkilerini en aza indirmeyi ve yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir.

Cerrahi operasyon öncesi hastalarda yapısal ve moleküler görüntüleme, video-EEG görüntüleme, nörofizyolojik ve psikiyatrik değerlendirmeyi içeren multidisipliner bir yaklaşım gerekir. Son yıllarda epilepside cerrahi operasyon artmakla birlikte nöbetlerin büyük oranda kontrol altına alındığı bildirilmektedir (Weiser 2006; Immonen 2010).

Vagal Sinir Stimülasyonu (VNS)

Vagal Sinir Stimülasyonu (VNS), ilaç tedavisine dirençli epilepsi hastalarında kullanılan diğer bir tedavi şeklidir. Boyun bölgesindeki deri altına implante edilen iki adet kablo ve jeneratör aracılığı ile belli aralıklarla beyine elektriksel uyarılar gönderilmesine dayanan bir yöntemdir. Her ne kadar VNS'nin nasıl etki ettiği hakkında kesin bir veri olmasa da yapılan laboratuvar çalışmalarında seruleus odağından epinefrin salınımını artırarak nöbet eşiğini yükselttiği bildirilmektedir. VNS'nin 1997 yılında onaylanmasıyla birlikte yaklaşık otuz beş bin epilepsili hastaya implante edilmiş ve nöbet sıklığında azalma meydana geldiği bildirilmiştir. Genellikle hastalar tarafından tolere edilebilen VNS'nin en sık görülen yan etkileri ise boğazda kasılma, uyarı gönderildiği anda hasta konuşuyor ise seste kısılma ve boğaz ağrısıdır (Ramani 2008).

2.9. Epilepsi ve Sosyal Boyutu

Epilepsi, hastanın fiziksel değişikliklere, düzenli olarak ilaç kullanmadaki uyuma, tekrarlı doktor kontrollerine ve akut tıbbi acil durumlara hazırlıklı olmasını gerektiren ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Epilepsinin çoğu zaman belirsiz olan doğası, hastaların birçok sosyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Epilepsi ile ilişkili sosyal sorunlar hastanın yaşına, hastalığın altta yatan etyolojisine, epilepsinin süresine, nöbetlerin sıklığına, şiddetine ve tipine, kullanılan antiepileptik ilaçlara ve çeşitli psikolojik faktörlere bağlıdır. Yetersiz sosyal destek, epilepsiye yönelik toplumun negatif tutum ve davranışları sosyal sorunlara yol açan diğer faktörlerdendir (Suurmeijer 2001; Görgülü ve Fesci 2011).

Epilepsi tanısı almış bir hastada yaşa ve klinik tablonun özelliklerine bağlı olarak iş ve eğitim hayatı, boş zaman aktiviteleri, araç kullanma gibi günlük aktivitelerde kısıtlanmalar olabilmektedir. Ayrıca gebelik, cinsellik ve askerlik de epilepsinin getirdiği sosyal sorunlar arasında yer almaktadır (Yıldız 2013).

Epilepsi ve İş Hayatı

Sosyal hayatın en önemli parçası ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen faktörlerden biri olan iş hayatı epilepsili hastalarda büyük bir problem olarak karşımıza çıkabilmektedir. Epilepsi ani bilinç kaybı ve hareketlerde kontrol kaybı nedeniyle bazı meslekler açısından risk oluşturur. Örneğin yüksekte çalışma, tehlikeliolabilecek iş makinelerinin kullanımı, araba kullanma gerektiren meslekler, epilepsili hastaların tam nöbet kontrolü sağlanmadan seçmemeleri gereken mesleklerdir (Yıldız 2013).

İşsizlik sorunu epilepsili bireylerde, epilepsi hastalığı olmayan kişilere oranla yaklaşık iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. İşsizlik veya sürekli bir işte çalışamamaya yol açan nedenler arasında, epilepsinin hastaya verdiği utanma duygusu, iş yerinde karşılaşılan epilepsi ile ilgili yanlış inanış ve tutumlar, güvenlik ile ilgili sorunlar, iş becerisinin ve tecrübesinin eksikliği, epilepsili kişilerin eğitiminden kaynaklanan zorluklar, kişinin bilişsel fonksiyon bozukluklarının kişinin performansına olan etkileri sayılabilir (Mısırlı 2003).

İş istihdamındaki problemler epilepsili bireylerin ekonomik ve psikososyal iyilik durumunu doğrudan etkilemektedir. Epilepsili bireylerde iş hayatını olumsuz yönde etkileyen içsel ve dışsal olmak üzere iki kategori vardır. İçsel kategori, epilepsili bireylerin iş hayatını etkileyebilecek nöbet sıklığı, süresi, tipi, anti-epileptik ilaçların bilişsel fonksiyonlar üzerine olumsuz etkileri gibi klinik durumlar ile azalmış öz güven ve başarı beklentisi gibi içsel psikolojik faktörleri kapsamaktadır. Dışsal kategori ise epilepsili bireylere formal ya da informal yolla, açık ya da gizli, kasıtlı ya da kasıtsız olarak yapılan ayrımcılığı kapsamaktadır. Epilepsi hastalığı hakkında yetersiz bilgi bu hastalıkla ilgili korkuları artırmakta ve buna paralel olarak epilepsili bireylerin iş imkanları kısıtlanmaktadır (Morell 2002; Jacoby 2005).

Özellikle adölesan epilepsili bireyler, gelecek yaşantısıyla ilgili olarak iş hayatı ve kariyer konusunda hastalığının kısıtlayıcı bir faktör olduğu endişesine kapılmaktadırlar. Hayatının erken döneminde epilepsinin direkt olarak klinik etkilerinin yanı sıra ön yargılarla yoğrulmuş olan kısıtlayıcı etkileriyle de başa çıkmak zorunda kalmaktadırlar (Collins 2011).

Epilepsi ve Evlilik Hayatı

Epilepsili bireylerde evlilik, epilepsili bireylerin baş etme durumlarını artıran en önemli sosyal destek kaynaklarından. Evli bireyler, genellikle eşlerinden büyük destek gördükleri için psikososyal açıdan evlenmemiş kişilere oranla daha iyi konumdadırlar. Evli bireylerin eşlerinden ve aile bireylerinden aldıkları destek, sağlık davranışlarındave tedaviye uyumda artma, risk faktörlerinde azalma gibi olumlu sonuçlar doğurmaktadır (Elliot 2011).

Kronik hastalıklarda bireylere en büyük sosyal desteği sağlayacak olanlardan biri eşler olmasına rağmen, epilepsi hastalığı bireylerin evlenmesini ya da evlendikten sonra eşleriyle olan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Epilepsili bireylerin, epilepsiye sahip olmayanlara oranla daha düşük evlenme oranına sahip olduğu bildirilmektedir. Bunun yanı sıra evlenmeden önce hastalıklarını eşlerine söylemeyen epilepsili bireylerin hastalıklarını daha sonradan öğrenmek eşleri boşanmaya sürükleyebilmektedir. Ülkeden ülkeye, kültürden kültüre değişmekle birlikte ailelerin çocuklarının epilepsili birisiyle evlenmesine karşı olması, diğer bir deyişle epilepsili bireylere karşı yapılan ayrımcılık evlenme oranlarındaki azlığın nedenleri arasındadır (Wada 2004).

Epilepsi ve Gebelik

Epilepsili hastaların yaklaşık %25'ini çocuk doğurma yaşındaki kadınlar oluşturmaktadır. Her 1000 doğumun 3-5'ini epilepsili annelerin yaptığı düşünülmektedir. Birçok risk faktörüne rağmen epilepsili anne ve bebeklerin %90'ından fazlasında herhangi bir sorun olmadığı bildirilmektedir. Gebelikte nöbet sıklığında önemli bir değişiklik olmamakla birlikte genellikle hastaların 1/3'ünde nöbet sıklığı artabilir. Tek bir jeneralize nöbet sonrası, bebekte abdominal travmaya bağlı fiziksel zarar, maternal hipoksi veya plesantal perfüzyon azalmasına bağlı hipoksik-iskemik zedelenme ve asit-baz dengesindeki bozulma ile fetal asidoza bağlı olarak fetal kalp hızında değişme olabilir. Tek bir nöbetten sonra intrauterin ölüm nadirdir. Kompleks parsiyel nöbet ve absansların fetüs üzerindeki etkisi tam olarak bilinmemektedir. Fetusta olabilecek sorunlar arasında ise konjenital malformasyonlar, intrauterin gelişme geriliği yer almaktadır. Ayrıca çocuğun zekasının etkilenip etkilenmeyeceği, çocuğun epilepsi hastası olma riski de bu sorunlar arasındadır. Tedavi açısından değerlendirildiğinde,

antiepileptik ilaç kullanımı nedeniyle en çok yarık damak-dudak, nöral tüp defekti, iskelet anomalileri kardiyak defektler, hipospadia ve gastrointestinal atrezi görülebilir.

Gebe kalacak kadınların gebelik öncesi, antiepileptik ilaçların teratojenik potansiyelleri, antiepileptiklerin kesilebilme durumları, emzirmenin yarar ve zararları konuşulmalıdır. Ayrıca, gebeye düzenli ilaç alması ve takibe gelmesi bildirilmelidir. Gebelik döneminde kullanılan epilepsi ilaçları en düşük dozda ve monoterapi olarak verilmeli, politerapiden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Çünkü, çocuklarda görülen malformasyon oranı kullanılan ilaç sayısı ve dozuyla birlikte artmaktadır (Ataklı 2002).

Epilepsi ve Araç Kullanımı

Gündelik yaşam ve iş hayatını belki de en çok etkileyen durumlardan birisi araç kullanımındaki kısıtlama ya da yasaklamalardır. Ne zaman geleceği belli olmayan nöbet nedeniyle epilepsili bireylerin araç kullanmaları sorun oluşturmaktadır. Epilepsili hastaların araç kullanması ve ehliyet alması ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bir çok ülkede epilepsili hastalara ehliyet verilmesi için son nöbetten itibaren bir ya da iki yıl nöbet geçirmeme koşulu aranmaktadır. Ayrıca nöbet geçirmeme süresi, ehliyet verilecek aracın sınıfına göre de değişiklik göstermektedir. Dünyada ülkemizin de dahil olduğu toplam 16 ülkede epilepsili hastaların ehliyet almaları yasaktır (Topçuoğlu 2011).

Epilepsi ve Askerlik

Ülkemizde aktif epilepsisi olan hastalar askerlik hizmetine alınmamaktadırlar. Askerlik yoklaması sırasında hastalık durumunu bildiren hasta askeri hastaneye yatırılarak ilacı kesilmekte ve nöbeti askeri doktorlarca gözlenmektedir. Ancak ilaç kesilme durumu hastanın tedavisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bek ve Gökçil 2007).

Yaşam Biçimi ve Güvenlik

Epilepsili bireyler aşırı kısıtlama olmadan, güvenliği tehlikeye sokmayacak şekilde günlük yaşantılarına devam etmelidirler. Örneğin yalnız başına yüzmeye, dağa tırmanma gibi tehlikeli spor aktivitelerinden kaçınmalı, kendi güvenliğini tehlikeye atmayacak daha basit spor aktivitelerini tercih etmelidir. Evde yalnızken banyo yapmamak, suyun sıcaklığını yakmayacak kadar düşük tutmak, banyonun kapısını kilitlememek, küvet banyosu yerine duş şeklinde banyo yapmak basit güvenlik önlemleri arasında yer alır. Nöbeti tetikleyebilecek olan uykusuzluk, aşırı alkol, gürültü,

stres gibi durumlardan uzak durulmalıdır. Hastalar bunun gibi günlük yaşamını aşırı kısıtlamayan, güvenliğini de kapsayan önlemler alarak, fazla koruyucu kollayıcı olmadan hayatına devam edebilmelidir. Aşırı koruyucu kollayıcı olma bireylerin öz güvenlerini azalmasına ve başkalarına bağımlı hale gelmesine neden olabilmektedir (Kumar ve Clark 2010).

2.10. Epilepsi ve Sosyal Destek

Kronik hastalığı olan bireyler semptomları yönetebilmek, hastalığın kötü gidişatını engellemek ve yaşam kalitesini artırmak için öz-yönetim davranışlarının desteklenmesi gerekir. Kronik hastalığı olan bireylerin yaklaşık %25'inin, epilepsiye sahip olan bireylerin ise yaklaşık %25-40'ının medikal tedaviye uymadığı bildirilmiştir. Bu durum öz-yönetim davranışlarını uygulamanın ve devam ettirmenin çok da kolay olmadığını göstermektedir. Tedaviye uyumsuzluğun diğer bir deyişle öz-yönetim davranışlarının yetersiz oluşu, hastalığın semptom yükünü, bireylerin fonksiyonel yetersizliğini ve bakım maliyetini artmaktadır (Walker, 2012).

Epilepsi hastalarında nöbetlerin aniden oluşması, kişinin kontrolünü kaybetmesine, bu nedenle kendine olan saygısını yitirmesine ve utanç duymasına neden olmaktadır. Eğitim psikolojisi açısından bakıldığında “öğrenilmiş çaresizlik” olarak tanımlanan bu durum, kişinin iş ve sosyal ilişkilerinde sorunlara yol açmaktadır. Bu olumsuz durumu takiben hastalarda depresyon kaçınılmaz bir hale alır. Epilepsi hastalarında düşük benlik saygısı kişinin çevresine daha bağımlı hale gelmesine neden olmakta ve hastalar çevresinden destek arayışına gitmektedir. Sosyal destek yaşam kalitesiyle yakından ilişkili bir konudur ve bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanabilir (Akçalı 2009).

Sosyal desteğin en belirgin olarak iki çeşidinden bahsedilmektedir: Maddi ve emosyonel destek. Emosyonel destek, genellikle sevgi ve şefkat, sempati, anlayış, güven verici ve bilgi sağlayıcı değerler olarak tanımlanabilir. Maddi destek ise, temizlik yapma, yemek pişirme, randevu alma, parasal yönden destek olma gibi somut yardımları kapsamaktadır (Barry 2004). Hastalara verilen destek epilepsi gibi kronik hastalıklarla başa çıkmada önemli bir etkidir. Epilepsili bireyler sosyal desteği genellikle eş, partner, anne-baba gibi yakın ilişkide olduğu kişilerden alır. Verilen sosyal destek, kronik hastalık durumlarının getirdiği stres yüklü negatif etkilerinin azaltılmasında önemli bir faktördür (Gallant 2003; Walker 2012).

Epilepsili bireylerin aldıkları sosyal destek ile hissettikleri stigma arasında önemli bir ilişki saptanmıştır. Verilen destek ne kadar fazla olursa stigma oranında da ters orantılı olarak azalma olduğu belirtilmiştir (Amir ve ark. 1999). Daha fazlası sosyal destek ile epilepsili bireylerin öz-yönetimleri, genel sağlık durumları ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Örneğin, epilepsili bireyler hastane randevularına ona destek olan bir yakını ile geldiğinde hekim ile daha detaylı ve derinlemesine bir görüşme sağlanabilmektedir. Çünkü destek olan kişiler tedavinin etki ve yan etkisi, nöbetler hakkında daha ayrıntılı bilgi verebilirler ve bu durum hastalığın seyrini olumlu yönde etkilemektedir (Dilorio 1996; Amir 1999; Walker 2012). Kötü nöbet kontrolü olan epilepsi hastaları yaşadıkları olumsuz duruma rağmen sosyal destek, omuzlarında taşıdıkları ağır yükün hafiflemesine yardımcı olmaktadır (Elliot 2011).

2.11. Epilepsi ve Stigma

Epilepsi, yalnızca klinik bir hastalık olmayıp ayrıca sosyal bir etikettir. Epilepsi hastaların birçoğu klinik açıdan olumlu prognoza sahipken, sosyal açıdan aynı şeyleri söylemek pek mümkün olamamaktadır. Çünkü toplumun epilepsi hastalığına bakış açısı diğer kronik hastalıklara oranla daha kötü bir profile ve daha yüksek stigma oranına sahiptir (Jacoby 2005).

Nöbetleri kontrol altına alan etkili tedaviye rağmen epilepsili hastaların büyük bir kısmı stigmatize hissetmektedir. Epilepsinin nedeni yıllar boyunca doğüstü güçler ve dini sebeplere dayandırılmış, tanrısal bir imaj yüklenmiştir. Yıllar geçmesine rağmen yanlış inanışlar eskisi kadar fazla olmasa da hala hüküm sürmektedir. Epilepsi hastalığı hakkındaki yanlış inanış, bilgi ve tutumlar stigmanın oluşmasına ve artmasına neden olmaktadır.

Stigma istenmeyen farklılık, utanç, leke, itibarsızlığın işareti ya da gözden düşme olarak tanımlanmaktadır. Epilepside nöbetlerin ne zaman geleceğinin bilinmemesi ve nöbet sırasındaki estetik olmayan görüntü halk tarafından ürkütücü olarak algılanmaktadır. Epilepsinin mental hastalık olarak bilinmesi, bulaşıcı, doğa üstü güçler sonucu meydana geldiği inancı, nöbet esnasında başkasına zarar verdiği düşüncesi epilepsi hastalığına karşı ön yargıların artmasına neden olan faktörlerdir (Boer 2008).

Stigma, hissedilen ve dayatılan stigma olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Hissedilen stigma, epilepsili bireylerin epilepsili olmaktan dolayı utanç duymaları, toplum tarafından ayrımcılığa maruz kalacağı korkusu yaşamasıdır. Dayatılan stigma ise, epilepsili bireylere formal ya da informal yollarla yapılan ayrımcılığı anlatmaktadır. Gelişmiş ülkelerde hissedilen stigma oranı daha fazla iken, gelişmekte olan ülkelerde ise dayatılan stigma daha fazla olduğu bildirilmektedir. Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde epilepsinin bulaşıcı olduğu düşüncesi daha yaygın olduğu için hastalar izole edilmekte, sosyal aktivitelere katılma durumları engellenmektedir. Stigma oranı nöbet sıklığı, şiddeti, tipi, eğitim seviyesi ile yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir. İyi nöbet kontrolü olan ve eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda stigma daha az hissedildiği bildirilmektedir (Bandstra 2008).

Epilepsi hastalığının direkt etkilerinden çok stigmanın getirdiği yükler daha fazladır. Stigma nedeniyle epilepsili bireyler iş bulma, evlenme, eğitim hayatı, sosyal hayat gibi yaşamının birçok alanında engellerle karşılaşmaktadır. Epilepsili bireyler stigmaya ilişkili olarak sosyal izolasyon, anksiyete, depresyon, azalmış öz güven, emosyonel stres gibi birçok psikososyal faktörlerle de baş etmek zorunda kalmaktadır. Ayrıca stigma, epilepsili bireylerin yaşam kalitesine olumsuz yönde etki eden en önemli faktördür (Jacoby 2002; Quintas 2012).

Stigmayı azaltmanın en etkili yolu eğitimidir. Eğitim yalnızca epilepsili bireylere değil, ailesine, arkadaşlarına, öğretmen, polis gibi kamu çalışanlarına da yapılmalıdır. Tüm toplum bilinçlendirilmeli, epilepsi hakkındaki yanlış inanışlar ortadan kaldırılmalıdır (Birbeck 2006; Fernandes 2011).

2.12. Epilepsi ve Yaşam Kalitesi

Epilepsinin direkt etkileri ya da stigma yüzünden epilepsi hastalarının birçoğu sosyal yaşamında kısıtlamalara maruz kalmaktadır. Bireylerin karşılaştıkları bu engeller, psikolojik sorunları da beraberinde getirmekte ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilemektedir. Epilepsi hastalarının yaşam kaliteleri genel popülasyona oranla daha düşüktür (Mollaoğlu 2000; Tedrus 2012; Chung 2012).

Tedavi seçeneklerinin etkinliğini ve hastalığın birey üzerindeki etkisini anlayabilmek için hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini, yani hastanın yaşam kalitesini değerlendirmek gerekir (Mollaoğlu 2000). Epilepsili hastalarda yaşam kalitesi bir bakıma medikal ya da cerrahi tedavinin başarısının göstergesi olabilmektedir

(Melikyan 2012). Epilepsili hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında epileptik nöbetler, antiepileptik ilaçların yan etkileri, sosyal önyargılar, bağımsızlığını kaybetme, psikosozal fonksiyonlarda bozulma yer almaktadır (Mollaoğlu 2000; McLaughlin 2008; Taylor 2011; Chung 2012). Ayrıca toplum ön yargıları nedeniyle evlenme ve iş bulma gibi sosyal hayatlarında yaşadığı güçlükler nedeniyle epilepsili hastalar düşük öz güven, yüksek anksiyete ve depresyon oranına sahiptir ve durum yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (Baker 1997; Mahrer-Imhof 2012).

Epilepsi hastalığıyla ilgili farkındalık yaratmak, doğru bilgi ve davranışlar kazandırmak yaşam kalitesine olumlu katkı sağlamaktadır. Ayrıca epilepsili bireylere sağlanan sosyal destek ve iyi nöbet kontrolü yaşam kalitesini artıran en önemli iki faktördür (Mahrer-Imfoh 2012).

2.13. Epilepsi ve Öz-Yönetim

Kronik hastalıklarda bireyler, hastalıklarına uyum sağlayabilmek için aktif rol üstlenmeli, hastalıklarıyla ilgili gerekli bilgiyi edinmeli ve öz-yönetimini sağlayabilmelidir. Öz- yönetim, hastalığı önleme girişimlerinde biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri kapsayan bir kombinasyon ve bireyin iyilik düzeyinin maksimum düzeyde tutulması için gerekli davranışları içerir (Barlow, 2002). Sağlık bakım profesyonelleri hastaların sağlıklı davranışlarını ve bireylerin iyilik durumunu artırmak için amaç belirlemeyi bir strateji olarak görmektedirler. Amaç belirleme, basit bir işlem gibi gözükse de bireylerin sağlıklı davranışlarını artırma ya da istenmeyen davranışları değiştirmede güçlü bir yöntemdir.

Epilepsi hastalığı ile uyumlu bir şekilde yaşayabilmek için de öz-yönetim davranışları belirleme ve buna uyum sağlama önemli bir yer tutmaktadır. Bu öz-yönetim davranışları, antiepileptik ilaçların düzenli kullanılması, uykusuzluk, gürültü gibi nöbete yol açan durumların en aza indirilmesi, nöbet sırasında yaralanmamak için gerekli önlemlerin alınması gibi durumları kapsamaktadır (Walker 2009).

Tıbbi açıdan bakıldığında epilepsiye uyumsuzluk nöbet sıklığında artışı ve olumsuz sonuçlarını da beraberinde getirmektedir. Bireylerin öz-yönetimine olumsuz katkıda bulunan en önemli iki faktör tıbbi tedaviye uyumsuzluk ve bozulmuş yaşam biçimidir (Fraser 2010). Nöbetleri önlemek ya da en aza indirmek için antiepileptik ilaçların düzenli kullanılması büyük önem arz etmesine rağmen, hastaların birçoğunun

ilaçlarını düzenli kullanmadığını ve bu durumun sosyal ve ekonomik yükü beraberinde getirdiğini bildirmektedir. (McAuley 2008; Jhonson 2012). Öz-yönetim davranışlarını artırma konusunda, öz etkililik, sosyal destek, epilepsiye karşı olumlu tutum ve davranışlar gibi psikosozal faktörler yer almaktadır (Dilorio 2004; Smithson 2013).

Birçok ülke epilepsi hastalarının hastalıklarına uyumu sağlamak, epilepsinin olumsuz psikosozal etkilerini ve sağlık bakım gereksinimlerini azaltmak amacıyla öz-yönetim programları düzenlemektedir (Johnson 2012). Eğitim programlarının amacına ulaşabilmesi ve etkili olabilmesi için de öncelikle epilepsi hastalarının öz-yönetim ile ilgili sorunlarını ve önceliklerini saptamak gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Metodolojik araştırma olarak planlanan bu çalışmada, epilepsili hastaların hastalığa uyumlarını ve baş etme durumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan “Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği” (Epilepsy Self Management Scale) adlı ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması amaçlandı. Bu kapsamda ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıldı.

Çalışmada yanıtları aranan sorular şunlardır:

1. Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği madde puanlarının zaman içindeki değişmezliği beklenen düzeyde midir?
2. Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği yeterli güvenirliğe sahip midir?
3. Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği maddelerinin faktör yükü yeterince yüksek ve anlamlı mı, ölçeğin uyum değerleri iyi veya kabul edilebilir düzeylerde midir?
4. Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği ile sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikler arasında anlamlı ilişki var mıdır?
5. Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği ile fonksiyonel durum ölçekleri ve Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Ölçeği arasında anlamlı ilişki var mıdır?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Şubat-Eylül 2014 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Epilepsi Polikliniği'nde gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Epilepsi Polikliniği'nde takip edilen epilepsili hastalar oluşturdu. Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında, ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında, faktör analizi yapabilmek için örneklemin ölçek madde sayısının en az beş katı olması (DeVellis 2003; Tavşancıl 2005) önerilmekte; test-tekrar test değerlendirmesinin yapılabilmesi için de en az 30 çift veri olması gerektiği bildirilmektedir (Tavşancıl 2005). Bu çalışmada, ölçeğin madde sayısı esas alınarak 190 (38x5) hastaya ulaşılması hedeflendi. Olasılıksız yöntemlerden rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen tez çalışması toplam 194 hasta ile tamamlandı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- a) 18 yaş üzerinde,
- b) Epilepsi tanısı kesinleşmiş olan,
- c) İletişim kurabilen (Türkçe konuşup anlayabilen, konuşma bozukluğu olmayan),
- d) İki yıl içerisinde en az bir nöbeti olan,
- e) Çalışmaya katılmaya istekli olan hastalar çalışmaya alındı.

3.4. Etik Konular

Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği kullanımı için ölçeği geliştiren Dilorio'den izin alınarak iş birliği sağlandı (Ek-9). Çalışmanın yürütülebilmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'ndan yazılı onay alındı (Ek-10). Çalışmanın etik ilkelere uygunluğu İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirildi ve etik onam alındı (Ek 11). Ayrıca, örnekleme alınan hastalara açıklama yapılarak yazılı onamları alındı.

3.5. Verilerin Toplanması

Olgu seçim kriterlerine uyan hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile formlar uygulandı. Görüşmeler poliklinikte görüşme için ayarlanmış bir odada gerçekleştirildi. Araştırmaya katılan hastalara genel olarak çalışmanın amacı ve görüşme konusunda açıklama yapıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı onam alındı ve formlar uygulandı (Ek-1). Aynı örneklem grubundaki 30 hasta ile 15 gün ara ile test-tekrar test uygulaması için ikinci görüşme yapıldı (Gözüm ve Aksayan 2003; Tavşancıl 2005; Polit ve Beck 2010).

3.6. Veri Toplama Araçları

Hastalara kişisel özellikler ve hastalık ile ilgili bilgileri toplamak için Hasta Bilgi Formu ve geçerlik çalışması yapılacak olan Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği (Epilepsy Self Management Scale) uygulandı. Ölçeğin alt boyutları ile ilişkisini incelemek üzere Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Stigma Ölçeği, Epilepsi Bilgi Envanteri, Epilepsi Tutum Envanteri; eş değer ölçek geçerliğini sınamak üzere de Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Beklentisi Ölçeği uygulandı. Veri toplama formlarının doldurulması 25-30 dakika zaman aldı.

3.6.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür ışığında oluşturulan bu form sosyodemografik özellikler ve hastalık sürecine ilişkin bilgiler olmak üzere iki başlıkta ele alındı. Sosyodemografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi vb. sorgulandı. Hastalığa ilişkin bilgiler başlığı altında hastalığın tipi, süresi, kullanılan ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, fonksiyonel durum vb sorulara yer verildi (Ek-2).

3.6.2. Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği (Epilepsy Self Management Scale)

Dilorio ve arkadaşları (1994, 2004) tarafından geliştirilmiştir. 38 maddeden oluşan bu ölçek epilepsi hastalarında ilaç (10 madde), bilgi (8 madde), güvenlik (8 madde), nöbet (6 madde) ve yaşam tarzı (6 madde) yönetimini değerlendiren beş alt bölümü bulunmaktadır. 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 (Ek-3).

Tablo 3-1: Epilepsi Öz -Yönetim Ölçeği'nin alt boyutları ve boyutlarında yer alan maddeler

Alt Boyutlar	Maddeler
İlaç yönetimi	4, 8, 9, 16, 21, 24, 25, 27, 28, 30
Bilgi yönetimi	1, 3, 5, 7, 20, 35, 37, 38
Güvenlik yönetimi	6, 17, 23, 26, 29, 31, 34, 36
Nöbet yönetimi	10, 11, 12, 15, 19, 32
Yaşam tarzı yönetimi	2, 13, 14, 18, 22, 33

3.6.3. Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Ölçeği

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği 1979 yılında Mathias Jerusalem ve RalfSchawazzer tarafından geliştirilmiş ve Usta Yeşilbalkan (2005) tarafından Periton diyalizi uygulanan hastalarda geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Türkçe formunda 10 ifade bulunmakta ve her biri 1'den 3'e kadar değişebilen puanlar almaktadır. Ölçekten elde edilen en düşük puan 10, en yüksek puan ise 30 olarak değerlendirilmektedir. Ölçek puanı artıkça öz yeterlilik puanı artmaktadır (Ek-4).

3.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir. Eker ve ark. (1995) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. 12 maddelik bu kısa ölçek "aile", "arkadaş" ve "diğer önemli kişi" ya da "özel bir kişi" gibi üç kaynaktan elde edilen desteğin yeterliliğini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Her biri 4'er maddeyi içeren üç alt boyuttan oluşan (3,4,8,11 aile, 6,7,9,12 arkadaşlar ve 1,2,5,10 özel bir insan) ÇBASD ölçeği 1den 7'ye kadar puanlanan Likert tipi ölçektir. Ölçeğin kesme noktası olmayıp yüksek puan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (Ek-5).

3.6.5. Stigma Ölçeği

Jacoby (1994) tarafından geliştirilen ve üç sorudan oluşan stigma ölçeği epilepsileri yüzünden diğer insanların,

1) onlarla iken rahat olup olmadıkları,

2) onlara daha değersiz biriymiş gibi davranıp davranmadıkları,

3) onlardan uzak durmayı tercih edip etmedikleri sorulmaktadır. Katılımcıların, her bir soru için katıldıklarına "evet", katılmadıklarına ise "hayır" demeleri istenmektedir. Katılımcıların toplam puanını, "evet" dedikleri soruların toplamı oluşturmakta ve böylece daha yüksek puan daha yüksek stigmaya işaret etmektedir (Ek-6).

3.6.6. Epilepsi Bilgi Envanteri

Aydemir (2008) tarafından geliştirilen Bilgi Envanteri 16 maddeden oluşmaktadır. Epilepsinin nedenlerini, tedavi yöntemlerini, nöbeti tetikleyen sebepleri, epilepsinin yarattığı sosyal kısıtlamaları ve uygun nöbet müdahalesini kapsamaktadır (Ek-7).

3.6.7. Epilepsi Tutum Envanteri

Aydemir (2008) tarafından geliştirilen Tutum ölçeği 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler, epilepsiye ve epilepsi hastası olan bireylere yönelik katılımcıların sahip oldukları olumlu ya da olumsuz tutumu ve bunun derecesini tespit etmek amacıyla oluşturulmuştur (Ek-8).

3.7. Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Aşamaları

3.7.1. Dil ve Kapsam Geçerliği

Ölçeğin, dil ve çeviri çalışmaları literatürde belirtildiği şekilde aşağıda belirtilen adımlar izlenerek yapıldı:

1. Ölçek, her iki dili de iyi bilen birbirinden bağımsız iki kişi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi (Beaton 2002).
2. İki çeviri, İngilizce'ye hakim iki kişi tarafından üzerinde uzlaşma sağlanarak birleştirildi ve tek araç haline getirildi (Beaton 2002).
3. Birleştirilen çevirinin, her iki dili çok iyi konuşan ve yazan bir çevirmen tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı (Beaton 2002; Aksayan ve Gözüm 2002).
4. İngilizce'ye geri çeviri yapılan ölçek ile özgün İngilizce ölçek karşılaştırıldı; Türkçe versiyonu üzerinde tartışıldı ve anlaşılmayan bir madde ölçeği geliştiren kişiye danışıldı. Ölçek 3 öğretim üyesi hekim, 5 hemşire öğretim üyesi ve 1 uzman hemşire tarafından çevirinin uygunluğu ve kapsam yönünden incelendi. Uzmanlardan her bir ölçek maddesinin uygunluğu ve anlaşılabilirliğini kapsam geçerlik indeksine (KGİ) göre 1-4 arasında puan vererek değerlendirmeleri istendi (4: Çok uygun, 3: Oldukça uygun ancak ufak değişiklik gerekir, 2: Biraz uygun, ifadenin revizyonu gerekir, 1: Uygun değil). Ölçeğin KGİ değeri 0,95 olarak hesaplandı (Grant ve Davis 1997; Erefe 2002). Uzmanlardan gelen öneriler değerlendirilerek ölçeğe son şekli verildi (Beaton 2002, Aksayan ve Gözüm 2002).
5. Uzman görüşünden sonra son şekli verilen ölçeğin, araştırma kapsamına alınan 10 kişilik bir gruba ön uygulaması yapıldı. Ön uygulamada her bir madde anlaşılır bulunduğu için ölçekte herhangi bir değişikliğe gidilmedi (Beaton ve ark. 2002; Aksayan ve Gözüm 2002).

3.7.2. Ölçeğin Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği ölçek içindeki maddelerin bir bütün olarak ele alındığı tek bir kavramı ya da bir kaç kavramı ölçtüğünü sayısal olarak ortaya çıkaran bir yöntemdir. Hazırlanan soruların, belirtilen özellikleri ne derece ölçebildiği sorunu yapı geçerliği ile ilgilidir. Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği'nin Türk kültüründeki yapısını inceleyebilmek

için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi, aynı ölçek içerisinde yer alan birbiriyle ilişkili x sayıda maddenin bir araya getirilerek az sayıda, ilişkisiz ve kavramsal olarak anlamlı yeni faktörler bulmak için kullanılır. (Büyüköztürk 2010). Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ile belirlenen faktörlerin, hipotez ile belirlenen faktör yapılarına uygunluğunu test etmek üzere yararlanılan faktör analizidir. AFA, değişkenlerin hangi faktör yapısı ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu test etmek için kullanılırken, değişken gruplarının belirlenen k sayıda faktörü yeterince temsil edip etmediğinin belirlenmesi için DFA'dan yararlanır. Bu çerçevede faktör analizi, ölçeğin yapı geçerliğini ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapıldı (Şimşek 2007; Aytaç ve Öngen 2012). Verilerin faktör analizi için uygunluğu incelendiğinde, örneklem büyüklüğü uygun bulunmuş olup ve değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli ilişki bulunduğu sonucuna varıldı (Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği 0,661, Barlett Küresellik Testi $p < 0,000$).

Modeldeki tüm ilişkiler beklentiler doğrultusunda çıkmış olsa bile, doğrulayıcı faktör analizi çalışmalarında modele ilişkin son değerlendirmeyi yapabilmek için bazı bağımsız değerlendirme ölçütlerine başvurmak gerekmektedir. Uyum iyiliği istatistikleri (Goodnes of Fit İndices) olarak adlandırılan bu değerler, her bir modelin, bir bütün olarak data tarafından kabul edilebilir bir düzeyde desteklenip desteklenmediğine ilişkin yargıya ulaşılmasına olanak tanır (Şimşek 2007).

3.7.3. Ölçeğin Güvenirliği

Güvenirlik bir ölçme aracında bütün soruların birbirleriyle tutarlılığını, ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini, yeterliğini ortaya koyan bir kavramdır. Bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi ve değişmezlik, yeterlilik, kestirim, eşdeğerlik ve tutarlık özelliklerini sergilemesini anlatan güvenirliliğin çeşitli yöntemlerle değerlendirildiği bilinmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003).

Bu çalışmadaki ölçme aracının güvenirliliği test-tekrar test ve iç tutarlılık denetlemesinde kullanılan Cronbach alfa ve madde-toplam puan korelasyonu ile sınıandı. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçekte bulunan maddelerin o

ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır. Cronbach Alfa Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri;

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Çalışmada kullanılan ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirirken madde-toplam puan korelasyonundan da yararlandı. Ölçek maddeleri ve boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişki madde-toplam puan korelasyonu ile değerlendirildi. Madde-Toplam puan korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir (Büyüköztürk 2010).

Bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücü olan test-tekrar test değerlendirmesine, örneklem grubu için belirlenen özelliklere sahip 30 hasta alındı. Bu hasta grubuna ölçek uygulandı ve 15 gün sonra uygulama tekrarlandı. Spearman korelasyon tekniği kullanılarak ilk ve son sonuçların karşılaştırılmasıyla ölçek maddelerinin anlamlarının (ifadelerinin) zamana karşı değişmezliği sınıandı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizi için SPSS ve LISREL programları kullanıldı. Karşılaştırmalarda kullanılan testlerin tipinin parametrik ya da nonparametrik olduğunu belirlemek için Kolmogorov Smirnov Testi ile normallik dağılımı yapıldı. Verilerin normal dağılıma uymadığı belirlendi ve non-parametrik testler seçildi. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Cronbach alfa tekniği, Spearman korelasyon analizi, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, uyum iyiliği istatistikleri kullanıldı. SPSS ile sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi (Tablo 3-2).

Tablo 3-2: Çalışmada kullanılan istatistiksel analizler

Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği	<i>İç tutarlılık:</i> Cronbach alfa, madde-toplam
Uyarılma Çalışması	puan korelasyonu (Spearman korelasyonu) <i>Yapı geçerliği:</i> Goodness of fit indisleri Açımlayıcı faktör analizi, Doğrulayıcı faktör analizi <i>Test-tekrar test:</i> Spearman korelasyonu
Tanımlayıcı Analizler	Yüzdelik, ortalama, standart sapma
Karşılaştırmalı ve İlişki Arayıcı Analizler	Spearman korelasyon analizi

4. BULGULAR

Araştırma bulguları;

1. Örneklem grubunun sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin bulgular,
2. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bulgular
3. Hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikler ile EÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
4. Hastaların EÖYÖ puan ortalamalarının, Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Beklentisi Ölçeği, Stigma Ölçeği, ÇBASDÖ, Epilepsi Bilgi ve Tutum Envanteri ile ilişkisine ait bulgular olmak üzere dört bölümde incelendi.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığına ilişkin bulgularına yer verildi. Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması $34,1 \pm 11,5$ 'dir (18-80). Hastaların %47,4'ünün (n=92) erkek, %52,6'sının (n=102) kadın hasta olduğu, %51,1'inin (n=99) lise ve üstü eğitilmiş olduğu, %43'ünün (n=83) çalıştığı, %12,9'unun (25 hasta) işsiz olduğu saptandı. Aynı tabloda hastaların gelir düzeyi incelendiğinde, %74,1'inin (n=143) orta düzeyde gelir durumuna sahip olduğu, %90,7'sinin (n=176) sosyal güvencesi olduğu, %46,4'ünün (n=90) bekar ve %3,6'sının (n=7) boşanmış olduğu, % 3,1'inin (n=6) yalnız yaşadığı saptandı (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Hastaların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	n	%
Yaş (Mean, SD, Min-Max)	34,1 ± 11,5	18 -80
Cinsiyet		
Erkek	92	47,4
Kadın	102	52,6
Eğitim durumunuz		
Okur-yazar	3	1,5
İlkokul	62	32,0
Ortaokul	30	15,5
Lise	50	25,8
Üniversite ve üstü	49	25,3
Çalışma durumunuz		
Çalışıyor	83	43,0
Ev hanımı	55	28,4
Öğrenci	16	8,2
Emekli	14	7,2
İşsiz	25	12,9
Gelir düzeyiniz		
İyi	37	19,2
Orta	143	74,1
Kötü	13	6,7
Sosyal güvence		
Var	176	90,7
Yok	18	9,3
Medeni durum		
Bekar	90	46,4
Evli	96	49,5
Boşanmış	7	3,6
Dul	1	0,5
Birlikte yaşadığınız kişiler		
Eş	96	49,5
Çocuk	81	41,8
Anne-baba	94	48,5
Yalnız yaşıyor	6	3,1
Diğer	10	5,2

Tablo 4-2: Hastaların çalıştıkları işler (n=119)

İşler	n	%
Ayakkabıcı	1	0,5
Bahçivan	1	0,5
Banka memuru	2	1,0
Bilişim suçları uzmanı	1	0,5
Çay ocağı sahibi	1	0,5
Denetmen	1	0,5
Devlet dairesinde memur	2	1,0
Diş teknisyeni	1	0,5
Eczacı	1	0,5
Eczanede kalfa	2	1,0
Elek. Malz. Satıyor	1	0,5
Elektrik teknisyeni	1	0,5
Fabrika işçisi	1	0,5
Garson	2	1,0
Halkla ilişkiler	1	0,5
İnsan kaynakları uzmanı	1	0,5
İnşaat işçisi	1	0,5
İş güvenliği uzmanı	1	0,5
Kasiyer	1	0,5
Kimyager	1	0,5
Konfeksiyoncu	14	7,2
Kuaför	1	0,5
Lokantacı	1	0,5
Mali müşavir/ muhasebeci	6	3,1
Malülen emekli	1	0,5
Mimar	1	0,5
Mobilya atölyesi çalışanı	2	1,0
Mühendis	2	1,0
Ofis elemanı	1	0,5
Oğretim elemanı	2	1,0
Öğretmen	5	2,6
Özel güvenlik	1	0,5
Panjur ustası	1	0,5
Pazar esnafı	1	0,5
Resepsiyonist	2	1,0
Satış elemanı	2	1,0
Satış müdürü	1	0,5
Sekreter	1	0,5
Sigorta şirketi sahibi	1	0,5
Temizlik görevlisi	3	1,5
Tesisatçı	2	1,0

Tablo 4-2’de hastaların çalıştıkları işler incelendiğinde farklı işlerde çalıştıkları, belirli bir iş alanında yığılma olmadığı saptandı.

Tablo 4-3: Hastalık sürecine ilişkin özellikler (n=194)

Özellikler	n	%
Hastalık başlangıç yaşı (min-max)	17,5	0-62
Tanı süresi: (ay) (Mean, Min-Max)	203,7	4-588
Epileptik sendrom tipi		
Semptomatik parsiyel	77	39,7
Semptomatik jeneralize	8	4,1
Kriptojenik parsiyel	50	25,8
Kriptojenik jeneralize	2	1,0
İdiyopatik parsiyel	2	1,0
İdiyopatik jeneralize	55	28,4
Epileptik nöbet tipi		
Basit parsiyel	11	5,7
Kompleks parsiyel	83	42,8
Sekonder jeneralize	72	37,1
Absans	13	6,7
Myoklonik	23	11,9
Tonik	23	11,9
Atonik		
Klonik		
Tonik-klonik	42	21,6
Sınıflandırılmayan	9	4,6
Son 1 yıldaki nöbet sıklığı		
Nöbet geçirmemiş	15	7,7
Ayda bir nöbetten az	105	54,1
Ayda bir nöbetten fazla	74	38,1
En son nöbet geçirme zamanı		
0-1 ay	101	52,3
2-6 ay	63	32,6
7-12 ay	19	9,8
13 ay ve daha fazla	10	5,2
Aura varlığı		
Var	89	45,9
Yok	105	54,1
Aura niteliği (n=89)		
Motor (kas güçsüzlüğü,halsizlik,konusma boz)	9	10,2
Duyusal (görme,işitme,koku,somatosensoriyal,bas donmesi)	25	28,4
Psisik (değişik bir his,korku,heyecan,sıkıntı,bunaltı)	36	40,9
Otonom (epigastrik, kardiyak)	18	20,5
Nöbeti tetikleyen faktörler		
Var	159	82,0
Yok	35	18,0

Tablo 4-3: Hastalık sürecine ilişkin özellikler (devam)

Nöbeti tetikleyen faktörler		
Stres	123	77,4
Uykusuzluk	88	55,3
Yorgunluk	69	43,4
Gürültü	31	19,5
Adet dönemi	20	12,6
Alkol	4	2,5
TV seyretme,bilgisayar	10	6,3
Kitap okuma	2	1,3
Diğer (sevinç, açlık, ışık, sigara, yüksek ateş)	16	10,1
Nöbet nedeniyle birine zarar verdiniz mi?		
Evet	5	2,6
Hayır	189	97,4
Nöbet nedeniyle kazaya maruz kaldınız mı?		
Evet	61	31,4
Hayır	133	68,6
Bu kaza nedeniyle sizde bir sakatlık oluştu mu? (n=61)		
Evet	3	4,9
Hayır	58	95,1
Nöbet sırasında yaralanmamak için evde önlem aldınız mı?		
Evet	15	7,7
Hayır	179	92,3
Epilepsi dışında başka bir hastalığınız var mı?		
Var	41	21,1
Yok	153	78,9
Kullandığı epilepsi ilaçları		
Na Valproat	46	23,7
Lamotrijine	40	20,6
Karbamezepin	79	40,7
Levatisasetam	82	42,3
Fenitoin	5	2,6
Primidon	4	2,1
Pregabalin	9	4,6
Topiramite	17	8,8
Okskarbazepin	10	5,2
Ethosüksimid	1	0,5
Zonisamid	4	2,1
Kullandığı epilepsi ilaç sayısı		
Monoterapi	89	45,9
Politerapi	103	53,1
Kullandığı ilacın dozunu ve sıklığını biliyor mu?		
Evet	184	94,8
Hayır	10	5,2
İlaçlarını düzenli olarak kullanıyor mu?		
Evet	174	89,7
Hayır	20	10,3

Tablo 4-3: Hastalık sürecine ilişkin özellikler (devam)

İlaçları düzenli kullanmama sebepleri neler? (n=20)		
Unutma	11	55,0
İhmal	5	25,0
Sinirlenme	2	10,0
Dışarıda olduğu için	2	10,0
Kullandığınız antiepileptikler yan etki yaptı mı?		
Evet	64	33
Hayır	130	67
Antiepileptik ilaçların yan etkileri (n=64) (birden fazla seçenek)		
Sinirlilik hali	9	14,1
Cilt sorunları (döküntü,kaşıntı,kızarıklık)	5	7,8
Görme sorunları (ağrı,çift görme,göz kararması)	4	6,3
Gastrointestinal sorunlar (iştahsızlık, kilo alma)	7	10,9
Bilişsel sorunlar (unutkanlık, dikkat dağınılığı)	14	21,9
Diş sorunları (çürüme)	1	1,6
Ellerde titreme	7	10,9
Uyuşukluk,halsizlik,uyku hali	22	34,4
Saç dökülmesi	9	14,1
Konuşma problemi	2	3,1
Baş ağrısı	4	6,3
Kilo alma	8	12,5
Epilepsi dışında ilaç kullanıyor musunuz?		
Evet	53	27,3
Hayır	140	72,2
Kontrollere düzenli olarak geliyor mu?		
Evet	180	92,8
Hayır	14	7,2
Kontrole gelme sıklığı		
1-3 ay arası	125	69,4
4-6 ay arası	46	25,6
7-12 ay arası	7	3,9
Kontrolde kan ilaç düzeyine bakılıyor mu?		
Evet	169	87,1
Hayır	25	12,9
Tanı konduğu andan itibaren şimdiye kadar duygu ve düşüncelerde değişim oldu mu?		
Evet	106	54,4
Hayır	88	45,6
Duygu ve düşüncelerdeki değişim hangi yönde oldu (n=106)		
Olumlu	57	53,8
Olumsuz	49	46,2
Epilepsi için sağlık kurumu dışında herhangi bir yere başvurma		
Evet	82	42,3
Hayır	112	57,7
Sağlık kurumu dışında nereye/hangi yöntemle başvurduunuz? (n=82)		
Mistik uyg (hocaya gitme,dua okutma,muska yaptırma)	80	97,6
Akupunktur	1	1,2
Anne sütü içme	1	1,2

Tablo 4-3'te hastalığa ilişkin özellikler incelendiğinde hastalığın başlangıç, yaşının ortalama 17,5 olduğu (min-max:0-62), tanı süresinin ortalama 203,7 ay olduğu (4-588), büyük çoğunluğunun kompleks parsiyel (%42,8 n=83) ve sekonder jeneralize nöbet (%37,1 n=72) geçirdiği, %38,1'inin (n=74) ayda bir defadan fazla nöbet geçirdiği, %52,3'ünün (n=101) son 1 ay içinde nöbet geçirdiği saptandı. Hastaların yaklaşık yarısının (%45,9 n=89) aurasını olduğunu, büyük çoğunluğunun (%82 n=159) nöbetini tetikleyen faktörlerin olduğunu ve bu tetikleyen faktörlerin %77,4'ünü (n=123) stress, %55,3'ünü (n=88) uykusuzluk, %43,4'ünü (n=69) uykusuzluk olduğunu ifade etti. Hastaların yalnızca %2,6'sının (n=5) nöbet esnasında birine zarar verdiği, %31,4'ünün (n=61) nöbet nedeniyle kazaya maruz kaldığı ve bu kaza sonucu %4,9'unda (n=3) sakatlık oluştuğu, hastaların büyük çoğunluğunun (%92,3 n=179) nöbet esnasında yaralanmamak için ev içerisinde herhangi bir önlem almadığı saaptandı. Hastaların %45,9'unun (n=89) tek ilaç ile tedavi edildiği, %89,7'sinin (n=174) ilacını düzenli kullandığı, ilacını düzenli kullanmayanların (%10,3 n=20) büyük çoğunluğu (%55 n=11) unutkanlığı neden olarak gösterdiği saptandı. Hastaların %33'ünün (n=64) antiepileptik ilaçların yan etki yaptığını, yan etki olarak %34,4' ünün (n=22) uyuşukluk, halsizlik, uyku hali, %21,4'ünün (n=14) unutkanlık, dikkat dağılması, %14'1'inin (n=9) sinirlilik hali yaptığını ifade etti. Hastalıkla ilgili duygu düşüncelerinin değiştiğini belirten hastaların %53,8'i (n=57) değişimin olumlu yönde olduğunu, yarısına yakını (%42, n=82) epilepsi için sağlık kurumu dışında başka bir yere başvurduğu, farklı uygulamalara yönelen hastaların tamamına yakını (%97,6 n=80) mistik uygulamalara (hocaya gitme, dua okutma, muska yaptırma) yöneldiği saptandı.

Tablo 4-4: Psikososyal faktörlere ilişkin özellikler

Özellikler	n	%
Hastalığınızı bilen kişiler		
Akrabalar	191	99,5
Komşular/ arkadaşlar	151	94,4
Öğretmen ve sınıf arkadaşları	23	92,0
İş arkadaşları ve yöneticiler	79	96,3
Hastalığınızı bilmeme nedenleri		
Bana iş vermemelerinden korkuyorum	2	1,0
Fark edilmediği için söylemiyorum	3	1,5
Herkeze söyleme gereği duymuyorum	6	3,1
Söylemek istemedim	7	3,6
Toplumun ön yargıları yüzünden	8	4,1
Üzülmesinler diye söylemedik	1	0,5
Hastalığınız özel yaşamınızı etkiledi mi?		
Evet	36	18,6
Hayır	158	81,4
Cevabınız evet ise nasıl etkiledi? (n=36)		
Hastalığım nedeniyle eş olara kabule dilmedim	16	44,4
Hastalığım nedeniyle yürütemeyeceğimi düşündüğüm için evlenmek istemedim	7	19,4
Hastalığım nedeniyle evliliğimde sorunlar yaşıyorum	8	22,2
Erkek/kız arkadaşım var ancak hastalığımı söyleyemedim	5	13,9
Okula gidiyor musunuz?		
Evet	25	12,9
Hayır	155	79,9
Okul başarısı (n=25)		
Çok iyi	3	12
İyi	10	40,0
Orta	12	48,0
Okula gitmeme veya bırakma nedenleriniz?		
Hastalık dışı nedenler	3	1,5
Hastalıktan dolayı	10	5,2
İşe gidiyor musunuz?		
Evet	75	39,1
Hayır	96	50,0
Ayrıldım	21	10,9
İşe gitmeme veya işten ayrılma nedenleriniz?		
Aile izin vermiyor	2	1,0
Başka hastalık nedeniyle işten ayrıldım	1	0,5
Hastalığım nedeniyle işten ayrıldım	10	5,2
Hastalığım nedeniyle işten çıkarıldım	6	3,1
İş arıyorum	6	3,1
Kişisel nedenler	3	1,5
Ehliyet var mı?		
Evet	61	31,4
Hayır	133	68,6
Araba kullanıyor musunuz? (n=61)		
Evet	17	27,9
Hayır	44	72,9

Tablo 4-4: Psikososyal faktörlere ilişkin özellikler (devam)

Araba kullanmama nedeniniz		
Araba olmadığı için	11	5,7
Hastalık nedeniyle	28	14,4
İyi kullanamadığı için	2	1,5
Sevmediği için	1	0,5
Epilepsi askerlik yapmanıza engel oldu mu?(n=88)		
Evet	40	45,5
Hayır	48	54,5
Askerlik yapmanıza engel oldu ise nasıl?		
Muaf	40	45,5
Epilepsi tanısı konduktan sonra ailenizin size karşı davranışlarında değişiklik oldu mu?		
Olmadı	18	9,3
Aşırı koruyucu/ kollayıcı oldular	98	50,5
Daha destekleyici oldular	77	39,7
Daha ilgisiz davrandılar	1	0,5

Tablo 4-4'te psikososyal faktörlere ilişkin özellikler incelendiğinde hastaların %13,8'inin (n=27) çeşitli nedenlerle hastalığını gizleme gereği duyduğunu belirtti. %18,6'sı (n=36) hastalık nedeniyle özel yaşamının etkilendiğini, bunların %44,4'ü (n=16) eş olarak kabul edilmediğini ve %19,4'ü (n=7) hastalık nedeniyle yürütemeyeceğini düşündüğü için evlenmek istemediğini ifade etti. Hastaların %5,2'sinin (n=10) hastalığından dolayı okuldan ayrıldığı, %5,2'sinin (n=10) işten ayrıldığı, %3,1'inin (n=6) işten çıkarıldığı, erkek hastaların %45,5'inin (n=40) askerlikten muaf olduğu saptandı. %9,3'ü (n=18) epilepsi tanısı konduktan sonra ailelerinin kendilerine karşı davranışlarında bir değişiklik olmadığını, %50,5'i (n=98) aşırı koruyucu/kollayıcı olduğunu, %39,7'si (n=77) daha destekleyici olduğunu ifade etti.

Tablo 4-5: Epilepsi öz-yönetimini etkileyebilecek faktörlerin puan ortalamaları

	Mean	SD	Min-Max
Stigma	0,73	±1,14	0-3
Genelleştirilmiş öz yeterlilik beklentisi	23,4	±4,5	10-30
Sosyal destek ölçeği	52,9	±14,5	13-84
Epilepsi bilgi envanteri	11,8	±2,5	4-16
Epilepsi tutum envanteri	58,9	±7,8	26-70

Tablo 4-5'te Epilepsi Öz-Yönetimini etkileyebilecek faktörlerin puan ortalamaları incelendiğinde stigma ölçeği puan ortalaması 0,73 ($\pm 1,14$), genelleştirilmiş öz yeterlilik beklentisi puan ortalaması 23,4 ($\pm 4,5$), sosyal destek ölçeği puan ortalaması 52,9 ($\pm 14,5$), epilepsi bilgi envanteri 11,8 ($\pm 2,5$) ve epilepsi tutum envanteri puan ortalaması 58,9 ($\pm 7,8$) bulundu.

4.2. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

4.2.1. Geçerlik Analizleri

a) Kapsam geçerliği

Kapsam geçerliği ölçme aracı içindeki maddeler veya soruların ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı konuları dengeli bir şekilde temsil etmesidir (Erefe 2002). Ölçeğin kapsam geçerliği 0,95 bulundu.

b) Yapı Geçerliği (Faktör analizi)

Yapı geçerliği çalışmaları, ölçme aracının ölçtüğü faktörler incelenerek ya da geçerliği araştırılan ölçme aracının diğer ölçek ve ölçülerle olan ilişkisini araştırarak gerçekleştirilir (Gözüm ve Aksayan 2003).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması çalışmasında yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla açımlayıcı faktör analizi (AFA) yapıldı. Beş faktörlü olması beklenen ölçeğin orijinal formdan farklı olarak çok dağınık bir yapı göstererek on üç faktörlü bir yapıya sahip olduğu gözlemlendi. Teorik beklenti doğrultusunda beş faktörlü yapı sınandığında (doğrulayıcı faktör analizi ile) ise maddelerin beklenen alt gruplarda faktör yükü almadığı ve yirmi maddenin faktör yük değerlerinin 0.30'un altında olduğu belirlendi. Ancak uyarlamalarda ölçekten madde çıkarmak tavsiye edilmediğinden ölçeğin bütünlüğüne dokunulmadı. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen Uyum İndisleri (Goodness of Fit Index, GFI), Karşılaştırmalı Uyum İndisleri (CFI), Yaklaşık

Hataların Ortalama Karekökü (Root-Mean-Square Error of Approximation=RMSEA) ve Standardize Edilmiş Hataların Ortalama Karekökü (Standardized Root Mean Square Residual=S-RMR) incelendi.

Ölçek modelinin RMSEA değeri 0,086 olarak bulundu. Kikare değeri istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2=1594$; $n=194$, $sd=655$, $\chi^2/sd=2.43$, $p=0,00$). Bu değer, beklenen kovaryans matrisi ile gözlenen kovaryans matrisi arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı hakkında bilgi vermektedir. Bu çerçevede, doğrulayıcı faktör analizinde uyumun sağlandığı, $\chi^2/sd=1594/655=2.43$ değeri <3 olması sebebiyle kabul edilebilir uyum sınırları içinde yer aldığı görüldü. Diğer indisler kabul edilebilir sınırlar içinde değildi (Tablo 4- 6).

Tablo 4-6: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi uyum iyiliği sonuçları

Uyum Kriteri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Sınır	Uyum İyiliği sonuçları
Ki-kare	$0 < \text{Ki-kare} < 2sd$	$2sd < \text{Ki-kare} < 3sd$	$\text{Ki-kare} = 1594 < 3sd = 1965$
Ki-kare/sd	$0 < \text{Ki-kare/sd} < 2$	$2 < \text{Ki-kare/sd} < 3$	$\text{Ki-kare/sd} = 0 < 2.43 < 3$
RMSEA	$\text{RMSEA} \leq 0.05$	0.060 - 0.080	0.086 (%90 CI=0.081; 0.092)
SRMR	$\text{SRMR} \leq 0.05$	0.06 – 0.08	0.12
NFI	$\text{NFI} \geq 0.95$	0.94 – 0.90	0.56
NNFI	$\text{NNFI} \geq 0.95$	0.94 – 0.90	0.66
CFI	$\text{CFI} \geq 0.97$	$\geq 0,95$	0.69
GFI	$\text{GFI} \geq 0.90$	0.89 – 0.85	0.70
RFI	$\text{RFI} \geq 0.90$	0.85 – 0.90	0.53

Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği'ne ait faktör yükleri Tablo 4-7'de verilmiştir. Tabloda maddelerin faktör yüklerinin düşük olduğu, 37. maddenin hiç yük almadığı görülmektedir.

Tablo 4-7: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi-faktör yükleri

		İlaç Y.	Bilgi Y.	Nöbet Y.	Güvenlik Y.	Yaşam tarzı Y.
1	Nöbetlerimin sıklığı ve ne zaman geçirdiğimi kaydederim.		0,800			
2	Stresle baş edebilmek için gevşeme egzersizi, hipnoz vb. yöntemler uyguladım.					0,820
3	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilacımdan kaynaklanan yan etkiler olduğunda doktorumu ararım.		0,100			
4	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçlarım azaldığında, (bitmemesi için) dozların arasını açarım.	0,090				
5	Geçirdiğim nöbetlerin özelliklerini kaydederim.		0,250			
6	Gece geç saatlere kadar dışarıda kalırım.				0,430	
7	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların yan etkilerini takip ederim.		0,250			
8	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçlarım azaldığında, (bitmemesi için) her seferinde daha az ilaç alırım.	0,110				
9	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları doktorumun önerdiği şekilde alırım.	0,350				
10	Nöbete yol açabilecek durumlardan uzak dururum.			0,040		
11	Eviden dışarı çıktığımda nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları yanıma alırım.			0,260		
12	Her zamankinden daha sık nöbet geçirirsem doktorumu ararım.			0,290		
13	Yeterince uyumaya dikkat ederim.					0,040
14	Stresle baş edebilmek için hoşlandığım şeyleri yaparım.					0,350
15	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları almayı hatırlatacak bir yöntemim var.			0,130		
16	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları her gün aynı saatte alırım.	0,390				
17	Yüzme vb. etkinliklere tek başıma gidebilirim.				0,680	
18	Nöbet geçirmemek için gevşeme egzersizi, hipnoz vb. yöntemler uyguladım.					0,760
19	Doktor kan testleri istediğinde yaptırım.			0,140		
20	Yanımda epilepsi hastası olduğumu gösteren bir bileklik/kart taşırım.		0,100			
21	Çok pahalı olduğu için nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları yazdırmayı ertelemek zorunda kalırım.	0,240				
22	Yeterince egzersiz yaparım.					0,450
23	Otomatik kapanma özelliği olmayan elektrikli aletleri (matkap, saç maşası vb.) kullanırım.				0,330	
24	Doktor/hastane randevularımı kaçırdığım olur.	0,320				
25	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların yan etkisi olursa, doktoruma sormadan dozu atlarım.	0,330				
26	Küvet banyosu yerine duş şeklinde banyo yaparım.				0,390	
27	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçlar bitmeden önce yenisini yazdırırım.	0,340				
28	Almayı unuttuğumdan nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların dozunu atladığım olur.	0,810				
29	Evde suyun sıcaklığını yakmayacak kadar düşük tutarım.				0,280	
30	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların dozunu atladığım olur.	0,770				
31	Başka bir ilaç almadan önce doktoruma danışırım.				0,290	
32	Nöbet geçirmeme neden olan şeylerden uzak dururum.			0,900		
33	Düzenli yemek yerim.					0,110
34	Yüksek tabure, sandalye, merdiven üzerine çıktığım olur.				0,520	
35	Epilepsisi olan diğer kişilerle görüşürüm.		0,170			
36	Fazla miktarda alkol (örneğin; bira, şarap, viski) alırım.				0,580	
37	Epilepsili kişilere yönelik destek gruplarına katılırım.		0,000			
38	Nöbet esnasında yapılması gerekenleri aileme ve arkadaşlarıma öğretirim.		0,280			

Tablo 4-8: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği'ne verilen cevapların frekansları (%)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	38,1	8,2	12,9	8,2	32,5
2	86,1	6,2	4,6	1,5	1,5
3	48,5	5,2	10,8	6,2	29,4
4	97,4	1,5	0,5	0,5	0,0
5	50,5	6,7	10,3	6,7	25,8
6	60,3	22,2	12,4	4,1	1,0
7	26,3	6,7	16,5	13,9	36,6
8	95,9	1,5	1,5	0,5	0,5
9	1,5	0,5	0,5	4,6	92,8
10	9,8	7,7	20,1	25,8	36,6
11	12,9	4,1	6,7	7,2	69,1
12	29,4	5,2	6,7	8,8	50,0
13	5,2	3,6	18,0	26,3	46,9
14	17,5	9,3	24,7	20,6	27,8
15	58,8	2,6	4,6	6,2	27,8
16	1,5	6,7	11,3	28,4	52,1
17	65,5	3,6	8,8	5,7	16,5
18	85,6	8,2	2,6	0,5	3,1
19	1,0	1,0	1,0	2,1	94,8
20	96,4	0,5	0,5	0,0	2,6
21	93,8	1,0	1,0	1,5	2,6
22	50,5	16,0	23,2	6,7	3,6
23	30,4	17,5	27,3	13,9	10,8
24	78,4	11,9	5,7	2,1	2,1
25	93,8	1,0	2,1	1,5	1,5
26	5,2	2,1	4,1	3,6	85,1
27	3,6	2,6	5,2	3,1	85,6
28	63,9	17,0	18,0	1,0	0,0
29	18,6	5,7	10,3	11,9	53,6
30	65,5	19,1	12,4	1,5	1,5
31	6,2	1,0	5,2	6,2	81,4
32	11,3	5,2	21,1	27,3	35,1
33	6,7	6,2	15,5	27,8	43,8
34	19,1	22,7	29,9	14,9	13,4
35	54,6	19,1	14,4	6,2	5,7
36	89,2	7,2	3,1	0,5	0,00
37	95,4	2,6	1,0	0,0	1,0
38	45,4	7,2	8,2	8,8	30,4

Hastaların Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği'ne verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4- 8'de verilmiştir. Ölçeğe verilen yanıtların daha fazla uçlarda yığıldığı görülmektedir.

Tablo 4-9: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği puan ortalamaları

	Ort	SS	Min	Max
İlaç yönetimi	4,67	0,38	3,0	5,00
Bilgi yönetimi	2,26	0,73	1,00	3,75
Güvenlik yönetimi	4,09	0,61	2,38	5,00
Nöbet yönetimi	3,71	0,80	1,67	5,00
Yaşam tarzı yönetimi	2,64	0,62	1,00	4,50
Ölçek Total	135,7	13,8	102,00	165,00
Ölçek ort	3,57	0,36	2,68	4,34

Hastaların EÖYÖ puan ortalamasının $3,57 \pm 0,36$ (min-max: 2,68-4,34) olduğu, alt boyut puan ortalamalarının ilaç yönetimi için $4,67 \pm 0,38$, bilgi yönetimi için $2,26 \pm 0,73$, güvenlik yönetimi için $4,09 \pm 0,61$, nöbet yönetimi için $3,71 \pm 0,80$, yaşam tarzı yönetimi için ise $2,64 \pm 0,62$ olduğu saptandı (Tablo 4-9).

4.2.2.Güvenirlilik Analizleri

a) Zamana Göre Değişmezlik

Test-tekrar test güvenirliliğini, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücü şeklinde tanımlamak mümkündür. Bir ölçme aracının aynı bireylere, aynı koşullarda, ancak farklı zamanlarda uygulanması esasına dayanır. Geliştirilen ya da uyarlanan ölçeğin test-tekrar test güvenirliliğini bulmak için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır (Erefe 2002).

Çalışmamızda, 30 kişilik örneklem grubunda yapılan test-tekrar test güvenirliliği için Spearman momentler çarpımı korelasyon katsayıları, ölçekteki her bir ifadeye ilk testte verilen cevaplar ile aynı ifadeye ikinci kez verilen cevaplar arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. İki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, korelasyon katsayılarının 0,793 ile 0,938 arasında olduğu ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı ($p < 0,001$). Bu durum ölçeğin zamana karşı değişmezlik özelliği olduğunu desteklemektedir (Tablo 4-10)

Tablo 4-10: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği'nin test-tekrar test korelasyon analizi (n=30)

Ölçek alt grupları	r	p
İlaç yönetimi	0,871	0,000
Bilgi yönetimi	0,938	0,000
Güvenlik yönetimi	0,920	0,000
Nöbet yönetimi	0,793	0,000
Yaşam tarzı yönetimi	0,826	0,000
Ölçek total	0,895	0,000

b) İç Tutarlılık

Ölçme araçlarının iç tutarlılığı, ölçeğin bütün birimlerinin ilgilenilen değişkeni ölçme yeteneğine sahip olduğunu gösteren güvenilirliklerdir. Alfa kat sayısı, iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için kullanılan yöntemlerden birisidir (Şencan 2005). Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini sınavan maddelerden oluştuğu varsayılır (Erefe 2002).

Toplam ölçek ve alt boyutları Cronbach Alfa değerleri Tablo 4-10'de sunuldu. Ölçek alt gruplarından ilaç yönetimi alt grubu için güvenilirlik katsayısı 0,673, bilgi yönetimi alt grubu için 0,587, güvenlik yönetimi alt grubu için 0,597, nöbet yönetimi alt grubu için 0,573 ve yaşam tarzı yönetimi alt grubu için 0,580 bulundu. Ölçeğin toplam güvenilirlik düzeyi oldukça yüksek (0,740) bulundu.

Ölçekteki 38 maddenin “madde-toplam puan korelasyonu” incelendiğinde (Tablo 4-11), maddelerin korelasyon katsayılarının 0,020 ile 0,515 arasında olduğu, madde-alt grup korelasyon katsayılarının 0,096 ile 0,735 arasında olduğu saptandı. Ölçeğin alt boyutlarının toplam ölçek puanları ile korelasyonu incelendiğinde, 0,311 ile 0,742 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Ölçeğin her bir maddesinin, ait olduğu alt gruba ve toplam puana katkısı ve her bir alt grubun toplam puana katkısı istatistiksel olarak yeterli düzeyde bulundu.

Tablo 4-11: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği maddelerinin madde-toplam puan korelasyon katsayıları ve alt grupların Cronbach alfa değerleri

Alt grup/ Madde no	Alt gruba göre		Totale göre		
	r	p	r	p	
İlaç yönetimi					
$\alpha = 0,673$					
4	Nöbetler nedeniyle kullandığım ilaçlarım azaldığında, dozların arasını açarım	0,148	0,039	0,099	0,170
8	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçlarım azaldığında, her seferinde daha az ilaç alırım.	0,267	0,000	0,107	0,139
9	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları doktorumun önerdiği şekilde alırım.	0,368	0,000	0,308	0,000
16	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları her gün aynı saatte alırım	0,561	0,000	0,439	0,000
21	Çok pahalı olduğu için nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları yazdırmayı ertelemek zorunda kalırım.	0,361	0,000	0,166	0,021
24	Doktor/hastane randevularımı kaçırdığım olur.	0,459	0,000	0,082	0,254
25	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların yan etkisi olursa, doktoruma sormadan dozu atlarım.	0,328	0,000	0,242	0,001
27	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçlar bitmeden önce yenisini yazdırırım.	0,489	0,000	0,293	0,000
28	Almayı unuttuğumdan nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların dozunu atladığım olur.	0,697	0,000	0,445	0,000
30	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların dozunu atladığım olur.	0,659	0,000	0,327	0,000
Bilgi yönetimi					
$\alpha = 0,587$					
1	Nöbetlerimin sıklığını ve ne zaman geçirdiğimi kaydedirim.	0,668	0,000	0,423	0,000
3	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilacımdan kaynaklanan yan etkiler olduğunda doktorumu ararım.	0,503	0,000	0,532	0,000
5	Geçirdiğim nöbetlerin özelliklerini kaydedirim.	0,735	0,000	0,429	0,000
7	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların yan etkilerini takip ederim.	0,535	0,000	0,487	0,000
20	Yanımda epilepsi hastası olduğumu gösteren bir bileklik/ kart taşırım.	0,096	0,184	0,020	0,787
35	Epilepsisi olan diğer kişilerle görüşürüm.	0,345	0,000	0,041	0,567
37	Epilepsili kişilere yönelik destek gruplarına (dernek topl) katılırım	0,099	0,170	0,060	0,405
38	Nöbet esnasında yapılması gerekenleri aileme, arkadaşlarıma öğretirim	0,647	0,000	0,443	0,000
Güvenlik yönetimi					
$\alpha = 0,597$					
6	Gece geç saatlere kadar dışarıda kalırım.	0,432	0,000	0,183	0,011
17	Yüzme vb. etkinliklere tek başıma gidebilirim.	0,680	0,000	0,050	0,491
23	Otomatik kapanma özelliği olmayan elektrikli aletleri (matkap, saç maşası vb.) kullanırım.	0,488	0,000	0,117	0,104
26	Küvet banyosu yerine duş şeklinde banyo yaparım.	0,415	0,000	0,110	0,127
29	Evde suyun sıcaklığını yakmayacak kadar düşük tutarım.	0,567	0,000	0,397	0,000
31	Başka bir ilaç almadan önce doktoruma danışırım.	0,435	0,000	0,293	0,000
34	Fazla miktarda alkol (örneğin; bira, şarap, viski) alırım.	0,634	0,000	0,051	0,481
36	Yüksek tabure, sandalye ya da merdiven üzerine çıktığım olur.	0,432	0,000	0,152	0,034
Nöbet yönetimi					
$\alpha = 0,573$					
10	Nöbete yol açabilecek durumlardan uzak dururum.	0,613	0,000	0,461	0,000
11	Evden dışarı çıktığımda nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları yanıma alırım.	0,514	0,000	0,468	0,000
12	Her zamankinden daha sık nöbet geçirirsem doktorumu ararım.	0,636	0,000	0,515	0,000
15	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları almayı hatırlatacak bir yöntemim var.	0,556	0,000	0,284	0,000
19	Doktor kan testleri istediğinde yaptırım.	0,200	0,005	0,254	0,000
32	Nöbet geçirmeme neden olan şeylerden uzak dururum.	0,635	0,000	0,510	0,000
Yaşam tarzı yönetimi					
$\alpha = 0,580$					
2	Stresle baş edebilmek için gevşeme egzersizi, meditasyon vb. yöntemler uygulardım.	0,451	0,000	0,262	0,000
13	Yeterince uyumaya dikkat ederim.	0,451	0,000	0,328	0,000
14	Stresle baş edebilmek için hoşlandığım şeyleri yaparım.	0,663	0,000	0,394	0,000
18	Nöbet geçirmemek için gevşeme egzersiz meditasyon vb. yöntemler uygulardım.	0,421	0,000	0,308	0,000
22	Yeterince egzersiz yaparım.	0,620	0,000	0,387	0,000
33	Düzenli yemek yerim.	0,495	0,000	0,349	0,000
Ölçek total					
$\alpha = 0,740$					

4.4. Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Puan Ortalamalarının Stigma, ÇBASDÖ, Epilepsi Bilgi ve Tutum Envanteri, GÖYÖ ile İlişkisine Ait Bulgular

Tablo 4-12: EÖYÖ puanlarının Stigma, ÇBASDÖ, Epilepsi Bilgi Ve Tutum Envanteri ölçekleri puanları ile ilişkisi

Ölçekler EÖYÖ	İlaç yönetimi		Bilgi yönetimi		Güvenlik yönetimi		Nöbet yönetimi		Yaşam tarzı yönetimi		EÖYÖ total	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Stigma	-0.155	0.031	-0.078	0.279	0.089	0.217	-0.162	0.024	-0.146	0.042	-0.112	0.118
ÇBASDÖ	-0.058	0.418	0.367	0.000	-0.206	0.004	0.258	0.000	0.362	0.000	0.258	0.000
Bilgi E.	0.045	0.530	0.276	0.000	-0.152	0.035	0.285	0.000	0.236	0.001	0.259	0.000
Tutum E.	-0.011	0.987	0.141	0.050	-0.062	0.393	0.288	0.000	0.277	0.000	0.220	0.002

Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği (EÖYÖ) ile Stigma Ölçeği, ÇBASDÖ, Bilgi ve Tutum Envanterleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptandı (Tablo 4-12). Stigma ölçeği ile EÖYÖ ilaç yönetimi, nöbet yönetimi ve yaşam tarzı alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). ÇBASDÖ ile EÖYÖ ilaç yönetimi alt boyutu ile anlamlı ilişki bulunmazken, güvenlik yönetimi ile negatif yönlü, diğer alt boyutları ve total puanı ile pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Epilepsi Bilgi Envanteri ile EÖYÖ ilaç yönetimi alt boyutu ile anlamlı ilişki bulunmazken, güvenlik yönetimi ile negatif yönlü, diğer alt boyutları ve total puanı ile pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Epilepsi Tutum Envanteri ile EÖYÖ nöbet ve yaşam tarzı yönetimi alt boyutları ve total puan ile pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4-13: EÖYÖ puanlarının GÖYÖ puanları ile ilişkisi

Ölçekler EÖYÖ	İlaç yönetimi		Bilgi yönetimi		Güvenlik yönetimi		Nöbet yönetimi		Yaşam tarzı yönetimi		EÖYÖ total	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
GÖYÖ	0.061	0.397	0.202	0.005	-0.110	0.125	0.342	0.000	0.300	0.000	0.260	0.000

GÖYÖ ile EÖYÖ ilaç ve güvenlik yönetimi alt boyutu ile anlamlı ilişki bulunmazken, diğer alt boyutlar ve total puan ile pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Kronik bir hastalık olarak yaşam süresinin önemli bir bölümünü etkileyen, fiziksel, emosyonel, entellektüel ve sosyal yaşamda önemli sınırlılıklara neden olan, günlük aktivitelerde zorunlu ve travmatik değişikliklere yol açan epilepsi hastalığında öz-yönetim çok önemlidir. Epilepsili hastalarda tedavinin etkin bir şekilde sürdürülebilmesi, nöbet kontrolünün sağlanması, yeterli güvenlik önlemlerinin alınması, hastaların hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olması ve bütün bunları yaşam tarzı olarak benimseyerek yaşam kalitesinin artırılabilmesi için öz-yönetim davranışları önemli bir yer tutar. Bu araştırmada epilepsili hastaların öz-yönetim davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini belirlemek amacıyla geliştirilen Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği'nin (Epilepsy Self Management Scale) Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak amaçlandı.

Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği Dilorio ve arkadaşları tarafından 2004 geliştirilmiştir. Orjinali 26 madde olan ölçeğe (1994) daha sonra on iki madde eklenerek genişletilmiş ve 38 maddeli hale getirilmiştir. Ölçeğin ilaç (10 madde), bilgi (8 madde), güvenlik (8 madde), nöbet (6 madde) ve yaşam tarzı (6 madde) yönetimini değerlendiren beş alt bölümü bulunmaktadır (Dilorio 2004).

Çalışmaya katılan epilepsili hastaların yaş ortalaması $34,1 \pm 11,5$, başlangıç yaşı ortalama 17,5 (min-max:0-62) olup hastaların %67'sinin ilk nöbetini 20 yaşından önce geçirdiği saptandı. Nöbetlerin başlangıç yaşını 20 yaş ve altında Karaağaç ve ark. (1999) %72, Topalkara ve ark. (1999) ise %72,72 olarak rapor etmişler ve bu sonuçlar bizim çalışma sonucumuzla benzerlik göstermektedir. Literatürde epilepsi hastalığının herhangi bir yaşta başlayabileceği, ancak en sık olarak yaşamın ilk ve son aylarında rastlandığı bildirilmiştir (Hauser ve ark. 1993). Çalışmamızda epilepsi nöbetlerinin büyük çoğunluğunun (%67) ilk yıllara rastlaması literatürde rapor edilen sonuç ile uyumluluk göstermektedir.

Hastaların %47,4'ü (n=92) erkek, %52,6'sı (n=102) kadındır. Literatürde hastalığın cinsiyete göre karşılaştırılması yapıldığında, bazı çalışmalarda erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü rapor edilirken (Hauser1993; Mollaoğlu 2000; McHughve Delanty 2008), farklı çalışmalarda cinsiyetler arasında anlamlı fark görülmediği bildirilmiştir (Christensen 2005; Kılınçer 2012).

Öz-yönetimi etkileyebilecek önemli bir faktör olduğundan grubun eğitim durumu incelendiğinde %47,4'ü (n=92) okuryazar ve ilkokul mezunu, %25,7'si (n= 50) ortaokul ve lise, %25,2'si (n=49) üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahip olduğu görüldü. Eğitim düzeyi benzer çalışmaya göre daha yüksek bulunurken (Mollaoğlu 2000), multipl skleroz gibi gençleri etkileyen nörolojik hastalığa kıyasla hastaların eğitim düzeyinin düşük olduğu görüldü (Polat 2013). Bunun nedeni, epilepside nöbet sıklığının ve kullanılan ilaç dozunun artmasına bağlı olarak bilişsel fonksiyonların etkilenmesi ve psikososyal sorunlar nedeniyle kişilerin eğitimden uzaklaşması olabilir. Özellikle çocuklarda, bellek bozuklukları, bilişsel yavaşlamalar ve dikkat dağınıklığı literatürde en sık bildirilen sorunlar olması ve bu durumun akademik başarıyı etkilemesi çalışmamızda bulduğumuz sonuç ile uyumludur (Tromp 2003; Aldenkamp 2004; Fastenau 2008)

Grubun %43'ünün çalıştığı (n=83), %12,9'unun (n=25) işsiz olduğu belirlendi ve bu oranın diğer çalışmalara benzer oranda ya da daha düşük olduğu görüldü (Collings 1994; Dilorio 1994; Jacoby 1995). İşsizlik oranı için ülkemizde yapılan farklı çalışmalara bakıldığında, aynı merkezde yapılan çalışmada (Aydemir 2011) %14,3, farklı merkezde yapılan çalışmada (Mollaoğlu 2000) bu oran %28,5 olarak bildirilmiştir. Hastaların çalıştığı işler farklılık göstermekle birlikte az sayıda da olsa (n=5) bazı hastaların tehlike oluşturabilecek işlerde (çaycı, elektrik teknisyeni, inşaat işçisi vb.) çalıştığı saptandı.

Çalışmaya katılan epilepsili hastaların yaklaşık yarısı (%49,5) evli iken, yaklaşık yarısının bekar (%46,4) olduğu saptandı. Bekar hastaların oranı farklı bir çalışmada sağlıklı gruba (15,2) göre kıyaslandığında daha yüksek olduğu saptandı (Aydemir 2011). Ancak aynı çalışmada epilepsi hastalarının boşanma oranı (%2,9) sağlıklı grup (%6,5) ile farklılık göstermemekte ve bizim bulduğumuz sonuç (%3,6) ile benzerlik göstermektedir. Boşanmış ve yalnız yaşayan (%3,1) hasta oranının ise az olması, büyük çoğunluğunun ailesiyle birlikte yaşaması (%91,7) Türk toplumunun yapısı ile uyumlu bir sonuçtur. Epilepsili hastaların yalnız yaşama ve boşanma oranı Dilorio ve ark. (2003; 2006) ABD'de yaptığı çalışmada daha yüksek bulunmuştur.

Örnekleme grubunun tanı süresi ortalama 203,7 (4-588) ay (16,9 yıl) olup, nöbet tipini büyük oranda jeneralize (%71.1), %24.2'sini parsiyel, %4,6'sını sınıflandırılmayan nöbet tipi oluşturmaktadır ve bu oran diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Mollaoğlu 2000; Aydemir 2011; Kılınçer 2012). Nöbet sıklığı

açısından değerlendirildiğinde, hastaların %38,1'inin ayda birden fazla nöbet geçirdiği saptanmış bu oran diğer çalışmalarda daha yüksek bulunmuştur (Mollaoğlu 2000; Yıldız 2013).

Hastaların bildirimlerine göre nöbeti tetikleyen faktörlerin başında stres yer almakta ve bunu uykusuzluk, yorgunluk, gürültü gibi faktörler takip etmektedir. Farklı merkezde yapılan çalışmalarda da stres faktörünün ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir (Spector 1999; Mollaoğlu 2000; Nakken 2004).

Nöbet nedeniyle birine zarar verme oranı %2,6 olarak saptandı. Collins ve ark. (2006) yaptığı çalışmada, toplumun büyük çoğunluğu epilepsi hastalarını şiddet unsuru olarak görmektedir. Bizim elde ettiğimiz oran ve Marsh ve Krauss'un (2000) çalışması bu fikrin yersiz olduğunu ispatlar niteliktedir. Hastalarının kazaya maruz kalma oranı incelendiğinde %31,4 ve bu kaza nedeniyle sakatlık oluşma oranı %4,9'dur.

Kullandıkları ilaçlar sayı olarak incelendiğinde monoterapi alan hastalar %45,9 iken politerapi alan hastalar %53,1'dir. İlaçlarını düzenli kullanmayan hastalar %10,3 iken, kontrole düzenli gelmeyen hasta oranı %7,2'dir. Bu oranlar Mollaoğlu ve ark. nın (2000) sonuçlarından farklılık göstermektedir; bizim çalışma grubumuzun ilaçlarını daha düzenli kullandığı, düzenli kontrollere geldiği ve nöbet nedeniyle kazaya maruz kalma oranının daha düşük olduğu görülmektedir.

Hastaların yaklaşık yarısının (%42,3) hastalığı ile ilgili olarak sağlık kurumu dışında bir yere başvurduğu saptandı. Bu başvuruların yaklaşık tamamı (%97,6) mistik uygulamalara (hocaya gitme, dua okutma, muska yaptırma vb.) başvurduğu belirlendi ve bu sonuç da Mollaoğlu (2000)'nun çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Hastalığını komşu ve akrabalarından gizleyenlerin oranı %23,1'dir ve bu oranın yapılan çalışmalarda değişiklik gösterdiği saptanmıştır (Mollaoğlu 2000; Aydemir 2001; Lee 2005; Santash 2007). Bizim çalışmamızda bulduğumuz oran benzer çalışmalara kıyasla daha düşüktür. Hastalığı gizleme oranı, epilepsi hakkında yanlış bilgi ve tutuma sahip olan bölgelerde özellikle de stigma oranının yüksek olduğu Afrika ülkelerinde daha da artmaktadır (Baskind 2005; Atadzhanov 2010). Hastaların %18,6 (n=36)'sı özel yaşantısının olumsuz yönde etkilendiğini, bunların yaklaşık yarısı eş olarak kabul edilmediğini (n=16), bir kısmı hastalığı nedeniyle yürütemeyeceğini düşündüğü için evlenmek istemediklerini (n=7) ve evliliğinde sorunlar yaşadığını (n=8) belirtti.

Hastaların %12,3'ünün hastalık nedeniyle işten ayrıldığı ya da çıkartıldığı saptandı. Chaplin ve ark (1998) yaptığı çalışmada, işten ayrılma oranı belirtilmemekle beraber hastaların %20' sinin iş yerinde problem yaşadıklarını, bunun en büyük nedenini stigma ve kısıtlamalar olduğunu bildirmektedir. Hastaların %5,2' sinin okulu bıraktığı, erkek hastaların yaklaşık yarısının (%45,5) askerlikten muaf olduğu saptandı. Hastaların okulu bırakma oranının %5,2 olarak saptansa da, bu oranın daha yüksek olduğu düşünülmektedir. "Hastalık nedeniyle okulu bıraktınız mı?" sorusu okulda fiilen okurken hastalık nedeniyle terk etme olarak algılanmış olabilir ancak, bir üst düzey eğitime devam etmemek de sorulmak istenmiştir.

Sürücü ehliyeti olan 61 hastadan 28'inin hastalık nedeniyle araba kullanamadığı saptanmıştır. Literatürde epilepsili hastaların kaza oranıyla diğer kronik hastalıkların (diyabet, kalp hastalığı vb.) oranları karşılaştırıldığında bir fark olmadığı belirtilmiştir (Krumholz 2009). Araç kullanımını tamamen kısıtlamak bireylerin hastalığa uyumunu güçleştirdiği ve Avrupa ülkelerinde iki yıllık nöbetsizlik durumunda ehliyet kısıtlamasının ortadan kalktığı göz önüne alındığında ülkemizdeki bu yasak tartışmaya açık bir durumdur.

Epilepsi tanısı konduktan sonra ailelerin daha koruyucu/kollayıcı (%50,5) ve destekleyici (%39,7) olması toplumumuzun yapısı ile ve farklı merkezde yapılan benzer çalışma ile uyumlu bir sonuçtur (Mollaoğlu 2000). Ancak bu koruyucu davranışlar öz-yönetim üzerine olumsuz etki edebileceği ve hastaları sosyal izolasyona sürükleyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastalığa bağlı damgalanma düzeyi stigma ölçeği ile değerlendirildiğinde, %66'sının hiç stigma hissetmediği, %16'sının ise yüksek derece stigma hissettiği saptanmıştır. Baker ve ark. (2000) yılında on beş Avrupa ülkesinde yaptığı çalışmada ise hastaların %18'inin yüksek düzeyde stigma hissettiğini, stigma hissetmeyen oranının ise %49 olduğunu bildirmişlerdir; bu oran bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Hastaların genel öz yeterlilik durumunu değerlendiren genelleştirilmiş öz yeterlilik ölçeğinin (GÖYÖ) ortalaması $23,4 \pm 4,5$ (min-max: 10-30) olarak bulunmuş ve bu ortalama hastaların öz yeterliliklerinin genel olarak iyi olduğunu göstermektedir. Dilorio ve ark. (1994)'nin yaptığı çalışmada ortalamalar (2030 ± 453 , min-max: 0-2500) paralellik göstermektedir.

Hastaların aile, arkadaş ve özel bir kişiden aldıkları desteği ÇBASDÖ ile incelediğimizde $52,9 \pm 14,5$ (min-max:13-84) olarak bulunmuştur. Sosyal destek

puanının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Dilorio ve ark. (1994) yaptıkları çalışmada sosyal destek puanı $131,8 \pm 24,3$ (min-max: 25-175) olarak bulunmuş ve çalışmamıza paralellik göstermektedir.

Hastaların hastalığı ile ilgili bilgilerini ve hastalığa karşı tutumlarını değerlendirmek için kullanılan Epilepsi Bilgi ve Tutum Envanterleri incelendiğinde bilgi puan ortalaması $11,8 \pm 2,5$ (min-max: 4-16), tutum envanteri puan ortalaması $58,9 \pm 7,8$ (min-max: 26-70) olarak bulunmuştur. Ölçek puanlarının yüksek olması hastaların epilepsi ile ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu ve epilepsiye karşı olumlu bakış açısına sahip olduğuna işaret ederken, bizim çalışmamızda elde ettiğimiz ölçek puan ortalamaları orta düzey bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Aynı merkezde yapılan başka çalışmada bilgi puanı $14,2 \pm 1,5$ tutum envanter puanı $63,31 \pm 7,3$ olarak bulunmuş ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Aydemir 2011)

Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği

Çalışmada önce ölçeğin dil ve kapsam geçerliği sağlandı, sonrasında psikometrik değerlendirmeler yapıldı. Dil ve kapsam geçerliğinin sağlanmasında geri çeviri ve uzman görüşüne başvurma yöntemleri izlenmiş olup gerektiğinde ölçek geliştiren kişilerden danışmanlık alındı. Uzman görüşleri ile değerlendirilen ölçeğin kapsam içerik geçerliği 0,95 olarak hesaplandı.

Geçerlik, bir ölçme aracının “neyi”, ne denli “isabetli/doğru” olarak ölçtüğüyle ilgili kavramdır (Öner 1993). Geçerlik belirleme yöntemlerinden olan yapı geçerliği ise ölçeğin ilgili kavram veya kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini belirtir. Çalışmamızda yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde Açıklayıcı Faktör analizi (AFA) kullanılarak ölçeğin faktör yapısı belirlendi ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile faktör yapılarının uygunluğu değerlendirildi.

Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda on üç faktörlü yapıya sahip olduğu, Doğrulayıcı Faktör Analizi ile birlikte geçerli yük yüklemeyen maddeler olduğu saptandı. Ancak bu maddelerin epilepsi hastalarının öz-yeterliliğini değerlendirmek için sorulması gereken önemli maddeler olduğundan ve uyarılma çalışmalarında madde elemesi önerilmediğinden madde elemesi yapılmadı. Bu durumda ölçeğin mevcut haliyle alt boyutlu yapı yerine tek boyutlu olarak ele alınmasının daha doğru olacağı düşünüldü.

Madde elemesi yapılmayan orjinal ölçeğin DFA ile birlikte uyum iyiliği istatistikleri değerlendirildi. En sık kullanılan uyum istatistiği ölçütleri ki-kare, RMSEA, SRMR değerleridir. Bogner ve Wiseman (2006) geliştirdikleri ölçeğin uyum iyiliği kriteri olarak ki-kare değeri sonuçlarını verirken, Şimşek (2007) ki-kare değeri örneklem sayısından çok kolay etkilendiğinden diğer uyum iyiliği değerleri üretildiğini belirtmektedir. Ki-kare evren ile örneklemin kovaryans matrislerinin birbiri ile uyumuna bakar ve anlamlı çıkması iki matrisin birbirinden farklı olduğunu gösterir. Ki-karenin serbestlik derecesine bölünmesiyle elde edilen değer ki-kare değerine göre daha güvenilirdir (Şimşek 2007). Çalışmamızda ölçeğin uyum istatistikleri değerlendirildi ve yalnızca ki-kare değerinin kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldığı saptandı. RMSEA, SRMR, GFI, AGFI, NFI, NNFI, CFI, RFI kriterlerine göre modelin kabul edilebilir uyum sınırları içinde olmadığı görüldü. Çalışmamızda doğrulayıcı faktör analizinde Ki-kare: 1594; CFI: 0.69; RMSEA: 0,086 SRMR: 0,12 bulundu.

Model veri uyum değerlendirmesi için yapılan ki-kare analizinde, ki-kare (ki-kare=1594 <3sd=1965) uyum değerinin anlamlı olduğu belirlendi. Bu durumda; ki-kare değeri, serbestlik derecesine bölünerek ikinci bir hesaplama yapıldı ve “ki-karedeğeri/serbestlik derecesi” sonucu 2,43 bulundu. Bu değer; iki ya da altında olması “modelin iyi bir model olduğunu”, “beş ya da daha altında olması” kabul edilebilir bir uyum olduğunu göstermektedir (Şimşek 2007; Harrington 2009). Çalışmada ki-kare değerinin kabul edilebilir sınırlar içinde yer aldığı saptandı.

Ölçeğin geçerliğini saptamanın yollarından biri de eşdeğer bir ölçek ile değerlendirilen ölçeği karşılaştırmaktır. Bu amaçla Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) kullanıldı. Çalışma sonuçlarına göre ‘Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği’ (EÖYÖ) ile Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Ölçeği arasındaki korelasyonların anlamlı olduğu görüldü. GÖYÖ ile EÖYÖ ilaç ve güvenlik yönetimi alt boyutları ile anlamlı ilişki bulunmazken ($p>0,05$), diğer alt boyutları ve total puan ile pozitif yönlü ($r=0,260$) ilişki bulundu ($p<0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği (EÖYÖ)’nin güvenilirlik analizleri yapıldı. Güvenirlik bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir. Ölçekle sağlanan bilgilerin kararlı özellik taşıdığına, yani hatadan arındırılmış olduğuna ve aynı amaçla yapılacak ikinci bir ölçümde aynı sonuçların elde edileceğine güven duyulması gerekir. Güvenilir olmayan bir ölçek kullanışsızdır. Ölçeğin güvenilirliğini

değerlendirmek için güvenilirlik ölçütlerinden biri iç tutarlık analizleridir (Erefe 2002; Gözüm ve Aksayan 2003). Bir ölçeğin iç tutarlık güvenilirliğine sahip olduğunu söyleyebilmek için ölçeğin tüm alt boyutlarının aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003). İç tutarlık güvenilirliğini değerlendirmek için bu çalışmada madde analizleri ve Cronbach Alfa katsayısı kullanıldı. Cronbach Alfa katsayısı ne kadar yüksekse (1'e yakınsa) bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirini ile tutarlı ve aynı özelliği yordayan maddelerden oluştuğu belirtilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003, Tavşancıl 2005, Polit ve Beck 2010). Ayrıca, Cronbach Alfa katsayısının 0,40-0,60 arasında olması düşük güvenilirlik, 0,60-0,80 arasında olması oldukça güvenilir olarak değerlendirilir (Büyüköztürk 2010). Çalışmamızda, ölçek toplam Cronbach Alfa katsayısı oldukça güvenilir ($\alpha = 0,740$) bulunmuştur. Ölçeğin en düşük alfa kat sayısı 0,573 (nöbet yönetimi) ve en yüksek alfa kat sayısı 0,673 (ilaç yönetimi) bulunmuştur. Dilorio ve ark. (2004; 2006) tarafından yapılan çalışmada alt boyutlar için Cronbach alfa katsayısı 0,320 (güvenlik yönetimi) ile 0,716 (ilaç yönetimi) arasında olup tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0,770'dir. Sonuçta orijinal ölçek bulguları ile karşılaştırıldığında benzer sonuçlar elde edildiği, ilaç yönetimi alt boyutu Cronbach Alfa kat sayısının her iki ölçekte de yüksek olduğu gözlenmektedir. Ölçeğin orijinalinde ilaç yönetimi alt boyutu en yüksek güvenilirliğe sahip olarak bulunurken, bizim çalışmamızda da aynı sonuç elde edildi. Nayeri ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada alt boyutlar için Cronbach alfa katsayısı 0,313 (güvenlik yönetimi) ile 0,730 (ilaç yönetimi) arasında olup tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0,847'dir.

Ölçek maddeleri ve boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman Momentler Çarpımı Korelasyonu ile madde-toplam puan korelasyonları hesaplandı. Madde-toplam puan korelasyonu test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Madde-toplam puan korelasyonunun pozitif ve yüksek olması (+1'e yaklaştıkça), maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir (Büyüköztürk, 2002). Madde-toplam puan korelasyon katsayısının alt sınırı ile ilgili literatürde farklı değerler olmakla birlikte genellikle alt seviye olarak 0,25 alınmakta, korelasyon katsayısı 0,26-0,49 arasında olan maddelerin "zayıf", 0,50-0,69 olan maddelerin "orta"düzeyde ve 0,70-0,89 "güçlü" ve 0,90-1,00 "çok güçlü" ilişki olarak bildirilmektedir (Coşansu 2014). Bu çalışmada 38 maddelik ölçeğin "madde-toplam puan korelasyonu" incelendiğinde, maddelerin korelasyon katsayılarının 0,020 ile 0,515 arasında olduğu saptandı. Madde-alt grup

korelasyon katsayılarının 0,096 ile 0,735 arasında olduğu saptandı. Aralarındaki ilişkinin pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Ölçeğin maddelerinin, ait olduğu alt gruba ve toplam puana katkısı ve her bir alt grubun toplam puana katkısı istatistiksel olarak kabul edilebilir düzeyde bulundu.

Test-tekrar test analizi, testin zamana karşı değişmezlik özelliğinin değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilmektedir. Bu testte birinci ölçüm ile ikinci ölçüm arasında en az iki hafta olması ve testin en az 30 kişi ile yapılması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003; Tavşancıl 2005; Polit ve Beck 2010). Bu çalışmada, 30 kişide iki hafta ara ile yapılan test-tekrar test değerlendirmesi sonucunda Pearson korelasyon katsayılarının 0,793 ile 0,938 arasında olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptandı. Sonuçta bu çalışmada test-tekrar test korelasyonlarının yüksek olması sebebiyle ölçeğin tekrarlayan ölçümlerinde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliğine sahip ve tutarlı olduğu söylenebilir.

Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği (EÖYÖ)'nin Fonksiyonel Durum Ölçekleri ile İlişkisi

EÖYÖ'nin Stigma ölçeği, ÇASDÖ, Epilepsi Bilgi ve Tutum Envanteri ile arasındaki ilişki değerlendirildi. Stigma ölçeği ile EÖYÖ nöbet yönetimi ve yaşam tarzı yönetimi alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Stigma puanının artması nöbet ve yaşam tarzı yönetimini olumsuz yönde etkilemektedir. Farklı çalışmalarda da stigmanın artmasının, epilepsi hastalarının öz yönetimini olumsuz olarak etkilediği bildirilmektedir (Dilorio ve ark. 2003; Clark ve ark. 2010).

ÇBASDÖ ile EÖYÖ ilaç yönetimi alt boyutu ile anlamlı ilişki bulunmazken, güvenlik yönetimi ile negatif yönlü, diğer alt boyutları ve total puanı ile pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Sosyal desteğin güçlü olması, hastaların güvenlik yönetimi puanını olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal çevreden bireye gelen desteğin hastaların öz güvenini ve sosyal hayatlarında bireysel hareket etme oranlarını arttırdığı, bu durumun hastalıklarına ilişkin riskleri göz ardı etmesine neden olabildiği düşünülmektedir. Dilorio ve ark. (1994) yaptığı çalışmada da benzer sonuç elde edilmiş, sosyal destek ile ilaç yönetimi arasında negatif yönlü ilişki bulunduğu, ancak genel olarak sosyal destek arttıkça epilepside öz yönetimin daha iyi olduğu bildirilmiştir.

Epilepsi Bilgi Envanteri ile EÖYÖ ilaç yönetimi alt boyutu ile anlamlı ilişki bulunmazken, güvenlik yönetimi ile negatif yönlü, diğer alt boyutları ve total puanı ile

pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Normalde, bilgi düzeyi ile güvenlik yönetiminin paralellik göstermesi beklenirken aralarında zıt yönlü bir ilişki olduğu saptandı. Hastaların eğitim düzeyleri ile EÖYÖ puan ortalamasını karşılaştırdığımızda, üniversite ve üstü grubun güvenlik yönetimi ortalamasının, ilkokul-ortaokul eğitimine sahip gruba göre daha düşük olması bu durumu destekler niteliktedir. Epilepsi Tutum Envanteri ile EÖYÖ nöbet ve yaşam tarzı yönetimi alt boyutları ve total puan ile pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Bu durum, epilepsiye karşı olumlu bakış açısına sahip olan hastaların öz-yönetimlerinin daha iyi olduğunu ortaya koymaktadır. Epilepsili hastaların, hastalığı hakkında olumlu duygu, düşünce ve tutuma sahip olmaları, bizi bir bakıma hastalığın stigma etkisinden daha az etkilenmiş oldukları sonucuna götürebilir. Epilepsi öz-yönetim ile stigma arasında zıt yönlü ilişki saptandığı göz önünde bulundurulursa, stigma puanı düşük, tutum envanteri puanı yüksek olan hastaların öz-yönetimlerinin daha iyi olması beklenen bir durumdur. Bunun yanı sıra yapılan pek çok çalışmada epilepsi hastalarına karşı olumsuz tutum ve davranışların, yanlış inanışların, epilepsi hastalarının yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği, birçok psikososyal sorunları beraberinde getirdiği; yanlış inanışların ortadan kaldırılmasının ve epilepsiye karşı olumlu bakış açısı kazandırmanın hastalığa uyumu kolaylaştıracağı bildirilmiştir (Jacoby 2004; Demirci 2007; Funderburk 2007; Njamnshi 2009; Gzirishvili 2013). Hastalığa uyum ile öz-yönetim arasındaki pozitif korelasyon düşünüldüğünde, hastalıkla ilgili bilgi ve tutumun hastalığın yönetiminde ne denli önemli olduğu anlaşılmaktadır.

GÖYÖ ile EÖYÖ ilaç yönetimi alt boyutu ile anlamlı ilişki bulunmazken, güvenlik yönetimi ile negatif yönlü, diğer alt boyutları ve total puan ile pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Dilorio ve ark. (1994) yaptığı çalışmada da kullandığımız ölçeğe benzer olarak, epilepsi öz-yeterlik ölçeği kullanılmış ve öz-yönetimle anlamlı ve daha güçlü bir ilişki bulunmuştur. Bunun sebebi, bizim kullandığımız ölçeğin genel olması, hastalığa özgü olmaması olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Epilepsi hastalarının, hastalığa uyum sürecinde öz-yönetim davranışlarının ne derece yerine getirdiklerini belirlemek için geliştirilmiş olan Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğini sınamak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

Açımlayıcı faktör analizi ile EÖYÖ Türkçe versiyonunun orijinal formdaki gibi beş faktör yapısında olmadığı, on üç faktöre dağıldığı, Doğrulayıcı Faktör Analizi ile her bir maddenin faktör yükünün yüksek olmadığı ($<0,30$) saptandı. Ancak bu maddelerin epilepsi hastalarının öz-yeterliliğini değerlendirmek için sorulması gereken önemli maddeler olduğundan ve uyarılma çalışmalarında madde elemesi önerilmediğinden madde elemesi yapılmadı. Bu durumda ölçeğin alt boyutlu yapı yerine tek boyutlu olarak ele alınmasının daha doğru olacağı düşünüldü.

Ölçeğin madde-total ölçek korelasyon katsayılarının 0,020 ile 0,515 arasında olduğu ve madde-alt grup korelasyon katsayılarının 0,096 ile 0,735 arasında olduğu, aralarındaki ilişkinin pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Ölçek toplam Cronbach Alfa katsayısı 0,740, en düşük alfa kat sayısı 0,573 (nöbet yönetimi) ve en yüksek alfa kat sayısı 0,673 (ilaç yönetimi) bulundu. Test-tekrar test analizi sonucunda iki ölçüm arasındaki korelasyon anlamlı ve katsayıları 0,793 ile 0,938 arasında bulundu.

Ölçeğin yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde GÖYÖ ölçeği kullanıldı ve iki ölçek arasındaki korelasyonların zayıf olmakla birlikte anlamlı olduğu, böylece iki ölçeğin paralel sonuçlar verdiği ve EÖYÖ ölçeğinin yapı geçerliğinin yeterli olduğu görüldü.

Ayrıca EÖYÖ puanları Stigma, ÇASDÖ, Epilepsi Bilgi ve Epilepsi Tutum Enventeri ile ortalamaları ile karşılaştırıldı. Tüm fonksiyonel durum ölçekleri ile EÖYÖ alt boyutları arasında anlamlı korelasyonlar saptandı. Bu sonuçlar EÖYÖ'nin fonksiyonel durum skalaları ile ilişkili olduğunu; EÖYÖ'nin epilepsili hastaların öz yönetimlerini değerlendirmede kullanılabileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği'nin Türkçe formu, ileri çalışmalarla biraz daha rafine edildikten sonra, araştırmalarda ve klinik uygulamalarda, epilepsili bireylerin ilaç, bilgi, nöbet, güvenlik ve yaşam tarzı yönetimini değerlendirmede kullanılabilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Epilepsili bireylerin hastalığa uyum ve öz-yönetim durumlarının değerlendirilmesi, bunun için Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği'nin çalışmalarla daha rafine hale getirildikten sonra rutin klinik takipte kullanılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Adapa, R., & Absalom, A R. (2009). Status epilepticus. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 10(3), 137-140.
- Akçalı, A., Altındağ, A., Geyik, S., ve ark. (2009). Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek. *Noropsikiyatri Arşivi Dergisi*. 46, 91-97.
- Aksayan S & Gözüm S. (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2, 35-42.
- Aksayan, S., Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(1), 9-14
- Aldenkamp, A. P., Weber, B., Overweg-Plandsoen, W. C., Reijs, R., & van Mil, S. (2005). Educational underachievement in children with epilepsy: a model to predict the effects of epilepsy on educational achievement. *Journal of child neurology*, 20(3), 175-180.
- Aliasgharpour, M., Dehgahn Nayeri, N., ve Yadegary, MA. (2013). Effects of an educational program on self-management in patients with epilepsy. *Seizure*. 22, 48-52.
- Amir, M., Roziner, I., Knoll, A., ve ark. (1999). Self-Efficacy and Social Support as Mediators in the Relation Between Disease Severity and Quality of Life in Patients with Epilepsy. *Epilepsia*, 40(2), 216-224.
- Atadzhanov, M., Haworth, A., Chomba, E. N., Mbewe, E. K., & Birbeck, G. L. (2010). Epilepsy-associated stigma in Zambia: what factors predict greater felt stigma in a highly stigmatized population?. *Epilepsy & Behavior*, 19(3), 414-418.
- Atakli, D. (2008). Kadın ve Epilepsi. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*, 1(2), 49-55.

Aydemir, N. (2008). Developing two different measures for assessing knowledge of and attitudes toward epilepsy for the Turkish population. *Epilepsy & Behavior*, 12(1), 84-89.

Aydemir, N., Özkara, Ç., Ünsal, P., & Canbeyli, R. (2011). A comparative study of health related quality of life, psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure*, 20(9), 679-685.

Aytaç M., ve Öngen B.(2012). Doğrulayıcı Faktör Analizi İle Yeni Çevresel Paradigma Ölçeğinin Yapı Geçerliliğinin İncelenmesi. *İstatistikçiler Dergisi*. 5; 14-22

Baker, G. A., Jacoby, A., Buck, D., Stalgis, C., & Monnet, D. (1997). Quality of life of people with epilepsy: a European study. *Epilepsia*, 38(3), 353-362.

Baker, G. A., Brooks, J., Buck, D., & Jacoby, A. (2000). The stigma of epilepsy: a European perspective. *Epilepsia*, 41(1), 98-104.

Bandstra, N. F., Camfield, C. S., & Camfield, P. R. (2008). Stigma of epilepsy. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 35(4), 436-440.

Banerjee, P N., Filippi, D., ve Allen Hauser, W. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. *Epilepsy research*, 85(1), 31-45.

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

Barry, L C., Kasl, S V., Lichtman, J., ve ark. (2006). Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. *Journal of psychosomatic research*, 60(2), 185-193.

Baykan B, Bebek N, Gürses C, ve ark. Epilepsi. In: Öge E, Bahar SZ (Eds). Nöroloji. E-kitap. <http://www.itfnoroloji.org/ekitap.htm>. Güncelleme tarihi: 03.03.2010, Erişim tarihi: 09.12.2013

Baskind, R., & Birbeck, G. L. (2005). Epilepsy-associated stigma in sub-Saharan Africa: the social landscape of a disease. *Epilepsy & Behavior*, 7(1), 68-73.

Bazil, C. W. (2008). Nocturnal seizures and the effects of anticonvulsants on sleep. *Current neurology and neuroscience reports*, 8(2), 149-154.

Beaton, DE., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz,MB. (2000). Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. *SPINE* 25(24), 3186-3191.

Bek, S., ve Gokçil, Z. (2007) Epilepsi ve Askerlik. *Epilepsi*. 13(1).12-16

Berg, AT., Berkovic, SF., Brodie, MJ., ve ark. (2010). Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009. *Epilepsia*, 51(4), 676-685.

Birbeck, G. L., Chomba, E., Atadzhanov, M., Mbewe, E., & Haworth, A. (2006). Zambian teachers: what do they know about epilepsy and how can we work with them to decrease stigma?. *Epilepsy & Behavior*, 9(2), 275-280.

Blume, W. T. (2003). Diagnosis and management of epilepsy. *Canadian Medical Association Journal*, 168(4), 441-448.

Bogner, F. X. & Wiseman, M. (2006). Adolescent' attitudes towards nature and environment: quantifying the 2-MEV model. *The Environmentalist*. 26. 247-254.

Bronen, R A. (1992). Epilepsy: the role of MR imaging. *AJR. American journal of roentgenology*, 159(6), 1165-1174.

Buchhalter, J. R. (2004). Epilepsy: epidemiology, genetics, and prognosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 10(4), 42-60.

Buelow, JM. (2001). Epilepsy management issues and techniques. *Journal of Neuroscience Nursing*. 260-269.

Buelow, J. M., & Smith, M. C. (2004). Medication management by the person with epilepsy: perception versus reality. *Epilepsy & Behavior*, 5(3), 401-406.

Büyüköztürk ,Ş., Kılıç, EK., Akgün, ÖE., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2010). Güvenirlik. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 5. Baskı. Ankara: Pegem Akademi, 109-24.

Chaplin, J. E., Wester, A., & Tomson, T. (1998). Factors associated with the employment problems of people with established epilepsy. *Seizure*, 7(4), 299-303.

Charyton, C., Elliott, J. O., Lu, B ve ark. (2009). The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 16(4), 640-645.

Chawla, S., Aneja, S., Kashyap, R., & Mallika, V. (2002). Etiology and clinical predictors of intractable epilepsy. *Pediatric neurology*, 27(3), 186-191.

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

Christensen, J., Kjeldsen, M. J., Andersen, H., Friis, M. L., & Sidenius, P. (2005). Gender differences in epilepsy. *Epilepsia*, 46(6), 956-960.

Clark, N. M., Stoll, S., Youatt, E. J., Sweetman, M., Derry, R., & Gorelick, A. (2010). Fostering epilepsy self management: The perspectives of professionals. *Epilepsy & Behavior*, 19(3), 255-263.

Collings, J. A. (1994). International differences in psychosocial well-being: a comparative study of adults with epilepsy in three countries. *Seizure*, 3(3), 183-190.

Collins, S. (2011). The psychosocial effect of epilepsy on adolescents and young adults. *Nursing Standard*, 25(43), 48-56.

Coşansu G (2014). Verilerin analizi ve yorumlanması. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. (Eds): Hemşirelikte Araştırma. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.

Demirci, S., Dönmez, C. M., Gündoğar, D., & Baydar, Ç. L. (2007). Public awareness of, attitudes toward, and understanding of epilepsy in Isparta, Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 11(3), 427-433.

DeVellis, RF. (2003). *Scale development: Theory and applications*. (2nd ed.), Sage Publications, California.

de Boer, H. M., Mula, M., & Sander, J. W. (2008). The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 12*(4), 540-546.

Dilorio, C., Faherty, B., ve Manteuffel, B. (1994) Epilepsy self-management: Partial replication and extension. *Research in Nursing & Health, 17*,167-174.

Dilorio, C., Hennessy, M., ve Manteuffel, B. (1996). Epilepsy self-management: a test of a theoretical model. *Nursing research, 45*(4), 211-217.

Dilorio, C., Shafer, PO, Letz, R., Henry, T., Schomer, D. L., & Yeager, K. (2003). The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 4*(3), 259-267.

Dilorio, C., Shafer, P. O., Letz, R., Henry, T. R., Schomer, D. L., & Yeager, K. (2006). Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 9*(1), 158-163.

Dilorio, C., Shafer, P. O., Letz, R., Henry, T. R., Schomer, D. L., Yeager, K., & Project EASE Study Group. (2004). Project EASE: a study to test a psychosocial model of epilepsy medication management. *Epilepsy & Behavior,5*(6), 926-936.

Dilorio, C., Faherty, B., ve Manteuffel, B. (1992). The development and testing of an instrument to measure self-efficacy in individuals with epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing, 24*(1), 9-13.

Dobrin S., (2012). Conn's Current Therapy 2013: Seizures and Epilepsy in Adolescents and Adults. *Elsevier Health Sciences, 708-729*.

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

Eker, D, Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 12* (1), 17-25

Elliott, J. O., Charyton, C., Sprangers, P., Lu, B., & Moore, J. L. (2011). The impact of marriage and social support on persons with active epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 20*(3), 533-538.

- Engel Jr, J. (2006). ILAE classification of epilepsy syndromes. *Epilepsy research*, 70, 5-10.
- Erefe, İ. (2002). Veri toplama araçlarının niteliği. Erefe, İ. (Editör). Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri. HEMAR-GE Yayın No 1, İstanbul: Odak Ofset, 169-188.
- Ergün, EL., (2012). Nörogörüntüleme SPECT-PET. 8. Ulusal Epilepsi Kongre Kitabı.
- Fernandes, P. T., Snape, D. A., Beran, R. G., & Jacoby, A. (2011). Epilepsy stigma: What do we know and where next?. *Epilepsy & Behavior*, 22(1), 55-62.
- Fastenau, P. S., Shen, J., Dunn, D. W., & Austin, J. K. (2008). Academic underachievement among children with epilepsy proportion exceeding psychometric criteria for learning disability and associated risk factors. *Journal of learning disabilities*, 41(3), 195-207.
- Forsgren, L. (2004). Epidemiology and prognosis of epilepsy and its treatment. *The Treatment of Epilepsy, Second Edition*, 21-42.
- Forsgren, L. (2008). Estimations of the prevalence of epilepsy in sub-Saharan Africa. *The Lancet Neurology*, 7(1), 21-22.
- Forsgren, L., Beghi, E., ve Oun, A., (2005). The epidemiology of epilepsy in Europe—a systematic review. *European Journal of Neurology*, 12(4), 245-253.
- Fraser, R. T., Johnson, E. K., Miller, J. W., Temkin, N., Barber, J., Caylor, L., ... & Chaytor, N. (2011). Managing epilepsy well: self-management needs assessment. *Epilepsy & behavior*, 20(2), 291-298.
- Funderburk, J. A., McCormick, B. P., & Austin, J. K. (2007). Does attitude toward epilepsy mediate the relationship between perceived stigma and mental health outcomes in children with epilepsy?. *Epilepsy & Behavior*, 11(1), 71-76.
- Gallant, MP. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170-195.
- Genc BO. (2012) Normalden Varyanta EEG. 8. Ulusal Epilepsi Kongre Kitabı (Olgu Sunumu)

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

Gözüm, S., Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte AraştırmaGeliştirme Dergisi*, 5(1), 3-14.

Grant, JS., Davis, LL. (1997) Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing and Health* 20, 269-274.

Gzirishvili, N., Kasradze, S., Lomidze, G., Okujava, N., Toidze, O., de Boer, H. M., & Sander, J. W. (2013). Knowledge, attitudes, and stigma towards epilepsy in different walks of life: A study in Georgia. *Epilepsy & Behavior*, 27(2), 315-318.

Harrington, D. (2009). Confirmatory Factor Analysis. New York: Oxford University Press .

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

Hauser, W. A., Annegers, J. F., & Kurland, L. T. (1993). Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935–1984. *Epilepsia*, 34(3), 453-458.

Haut, S. R., Vouyiouklis, M., & Shinnar, S. (2003). Stress and epilepsy: a patient perception survey. *Epilepsy & Behavior*, 4(5), 511-514.

Huff, J S., ve Fountain, N B. (2011). Pathophysiology and definitions of seizures and status epilepticus. *Emergency medicine clinics of North America*, 29(1), 1-13.

Immonen A., (2010). Surgical Treatment of Refractory Temporal Lobe Epilepsy: *Preoperative Evaluation and Seizure Outcome*. 25-35.

İyigün, İ., Yazman YN., Yılmaz, M., ve ark. (1998). Jeneralize ve Parsiyel Epilepsili Hastalarda EEG, BT, MRI ve SPECT Bulguları. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 30: 149-153.

Jacoby, A. (2002). Stigma, epilepsy, and quality of life. *Epilepsy & Behavior*, 3(6), 10-20.

Jacoby, A. (1995). Impact of epilepsy on employment status: Findings from a UK study of people with well-controlled epilepsy. *Epilepsy research*, 21(2), 125-132.

Jacoby, A., Gorry, J., & Baker, G. A. (2005). Employers' attitudes to employment of people with epilepsy: still the same old story?. *Epilepsia*, 46(12), 1978-1987.

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

Johnson, E. K., Fraser, R. T., Miller, J. W., Temkin, N., Barber, J., Caylor, L., ... & Chaytor, N. (2012). A comparison of epilepsy self-management needs: Provider and patient perspectives. *Epilepsy & behavior*, 25(2), 150-155.

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

Kate Collins, T. B., Camfield, P. R., Camfield, C. S., & Lee, K. (2007). People with epilepsy are often perceived as violent. *Epilepsy & Behavior*, 10(1), 69-76

Kılınçer, A., Erdoğan, Ç., Ergin, A., Acar, G., & Şahiner, T. (2012). The prevalence of epilepsy in Denizli city center. *Primary Health Care*.

Kim, S., & Mountz, J. M. (2011). SPECT imaging of epilepsy: an overview and comparison with F-18 FDG PET. *International journal of molecular imaging*.

Koçer, A., İnce, N., Gözke, E., ve ark. (2006). Epilepsi Hastalarında İnteriktal EEG ve Nöbet Prognozu Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Fırat Tıp Dergisi*, 11(1): 58-61.

Krumholz, A. (2009). Driving issues in epilepsy: past, present, and future. *Epilepsy Currents*, 9(2), 31-35.

Lee SA, Yoo HJ & Lee BI (2005). Factors contributing to the stigma of epilepsy. *Seizure*, 14(3), 157-163.

Linklater A (2013). Assessment and Management of Epilepsy. (M Mollaoğlu, Çev) In: MA Topçuoğlu, Z Durna, A Karadakovan (Çev.Edi), Nörolojik Bilimler Hemşireliği, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.

Mac, TL., Tran, DS., Quet, F. ve ark. (2007). Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia: a systematic review. *The Lancet Neurology*, 6(6), 533-543.

MacDonald, B. (2001). The prognosis of epilepsy. *Seizure*, 10(5), 347-358.

Mahrer-Imhof, R., Jaggi, S., Bonomo, A., Hediger, H., Eggenschwiler, P., Krämer, G., & Oberholzer, E. (2013). Quality of life in adult patients with epilepsy and their family members. *Seizure*, 22(2), 128-135.

McAuley, J. W., McFadden, L. S., Elliott, J. O., & Shneker, B. F. (2008). An evaluation of self-management behaviors and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 13(4), 637-641.

McHugh, J. C., & Delanty, N. (2007). Epidemiology and classification of epilepsy: gender comparisons. *International review of neurobiology*, 83, 11-26.

McLaughlin, D. P., Pachana, N. A., & Mcfarland, K. (2008). Stigma, seizure frequency and quality of life: the impact of epilepsy in late adulthood. *Seizure*, 17(3), 281-287.

Marsh, L., & Krauss, G. L. (2000). Aggression and violence in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 1(3), 160-168.

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

Mısırlı, H. (2003). Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Epilepsi*, 9(1), 42-46.

Mollaoğlu M., (2000). Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Mung'ala-Odera, V., White, S., Meehan, R., ve ark. (2008). Prevalence, incidence and risk factors of epilepsy in older children in rural Kenya. *Seizure*, 17(5), 396-404.

Nakken, K. O., Solaas, M. H., Kjeldsen, M. J., Friis, M. L., Pellock, J. M., & Corey, L. A. (2005). Which seizure-precipitating factors do patients with epilepsy most frequently report?. *Epilepsy & Behavior*, 6(1), 85-89.

National Clinical Guideline Centre (NCGC) (2012). The Epilepsies: The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care, 87-100.

Nayeri, N. D., Aliasgharpour, M., & Yadegari, M. A. (2013). Psychometric Properties of the Persian Version of Self-Management Scale for a Sample of Iranian Patients With Epilepsy. 1(3):210-6.

Njamnshi, A. K., Angwafor, S. A., Tabah, E. N., Jallon, P., & Muna, W. F. (2009). General public knowledge, attitudes, and practices with respect to epilepsy in the Batibo Health District, Cameroon. *Epilepsy & Behavior*, 14(1), 83-88.

Özkara, Ç., Yalçın, B., ve Kaleli, Ö. (1995). Parsiyel epilepside MR görüntüleme bulguları. *Epilepsi*, 2, 69-74.

Pellock JM., ve Duchowny, M. (2005). Partial Seizures: *Current Management in Child Neurology*, Third Edition, London, 99-104.

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

Polat, C. (2014). Multipl Skleroz İzlem Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Polit, DF., Beck, CT. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. (7th ed.), Wolters Kluwer , Lippincott Williams ,Wilkins, Philadelphia.

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

Quintas, R., Raggi, A., Giovannetti, A. M., Pagani, M., Sabariego, C., Cieza, A., & Leonardi, M. (2012). Psychosocial difficulties in people with epilepsy: a systematic review of literature from 2005 until 2010. *Epilepsy & Behavior*, 25(1), 60-67.

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

Rocha, CD., Júnior, J.A.D.O., de Oliveira, M. A. A ve ark. (2013). Epidemiological aspects of epilepsy in Brazil from 2008 to 2012. *Journal of the Neurological Sciences*, 333, 53-54.

Roffman, JL., ve Stern, TA. (2006). A complex presentation of complex partial seizures. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 8(2), 98-99.

Rudzinski, L. A., & Shih, J. J. (2010). The classification of seizures and epilepsy syndromes. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 16(3, Epilepsy), 15-35.

Ryvlin, P., ve Rheims, S. (2012). Epilepsy: new epidemiological and therapeutic perspectives. *The Lancet Neurology*, 11(1), 5-7.

Santosh, D., Kumar, T. S., Sarma, P. S., & Radhakrishnan, K. (2007). Women with onset of epilepsy prior to marriage: disclose or conceal?. *Epilepsia*, 48(5), 1007-1010.

Schmidt, D. (2009). Drug treatment of epilepsy: options and limitations. *Epilepsy & behavior*, 15(1), 56-65.

Shorvon, S D. (2011). The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia*, 52(6), 1052-1057.

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

Smeets, V. M., van Lierop, B. A., Vanhoutvin, J. P., Aldenkamp, A. P., & Nijhuis, F. J. (2007). Epilepsy and employment: literature review. *Epilepsy & Behavior*, 10(3), 354-362.

Smith, MC., ve Buelow, JM. (1996). Disease a Month: Epilepsy, 42(11), 729-735.

Smithson, W. H., Hukins, D., Buelow, J. M., Allgar, V., & Dickson, J. (2013). Adherence to medicines and self-management of epilepsy: A community-based study. *Epilepsy & Behavior*, 26(1), 109-113.

Spector, S., Cull, C., & Goldstein, L. H. (2000). Seizure precipitants and perceived self-control of seizures in adults with poorly-controlled epilepsy. *Epilepsy research*, 38(2), 207-216.

Suurmeijer, T. P., Reuvekamp, M. F., & Aldenkamp, B. P. (2001). Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 42(9), 1160-1168.

Şencan, H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.

Şimşek, Ö.F. (2007), Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları, Cem web Ofset, Ankara: Ekinoks Yayıncılık.

Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. (2.baskı), Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul. 20-51.

Taylor, R. S., Sander, J. W., Taylor, R. J., & Baker, G. A. (2011). Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: A systematic review. *Epilepsia*, 52(12), 2168-2180.

Tedrus, G. M. D. A. S., Fonseca, L. C., & Carvalho, R. M. (2013). Epilepsy and quality of life: socio-demographic and clinical aspects, and psychiatric co-morbidity. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 71(6), 385-391.

Teplan, M. (2002). Fundamentals of EEG measurement. *Measurement science review*, 2(2),1-11

Topalkara, K., Akyüz, A., & Sümer, H. (1999). A study on epilepsy prevalence in Sivas city centre performed with stratified sampling method. *Epilepsia*, 5, 24-29.

Topçuoğlu, Ö. B. (2011, October). Rönesans Döneminden Bir Tabloda Epilepsi. In *Yeni Symposium* (Vol. 49, No. 4).

Tromp, S. C., Weber, J. W., Aldenkamp, A. P., Arends, J., vander Linden, I., & Diepman, L. (2003). Relative influence of epileptic seizures and of epilepsy syndrome on cognitive function. *Journal of child neurology*, 18(6), 407-412.

Usta Yeşilbalkan Ö, Karadakovan A. (2005). Periton diyalizi hastalarının genel öz yeterlilikleri. *Nefroloji Hemşireliği Derneği Dergisi*, Mart-Haziran,39-44.

Wada, K., Iwasa, H., Okada, M., Kawata, Y., Murakami, T., Kamata, A., ... & Kaneko, S. (2004). Marital status of patients with epilepsy with special reference to the influence of epileptic seizures on the patient's married life. *Epilepsia*, 45(s8), 33-36.

Walker, E R., Bamps, Y., Burdett, A. ve ark. (2012). Social support for self-management behaviors among people with epilepsy: A content analysis of the WebEase program. *Epilepsy & Behavior*, 23(3), 285-290.

Walker, S. P., Permezel, M., & Berkovic, S. F. (2009). The management of epilepsy in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(6), 758-767.

Wieser, H.G (2006). Epilepsy Surgery: Current Role and Future Developments. *Epileptologie*, 23, 140-151.

Williams, L. S., & Hopper, P. D. (2010). *Understanding medical surgical nursing*. FA Davis.

World Health Organization. (2001). The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope.

Yavuz, E., ve Bebek, N. Epilepsi Tanı ve Tedavisinde Elektroensefalografinin (EEG) Yeri. *Klinik Gelişim Dergisi*, 23(1).

Yıldız, N. (2013). Bir Üniversite Hastanesindeki Epilepsi Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi.

FORMLAR

Ek-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek-2: Hasta Bilgi Formu

Ek-3: Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği

Ek-4: Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Beklentisi

Ek-5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Çbasdö)

Ek-6: Stigma Ölçeği

Ek-7: Epilepsi Bilgi Envanteri

Ek-8: Epilepsi Tutum Envanteri

EK- 1**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Bu çalışmanın amacı Epilepsili hastalarının hastalığını nasıl yönettiğine dair bilgi toplamak, bunun için orijinali İngilizce olan bir soru formunu Türkçeleştirmektir. Bu amaçla size hastalığınız ve sağlık durumunuz ile ilgili sorular sorulacak ve değerlendirmeler yapılacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız, burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Ben (hasta)

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım.

Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

İmza (hasta):

İmza (tanıklık eden):

EK -2

HASTA BİLGİ FORMU

A.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	
Protokol no:	
Ad Soyad:	
Tel (ev ve cep):	
Email:	
Yaş:	
Cinsiyet:	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Eğitim durumunuz: (bitirdiğiniz okul)	<input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite ve üstü
Çalışma durumunuz:	<input type="checkbox"/> Çalışıyor (iş:) <input type="checkbox"/> Tam gün çalışıyor <input type="checkbox"/> Yarım gün çalışıyor <input type="checkbox"/> Ev hanımı <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Diğer:
Gelir düzeyiniz:	<input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü
Sosyal güvence:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Medeni durum:	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Dul
Birlikte yaşadığınız kişiler: (birden fazla işaretleyebilirsiniz)	<input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Anne-baba <input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyor <input type="checkbox"/> Diğer:

EK -2

HASTA BİLGİ FORMU(devam)

B. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	
Tam süresi: (ay)	
Hastalığın başlangıç yaşı:	
Epileptik Sendrom Tipi	<input type="checkbox"/> Semptomatik Parsiyel <input type="checkbox"/> Kriptojenik Jeneralize <input type="checkbox"/> Semptomatik Jeneralize <input type="checkbox"/> İdiyopatik Parsiyel <input type="checkbox"/> Kriptojenik Parsiyel <input type="checkbox"/> İdiyopatik Jeneralize
Nöbet tipi	Parsiyel Nöbetler <input type="checkbox"/> Basit parsiyel nöbetler <input type="checkbox"/> Kompleks parsiyel n <input type="checkbox"/> Sekonder jeneralize dönüşen nöbetler Jeneralize Nöbetler <input type="checkbox"/> Absans nöbetler <input type="checkbox"/> Myoklonik nöbetler <input type="checkbox"/> Tonik nöbetler <input type="checkbox"/> Atonik nöbetler <input type="checkbox"/> Klonik nöbetler <input type="checkbox"/> Tonik-klonik nöbet <input type="checkbox"/> Sınıflandırılmayn
Son bir yıldaki nöbet sıklığı	<input type="checkbox"/> Nöbet geçirmemiş <input type="checkbox"/> Ayda bir nöbetten az <input type="checkbox"/> Ayda bir nöbetten fazla
En son nöbeti geçirme zamanı?
Nöbet geçireceğinizi hissediyor musunuz?(Auranız var mı?)	<input type="checkbox"/> Evet Nasıl?..... <input type="checkbox"/> Hayır
Nöbeti tetikleyen faktörler: (birden fazla işaretleyebilirsiniz)	<input type="checkbox"/> Stres <input type="checkbox"/> Alkol <input type="checkbox"/> Uykusuzluk <input type="checkbox"/> TVseyretme, bilgisayar <input type="checkbox"/> Yorgunluk <input type="checkbox"/> Kitap okuma <input type="checkbox"/> Gürültü <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Adet dönemi <input type="checkbox"/> Diğer.....
Şimdiye kadar nöbet nedeniyle a) birine zarar verdiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
b) kazaya maruz kaldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Bu kaza nedeniyle sizde bir sakatlık oluştu mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Nöbet sırasında yaralanmamak için ev içinde önlemler aldınız mı? (kesici,sivri köşeli eşyaların azaltılması, küvet yerine duş, yatağın alçak olması, ütü, yemek yapma vb işlerde dikkat etme vb.)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

EK -2**HASTA BİLGİ FORMU(devam)**

Epilepsi dışında başka bir hastalığınız var mı ?	1 <input type="checkbox"/> Var: 2 <input type="checkbox"/> Yok
Kullandığınız epilepsi ilaçları: Kullanım süresi: (ay)
Kullandığınız ilacın dozunu ve sıklığını (zamanı) biliyor musunuz?	1 <input type="checkbox"/> Evet : İlacın dozu ve sıklığı (zamanı):..... 2 <input type="checkbox"/> Hayır
İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?	1 <input type="checkbox"/> Evet 2 <input type="checkbox"/> Hayır
Cevabınız hayır ise; ilaçları düzenli kullanmamanızın sebepleri nelerdir?	
İlaçlarınızı kullanmaya başladığınızdan beri hangi yan etkiler ortaya çıktı?	
Epilepsi dışında ilaç kullanıyor musunuz?	1 <input type="checkbox"/> Evet 2 <input type="checkbox"/> Hayır
Kontrollere düzenli olarak geliyor musunuz?	1 <input type="checkbox"/> Evet : Ne sıklıkta..... 2 <input type="checkbox"/> Hayır
Kontrolde kan-ilaç düzeyine bakılıyor mu?	1 <input type="checkbox"/> Evet : Ne sıklıkta..... 2 <input type="checkbox"/> Hayır
Cevabınız hayır ise kontrole gitmeme sebepleriniz nelerdir?	
Tanı konduktan bugüne kadar geçen süre içinde, epilepsi hastası olmaya dair duygu ve düşüncelerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?	1 <input type="checkbox"/> Evet a) Olumlu yönde b) Olumsuz yönde 2 <input type="checkbox"/> Hayır
Epilepsi için sağlık kurumu dışında yerlere başvurduğunuz oldu mu?(muska, dua okutma,kurşun döktürme vb. manevi uygulamalar; bitkiler;akupunktur vb)	1 <input type="checkbox"/> Evet : 2 <input type="checkbox"/> Hayır

EK -2

HASTA BİLGİ FORMU(devam)

C. PSİKOSOSYAL KONULARA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	
Hastalığınızı kimler biliyor?	<input type="checkbox"/> 1 Akrabalarınız <input type="checkbox"/> 2 Komşularınız/Arkadaşlarınız <input type="checkbox"/> 3 Öğretmen ve sınıf arkadaşları <input type="checkbox"/> 4 İş arkadaşları ve yöneticisi
Bilmiyorlarsa nedeni?	
Hastalığınız özel yaşamınızı/evlilik yaşamınızı etkiledi mi?	<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır
Cevabınız evet ise nasıl etkilendi?	<input type="checkbox"/> 1 Hastalığım nedeniyle eş olarak kabul edilmedim. <input type="checkbox"/> 2 Hastalığım nedeniyle yürütemeyeceğimi düşündüğüm için evlenmek istemedim. <input type="checkbox"/> 3 Hastalığım nedeniyle evliliğimde sorunlar yaşıyorum. <input type="checkbox"/> 4 Erkek/Kız arkadaşım var ancak hastalığımı söyleyemedim. Nedeni:.....
Okula gidiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır <input type="checkbox"/> 3 Bıraktım
Okul başarınız nasıl?	<input type="checkbox"/> 1 Çok iyi <input type="checkbox"/> 2 İyi <input type="checkbox"/> 3 Orta <input type="checkbox"/> 4 Kötü
Okula gitmeme ya da bırakma nedenleriniz nelerdir?	
İşe gidiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır <input type="checkbox"/> 3 Ayrıldım
İşe gitmeme veya işten ayrılma nedenleriniz nelerdir?	
Ehliyetiniz var mı?	<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır
Araba kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır
Neden kullanmıyorsunuz?	
Epilepsi askerlik yapmanıza engel oldu mu?	<input type="checkbox"/> 1 Evet: <input type="checkbox"/> 2 Hayır
Epilepsi tanısı konduktan sonra ailenizin size karşı davranışlarında değişiklik oldu mu?	<input type="checkbox"/> 1 Olmadı. <input type="checkbox"/> 2 Aşırı koruyucu/ kollayıcı oldular. <input type="checkbox"/> 3 Daha destekleyici oldular. <input type="checkbox"/> 4 Daha ilgisiz davrandılar.

EK-3 EPİLEPSİ ÖZ -YÖNETİM ÖLÇEĞİ

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.	Nöbetlerimin sıklığı ve ne zaman geçirdiğimi kaydedirim.					
2.	Stresle baş edebilmek için gevşeme egzersizi, meditasyon vb. yöntemler uygulayırım.					
3.	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilacımdan kaynaklanan yan etkiler olduğunda doktorumu ararım.					
4.	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçlarım azaldığında, (bitmemesi için) dozların arasını açarım.					
5.	Geçirdiğim nöbetlerin özelliklerini kaydedirim.					
6.	Gece geç saatlere kadar dışarıda kalırım.					
7.	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların yan etkilerini takip ederim.					
8.	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçlarım azaldığında, (bitmemesi için) her seferinde daha az ilaç alırım.					
9.	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları doktorumun önerdiği şekilde alırım.					
10.	Nöbete yol açabilecek durumlardan uzak dururum.					
11.	Evden dışarı çıktığımda nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları yanıma alırım.					
12.	Her zamankinden daha sık nöbet geçirirsem doktorumu ararım.					
13.	Yeterince uyumaya dikkat ederim.					
14.	Stresle baş edebilmek için hoşlandığım şeyleri yaparım.					
15.	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları almayı hatırlatacak bir yöntemim var.					
16.	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları her gün aynı saatte alırım.					
17.	Yüzme vb. etkinliklere tek başıma gidebilirim.					

18.	Nöbet geçirmemek için gevşeme egzersizi, meditasyon vb. yöntemler uyguladım.					
19.	Doktor kan testleri istediğinde yaptırım.					
20.	Yanımda epilepsi hastası olduğumu gösteren bir bileklik/kart taşıyorum.					
21.	Çok pahalı olduğu için nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçları yazdırmayı ertelemek zorunda kalıyorum.					
22.	Yeterince egzersiz yaparım.					
23.	Otomatik kapanma özelliği olmayan elektrikli aletleri (matkap, saç maşası vb.) kullanırım.					
24.	Doktor/hastane randevularımı kaçırdığım olur.					
25.	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların yan etkisi olursa, doktoruma sormadan dozu atlarım.					
26.	Küvet banyosu yerine duş şeklinde banyo yaparım.					
27.	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçlar bitmeden önce yenisini yazdırırım.					
28.	Almayı unuttuğumdan nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların dozunu atladığım olur.					
29.	Evde suyun sıcaklığını yakmayacak kadar düşük tutarım.					
30.	Nöbetlerim nedeniyle kullandığım ilaçların dozunu atladığım olur.					
31.	Başka bir ilaç almadan önce doktoruma danışırım.					
32.	Nöbet geçirmeme neden olan şeylerden uzak dururum.					
33.	Düzenli yemek yerim.					
34.	Yüksek tabure, sandalye ya da merdiven üzerine çıktığım olur.					
35.	Epilepsisi olan diğer kişilerle görüşürüm.					
36.	Fazla miktarda alkol (örneğin; bira, şarap, viski) alırım.					
37.	Epilepsili kişilere yönelik destek gruplarına (dernek toplantıları) katılırım.					
38.	Nöbet esnasında yapılması gerekenleri aileme ve arkadaşlarıma öğretirim.					

EK-4 GENELLEŞTİRİLMİŞ ÖZ YETERLİLİK BEKLENTİSİ

Aşağıdaki ifadelerden size uygun olan ifadelerin yanına (X) ve lütfen tek bir kutucuğu işaretleyiniz.

	Biraz Doğru	Doğru	Daha Doğru
1. Yeni bir durumla karşılaştığımda ne yapmam gerektiğini biliyorum			
2. Beklenmedik durumlarda nasıl davranmam gerektiğini her zaman bilirim			
3. Bana karşı çıkıldığında kendimi kabul ettirecek çare ve yolları bulurum			
4. Ne olursa olsun üstesinden gelirim			
5. Güç sorunların çözümünü eğer gayret edersem her zaman başarırım			
6. Tasarılarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime erişmek bana güç gelmez			
7. Bir sorunla karşılaştığım zaman onu halledebilmeye yönelik birçok fikirlerim vardır			
8. Güçlükleri soğukkanlılıkla karşılarım, çünkü yeteneklerime her zaman güvenirim.			
9. Ani olayların da hakkından gelebileceğimi sanıyorum			
10. Her sorun için bir çözümüm vardır.			

EK -6**STİGMA ÖLÇEĞİ**

Aşağıda başka insanlarla birlikten nasıl hissettiğiniz hakkında bazı ifadeler yer almakta. Her bir ifade için, eğer cevabınız evet ise 1'i; hayır ise 0'ı daire içine alınız.

a) Epilepsim yüzünden bazı insanların benimleyken rahat olmadıklarını hissediyorum.

Evet (1) Hayır (0)

b) Epilepsim yüzünden bazı insanların bana daha değersiz biriymişim gibi davrandıklarını hissediyorum.

Evet (1) Hayır (0)

c) Epilepsim yüzünden bazı insanların benden uzak durmayı tercih ettiklerini hissediyorum.

Evet (1) Hayır (0)

EK -7 EPİLEPSİ BİLGİ ENVANTERİ

Bu kismda 16 farklı cümle göreceksiniz. Öncelikle lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyunuz ve daha sonra cevabınızı aşağıdaki puanlamaya bakarak yapınız. eğer cümle;

sizin için tamamen doğruysa : doğru, bu konuda bir fikriniz yoksa: fikrim yok, sizin için tamamen yanlışsa: yanlış seçeneklerinden sizin için en uygun olanını işaretleyiniz. lütfen hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz.

	Doğru	Fikrim Yok	Yanlış
1. Epilepsi hastalığının pek çok türü vardır.			
2. Epilepsi hastalarının çoğu çalışabilir.			
3. Epilepsi hastalarının çoğu normal okullara giderler.			
4. Epilepsi hastaları nöbet sırasında tehlikelidirler.			
5. Bazı epilepsi nöbetleri birkaç saniye sürer.			
6. Epilepsi hastalarının çoğunun nöbetleri ilaçlarla kontrol edilebilir.			
7. Beyin ameliyatı, epilepsi nöbetlerini durdurmak için bazı durumlarda kullanılan bir yöntemdir.			
8. Epilepsi hastalarının çoğu normal bir zekaya sahiptir.			
9. Epilepsi hastaları iş yaşamlarında en az diğer insanlar kadar başarılı olabilir.			
10. Epilepsi nöbeti, beyindeki sinir hücrelerinin anormal fonksiyon göstermesinden kaynaklanır.			
11. Epilepsi, tedavisi olmayan bir hastalıktır.			
12. Yetersiz uyku, stres ve alkol gibi sebepler nöbet geçirme ihtimalini artırabilir.			
13. Nöbet geçiren birini gördüğümüzde nöbetin bitmesi için soğan koklatmalıyız.			
14. Epilepsi hastaları, normal bir hayat sürdürebilirler.			
15. Bazı epilepsi nöbetlerinin başkaları tarafından fark edilmesi zordur.			
16. Epilepsi nöbeti geçiren birini gördüğümde nöbetin bitmesi için yüzüne su dökmeliyiz.			

EK -8 EPİLEPSİ TUTUM ENVANTERİ

Bu kısımda 14 farklı cümle göreceksiniz. Öncelikle lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyunuz ve daha sonra cevabınızı aşağıdaki puanlamaya bakarak yapınız. Eğer cümle;

Sizin için tamamen doğruysa : Tamamen katılıyorum

Sizin için kısmen doğruysa : Katılıyorum

Bu konuda bir fikriniz yoksa : Fikrim yok

Sizin için kısmen yanlışsa : Katılmıyorum

Sizin için tamamen yanlışsa : Hiç katılmıyorum

seçeneklerinden sizin için en doğru olanı işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soru atlamamaya özen gösteriniz

		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.	Epilepsi hastası olsaydım, bunu arkadaşlarımdan gizlerdim.					
2.	Bir arkadaşım epilepsi hastası olsaydı, ondan uzak dururdum.					
3.	Epilepsi hastası olan biriyle flört ederdim.					
4.	Epilepsi hastası olan birinin işe alınmasına karşı çıkardım.					
5.	Ailemden birinin epilepsi hastası olması bana utanç verirdi.					
6.	Çocuğumun epilepsi hastası olan biriyle evlenmesine karşı çıkardım.					
7.	Epilepsi hastası olan biriyle evlenirdim.					
8.	Eğer bir doktorun epilepsi hastası olduğunu bilseydim, ona daha az güvenirdim.					
9.	Epilepsi hastası olan birinden uzak durmayı tercih ederim.					
10.	Epilepsi hastası olmak utanılacak bir durumdur.					
11.	Epilepsi hastası olan biriyle birlikte çalışmak beni rahatsız eder.					
12.	Epilepsi hastası olan birinin yanında kendimi rahat hissederim.					
13.	Epilepsi hastalarının ürkütücü olduklarını düşünürüm.					
14.	Epilepsi hastalarının fiziksel olarak çekici olmadıklarını düşünürüm .					

İZİNLER

EK-9

Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Kullanım İzni

Outlook.com + Yeni Yanıtla ▾ Sil Arşivle Gereksiz ▾ Süpür Şuraya taşı: ▾

je 🔍 I would like to contact Prof.Dilorio

r... ▲ Cell : +90 532 776 2993

in...

ül... On Monday, November 25, 2013 11:27 PM, "Bamps, Yvan" <yvan.bamps@emory.edu> wrote:
Here is the message of Dr. Dilorio.

e...

ık...

Đ...

On 11/8/13, 9:14 AM, "Colleen Dilorio" wrote:

it... >Hi Yvan,

m... >Feel free to respond to any message requesting use of the measures. I

je... >think that you have them all and just send to whomever wants to use them

-... >with my permission.

>

>Colleen

>On Nov 8, 2013, at 4:10 AM, Bamps, Yvan wrote:

>

EK-10 İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Kurum İzni



Sayı:45103048/
Konu:

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı



23.01.2014

AKADEMİK KURUL

Anabilim Dalımızda Sorumlu araştırmacılığını Prof.Dr.Nerses BEBEK'in üstlendiği Yard.Doç.Dr.Zeliha TÜLEK'in danışmanlığında lisans eğitiminin devam eden Kübra Yeni'nin "Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlilik" konulu yüksek lisans tez çalışması Anabilim Dalımızda 27.12.2013 tarihli Akademik Kurulunda görüşülmüş ve onaylanmıştır.

Prof.Dr. İ.Hakan GÜRVİT

Prof.Dr.Ayşen Z. GÖKYİĞİT

Prof.Dr.Halil Atilla İDRİSOĞLU

Prof.Dr. Rezzan TUNCAY

Prof.Dr.A.Emre ÖGE

Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Prof.Dr. Mefkure ERAKSOY

Prof.Dr. Z. Piraye OFLAZER

Prof.Dr. Betül BAYKAL

Prof.Dr.Yeşim PARMAN

Prof.Dr. Feza DEYMEER

Prof.Dr.M.Barış BAŞLO

Prof.Dr.Candan GÜRSES

Prof.Dr.Haşmet HANAĞASI

Prof.Dr.Zühal YAPICI

Prof.Dr.Nerses BEBEK

Doç.Dr. Önder ŞAHİN

Doç.Dr. Nilüfer Y.BARLAS

Doç.Dr.Murat KÜRTÜNCÜ

Doç.Dr.Elif KOCASOY ORHAN

Doç.Dr.Başar BİLGİÇ

ETİK KURUL KARARI

EK 11

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 372

Tarih : 19.02.2014

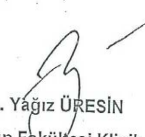
Konu : Yard.Doç.Dr.Zeliha TÜLEK

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi :İ.Ü.Hemşirelik Fakültesinin 06/01/2014 gün ve 57 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Hemşirelik Fakültesinde görevli Yard.Doç.Dr.Zeliha TÜLEK'in üstlendiği ve Kübra YENİ'nin yürüteceği 2014/68 dosya numaralı "Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması" başlıklı çalışma kurumumuzun 07/02/2014 gün ve 03 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Tutanakların İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Hemşirelik Fakültesine iletilebilmesi hususunda gereğini arz ederim.


Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL
	TELEFON	0 (212) 414 21 53
	FAKS	0 (212) 414 21 53
	E-POSTA	itfetikkurul@istanbul.edu.tr.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Epilepsi Öz-Yönetim Ölçeği Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr.Zeliha TÜLEK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz : Anket				
	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU			
Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	07/01/2014		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Belge Adı	<input type="checkbox"/>		Açıklama
TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>		
BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
İLAN	<input type="checkbox"/>		
YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Olgu Rapor Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD	
Karar No:03	Tarih: 07/02/2014		
İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde görevli Yard.Doç.Dr.Zeliha TÜLEK 'ın sorumluluğunda ve Kübra YENİ'nin yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI	19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİMLİ
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Sevdâ ÖZEL	Biyostatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile ilişki
 ** :Toplantıda Bulunma

Bu karar araştırma projesinin etik açıdan değerlendirme sonucunu bildirmektedir. Klinik ilaç araştırması projeleri için, etik kurulu onayı sonrasında, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin 5/a .maddesi gereğince, Sağlık Bakanlığına da başvurulması ve gerekli izin alınması gerekmektedir.

EK 12 Epilepsi Bilgi Ve Tutum Envanteri Kullanım İzni

Epilepsi Bilgi ve Epilepsi Tutum Ölçekleri Kullanım İzni

İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Abide-i Hürriyet Cd. 34381 Şişli-İstanbul/ Türkiye
Phone: +90 212 440 0000 (270133)
Fax : +90 212 224 49 90

 nuran aydemir çaylı 04.11.2013 ▶
Kime: akdag yeni@hotmail.com ✕

Kubra Hanım merhaba,

Ölçekleri kullanmanızda benim için hiçbir sakınca yok.


Kolay gelsin,

N. Aydemir


2013/11/4 KÜBRA YENİ <akdag yeni@hotmail.com>

EK 13 Genelleştirilmiş Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni

 oznur usta yesilbalkan (oznurustayesilbalkan@hotmail.com) [Kişilere ekle](#) 03.01.2014 [Belgeler](#)
Kime: KÜBRA YENİ

1 ek (483,1 KB)

 GENELLEŞTİRİLMİŞ ...
Çevrimiçi göster

[Zip olarak indir](#)

Sevgili Kübra;
öncelikle tez çalışmada başarılar diliyorum.
Ölçeği yapacağınız çalışmada tabiki kullanabilirsiniz.
Sevgilerimle

Doç.Dr.Öznur USTA YEŞİLBALKAN

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kübra	Soyadı	YENİ
Doğ. Yeri	Samsun	Doğ. Tar.	18.11.1989
Uyruğu	T.C	TC Kim No	
Email	kubra.yeni@istanbul.edu.tr	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü /İç Hastalıkları Hemşireliği	2014
Lisans	Samsun Sağlık Yüksekokulu	2011
Lise	Samsun Atatürk Sağlık Meslek Lisesi	2007

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Araş.Gör.	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2012-...

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	Orta	Orta	78.750	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	74.967	75.861	65.922

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (World, excel, powerpoint)	İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):