



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

EPİLEPSİ HASTASI ÇOCUKLARDA NÖBET ÖZ YETERLİLİĞİNİN BELİRLENMESİ

Tuğba İNCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT

TRABZON-2022



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

EPİLEPSİ HASTASI ÇOCUKLARDA NÖBET ÖZ YETERLİLİĞİNİN BELİRLENMESİ

Tuğba İNCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT

TRABZON-2022

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Tuğba İNCİ'nin hazırladığı “Epilepsi Hastası Çocuklarda Nöbet Öz Yeterliliğinin belirlenmesi” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25.02.2022



Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

25/02/2022

Tuğba İNCİ

İthaf

Yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ve minik mucizelerim yeğenlerim İNCİ ve MEHMET ALİ AKBAŞ'a ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen, yol gösteren ve her zaman yanımda olan, daima motivasyon sağlayan, teşvik eden, tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve donanımlarından yararlandığım değerli hocam Sayın Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN'a,

Karadeniz Teknik Üniversitesi Pediatri Adölesan Servisinde görev yapan, beraber çalışmaktan zevk aldığım, Trabzonda ki ailem olan çok değerli ekibime,

Tez çalışmam boyunca bana desteğini esirgemeyen Bahar AKSOY ve Emine Nurdan URHAN'a,

Hayattaki en değerli varlıklarım, tüm başarılarımın mimarı olan ve beni her zaman destekleyen çok kıymetli annem, babam, ablam, abim ve yeğenlerime,

Araştırmaya katılımları ile destek veren tüm çocuk ve ailelerine içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Tuğba İNCİ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Hastalık Tanımı	4
2.2. Nöbetin Tanımı	4
2.3. Epilepsi Tanımı	4
2.3.1. Epilepsinin Tarihçesi	4
2.3.2. Epilepsi Epidemiyolojisi	5
2.3.3. Epilepsi Patofizyolojisi	6
2.3.4. Epilepsinin Etiyolojisi	6
2.3.4.1. Genetik	6
2.3.4.2. Yapısal	7
2.3.4.3. Metabolik	7
2.3.4.4. İmmün	7
2.3.4.5. Enfeksiyöz	7
2.3.4.6. Bilinmeyen	8
2.4. Nöbetlerin Sınıflandırılması	8
2.4.1. Fokal (Parsiyel) Nöbetler	9
2.4.1.1. Fokal Motor Başlangıçlı Nöbetler	10
2.4.1.2. Fokal Non-Motor Başlangıçlı Nöbetler	10
2.4.2. Jeneralize Başlangıçlı Nöbetler	11
2.4.2.1. Jeneralize Motor Başlangıçlı Nöbetler	11

2.4.2.2. Jeneralize Non-Motor Başlangıçlı Nöbetler	12
2.4.3. Bilinmeyen Başlangıçlı Nöbetler	13
2.4.4. Sınıflandırılmayan Nöbetler	14
2.4.4.1. West Sendromu (İnfanıl Spazm)	14
2.4.4.2. Lennox-Gastaut Sendromu	14
2.4.4.3. Febril Nöbet	14
2.4.5. Status Epileptikus (SE)	15
2.4.5.1. Status Epileptikus Nedenleri/Tipleri	15
2.5. Epilepside Tanı	16
2.5.1. Öykü	16
2.5.2. Fizik Muayene	17
2.5.3. Biyokimyasal ve Hematolojik Testler	17
2.5.4. Elektroensefalografi (EEG)	17
2.5.5. Video-EEG Monitörizasyonu	18
2.5.6. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT)	18
2.5.7. Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI)	18
2.6. Epilepside Tedavi	18
2.6.1. Antiepileptik İlaç (AEİ) Tedavisi	18
2.6.2. Ketojenik Diyet	21
2.6.3. Cerrahi Tedavi	21
2.6.4. Vagal Sinir Uyarımı	22
2.6.5. Radyocerrahi	22
2.7. Epilepsili Çocuk, Aile ve Hemşire	22
2.7.1. Epileptik Çocuklarda Yaşam Kalitesi	22
2.7.2. Epilepside Yaşam Kalitesini Arttıran Öneriler	23
2.7.3. Epilepside Kaygı	24
2.7.4. Epilepsinin Psikososyal Etkileri	24
2.7.5. Okul Çağı Çocuğu ve Adölesanda Epilepsi	24
2.7.6. Epilepsi ve Aile	26
2.7.7. Acil Tıbbi Yardım Gerektiren Durumlar	27
2.7.8. Epilepside Hemşirenin Rolü	27
2.7.9. Ailenin ve Çocuğun Dikkat Edeceği Güvenlik Önlemleri	27
2.7.10. Hemşirenin Çocuk ve Aileyi İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgilendirmede Etkisi	28

2.7.11. Hemşirenin Çocuk ve Aileyi Nöbeti Tetikleyen Faktörlerle İlgili Bilgilendirmede Etkisi	28
2.7.12. Hemşirelik Bakımı	30
2.8. Öz Yeterlilik	32
2.8.1. Öz Yeterlilik Kaynakları	32
2.8.1.1. Uсталık Deneyimleri (Bireyin Başarılı Deneyimleri)	33
2.8.1.2. Dolaylı Öğrenme (Gözleme Dayalı Deneyimler)	33
2.8.1.3. Sözel İkna	33
2.8.1.4. Fizyolojik ve Psikolojik Durum	34
2.9. Epilepsi ve Öz Yeterlik	34
2.9.1. Epilepsi Hastası Çocuklarda Öz Yeterliği Geliştirmede Hemşirelik Yaklaşım	35
3. GEREÇ ve YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	37
3.3.1. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri	37
3.3.2. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri	37
3.4. Veri Toplama Araçları	38
3.4.1. Çocuk Tanıtım Formu	38
3.4.2. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği (Seizure Self-efficacy Scale for Children (SSES-C))	38
3.5. Verilerin Toplanması	39
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	39
3.6.1. Bağımsız Değişkenler	39
3.6.2. Bağımlı Değişkenler	39
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.9. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar	40
3.10. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	40
3.11. Araştırma Planı	40
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	66

7. KAYNAKLAR	69
EKLER	88
EK 1. Çocuk Tanıtım Formu	89
EK 2. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz Yeterlik Ölçeği	91
EK 3. Gönüllü Onam Formu	92
Ek 4. Etik Kurul İzni	93
Ek 5. Kurum İzni	96
Ek 6. Ölçek İzni	97
ÖZGEÇMİŞ	98



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Antiepileptik ilaçlar ve yan etkileri	20
Tablo 2. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	42
Tablo 3. Çocukların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	43
Tablo 4. Çocuğun hastalığına ilişkin özelliklerinin dağılımı	44
Tablo 5. Çocuğun hastalığının yaşantısını etkileme durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı	45
Tablo 6. Çocuğun nöbet öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımı	46
Tablo 7. Epilepsili çocukların SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı	47
Tablo 8. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	48
Tablo 9. Çocukların sosyodemografik özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	50
Tablo 10. Çocuğun hastalığına ilişkin özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	52
Tablo 11. Çocuğun hastalığının yaşantısını etkileme durumu ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	55
Tablo 12. Çocuğun nöbet öyküsüne ilişkin özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	57
Tablo 13. Epilepsili çocukların SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki	59

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Epilepsinin sınıflandırılması	8
Şekil 2. Nöbet tiplerinin ILAE 2017 sınıflaması, genişletilmiş versiyon	9
Şekil 3. Nöbeti olan çocuğa yaklaşım	30
Şekil 4. Araştırma planı	41



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AEİ	Antiepileptik ilaç
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BBT	Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
EEG	Elektroensefalografi
ILEA	Uluslararası Epilepsi İle Savaş Derneği
IV	İntravenöz
M.Ö	Milattan Önce
MRI	Manyetik Rezonans Görüntüleme
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
SE	Status Epileptiku
SSES-C	Epilepsili Çocuklar İçin Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği
YY	Yüzyıl
vb.	Ve Benzeri

Semboller

KW	Kruskal Wallis testi
MU	Mann Whitney U testi
Max	Maksimum
Min	Minimum
p	p değeri
r	rho değeri
Ss	Standart Sapma
$\bar{X}$	Ortalama

ÖZET

Epilepsi Hastası Çocuklarda Nöbet Öz Yeterliliğinin Belirlenmesi

Araştırma epilepsi hastası çocuklarda nöbet öz yeterliliğinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Trabzon il merkezinde bulunan bir üniversite hastanesinin pediatri servislerinde yatan ve pediatri nöroloji polikliniğine başvuran 8-17 yaş arası epilepsi hastası 62 çocuk ve ebeveynleri çalışmaya dâhil edildi. Araştırmada verileri Çocuk Tanıtım Formu, Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz Yeterlilik Ölçeği kullanılarak toplandı. Veriler Statistical Package for Social Sciences 24.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Tamhane testi ve Sperman korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmaya katılan epilepsili çocukların annelerin yaş ortalaması 38.80 ± 5.30 , babaların yaş ortalaması 41.69 ± 6.00 olarak belirlendi. Ailedeki çocuk sayısı ortalaması ise 2.77 ± 0.91 'dir. Epilepsili çocukları yaş ortalaması 11.67 ± 1.71 olup devam ettikleri sınıf ortalaması 6.22 ± 2.09 'dur. Çocuğun aile tipi, okul başarı durumu, ailede başka epilepsi hastası bulunma durumu, tanı süresi, ilacını düzenli kullanma durumu, arkadaş ile oyun oynama ve vakit geçirmesini kısıtlama durumu, spor faaliyetlerine katılımını kısıtlama durumu, sosyal aktivitelere katılımını kısıtlama durumu, en son nöbet geçirme süresi ve nöbet öz yeterliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Epilepsili çocuğun yaşı ile nöbet öz yeterlilik arasında pozitif yönlü, ailedeki çocuk sayısı ve anne yaşı ile nöbet öz yeterliliği arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Sonuç olarak epilepsi hastası çocukların nöbet öz yeterlik düzeylerinin orta olduğu belirlendi. Epilepsili çocuklarda nöbet öz yeterliğin belirlenmesi, hastalık yönetimi açısından son derece önemlidir. Hemşireler çocuğun nöbet özyeterlik düzeyini belirleyerek verdiği eğitimlerle çocuğun nöbetini yönetme ve hastalıkla baş etme sürecine olumlu katkı sağlamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, Epilepsi, Hemşire, Nöbet, Öz Yeterlik

ABSTRACT

Determination of Seizure Self Sufficiency in Children with Epilepsy

The research was conducted in a descriptive type to determine seizure self efficacy in children with epilepsy. The children of 62 with epilepsy between the ages of 8 and 17 who applied to the pediatric neurology outpatient clinic of a university hospital in Trabzon city center were included in the study. The research data were collected using the Child Information Form and the Seizure Self Efficacy Scale in Children with Epilepsy. The data were analyzed using Statistical Package for Social Sciences 24.0 package program. Descriptive statistics, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Tamhane test and Sperman correlation analysis were used to evaluate the data. The mean age of mothers of children with epilepsy participating in the study was 38.80 ± 5.30 , and the mean age of fathers was 41.69 ± 6.00 years. The average number of children in the family is 2.77 ± 0.91 . The mean age of the children with epilepsy is 11.67 ± 1.71 and the average of the class they attend is 6.22 ± 2.09 . It was found that there was a statistically significant difference seizure self-efficacy between child's family type, school success, presence of other epilepsy patients in the family, duration of diagnosis, regular use of medication, limiting playing games and spending time with friends, limiting participation in sports activities, limiting participation in social activities, duration of the last seizure ($p < 0.05$). It was determined that there was a positive relationship between the age of the child with epilepsy and seizure self-efficacy, and a negative relationship between the number of children in the family and the age of the mother and seizure self-efficacy ($p < 0.05$).

As a result, it was determined that the seizure self-efficacy levels of children with epilepsy were moderate. Determining seizure self-efficacy in children with epilepsy is extremely important in terms of disease management. Nurses should determine the child's seizure self-efficacy level and contribute positively to the process of managing the child's seizures and coping with the disease with the training they provide.

Keywords: Child, Epilepsy, Nurse, Seizure, Self-Efficacy

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik hastalık, dönüşü olmayan kalıcı yetersizliklere sebep olan, patolojik değişikliklere bağlı görülen, hastanın rehabilite edilebilmesi için özel eğitim, bakım, denetim ve gözetim gerektiren bir durumdur. Kronik hastalığı bulunan çocuklarda diğer çocuklara göre daha fazla uyum sorunları oluşmakta olup bu sorunları etkileyen en önemli etmenler, hastalık sonucu oluşan yetersizlik hissi ve sınırlamalardır (1, 2).

Epilepsi, çocukluk döneminde görülen en sık kronik nörolojik bozukluklardandır. Epilepsilerin 1/3'ü yaşamın ilk 5 yılında, 1/3'ü ilkokul döneminde ve geriye kalan 1/3'ünde adolesan ve genç yetişkinlikte görülmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütüne göre epilepsi; beyinde aşırı uyarılabilir nöron topluluğunun, tekrarlayan anormal elektriksel deşarjlarının ani, geçici, duyuşsal ve motor olayı ile karakterize beynin bir bölümünün ya da tamamının fonksiyon bozukluğudur (3). Nöbet ise beyinde bir grup sinir dokusundan aşırı elektriksel impulsların çıkması nedeniyle beyin fonksiyonlarında ani ve geçici bir değişiklik meydana gelme durumu olup epilepsinin semptomudur (2, 4).

Öz yeterlilik ilk kez Albert Bandura tarafından 1977'de kullanılan bir kavramdır. Bandura öz yeterliği, davranış üzerinde etkisi olan sosyal öğrenme kuramının bileşenlerinden olduğunu ifade etmektedir. Öz yeterlilik kuramında kişilerin yapacağına inandığı eylemleri gerçekleştirme durumu yüksekken, yapamayacağını düşündüğü eylemleri gerçekleştirme durumu düşüktür. Öz yeterlilik; bireyin karşılaştığı bir durumun üstesinden gelebilmek için gerekli eylemleri ne kadar iyi yapabildiğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (5, 6). Öz yeterlilik, kronik hastalıklarda sağlığı geliştirme davranışlarının başlatılması ve devam ettirilmesinde önemli bir etkidir. Bunun için kişiyi destekleyerek motive edici davranışlarda bulunmak gerekir. Epilepside, hastaların düzenli olarak ilaçlarını kullanması, nöbete neden olabilecek durumlardan kaçınması, yeterli beslenmesi, dinlenmesi ve stres yönetimini sağlaması gerekmektedir. Bu hedeflere öz yeterliliği geliştirerek ulaşılabilir (7, 8).

Nöbet öz yeterliliği, hastaların nöbetiyle etkin olarak başa çıkmak için gerekli görevleri başarılı bir şekilde yapabilmelerine olan inancıdır (9). Çocuğun hastalık yönetiminde, karar aşamasında öz yeterlilik algısı önem taşımaktadır. Yüksek öz yeterlilik algısına sahip epilepsili çocuklar tedaviye daha iyi uyum göstererek, nöbet sayısını azaltır ve yaşam kalitesini yükseltmektedirler. Bu yüzden epilepsili çocuklarda nöbet öz yeterlilik algısının saptanması nöbet yönetiminde katkı sağlamaktadır (10, 11). Yüksek öz yeterliliğe

sahip epilepsili çocuklarda sosyal ve psikolojik sorunlar daha az görülmektedir. Epilepsi tedavisinde psikolojik destek verilmeside oldukça önemlidir. Danışmanlık ve verilen eğitimler hastaların öz yeterliliğini yükselterek hastalığına daha olumlu bakış sergilemelerine katkı sağlar (12). Yüksek öz yeterlik, çocukluk dönemi epilepsilerinde daha pozitif tutum, daha az nöbet geçirme endişesi, daha düşük anksiyete ve düşük damgalanma ile bağlantılıdır. Düşük öz yeterlilik, çocukların nöbet yönetiminde olumsuz davranışlara sahip olmalarına, nöbet geçirme konusunda daha çok endişe duymalarına ve daha fazla depresif semptomlar göstermeye neden olmaktadır (13, 14). Epilepsili çocuklara yaklaşımda hemşire, hekim, fizyoterapist, diyetisyen ve psikolog gibi sağlık ekip üyelerinin işbirliği içinde olması gerekmektedir. Bu ekipte pediatri hemşiresi, çocuğun öz yeterliliğini yükseltmeyi ve hastalığa uyumu arttırmayı amaçlamaktadır. Hemşire, çocuğun olası problemlere karşı nöbetleri tetikleyici stres nedenlerini ve stresle başa çıkma yöntemlerini, gerektiğinde öğrenmek istediği bilgileri nasıl ve nereden elde edebileceğini anlamasına, çocuğun var olan yeteneklerini ortaya çıkartarak nöbet öz yeterliliğinin gelişmesine katkı sağlar (15).

Ulusal ve uluslararası literatürde epilepsili çocukların nöbet öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi yönünde yapılan az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Epilepsili çocukların öz yeterliliği ile ilgili ulusal literatürdeki az sayıdaki çalışmalarda uluslararası literatürdeki çalışmalara göre nöbet öz yeterlilik düzeylerinin orta olduğu saptanmıştır. Orta düzeyde nöbet öz yeterliliğinin olması çocukların hastalığın yönetiminde zorlanmalarına, daha düşük tedavi uyumuna, düşük öz benlik algısına, anksiyeteye ve depresyona neden olabilmektedir (16-18).

Uluslararası literatürde bir çalışmada öz yeterliliği düşük olan epilepsili çocukların nöbet yönetiminde başarısız olup anksiyete ve depresyona daha yatkın oldukları belirtilmektedir (19). Başka bir çalışmada ise öz yeterliliği yüksek olan çocukların epilepsi hastalığını daha pozitif algıladıkları bildirilmektedir (13). Diğer bir çalışmada ise yüksek öz yeterliliğe sahip epilepsili adölesanlarda öz bakım sorumluluğunu almada, nöbeti tetikleyen etmenlerden uzak durmada, düzenli ilaç kullanmada daha başarılı olduklarını belirtmektedir (20).

Konu ile ilgili ulusal ve uluslararası az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında araştırmanın ileride yapılacak araştırmalar için destekler nitelikte olacağı düşünülmektedir. Bu çalışma epilepsi hastası çocukların nöbet öz yeterlilik düzeylerini

belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ikincil amacı ise nöbet öz yeterlilik düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek ve literatüre katkı sağlamaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık Tanımı

Kronik hastalık, sürekli, geriye dönüşü olmayan, kalıcı yetersizliklere sebep olabilen, patolojik değişikliklere bağlı görülen, hastanın rehabilite edilebilmesi için özel eğitim, bakım, denetim ve gözetim gerektiren bir durumdur (2).

2.2. Nöbetin Tanımı

Nöbet, beyinde bir grup sinir dokusundan aşırı elektriksel impulsların çıkması nedeniyle görülen beyin fonksiyonlarında ani ve geçici bir değişiklik meydana gelme durumu olup epilepsinin semptomudur (3). Diğer bir ifade ile nöbet, kortikal nöronların normal olmayan şekilde deşarjı sonucu görülen nörolojik fonksiyon (duyusal, motor veya otonomik) bozukluğudur (21).

2.3. Epilepsi Tanımı

Dünya Sağlık Örgütüne göre epilepsi; beyinde aşırı uyarılan nöronların, tekrarlayan normal olmayan elektriksel aktivitesinin ani, geçici, duyusal ve motor olayı ile karakterize olan beynin fonksiyon bozukluğudur (3). Genellikle çocukluk döneminde başlangıç gösteren kronik hastalıklardan biri olup uzun süre veya yaşam boyu tedavi gerektirmektedir (22, 23).

2.3.1. Epilepsinin Tarihçesi

Epilepsi ile ilgili en eski bilgiye; milattan önce (M.Ö.) 2080’de, Hammurabi Kanunları’nda konvülsiyon ve ateş arasında bağlantı olabileceği bilgisiyle rastlanmıştır (24). İlk gerçek tanımı ise yaklaşık olarak 2400 yıl önce Hipokrat tarafından yapılmıştır. Hipokrat Kutsal Hastalık adlı kitabında epilepsinin beyinden kaynaklandığını ifade etmiştir. Bilimsel ilk tanımı ise 19.yy’da John Huglings Jackson tarafından yapılmıştır. Jackson epilepsiyi, beynin gri bölümündeki deşarjlar olarak tanımlamıştır (25, 26). Yunanca “epi” (üstünde, üstünden) ve “lepsia” (tutmak, tutup yakalamak) sözcüklerinden geldiği, İngilizce’de “seizure” sözcüğü tutmak, yakalamak anlamına gelen “toseize”, “Sar’a” sözcüğü ise Arapça’da yere vurmak anlamında kullanılan “sar” yükleminden türediği bilinmektedir (27). Toplamların kültürleri değişiklik gösterse de etkileşimlerinden dolayı benzer uygulamalar görülebilmektedir. Roma ve Antik Yunan’da epilepsi Tanrılarla ilişkilendirilmiş, Orta Çağ Hristiyanlığı’nda Tanrı’nın yardımcısı olarak adlandırılan azizlerden yardım alınarak epilepsi tedavi edilmeye çalışılmıştır. Roma döneminde

tedavide insan kanı ve hayvan organları kullanılmıştır. Hristiyanlar tedavide akbaba karaciğeri kullanılmıştır. İslam tıbbında hocaya/şeyhe götürme, okunmuş su içirme, muska yazdırma, soğan ve yanmış bez parçaları koklatma gibi geleneksel uygulamalar, Çin ve Hint tıbbında ise epilepsinin nedeni bilinmemekte olup insan bedenindeki birtakım değişikliklere bağlanmıştır (28).

Hans Berger ilk defa beyindeki anormal deşarjları görmek için elektroensefalografi (EEG) kullanmıştır. Sir Charles Locock 1857 yılında hastalara potasyum bromür vererek sistemli olarak ilk epilepsi tedavisini uygulamıştır. Epilepsi tanı ve tedavisinde 1938 yılı itibarıyla önemli gelişmeler kaydedilmiştir (29, 30).

2.3.2. Epilepsi Epidemiyolojisi

Epilepsi, epidemiyolojisi tam olarak bilinmeyen yaygın olarak görülen ciddi nörolojik bir durumdur. Az gelişmiş ülkelerde epilepsinin tanılanmasında hala güçlükler yaşanmaktadır (31).

Dünya da yaklaşık 50 milyon insan epilepsiden etkilenmektedir. Bu yüzden dünya çapında en yaygın görülen kronik hastalıklardan biridir. Aktif epilepsi prevalansı genellikle 4/1000 tür. Epilepsi tanısı alan kişilerin yaklaşık % 80'i düşük ve orta gelir düzeyindeki kişilerdir. Dünyada her yıl yaklaşık beş milyon kişiye epilepsi teşhisi konulmaktadır (32). Çocuklarda epilepsi insidansı 41-187/100.000 arasında değişiklik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde 3.2-5.5/1000, az gelişmiş ülkelerde 3,6-44/1000 prevalans göstermektedir (33). Epilepsi insidansının en yüksek olduğu dönem ilk bir yaşıdır. Yakın zamanda yapılan bir araştırmada ilk bir yaşta görülen epilepsi insidansı 144/100.000 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada epilepsi insidansı 1-4 yaş grubunda 61/100.000, 5-10 yaş grubunda 54/100.000 olduğu belirtilmektedir (34). Dünya genelinde 15 yaş altı epilepsi hastası çocuklar bütün epilepsi hastalarının %25'ini oluşturmaktadır (35).

Türkiyede 1995 ve 2010 yılları arasında yapılmış bir çalışmada kırsal ve kentsel bölgelerde aktif epilepsi prevalansı 5-10.2/1000 olarak bulunurken, epilepsinin yaşam boyu prevalansı ise 6-12.2/1000 arasında bulunmuştur (36).

Ülkemizde 2004 yılında yapılan bir çalışmada 0-16 yaş arasındaki çocukların epilepsi prevalansı 8/1000 olarak belirtilmiştir (37).

2.3.3. Epilepsi Patofizyolojisi

Epileptik nöbet, beyinde anormal elektriksel deşarjların olduğu bir tablodur. Nöbetin tipi ile etiyolojisine bakılmaksızın ana mekanizma, uzayan depolarizasyon sonucu beyin hücrelerinin aşırı aktifleşerek birden elektriksel boşalıma uğramasıdır (38, 39).

Anormal deşarjlar;

1. Korteksin yalnızca tek alanında sınırlanıyorsa, sınırlanan yere göre belirtiler görülür,
2. Korteksin tek alanında başlayıp, diğerk bölümlerine doğru yayılma görülür (38).

Fokal (parsiyel) nöbetler korteksin tek bölgesinde veya bir hemisferinde sıradışı elektriksel deşarjlarla oluşmaktadır. Serebral korteksin etkilenen bölgesine göre semptomlar görülür. Genellikle korteksin frontal, paryetal yada temporal lobu etkilenmektedir. Jeneralize nöbetler beyin iki hemisferiyle birlikte kortekste elektriksel aktivite başlatıp beyin sapının içine yayılmaktadır (40).

2.3.4. Epilepsinin Etiyolojisi

Çocuklarda görülen epilepsiler farklı nedenlerden oluşmaktadır. Bebeklerde; doğum travması, perinatal hipoksi, kafa travması, intraventriküler kanama, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, hipoglisemi, endokrin bozukluklar nedeniyle görülmektedir. Süt çocukluğu ve erken çocuklukta görülen nöbetlerin nedeni genellikle akut enfeksiyonlardır. Üç yaşından büyük çocuklarda nöbetlerin en yaygın nedeni idiyopatik nedenlidir (38). Diğerk nöbetler genellikle MSS enfeksiyonları, kafa travması, febril konvülsiyon, zehirlenme gibi nedenlere bağılı olarak oluşmaktadır. Febril nöbet görülen çocukların %3'ü sonra ki dönemlerde epilepsi tanısı almaktadır. Epilepsi tanısı alan çocukların yarısında epilepsinin sebebi genellikle anlaşılamamaktadır. Diğerk bir ifade ile idiyopatik nedenlidir (40).

ILAE 2017 de epilepsi etiyolojisini tanımlamak için önceden kullanılan idiyopatik, semptomatik ve kriptojenik kavramlarının yerine genetik, yapısal, metabolik, immün, enfeksiyöz ve bilinmeyen olarak 6 etiyolojik kategoride gruplandırmıştır (41).

2.3.4.1. Genetik

Genetik etiyoloji, bilinen ya da varsayılan bir genetik sorundan kaynaklı temel semptomu nöbet olan epilepsi olarak tanımlanır. Ailede epilepsi öyküsü varlığı ve ikiz çocuklarda epilepsi görülme olasılığı artırmaktadır (42). Genetik etiyolojiye sahip epilepsi

hastalarında uyku yoksunluğu, stres ve hastalık durumunda nöbet geçirme ihtimali artar. Genetik etiyolojinin bu nedenle çevresel etkenlerden etkilendiği unutulmamalıdır (41). Çocuklukta absans, juvenil absans, juvenil miyoklonik ve tek başına tonik-klonik epilepsi genetik etiyolojik kökenli epilepsilere örnek verilebilir (42).

2.3.4.2. Yapısal

Hastalık göstergesi olan anatomik ve patolojik bozuklukların yol açtığı epilepsiler bu grubun içinde yer alır. Gelişimsel ve konjenital bozukluklar (felç, travma ve enfeksiyon vb.) yapısal etiyolojiye örnektir (43).

2.3.4.3. Metabolik

Metabolik bir durumdan kaynaklıda nöbetler oluşmaktadır. Metabolik nedenler, porfiri, üremi, aminoasidopatiler ve piridoksin eksikliğini metabolik nedenlere bağlı gelişen epilepsilere örnektir. Metabolik bozukluklardan kaynaklı bu nöbetler tüm vücudu etkileyen belirtiler veya biyokimyasal değişiklikler sonucu ortaya çıkmaktadır. Epilepsinin metabolik nedenlerinin tanımlanması, uygulanacak tedavinin planlanmasında ve oluşabilecek mental sorunların önlenmesi için son derece önemlidir . Glukoz taşıyıcı eksikliği, kreatin eksikliği sendromları ve mitokondriyal sitopatiler örnek olarak verilebilir (41).

2.3.4.4. İmmün

Nöbetin en temel göstergesi doğrudan bir immün bozukluktan kaynaklanmasıdır. İmmün epilepsi erişkinlerde ve çocuklarda karakteristik olarak tanımlanmıştır (28). MSS inflamasyonlarında immün etiyolojiye bağlı nöbetler görülmektedir (41). İmmün etiyolojilerine örnek olarak rasmussen ensefaliti, anti-N-metil-D-aspartat reseptör ensefaliti örnek olarak verilebilir (42).

2.3.4.5. Enfeksiyöz

Dünyada en sık enfeksiyöz etiyolojisi sonucu epilepsi görülmektedir (44). Bozukluğun ana belirtisi olan nöbetlerin doğrudan nedeni enfeksiyonlardır. Dünyada enfeksiyon etiyolojisine, tüberküloz, AIDS, subakut sklerozan panensefalit, zika virüsü ve serebral sıtma gibi enfeksiyonlar örnek olarak gösterilebilir. Bu enfeksiyonlarla birlikte beyinde yapısal bozukluklarda görülebilir (41).

2.3.4.6. Bilinmeyen

Normal görüntüleme ve belgelenmiş genetik, metabolik, immün veya enfeksiyöz etiyolojisi olmayan tüm epilepsiler bu kategoriye dahil edilmektedir (42).

Genel olarak, çocukluk epilepsilerinin yaklaşık % 40-60'ının genetik etyolojiye sahip olduğu ve % 25'inin yapısal veya metabolik etyolojiye sahip olduğu, vakaların yaklaşık % 25'inin ise bilinmeyen bir sebepten kaynaklandığı belirtilmektedir (45).

2.4. Nöbetlerin Sınıflandırılması

Temel sınıflandırmaya göre, nöbetin başlangıç türüne göre fokal başlangıçlı, jeneralize başlangıçlı, bilinmeyen veya sınıflandırılmamış olmak üzere nöbetlerin sınıflandırılması yapılmaktadır (41).



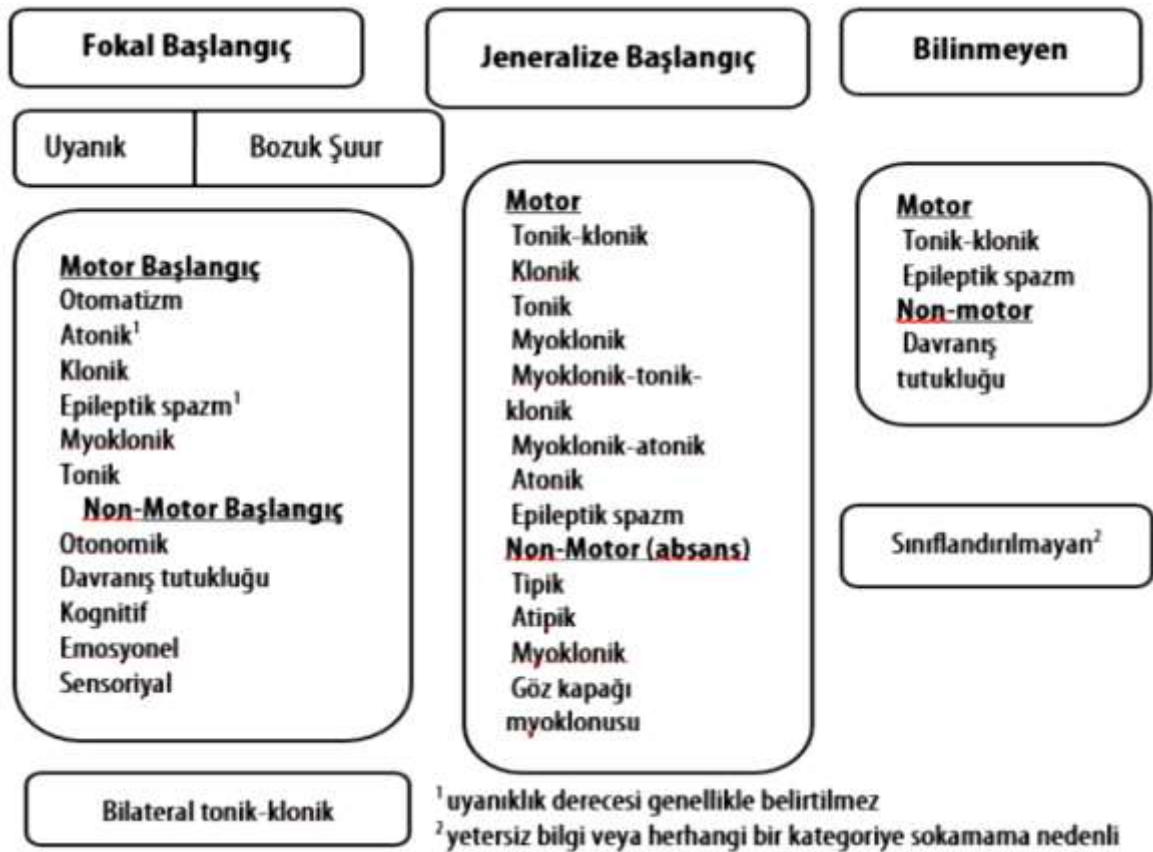
Şekil 1. Epilepsinin sınıflandırılması (Scheffer IE'den, 41)

Epilepsinin 2017 de yapılan sınıflandırma çerçevesi, 4 ana bileşenden oluşmaktadır. Bunlar sırayla nöbet tipi, epilepsi tipi ve epilepsi sendromları ve etyolojidir. Bu sınıflandırmaya göre, tanının her aşamasında hastada etyolojik bir tanı düşünülmesi gerektiği vurgulanmaktadır (41).

Çocuklarda epilepsi tipine ve odağına bağlı olarak değişebilmektedir. Nöbetler de emosyonel, motor ve otonomik belirtiler görülmektedir. ILAE sınıflandırılmasına göre

parsiyel ve jeneralize olmak üzere iki gruba ayrılırken, 2017 sınıflamasında parsiyel yerine fokal nöbet kullanılması önerilmiştir (46-48).

Nöbetin başlangıcı bilinmediği durumlarda bu sınıflama, nöbet özelliklerinin motor veya non-motor olduğunun belirlenmesinde katkı sağlamaktadır. Nöbetlerin sınıflanmasında ilk basamak nöbetin beyinin hangi bölgesinde başladığı ile ilişkilidir (49). Yapılan yeni sınıflamada nöbetin beyinde başladığı yere, nöbet esnasında farkındalık durumuna ve nöbetin diğer özelliklerine göre nöbetler yeniden sınıflanmıştır (50) (Şekil 2).



Şekil 2. Nöbet tiplerinin sınıflaması, genişletilmiş versiyon (İngin MT'den, 50)

2.4.1. Fokal (Parsiyel) Nöbetler

Çocukluk çağı epilepsilerinin %40-60'ını ve en sık görülen epilepsi tipini oluşturur (51). Fokal nöbetler, serebral kortekste herhangi bir odakta orijin alan nöbetler olarak tanımlanmaktadır (52). En fazla temporal, frontal ve parietal bölgeler etkilemektedir. Nöbetin hemen öncesinde görsel, işitsel, tat ve motor semptomların olduğu bir aura dönemi görülür (53, 54). Terleme, çarpıntı, kızarma nöbetle birlikte görülebilir (55). Konvüzyon anında bilinçte farklılaşma görülmesine (kompleks fokal), bilinçte farklılaşma

görülmemesine (basit fokal) bağlı olarak fokal nöbet ikiye ayrılır. Her iki türün kaynaklandıkları alana bağlı olarak (parietal, temporal, oksipital ve frontal lob), EEG'si ve klinik tablosu değişkenlik göstermektedir (56). Bu nöbetlerin başlangıç yaşı genellikle 6-15 yaş arasındadır. Prevelansıda bu yaş diliminde en yüksektir (57).

Fokal nöbetler, başlangıçtaki semptom ve belirtilere göre motor ve non-motor olarak 2'ye ayrılmaktadır.

2.4.1.1. Fokal Motor Başlangıçlı Nöbetler

Atonik: Baş, vücut, kol ve bacaklarda birkaç saniye devam eden kas tonusunun ani ve geçici kaybı şeklindedir. Genellikle bilinç kaybı görülmemektedir.

Tonik: Bir kaç saniyeden bir kaç dakikaya kadar süren kas gruplarındaki ani tonüs artışı şeklindedir. Hasta opistotonus postürü almakta bu sırada gözler yukarıya deviye olmaktadır. Siyanoz görülebilir

Klonik: Aynı grup kasların düzenli şekilde simetrik veya asimetrik kasılması şeklinde görülür. Süt çocukluğu döneminde daha sık görülmektedir.

Miyoklonik: Bir kas grubunda ani, düzensiz ve kısa süreli, tekrarlayan kasılması şeklinde görülür. Nöbet tek başına olabileceği gibi diğer nöbetlerle birlikte görülebilir. Üremik ensefalopati, viral ensefalit, dejeneratif beyin hastalığı gibi sinir sisteminin hastalıklarında semptom olarak görülebilir. Yüz, gövde özellikle üst ekstremitlerde jeneralize olabilir.

Epileptik Spazm: Baş sallama, göz ve eklem hareketlerini içeren gövde kaslarındaki ani fleksiyon ve/veya ekstansiyon şeklinde nöbet görülür.

Otomatizm: Farkındalık bozukluğunun eşlik ettiği ve sıklıkla amnezinin izlendiği motor fonksiyonlar şeklinde görülen nöbet tipidir (49, 58, 59).

2.4.1.2. Fokal Non-Motor Başlangıçlı Nöbetler

Davranış Tutukluluğu: Nöbet sırasında hareketin durması ve çevresel uyaranlara tepkisizlik vardır. Birçok nöbetin başında kısa süreli davranış tutukluluğu görülmektedir. Hastanın nöbet tipini bu kategoride değerlendirmek için davranış tutukluluğunun baskın olması gerekmektedir.

Otonomik: Gastrointestinal semptomlar, sıcak veya soğuk algısı, yüzde ani görülen kızarıklık, piloereksiyon, solunumsal değişiklikler veya çarpıntı gibi otonomik belirtilerin görüldüğü nöbet tipidir.

Kognitif: Konuşma, düşünme, hafıza bozukluğu ve diğer benzeri işlev bozukluklarının eşlik ettiği nöbet tipidir.

Emosyonel: Endişe, korku, neşe, öfke, paronaya gibi duygusal değişikliklerin eşlik ettiği nöbet şeklidir.

Sensoriyal: Halisünasyon, dejavu gibi anormal bilişsel aktivitelerin eşlik ettiği nöbet türüdür (49, 58, 59).

2.4.2. Jeneralize Başlangıçlı Nöbetler

Tüm serebral korteksin aktivasyonunun etkilendiği nöbet tipidir. Nöbetler ani başlar, atak ve bilinç kaybı eşlik etmektedir. Genellikle hastanın tüm vücudunda tonüs kaybı ile birlikte kasılma olur ve hasta yere düşer. Motor aktivite etkilediğinden dolayı dört ekstremitayı de tutmaktadır. Jeneralize nöbet geçiren çocuklarda ağız etrafında morarma, ağızda sekresyon birikmesi, gözlerde deviasyon, idrar ve gaita kaçırma gibi durumlar görülmektedir (47).

Nöbetler motor ve non-motor (absans) olmak üzere ikiye ayrılırlar.

2.4.2.1. Jeneralize Motor Başlangıçlı Nöbetler

Tonik-klonik: Grand-mal nöbet olarak bilinmektedir. Tonik-klonik nöbet tonik faz ile başlamaktadır. Etiyolojisinde travma, enfeksiyon, metabolik bozukluklar, beyin tümörleri, dejeneratif bozuklukların etkili olduğu düşünülmektedir. Nöbet dört aşamadan oluşmaktadır. Birkaç saat yada gün süren prodromal dönem, bir uyarıcı yada aura dönemi, nöbet dönemi (tonik-klonik konvülsiyon) ve postiktal dönem görülür. Prodromal dönemde uyku hali, gerginlik, baş dönmesi görülür. Aura yada uyarıcı dönemde hoş olmayan koku, hallüsinasyon, parlak ışık yansıması görülür. Diğer bir evre tonik-klonik nöbet aşaması olup yüz kaslarında hareketlilik, çenede sıkıca kapanma ve tüm kaslarda kasılma vardır. Kaslar kasılmaya başlamadan önce veya kasılma başladığı andan itibaren bilinç kaybı görülmektedir. Son evre olarak çocuk postiktal sabit uyku dönemine girer.

Klonik: Genel olarak kafa, gövde ve ekstremitelerde sürekli, ritmik ardı ardına kasılmalar şeklinde görülmektedir. Tonik-klonik nöbetlerden daha az görülmektedir. Klonik nöbetler genellikle yenidoğan döneminde görülür.

Tonik: Bilateral ekstremita kaslarının kasılmasına sıklıkla boyun kaslarında eşlik etmektedir. Tonik kasılmalardan sonra klonik kasılmalar görülmez. Tonik kasılmalar

ekstremitelerde fleksiyon veya ekstansiyon şeklinde de görülebilir. Buna bazen tremor da eşlik edebilir.

Miyoklonik: Miyoklonik nöbetler tek olarak görüleceği gibi tonik veya atonik aktivite ile birlikte de görülebilmektedir. Düzenli ve tekrarlı olmadığından dolayı klonik nöbetten ayrılır. Nöbetin en karakteristik özelliği uyanma ile birlikte görülmesidir. Uyandıktan sonra ki 30 dakika ile 1 saat arasında ortaya çıkmaktadır. Kollarda, bilateral, düzensiz, ani şok tarzında görülen hızlı hareketlerdir. Bazen asimetrik ve tek kolla sınırlı olarak görülebilir. Miyoklonilerle birlikte bilinç kaybı görülmez. Uykusuzluk, yorgunluk, gerginlik, heyecan, ciddi konsantrasyon gerektiren aktiviteler gibi psikolojik ve mental uyaranlar ile tetiklenirler.

Miyoklonik-tonik-klonik: Genel olarak öncesinde kollarda şiddeti ve sıklığı giderek artan miyokloniler görülür ve bunu bir jeneralize tonik-klonik nöbet izler. Sabah uyanınca ortaya çıkar. Bu nöbetler, juvenil miyoklonik epilepsi ve diğer jeneralize epilepsilerde sık görülmektedir.

Miyoklonik-atonik: Gövde veya ekstremitelerin kısa süreli kasılmasından sonra oluşan gevşeklik halidir. Önceden miyoklonik-astatik nöbetler olarak adlandırılan bu tip nöbetler en sık doose sendromunda görülmektedir. Lennox Gastaut ve diğer sendromlarda da görülebilir. Seyrek görülen bir nöbet tipidir. Genellikle 18 ay-5 yaş arasında başlar ve erkeklerde kızlardan daha fazla görülmektedir.

Atonik: Kas tonusunun olmaması durumudur. Bu nöbette bacak kas tonusu kaybolur hastada ani bir şekilde öne doğru düşme görülür. Kaslar saniyeler içinde eski haline gelir. Tonik veya tonik-klonik nöbetlerde hastalar geriye doğru düşer.

Epileptik spazmlar: Daha önceden infantil spazmlar olarak adlandırılırdı. Ancak ‘infantil spazm’ terimi daha çok yenidoğan döneminde ortaya çıkan epileptik spazmlar için kullanılmaktadır. Epileptik spazmlar daha çok proksimal ve trunkal kaslarda ortaya çıkan ani bir fleksiyon ve/veya ekstansiyon durumudur. Genellikle yenidoğan döneminde görülür (2, 49, 60)

2.4.2.2. Jeneralize Non-Motor Başlangıçlı Nöbetler

Absans (Petit-Mal, Dalma) nöbetleri olarakta bilinmektedirler. Çocukluk çağında idiyopatik jeneralize nöbetlerin en sık görülen şeklidir. Başlangıcı 4-10 yaş olup genellikle 5-7 yaş grubunda ve sıklıkla kızlarda görülmektedir. Nöbetler gün içinde birçok kez tekrarlayan, kısa süren, farkındalığın olmadığı ve motor hareketlerin durakladığı bilinç

kaybı ile karakterizedir. Konvüzyon öncesinde aura ve konvüzyon anında atonik düşmeler yoktur. Uzun süreli değildir kasılma görülmez. Genellikle nöbet 4-30 saniye arasında olup ortalama 5-10 saniyedir. Nöbetin farkedilmesi zor olabilmektedir. Fakat çocuğun okulda derslerine odaklanamaması şüphe uyandırmalıdır. Absans nöbetinde çocuk odaklanması gereken durumlarla ilgilenmez, sonrasında ise ne olduğuna anlam veremez ve hatırlamaz. (2, 61).

Tipik absans nöbetler: EEG’de izlenen beklenmeyen bir anda başlayan ve biten jeneralize, bilateral dalga kompleksleri şeklindedir (61, 62). Nöbetler kısa süreli olup postiktal dönem görülmemektedir. Çocuk nöbet sırasında aniden durur, yaptığı işi birden bırakır, nöbet sonrası tekrar yaptığı işe devam eder. Gelişimsel ve mental olarak anormallik yoktur (63).

Atipik absans nöbetler: Başlangıç ve bitiş aşamalıdır. Nöbetler uzun süreli olup postiktal dönem görülmektedir. Bilinç kaybı tam gerçekleşmez. Kas tonusunda daha belirgin değişiklikler görülebilmektedir ve otomatizmalar daha belirgindir. Hiperventilasyon ile daha az uyarılmaktadır. Bu nöbetlere diğer jeneralize nöbetler, nörolojik anormallikler, mental retardasyon eşlik edebilmektedir (64, 65).

Miyoklonik absans nöbetler: Gün içinde fazla sayıda görülmektedir. Hastalarda aksiyel tonüste artış görülür. Hastalar öne doğru uzanır pozisyonadırlar. Hastalarda omuzlar ve kollar hafifçe yukarı kalkar. EEG’ sinde diken dalga deşarjlarıyla birlikte senkronize miyoklonuslar görülür. Genetik veya nedeni bilinmeyen faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (66).

Göz kapağı miyoklonusu: İlk kez Jeavons tarafından tanımlanan göz kapağı miyoklonus absans epilepsisi veya diğer adıyla Jeavons sendromu idiyopatik jeneralize bir nöbet tipidir. Nöbetler 2–14 yaş arasında başlamaktadır. Göz kapama sonrası ortaya çıkmakta ve 3–6 saniye sürmektedir. Günde birçok kez tekrar etmektedir. EEG’de jeneralize diken-multiple diken dalga paroksizmleri ve fotosensitivite ile karakterize olmaktadır (67-70).

2.4.3. Bilinmeyen Başlangıçlı Nöbetler

Nöbet esnasında kimsenin şahit olmadığı (uykuda, tek başınayken veya etrafındaki kişilerin dikkat etmemeleri nedeniyle) ya da şahit olsa bile bilginin yetersiz olduğu durumlarda nöbet başlangıçları belirlenemeyebilir. Bu sınıflandırma başlangıcı bilinmeyen tonik-klonik nöbetler için kullanılmaktadır. Nöbet ile ilgili ayrıntılı bilgi edinilmesi fokal veya jeneralize başlangıçlı nöbet olarak yeniden sınıflandırmaya izin verilir.

Epileptik spazmlar ve davranış tutukluluğunda başlangıcı bilinmeyen nöbet grubundadırlar. Fokal başlangıçlı epileptik spazmlar tedavi edilebileceğinden epileptik spazmların belirlenmesinde video EEG monitörizasyonu gerekmektedir. Davranış tutukluluğu nöbeti, şuurda bozulma ile olan fokal başlangıçlı nöbet veya absans tipi nöbetlerin bir komponenti olabilir.

Nöbetin yetersiz bilgi veya başka kategorilere yerleştirilememe nedeni ile sınıflandırılmayabilir. Nöbet olma ihtimali olan fakat başka türlü tanımlanmayan olağan dışı olaylar için bu kategori kullanılmaktadır (49).

2.4.4. Sınıflandırılmayan Nöbetler

Gruplandırma için gerekli ölçütlerin bulunmamaktadır (71). Süt çocuğu döneminden itibaren görülen bazı sendromlar bu kısımda yer almaktadır (38).

2.4.4.1. West Sendromu (İnfanıl Spazm)

Genellikle 1 yaşına kadar çocuklarda infanıl spazmlar şeklinde görülür. Bu sendroma sahip çocukların genellikle mental retarde olmaktadır. Vücudun hızlı hareketine ekstremitelerde fleksiyon ve abduksiyon eşlik etmektedir. Bebek birden oturur durumdayken öne doğru düşmektedir. Çocuğun başında görülen spazmlara opustotonus pozisyonu eşlik etmektedir. Tanı konulurken MRI ve EEG sonuçları dikkate alınmaktadır. West Sendromu görülen çocukların EEG' sinde yüksek voltajlı düzensiz elektriksel boşalımalar bulunmaktadır (2, 72, 73).

2.4.4.2. Lennox-Gastaut Sendromu

Çocuklarda infanıl spazmlardan sonra görülmektedir. Sendromda karışık nöbetler, tipik EEG değişiklikleri, zihinsel ve davranışsal gerilemenin birlikte görüldüğü epileptik ensefalopatidir. Sendrom 1-8 yaşlarında başlayıp, 3-5 yaşlarda en sık görülür (74-76). Tedavisi güçtür ve çoğu tedaviye yanıt vermezler. İlaç tedavisinde valproic asit, benzodiazepinler ve lamotrijin tercih edilir. Ayrıca yüksek doz immünoglobulinler kullanılır. Nöbette ilaçların etkili olmadığı durumlarda ketojenik diyet önerilmektedir (2, 38, 77).

2.4.4.3. Febril Nöbet

Çocuklarda en sık görülen nöbet tipi olup % 2-5 ini etkiler. Çocuklarda 5 ay ile 5 yaş arasında ortaya çıkan 38.5 °C veya daha yüksek ateş ile oluşan, tonsilit, üriner sistem enfeksiyonları, otitis media, menenjit, kızamık gibi hastalıkların neden olabileceği nöbet

türüdür. Ayrıca alerji, dehidratasyonda nöbeti tetikler. Yapılan bazı çalışmalar genetik ve çevresel faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir (2, 78, 79). Ateş, enfeksiyona karşı bir yanıttır. Ateşli dönemde fazla miktarda sitokin salınımı ile normal beyin aktivitesi değişir ve böylece nöbet tetiklenmiş olur (80).

Febril nöbetler tipleri aşağıdaki gibidir;

Basit Febril Nöbet

1. Jeneralize özelliklerin görüldüğü nöbetler olup, nörolojik bozukluklar görülmez,
2. EEG'si normaldir
3. Süresi 15-20 dakikadan daha az,
4. Nöbet kendiliğinden düzelir,
5. 24 saat içinde yinelenmez,

Kompleks Febril Nöbet

1. Fokal özelliklerin görüldüğü nöbetler olup geçici nörolojik bozukluklar görülür,
2. EEG'de anormallikler görülür,
3. Süresi 15-20 dakikadan fazla,
4. 24 saat içinde iki veya daha fazla nöbet ortaya çıkar,
5. Febril Status Epilepticus gelişebilir.
6. Nöbeti durdurmak için anti-konvulsif ilaç gerekebilir (2, 81).

2.4.5. Status Epileptikus (SE)

Uzamış ve sık tekrarlayan nöbet aktivitelere status epileptikus (SE) denir. SE, epileptik nöbet aktivitesinin en az 30 dakika ve 30 dakikadan uzun sürmesi veya iki ve daha fazla nöbetin hasta bilinci açılmadan ardarda gelmesidir. Uzun süreli tekrarlayan nöbetler beyin zedelenmesine ve ölüme neden olabileceği için acil müdahale gerektirmektedir (2, 82).

Status epileptikusunda türleri bulunmaktadır. Kas kontraksiyonu ile görülen türüne konvulsif status, kas kontraksiyonu olmadan görülen türüne non-konvulsif status olarak adlandırılmaktadırlar (83)

2.4.5.1. Status Epileptikus Nedenleri/Tipleri

Febril status epileptikus: En sık 1-3 yaşlar arasında görülür. Çocukta daha öncesinde nöbet görülmediği, merkezi sinir sistemi enfeksiyonu veya hasarı bulunmadığı görülmektedir. Status epileptikus içinde %20-29 oranında görülmektedir.

İdiyopatik status epileptikus: Gelişiminde sorun olmayan çocuklarda görülmektedir. Status epileptikus içinde %16-39 oranında görülmektedir.

Kronik statik merkezi sinir sistemi: Öncesinde santral sinir sistemi sorunu olan olgularda gelişmektedir. Status epileptikus içinde %14-23 oranında görülmektedir.

Akut semptomatik: MSS enfeksiyonu ve travması, birden kesilen AEİ, metabolik bozukluklar, intoksikasyon, ağır ensefalopatiler sonucu görülmektedir. Nöbet süresi 60 dakikadan uzun sürmesi durumunda mortalite artmaktadır. Status epileptikus içinde %23-40 oranında görülmektedir (83).

2.5. Epilepside Tanı

Çocukluk çağı epilepsileri tanısında üç önemli hedef vardır:

- Birinci hedef; nöbetin non-epileptik olaylardan ayrılması
- İkinci hedef; nöbetin sınıflanması ve varsa epileptik sendromun tanımlanması
- Üçüncü hedef ; tanı konulmasıdır (84).

Tanıda çocuğun nöbet anındaki davranışları dikkate alınmaktadır. Epileptik bir nöbetin başlangıcı ve bitişi EEG’de belirlenir. Ayrıca kanama, konjenital lezyon ve intrakranial tümörleri belirlemek için manyetik rezonans, bilgisayarlı beyin tomografisi ve kafa filmleri çekilmektedir. Enfeksiyon ve metabolik hastalıklarında serum elektrolitleri, kan glikozu, kalsiyum, kan üre ve diğer kan tetkikleri yapılmaktadır (2, 85).

2.5.1. Öykü

Epileptik nöbetleri tanılamada öykü çok önemlidir. Nöbet nedenlerinin ve nöbetle karışacak durumlar olduğu için öykünün detaylı alınması önemlidir.

Öykü, varsa olayı gören kişiden alınmalıdır. Nöbetin öncesinde, sırasında ve sonrasında çocukta gözlemlenen durumlar detaylı olarak sorgulanmalıdır. Nöbetin öncesinde çocukta sıradışı bir durum olup olmadığı, nöbet anında bilinç değişikliğinin varlığı, ağızdan köpük gelmesi, kasılmaların şekli ve görüldüğü vücut bölümleri, idrar-gaita inkontinansı, nöbetin süresi ve nöbet sonrasında çocuğun genel durumu bakılması gereken önemli detaylardır. İlaç kullanımı, ateşli veya başka sistemik hastalık, bulantı-kusma, denge bozukluğu, baş ağrısı, seyahat öyküsü varlığı, nöbet esnasında veya nöbet öncesi travma öyküsünün varlığı sorgulanmalıdır. Çocuğun nörolojik gelişim basamakları, altta yatan nörolojik hastalığın olup olmadığı, ailenin hastalık öyküsünün sorgulanması tanıda yol göstericidir. Çocuğun daha önceden bilinen epilepsi tanısı varsa kullanmakda

olduğu ilaçlar ve dozları, en son geçirdiği nöbet zamanı, nöbet sıklığında artma durumu, yakın zamanda ilaç tedavilerinde değişiklik olup olmadığı ve ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı durumları sorgulanmalıdır (86, 87).

2.5.2. Fizik Muayene

Çocuğa, detaylı nörolojik muayene ile birlikte ayrıntılı fizik muayenede yapılmalıdır. Bulguları ile birlikte satürasyonunda takip edilmelidir. Bilinç durumu değerlendirilmelidir. Bilinç bir saatte normale dönmüyorsa enfeksiyon ve travma gibi diğer komplike edici durumlar düşünülmelidir. Ciltte oluşan döküntüler bazı enfeksiyonları akla getirirken, konjenital hipo-hiperpigmente lezyonlar nörokutanöz hastalıkları akla getirebilir. Başın palpe edilmesiyle hematoma ve kırığın varlığı farkedilebilir. Fontanel kabarıklığı, ayırık sutürleri, papil ödemi, hipertansiyon ve bradikardi artmış kafa içi basıncı gösterebilir. Retinanın, papillanın, görme keskinliğinin, ışık refleksinin durumunun, ekstraoküler kas fonksiyonunun değerlendirilmesi önemlidir. Beyin ödemi yönünden göz dibi incelemesi özellikle bilgi verici olup, nörolojik muayenesi normal olan çocuklar da gereksiz görüntülemeyi engellediği için önemlidir. İntrakraniyal enfeksiyon yönünden meninks irritasyon bulguları ve fotofobiye dikkat edilmelidir (86).

2.5.3. Biyokimyasal ve Hematolojik Testler

Epilepsi tanısı bulunan ve antiepileptik ilaç kullanan çocuklar nöbetle başvurduğunda tedavi uyumu ile ilgili sorun olabileceği düşünülebilir. Bu durumda kullanılan ilaç kan düzeyi bakılması oldukça yol göstericidir. İlk kez nöbetle başvuran çocuklarda ise en sık görülen nedenlerden başlanarak etiyolojik sebepler gözden geçirilmelidir. Kan şekeri, serum elektrolitleri, kan üre nitrojeni kontrol edilmelidir. Sık görülen diğer neden febril nöbetlerdir. Febril nöbet düşünmeden önce ateş ve nöbete direk olarak sebep olabilecek menenjit, ensefalit gibi durumlar dışlanmalıdır. Beyaz küre yüksekliği ve C-reaktif protein gibi akut faz yüksekliği bu açıdan dikkate alınmalıdır. Ateş sebep olabilecek durumu bulmak için idrar tetkiki istenebilir. Asidoz ve alkolozun türleri nöbet etiyojisinde bulunabilir. Kandaki karbondioksit düzeyi ventilasyon uygunluğunun göstergesidir (2, 86). Hipokalsemi, hiponatremi, hipernatremi gibi durumlarda hastanın acil tanı ve tedavisinde ilerleme sağlanır (87).

2.5.4. Elektroensefalografi (EEG)

Beynin elektriksel dalgalarını değerlendirmek amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Nöbetin diğer olaylardan ayrılmasında, epilepsi tanısının konmasında, sınıflandırılma

yapılmasında, nöbetin başlangıç yerinin belirlenmesinde ve çocuğun izlenmesinde en sık kullanılan yöntemdir. Beyindeki elektriksel dalgalar test edilerek kağıt üzerine veya dijital ortama aktarılması (84, 85).

Epilepsi anomalisi ilk yapılan EEG’de %50 oranında tanılanırken yinelenen EEG’lerde bu oran artarak %80-90’ı gösmektedir (88).

2.5.5. Video-EEG Monitörizasyonu

EEG’nin video kamera ile birkaç gün devamlı çekildiği, yöntemdir. Nöbetin nereden kaynaklandığını ve nasıl dağılım gösterdiğinin belirlenmesinde kullanılır (39). Çocuğun nöbet anında EEG’deki anormalliklerle beraber hareketleride görüntülenerek kaydedilir. EEG nöbet tanısının yanında sınıflama yapılmasında ve epileptik olmayan durumların belirlenmesinde yardımcı olmaktadır (89).

2.5.6. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT)

Baş ve beynin görüntüsünü X-ışınları göndererek çekilmesini sağlar (85). BBT’de görüntü netliği, MRI’dan elde edilen görüntüden daha düşüktür (63). Epilepside MRI beyin anatomisini daha detaylı gösterdiği için öncelikli olarak kullanılmaktadır (90).

2.5.7. Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRI)

Beyindeki küçük anomalileri diğer görüntüleme yöntemlere göre daha ayrıntılı gösterir. İyonize radyasyon bulunmaması, özgüllüğünün, hassasiyetinin fazlalığı, 3 boyutlu görüntülemesi, yumuşak dokuyu net görüntülemesi ve çözünürlük kalitesi diğer görüntüleme yöntemlerden önce tercih edilmesine neden olmaktadır (63, 85). Bazı glial tümörler, lokalize atrofi, vasküler malformasyonlar ve nöronal migrasyon anomalileri görüntülemeye MRI bilgisayarlı beyin tomografisinden daha avantajlıdır (90).

2.6. Epilepside Tedavi

Tedavide ana hedef konvülsiyonları engellemek veya miktarını azaltmak, nöbetin kontrol edilmesi ile hastanın normal hayatına devamını sağlamaktır. Epilepside nöbeti kontrol edebilmek için; antiepileptik ilaçlar, ketojenik diyet, cerrahi ve vagus sinir uyarımı yöntemleri kullanılmaktadır (91, 92).

2.6.1. Antiepileptik İlaç (AEİ) Tedavisi

AEİ kullanımında, konvüzyon türüne etkinliği, farklı antiepileptiklerle etkileşimi ve laboratuvar sonuçlarına az ihtiyaç duyulması gibi seçenekler göz önüne konularak tercih

edilmelidir. AEİ'lerin başlangıç ve devam dozları bilinmelidir. Tedaviye başlanırken düşük miktar dozda başlanmalıdır (90). Tanı tam konulmadan yada ilk nöbetten sonra AEİ başlanmamalıdır. Çünkü ilk nöbetten sonra nöbetin tekrar görülmeme oranı %70-80 arasındadır (38).

Tedavide, nöbet tipine uygun tek ilaçla (monoterapi) başlanılmalı, gerekirse maksimum doza kadar çıkılmalıdır. Bazı ilaçlar tüm nöbet türlerine etki ederken, bazıları ise yalnız bir nöbet türü için etkili olabilmektedir. Tek ilaçla yapılan tedavide, ilaca ait yan etkiler daha az görülür ve ilaç etkileşimi sorunu ile karşılaşılmaz (93, 94).

İlk başlanılan antiepileptik ile tedavide başarısız olunursa, daha iyi sonuçlar alınabilecek değişik ilaçlar başlanabilir. İlaça direnç gelişme durumunda birden fazla ilaç gerekebilir. İlaçların yan etkileri görüldüğünde de tedavide ilaç değişikliğine gidilebilir. Tedavi sırasında kan ilaç düzeyinin izlenmesi tedavinin başarısını ve olası ilaç intoksikasyonlarının gözlemlenmesi açısından önemlidir. İlaç doz ayarı çocuğun büyüme durumuna göre ayarlanmalıdır (38). Ergenlikte metabolizma hızının yavaşlama durumu dikkate alınarak ilaç dozları ayarlanmalıdır (95). İlaç tedavisi; çocuğun 2-3 yıl arasında nöbeti olmaması durumunda gözden geçirilmelidir. Çocuğun en az iki yıl nöbetinin olmadığı ve EEG'sinin düzgün görüldüğü durumlarda AEİ'lerin kademeli olarak düşürülmesi konusu gözden geçirilmelidir (96, 97).

Tablo 1. Antiepileptik ilaçlar ve yan etkileri (Çavuşoğlu H'den, 98)

İlaç	Nöbetin Tipi	Yan Etkiler
Ethosumide (Zarontin)	Jenaralize nöbetler (petitmal, miyoklonik)	Davranış değişikliği, bulantı, kusma, iştahsızlık, baş dönmesi, cilt döküntüleri, lökopeni, agranülositozis,
Valproik asit (Depakin)	Jenaralize nöbetler (petitmal, miyoklonik, atonik, tonik-klonik)	Bulantı, kusma, ishal, iştahta artma, tremor, uyku hali, lökopeni, karaciğer toksisitesi, pankreatit
Felbamate (Felbatol)	Fokal ve jeneralize nöbetlerde kullanılır.	Uyku hali, anoreksia, iştahsızlık, bulantı, baş ağrısı, anemi, karaciğer toksisitesi
Topiramate (Topamax)	Fokal ve jeneralize nöbetlerde kullanılır.	İştahsızlık, zayıflama, konuşma bozukluğu, dikkatsizlik, böbrek taşı,
Klonezapam (Klonopin)	Jenaralize nöbetler (absans, miyoklonik)	Uyku hali, ataksi, huzursuzluk, deri döküntüleri, alopesi, kilo alma, trombositopeni
Fenobarbital (Luminal)	Tüm kısmi ve jeneralize nöbetler, febril nöbetler	Uyku hali, megaloblastik anemi, hiperaktivite, dikkatsizlik, baş ağrısı, bulantı, kusma, nistagmus, hipokalsemi, osteomalazia
Karbamazepin (Tetrazol, Tegretol)	Jenaralize, parsiyel, basit, kompleks nöbetler	Bulantı, kusma, baş ağrısı, ataksi, nistagmus, diplopi, deri döküntüsü, karaciğer toksisitesi, kemik iliği baskılanması
Oxcarbazepine (Trileptal)	Fokal ve jeneralize nöbetler	Uyku hali, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, ataksi,
Phenytoin (Dilantin)	Fokal ve tonik-klonik nöbetler	Uyku hali, döküntü, ataksi, nistagmus, diş etinde hiperplazi
Primidone (Mysoline)	Fokal, basit ve kompleks; jeneralize tonik-klonik nöbetler	Bulantı, kusma, baş dönmesi, ataksi, letarji, nistagmus, diplopi, karaciğer toksisitesi, kemik iliği baskılanması, deri döküntüleri
Levetiracetam (Keppra)	Kompleks fokal nöbetler	Uyuşukluk, davranış problemleri, baş dönmesi,
Gabapentin (Neurontin)	12 yaş üstünde Sekonder jeneralize nöbetler ve fokal nöbette	Uyku hali, baş dönmesi, ataksi
Lamotrijin (Lamictal)	Absans, parsiyel, atipik absans, atonik ve miyoklonik nöbetler	Görme problemleri, titreme, sinirlilik, cilt döküntüleri
ACTH	Myoklonik nöbetler	Kilo alma, sıvı retansiyonu, hipertansiyon, hiperglisemi, gastrointestinal kanama, immün sistem baskılanması,

Epilepside verilen ilk uygun AEİ ile nöbet %65-75 civarında kontrol altına alınmaktadır. AEİ'lerde nöbeti önlemesi, yan etki görülmemesi, ilaç etkileşimlerinin olmaması beklenmektedir. İlaçların yan etkileri sebebi ile aileler bazen çocuğun kullandığı ilaçları kesebilirler böylece çocukta nöbet sayısında artış, hastaneye yatış miktarında artma ve yaşam kalitesinde düşme görülebilir (88, 99). Şengül'ün 2009 da yaptığı çalışmada, AEİ

kullanan 1-16 yaş arasında 59 çocuğun serum kalsiyum düzeyleri düştüğü, sınırda osteopeni ve osteoporoz bulgularına rastlandığı ve ilaç kullanımına bağlı kemik metabolizma bozuklukları saptandığı belirtilmiştir (100). Alçı'nın yaptığı 'Çocukların okul yaşantısına ilişkin karşılaşılan güçlükler' adlı çalışmasında AEİ kullanan 30 çocuğun %66.7'si uyku problemi, sinirlilik, baş ağrısı, dikkatsizlik, halsizlik, durgunluk ve davranış problemleri gibi ilaç yan etkilerinin görüldüğü belirtmiştir (101).

2.6.2. Ketojenik Diyet

Yağların yüksek, protein ve karbonhidratların az miktarda alındığı bir diyet türüdür. Ketojenik diyetle protein ve karbonhidrat tüketimi ciddi ölçüde kısıtlanırken, yağlar ketozisi sağlamak için primer enerji kaynağı olarak kullanılmaktadır. AEİ'lerin etki etmediği nöbetler için tercih edilmektedir. Diyet miyoklonik, absans, atonik nöbetler, west ve lennox sendromunda nöbetlerde etkili olmaktadır (2, 38, 97).

Çocuklarla yapılan çalışmalar da ketojenik diyet yapanların %10-15 kadarında diyetle başladıktan sonra 12 ay içinde nöbet görülmemekte, %30'unda diyeti bıraktıklarında sonra bile %90 oranında nöbetlerinde azalma olduğu belirlenmiştir (38).

Ketojenik diyet yapan çocuklarda mineral ve vitamin düşüklüğü görüleceğinden dolayı gerekli destek sağlanmalıdır. Yan etki olarak diyetle zayıflama, kabızlık, yavaş büyüme, uyku hali, yorgunluk, anemi görülmektedir (40). Diyetin maliyetli olması ve hazırlanmasının zor olması sebebiyle uzun süre uygulanması zor olmaktadır. Hemşire aile desteğini ve işbirliğini sağlanarak ketojenik diyet uygulanmasına yardımcı olmalıdır (2).

2.6.3. Cerrahi Tedavi

Epilepsili çocukların %20-25'e yakını tedavide direnç göstermektedirler (102). AEİ'lar ile nöbetin kontrol altına alınamadığı durumlarda cerrahi tedavi tercih edilebilmektedir (103). Fokal epilepsiler tek ve sınırlı bir bölgeden kaynaklandığından bu bölge cerrahi olarak alınabilmektedir. Dirençli jeneralize epilepside cerrahi tedaviden yarar görebilir (2, 104).

Çocuklarda yalnızca %50 oranında cerrahi tedavi sonrası konvülsiyonlar kontrol altına alınır. Cerrahi sonrası tekrarlayan epilepsiler genellikle, ilaç tedavisi ile kontrol edilebilmektedir (39). Hemşire, cerrahi tedavi sonrasında yaşam bulgusu takibi, aldığı-çıkarıldığı takibi, kanama takibi, mental durum takibi ve pupil kontrolünü yapmalıdır (2).

2.6.4. Vagal Sinir Uyarımı

Pil tedavisi diye adlandırılan cerrahi uygulamadır. AEİ'lara dirençli parsiyel nöbetlerde kullanılmaktadır. Kısa bir cerrahi işlemle elektrotun vagusa, pilin ise sol göğüs altında bir alana konulmasıyla uygulanmaktadır. Pilin ayarlanan sisteme uygun kısa aralıklarla beyine elektrik akımları yollaması durumudur. Uygulaması kolay olan bu yöntemin diğer cerrahilerde olduğu gibi amacı nöbet kontrolünü sağlamaktır (105, 106).

2.6.5. Radyocerrahi

Beyin gerekli alanına MRI ile yüksek doz radyasyon verilmesi işlemidir. Amaç intrakraniyal bölgenin ısıtılarak yakınındaki dokularında düşük miktarda ısın almasıdır. Radyocerrahi dirençli epilepside cerrahiye alternatif gösterilmektedir (90, 107).

2.7. Epilepsili Çocuk, Aile ve Hemşire

2.7.1. Epileptik Çocuklarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesini DSÖ'ne göre; hedefleri, beklentileri, ilgileri, standartları ile bağlantılı, yaşanan ortam içinde kişinin kendi durumunu algılama biçimidir. Sağlık yönünden yaşam kalitesi hastanın bulunduğu ortama bağlı olarak hastalığını, tedavisini ve etkilerini algılayışı olarak tanımlanmaktadır (108-110).

Çocukluk çağı kronik hastalıklarından biri olan epilepsi, hem çocuğu hem de ailesini etkilemektedir (111). Epilepsinin tipi, süresi, sıklığı, kullanılan AEİ sayısı, ek hastalık varlığı, aile kaygısı ve sosyoekonomik durumu, damgalanma endişesi yaşam kalitesini etkileyen risk faktörleridir (112, 113). Hastalığın ve uygulanan tedavinin çocuklar üzerindeki etkisini ortaya koyabilmek için çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali değerlendirilmelidir (114). Başarı sağlanan tedavilerdeki çocukların, tedaviye direnç gösterenlerden epilepsili çocuklara oranla psikososyal işlevsellikleri yüksek olup yaşamlarındaki güçlüklerin üstesinden gelmeye çalışırlar. Nöbetin sıklığı ve belirsizliği yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir (115).

Çocuklar bisiklet sürmek, koşmak, ağaçlara tırmanmak isteyecekler fakat hastalık nedeniyle engellemeler ortaya çıkacaktır. Yapılan çalışmalar, erken dönemde görülen epilepsilerde yaşam kalitesinin daha çok etkilendiği, buna bağlı olarak daha fazla davranış bozukluğu ve psikiyatrik problemler, daha düşük sosyal aktiviteyle karşılaşıldığını göstermektedir (116). Epilepsinin okul çağı çocuklarında öğrenme üzerine negatif etki yaptığı belirlenmiştir (113).

Son dönemlerde yaşam kalitesinin çocuk ve ergen epilepsilerinde önemli olduğu için, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin beş işlevselliği belirlenmiştir. İlk dört işlevsellik çocuk ile ilişkili, beşinci işlevsellik ise aile ile ilgilidir.

1. Epilepsi ve tedavisinde işlevsellik: Nörolojik ve bilişsel (dikkat soyut düşünce-psikomotor) işlevsellik, epilepsi, nöbet tipi, şiddeti, sıklığı, fiziksel hasar, kullanılan ilaçlar
2. Psikolojik işlevsellik: Hastalıkla ilişkili duygu (nöbet kaygısı, korku, tutum ve damgalanma algısı).
3. Okul işlevselliği: Okul başarısı, öğrenme güçlüğü, uyumsal özellikler (çok çalışma, uygun davranış).
4. Sosyal işlevsellik: Yaşa göre psikososyal görevleri yapabilme, aile ilişkilerinden memnuniyet, yaşıt ilişkileri ve sosyal aktiviteye katılımıdır (spor, kulüp, takım vb.).
5. Ailenin epilepsi ile ilgili işlevselliğidir: Nöbetleri yönetebilme, psikolojik uyum (çocuklarının epileptik olmasına karşı korku, kaygı ve tutumlar, damgalanma algılamaları, çocuğun aktivitelerinin gözetimi) ve boş zaman aktivitelerine katılımıdır (117).

2.7.2. Epilepside Yaşam Kalitesini Arttıran Öneriler

Çocuklara nöbetleri kolaylaştıran ve etkileyen faktörler dikkat etmeleri gerektiği öğretilmelidir. Epilepside stres, heyecan, duygusal durumlar, yorgunluk, açlık durumu, fazla kafein alımı, görsel, duysal ve refleks uyaranların (örn. sıcak su, ses), menstruasyonun nöbeti tetikleyeceğini bilmeli ve mümkün olduğunca bu risk faktörlerinden kaçınmayı veya önlem almayı öğrenmelidir. Çocuk ve aileye epilepsi ile başa çıkmanın yolları öğretilmelidir. Yalnız bunları yaparken çocuğun yaşamına mümkün olduğunca az kısıtlama getirmenin konunun en önemli yeri olduğu unutulmamalıdır (116).

Epilepsinin aile ile çocuğun yaşantısını etkileyen psikososyal parametreleri aşağıdaki gibidir (2, 75, 118, 119):

- Nöbetin ilk görüldüğü yaş,
- Nöbetin çeşiti,
- Kullanılan AEİ miktarı,
- Uygulanan tedavinin etkisi,
- AEİ'lerin istenmeyen sonuçlarına karşı gösterilen tutum,

- Ebeveynlerin epilepsili çocuğa ve nöbetlere karşı tepkisi,
- Epilepsiyle ilgili toplumda ki negatif düşünceler,
- Okulda ve sosyal çevrenin gösterdikleri tutum ve davranışlar,
- Gelir durumu,

2.7.3. Epilepside Kaygı

Kaygı veya anksiyete ifadesi, evrensel bir duygudur. Epilepside görülen kaygı hissi, nöbet, hastaneye yatma durumu, yapılan tetkikler, belirsizlik sebebiyle yükseltmektedir (2, 75).

Çocuk ve ailede kaygının sebepleri arasında kabul edilmeme, stigma, başarılı olamama, maddi sorunlar, belirsizlik, gösterilebilmektedir (120, 121). Aile ve çocuğun kaygı düzeyinin düşürülmesi için eğitimler düzenlenmelidir. Uygulanan eğitimlerle aile ve çocuğun hastalığa karşı yoğun olan endişelerinin ve depresif duygularının hafiflediği saptanmıştır (122, 123).

2.7.4. Epilepsinin Psiko-sosyal Etkisi

Epilepsi, çocuğun aniden oluşan nöbetlere, psiko-motor farklılıklara, AEİ uyumuna, hastaneye yatışa karşı hazırlıklı olmasını gerektiren ve çocuğun yaşantısını negatif yönde etkilemektedir (124, 106). Çocuklar sosyal hayatlarını nöbet geçireceği endişesiyle kısıtlamaktadırlar. Epilepsinin, spor aktiviteleri, sosyal faaliyetler, oyun, arkadaş ve okul ilişkilerinde sınırlamalara neden olması çocuğu psiko-sosyal olarak olumsuz etkilemektedir (125). Çocuklar epilepsi tanısı aldığı anda birçok psikolojik stresörle karşı karşıya kalmaktadır. Çocukta bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, endişe, depresif duygular, ailenin korumacı yaklaşımı, stigma ve dışlanma hissi epilepsiye uyumu etliler (126-128). Sağlık ekibinin epilepsili çocukların hastalık hakkında bilgi düzeylerini, tedavi uyumunu, hastalığı algılayışını etkileyen faktörleri değerlendirerek, çocuğun ve ailelerinin gereksinimlerinin planlanmaları gerekir. Çocuğun psiko-sosyal etkilenmemesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve hastalığa uyum göstermesi için aile, sağlık ekip üyelerinin desteğine ihtiyacı vardır (129).

2.7.5. Okul Çağı Çocuğu ve Adölesanda Epilepsi

Epilepsili çocuğun okul başarısıyla ilgili çalışmalarda; sağlıklı çocuklardan oluşan kontrol grubuyla karşılaştırıldığı zaman, akademik başarının epilepsili çocuklarda daha düşük olduğu belirtilmektedir. Koby'a'nın yapmış olduğu çalışma da çocukların epilepsi

nedeniyle %50.8'inin okul başarı durumunun düşürdüğü saptanmıştır. Okul başarısını etkileyen faktörlerden biri davranışsal problemlerdir. Davranışsal problemler epilepsili çocuklarda daha çok görülmektedir. Aile ve öğretmenlerin tavır tutumları da çocukların okul başarısını etkilemektedir (130-133). Okul çocuğu arkadaşlarından farklı olmamak için ilaç içmeyi reddedebilir. Aile öğretmenlere bu konu hakkında bilgi verilme böylece çocuğun ilaç tedavisine devam etmesi sağlanmalıdır (134).

Adölesanlar dönem özellikleri gereği kimlik sorunu yaşadıkları için bu konuda yardıma gereksinimleri vardır. Bu dönemde bağımsızlıklarını kazanmaya çalışırlar. Herhangi bir kronik hastalığa yakalandıkların da bu bağımsızlık isteği devam eder (97, 135-139). Bu özelliklere bakılarak, adölesanın kendi tedavisine katılması desteklenir. Adölesanlar AEİ yan etkilerini tanımlayabildikleri için tedavide daha etkin olabilirler. Tedavisine katılan adölesan hastalığı üzerinde ilaç kontrolünü sağlar. Bu dönemde otomobil kullanma, eğitim ve kariyer seçenekleri gibi gelecekle ilgili sorular cevaplanmalı ve aile ile bu konular konuşulmalıdır (97, 134, 135).

Adölesanların sorunlardan ve hoşnutsuzluklardan kurtulmak için hastalıklarını kullanmaları sık rastlanan bir durumdur. Adölesanlar için bir gruba ait olmanın çok önemli olduğu bilinmektedir. Fakat zamanı belli olmayan nöbetler, sürekli ilaç kullanımı gibi nedenler ile yaşlılarının yapabildiklerini yapamamaları, adölesanların psikososyal sorunlar yaşamasına neden olabilir. Örneğin; Akranları araba kullanmayı öğrenirken, nöbet geçirme riski nedeni ile adölesanın bunu yapamaması rahatsız edicidir. Bu gibi durumlar adölesanların arkadaş ve toplumdan uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bu durumların üstesinden gelmesi için hemşire ve ailenin desteği çok önemlidir (97, 135, 136, 140).

Epilepsili çocuğun yaşam aktivitelerine getirilen sınırlılıklar, bireyin hayatını hastalığından çok daha olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çocuk için en önemli psikososyal problem, üzerinde kurulan aşırı korumacılıktır. Epilepside aileler yaralanacağı, zarar göreceği ve yeni bir nöbeti tetikleyeceği korkusuyla çocukları kısıtlamaktadırlar. Bu durum çocuğun sosyal ilişkilerinin bozulmasıyla birlikte çocuk ve ailenin hastalığa uyumunu zorlaştırmaktadır (97, 106, 135, 141, 142). Çocukların kendi kontrollerini edinebilmeleri açısından da spor aktivitelerine katılmaları desteklenmelidir. Ancak, yapılan spor türü, çocuğun yaşı dikkate alınarak seçilmeli, oluşabilecek kazalar için önlem alınmalıdır (134, 143).

Futbol gibi aktiviteler, nöbeti artıran nedenlerden gösterilmemektedir. Ufak kafa yaralanmalarıyla şiddetli nöbetlerin ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar oldukça azdır. Bu sebeple, gerekli koruyucu önlemler aldıktan sonra, epilepsili çocukların futbol oynayabilecekleri belirtilmektedir (106, 134). Katılınan aerobik aktiviteler vücut yağ oranının düşürerek bazı AEİ' ların yaptığı kilo artışının azalmasına da katkı sağlar (144).

2.7.6. Epilepsi ve Aile

Epilepsili çocukların ailelerinde; epilepsinin seyri, AEİ' ların yan etkileri, epilepsinin bilinmeyen doğası, çocuklardaki nörolojik fonksiyonların bozulmasıyla ilgili ilkeri yaşamlarının etkilenmesi (okul, kariyer, evlilik) gibi konular strese sebep olmaktadır. Çocuğu epilepsi tanısı almış anneler çocuklarının hasta olmasını, kendilerinin hamilelik döneminde yanlış bir şey yapmalarına bağlayarak utanma ve suçluluk duygusu hissederler. Artan ebeveyn stresi ebeveyn-çocuk ilişkisini etkiler. Son araştırmalar zayıf ebeveyn-çocuk ilişkisi ile ilişkinin niteliğinin çocukta davranışsal problemlerine neden olduğunu göstermektedir (126). Yapılan bir çalışmada ailenin, nöbetin durumuna veya şiddetine bakılmaksızın, epilepsili çocuğun tedaviye uyum sağlamasında etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca sosyo-kültürel değişkenlerin ve sosyal yaşamdaki durumların ailenin hastalığa uyum sağlamasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (130).

Epilepside, uzun süreli ilaç kullanımı, yeri ve zamanı bilinmeyen nöbetler, çocuk ve ailenin hayatını olumsuz olarak etkilemektedir. Tanı konulduktan sonra, çocuk ve ailenin hastalıkla ilgili hemşire tarafından eğitilmesi hastalığa uyum sağlamasında ve nöbet yönetiminde büyük önem taşımaktadır (132-134). Epilepside çocuğun bakımında aile ile hemşirenin iletişim içinde olması çok önemlidir. Nöbet genetik bir yatkınlıktan kaynaklanıyorsa bazı aileler bu konuda kendilerini suçlarlar. Hemşire böyle durumlarda, ailenin hissettiklerini belirtmesine yardımcı olmalıdır (145). Eğitim ebeveynleri nöbet sırasında çocuğun bakımına hazırlayacaktır. Ailelerin nöbet anında nelere dikkat ecekleri konusunun yanında alınacak tedbirler ile ilgili de bilgilendirilmesi gerekir. Hemşire tarafından nöbet anında alınacak önlemlerle ilgili bir kitapçık oluşturulabilir. Bu önlemler şöyledir;

- Sakin olunmalı. Epileptik nöbet başladıktan sonra durmaz,
- Çocuğun dikkatlice düz zemine uzanmasını sağlayın,
- Zarar görmemesi için başı yastıkla destekleyin,
- Etrafında yaralanmasına neden olabilecek tehlikeli cisimleri kaldırın,

- Ağzını açmaya çalışmayın,
- Yan yatmasını sağlayın,
- Nöbetin sonlanana kadar tek başına kalmamasını sağlayın,
- Kendine gelinceye kadar hiç bir şey yedirip içirmeyin,
- Nöbetin başlama ve bitme süresini not alın (2, 38, 146).

2.7.7. Tıbbi Müdahale Gerektiren Durumlar

- Nöbetten sonra çocuğun solunumu olmadığında,
- Çocuk ciddi olarak yaralanmışsa,
- Nöbetin süresi 5 dakikadan uzunsa,
- Çocuğun bilinci açılmadan ikinci bir nöbet tekrar başladıysa,
- Kasılmalar durduktan sonra çocuğun bilinci gelmiyorsa,
- Nöbet sonrası pupiller eşit büyüklükte görünmüyorsa,
- Nöbet suda geçirilmişse
- Çocuğun ilk nöbeti ise acil olarak yardım istenmelidir (2, 147) .

2.7.8. Epilepside Hemşirenin Rolü

Hemşire epilepsili çocuk ve ailenin bilgilendirmesi, bakımı, hastalığa uyum sağlaması ve bu uyumu sürdürmesi konusunda en önemli ekip üyesidir. Zamanı, yeri bilinmeyen nöbetler ve uzun süreli ilaç kullanımı hayatı olumsuz olarak etkilemektedir. Çocuk ve ailenin eğitilmesi hastalığın yönetilmesinde en can alıcı noktadır. Hemşire, çocuk ve aileye tedavi, nöbet kontrolü ve nöbet esnasında alınacak önlemler gibi uyumu arttıracak konularda bilgilendirmektir (134, 136, 148). Çocukların nöbetini arttırmayacak şekilde hayatını ayarlaması tedavi sürecinde önemli bir hemşirelik rolüdür. Hemşire, hekim ve diğer sağlık üyelerine destek sağlarken, toplum ve epilepsi ile ilgili gerekli kurumlarla işbirliği yaparak çocuk ve ebeveynlerin hastalıkla ilgili yeterli bilgi ve eğitimi almalarını sağlar (149).

2.7.9. Ailenin ve Çocuğun Dikkat Edeceği Güvenlik Önlemleri

- Nöbetler bitinceye ve en az 6 ay süreyle hiç nöbet görülmeyinceye kadar bisiklete sürmemesi söylenmeli,
- Çocuğun tek başına yüzmemesi konusunda bilgilendirilir,
- Çocuğun günlük aktiviteleri sürdürebileceği ve aşırı korumacı tutumdan kaçınmaları söylenmeli,

- Çocuğun okula devam etmesi ve okuldaki öğretmenler hastalık, alınacak önlemler konusunda bilgilendirilmesi sağlanmalı,
- Adölesanlara nöbet kesildikten sonra 6 ay ile 5 yıl arasında araç kullanmamaları söylenmeli,
- Adölesan grubu, alkollün AEİ'lar ile kullanıldığında sedasyon ve solunum sıkıntısına neden olabileceği konusunda uyarılmalı,
- Ebeveyn ile çocuğun AEİ'ları nasıl kullanacağı konusunda bilgileri değerlendirilmeli,
- Ebeveyn ve çocuğun AEİ'ların yan etkileri konusunda bilgilendirilmeli,
- Ebeveynleri AEİ'ları doktora sormadan kesmemeleri, kesildiği takdirde status epileptikus gelişeceği konusunda bilgilendirilmeli,
- Ailelere çocukları periyodik kontrollerine getirmeleri belirtilmeli,
- Çocuk hastalığını belirten bir kart taşıması konusunda uyarılmalı,
- Adölesan dönemi kızları ilaçların fetüse teratojenik etkisi olduğu konusunda bilgilendirilmeli (2).

2.7.10. Hemşirenin Çocuk ve Aileyi İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgilendirmede Etkisi

Hemşire, çocuk ve ailenin nöbet kontrolünü sağlamada ilaç kullanımının önemini anlamalarına dikkat edilmelidir. Hemşire AEİ kullanımı ile hastalığı kontrol altına alınarak yaşam kalitesinin artacağı konusunda bilgilendirme yapmalıdır. AEİ'ların kullanımı ile ilgili düzenlemelerde hemşire, aile ve çocukla birlikte hareket ederek tedaviye uyum sağlamalarında etkili olmaktadır. Bazı aile ve çocukda tedaviyi düzenleme süreçlerinde olumsuz davranışlar görülürken bazıları ise istekli, öğrenme odaklı yaklaşmaktadır. Çocukta bilgi eksikliği bağlı hastalığına karşı olumsuz düşünceler ve tedavide uyum sağlayamama görülebilmektedir. Bu durumda ilaç etki ve yan etkilerinin yanında düzenli ilaç kullanımı ile ilgili eğitim vererek, ilaç kullanımı konusunda sorumluluk almalarını sağlanmalıdır (150-152).

2.7.11. Hemşirenin Çocuk ve Aileyi Nöbeti Tetikleyen Faktörlerle İlgili Bilgilendirmede Etkisi

Bazen, çocuk ve aile AEİ tedavisine uyum sağlasa bile yaşama şeklinden kaynaklı nöbet miktarında artış görülebilir. Nöbete sebep olabilecek etkenlerin bilinmesi ve gerekli önlemlerin alınması nöbetin kontrol edilmesinde etkili olacaktır. Nöbetleri tetikleyen etkenler aşağıdaki gibidir (39, 153).

- Stres ve anksiyete,
- MSS enfeksiyonları,
- Aşırı yorulma,
- Uykusuzluk,
- Açlık,
- AEİ'ları düzenli kullanmama,
- Alkol kullanımı,
- Artan sıvı tüketimi,
- Işığa karşı hassasiyet,
- Duygusal stresörler,

Artan nöbet miktarında; AEİ'ların düzenli kullanımıyla azalma sağlanabilir. Düzenli ilaç kullanımı; hemşirenin olumlu iletişimiyle ve epilepsili çocuklarla aralarındaki güven ilişkisinin güçlendirilmesiyle sağlanmaktadır (14, 154). İyi bir eğitimle nöbet kontrolünün yanında yaşam kalitesinde de iyileşmeler sağlanabilmektedir. Hemşireler eğitimde birinci basamakta yer alan kişilerdir (155, 156).

NÖBET DURUMUNDA ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Siyanoz, apne, bradikardi varsa
nöbet süresi 3-5 dakikadan fazla ise

Yaşam bulguları normal

1. ACİL STABİLİZASYON

A Airway (Hava yolu açıklığını kontrol et)

1. Solunum olup olmadığı kontrol
2. Başı yana çevir hava yolunu aç (airway tak)
3. Dişler kilitlendiye açmaya çalışma
4. Orofarenksi aspire et
5. Oksijen desteği ver

B Breathing (Solunumu kontrol et)

6. Hasta siyanoze veya solunumu yetersiz ise ambu ile solunum sağla
7. Elbiseyi gevşet
8. Entübasyona hazırla (gerekliyorsa)

C Circulation (Dolaşımı kontrol et)

9. Damar yolu aç
10. IV hidrasyonu sağla
11. Ateş varsa kontrol altına alınır
12. Yaşam bulguları izlenir
13. Nöbet başlama vakti..... Ve Süresi.....

2. NÖBETİ DURDUR

<5 Yaş 5 mg 0.3-0.5 mg/kg

>5 Yaş 10 mg Rektal diazem uygula

3. NÖBETİN SEBEBİNİ ARAŞTIR

Şekil 3. Nöbeti olan çocuğa yaklaşım (İşler A'den, 157)

2.7.12. Hemşirelik Bakımı

Nöbet geçiren çocukta hava yolu açıklığını sürdürmek, gereken önlemleri almak, gerekli ilaçları uygulamak, uygulanan ilaçların yan etkilerini gözlemlemek, aileye duygusal destek vermek ve çocuğun bakımında yardımcı olmaktır. Çocuğun nöbetinin özelliklerini, uygulanan ilacın etkisini takip etmek hemşirenin sorumluluklarındandır (39, 97). Hemşirenin nöbetiyle ilgili kayıt etmesi gereken durumlar aşağıda ki gibidir (16, 38):

Nöbet başlamadan önce:

- Çocukta nöbete sebep olacak bir etken var mı? (örn: açlık, yorgunluk, parlak ışık) var mı?
- Çocukta nöbet oluşabileceğine dair belirti bulunuyor mu?
- Duygusal değişiklik var mı? (örn: heyecan, anksiyete, huzursuzluk)
- Mırıldanma veya bağırma gibi sesler var mı?
- Kötü koku, tat veya midede rahatsız edici bir his bulunuyor mu?
- Nöbet geçirmeden önce nerede, ne yapıyordu?

Nöbet anında:

- Çocuk sabit olarak bir yere bakıyor mu?
- Çocuğun bilincinde bulanıklık veya kayıp oldu mu?
- Çocukta mırıldanma anlamsız konuşma var mı?
- Çocuğun cildi kızarıklık veya soluk mu?
- Çocuğun solunumu nasıl? Hırıltılı veya nefes almada sorun var mı?
- Çocuğun vücudunun hangi bölümleri etkilendi? Hareketler seyirme veya kasılma var mı?
- Çocukta yere düşme oldu mu? Vücut pozisyonu nasıldı?
- Çocukta inkontinans oldu mu?
- Çocukta dil veya yanakta ısırma oldu mu?
- Çocuğun nöbetinin süresi ne kadardı?

Nöbet bittikten sonra

- Çocuk nöbet sonrası halsizlik, yorgunluk ve uyku gereksinimi var mı?
- Çocuk ne kadar sürede kendine geldi?
- Çocukta korku, huzursuzluk, tedirginlik var mı?
- Çocuğun bilinci yerinde mi?
- Çocuk ortama oryantasyon sağlayabiliyor mu?
- Çocuğun hareketlerinde farklılık var mı?
- Çocuk tüm ekstremitelerini kullanabiliyor mu?
- Çocukta güçsüzlük var mı?
- Çocuğun konuşmasında problem var mı?
- Çocuk nöbetten önce auranın varlığını hatırlıyor mu?

Epilepsili çocukta, nöbet tipi ve sıklığının yanında, çocuğun yaşı ve gelişim durumunada önem vermelidir. Hemşirenin çocuğa güvenli bir alan oluşturulması önemlidir. Çocuğun odası aydınlık, yatak kenarlıkları kalkık olması sağlanmalıdır.

Hemşire çocuğun servise yattığı andan itibaren nöbet tipini, süresini, sayısını ve aralıklarını not etmelidir. İlaç yan etkilerini gözlemleyerek tedavide kullanılan AEİ'lerin doz ayarının yapılması veya farklı bir ilaç başlanması yönünde doktoru yönlendirebilmektedir (97).

2.8. Öz Yeterlilik

Banduranın davranışta etkili olduğunu düşündüğü öz yeterlilik terimi sosyal öğrenme kuramının bileşenlerindendir (8). Bandura öz yeterliliği, bir performansın ortaya çıkması için gereken eylemleri ve etkinlikleri başarılı bir biçimde yapabilme kapasitesine olan inancıdır (158). Bir diğer ifade ile kişinin karşılaşacağı durumlarla baş edebilmede başarılı olup olamayacağına ilişkin kendisine olan yargısı ve inancıdır (159). Algılanan öz-yeterlilik, bireyin bir olay karşısında meydana gelen stres durumuna yanıtına ve baş etmesine yardımcı olur. Öz yeterlilik kronik hastalıkta, hastalıkla birlikte görülen durumlara karşın sonuç üzerindeki kontrol inancı, güven ve gösterilen performansla ilişkilidir (160). Öz yeterlilik kavramı olumlu yönde değişebilmektedir. Bu yüzden kişiye destek olunarak motivasyon yükseltecek girişimlerde bulunulmalıdır (8).

Öz yeterlilik algısı bireyin durum karşılığında göstereceği çaba, zorluklara karşı ne kadar dirençli ve sabırlı olacağının belirlenmesine yardım etmektedir. Öz yeterliliği düşük olan kişi bir iş, etkinlik ve durumun zor olduğunu algılar, streslidir ve durumların çözümünde sınırlı bir bakış açısına sahiptir. Öz yeterliliği yüksek olan kişi zor olan iş, etkinlik ve durum karşısında daha pozitif bir bakış açısına sahip olup sorunlar karşısında soğukkanlıdır (161). Öz yeterlilik inancı davranışı benimseme, davranışa başlama ve devam ettirmede önemlidir (162). Öz yeterlilik doğrudan veya dolaylı deneyimlerden, kişinin başaracağına yönelik inancıyla ve içinde bulunduğu olumlu ruh hali gibi durumlardan etkilenmektedir (163). İnsanlar doğdukları andan itibaren öz yeterlilik inançları gelişmeye başlar. Çocukların öz yeterlilik inançlarının gelişmesinde başta ebeveynleri olmak üzere bulunduğu sosyal çevre etkilidir (164).

2.8.1. Öz Yeterlilik Kaynakları

Karşılaşılan olayla kişilerin baş etmesi ve sorunu üstesinden gelebilmelerine bulunan inançlarıyla ilişkili olan öz yeterlilik dört ana kaynaktan oluşur (165-167).

2.8.1.1. Ustalık Deneyimleri (Bireyin Başarılı Deneyimleri)

Bireyin geçmiş deneyimleri öz-yeterlik algısının oluşmasında en önemli etkidir. Güçlü bir öz yeterlik gelişmesi için, bireyin çaba sarf ederek engellerin üstesinden gelip deneyim kazanması gerekir. Bireyin karşılaştığı sorunlar karşısında başarılı olması için daima çaba göstermesi gerektiğini öğrenmesini sağlar. Güçlenmiş bir öz yeterlik inancı tekrar eden başarıdan sonra gelişir. Kişi kendisi ile ilgili geçmişte ki başarılarına bağlı olarak yetkinlik geliştirir ve daha önce ki başarılarını tekrar etme davranışı göstermeye çalışır. Tekrar eden başarılar öz yeterlik algısı zaman içinde geliştirip, güçlendirirken, başarısızlıklar karşısında kolaylıkla etkilenmemektedir (158, 168).

2.8.1.2. Dolaylı Öğrenme (Gözleme Dayalı Deneyimler)

Öz yeterlik inancını oluşturma ve artırmanın ikinci yolu, sosyal modelleri gözlemleme sonucu oluşan dolaylı yaşantılardır (169). Bireyin kendi bulunacağı davranışa benzer davranışlarda bulunan ve başarılı olan insanları gözlemlemesi kişinin kendine güvenmesini sağlamaya yardımcı olur. Başarıya yol gösteren sosyal modeller öz yeterliğin oluşarak gelişmesinde etkilidir (170). Gözlemci ile model olan kişi arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, fiziksel görünüm, sosyo-ekonomik algı özelliklerinin benzerliği durumunda model olarak alınan kişinin başarısı gözlemcide bende yapabilirim, başarılı olabilirim algısı oluştururken, modelin başarısızlığı durumunda kişinin kendisi ile ilgili olumsuz algıların gelişmesine yol açmaktadır (171).

2.8.1.3. Sözel İkna

Öz yeterlik inançlarının oluşması ve güçlendirilmesinin üçüncü yolu, kişinin sözel ikna olmasıdır. Kişi bir işin yapılması ile ilgili sözel olarak ikna edilerek, gerekli işi gerçekleştirmek ve üstesinden gelmek için çabalamaktadır (169, 172). Kişinin etkinliği gerçekleştirmesi için ikna edilmesi yerine, onun yetersizliklerine değinilirse, kişinin etkinliği başarma olasılığı düşer. Bunun için kişinin güçlü olduğu yönlerin üstünde durularak yetkinliklerini fark etmesi sağlanır, diğer bir ifade ile öz yeterliliğini arttırmak için destek sağlanması onu daha çok motive etmekte, böylece öz yeterlik algısını arttırmaktadır. Böylece yetenek ve becerileri gelişen bireyin daha zor etkinliklere girişmesi kolaylaşacaktır (173).

Bireyin, cesaretini arttıran sözler, başarılı olup olamayacağına ilişkin ifadeler, öğütler ve öneriler de öz yeterlik inançlarını etkilemektedir. Etrafı tarafından bir görevi başarıyla yapabilmek için yeterli kapasitesinin bulunduğu inandırılan kişi kendi

yetersizlik algısı azalır ve görevi yapıp başarmak için çok uğraşır. Bireyin öz yeterliliğinin farkına varması, motive eden kişinin bilgisi, güvenilirliği ve uzmanlık becerisi ile bağlantılıdır (158, 167, 169, 174).

2.8.1.4. Fizyolojik ve Psikolojik Durum

Kişi dayanıklılık ve güce ihtiyaç duyulan durumlarda, yorgunluk, ağrı ve acılarını eksiklik olarak algılamaktadır. Bireyde az olan öz yeterlilik inancı endişe ve stresin artmasına neden olmaktadır. Kişide olumlu bakış açısı algılanan öz yeterliliği arttırırken, olumsuz bakış açısı öz yeterliliği düşürmektedir. Öz yeterlilik algısının arttırmada bireylerin fizyolojik ve psikolojik olarak güçlendirilmesi, stresi ve negatif duygulara yönelmesini azaltacaktır. Bireyin stres ve olumsuz duygularla baş etmesini kolaylaştıracaktır (169, 171).

2.9. Epilepsi ve Öz Yeterlik

Epilepsi, çocukta fiziksel ve sosyal sınırlılıklar getiren, yaşamını etkileyerek, bakımla birlikte tedaviye ihtiyaç duyulan bir hastalıktır. Çocuğun öz yeterlik algısı, epilepsiyi yönetebilmek için beceriler geliştirmesinde, uyum sağlamasında ve hastalıkla baş etmesinde önemli rol oynar (175).

Epilepsili çocuk korku, öfke, değersiz hissetme, damgalanma ile birlikte umutsuzluk duygularını hisseder. Sosyal çevrede izolasyon ile kısıtlamalar yaşayarak, çocuklar arasında kabul görmeyebilir. Bu etkenler çocuğun öz yeterliliğini ve yaşam kalitesini etkileyerek psikososyal fonksiyonlarını düşürür. Epilepsili çocuklarda öz yeterlilik tedaviye uyumunu, nöbet yönetimini ve bakım vericisi, ailesi, sosyal çevresiyle arasındaki ilişkisini etkileyebilir (14). Öz yeterlilik sağlıklı davranışın oluşturulmasında kullanılan bir yöntem olarak kronik hastalığı olan çocuklarda önemli bir kavramdır (176, 177).

Son zamanlarda epilepsilide öz yeterlilik önem verilen terimlerden biridir. Epilepside nöbet yönetiminde, çocuğun öz yeterlilik algısı büyük önem taşımaktadır. Çocuğun nöbet öz yeterliliği, nöbetiyle etkili başa çıkabilmesi için gerekenleri yapabilmesine olan inancıdır. Epilepside tedavide temel hedef iyi bir nöbet yönetimidir (157, 178). Nöbet öz yönetim tutumlarını sergileyebilmenin, hedef edilen noktaya varabilmenin anahtarı öz yeterlilik olarak görülmektedir. Geçmiş çalışmalarda epilepside öz yeterlilik depresyon, damgalanma, hastalık yönetimi ve sosyal destekle bağlantılıdır. Ayrıca öz yeterliliğin

epilepsiyi yönetimiyle birlikte tedavide en önemli belirleyici olduğu gösterilmektedir (179-181).

Dinamik bir kavram olan öz yeterlilik; olumlu yönde değiştirilebilir ve yükseltilebilir. Öz yeterliliği yükseltmek için kişinin motivasyonunu artıracak girişimlerde bulunmak gerekir (8). Epilepsili çocuklarda öz yeterliliğin olması veya geliştirilmesi, iyi nöbet yönetimini daha sağlıklı olmasını, yüksek başarıyı ve iyi bir sosyal bütünleşmeyi sağlar. Yüksek öz yeterliğe sahip epilepsili çocuklar tedaviye daha uyumlu olmakta, nöbet sıklığı azalmakta ve yaşam kaliteleri yükselmektedir (14). Çocukta yüksek öz yeterlilik, epilepsi hakkında daha olumlu tutum, daha düşük nöbet geçirme endişesi, daha düşük depresif semptom, ve azalmış stigma ile ilişkilendirilir. Çocuğun epilepsiye, tedavisine ve öz bakımına olumlu bakış açısı sergilemesi, tedavisine uyumunun ve nöbet yönetiminin kolaylaşmasını sağlar. Diğer kronik hastalıklar gibi epilepside de uyumun sağlanması, istenmeyen davranışın değiştirilmesi ile birlikte öz yeterliliğin yükseltilmesi ile ilişkilidir (13, 182).

Epilepsili çocuklarda öz yeterlilik düşüklüğü ile epilepsi hakkında daha olumsuz tutum, nöbete ilişkin artan kaygı düzeyi, ailenin epilepsi ile ilgili bilgi eksikliği, anksiyete ve depresyonla bağlantılı olabileceği belirlenmiştir (13, 183).

2.9.1. Epilepsi Hastası Çocuklarda Öz Yeterliliği Geliştirmede Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşirenin bireyin davranışında etkin olan öz yeterlilik düzeyini ve öz yeterliliğin etkilendiği durumları bilmesi, hastalık konusunda davranış değişikliğine gidilmesini ve bu değişikliğin devam ettirilmesini sağlamaktadır (184). Epilepsi hastası çocuk ve ailesinin hastalığa uyumu ve öz yeterliliğini arttırmak için aile odaklı bakım ile birlikte disiplinler arası çalışmaya ihtiyaç vardır. Hemşirenin başta olduğu hekim, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist gibi sağlık profesyonellerinin yer aldığı ekip çocuğa destek sağlamalıdır. Özellikle hemşire epilepsili çocuğun öz yeterliliğini geliştirmek için gerekli öneri ve destek vererek, hastalığın sosyal yönlerinin açıklanmasında önemli role sahiptir (185). Epilepsi hastası çocuğun etkili tedavi ve bakımını sağlamasında, sağlığı geliştiren davranışların göstermesinde çocuğun öz yeterlik algısının yükseltilmesi önemlidir. Çocuğun tedavi ve bakımında aile ile çocuğa en çok etkiyi sağlayan pediatri hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bütüncül yaklaşım ile çocuğun tedavi ve bakımında yer alan pediatri hemşiresi, çocuğun nöbet öz yeterliliğinin belirlenmesini, geliştirilerek,

güçlendirilmesini ve devamlılığını sağlayarak, nöbet yönetimi ve nöbetle başa çıkmasında yardımcı olacaktır (14).

Hemşirenin epilepsili çocuklarda uyumu artırmayı ve öz yeterliliği geliştirmeyi amaçlayan eğitimin beş alt boyutu vardır:

- Olası problemler hakkında farkındalık oluşturmak,
- Hastalıkla ilgili konularda farkındalığı artırmak,
- Olası stres kaynaklarını ve stresle baş etme yöntemlerini anlamayı sağlamak,
- Çocuğun gerekli bilgilere nereden ve nasıl ulaşacağı bilgisini geliştirmek,
- Çocuğun var olan yeteneklerini ortaya çıkarmaktır (186).

Aile ve çocuğun yaşadığı olumsuzlukların nedenleri arasında epilepsi ve yönetimi konusunda gerekli eğitim verilmemesi ve psikolojik destek yetersizliği yer almaktadır. Yeterli eğitimin verilmesi bu noktada önem kazanmaktadır. Aile ve çocuklara yeterli eğitim verildiğinde, daha çok özgüven, daha az stres, tedaviye daha iyi uyum, artan yaşam kalitesi ve iyi bir nöbet öz yeterliliği görülmektedir (187, 188). Hemşirenin kapsamlı bir bakım verebilmesi için çocuğu fizyolojik, psikolojik, biyolojik, sosyokültürel ve ekonomik yönleriyle ele almalı, çocuğa özgü bir bakım planlanmalı ve uygulamalıdır. Çocuğa eğitim vermeden önce hastalığına ilişkin öz yeterlilik algısı değerlendirilir ise verilecek bakımdan en üst düzeyde yarar sağlamasına yardımcı olacaktır (189).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma epilepsi tanısı almış, 8-17 yaş arası çocukların epilepside nöbet öz yeterliliklerinin belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Trabzon il merkezinde bulunan Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi pediatri servislerinde yatan ve pediatrik nöroloji polikliniğine başvuran 8-17 yaş arası çocuk ve ebeveynleri ile gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini epilepsi tanısı almış, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesine başvurmuş 8-17 yaşındaki çocuklar oluşturdu. Power analizi (apriori sample size calculator program) kullanılarak yapılan hesaplamada yanılğı oranı 0.05, etki büyüklüğü 0.5, evreni temsil etme yeteneğı 0.50 ve örneklem büyüklüğü 45 olarak belirlendi (16). Gönüllülerin çalışmadan ayrılmak istemesi ve vaka kayıpları olabileceğı göz önüne alınarak çalışma kriterlerine uyan 62 çocuk ve aileleriyle çalışma tamamlandı.

3.3.1. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi pediatri servislerinde yatan 8-17 yaş arası epilepsi tanılı çocuklar,
2. Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi pediatrik nöroloji polikliniğine başvuran 8-17 yaş arası epilepsi tanılı çocuklar,
3. İletişim ve mental sorunu olmayan,
4. Türkçe konuşabilen, okuyabilen ve yazabilen,
5. Araştırmaya katılmayı kabul eden,

3.3.2. Araştırmaya Kabul Edilmeme Ölçütleri

1. İletişim ve mental sorunu olan,
2. Türkçe konuşamayan, okuyamayan ve yazamayan,
3. Araştırmaya katılmayı reddeden,

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Çocuk Tanıtım Formu (Ek-1)”, “Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz Yeterlik Ölçeği [Seizure Self-efficacy Scale for Children (SSES-C) (Ek-2)]” kullanılarak toplandı.

3.4.1. Çocuk Tanıtım Formu

Bu form araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür doğrultusunda hazırlandı (13, 16, 17, 18). Hazırlanan soru formu sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, kardeş sayısı, ailenin gelir durum algısı, anne ve babaya ait sorular) ve çocuğun hastalığıyla ilgili bilgileri (ne kadar zamandır epilepsi hastası olduğu, nöbet geçirme sıklığı, tedaviye uyumu, hastalığı hakkında bilgisi, sosyal yaşamına etkisi) içeren 35 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

3.4.2. Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz-Yeterlik Ölçeği [Seizure Self-efficacy Scale for Children (SSES-C)]

Çalışmada "Epilepsili Çocuklarda Nöbet Öz Yeterlik Ölçeği" (Seizure Self-efficacy Scale for Children (SSES-C)) kullanılmıştır. Caplin ve arkadaşları tarafından (2002) geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Tutar Güven, İşler Dalgıç (2013) tarafından yapılmıştır. SSES-C Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında 9-17 yaşları arasında 166 çocuk ile gerçekleştirilmiştir. Ölçekte iki alt boyut vardır. Bu alt boyutlar "Nöbetin Bireysel Kontrolü" ve Nöbeti Kontrol Etmede Çevrenin Etkisi" olarak isimlendirilmiştir. Ölçek 15 maddelik 5'li likert tipindedir. Nöbetin bireysel kontrolü alt boyutunda ölçeğin 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15 numaralı maddeler yer alırken, nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutunda ölçeğin 3, 8, 10, 14 numaralı maddeleri yer almıştır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçekteki cevaplar 1'den 5'e kadar numaralandırılmıştır. 1 puan "bunu kesinlikle yapamam", 2 puan "bunu yapamam", 3 puan "bunu yapıp, yapamayacağım konusunda kararsızım", 4 puan "bunu yapabilirim" ve 5 puan "bunu kesinlikle yaparım" anlamına gelmektedir. Ölçekteki her bir maddenin alacağı puan 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilecek toplam puan ölçekteki soru sayısına bölünerek 1-5 arasında puan elde edilir. Ölçekten alınan toplam puan bireyin nöbetlerine ilişkin öz-yeterlik düzeyini göstermekte ve toplam puan yükseldikçe öz yeterlik düzeyinin yükseldiği şeklinde yorumlanmaktadır. Orijinal ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesi için güvenirlik ölçütü olarak kullanılan Cronbach Alfa değeri 0.89 olarak

bulunmuş ve oldukça güvenilir bir ölçek olduğu ifade edilmiştir (16). (Ek-2) Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.85 olarak saptandı.

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplama araçlarının kapsayıcılık ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 8 çocuk ve ebeveyni ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonucunda, veri toplama araçlarında gerekli düzeltmeler yapıldı ve veri toplama formlarına son şekli verildi. Ön uygulama yapılan çocuk ve ebeveynler çalışmaya dâhil edilmedi.

Veriler pediatri servislerinde ve pediatrik nöroloji polikliniğinde toplandı. Veriler toplanmadan önce araştırma kriterlerine uyan çocuk ve ebeveyne araştırmanın amacı hakkında bilgi verildi, yazılı ve sözlü onamları alındı (Ek-3). Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanarak yaklaşık 25 dakikada formlar dolduruldu.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımsız Değişkenler

Çalışmada yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, aile tipi, yaşadığı yer, ailenin gelir durumu, anneye ve babaya ait bilgiler, ailede başka epilepsi hastasının olup olmadığı, okuldaki başarı durumu, hastalığın süresi, nöbet geçirme sıklığı, tedaviye uyumu, hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi, destek aldığı kişiler gibi durumlar bağımsız değişkenleri oluştururlar.

3.6.2. Bağımlı Değişkenler

Çocuk nöbet öz yeterlilik düzeyi bağımlı değişkeni oluşturacaktır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı verilerin analizinde standart sapma, aritmetik ortalama, frekans ve yüzde kullanıldı. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnow testi (-1-+1) ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen ikili grupların karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U Testi” kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında “Kruskal Wallis Testi” kullanıldı. İkiden fazla grupta farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane Post Hoc testi kullanıldı. Ölçek puanı ile bazı sürekli veriler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Sperman korelasyon yapıldı. Sperman korelasyon katsayısının, “0.00-0.30” arasında olması düşük, “0.30-0.70” arasında olması orta, “0.70-1.00” arasında olması ise yüksek

düzeyde bir ilişki olarak tanımlandı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve istatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0.05$ alındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlıkları

Bu çalışma sadece Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi pediatri servisleri ve pediatrik nöroloji polikliniğine gelen 8-17 yaş arası epilepsi tanılı çocuğu kapsadığı için Türkiye'deki bütün epilepsi hastası çocukları temsil ettiği düşünülemez. Bu yüzden çalışmanın sonuçları Trabzon için genellenebilir.

3.9. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar

Covid-19 nedeni ile genellikle çocuk ve ailelerinin çok acil bir durum olmadığı sürece hastaneye başvurmamaları verilerin toplanmasını güçleştirdi. Bazı çocuk ve ebeveynin ise araştırmaya katılmayı kabul etmemesi çalışmanın zorlukları olarak tanımlanmaktadır.

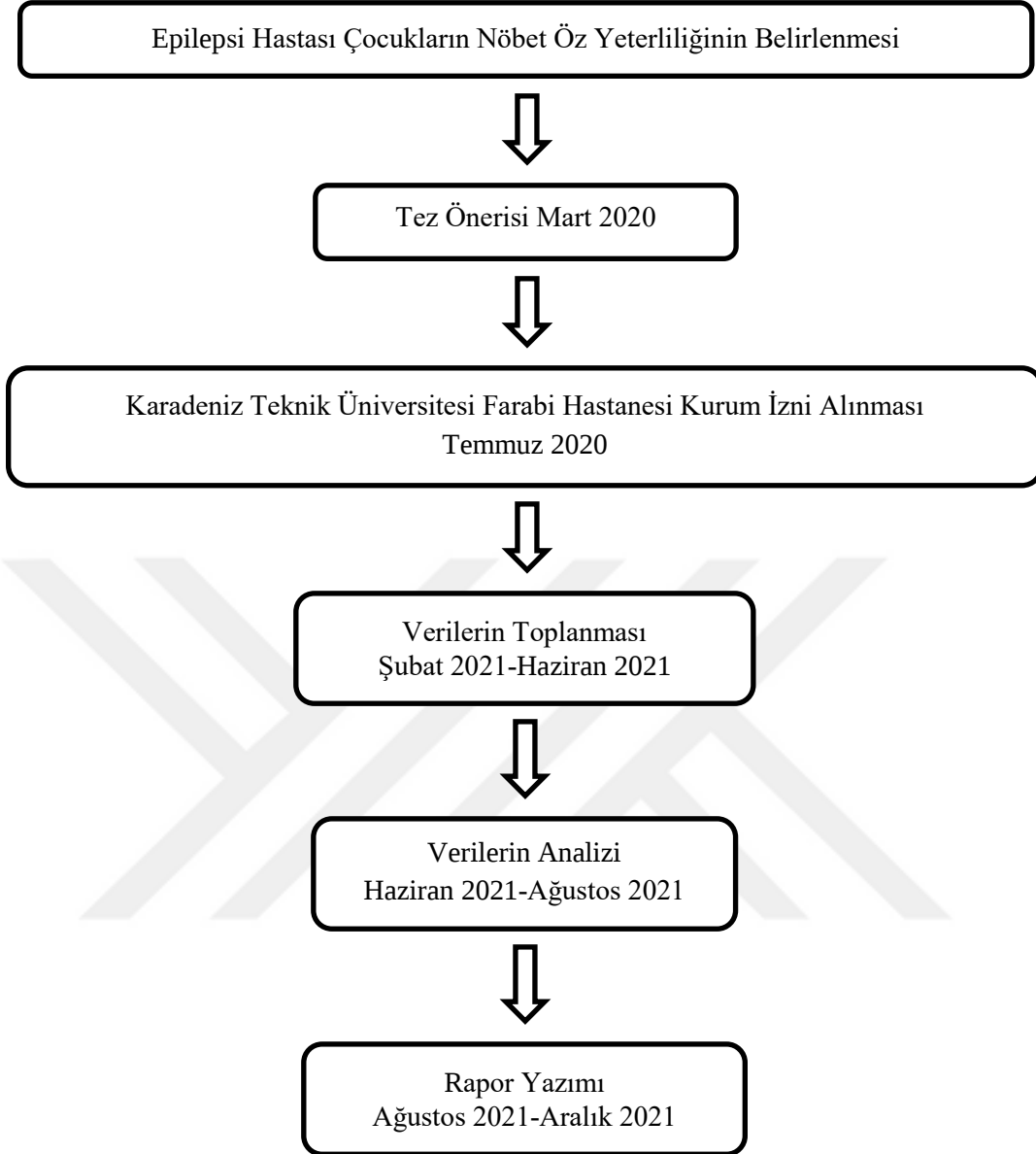
3.10. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Planlanan çalışmanın yapılabilmesi için ilk olarak Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden tez izni (05/03/2020 17:17 -27863166-302.15.01-E.742) ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nden kurum izni (20/07/2020 tarihli/48814514-622.01-E.8208 sayılı) (Ek-5), Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul izni (10/02/2021 tarihli/24237859-154 sayılı) (Ek-4) alındı.

Tüm insan denekleri üzerinde yapılan araştırmalarda olduğu gibi bu araştırmada da Helsinki Deklerasyonu'na bağlı kalındı. Araştırmanın amacı, yöntemi, önemi ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı, (verilerin yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı konusunda) sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilerek isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında çocuk ve ailesi bilgilendirildikten sonra onayları yazılı olarak alındı (Ek-3). Ayrıca çalışmada kullanılan ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliğini yapan araştırmacıdan izin alındı (Ek-6).

3.11. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 5'de yer almaktadır.



Şekil 4. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde epilepsi hastası çocuklarda nöbet öz yeterliliğinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular sunuldu.

Tablo 2. Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n = 62)

Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max
Anne yaşı	38.80±5.30	30.00-50.00
Baba yaşı	41.69±6.00	30.00-55.00
Ailedeki çocuk sayısı	2.77±0.91	1.00-5.00
	n	%
Anne eğitim durumu		
İlkokul ve altı	13	21.0
Ortaokul	12	19.4
Lise	25	40.2
Üniversite ve üzeri	12	19.4
Baba eğitim durumu		
İlkokul ve altı	14	22.6
Ortaokul	16	25.8
Lise	22	35.5
Üniversite ve üzeri	10	16.1
Anne çalışma durumu		
Çalışıyor	18	29.0
Çalışmıyor	44	71.0
Baba mesleği		
Memur	12	19.4
İşçi	20	32.2
Serbest meslek	30	48.4
Gelir durum algısı		
Gelir giderden fazla	15	24.1
Gelir gidere eşit	26	41.9
Gelir giderden az	21	33.9
Aile tipi		
Çekirdek	44	71.0
Geniş	18	29.0
Yaşanılan yer		
İl	35	56.5
İlçe	27	46.5
Toplam	62	100

Tablo 2’de, ebeveynlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya dâhil edilen, epilepsili çocukların annelerin yaş ortalaması 38.80 ± 5.30 babaların yaş ortalaması 41.69 ± 6.00 ’dır. Ailedeki çocuk sayısı ortalaması ise 2.77 ± 0.91 ’dir. Annelerin %40.2’si lise mezunu olup %71.0’i çalışmamaktadır. Babaların ise %35.5’i lise mezunu olup %48.4’ü serbest meslek sahibidir. Ailelerin %41.9’unun gelirlerini giderine eşit algıladığını, %71.0’i çekirdek aile yapısında olduğunu, %56.5’i ilde yaşadıklarını belirtmiştir.

Tablo 3. Çocukların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n = 62)

Özellikler	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max
Çocuğun yaşı	11.67 $\pm$ 1.71	9-14
Devam ettiği sınıf	6.22 $\pm$ 2.09	3.00-9.00
	n	%
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	26	41.9
Erkek	36	58.1
Okul başarı durumu		
İyi	26	41.9
Orta	36	58.1
Ailede başka epilepsi hastası olma durumu		
Var	19	30.6
Yok	43	69.4
Ailede başka epilepsi olan bireyler(n=19)		
Anne ve baba	4	6.5
Kardeş	7	11.3
Diğer (dayı, teyze, amca, hala, kuzen)	8	12.8
Toplam	19	30.6
Toplam	62	100

Tablo 3’de çocukların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre çalışmaya katılan çocukların yaş ortalamaları 11.67 ± 1.71 olup, %58.1’inin erkek olduğu tespit edildi. Çalışma kapsamına alınan çocukların sınıf ortalamaları 6.22 ± 2.09 olup, %58.1’inin okul başarı durumlarının orta olduğu saptandı. Çocukların %69.4’ü ailesinde kendisi dışında epilepsili başka bir birey bulunmadığını belirtirken, % 30.6’sı ise

bulunduğunu belirtti. Ailesinde başka epilepsili olanların %12.8'inin diğer (dayı, teyze, amca, hala, kuzen) bireyler olduğu saptandı.

Tablo 4. Çocuğun hastalığına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=62)

Özellikler	n	%
Tanı süresi (ay)		
0-12 ay	22	35.5
13-24 ay	14	22.6
25-36 ay	9	14.5
37 ay ve üzeri	17	27.4
İlaç kullanma süresi (ay)		
0-12 ay	23	37.1
13-24 ay	14	22.6
25-36 ay	9	14.5
37 ay ve üzeri	16	25.8
İlaç kullanımını takip eden kişi		
Çocuğun kendisi	22	35.5
Aile(anne, baba, kardeş)	40	64.5
İlacı düzenli kullanma durumu		
Kullanıyor	39	62.9
Kullanmıyor	23	37.1
Düzenli kontrole gitme durumu		
Gidiyor	41	66.1
Gitmiyor	21	33.9
Hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olma durumu		
Evet	28	45,2
Hayır	34	54,8
Hastalık süresince destek alınan kişi/kişiler		
Anne ve baba	37	59.7
Kardeş	13	21.0
Diğer (arkadaş, öğretmen, akraba vb.)	12	19.1
Hastalığı ile ilgili bilgi kaynakları		
Doktor	40	64.5
Hemşire	12	19.4
İnternet	10	16.1
Toplam	62	100

Tablo 4’de hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre, çocukların %35.5’i 0-12 aydır epilepsi tanısına sahip olup, %37.1’i 0-12 aydır ilaç kullandıkları ve %37.1’inin düzenli ilaç kullanmadıkları belirlendi. Çocukların %64.5’i ilaç kullanımını ailelerinin, %35.5’i ise kendilerinin takip ettiğini belirtti. Araştırma kapsamına alınan çocukların %66.1’i düzenli kontrollere gittiklerini ve %54,8’i ise epilepsi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etti. Çocukların %59.7’si hastalık süresince anne ve babasından, %21.0’i kardeşten, %19.4’ü diğer (arkadaş, öğretmen, akraba vb.) bireylerden destek aldığını ve hastalığıyla ilgili bilgiyi %64.5’i doktor, %19.4’ü hemşire ve %16.1’i internetten aldığını ifade etti.

Tablo 5. Çocuğun hastalığının yaşantısını etkileme durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=62)

Özellikler	n	%
Aile, arkadaş ve okul ilişkilerini etkileme durumu		
Etkiledi	19	30.6
Etkilemedi	43	69.4
Arkadaşlar ile oyun oynamanı ve vakit geçirmesini kısıtlama durumu		
Kısıtladı	23	37.1
Kısıtlamadı	39	62.9
Spor faaliyetlerine katılımını kısıtlama durumu		
Kısıtladı	37	59.7
Kısıtlamadı	25	40.3
Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlama durumu		
Kısıtladı	10	16.1
Kısıtlamadı	52	83.9
Sosyal aktivitelere katılmanı kısıtlama durumu(sinema,tiyatro,konser,gezi vb.)		
Kısıtladı	37	59.7
Kısıtlamadı	25	40.3
Hastalığı ile ilgili duygusu		
Üzülüyorum	32	51.6
Öfkeleniyorum	20	32.3
Kendimi kötü hissediyorum	10	16.1
Toplam	62	100

Tablo 5’de çocuğun hastalığının yaşantısını etkileme durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya dahil edilen çocukların %30.6’sı epilepsinin aile, arkadaş ve okul ilişkilerini etkilediğini, %37.1’i arkadaşlarıyla oyun oynamasını ve vakit geçirmesini kısıtladığını, %59.7’si spor faaliyetlerine katılımını kısıtladığını, %16.1’i günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığını ve %59.7’si sosyal aktivitelere katılımını kısıtladığını belirtti. Çocukların hastalığına karşı %51.6’sı üzüldüğünü, %32.3’ü öfkelenildiğini ve %16.1’i ise kendini kötü hissettiğini ifade etti.

Tablo 6. Çocuğun nöbet öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=62)

Özellikler	n	%
En son nöbet geçirme zamanı (ay)		
0-6 ay içinde	28	45.2
7-12 ay içinde	21	33.9
13-24 ay içinde	13	21.0
Nöbet geçirmekten endişe duyma durumu		
Endişeleniyorum	38	61.3
Endişelenmiyorum	24	38.7
Olumsuz duyguların (üzüntü, öfke vb.) nöbeti başlatma durumu		
Evet	28	45.2
Hayır	34	54.8
Nöbet geçirmekten korkulan yer		
Kalabalık ortamlarda	19	30.6
Evde (tuvalet, banyo)	10	16.1
Oyun oynarken	14	22.6
Asansörde	7	11.3
Okulda	12	19.4
En son nöbetinde yanında bulunan ve destek olan kişi/kişiler		
Anne ve baba	40	64.5
Kardeş	10	16.1
Diğer (arkadaş, öğretmen, akraba vb.)	12	19.4
Toplam	62	100

Tablo 6’de Çocuğun nöbet öyküsüne ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre araştırmaya dahil edilen çocukların %45.2’si son 0-6 ay içinde, %33.9’u son 7-12 ay içinde, %21.0’i 13-24 ay içinde nöbet geçirdikleri belirlendi. Çocukların %61.3’ü

nöbet geçirmekten endişelendiğini, %45.2'sinin olumsuz duygularının nöbetini başlattığını ifade etti. Çalışmaya dahil edilen epilepsili çocukların %30.6'sı kalabalık ortamda, %22.6'sı oyun oynarken, %16.1'i evde (tuvalet, banyo), 19.4'ü okulda, %11.3'ü asansörde nöbet geçirmekten korktuğu belirlendi. Çocukların en son nöbetinde %64.5'ine ebeveynlerinin, %19.4'üne arkadaş veya öğretmenin ve %16.1'ine kardeşinin destek olduğu saptandı.

Tablo 7. Epilepsili çocukların SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=62)

	$\bar{X} \pm S_s$	Min-Max
SSES-C Toplam Puan	3.51 $\pm$.65	2.00-4.93
Nöbetin Bireysel Kontrolü	3.22 $\pm$.78	1.73-4.91
Nöbeti Kontrol Etmede Çevrenin Etkisi	4.33 $\pm$.56	2.25-5.00

Tablo 7'da epilepsili çocukların SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. SSES-C toplam puan ortalaması 3.51 $\pm$.65 olarak belirlendi. Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalaması 3.22 $\pm$.78, nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt puan ortalamasının 4.33 $\pm$.56 olduğu saptandı.

Tablo 8. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=62)

Özellikler	n	Nöbetin Bireysel Kontrolü ($\bar{X} \pm Ss$)	Nöbeti Kontrol Etmede Çevrenin Etkisi ($\bar{X} \pm Ss$)	SSES-C Toplam ($\bar{X} \pm Ss$)
Anne eğitim durumu				
İlkokul ve altı	13	3.02±.67	4.13±.68	3.31±.54
Ortaokul	12	3.14±.78	4.12±.64	3.40±.68
Lise	25	3.36±.90	4.43±.48	3.64±.76
Üniversite ve üzeri	12	3.22±.63	4.56±.38	3.58±.50
Test (KW)*/p değeri		.787/.852	6.431/.092	1.991/.574
Baba eğitim durumu				
İlkokul ve altı	14	3.14±.60	4.05±.64	3.38±.52
Ortaokul	16	3.14±1.02	4.31±.59	3.45±.83
Lise	22	3.22±.75	4.39±.53	3.53±.66
Üniversite ve üzeri	10	3.43±.68	4.62±.27	3.75±.51
Test (KW)*/p değeri		.946/.814	7.786/.051	2.352/.503
Anne çalışma durumu				
Çalışıyor	18	3.36±.72	4.50±.33	3.66±.58
Çalışmıyor	44	3.16±.80	4.26±.62	3.45±.68
Test (MU)**/p değeri		343.000/.410	322.500/.244	323.500/.260
Baba mesleği				
Memur	12	3.65±.64	4.52±.41	3.88±.53
İşçi	20	3.20±.74	4.26±.59	3.48±.66
Serbest meslek	30	3.05±.81	4.30±.59	3.39±.66
Test (KW)*/p değeri		5.444/.066	1.750/.417	5.670/.059
Aile tipi				
Geniş	18	3.07±.53	4.02±.66	3.32±.45
Çekirdek	44	3.28±.86	4.46±.46	3.59±.71
Test (MU)**/p değeri		333.500/.332	222.500/.096	290.000/.040
Gelir durum algısı				
Gelir giderden fazla	15	3.48±.84	4.51±.51	3.76±.69
Gelir gidere eşit	26	3.05±.75	4.30±.45	3.38±.61
Gelir giderden az	21	3.23±.75	4.23±.70	3.50±.67
Test (KW)*/p değeri		2.356/.308	3.400/.183	2.440/.295
Yaşanılan yer				
İl	35	3.35±.79	4.39±.56	3.62±.64
İlçe	27	3.05±.74	4.25±.56	3.37±.66
Test (MU)**/p değeri		378.000/.179	393.000/.249	373.500/.159

*KW: Kruskal Wallis Testi

**MU: Mann Whitney U Testi

Tablo 8’de Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; lise mezunu ($3.64 \pm .76$), çalışan anneye sahip olanların ($3.66 \pm .58$), üniversite ve üzeri mezunu ($3.75 \pm .51$), memur ($3.88 \pm .53$) babaya sahip olanların, çekirdek aile tipine sahip olanların ($3.59 \pm .71$), geliri giderinden fazla algılayanların ($3.76 \pm .69$) ve ilde yaşayanların ($3.62 \pm .64$) SSES-C ortalamaları yüksek bulundu. SSES-C toplam puan ile aile tipi ($MU=290.000/p=0.040$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Diğer bir ifadeyle çekirdek aile tipine sahip olan çocukların nöbetini kontrol etmede SSES-C toplam puanları yüksektir. Ancak SSES-C toplam puan ortalamaları ile ebeveynin eğitim durumu, anne çalışma durumu, baba mesleği, gelir durumu algısı ve yaşanan yer grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Çalışmaya katılanların nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; lise mezunu ($3.36 \pm .90$), çalışan anneye sahip olanların ($3.36 \pm .72$), üniversite ve üzeri mezunu ($3.43 \pm .68$), memur ($3.65 \pm .64$) babaya sahip olanların, çekirdek aile tipine sahip olanların ($3.28 \pm .86$), geliri giderinden fazla algılayanların ($3.48 \pm .84$) ve ilde yaşayanların ($3.35 \pm .79$) daha yüksek olduğu görüldü. Ancak nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu puan ortalaması ile anne ve baba eğitim durumu, anne çalışma durumu, baba mesleği, aile tipi, gelir durumu algısı ve yaşanan yer arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyut puan ortalaması incelendiğinde; anneleri üniversite mezunu olan ($4.56 \pm .38$) ve çalışanların ($4.50 \pm .33$), babaları üniversite ve üzeri eğitime sahip ($4.62 \pm .27$) ve memur ($4.52 \pm .41$) olanların, geniş aileye sahip olanların ($4.46 \pm .46$) ve ilde yaşayanların ($4.39 \pm .56$) daha yüksek olduğu bulundu.. Ancak nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puan ortalaması ile grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 9. Çocukların sosyodemografik özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=62)

Özellikler	n	Nöbetin Bireysel Kontrolü ($\bar{X} \pm Ss$)	Nöbeti Kontrol Etmede Çevrenin Etkisi ($\bar{X} \pm Ss$)	SSES-C Toplam ($\bar{X} \pm Ss$)
Çocuğun cinsiyeti				
Kız	26	3.24 $\pm$.73	4.25 $\pm$.58	3.51 $\pm$.62
Erkek	36	3.20 $\pm$.82	4.38 $\pm$.54	3.52 $\pm$.69
Test (MU)* /p değeri		442.000/.710	389.500/.253	466.500/.983
Okul başarı durumu				
İyi	26	3.43 $\pm$.75	4.34 $\pm$.52	4.40 $\pm$.65
Orta	36	3.07 $\pm$.77	4.32 $\pm$.61	3.66 $\pm$.64
Test (MU)* /p değeri		317.500/.032	459.000/.896	325.000/.041
Ailede başka epilepsi hastası bulunma durumu				
Var	19	3.35 $\pm$.80	4.13 $\pm$.66	3.64 $\pm$.68
Yok	43	2.90 $\pm$.63	4.42 $\pm$.49	3.23 $\pm$.52
Test (MU)* /p değeri		270.500/.035	291.000/.067	293.000/.040
Ailede başka epilepsi olan bireyler(n=19)				
Anne veya baba	4	2.93 $\pm$.08	4.56 $\pm$.23	3.36 $\pm$.06
Kardeş	7	2.61 $\pm$.87	4.10 $\pm$.59	3.00 $\pm$.71
Diğer(dayı,teyze,amca, hala,kuzen)	8	3.15 $\pm$.48	3.93 $\pm$.82	3.36 $\pm$.42
Test (KW)** /p değeri		6.485/.039	2.888/.236	5.030/.081

*MU: Mann Whitney U testi

**KW: Kruskal Wallis Testi

Tablo 9’de Çocukların sosyodemografik özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre erkek (3.52 $\pm$.69), okul başarısı iyi (4.40 $\pm$.65), ailede başka epilepsi hastası olanların (3.64 $\pm$.68) ve diğer (dayı, teyze, amca, hala, kuzen) epilepsi olanların (3.36 $\pm$.42) SSES-C toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü. SSES-C toplam puan ortalamaları ile okul başarı durumu (MU=325.000/p=0.041) ve ailede epilepsi hastası olma durumu (MU=293.000/p=0.040) grupları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0.05). Diğer bir ifadeyle okul başarısı iyi olanların orta olanlara göre nöbet öz yeterlilik toplam puanları daha yüksektir bununla birlikte ailesinde epilepsi hastası bulunan çocukların bulunmayanlara göre nöbet öz yeterlilik toplam puanı yüksek bulunmuştur.

Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; kızların (3.24 $\pm$.73), okul başarısı iyi olanların (3.43 $\pm$.75), ailede epilepsi hastası olanların (3.35 $\pm$.

80), ailedeki diğer (dayı, teyze, amca, hala, kuzen) epilepsili olanların ($3.15 \pm .48$) daha yüksek bulundu. Nöbetin bireysel kontrolü puan ortalamaları ile okul başarısı iyi olanların ($MU=317.500/p=0.032$), ailesinde başka epilepsi hastası olanların ($MU=270.500/p=0.035$) ve ailedeki epilepsi hastası bireyle akrabalık derecesi grupları arasında ($KW=6.485/p=0.039$) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Ailedeki epilepsi hastası bireyle akrabalık derecesi grupları arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tamhane Post Hoc testinde farkın kardeş ve diğer grubundan kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$). Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalaması ile cinsiyet grupları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu incelendiğinde; erkek epilepsi hastası olanların ($4.38 \pm .54$), okul başarısı iyi olanların ($4.34 \pm .52$), ailesinde başka epilepsi hastası bulunmayanların ($4.42 \pm .49$), anne veya babası epilepsi olanların ($4.56 \pm .23$) daha yüksek olduğu saptandı. Ancak nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu toplam puan ortalaması ile cinsiyet, okul başarı durumu, ailede başka epilepsi hastası olma durumu ve ailedeki epilepsili bireyle akrabalık derecesi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 10. Çocuğun hastalığına ilişkin özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=62)

Özellikler	n	Nöbetin Bireysel Kontrolü ($\bar{X} \pm Ss$)	Nöbeti Kontrol Etmede Çevrenin Etkisi ($\bar{X} \pm Ss$)	SSES-C Toplam ($\bar{X} \pm Ss$)
Tanı süresi (ay)				
0-12 ay	22	3.16 $\pm$.71	4.40 $\pm$.48	3.49 $\pm$.59
13-24 ay	14	2.84 $\pm$.68	4.05 $\pm$.69	3.16 $\pm$.56
25-36 ay	9	3.30 $\pm$.91	4.25 $\pm$.68	3.55 $\pm$.83
37 ay ve üzeri	17	3.56 $\pm$.77	4.51 $\pm$.39	3.81 $\pm$.62
Test (KW)**/p değeri		5.993 $\pm$.112	6.49 $\pm$.090	8.121$\pm$.044
İlaç kullanma süresi (ay)				
0-12 ay	23	3.17 $\pm$.70	4.42 $\pm$.47	3.50 $\pm$.58
13-24 ay	14	2.92 $\pm$.82	4.05 $\pm$.69	3.22 $\pm$.67
25-36 ay	9	3.30 $\pm$.91	4.25 $\pm$.68	3.55 $\pm$.83
37 ay ve üzeri	16	3.50 $\pm$.74	4.50 $\pm$.40	3.76 $\pm$.60
Test (KW)**/p değeri		3.990 $\pm$.263	6.19 $\pm$.102	5.926 $\pm$.115
İlaç kullanımını takip eden kişi				
Çocuğun kendisi	22	3.46 $\pm$.71	4.44 $\pm$.58	3.72 $\pm$.60
Aile(anne, baba, kardeş)	40	3.08 $\pm$.79	4.27 $\pm$.55	3.40 $\pm$.66
Test (MU)*/p değeri		300.500/.040	343.500/.147	313.000/.061
İlacı düzenli kullanma durumu				
Kullanıyor	39	3.40 $\pm$.75	4.37 $\pm$.57	3.66 $\pm$.63
Kullanmıyor	23	2.90 $\pm$.74	4.27 $\pm$.54	3.27 $\pm$.64
Test (MU)*/p değeri		296.000/.026	379.500/.304	312.000/.046
Düzenli kontrole gitme durumu				
Gidiyor	41	3.13 $\pm$.77	4.32 $\pm$.53	3.45 $\pm$.65
Gitmiyor	21	3.38 $\pm$.78	4.34 $\pm$.62	3.64 $\pm$.66
Test (MU)*/p değeri		375.000/.408	413.000/.790	392.000/.566
Hastalık süresince destek alınan kişi/kişiler				
Anne ve baba	37	3.34 $\pm$.81	4.39 $\pm$.43	3.62 $\pm$.68
Kardeş	13	3.14 $\pm$.77	4.61 $\pm$.26	3.53 $\pm$.61
Diğer(arkadaş, öğretmen, akraba)	12	2.90 $\pm$.60	3.85 $\pm$.83	3.16 $\pm$.52
Test (KW)**/p değeri		3.068/.216	8.432/.015	5.079/.079
Hastalığı ile ilgili bilgi kaynakları				
Doktor	40	3.30 $\pm$.83	4.43 $\pm$.51	3.60 $\pm$.70
Hemşire	12	3.00 $\pm$.61	4.39 $\pm$.32	3.37 $\pm$.50
İnternet	10	3.16 $\pm$.72	3.87 $\pm$.77	3.35 $\pm$.60
Test (KW)**/p değeri		1.688/.430	6.445/.040	2.566/.277
Hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olma durumu				
Evet	28	3.27 $\pm$.70	4.42 $\pm$.35	3.58 $\pm$.57
Hayır	34	3.17 $\pm$.84	4.25 $\pm$.68	3.46 $\pm$.72
Test (MU)*/p değeri		438.500/.595	461.000/.828	421.500/.440

*MU: Mann Whitney U testi

**KW: Kruskal Wallis Testi

Tablo 10’da çocuğun hastalığına ilişkin özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; tanı süresi 37 ay ve üzeri olanların ($3.81 \pm .62$), ilaç kullanma süresi 37 ay ve üzeri olanların ($3.76 \pm .60$), ilaç kullanımını kendi takip edenlerin ($3.72 \pm .60$), düzenli ilaç kullananların ($3.66 \pm .63$), düzenli kontrole gitmeyenlerin ($3.64 \pm .66$), hastalık sürecinde anne ve babadan destek alanların ($3.62 \pm .68$), doktor tarafından bilgilendirilenlerin ($3.60 \pm .70$) ve hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin ($3.58 \pm .57$) daha yüksek bulundu. SSES-C puan ortalamaları ile tanı süresi ($KW=8.121 \pm p=0.044$) ve düzenli ilaç kullanma durumu ($MU=312.000/p=0.046$) grupları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Tanı süresi grupları arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tamhane Post Hoc testinde tanı süresi 13-24 ay olanlar ile 37 ay ve üstü olanlar arasında olduğu belirlendi ($p<0.05$). Diğer bir ifadeyle tanı süresi 37 ay ve üstü olanların 13-24 ay olanlara göre SSES-C toplam puanları yüksek bulunmuştur. İlaç kullanma durumunda, ilaçlarını düzenli kullananların kullanmayanlara göre SSES-C toplam puanları daha yüksek bulundu. SSES-C puan ortalamaları ile ilaç kullanma süresi, ilaç kullanımını takip etme, düzenli kontrole gitme, hastalık sürecinde destek alınan kişi/kişiler, hastalıkla ilgili bilgi kaynakları, hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olma durumu grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; ilaç kullanımını kendileri takip edenlerin ($3.46 \pm .71$), ilaçlarını düzenli kullananların ($3.40 \pm .75$), kontrole düzenli gitmeyenlerin ($3.38 \pm .78$), anne veya babasından destek alanların ($3.34 \pm .81$), hastalığı ile ilgili bilgiyi doktordan alanların ($3.30 \pm .83$) ve hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin ($3.27 \pm .70$) daha yüksek bulundu. Nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu puan ortalamaları ile ilaç kullanımını kendileri takip edenlerin ($MU= 300.500/.040$) aileleri takip edenlere göre ve ilaçlarını düzenli kullananların ($296.000/.026$), kullanmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$). Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalaması ile düzenli kontrole gitme, hastalık süresince destek alınan kişi/kişiler, epilepsi bilgi kaynakları, yeterli bilgi düzeyine sahip olma arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; ilaç kullanımını kendi takip edenlerin ($4.44 \pm .58$), düzenli ilaç kullananların ($4.37 \pm .57$), düzenli kontrole gitmeyenlerin ($4.34 \pm .62$), hastalık sürecinde kardeşinden destek alanların ($4.61 \pm .26$), hastalığı ile ilgili bilgiyi doktordan alanların ($4.43 \pm .51$), hastalığı ile

ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin (8.432 ± 0.015) daha yüksek olduğu bulundu. Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyut puan ortalamaları ile hastalık süresince destek alınan kişi/kişiler ($KW=8.432/p=0.015$) ve hastalığı ile ilgili bilgi kaynakları grupları arasında ($KW=6.445/p=0.040$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Çocuğun destek aldığı kişi/kişiler grubunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tamhane Post Hoc testinde farkın kardeş grubu ile diğer grup arasından kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.05$). Diğer bir ifade ile kardeşten destek alan çocukların nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanları yüksektir. Hastalığı ile ilgili bilgi kaynakları grubunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Tamhane Post Hoc testinde doktor ile internet grubu arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edildi. Diğer bir ifadeye göre doktordan bilgi alan çocukların nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanları yüksektir ($p<0.05$). Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puan ortalamaları ile ilaç kullanımını takip eden kişi, düzenli ilaç kullanma durumu, düzenli kontrole gitme durumu ve yeterli bilgiye sahip olma durumu grupları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$) .

Tablo 11. Çocuğun hastalığının yaşantısını etkileme durumu ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=62)

Özellikler	n	Nöbetin Bireysel Kontrolü ($\bar{X} \pm Ss$)	Nöbeti Kontrol Etmede Çevrenin Etkisi ($\bar{X} \pm Ss$)	SSES-C Toplam ($\bar{X} \pm Ss$)
Aile, arkadaş ve okul ilişkilerini etkileme durumu				
Etkiledi	19	3.31 $\pm$.77	4.36 $\pm$.48	3.59 $\pm$.64
Etkilemedi	43	3.01 $\pm$.77	4.26 $\pm$.72	3.34 $\pm$.67
Test (MU)*/p değeri		316.500/.159	398.500/.876	320.000/.176
Arkadaş ile oyun oynama ve vakit geçirmesini kısıtlama durumu				
Kısıtladı	23	3.54 $\pm$.68	4.33 $\pm$.65	3.75 $\pm$.59
Kısıtlamadı	39	3.03 $\pm$.78	4.33 $\pm$.51	3.37 $\pm$.66
Test (MU)*/p değeri		274.000/.011	416.000/.628	309.000/.042
Spor faaliyetlerine katılımını kısıtlama durumu				
Kısıtladı	37	3.52 $\pm$.70	4.35 $\pm$.51	3.73 $\pm$.62
Kısıtlamadı	25	3.01 $\pm$.77	4.30 $\pm$.63	3.37 $\pm$.65
Test (MU)*/p değeri		298.000/.018	443.500/.781	320.500/.041
Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlama durumu				
Kısıtladı	10	2.82 $\pm$.54	4.40 $\pm$.37	3.24 $\pm$.44
Kısıtlamadı	52	3.29 $\pm$.80	4.32 $\pm$.59	3.57 $\pm$.68
Test (MU)*/p değeri		175.500/.105	254.000/.907	180.000/.125
Sosyal aktivitelere katılımını kısıtlama durumu (sinema, tiyatro, konser, gezi vb)				
Kısıtladı	37	3.59 $\pm$.78	4.35 $\pm$.45	3.78 $\pm$.69
Kısıtlamadı	25	2.97 $\pm$.68	4.30 $\pm$.70	3.34 $\pm$.73
Test (MU)*/p değeri		260.000/P<0.01	436.500/.703	297.000/.017
Hastalığı ile ilgili duygusu				
Üzülüyorum	32	3.07 $\pm$.84	4.28 $\pm$.61	3.39 $\pm$.71
Öfkeleniyorum	20	3.48 $\pm$.62	4.41 $\pm$.50	3.73 $\pm$.55
Kendimi kötü hissediyorum	10	3.15 $\pm$.80	4.35 $\pm$.54	3.47 $\pm$.63
Test (KW)**/p değeri		4.043/.132	.490/.783	3.828/.148

*MU: Mann Whitney U testi

**KW: Kruskal Wallis Testi

Tablo 11’da çocuğun hastalığının yaşantısını etkileme durumu ile SSES-C toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımının karşılaştırılması yer almaktadır. Toplam puan ortalamaları incelendiğinde; aile, arkadaş, okul ilişkileri etkilenenleri (3.59 $\pm$.64), arkadaşlarla oyun oynama ve vakit geçirmesi kısıtlananların (3.75 $\pm$.59), spor faaliyetlerine katılımını kısıtlananların (3.73 $\pm$.62), günlük yaşam aktiviteleri

kısıtlanmayanların ($3.57 \pm .68$), sosyal aktivitelere katılımı kısıtlananların ($3.78 \pm .69$) ve hastalığına öfkelenenlerin ($3.73 \pm .55$) daha yüksek bulundu. SSES-C puan ortalamaları ile arkadaşlarıyla oyun oynama, vakit geçirmesinin kısıtlanma durumu ($MU=309.000/p=0.042$), spor faaliyetlerine katılımı kısıtlama durumu ($MU=320.500/p=0.041$) ve sosyal aktivitelere katılımının kısıtlanma durumu ($MU=297.000/p=0.017$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$). SSES-C puan ortalamaları ile aile, arkadaş ve okul ilişkisinin etkilenme durumu, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanma durumu ve hastalığıyla ilgili hissettiği duygu grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalaması incelendiğinde: aile, arkadaş ve okul ilişkileri etkilenen ($3.31 \pm .77$), arkadaşla oyun oynama ve vakit geçirmesi kısıtlanan ($3.54 \pm .68$), spor faaliyetlerine katılımı kısıtlanan ($3.52 \pm .70$), günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanan ($3.29 \pm .80$), sosyal aktivitelere katılımı kısıtlanan ($3.59 \pm .78$), epilepsi hastalığına öfkelenenlerin ($3.48 \pm .62$) daha yüksek bulundu. Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalamaları ile arkadaş ile oyun oynama ve vakit geçirme durumu ($MU=274.000/p=0.011$), spor faaliyetlerine aktif katılma durumu ($MU=298.000/p=0.018$) ve sosyal aktivitelere katılımının kısıtlanma durumu ($MU=260.000/p<0.01$) grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$). Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalaması ile aile, arkadaş ve okul ilişkilerini etkileme durumu, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlanma durumu ve duygusal olarak hastalığı algılama durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.005$).

Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; aile, arkadaş ve okul ilişkileri etkilenenlerin ($4.36 \pm .48$), arkadaşla oyun oynama ve vakit geçirmesi kısıtlananların ($4.33 \pm .65$), spor faaliyetlerine aktif katılımı kısıtlananların ($4.35 \pm .51$), günlük yaşam aktivitelerini kısıtlananların ($4.40 \pm .37$), sosyal aktivitelere katılımı kısıtlananların ($4.35 \pm .45$), hastalığına öfkelenenlerin ($4.41 \pm .50$) daha yüksek olduğu saptandı. Ancak nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyut puan ortalamaları ile arkadaş, aile ve okul ilişkilerini etkileme durumu, arkadaşlarıyla oyun oynama ve vakit geçirmesini kısıtlama durumu, spor faaliyetlerine aktif katılımını kısıtlama durumu, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlama durumu, sosyal aktivitelere katılımını kısıtlama durumu ve duygusal olarak hastalığı algılama durumu arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 12. Çocuğun nöbet öyküsüne ilişkin özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=62)

Özellikler	n	Nöbetin Bireysel Kontrolü ($\bar{X} \pm Ss$)	Nöbeti Kontrol Etmede Çevrenin Etkisi ($\bar{X} \pm Ss$)	SSES-C Toplam ($\bar{X} \pm Ss$)
En son nöbet geçirme süresi (ay)				
Son 0-6 ay içinde	28	3.09 $\pm$.69	4.24 $\pm$.66	3.39 $\pm$.59
Son 7-12 ay içinde	21	3.04 $\pm$.71	4.28 $\pm$.48	3.37 $\pm$.61
13-24 ay içinde	13	3.79 $\pm$.85	4.61 $\pm$.33	4.01 $\pm$.67
Test (KW)* /p değeri		6.813/.033	5.307/.070	7.275/.026
Nöbet geçirmekten endişelenme durumu				
Endişeleniyorum	38	3.07 $\pm$.77	4.24 $\pm$.64	3.38 $\pm$.66
Endişelenmiyorum	24	3.45 $\pm$.74	4.47 $\pm$.36	3.73 $\pm$.61
Test (MU)** /p değeri		320.000/.079	379.500/.259	318.500/.067
Olumsuz duyguların (üzüntü, öfke vb.) nöbeti başlatma durumu				
Evet	28	3.04 $\pm$.72	4.25 $\pm$.56	3.36 $\pm$.63
Hayır	34	3.36 $\pm$.80	4.40 $\pm$.55	3.64 $\pm$.65
Test (MU)** /p değeri		364.000/.113	384.000/.184	369.500/.132
Nöbet geçirmekten korktuğun yer				
Kalabalık ortamlarda	19	3.20 $\pm$.72	4.43 $\pm$.49	3.53 $\pm$.61
Evde (tuvalet, banyo)	10	3.21 $\pm$.89	4.27 $\pm$.46	3.50 $\pm$.75
Oyun oynarken	14	3.28 $\pm$.84	4.26 $\pm$.66	3.54 $\pm$.68
Asansörde	7	2.97 $\pm$.62	4.28 $\pm$.39	3.32 $\pm$.52
Okul	12	3.31 $\pm$.87	4.33 $\pm$.73	3.58 $\pm$.77
Test (KW)* /p değeri		1.284/.864	2.340/.674	.864/.930
Son nöbetinde yanında bulunan destek alınan kişi/kişiler				
Anne ve baba	40	3.10 $\pm$.82	4.28 $\pm$.59	3.42 $\pm$.69
Kardeş	10	3.30 $\pm$.54	4.25 $\pm$.62	3.55 $\pm$.46
Diğer(arkadaş, öğretmen, akraba vb.)	12	3.53 $\pm$.77	4.58 $\pm$.28	3.81 $\pm$.62
Test (KW)* /p değeri		3.106/.212	3.034/.219	3.238/.198

*KW: Kruskal Wallis Testi

**MU: Mann Whitney U testi

Tablo 12’de çocuğun nöbet öyküsüne ilişkin özellikleri ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre; en son 13-24 ay içinde nöbet geçirenlerin (4.01 $\pm$.67), nöbet geçirmekten endişelenmeyenlerin (3.73 $\pm$.61), olumsuz duyguların nöbeti başlatmayanların (3.64 $\pm$.65), okulda nöbet geçirmekten korkanların (3.58 $\pm$.77), son nöbetinde diğer grubundan (arkadaş, öğretmen, akraba vb.)

destek alanların ($3.81 \pm .62$) daha yüksek bulundu. SSES-C puan ortalamaları ile en son nöbet geçirme zamanı ($KW=7.275/p=0.026$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$). SSES-C puan ortalamaları ile olumsuz duyguların nöbeti başlatma durumu, nöbet geçirmekten endişelenme durumu, nöbet geçirmekten korkulan yer, son nöbetinde yanında bulunan ve destek alınanlar grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalaması incelendiğinde: en son 13-24 ay içinde nöbet geçirenlerin ($3.79 \pm .85$), nöbet geçirmekten endişelenmeyenlerin ($3.45 \pm .74$), olumsuz duygularla nöbeti başlamayanların ($3.36 \pm .80$), okulda nöbet geçirmekten korkanların ($3.31 \pm .87$), son nöbetinde diğer grubunda (arkadaş, öğretmen, akraba vb.) destek alanların ($3.53 \pm .77$) daha yüksek olduğu saptandı. Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalamaları ile en son nöbet geçirme zamanı ($KW=6.813/p=0.033$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$). Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalaması ile olumsuz duyguların nöbeti başlatma durumu, nöbet geçirmekten endişelenme durumu, nöbet geçirmekten korkulan yer, son nöbetinde yanında bulunan destek alınanlar grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; en son 13-24 ay içinde nöbet geçirenlerin ($4.61 \pm .33$), nöbet geçirmekten endişelenmeyenlerin ($4.47 \pm .36$), olumsuz duygularla nöbeti başlamayanların ($4.40 \pm .55$), kalabalık ortamda nöbet geçirmekten korkanların ($4.43 \pm .49$), son nöbetinde diğer grubundan (arkadaş, öğretmen, akraba vb.) destek alanların ($4.58 \pm .28$) daha yüksek olduğu saptandı. Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt puan ortalamaları ile en son nöbet geçirme süresi, nöbet geçirmekten endişelenme durumu, olumsuz duyguların nöbeti başlatma durumu, nöbet geçirmekten korkulan yer, son nöbetinde yanında bulunan destek alınanlar grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 13. Epilepsili çocukların SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki (n=62)

	Nöbetin Bireysel Kontrolü		Nöbeti Kontrol Etmede Çevrenin Etkisi		SSES-C Toplam	
	r	p	r	p	r	p
Çocuğun yaşı	0.520	p<0.001	0.315	0.006	0.513	p<0.001
Anne yaşı	-0.171	0.092	-0.330	0.004	-0.263	0.019
Baba yaşı	-0.110	0.178	-0.312	0.007	-0.211	0.050
Ailedeki çocuk sayısı	-0.185	0.076	-0.554	p<0.001	-0.297	0.010

r=rho değeri

Tablo 13’de epilepsili çocuklara ait bazı değişkenler ile SSES-C toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Buna göre; nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu ile çocuğun yaşı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r= 0.52, p<0.001).

Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanı ile çocuğun yaşı arasında pozitif yönlü orta düzeyde (r= 0.31, p<0.006), ailedeki çocuk sayısı arasında negatif yönlü orta düzeyde (r= -0.55, p<0.001), anne yaşı (r= -0.33, < 0.004) ve baba yaşı (r= -0.31, p<0.007) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

SSES-C toplam puanı ile çocuğun yaşı arasında pozitif yönlü orta düzeyde (r= 0.51, p<0.001), ailedeki çocuk sayısı arasında negatif yönlü düşük düzeyde (r= -0.29, p<0.010) ve anne yaşı (r= -0.26, p<0.019) arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Epilepsi, doğuştan ve sonradan edinilmiş bozukluklardan kaynaklanan santral sinir sistemi işlevsizliğinin neden olduğu, tekrarlayan nöbetlerle seyreden, çocukluk ve ergenlik döneminde en yaygın görülen kronik nörolojik bir hastalıktır (126, 84, 190). Dünyada 15 yaş altında 10.5 milyon, toplamda 65 milyon kişinin epilepsi hastası olduğu bildirilmektedir. Epilepsinin yaklaşık %50'si 5 yaşın altında, %75'i 20 yaş altında görülmektedir (191).

Epilepsi tedavisinin temel hedeflerinden biri de başarılı bir nöbet yönetimidir (192). Öz yeterlik; bireyin olası sorunlar ile baş edebilmek için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi yapabildiğine ilişkin algısı olarak tanımlanır. Epilepside ilacını düzenli kullanma, nöbeti tetikleyen durumlardan uzak durma, yeterli beslenme, dinlenme ve stres ile başa çıkmak öz yeterlilik olarak tanımlanmaktadır (193, 194). Literatürde epilepsili çocuklarda nöbet öz yeterliliğine ilişkin çalışmalara az rastlanmaktadır. Bu yönden çalışmamız literatüre önemli katkı sağlayacaktır. Bu çalışma 8-17 yaş arası epilepsi hastası çocuklarda nöbet öz yeterlilik düzeyini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmaya dâhil edilen çocukların SSES-C'nin toplam puan ortalamaları $3.51 \pm .65$ (orta) olarak bulundu. Ulusal literatürde ki çalışmalarda SSES-C puan ortalamaları bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde 3.02-3.8 arasında değişmektedir (10, 16-18). Uluslararası literatürdeki çalışmalarda ise epilepsili çocukların SSES-C'nin puan ortalamalarının en düşük 4.1 olduğu belirtilmekte ve ulusal literatürdeki çalışmalara göre öz yeterliliklerinin yüksek olduğu görülmektedir (13, 183, 195). SSES-C'den alınan puanın yüksek olması nöbet öz yeterlilik düzeyinin güçlü olduğu, nöbetini iyi yönetebildiğini ve hastalıkla baş edebildiği, yaşam kalitesinin arttığı, nöbet sıklığının azaldığı, nöbeti tetikleyen faktörlerden kaçınıldığı, düzenli ilaç kullanıldığı anlamına gelmektedir (13, 20, 195, 196). Ulusal literatürdeki nöbet öz yeterliliği çalışmalarında ve bu çalışmada SSES-C puan ortalamaları orta düzeyde nöbet öz yeterlilik olduğunu göstermektedir. Orta ve düşük düzeyde nöbet öz yeterliliğinin olması çocukların hastalığın yönetiminde zorlanmalarına, daha düşük tedavi uyumuna, düşük öz benlik algısına, anksiyeteye ve depresyona neden olabilmektedir. Bu da nöbet öz yeterliliğinin hastalıkla baş edebilmede ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Hemşire çocuğa vereceği destekleyici eğitimler ile hastalığa, tedaviye uyumunu arttıracak, yanlış davranışların yerine doğru ve istendik davranışların

sergilenmesine böylece nöbet öz yeterlilik düzeyinin yükselmesine katkı sağlayacaktır (16-19) (Tablo 7).

Bu çalışmada çocukların nöbet öz yeterliliklerini etkileyen ebeveynlere ait sosyo demografik özelliklerden yalnızca aile tipinin etkili olduğu görüldü. Çekirdek aileye sahip olan çocukların nöbet öz yeterliliklerinin yüksek olduğu bulundu. Çekirdek aile tipinde ailede ki kişi sayısı azdır. Bu sebeple aile çocukla daha yakın ilgilenebilecek, hastalığa uyumuna, nöbeti yönetebilmesine destek olabilecek ve böylece öz yeterlilik düzeyinin yükselmesine katkı sağlayabilecektir. Ulusal literatürdeki bir çalışma bu çalışmanın bulgusu ile benzerlik göstermektedir (16). Başka bir çalışmada ise aile tipi ile nöbet öz yeterliliği arasında bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (18) Çalışmada ebeveynlere ait sosyo demografik özellikler (anne ve baba eğitim durumu, anne çalışma durumu, baba mesleği, gelir durumu ve yaşanılan yer) çocukların nöbet öz yeterliliğini etkilemediği saptandı. Literatürde ebeveynlerin sosyo demografik özelliklerin çocuğun öz yeterliliklerini doğrudan etkileyip etkilemediğini belirleyen çalışmaya ulaşılamadı (Tablo 8).

Çalışmada nöbet öz yeterliliğini etkileyen çocuğa ait en önemli sosyo-demografik özellikler arasında okul başarı durumu ve ailede başka epilepsi hastası bulunma durumu olduğu görüldü. Okul başarısı iyi olan çocukların nöbet öz yeterlilik düzeyleri artmaktadır Bu çalışmaya benzer şekilde Güven ve İşler'in 2013, Güven ve İşler'in 2018 de yaptıkları çalışmalarda okul başarısı orta ve iyi olanların nöbet öz yeterliliklerinin arttığı bulundu (16, 18) (Tablo 9).

Çalışmada ailesinde başka epilepsi hastası bulunan çocukların nöbet öz yeterlilik düzeyi yüksek bulundu. Turan (2015) çalışmasında ailesinde epilepsi öyküsü olan çocukların nöbet öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmekte ve çalışmanın bu bulgusu ile benzerlik göstermektedir (17). Ailede epilepsi hastası bulunan çocukların yaptığı gözlemler hastalığa aşına olmasına, nöbeti tanıyıp daha iyi uyum sağlayarak öz yeterliliğini olumlu etkilemektedir. Turan'ın ve bu çalışmanın aksine başka bir çalışmada ailesinde epilepsi hastası bulunmayan çocukların nöbet öz yeterliliğinin yüksek olduğu belirtilmektedir (18) (Tablo 9).

Çalışmada nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu ortalama puanı ile okul başarısı iyi olanlar, ailede başka epilepsi tanısı olan çocuklar ve ailedeki diğer epilepsili bireyler (dayı, amca, teyze, hala) arasında anlamlı ilişki vardır. Bireysel alt boyuta göre okul başarısı yüksek olanlar nöbetin bireysel kontrolünü iyi sağlamaktadır. Ailedeki diğer epilepsi

hastası bireyin çocuğa hastalıkla ilgili destek olup örnek teşkil etmeleri yönünden öz yeterlilik düzeyini olumlu etkilemektedir. Çalışmadan farklı olarak Güven'in (2013) yaptığı çalışmada ailesinde başka epilepsi hastası olmayanlar ile nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur (16) (Tablo 9).

Çocuğun sosyodemografik özelliklerinden erkeklerin ve ailedeki başka epilepsi olan diğer bireylerin (dayı, amca, teyze, hala, kuzen) nöbet öz yeterlilik toplam puanları yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 9).

İncelenen literatürde ailede epilepsi öyküsü oranının %23- 24 olduğu gösterilmektedir (197, 198). Ayrıca literatürde epilepsilerin %40-60'ının etyolojisinde genetik faktörlerin etkili olduğu vurgulanmaktadır (199). Çalışmamızda da ailede başka epilepsili birey varlığı %30.6 olarak bulunmuş literatürle uyumluluk göstermektedir. Bu sonuçlar epilepsinin genetik faktörlerin önemli bir etkisi olduğunu güçlendirmektedir.

Bu çalışmada çocuğun hastalığına ilişkin özelliklerinden ilaç kullanımını kendisi takip eden, düzenli kontrole gitmeyen, hastalık süresince anne ve babasından destek alanların, bilgi kaynağı doktor olanların, hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olanların nöbet öz yeterlilik toplam puanı yüksek fakat anlamlı bulunmamıştır. Çalışmada ilacını düzenli kullanma durumu ile nöbet öz yeterliliği toplam puanı arasında anlamlı bir fark vardır. Diğer bir ifadeyle ilacını düzenli kullananların düzenli kullanmayanlara göre nöbet öz yeterlilik düzeyi yüksektir. Literatürde de çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Adadioğlu (2019) yaptığı çalışmada epilepsili bireylerin düzenli ilaç kullanma durumları ile öz yeterlilik toplam puanı karşılaştırıldığında ilaçlarını düzenli kullanan hastaların kullanmayanlara göre toplam ölçek puanının yüksek olduğu belirtilmiştir (200). Chen ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında düzenli ilaç kullananların nöbet öz yeterlik puanları anlamlı derecede yüksek bulunduğu ifade edilmiştir (14). Düzenli ilaç kullanımı tekrarlayan nöbet riskini azaltırken hastaneye yatışları engeller (201). Sağlık bakım hizmetlerinin gelişmiş olması, çocuk ve ailenin epilepsi hakkında hemşire tarafından yeterli bilgilendirilmesi düzenli ilaç kullanımını etkileyerek hastalıkla daha etkili baş etmesini sağlayacak ve çocuğun nöbet öz yeterlilik düzeyini arttıracaktır. Tedaviye uyumun temel bileşenlerinden biri olan ilacın zamanında kullanılmasıdır. Düzenli ilaç kullanımı nöbet sayısını azaltırken hastaneye yatma olasılığını düşürür ve kendine güveninin artmasına neden olur. Çocuk böylece iyi bir hastalık yönetimi sağlayarak yaşam kalitesini artırır ve nöbet öz yeterlilik düzeyini yükseltir. Kahraman ve Bolışık (2014) yaptıkları çalışmada epilepsili çocukların %95'inin ilaçlarını düzenli kullandığını ifade

ettiği belirlenmiştir (202). Ersun'un çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuş, çocukların %91.5'inin ilaçlarını düzenli kullandığı belirtilmiştir (203). Acaroğlu (2016) çalışmasında hastaların %59.1'inin ilaçlarını düzenli kullandığı sonucu bulunmuştur (204). Çalışmamızda çocukların %62.9'u ilaçlarını düzenli kullandığını sonucu yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Literatürde çalışmamızla ters düşen çalışmalarda vardır. Bunlar antiepileptik tedavi alan çocukların yaklaşık %60'ında ilaçların reçete edildiği şekilde alınmadığını belirtmektedirler (205-207) (Tablo 10).

Çalışmamızda çocuğun hastalığına ilişkin özelliklerinde, nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu ile ilaç kullanımını kendisi takip edenler ve ilacını düzenli kullananlar arasındaki fark yüksek fakat anlamı değildir. Diğer bir ifadeyle ilaç kullanımını kendisi takip edenler ile ilacını düzenli kullananların nöbet öz yeterlilikleri yüksektir. Literatürde de bizim çalışmamızla örtüşen sonuçlar bulunmaktadır. Benzer şekilde Güven ve İşler'in çalışmasında ilaç kullanımını kendisi takip edenler ile nöbet öz yeterlilik bireysel kontrol alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. İlaç kullanımını kendisi takip edenlerin ölçek toplam puanı daha yüksek bulunmuştur (16). Nöbet öz yeterlilikleri yüksek olanların hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olup ilaçlarının kullanımını kendilerinin düzenli takip ettiği, hastalığa uyumlu olduğu ve nöbet kontrolünü sağlayabildiği söylenebilir (Tablo 10).

Çalışmamızda nöbetin çevresel kontrolü alt boyutu puan ortalaması ile hastalık süresince anne ve babasından destek alanlar, hastalığı ile bilgi kaynağı doktor olanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmada elde edilen bulgular literatür ile paralellik göstermektedir. Farklı ülkelerde yapılan (Kore, Amerika,İspanya) çalışmalar incelendiğinde, sosyal desteği olan bireylerin öz yeterliliklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (208-210). Adadioğlu (2019) çalışmasında aile desteği alan bireylerin, almayan bireylere göre genel öz yeterlik puanının yüksek olduğunu belirtmiştir (200). Çocuk ve adölesanlar aile desteği ile kendi tedavisine katılması ve hastalığı kabullenmesi desteklenerek ; hastalığı tanınması, uyum göstermesi, yönetebilmesi, düzenli ilaç kullanması sağlanarak nöbet öz yeterliliği yükseltilebilir (Tablo 10).

Çalışmamızda hastalıkla ilgili bilgi kaynağı nöbet öz yeterlilik puan ortalamasıysa yüksek düzeyde anlamlı olarak doktor bulunmuştur. Çocukların yarıdan fazlasının bilgi kaynağı doktor olarak saptandı. Literatürde Çelik (2017) çalışmasında yarıdan fazlasının bilgi kaynağının doktor olduğunu saptamıştır (211). Çalışmamızdan farklı olarak Çoşkun (2005) de epilepsili çocuğa bulunan anne babaların yaşam kalitesini incelediği

çalışmasında annelerin % 61.9'unun epilepsi ve ilaçlarla ilgili bilgi almadığı, bilgi alanların ise % 62.5'inin aldıkları bilgiyi yeterli bulmadığı, babaların % 64.0'ının bilgi almadığı, bilgi alanların ise % 55.5'i aldıkları bilgiyi yetersiz buldukları belirlenmiştir (212). Buna göre hasta bilgilendirme ağırlıklı olarak hekim kontrolünde yürüdüğü kanısını uyandırabilir. Fakat bu süreçte klinik ve eğitim hemşireleri daha aktif olarak aile ve çocuğun bilgilendirilmesi konusunda etkinliğini ortaya koymalıdır. Bireylerin ve ailelerin epilepsi hakkında bilgilendirilmesi, ilaçlarını düzenli kullanmasını, kontrollere düzenli gitmesini, hastalıkları ile daha etkili biçimde baş etmesini sağlayarak yaşam kalitelerini de artıracaktır (Tablo 10).

Çalışmamızda arkadaş ile oyun oynama ve vakit geçirmesi kısıtlananların, spor faaliyetlerine katılımı kısıtlananların, sosyal aktivitelere katılımı kısıtlananların nöbet öz yeterlilik düzeylerinde yüksek ve anlamlı olarak fark vardır. Literatürde bizim çalışmamıza benzer sonuca sahip çalışmalar vardır. Epilepsili çocuklarda sınırlı sosyal aktivitesi olanların nöbetlerine daha dikkat ederek yönetebildikleri belirtilmiştir (213). Literatürde, zamanı belli olmayan nöbetler nedeniyle çocukların özellikle günlük yaşamlarında, sosyal faaliyetlerinde kısıtlamalar yaptıklarını buna bağlı olarak nöbet öz yeterliliklerinin yüksek olduğu saptanmıştır (214, 215). Epilepsinin çocukların sosyal aktivitelere katılmasını kısıtlıyor olması hastalığın sosyal yaşam üstündeki olumsuz etkisi olarak yorumlanabilir. Ancak çocuğun nöbet geçirmesini tetikleyecek durumlara karşı bir takım kısıtlamalara gitmesi nöbetini kontrol edebilmesini, hastalığına uyum sağlaması ve nöbet öz yeterliliğinin gelişmesi için önemli etken olduğu söylenebilir. Epilepsi tanımlı çocuklar kendilerine uygun faaliyetlere katılmaları konusunda desteklenmelidir (Tablo 11).

Çalışmamızda çocuğun nöbet öyküsüne ilişkin özelliklerine bakıldığında en son nöbet geçirme süresi ile nöbet öz yeterlilik toplam puanı arasında yüksek ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle en son nöbet geçirme süresi uzadıkça nöbet öz yeterliliği artmaktadır şeklinde yorumlanmaktadır. Literatürde çocuk nöbet öz yeterlilik düzeyinin belirlenmesiyle ilişkili çok az çalışma olduğu için yetişkinlere yapılan çalışmalarla karşılaştırma yapılmıştır. Literatüre baktığımızda Adadioğlunun (2019) yetişkinlerin öz yeterlilik düzeyini belirlemek üzere yaptığı çalışmada son bir yılda nöbet geçirmemiş hastaların ölçek toplam puanı yüksek ve anlamlı olduğunu belirtmiştir (200). Lee ve arkadaşlarının (2015), Elliott ve arkadaşlarının (2006) yetişkinlerle yaptıkları çalışmalarında da son bir yıl içinde nöbet geçirmeyen hastaların öz yeterlik puanları daha yüksek olarak ifade edilmiştir (216, 217). Bizim çalışmamızda yukarıdaki çalışmalar ile

benzer sonuçlar göstermektedir. Nöbet geçirme aralıkları uzaması, aileye ve çocuklara verilen eğitimin pozitif yönde geri dönüşü olduğunu, çocuğun hastalığına uyum sağlayıp, düzenli ilaç kullanımını sürdürdüğünü, nöbetini tetikleyecek durumlara dikkat ettiğini ve böylece nöbet öz yeterliliklerini yüksek olacağı düşünülebilir (Tablo 12).

Çalışmamızda SSES-C toplam puanı ile çocuğun yaşı arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= 0.51$, $p<0.001$). Yapılan bir çalışmada çocuğun yaşının nöbet yeterliliğini etkilediği belirtilmiştir (195). Başka bir çalışmada çocukların nöbet öz-yeterlik puanları ile çocuğun yaşı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (17) (Tablo 13).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Epilepsi hastası çocuklarda nöbet öz yeterliliğinin belirlenmesi amacıyla 62 çocuk ile gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtildi.

- Annelerin yaş ortalaması 38.80 ± 5.30 , babaların yaş ortalaması 41.69 ± 6.00 olduğu, çocuk sayısı ortalamasının 2.77 ± 0.91 olduğu, annelerin %40.2'sinin lise mezunu olup yarıdan fazlasının (%71.0) çalışmadığı, babaların %35.5'inin lise mezunu olup, %48.4'ünün serbest meslek sahibi olduğu, %41.9'unun gelirlerinin giderine eşit olduğu, yarıdan fazlasının (%71.0) çekirdek aile yapısında olduğunu, %56.5'inin ilde yaşadıkları saptandı (Tablo 2).
- Çocukların yaş ortalaması 11.67 ± 1.71 olup, yarıdan fazlasının (%58.1) erkek olduğu, sınıf ortalamasının 6.22 ± 2.09 olup, yarıdan fazlasının (%58.1) okul başarı durumlarının orta, %69.4'ünün ailesinde kendisi dışında epilepsili başka bir birey bulunmadığı, ailesinde başka epilepsili olanların %12.8'inin 3. dereceden akraba olduğu saptandı (Tablo 3).
- Çocukların %37.1'inin 0-12 aydır epilepsi tanısına sahip olduğu, %37.1'inin 0-12 aydır ilaç kullandıkları, %37.1'inin düzenli ilaç kullanmadıkları, yarısından fazlasının (%64.5) ilaç kullanımını ailesinin takip ettiği, %66.1'inin düzenli kontrollere gittikleri, yarıdan fazlasının (%54,8) epilepsi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları, %59.7'sinin hastalık süresince anne ve babasından destek aldığı, yarısından fazlasının (%64.5) bilgi kaynağının doktor olduğu bulundu (Tablo 4).
- Çocukların %30.6'sında hastalığın aile, arkadaş ve okul ilişkilerini etkilediği, %37.1'inin arkadaşlarıyla oyun oynamasını ve vakit geçirmesini kısıtladığı, yarıdan fazlasının (%59.7) spor faaliyetlerine katılımını kısıtladığı, %16.1'inin günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığı, yarıdan fazlasının (%59.7) sosyal aktivitelere katılımını kısıtladığı, hastalığına karşı %51.6'sının üzüldüğü tespit edildi (Tablo 5).
- Çocukların %45.2'sinin son 0-6 ay içinde nöbet geçirdikleri, yarıdan fazlasının (%61.3) nöbet geçirmekten endişelendiği, %45.2'sinin olumsuz duygularının nöbetini başlattığı, %30.6'sının kalabalık ortamda nöbet geçirmekten korktuğu, en son nöbetinde yarıdan fazlasına (%64.5) ebeveynlerinin destek olduğu saptandı (Tablo 6).

- SSES-C toplam puan ortalaması $3.51 \pm .65$, nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puan ortalaması $3.22 \pm .78$, nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt puan ortalaması $4.33 \pm .56$ olarak bulundu (Tablo 7).
- Çocukların SSES-C toplam puanı ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 8).
- Çocukların SSES-C toplam puanı ile okul başarı durumu ve ailede epilepsi hastası olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 9).
- Nöbetin bireysel kontrolü alt boyut puanı ortalamaları ile okul başarısı, ailesinde başka epilepsi hastası olma durumu ve ailedeki diğer epilepsi hastası olan bireyle arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 9).
- Çocukların SSES-C toplam puanı ile ilacı düzenli kullanıma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 10).
- Nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu puan ortalamaları ile ilaç kullanımını takip edenler ve ilacı düzenli kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 10).
- Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyut puan ortalamaları ile hastalık süresince destek alınan kişiler ve bilgi kaynakları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 10).
- Çocukların SSES-C toplam puanı ile arkadaşlarıyla oyun oynama, vakit geçirme durumu, spor faaliyetlerine katılma durumu, sosyal aktivitelere katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 11).
- Nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu puan ortalamaları ile arkadaş ile oyun oynama ve vakit geçirme durumu, spor faaliyetlerine aktif katılma durumu, sosyal aktivitelere katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 11).
- Çocukların SSES-C toplam puanı ile en son nöbet geçirme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 12).
- Nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu puan ortalamaları ile en son nöbet geçirme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 12).

- Nöbetin bireysel kontrolü alt boyutu ile çocuğun yaşı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = .52, p < 0.001$) (Tablo 13)
- Nöbeti kontrol etmede çevrenin etkisi alt boyutu puanı ile çocuğun yaşı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ($r = .31, p < 0.006$), ailedeki çocuk sayısı arasında negatif yönlü orta düzeyde ($r = -.55, p < 0.001$), anne yaşı ($r = -.33, p < 0.004$) ve baba yaşı ($r = -.31, p < 0.007$) arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 13).
- SSES-C toplam puanı ile çocuğun yaşı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ($r = .51, p < 0.001$), ailedeki çocuk sayısı arasında negatif yönlü düşük düzeyde ($r = -.29, p < 0.010$) ve anne yaşı ($r = -.26, p < 0.019$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Bu sonuçlar doğrultusunda, epilepsi hastası çocuklar için önerilerimiz aşağıda belirtilmiştir;

- Eğitimler için çocukların takip edildiği polikliniklerde epilepsi eğitim hemşiresi ve eğitim alanları oluşturulması,
- Hemşirenin, epilepsi tanısı alan çocuk ve ebeveynlerine hastalığın tüm aşamaları ile ilgili gerekli eğitimi verip danışmanlık yapması,
- Çocuğun öz yeterliliğinin belirlenmesi ve çocuğa uygun destek programı sağlanarak üst düzeyde nöbet öz yeterliliğinin geliştirilmesi,
- Aralıklı olarak eğitimlerin yenilenmesi, çocuk ve ailenin gerekli alanlarda desteklenmesi ve olumlu davranışlar kazandırılarak nöbet öz yeterliliğinin yükseltilmesi,
- Online eğitim modülleri oluşturularak web destekli eğitimlerin yaygınlaştırılması,
- Öz yeterliliği düşük olma durumunda çocuğa psikososyal destek sağlanması,
- Çocukların hastalığının sorumluluklarını alması için cesaretlendirilerek nöbet öz yeterliliğinin artırılması,
- Okullarda öğretmen ve öğrencilere epilepsi ile ilgili eğitim programları ve seminerler düzenlenerek damgalanmanın azaltılarak farkındalığın artırılması,
- Ailelerin ve çocuğun sosyalleşme yönünden desteklenmesi,
- Epilepsili çocuklar ile ailelerinin birlikte grup eğitimi alabilecekleri, birbiriyle sorunlarını konuşabilecekleri sosyal grupların oluşturulması,

7. KAYNAKLAR

1. Durualp E, Kara FN, Yılmaz V, Alaybeyoğlu K (2010). Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 63(2): 55-63.
2. Çavuşoğlu H (2013). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 11. Baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara; Sayfa: 71-374.
3. Taherp BR (1987). One overview pediatric seizure disorders and epileptic syndromes. *Epilepsia* 28: 36–45.
4. Özkara Ç (2008). Epilepsi nöbeti, epilepsiler ve epilepsi sendromları: temel kavramlar ve sınıflamalar. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 1(2): 1-8.
5. Bandura A, Adams NE (1997). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy Research* 1: 287-308.
6. Arseven A (2016). Öz yeterlilik: Bir kavram analizi. *International periodical for the languages, Literature and History of Turkish or Turkic* 11(19): 63-80.
7. Doğan N, Göriş S, Demir H (2016). Osteoartritli bireylerin ağrı ve öz etkililik düzeyleri. *Ağrı Dergisi* 28(1): 25-31.
8. Uçakan MG, Zincir H, Zararsız G (2015). Tip II diabetes mellituslu bireylerde benlik saygısı ve öz etkililik düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 7(1): 29-37.
9. Amir M, Roziner I, Knoll A, Neufeld MY (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.
10. Güven ŞT, İşler A (2014). Epilepsi hastalığı olan çocuklarda nöbete ilişkin öz-yeterliğin hastalık yönetimi açısından önemi. *Epilepsi Dergisi* 20(3): 103-106.
11. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions. *Patient Education and Counseling* 48(2): 177-187.
12. Karaca A, Durna Z (2018). Epilepsi hastasına psikososyal destek. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7(1): 218-225.

13. Caplin D, Austin JK, Dunn DW, Shen J, Perkins S (2002). Development of a self-efficacy scale for children and adolescents with epilepsy. *Children's Health Care* 31(4): 295-309.
14. Chen HF, Tsai YF, Lin YP, Shih MS, Chen JC (2010). The relationships among medicine symptom distress, self-efficacy, patient-provider relationship, and medication compliance in patients with epilepsy. *Epilepsy Behavior* 19: 43-49.
15. Stuart GW, Laraia MT (2005). Mental health promotion and illness prevention. In: *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8th Edition. Elsevier Mosby, Philadelphia; Pages: 211, 213-290.
16. Güven ŞT (2013). Epilepsili çocuklarda nöbet öz-yeterlik ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya.
17. Turan FD (2015). Epilepsi hastalığı olan çocuk ve ebeveynlerine yönelik hazırlanan modüler eğitim programının hastalık yönetimine etkisi. Yüksek Lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya.
18. Güven ŞT (2018). Ergen ve ebeveynlerine yönelik geliştirilen web tabanlı epilepsi eğitim programının etkinliğinin değerlendirilmesi. Doktora tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya.
19. Gramstad A, Iversen E, Engelsen BA (2001). The impact of affectivity dispositions, self-efficacy and locus of control on psychosocial adjustment in patients with epilepsy. *Epilepsy Research* 46(1): 53-61.
20. Akbarbegloo M, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Jabarzadeh F (2015). The relationship between self-efficacy and psychosocial care in adolescents with epilepsy. *Epilepsy Research and Treatment* Article ID: 756849.
21. Libenson MH, Bergin AM (2013). Epilepsi Epidemiyolojisi. Nöbet Sınıflaması, Epilepsi Sendromları. *Rudolf Pediatri*. 22. Baskı Çeviren: Kutsal E, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2198-2199.
22. Duncan JS, Sander JW, Sisodiya SM, Walker MC (2006). Adult epilepsy. *The Lancet* 367: 1087-1100.

23. Muro VM, Connolly MB (2017). Epileptik Nöbet ve Epilepsilerin Sınıflandırılması. Gross RA, Mink JW, Miller JW, Goodkin HP, Erdiñç OO (Ed.), Pratikte Nöroloji. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 10-14.
24. Yıldız N (2013). Bir üniversite hastanesindeki epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
25. Ataşoğlu SF (2019). Çocuklardaki epilepsi yönetimi konusunda öğretmenlere yapılan eğitimin bilgi ve kaygı düzeylerine etkisi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
26. Akyol T (2018). Epilepsili hastaların hastalıklarına dair tutumlarının ruhsal sağlık ve yaşam kalitesine etkisi. Yüksek lisans tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Manisa.
27. Chadwick D (1994). Epilepsy. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 57: 264-277.
28. Arıhan SK (2006). Tarih boyunca epilepsi. IX. Türk Tıp Tarihi Bildirileri Kongresi, Kayseri, 24 -27 Mayıs 2006, 285-296.
29. Şaylıgil ÖE (1990). Hipokrat'tan günümüze epilepsi. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 3: 95-97.
30. Smith MC, Buelow JM (1996). Epilepsy. Disease a Month 42(11): 729-827.
31. Boer HM, Mula M, Sander JW (2008). The global burden and stigma of epilepsy. Epilepsy & Behavior 12: 540–546.
32. World Health Organization (2019). Epilepsy [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>. [Accessed 15 August 2021].
33. Camfield P, Camfield C (2015). Incidence, prevalence and aetiology of seizures and epilepsy in children. Epileptic Disorders 17(2): 117–23.

34. Aaberg KM, Gunnes N, Bakken IJ, Lund Soraas C, Berntsen A, Magnus P, Lossius MI, Stoltenberg C, Chin R, Suren P (2017). Incidence and prevalence of childhood epilepsy. A nationwide cohort study. *Pediatrics. British Medical Journal* 139(5): e20163908.
35. Blumstein MD, Friedman MJ (2007). Childhood seizures. *Emergency Medicine Clinics of North America* 25(4): 1061-1086.
36. Tekeli H, Yaşar H, Kendirli MT, Şenol MG, Özdağ F, Saraçoğlu M (2012). Genç Türk erkeklerinde epilepsi prevalansı. *Epilepsi* 18(1): 1-6.
37. Serdaroğlu A, Özkan S, Aydın K, Gücüyener K, Tezvan S, Aycan S (2004). Prevalence of epilepsy in Turkish children between the ages of 0 and 16 years. *Journal of Child Neurology* 19(4): 271.
38. Bryant R, Schultz R (2007). The child with cerebral dysfunction: Wong's nursing care of infants and children. Eight th ed. Çeviren: Hockenbery M, Wilson D, Mosby Elsevier, Canada, 1652-1670.
39. Törüner EK, Büyükgönenç L (2012). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Göktuğ Yayıncılık, Ankara; Sayfa: 677-680.
40. Conk Z, Başbakkal Z, Bal HY, Bolışık B (2013). *Pediatric Hemşireliği*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; Sayfa: 611-658.
41. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, Hirsch E, Jain S, Mathern GW, Moshe LS, Nordli DR, Perucca E, Tomson T, Wiebe S, Zhang YH, Zuberi SM (2017). ILAE classification of the epilepsies. Position paper of the ILAE commission for classification and terminology. *Epilepsia* 58(4): 512-521.
42. Korff CM, Scheffer IE (2013). Epilepsy classification: a cycle of evolution and revolution. *Current Opinion in Neurology* 26: 163-167.
43. Shorvon SD (2011). The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia* 52(6): 1052-1057.
44. Vezzani A, Fujinami RS, White HS, Preux PM, Blümcke I, Sander JW, Löscher W (2016). Infections, inflammation and epilepsy. *Acta Neuropathologica* 131(2): 211-234.

45. Helbig I, Scheffer IE, Mulley JC, Berkovic SF (2008). Navigating the channels and beyond: unravelling the genetics of the epilepsies. *The Lancet Neurology* 7(3): 231-245.
46. Brodie MJ, Sameer MZ, Ingrid ES, Robert SF (2018). The 2017 ILAE classification of seizure types and the epilepsies: what do people with epilepsy and their caregivers need to know ?. *Epileptic Disorders* 20(2): 77-87.
47. Uysal P (2008). İlk kez afebril konvülsiyon geçiren çocuklarda etiyolojik ve prognostik faktörler. Uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
48. Altındağ E, Erdoğan FF, Tezer İ, Özkara Ç (2017). Çocuk ve erişkin status epileptikuslu hastaya yaklaşım ve erken dönem tedavisi. *Türk Nöroloji Dergisi* 23: 155-161
49. Fisher RS, Cross JH, Souza CD, French JA, Haut SR, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, Peltola J, Moshe SL, Peltola J, Perez ER, Scheffer IE, Bonhage AS, Somerville E, Sperling M, Yacubian EM, Zuberi SM (2017). Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia* 58(4): 531-542.
50. Ilgınel MT, Tunay D, Güneş Y (2018). Epilepside perioperatif yönetim ve anestezi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 27(1): 1-31.
51. Avcı Ö (2010). Eğitimin epilepsili çocuk ve annelerinin hastalığı yönetme, kaygı ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri.
52. Angeles D (1981). Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 22(4): 489-501.
53. Kılıçarslan ET, Büyükgönenç L (2012). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Göktuğ Yayıncılık, Ankara; Sayfa: 637-690.
54. Sontheimer H (2015). Diseases of the Nervous System. Second edition. Elsevier, Pages: 61-95.
55. Libenson MH, Bergin AM (2013). Epilepsi Epidemiyolojisi, Nöbet Sınıflaması, Epilepsi Sendromları. 22. Baskı. Çeviren: Kutsal E, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2198-2199.

56. International league against epilepsy classification and terminology (1981). Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 22: 489-501.
57. Eriksson K, Koivikko M (1997). Prevalence, classification, and severity of epilepsy and epileptic syndromes in children. *Epilepsia* 38(12): 1275-1282.
58. Kearney JA (2017). The big picture: systems biology approach to antiepileptic drug discovery. *Epilepsy Currents* 17: 229-231.
59. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, Lagae L, Moshe SL, Peltola J, Roulet PE, Scheffer IE, Zuberi SM (2017). Operational classification of seizure types by the international league against epilepsy. Position paper of the ILAE commission for classification and terminology. *Epilepsia* 58: 522-530.
60. McShane T (2002). A clinical guide to epileptic syndromes and their treatment. *Archives of Disease in Childhood* 89(6): 590-591.
61. Yıldız EP, Bektaş G, Çalışkan M (2018). Çocukluk çağı absans epilepsi. *Çocuk Dergisi* 18(1): 10-12.
62. Wirrell EJ (2016). Infantile, childhood and adolescent epilepsies. *Lifelong Learning in Neurology* 22(1): 60-93.
63. Reuber M, Schachter SC, Elger CE, Altrup U (2012). Açıklamalı Epilepsi. Çeviren: Erdinç OO, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 16-40.
64. Çetin B (2013). Epilepsi hastası çocuklarda ketojenik diyetin epileptik nöbet sayısı üzerine etkisinin araştırılması. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara.
65. Çokar AÖ, Çulha OA (2020). Atipik absans nöbetleri. Yalçın AD (Ed.), *Absanslı Epilepsi Sendromları*. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 32-42.
66. Tassinari CA, Rubboli G, Rizzi R, Gardella E, Michelucci R (1998). Selfinduction of visually-induced seizures. *Advances in Neurology* 75: 179-192.
67. Jeavons PM (1977). Nosological problems of myoclonic epilepsies in childhood and adolescence. *Developmental Medicine and Child Neurology* 19(1): 3-8.
68. Panayiotopoulos CP (2005). Syndromes of idiopathic generalized epilepsies not recognized by the International league against epilepsy. *Epilepsia* 9: 57-66.

69. Fournier-Goodnight AS, Gabriel M, Perry MS (2015). Preliminary neurocognitive outcomes in jeavons syndrome. *Epilepsy & Behavior* 52: 260-263.
70. Giraldez BG, Serratosa JM (2015). Jeavons syndrome as an occipital cortex initiated generalized epilepsy: further evidence from a patient with a photic-induced occipital seizure. *Seizure* 32: 72-74.
71. Türk epilepsi ile savaş derneği (2021) [online]. Available from: <https://www.turkepilepsi.org.tr/menu/31/epilepsiyi-siniflandirma>. [Accessed 10 September 2021].
72. Arizmanoğlu A, Guerrini R, Aicardi J (2007). Aicardi'nin Çocuklarda Epilepsi. 11. Basım. Çeviren: Dervent A, Eşkazan E, Medikal Yayıncılık, İstanbul, 14-27.
73. Yılmaz Ü, Özdemir R (2014). West sendromu: klinik özellikleri ve kısa dönem prognozu. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 5(1): 86-92.
74. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy (1985). Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 26: 268-278.
75. Schultz RJ, Hockenberry MJ (2011). The Child with Cerebral Dysfunction. 9th ed, Hockenberry MJ, Wilson D (Eds.), Wong's Nursing Care of Infants and Children. Elsevier Mosby, Canada, Pages: 1507-1566.
76. Heiskala H (1997). Community-based study of lennox-gastaut syndrome. *Epilepsia* 38(5): 526-531.
77. Fenichel GM (2010). Klinik Çocuk Nörolojisi Belirti ve Bulgular Yaklaşımı. 5. Basım. Çeviren: Baytok V, Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 1-45.
78. Steering Committee on Quality Improvement and Management, Subcommittee on Febrile Seizures American Academy of Pediatrics (2008). Febrile seizures clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics* 121(6): 1281-1286.
79. Chung S (2014). Febrile seizures. *Korean Journal of Pediatrics* 57(9): 384-395.
80. Sharawat IK, Singh J, Dawman L, Singh A (2016). Evaluation of risk factors associated with first episode febrile seizure. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 10(5): 10-13.

81. Laino D, Mencaroni E, Esposito S (2018). Management of pediatric febrile seizures. *International Journal of Environmental Research Public Health*. 15(10): 2232.
82. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rossetti AO, Scheffer IE, Shinnar S (2018). A definition and classification of status epilepticus. Report of the ILAE task force on classification of status epilepticus. *Epilepsia* 56(10): 1515-1523.
83. Çalışkan M (2010). Status Epileptikus. *Temel Pediatri*. 1. Baskı. Çeviren: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 1262-1264.
84. İşler A (2006). Epileptik çocuklarda semiyolojik nöbet sınıflamasında modüler eğitim. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
85. Altunbaşak Ş (2010). Epilepside Tanı. *Temel Pediatri*. 1. Baskı. Çeviren: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 1254-1256.
86. Kasap T (2014). Nöbetle başvuran çocuk hastaya yaklaşım. *Pediatric Practice and Research* 2(1): 27-40.
87. Sasidaran K, Singhi S, Singhi PJ (2012). Management of acute seizure and status epilepticus in pediatric emergency. *The Indian Journal of Pediatrics* 79(4): 510-517.
88. Öge EA, Baykan B (2011). *Nöroloji*. 2. Basım. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
89. Foley CM, Legido A, Miles DK, Grover WD (1995). Diagnostic value of pediatric outpatient video-EEG. *Pediatric Neurology* 12(2): 120-124.
90. Turanlı G (2010). Epilepsi Tedavisi. *Temel Pediatri*. 1. Baskı. Çeviren: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 1257-1261.
91. Akdağ G, Algın İD, Erdiñç OO (2016). Epilepsi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 38(1): 35-41.
92. Arıkan D, Küçüköğlü S (2015). Epilepsi. *Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics* 1(3): 46-53.
93. Parker C (1999). Managing the lifestyle of the child with epilepsy. *Pediatric Annals* 28(4): 254-259.
94. Malphrus AD, Wilfong AA (2007). Use of the newer antiepileptic drugs in pediatric epilepsies. *Current Treatment Options in Neurology* 9(4): 256-267.
95. Yıldız EP, Tatlı B, Aydın N, Çalışkan M, Özmen M (2013). Yenidoğan konvülsiyonları. *Çocuk Dergisi* 13(3): 89-94.

96. Shinnar S, Berg AT, Moshe SL, Kang H, Dell CO, Alemany M, Goldensohn ES, Hauser WA (1994). Discontinuing antiepileptic drugs in children with epilepsy. *Annals of Neurology* 35(5): 534-545.
97. Çavuşoğlu H (2011). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 10. baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara; Sayfa: 330-348.
98. Potts NL, Mandleco BL (2012). *Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families*. 2nd Ed. Thomson Delmar Learning, Canada: 192-197.
99. Eşkazan E (2008). Tarihte Epilepsi ve Epileptolojinin Kısa Tarihçesi. Bora İ, Yeni SN, Gürses C (Eds.), *Epilepsi*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 3-13.
100. Özdemir ZA, Yalçın AD (2017). Antiepileptik ilaçların kemik yoğunluğuna ve metabolizmasına etkileri. *Epilepsi* 23(1): 1-6.
101. Alçı E (1996). Epilepsili çocukların okul yaşantısına ilişkin karşılaşılan güçlükler. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas.
102. Rowland LP (2008). *Epilepsi*. Merritt's Neurology. 11. baskı. Çeviren: Baslo B. Gürses C, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, 578-603.
103. Düzkalir AH, Özdoğan S (2014). Epilepsy surgery. *Journal of Contemporary Medicine* 4(3): 185-192.
104. İşler A (2016). Sistemlere göre acil bakım gereksinimi olan çocuğa yaklaşım: nörolojik sistem. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2(3): 91-97.
105. Privitera MD, Welty TTE, Ficker DDM, Welge J (2002). Vagus nerve stimulation for partial seizures. *Cohrane Library*. doi.org/10.1002/14651858.CD002896.
106. Uysal S, Ercan T (2005). Epilepsi, spor, psikososyal yaşam. *Türk Pediatri Arşivi* 40: 68-71.
107. Peker S, Bayraklı F (2008). Epilepsi tedavisinde radyocerrahi uygulaması. *Epilepsi* 14(3): 198-206.
108. Wiebe S, Eliasziw M, Matijevic S (2001). Changes in quality of life in epilepsy. How large must they be to be real?. *Epilepsia* 42(1): 113-118.

109. Yam WKL, Ronen GM, Cherk SWW, Rosenbaum P, Chan KY, Streiner DL, Cheng SWW, Fung CW, Jackson CS Ho, Kwong KL, Louis CK Ma, David KH Ma, Tsui KW, Wong V, Wong TYL (2008). Health-related quality of life children with epilepsy in Hong Kong: How does it compare with that of youth with epilepsy in Canada?. *Epilepsy & Behavior* 12(3): 419-426.
110. Clarke SA, Eiser C (2004). The measurement of health-related quality of life in paediatric clinical trials: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes* 2: 66.
111. Goldbeck L (2006). The impact of newly diagnosed chronic paediatric conditions on parental quality of life. *Quality of Life Research* 15(7): 1121-1131.
112. Ferro MA (2014). Risk factors for health-related quality of life in children with epilepsy: a meta-analysis. *Epilepsia* 55(11): 1722-1731.
113. Tüzün DÜ, Hergüner S (2007). Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım. Birinci baskı. Epsilon Yayınları, İstanbul; Sayfa: 189-210.
114. Jacoby A, Baker GA, Steen N, Potts P, Chadwick DW (1996). The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: Findings from a UK community study. *Epilepsia* 37(2): 148-161.
115. Pellock JM (2004). Defining the problem: psychiatric and behavioral comorbidity in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 5: 3-9.
116. Bora S, Yeni SN, Gürses C (2008). Epilepsi. Birinci baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; Sayfa: 707-734.
117. Lach LM, Ronen GM, Rosenbaum PL, Cunningham C, Boyle MH, Bowman S, Streiner DL (2006). Health-related quality of life in youth with epilepsy: theoretical model for clinicians and researchers. Part I: The role of epilepsy and co-morbidity. *Quality of Life Research* 15(7): 1161-1171.
118. Freeborn D, Mandleco BL (2012). Neurological alterations. In: Potts NL, Mandleco BL (Eds.), *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families*. Third Edition, Delmar Cengage Learning, Clifton Park NJ, Pages: 1193-1259.

119. Uijla SG, Uiterwaal CSPM, Aldenkamp AP, Carpay JA, Doelman JC, Keizer K, Vecht CJ, Krom MCTFM, Donselaar CA (2009). Adjustment of treatment increases quality of life in patients with epilepsy: a randomized controlled pragmatic trial. *European Journal of Neurology* 16(11): 1173-1177.
120. Farnalla SL, Rennick J (2003). Parents caregiving approaches: facing a new treatment alternative in severe intractable childhood epilepsy. *Seizure* 12(1): 1-10.
121. Ramaglia G, Romeo A, Viri M, Lodi M, Sacchi S, Cioffi G (2007). Impact of idiopathic epilepsy on mothers and fathers: strain, burden of care, worries and perception of vulnerability. *Epilepsia* 48(9): 1810-1814.
122. Weinstein SC, Berl M, Salpekar JA, Johnson JL, Pearl PL, Conry JA, Kolodgie M, Scully A, Gaillard WD, Weinstein SL (2007). The benefits of a camp designed for children with epilepsy: evaluating adaptive behaviors over 3 years. *Epilepsy & Behavior* 10(1): 170-178.
123. Jantzen S, Godeffroy EM, Krisl TH, Aksu F, Püst B, Kolh B, Redlich A, Sperner J, Thyen U (2009). FLIP & FLAP-A training programme for children and adolescents with epilepsy and their parents. *Seizure* 18: 478-486.
124. Görgülü Ü, Fesci H (2011). Epilepsi ile yaşam: epilepsinin psikososyal etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi* 26(1): 27-32.
125. Wohlrab GC, Rinnert S, Bettendorf U, Fischbach H, Heinen G, Klein P, Kluger G, Jacob K, Rahn D, Winter R, Pfafflin M (2007). Famoses: a modular educational program for children with epilepsy and their parents. *Epilepsy & Behavior* 10(1): 44-48.
126. Fazlıoğlu K, Hocaoglu Ç, Sönmez FM (2010). Çocukluk çağı epilepsisinin aileye etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2(2): 190-205.
127. Hodes M, Garralda ME, Rose G, Schwartz R. (1999). Maternal expressed emotion and adjustment in children with epilepsy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40(7): 1083-1093.
128. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S (2004). Psychopathology and pediatric complex partial seizures: seizure-related, cognitive, and linguistic variables. *Epilepsia* 45: 1273-1286.

129. Berg AT, Scheffer IE (2011). New concepts in classification of the epilepsies: entering the 21st century. *Epilepsia* 52(6): 1058-1062.
130. Deonna T (2003). Childhood epilepsy: secondary prevention is crucial. *Developmental Medicine and Child Neurology* 45: 38-41.
131. Kobya H (1997). 6-12 yaş epilepsili çocuğa sahip ailelerin hastalığa ilişkin bilgi, uygulama ve yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
132. Schouten A, Oostrom KJ, Pestman WR, Peters ACB, Schinkel AJ (2002). Learning and memory of school children with epilepsy: a prospective controlled longitudinal study. *Developmental Medicine and Child Neurology* 44(12): 803-811
133. McCagh J, Fisk JE, Baker GA (2009). Epilepsy, psychosocial and cognitive functioning. *Epilepsy Research* 86: 1-14.
134. Aysun S (1994). Epilepsi tedavisi. *Katkı Pediatri Dergisi* 15(5): 529.
135. Wong DL (1999). *Nursing Care of Infants and Children*. 6th ed. Mosby Elsevier, Pages: 1000-1807.
136. Neyzi O, Ertuğrul T (2009). *Pediatri*. Dördüncü baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; Sayfa: 287.
137. Kavaklı A, Pek H, Bahçecik N (1998). *Çocuk Hastalıkları Hemşireliği*. İkinci baskı. Çevik Matbaacılık, İstanbul; Sayfa: 282.
138. Turanlı G (1994). Parsiyel epilepsiler. *Katkı Pediatri Dergisi* 65: 476-486.
139. Painter JM, Bergman I (1996). *Nöroloji*. Topçu M (Eds.), *Essentials of Pediatrics*. Alemdar Ofset, İstanbul, Sayfa: 681-682.
140. Hauser WA (1994). The prevalence and incidence of convulsive disorders in children. *Epilepsia* 35(2): 1-6.
141. Potts NL, Mandleco LB (2002). *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families*. Delmar Thomson Learning, USA: 1043-1058.
142. Oto R, Apak İ, Arslam S, Yavavli A, Altındağ A, Karaca EE (2004). Epilepsinin psikosyal etkileri. *Klinik Psikiyatri* 7(4): 210-214.

143. Yalaz K (1994). Çocukluk çağı nöbetlerine genel bakış. *Katkı Pediatri Dergisi* 15(6): 447.
144. Calli J, Farrington E (1998). Vigabatrin. *Pediatric Nursing* 24(4): 357-361.
145. Kurtuluş İA (2019). Epilepsili hastalarda anne-baba tutumunun benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Bursa.
146. Dağ İ (2005). Psikolojik test ve ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 13(4): 17-23.
147. Epilepsi ve İlk Yardım (2021) [online]. Available from: <https://www.turkepilepsi.org.tr/menu/41/epilepsi-ve-ilk-yardim>. [Erişim Tarihi 10.07.2021].
148. Appleton RE (2000). Childhood epilepsies and brain development. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 68(1): 125.
149. National Institute for Health and Clinical Excellence (2012) The Diagnosis and Management of the Epilepsies in Adults and Children in Primary and Secondary Care. London [online]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg137/chapter/> [Accessed 09.09.2021].
150. Jones RM, Butler JA, Thomas VA (2006). Adherence to treatment in patient with epilepsy: association with seizure control and illness beliefs. *Seizure* 15(7): 504-508.
151. Weiss M, Britten N (2003). Concordance. *The Pharmaceutical Journal* 271(7270): 493.
152. Department of Health (2001). The Expert Patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London,
153. Woodward S, Mestecky AM (2013). Nörolojik Bilimler Hemşireliği: Kanıta Dayalı Uygulamalar. Çeviren: Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadokvan A, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 502-504.
154. Yeager KA, Dilorio C, Shafer PO, McCarty F, Letz R, Henry T (2005). The complexity of treatments for persons with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 7(4): 679-686.
155. Oto R, Apak İ, Arslan S, Yavavlı A, Altındağ A, Karaca EE (2004). The psychosocial impact of epilepsy. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 7(4): 210-214.

156. Ünal A, Saygı S (2005). Epilepsi hastalarında görülen psikiyatrik bozukluklar. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences 1(40): 40-45.
157. İşler A, Başbakkal Z, Tosun AF, Tekgöl H (2011). Modüler eğitim modeli ile epileptik nöbeti olan çocuğa yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of Neurology 6(2): 39-46.
158. İnanç YB, Yerlikaya EE (2015). Albert Bandura: Sosyal Bilişsel Kuram. Kişilik Kuramları. Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara; Sayfa: 207-223.
159. Kılıç D, Erci B (2004). Osteoporoz sağlık inanç ölçeği, osteoporoz öz etkililik/yeterlilik ölçeği ve osteoporoz bilgi testi'nin geçerlik ve güvenirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 7(2): 89-102.
160. Adegbola M (2011). Spiritually, self-efficacy and quality of life among adults with sickle cell disease. South Online Journal of Nursing Research 11(1): 1-15.
161. Ekinci N(2015). Öğretmen adaylarının öğrenme yaklaşımları ve öğretmen özyeterlilik inançları arasındaki ilişki. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 30(1): 62-76.
162. Yardımcı F, Başbakkal Z (2010). Ortaokul öz-yeterlilik ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 11: 321-326.
163. Schunk DH, Meece JL (2005). Self-efficacy development in adolescences. Self-efficacy beliefs of adolescent. Chapter 3: 71-96.
164. Coşkun AB (2018). Ergenlerde öz yeterlilik ve öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
165. Leganger A, Kraft P, Roysamb E (2000). Perceived self-efficacy in health behaviour research: conceptualisation, measurement and correlates. Psychology and Health 15: 51-69.
166. Akbaş A, Çelikkaleli Ö (2006). Sınıf öğretmeni adaylarının fen öğretimi özyeterlilik inançlarının cinsiyet, öğrenim türü ve üniversitelerine göre incelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2(1): 98-110.
167. Kan A (2013). Albert Bandura ve Sosyal Öğrenme Kuramı. Filiz BS (Ed.), Öğrenme Öğretme Kuram ve Yaklaşımları. Pegem Akademi, Ankara, Sayfa: 76-95.

168. Bandura A (1994). Self-efficacy. In: Ramachaudran VS (Ed.), Encyclopedia of Human Behavior. Academic Press, New York, Pages: 4: 71-81.
169. Bandura A (1999). Self-efficacy in changing societies. The Press Syndicate of the University of Cambridge, Pages: 45.
170. Telef BB (2011). Öz-yeterlikleri farklı ergenlerin psikolojik semptomlarının incelenmesi. Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı Anabilim Dalı, İzmir.
171. Sakız G (2013). Başarıda anahtar kelime: öz-yeterlik. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 26(1): 185-209.
172. Lunenburg FC (2011). Self-efficacy in the workplace: implications for motivation and performance. International Journal of Management, Business and Administration 14(1): 1-5.
173. Sahranç Ü (2007). Stres kontrolü, genel öz-yeterlik, durumluk-kaygı ve yaşam doyumuyla ilişkili bir akış modeli. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı, Ankara.
174. Holloway A, Watson HE (2002). Role of self efficacy and behaviour change. International Journal of Nursing Practic 8: 106-115.
175. Adadioğlu Ö, Oğuz S (2018). Impact of self-efficacy on epilepsy management. International Journal of Health Sciences & Research 8(5): 393-397.
176. Amtmann D, Bamer AM, Cook KF, Askew RL, Noonan VK, Brockway JA (2012). University of Washington self-efficacy scale: a new self-efficacy scale for people with disabilities. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 93(10): 1757-1765.
177. Lee LL, Perng SJ, Ho CC, Hsu HM, Lau SC, Arthur A (2009). A preliminary reliability and validity study of the Chinese version of the self-efficacy for exercise scale for older adults. International Journal of Nursing Studies 46: 230-238.
178. İşler A, Tekgül H (2010). Epileptik nöbetlerde alternatif bir sınıflama: semiyolojik nöbet sınıflaması. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi 5(2): 61-68.
179. DiIorio C, Hennessy M, Manteuffel B (1996). Epilepsy self-management: a test of a theoretical model. Nursing Research 45: 211-217.

180. DiIorio C, Faherty B, Manteuffel B (1994). Epilepsy self-management: partial replication and extension. *Research in Nursing & Health* 17: 167-174.
181. DiIorio C, Shafer P, Letz R, Henry T, Schomer D, Yeager K (2006). Behavioral, social, and affective factors associated with self-efficacy for self-management among people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 9: 158-163.
182. Austin JK, Dunn DW, Perkins SM, Shen J. Youth With Epilepsy (2006). Development of a model of children's attitudes toward their condition. *Child Health Care* 35(2): 123-140.
183. Wagner JL, Smith G, Ferguson P (2012). Self-efficacy for seizure management and youth depressive symptoms: caregiver and youth perspectives. *Seizure* 21: 334-339.
184. Mollaoğlu M, Bağ E (2009). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve etkileyen faktörler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 72: 37-42.
185. Ridsdale L, Morgan M, Connor CO (1999). Promoting self-care in epilepsy: The views of patients on the advice they had received from specialists, family doctors and an epilepsy nurse. *Patient Education and Counseling* 37(1): 43-47.
186. Apak S (2010). Konvülsiyonlar. Neyzi O, Ertuğrul T (Ed.), *Pediatric. Nobel Tıp Kitabevleri*, Ankara, Sayfa: 1675-1684.
187. Balkan S, Yılmaz S, Özbaran B, Erermiş S, Gökben S, Tekgül H, Serdaroğlu G (2015). Çocukluk çağı epilepsilerinde çocuk yaşam kalitesi: hastalık eğitiminin rolü. *The Journal of Pediatric Research* 2(3): 144-151.
188. Mu PF, Chang KP (2010). The effectiveness of a programme of enhancing resiliency by reducing family boundary ambiguity among children with epilepsy. *Journal Of Clinical Nursing* 19: 1443-1453.
189. Ünsal A, Kaşıkçı M (2008). Artritli bireylerde öz-etkililik ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 11(1): 40-50.
190. Elmas R, Yıldız H (2021). Türkiye'de epilepsili çocuklara yönelik gerçekleştirilen tezlerin içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmesi. *Aydın Sağlık Dergisi* 7(1): 15-40.
191. Appleton RE, Sweeney A (1995). The management of epilepsy in children: the role of the clinical nurse specialist. *Seizure* 4(4): 287-291.

192. Dilorio C, Faherty B, 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.
193. Austin JK, Huberty TJ (1993). Development of the child attitude toward illness scale. *Journal of Pediatric Psychology* 18(4): 467-480.
194. Heimlich TE, Westbrook LE, Austin JK, Cramer J, Devinsky O (2000). Brief report: Adolescents attitudes toward epilepsy: further validation of the child attitude toward illness scale. *Journal of Pediatric Psychology* 25(5): 339-345.
195. Shore CP, Perkins SM, Austin JK (2008). The seizures and epilepsy education program for families of children with epilepsy: a preliminary study. *Epilepsy & Behavior* 12(1): 157-164.
196. Carbone L, Zebrack B, Plegue M, Joshi S, Shellhaas R (2013). Treatment adherence among adolescents with epilepsy: What really matters?. *Epilepsy & Behavior* 27(1): 59-63.
197. Rajeh A, Awada A, Bademosi O, Ogunniyi A (2001). The prevalence of epilepsy and other seizure disorders in an Arab population: a community-based study. *Seizure* 10(6): 410-415.
198. Güner F (2015). Epilepsi tanısı ile izlenen 8-12 yaş çocuklarda yaşam kalitesi ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
199. Baykan B, Gürses C, Gökyigit A (2004). Nöroloji. İkinci baskı. Öge EA (Ed.), Epilepsi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 279-308.
200. Adadioğlu Ö (2019). Epilepsi hastalarının öz yeterliğinin belirlenmesi. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
201. Güven ŞT, Dalgıç Aİ (2017). Epilepsi hastalığı olan çocuklarda kullanılan antiepileptik ilaçlar ve ilaç yönetiminde hemşirelik yaklaşımının önemi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 9(1): 188-207.
202. Kahraman A, Bolışık B (2014). Epilepsili çocukların hastalıklarına yönelik tutumlarının incelenmesi. *Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi* 10: 53-66.

203. Ersun A (2010). Çocuğun kendi hastalığına yönelik tutumu ölçeği türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
204. Acaroğlu G, Yılmaz E (2016). Epilepsili hastalarda ilaç uyumunun yaşam kalitesine etkisi. Türk Epilepsi ile Savaş Derneği Journalagent 22(1): 17-25.
205. Yin HS, Mendelsohn AL, Wolf MS, Parker RM, Fierman A, Schaick L, Bazan IS, Kline MD, Dreyer BP (2010). Parents' medication administration errors: Role of dosing instruments and health literacy. Archives of Pediatrics Adolescent Medicine 164(2): 181-186.
206. Modi AC, Rausch JR, Glauser TA (2011). Patterns of nonadherence to antiepileptic drug therapy in children with newly diagnosed epilepsy. Jama 305(16): 1669-1676.
207. Modi AC, Guilfoyle SM, Mann KA, Rausch JR (2016). A pilot randomized controlled clinical trial to improve antiepileptic drug adherence in young children with epilepsy. Epilepsia 57(3): 69-75.
208. Smith G, Ferguson PL, Saunders LL, Wagner JL, Wannamaker BB, Selassie AW (2009). Psychosocial factors associated with stigma in adults with epilepsy. Epilepsy 16(3): 484-490.
209. Chong J, Drake K, Atkinson PB, Ouellette E, Labiner DM (2012). Social and family characteristics of Hispanics with epilepsy. Seizure 21(1): 12-16.
210. Ko JO, Lee MH (2017). Structural equation modeling on health-related quality of life in adults with epilepsy. Journal of Korean Academy of Nursing 47(5): 624-637.
211. Çelik SS (2017). Epilepsili çocukların tedaviye uyum düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
212. Coşkun Y (2010). Epilepsili çocuğa sahip anne ve babaların yaşam kalitesi. Yüksek lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri.
213. Liu X, Qizheng Han (2015). Risk factors on health-related quality of life in children with epilepsy. Clinical Pediatrics 54(14): 1334-1338.

214. Yong L, Chengye J, Jiong Q (2006). Factors affecting the quality of life in childhood epilepsy in China. *Acta Neurologica Scandinavica* 113(3): 167-173.
215. Brumback A (1999). The brainstorms family: epilepsy on our terms: stories by children with seizures and their parents . *Journal of Child Neurology* 14(3): 202.
216. Akdeniz E, Özer Z, Öncel S (2021). Epilepsi hastalarında planlı eğitimin hastalık yönetimine etkisi. *Journal of Education and Research in Nursing* 18(2): 188-195.
217. Elliott JO, Jacobson MP, Seals BF (2006). Self-efficacy, knowledge, health beliefs, quality of life, and stigma in relation to osteoprotective behaviors in epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 9(3): 478-491.





EKLER

Ek 1. Çocuk Tanıtım Formu

ÇOCUK TANITIM FORMU

Anket No:

Tarih:

1. Kaç yaşındasın?.....

2. Cinsiyetin nedir?

a) Kız b) Erkek

3. Kaç kardeşsiniz?.....

4. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile b) Geniş Aile

5. Nerede yaşıyorsun?

a) İl b) İlçe

6. Ailenizin gelir durumunu nasıl tanımlarsın?

a) Gelir giderden fazla b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden az

7. Anne kaç yaşında?.....

8. Annenin eğitim durumu nedir?

a) İlkokul ve altı b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite ve üzeri

9. Annenin çalışma durumu

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

10. Baba kaç yaşında?.....

11. Babanın eğitim durumu nedir?

a) İlkokul ve altı b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite ve üzeri

12. Babanın mesleği nedir?

a) Memur b) İşçi c) Serbest meslek

13. Ailede başka epilepsi hastası kimse var mı?

a) Var b) Yok

14. Ailede başka epilepsi hastası olan birey kim?

a) Anne veya Baba b) Kardeş c) Diğer (dayı, teyze, amca, hala, kuzen)

15. Kaçınıcı sınıfa gidiyorsun?.....

16. Okuldaki başarı durumunu nasıl değerlendiriyorsun?

a) İyi b) Orta c) Kötü

17. Ne kadar zamandır bu hastalığa sahipsin (Tanı süresi)?

a) 0-12 ay b) 13-24 ay c) 25-36 ay d) 37 ay ve üzeri

18. En son ne zaman nöbet geçirdin?

a) 0-6 ay içinde b) 7-12 ay içinde c) 13-24 ay içinde

19. İlaç kullanma süresi?

a) 0-12 ay b) 13-24 ay c) 25-36 ay d) 37 ay ve üzeri

Ek 1. (Devam)

20. İlaçlarını düzenli kullanıyor durumu?

- a) Kullanıyor b) Kullanmıyor

21. İlaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığını kim takip ediyor?

- a) Kendim b) Ailem (anne, baba, kardeş)

22. Hastalığıyla ilgili düzenli olarak kontrollere gitme durumun?

- a) Gidiyorum b) Gitmiyorum

23. Hastalığın süresince destek alınan kişi/kişiler?

- a) Anne ve baba b) Kardeş c) Diğer (arkadaş, öğretmen, akraba vb.)

24. Hastalıkla ilgili bilgi kaynakların ?

- a) Doktor b) Hemşire c) İnternet

25. Hastalığıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olma durumun?

- a) Evet b) Hayır

26. Hastalığının aile, arkadaş, okul ilişkilerini etkileme durumu?

- a) Etkiledi b) Etkilemedi

27. Hastalığının arkadaşlar ile oyun oynamanı veya vakit geçirmeni kısıtlama durumu?

- a) Kısıtladı b) Kısıtlamadı

28. Hastalığının spor faaliyetlerine katılımını kısıtlama durumu?

- a) Kısıtladı b) Kısıtlamadı

29. Hastalığının günlük yaşam aktivitelerini (yemek yeme, duş alma, giyinme, uyuma vb.) kısıtlama durumu?

- a) Kısıtladı b) Kısıtlamadı

30. Hastalığının sosyal aktivitelere (sinema, tiyatro, gezi, konser vb.) katılmanı kısıtlama durumu?

- a) Kısıtladı b) Kısıtlamadı

31. Olumsuz duyguların (üzüntü, öfke vb.) nöbetini başlatma durumu?

- a) Evet b) Hayır

32. Nöbet geçirmekten endişe duyma durumu?

- a) Endişeleniyorum b) Endişelenmiyorum

33. Nöbet geçirmekten korkulan yer?

- a) Kalabalık ortamlarda b) Evde (tuvalet, banyo) c) Oyun oynarken d) Asansörde e) Okulda

34. En son nöbetinde yanında bulunan ve destek olan kişi/kişiler?

- a) Anne ve baba b) Kardeş c) Diğer (arkadaş, öğretmen, akraba vb.)

35. Hastalığın psikolojik/ruhsal olarak seni nasıl etkiliyor?

- a) Üzülüyorum b) Öfkeleniyorum c) Kendimi kötü hissediyorum

Ek 2. Epilepsili Çocukta Nöbet Öz Yeterlik Ölçeği

EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARDA NÖBET ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ

1= Bunu kesinlikle yapamam

2= Bunu yapamam

3= Bunu yapıp, yapamayacağım konusunda kararsızım

4= Bunu yapabilirim

5= Bunu kesinlikle yaparım

1. Hangi aktiviteleri yapıp yapmayacağımı bildiğim için nöbetimi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
2. Nöbetimi iyi yönetebildiğim için okuldan veya diğer aktivitelerden geri kalmıyorum	1	2	3	4	5
3. Arkadaşlarım baskı yapsa da, nöbetimi daha kötü hale getirebilecek şeylerden uzak durabiliyorum	1	2	3	4	5
4. Okuldayken nöbetimi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
5. Kızgın veya üzgün olduğum durumlarda bile nöbetimi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
6. Ailevi sorunlarım olsa bile nöbetimi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
7. Arkadaşlarımın evindeyken, tatildeyken veya okul gezisindeyken nöbetimi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
8. Nöbetim konusunda sorularım olduğunda, v.doktora veya hemşireye sorabiliyorum	1	2	3	4	5
9. Nöbet geçirdikten sonra, durumu yönetmek için korkudan uzak durabiliyorum	1	2	3	4	5
10. Nöbetim konusunda bir sorun yaşarsam, bu sorunu annem ve babamla konuşabiliyorum,	1	2	3	4	5
11. Yeterince dinlenerek nöbetimi iyi yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
12. Nöbetimi daha kötüleştirebilecek şeylerden uzak durarak, hastalığımı kontrol altında tutabiliyorum	1	2	3	4	5
13. İyi özelliklerimi kendime hatırlatarak, nöbetim hakkındaki hislerimi kontrol altında tutabiliyorum	1	2	3	4	5
14. Doktorumun nöbetimi yönetebilmem için verdiği tavsiyeleri yerine getirebiliyorum	1	2	3	4	5
15. Nöbete sebep olabilecek her türlü problemle baş ederek nöbetimi iyi yönetebilirim	1	2	3	4	5

Ek 3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Epilepsi Hastası Çocukların Nöbet Öz-Yeterliliklerinin Belirlenmesi’dir.

Bu araştırmada yer almak tamamen çocuğun ve ebeveynin isteğine bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır.

Çocuğa ait tüm tıbbi, kimlik bilgiler gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle çocuğa ve ebeveyne hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce g önüllü ve verilmesi gereken bilgileri çocuğumla okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklımıza gelen tüm soruları araştırmacıya sorduk, yazılı ve sözlü olarak bize yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayız. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğimize karar vermemiz için bize yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, çocuğa ait tıbbi bilgilerin kullanılması konusunda araştırmaya gönüllü yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bize yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllülüğümüzde kabul ediyoruz.

Gönüllünün Adı Soyadı:

Tarih ve İmza:

ARAŞTIRMACI:

Ek 4. Etik Kurul İzni



Ek 4. (Devam)



Ek 4. (Devam)



Ek 5. Kurum İzni



Ek 6. Ölçek İzni



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : Tuğba İNCİ

Uyruğu :

Doğum Tarihi ve Yeri

Telefon (İş)

E-Posta

Yazışma Adresi (İş)

Adölesan Servisi Ortahisar/Trabzon

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisan	Nevşehir Üniversitesi/SBF	2014
Lise	Konya Selçuklu Cumhuriyet Lisesi	2009

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Konya 28 Nolu Muazzez ve Mehmet Hilmi Uyar ASM	2014-2015
2. HEMŞİRE	KTÜ Farabi Hastanesi	2015-

YABANCI DİL

İngilizce