



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PLANLI EĞİTİMİN EPİLEPSİLİ ÇOCUĞUN YAŞAM KALİTESİ
VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

SELİN DEMİRBAĞ
YÜKSEKLİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. DİLEK ERGİN

İKİNCİ DANIŞMAN
Prof. Dr. MUZAFFER POLAT

MANİSA - 2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PLANLI EĞİTİMİN EPİLEPSİLİ ÇOCUĞUN YAŞAM KALİTESİ
VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

SELİN DEMİRBAĞ
YÜKSEKLİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Doç. Dr. Dilek ERGİN	(Tez Danışmanı)
Prof. Dr. Muzaffer POLAT	(İkinci Tez Danışmanı)
Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ	(Jüri Üyesi)
Doç. Dr. Hakan BAYDUR	(Jüri Üyesi)
Yrd. Doç. Dr. Nesrin ŞEN CELASİN	(Jüri Üyesi)

BEYAN

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

Selin DEMİRBAĞ

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca yapmak istediklerimde desteğini esirgemeyen, lisansüstü eğitimimde temel rol oynayan, bilimsel azmini hep örnek aldığım ve bana kendimi şanslı hissettiren tez danışmanım Doç. Dr. Dilek ERGİN' e, çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve her aşamasında destek veren ikinci tez danışmanım Prof. Dr. Muzaffer POLAT' a, tezimin analizlerinin yapılmasında yardımcı olan Doç.Dr. Hakan BAYDUR' a, tezimin tamamlanmasında beni destekleyen başta Yrd. Doç. Dr. Nesrin ŞEN CELASİN' e ve tüm hocalarıma,

Beni büyütüp yetiştiren, eğitimimde olduğu kadar tüm hayatım boyunca desteklerini hep hissettiğim ve sonsuz sevgileri ile benim ben olmamı sağladıkları için değerli annem Semra DEMİRBAĞ' a, babam Mehmet DEMİRBAĞ' a, farklı şehirlerde olsak bile varlığını hep yanımda hissettiğim ve doğarken bile beni yalnız bırakmayan ikiz eşim Pelin KESKİN' e ve büyüyüp koca adam olan, diş hekimi olmayı iple çeken ve benim en kıymetlim küçüğüm Serkan DEMİRBAĞ' a,

Tez sürecim boyunca bana anlayışları ile destek olan başta çok değerli arkadaşım Arş. Gör. Dilan DENİZ' e ve tüm arkadaşlarıma,

Gösterdikleri anlayış ve hoşgörüden dolayı Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Nörolojisi Polikliniği' nde, EEG biriminde ve Çocuk Servislerinde görev yapan tüm ekibe,

Sonsuz teşekkür ederim.

Selin DEMİRBAĞ

Manisa-2018

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMA VE SEMBOLLER DİZİNİ	ix
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
3.1. Araştırmanın Konusu	5
3.2. Araştırmanın Amacı	6
3.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
3.4. Sayıtlar	7
3.5. Araştırmanın Önemi.....	7
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	8
4. GENEL BİLGİLER	9
4.1. Epilepsinin Tanımı	9
4.2. Epilepsinin Etiyolojisi	10
4.3. Epilepsinin İnsidansı ve Prevelansı.....	12
4.4. Epilepsinin Sınıflaması	13
4.5. Epileptik Nöbet Tipleri	17
4.5.1. Parsiyel Epilepsiler.....	17
4.5.1.1. Basit Parsiyel Epilepsiler	17
4.5.1.2. Kompleks Parsiyel Epilepsiler	18
4.5.1.3. Sekonder Jeneralize Olan Parsiyel Epilepsiler.....	19
4.5.2. Jeneralize Epilepsiler	19

4.5.2.1. Absans Nöbetler	19
4.5.2.2. Miyoklonik Nöbetler	20
4.5.2.3. Klonik Nöbetler.....	21
4.5.2.4. Tonik Nöbetler	21
4.5.2.5. Tonik-Klonik Nöbetler.....	22
4.5.2.6. Atonik Nöbetler.....	23
4.5.3. Sınıflandırılmayan Epilepsiler.....	24
4.6. Epilepsinin Tanı Yöntemleri	24
4.6.1. EEG	25
4.6.2. MRG.....	25
4.6.3. BBT	25
4.7. Epilepsinin Tedavisi.....	26
4.7.1. İlaç Tedavisi	26
4.7.2. Cerrahi Tedavi.....	27
4.7.3. Vagal Sinir Stimülasyonu	28
4.7.4. Ketajonik Diyet	28
4.8. Epilepsinin Çocuk Üzerine Etkileri	29
4.8.1. Epilepsinin Bilişsel Yönden Etkileri	29
4.8.2. Epilepsinin Davranışsal Yönden Etkileri	30
4.8.3. Epilepsinin Psikososyal Yönden Etkileri	31
4.9. Epilepsi ve Uyku	32
4.10. Epilepsi ve Yaşam Kalitesi	33
4.11. Pediatri Hemşiresinin Epilepsili Çocuğun Bakımındaki Rolü.....	35
5. GEREÇ VE YÖNTEM	38
5.1. Araştırmanın Tipi.....	38
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	38

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
5.4. Araştırmanın Bağımlı, Bağımsız Değişkenleri	39
5.5. Veri Toplama Araçları	39
5.5.1. Çocuk Tanıtım Formu	39
5.5.2. Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (KINDL)	40
5.5.3. Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü	40
5.6.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	41
5.6. Veri Toplama Yöntemi	41
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	42
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	42
5.9. Süre ve Olanaklar	43
5. 10. Araştırmanın Uygulanması ve Uygulama Şekli.....	45
6. BULGULAR	46
6.1. Epilepsili Çocuklara İlişkin Tanıtıcı Özellikler	46
6.2. “Epilepsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ve Uyku Kalitesi” Konulu Eğitimin Epilepsili Çocuklar Üzerine Etkisi.....	52
6.3. Genel Çocuk Yaşam Kalitesi, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Arasındaki İlişki.....	60
7. TARTIŞMA	69
7.1. Epilepsili Çocukların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	69
7.1.1. Epilepsili Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması.....	69
7.1.2. Epilepsili Çocukların Epilepsiye İlişkin Özelliklerinin Tartışılması	72
7.2. Epilepsili Çocukların Bazı Verilerinin, Sağlıkla İlgili Genel Yaşam Kalitesi, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	77
7.2.1. Epilepsili Çocukların Bazı Verilerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Ön Test ve Son Test Arasındaki Farkların Tartışılması.....	77

7.2.2. Sağlıkıla İlgili Genel Yaşam Kalitesi, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	78
7.3. Genel Çocuk Yaşam Kalitesi, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	85
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
8.1. Sonuç.....	87
8.2. Öneriler	88
9. KAYNAKLAR	90
10. EKLER.....	110
11. ÖZGEÇMİŞ.....	143

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Epilepsilerin Etiyolojik Dağılımları.....	11
Şekil 2. Araştırma Planı Şeması	45



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Epileptik Nöbetlerin Klinik Sınıflaması (ILAE 1981)	15
Tablo 2. Epilepsilerin ve Epileptik Sendromların Sınıflaması (ILAE 1989).....	16
Tablo 3. Araştırma Planı ve Takvimi.....	44
Tablo 4. Epilepsili Çocuklara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler (n:74)	46
Tablo 5. Epilepsili Çocukların Epilepsiye İlişkin Özellikleri (n:74)	49
Tablo 6. Bazı Verilerin Kontrol ve Deney Grubuna Göre Ön Test ve Son Test Arasındaki Farklar (n:74).....	52
Tablo 7. Sağlıkla İlgili Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Ön Test ve Son Test Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar (n:74)	54
Tablo 8. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Ön Test ve Son Test Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar (n:74).....	57
Tablo 9. Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü Puanı ve Tedavi Memnuniyeti Puanının Ön Test ve Son Test Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar (n:74)	59
Tablo 10. Deney Grubu Ön Test Genel Çocuk Yaşam Kalitesi (GÇYK), Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve PUKİ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:37).....	61
Tablo 11. Deney Grubu Son Test Genel Çocuk Yaşam Kalitesi (GÇYK), Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve PUKİ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:37).....	63
Tablo 12. Kontrol Grubu Ön Test Genel Çocuk Yaşam Kalitesi (GÇYK), Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve PUKİ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:37).....	65
Tablo 13. Kontrol Grubu Son Test Genel Çocuk Yaşam Kalitesi (GÇYK), Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve PUKİ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:37).....	67

KISALTMA VE SEMBOLLER DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
AEİ	: Antiepileptik İlaç
BBT	: Bilgisayarlı Beyin Tomografi
EEG	: Elektroensefalografi
MRG	: Magnetik Rezonans Görüntüleme
ILAE	: International League Against Epilepsy
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
VSS	: Vagal Sinir Stimülasyonu
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
CBZ	: Karbamazepin
VPA	: Valproat
PB	: Fenobarbital
DPH	: Difenilhidantoin
PUKİ	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
GÇYK	: Genel Çocuk Yaşam Kalitesi
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon

Başlık: Planlı Eğitimin Epilepsili Çocuğun Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

Öğrencinin Adı: Selin DEMİRBAĞ

Danışman: Doç. Dr. Dilek ERGİN

İkinci Danışman: Prof. Dr. Muzaffer POLAT

Anabilim Dalı: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç:Bu çalışmanın amacı; planlı eğitimin epilepsili çocuklarda yaşam kalitesi ve uyku kalitesine etkisinin olup olmadığı değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem:Deneyel tipteki araştırma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Nörolojisi Polikliniği' nde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, deney (37 çocuk) ve kontrol (37 çocuk) grubu olarak toplam 74 epilepsili çocuk oluşturmuştur. Araştırma verileri çocuk tanıtım formu, Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Deney grubu için eğitimden önce anket formu uygulanmıştır. Bu eğitimden 1 ay sonra aynı anket formu eğitim etkinliğini değerlendirmek için tekrar uygulanmıştır. Kontrol grubuna anketler uygulanmıştır. Aynı gruba eğitim verilmeden aynı anket formları 1 ay sonra tekrar uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, verilerin yüzde dağılımları yapılarak veriler arası anlamlılık için Ki-kare, Bağımlı Gruplarda T Testi, Bağımsız Gruplarda T Testi, Mann Whitney U Testi, Wilcoxon İşaretili Sıralar Testleri ve ölçekler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Bulgular:Araştırma kapsamına alınan çocuklardan deney grubuna uygulanan eğitim sonucunda Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalamalarının arttığı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ölçek puan ortalamasının azaldığı bulunmuştur. Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi arasında negatif yönde; Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam

Kalitesi Modülü ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sonuçlar:Epilepsili çocukların planlı eğitim ile yaşam kalitesi ve uyku kalitesi düzeylerinin arttığı ve planlı eğitimin epilepsili çocuklar üzerinde etkili olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Epilepsili Çocuk, Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi.



Title: The Effect of Planned Education on the Quality of Life and Sleep Quality of Children With Epileptic.

Student name: Selin DEMİRBAĞ

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dilek ERGİN

Second Thesis Advisor: Prof. Dr. Muzaffer POLAT

Department: Child Health and Disease Nursing

2. SUMMARY

Aim: The purpose of this study is; to assess whether planned education in epileptic children has an impact on quality of life and sleep quality.

Material and Method: The experimental type study was carried out in the child neurology clinic of Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital. The sample of the study consisted of 74 epileptic children in total as experimental (37 children) and control group (37 children). The study included a children's presentation form, the General Child's Quality of Life Scale, the KINDL Epilepsy Quality of Life Module for Children, the Pittsburgh Sleep Quality Index with face-to-face interview technique. Questionnaire form was applied before the training for the experiment group. One month after this training, the same questionnaire was reapplied to assess the educational effectiveness. Questionnaires were applied to the control group. The same questionnaire was administered to the same group without training again after one month. Percentage distributions of the data were done and the T-Test in Dependent Groups, T-Test in Independent Groups, Mann Whitney U-Test, Wilcoxon Signed Rank Tests were used. Pearson Correlation analysis was performed to evaluate the relationship between the scales

Results:As a result of the study, it was found that for experiment group The General Child Quality of Life Scale score, KINDL Epilepsy Quality of Life Module for Children score increased and Pittsburgh Sleep Quality Index score decreased. The General Child Quality of Life Scale and the KINDL Epilepsy Quality of Life Module for Children correlated negatively with the Pittsburgh Sleep Quality Index. A

positive relationship was found between the KINDL Epilepsy Quality of Life Module for Children and General Child Quality of Life Scale.

Conclusion:The quality of life and sleep quality increase with planned education in children with epilepsy and the planned training with epilepsy were found to be effective on children.

Key words: Child With Epilepsy, Quality of Life, Sleep Quality.



3. GİRİŞ VE AMAÇ

3.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Epilepsi, beyindeki sinir hücrelerinin artmış uyarılabilirliğinden kaynaklanan merkezi sinir sisteminde belirli bir işlevi olan nöron topluluğunun ani, anormal ve hipersenkron deşarjı olarak tanımlanmaktadır (Seğmen 2005; İşler 2006; Avcı 2010; Güner 2015). Klinik açıdan ise bilinç, davranış, duygu, hareket veya algılama fonksiyonlarında ani başlayan geçici değişiklik durumudur (Alpman 2007). Klinik bulgular lokalizasyona göre farklılık göstermekle birlikte epileptik nöbetler bilinç kaybı, anormal motor aktivite veya davranış bozuklukları şeklinde gerçekleşebilmektedir (Avcı 2010).

Çocuklarda görülen epilepside, duygusal stres, anksiyete, yorgunluk, enfeksiyon, elektrolit bozuklukları veya metabolik bozukluklar gibi birçok neden rol oynamasına rağmen en yaygın olanları santral sinir sistemi enfeksiyonları, hipoksi ve kafa travmalarıdır (Güner 2015; Törüner ve Büyükgönelç 2012). Bazı epilepsi tiplerinde nöbetleri uyaran bir sebep yoktur. Bu tip epilepsiler idiopatik olarak adlandırılır ve genellikle genetik kökenlidir (İşler 2006; Serdaroğlu 2010; Törüner ve Büyükgönelç 2012).

Epilepside bulgular; epilepsinin tipine, süresine ve lokalizasyonuna göre farklılık göstermektedir. Örneğın parsiyel tip nöbette, tutulan nöron grubuna bağılı olarak belirtiler ortaya çıkar. Parsiyel nöbet öncesi aura vardır ve nöbetlerin görölme sıklığı daha çok derin uyku sırasındaadır. Basit parsiyel konvülsiyonlarda bilinç açık ve belirtiler fokaldır. Jeneralize konvülsiyonlar bilinç kaybı ile birlikte olup aura yoktur. Motor belirtiler ise bilateraldir (Törüner ve Büyükgönelç 2012).

Epilepsili çocuğın bilişsel durumu ve davranışları etkilenmektedir. Sık ve ani gelen nöbetler, antiepileptik ilaç tedavisi ve hastalığın başlama yaşı gibi faktörlerle çocuğın bilişsel durumu olumsuz etkilenmektedir. Çocuğın duygu durumunda ve davranışlarında da olumsuz yönde değişiklikler gözlemlenmektedir (Serdari 2009; Avcı 2010; Çavuşoğlu 2011). Epilepsili çocuklarda bilişsel durumun etkilenmesiyle zeka düzeyinde düşüklük, öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği ve hiperaktivite

bozukluğu olabilmektedir. Öğrenme sorunları yaşayan epilepsili çocuk, okuma, yazma, hesap yapma gibi akademik yetilerde azalma ve konuşma, dikkat, bellek, ince motor becerisi gibi zihinsel işlevlerin tüm alanlarında sorunlar yaşamaktadır (Johnston 2008; Ayta ve Korkmaz 2014; Güner 2015).

Epilepsili çocuklar toplumun epilepsi hastalığına olan yaklaşımı nedeniyle damgalanma sorunları yaşadıkları için düşük özgüvene sahiptirler (Güner 2015). Yapılan araştırmalarda, küçük yaş grubu epilepsili çocukların hastalığa uyumun büyük yaş grubu çocuklara göre daha kolay sağlandığı bulunmuştur (Ekinci 2009; Güner 2015).

Epilepsi, çocukta fiziksel, mental ve psikolojik olarak önemli sorunlara yol açar. (Akçalı ve ark. 2009). Epilepsili çocuk, sosyal izolasyon ve akademik başarıda azalma ile anksiyete, fiziksel belirtiler ve tedavi yaklaşımlarına bağlı olarak aşırı gündüz uykululuğu veya uykuya dalmada zorluk gibi uyku problemleri yaşamakta ve aynı zamanda epilepsi akut tıbbi acil durumlara neden olabileceği için de çocukların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Epilepsideki yaşam kalitesinin ölçülmesi hastalığın seyrini belirlemede ve hastalığın yarattığı kısıtlılığı belirlemede önemli rol oynamaktadır. Hastalığın seyrinin ve hastalığın yarattığı kısıtlılığın ne düzeyde olduğunun belirlenebilmesi için epilepsili çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi algılarının bilinmesi gerekmektedir (Akçalı ve ark. 2009; Stevanovic 2011).

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde epilepsi tanısı ile takip edilen 8-16 yaş arası epilepsili çocuklara verilen planlı eğitimin epilepsili çocuğun yaşam kalitesi ve uyku kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırma sorusu üç başlıkta oluşturulmuştur.

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler;

I. H₀: “Epilepsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi” eğitimi verilen epilepsili çocuklarda eğitim öncesi ve sonrası yaşam kalitesi düzeyi açısından anlamlı bir fark yoktur.

H₁: “Epilepsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi” eğitimi verilen epilepsili çocuklarda eğitim öncesi ve sonrası yaşam kalitesi düzeyi açısından anlamlı bir fark vardır.

II. H₀: “Epilepsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi” eğitimi verilen epilepsili çocuklarda eğitim öncesi ve sonrası uyku kalitesi düzeyi açısından anlamlı bir fark yoktur.

H₁: “Epilepsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi” eğitimi verilen epilepsili çocuklarda eğitim öncesi ve sonrası uyku kalitesi düzeyi açısından anlamlı bir fark vardır.

III. H₀: Epilepsili çocukların uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H₁: Epilepsili çocukların uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.4. SAYILTILAR

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

3.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Epilepsi, sinir hücrelerinin anormal elektriksel deşarjlarıyla ortaya çıkan nöbetlerin görüldüğü serebral fonksiyon bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Üstündağ 2015). Epileptik bozuklukların üçte biri 0-5 yaş arası, üçte biri okul çağı döneminde ve diğer üçte biri de adölesan ve genç yetişkinlik dönemde görülmektedir (Çavuşoğlu 2011).

Epilepsinin doğrudan merkezi sinir sistemini etkileyen bir hastalık olması nedeniyle diğer kronik hastalıklara oranla epilepsili çocukların çoğunda daha sık davranışsal sorunlar görüldüğü ve yaşam kalitelerini olumsuz şekilde etkilediği

bilinmektedir (Özmen 2012). Epilepsili çocuklarda nöbetlerin nerede ve ne zaman oluşacağını bilinmemesi, çocuğun nöbet sırasında kendini kontrol edememesi nedeniyle öz saygısını yitirmesine ve utanç duymasına sebep olmaktadır (Abramson 1978; Özmen 2012). Epileptik nöbetler ve kullanılan ilaç tedavisi nedeniyle zamanla çocukta yorgunluk, dikkat ve konsantrasyon eksikliği, yakın hafıza kusuru oluşturmaktadır. Epilepsinin çocukların uyku düzenlerini etkilediği bilinmektedir (Alp ve Altundağ 2014). Epileptik nöbetlerin aniden oluşması nedeniyle çocuklar, uykuya dalmada zorluk ve uyku sırasında sık sık uyanma gibi birçok sorun yaşamaktadırlar (Güner 2015). Uyku sorunları yaşanması ile uyku düzeni bozulan epilepsili çocukların yaşam kalitesi düşmektedir (Yaşar ve ark. 2014). Epilepsili çocuklar bu nedenlerden dolayı düşük yaşam kalitesine sahiptirler (Güner 2015).

Epilepsi, gelişmekte olan çocuğun fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimi üzerinde kalıcı etkiler bırakmaktadır. Bu nedenle epilepsi gibi kronik hastalıklar danışmanlık ve bakım amacıyla özel bir ekip gerektirmektedir. Çocuk ile hastalığı ve tedavisi hakkında iyi iletişim kurulursa, çocuğun hastalığı için alınan kararlara katılımı sağlanmış ve çocuk desteklenmiş olur. Çocuk hastalığı için kabullenici pozitif tutum gösterebilirse baş etme yöntemlerini daha iyi kullanmış olur. Anksiyetesi azalarak çocuk kendini güvende hisseder ve yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenmiş olur (Törüner ve Büyükgönenç 2012).

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kapsamına, 8-16 yaş arası, işitme ve anlamada problemi olmayan 74 epilepsili çocuk dahil edilmiştir. Araştırma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Nörolojisi Polikliniği'nde yürütülmüş olup Manisa'da bulunan diğer hastane ve birimlerde epilepsi tanısı ile takipli çocuklar araştırmaya dahil edilmemiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. EPİLEPSİNİN TANIMI

Epilepsi, çocukluk çağında en sık görülen nörolojik bozukluklardandır (Çavuşoğlu 2011). Beyindeki sinir hücrelerinin artmış uyarılabilirliğinden (nöronal hipereksitabilite) kaynaklanan epilepsi, merkezi sinir sisteminde belirli bir işlevi olan nöron topluluğunun ani, anormal ve hipersenkron deşarja neden olarak ortaya çıkar. Epilepsi, nöronların somatik, psişik işlevi ile ilgili bilinç kaybı, paroksizmal motor, duysal veya otonomik fenomenle birlikte, tetikleyici olmayan, beyin fonksiyonlarındaki geçici ve yineleyici bozuklukları olarak da tanımlanmaktadır (Seğmen 2005; Erten 2005; İşler 2006; Çelik 2008).

Bilinç, davranış, duygu, hareket veya algılama fonksiyonlarında ani başlayan geçici değişiklik durumu olan ve klinikte belli bir süre devam eden epileptik nöbet, gri maddedeki artmış, hızlı ve yerel elektriksel boşalımlardan köken almaktadır. Nöbet aktivitesiyle ilişkili yoğun nöronal deşarjlar, serebral metabolik aktivitede belirgin bir artışa neden olur. Bu artış perfüzyonda belirgin bir azalma olmadıkça beyin dokusunun kan akımını artırarak nöbetlerin metabolik aktivite artışını dengeleyebildiği ancak uzamış nöbetler beyin kan akımı arasında dengesizliğe yol açarak kalıcı beyin hasarına neden olmaktadır (Alpman 2007; Güner 2015).

Epilepsi, santral sinir sistemi işlevsizliğinin neden olduğu, tekrarlayan ataklarla seyreden, çocukluk ve ergenlik dönemindeki doğuştan veya sonradan edinilen en yaygın görülen kronik nörolojik bozukluktur (Baykan 2004). Tetikleyici etmenlerle oluşan ve tekrarlanmayan nöbetler konvülsiyon olarak adlandırılır. Konvülsiyonların belirli aralıklarla tekrar etmesi ile epilepsi düşünülmektedir. Epilepsi tanısı konması için 24 saat içinde aralıklarla iki veya daha fazla tetiklenmemiş nöbet geçirilmesi ve gelecekte nöbet oluşmasına neden olabilecek beyinde bir bozukluğun varlığı şarttır. Çocuklarda epilepsi, gelişmekte olan beyin üzerine zararlı etkiler yapar ve gerekli olan tedaviyi düzgün şekilde alamazsa kalıcı hasarlarla zeka gerilikleri ve psişik bozukluklarla sonuçlanabilmektedir (Güner 2015).

Epilepsi, çocuğun fiziksel değişikliklere, günlük ilaç kullanımında tedavi biçimine uyma, yineleyen doktor muayenelerine ve akut tıbbi acil durumlara hazırlıklı olunmasını gerektirmesi gibi durumlar nedeniyle çocuğun yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen kronik bir hastalıktır. Nöbetlerin ne zaman gerçekleşeceğini bilinmemesi de çocuğun sosyal uyumda sorunlar yaşamasına yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine zemin oluşturmaktadır (Görgülü ve Fesci 2011; Güner 2015).

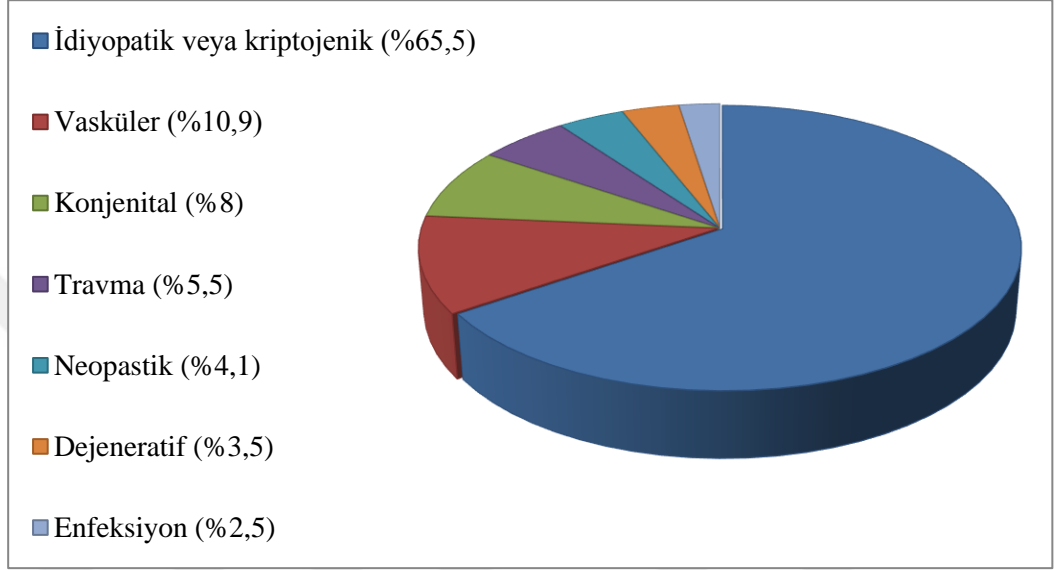
4.2. EPİLEPSİNİN ETİYOLOJİSİ

Farklı nedenlere bağlı bir belirti olan epilepsi nöbeti bir hastalık değildir. Epileptik nöbetin klinik ve elektriksel bulguları olayın başladığı ve yayıldığı lokalizasyonuna göre değişmektedir (Avcı 2010). Nöbetler zaman içinde her çocuk için belli bir paternde, genellikle spontan olarak veya bazı tetikleyen faktörlere maruz kalınması ile meydana gelmektedir. Bu faktörler arasında ateş, hipoksi, elektrolit ve asit-baz dengesizliği, toksik etki, enfeksiyöz etki, travmatik etki ve hipoglisemi gibi metabolik etkiler bulunmaktadır. Uyku, uykusuzluk, yorgunluk, bazı sesler, fotik (ışık ile) uyarı vb. durumlar da tetikleyici faktörler arasında sayılmaktadır (İşler 2006).

Nöbetlerin bilinç kaybı, anormal motor aktivite (tonik veya klonik kontraksiyon), entellektüel veya davranış bozuklukları şeklinde ve tekrarlayıcı olması halinde nöbetler epilepsi olarak adlandırılmaktadır (Avcı 2010).

Epilepsinin etiolojisinde pek çok neden vardır. Kafa travmaları, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, beynin damarsal hastalıkları, beyin tümörleri, doğum travmaları, metabolik bozukluklar ve febril konvülsiyonlar epilepsinin nedenleri arasında sayılmaktadır (Eriksson ve Koivikko 1997; Appleton 2000; Türkdoğan 2004; Erten 2005; Avcı 2010). Ancak epilepsi hastalarının yaklaşık %50' sinde nöbetlere neden olabilecek nörolojik bir bozukluk bulunmamaktadır (Çelik 2008). Sebebi belirlenemeyen epilepsi olgularında genetik faktör neden olarak kabul edilmektedir (Türkdoğan 2004; Güner 2015). Ailesinde epileptik bireyler bulunan çocuklarda epilepsi gelişme ihtimali oldukça fazladır (Efe ve İşler 2013; Güner 2015).

Sebebi belli olan epilepsiler “semptomatik epilepsiler”, semptomatik olduğu düşünöldüğü halde sebebi bulunamayan epilepsiler “kriptojenik epilepsi”, genetik yatkınlık dışında bir sebebi bulunamayan epilepsiler ise “idiopatik epilepsiler” olarak adlandırılır (Seğmen 2005; Çelik 2008; Bambal ve ark. 2011). Şekil 1 de epilepsilerin etiyolojik dağılımı yer almaktadır.



Şekil 1. Epilepsilerin Etiyolojik Dağılımları (Çelik 2008)

Nöbetler yaş dönemlerine göre farklı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Bebeklerde nöbetlere, doğum travması, perinatal hipoksi, hipoglisemi ya da diğerk endokrin bozukluklar, merkezi sinir sistemi (MSS) enfeksiyonları, intraventriküler kanama ya da konjenital beyin anomalileri neden olmaktadır. Üç yaştan daha büyük çocuklarda nöbetin en yaygın şekli idiopatik tiptir. Nöbetler büyük çocuklarda ise genellikle kafa travması, MSS enfeksiyonları, zehirlenme, febril konvülsiyon gibi nedenlerdir. Akut enfeksiyonlar süt çocukluğu ve erken çocukluk döneminde görölen nöbetlerin en yaygın risk faktörüdür (Efe ve İşler 2013).

4.3. EPİLEPSİNİN İNSİDANSI VE PREVELANSI

Epilepsi, doğuştan veya sonradan edinilmiş bozuklukların neden olduğu santral sinir sistemi işlevsizliği, tekrarlayan nöbetler şeklinde klinik bulgulardan oluşan çocukluk ve ergenlik dönemindeki görülen en yaygın kronik nörolojik bir bozukluktur (Üstündağ 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2009 verilerine göre, dünyada yaklaşık olarak 50 milyon epilepsi ile tanılanmış hastanın olduğunu bildirilmektedir (Bambal ve ark. 2011). Dünyada her yıl yaklaşık 2,4 milyon hasta epilepsi tanısı almaktadır. Bu hasta sayısı toplumun %2' sini oluşturmaktadır. Epilepsi tanısı alan hastaların %40' ı 15 yaşın altında olup bunların %80' i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde epilepsi prevalansı 61-121/100 000, gelişmiş ülkelerde ise 41- 50/ 100 000' dir (Serdaroğlu ve ark. 2004; Melekoğlu 2012).

Epilepsi prevalansı coğrafyadan coğrafyaya farklılık gösterir. Yapılan bir çalışmada Avrupa ve Kuzey Amerika' daki epilepsi prevalansı 3,6-6,5/1000 iken Afrika ve Latin Amerika' daki epilepsi prevalansı 6,6-17/1000 olarak bildirilmiştir. Dünyada, ABD, Avrupa, Nijerya, Hindistan ve Çin gibi ülkelerde birçok çalışma yapılmış ve epilepsi prevalansını 5-8/1000 arasında olduğunu bildirilmiştir (Serdaroğlu ve ark. 2004; Avcı 2010). Türkiye' de, epilepsinin çocuklarda görülme sıklığı %1-2 olduğu düşünülmektedir (Avcı 2010). 0-16 yaş arasındaki 24 773 569 çocuğun dahil edildiği çalışmada ülkemizdeki epilepsi prevalansının %0,8 olduğu bulunmuştur (Serdaroğlu ve ark. 2004; Avcı 2010; Gürkaş 2012). Aynı çalışmada hastaların %55' inin %2' si jeneralize epilepsi, %39' u parsiyel epilepsi ve %5,8' inin ise sınıflandırılmayan epilepsi olarak dağılım gösterdiği bulunmuştur (Serdaroğlu ve ark. 2004; Melekoğlu 2012).

Karaağaç ve ark. (1999) tarafından Silivri'de yapılan çalışmada epilepsi prevalansı %1, Çalışır ve ark. (2006) tarafından Bursa' da yapılan çalışmada ise %1,2 olduğu tespit edilmiştir. Aydın ve ark. (2002) İzmir ili epilepsi prevalansını çocuklarda %1,1, Erten ve ark. Edirne ili epilepsi prevalansı %1, Topbaş ve ark. (2012) Trabzon ili epilepsi prevalansını %0,86 olarak bildirilmiştir. Tekeli ve ark. (2012) tarafından Çanakkale ilinde genç erkeklerin dahil edilerek yapılan çalışmada (20-32 yaş) epilepsi prevalansı %0,89 olarak bulunmuştur (Yolal 2012)

Epilepsi insidansıda yaşla birlikte değişiklik göstermektedir. Bir yaş altı çocukların epilepsi insidansı 100-233/100 000 arasında olup, çocukluk çağı epilepsilerinde insidansın en yüksek olduğu dönemdir. Erken çocukluk döneminde bu oran 60/100 000 olup düşmektedir (Gürkaş 2012). Ülkemizde geniş tabanlı olarak yapılan çalışmada, en az bir kez geçirilmiş epileptik atak insidansı 15 yaş altı çocuklarda %1-1,7 arasında olduğu bulunmuştur ve bunların %0,70' sinde epileptik atakların tekrarlayan ataklar olduğu bildirilmiştir (Serdaroğlu ve ark. 2004; Melekoğlu 2012). Gelişmiş ülkelerde ise 15 yaş altı çocuklarda uyarılmadan meydana gelen atakların insidansının 45-85/100 000 arasında olduğu düşünülmektedir (Yolal 2012). Amerika Birleşik Devletleri' nde her yıl, yeni tanı olarak 15 yaş altı yaklaşık 45 000 çocuğun epilepsi tanısı aldığı tespit edilmiştir (Begley ve ark. 2000; Avcı 2010).

4.4. EPİLEPSİNİN SINIFLAMASI

Epilepsi, çocukluk çağında en sık görülen ve en eski bilinen kronik hastalıklardan biridir (Arpacı 1999; Çoşkun 2005). Masland, kronik hastalıklar için çoğunluğun kabul ettiği tek bir sınıflamanın yapılmasının hastalığın nedenlerinin araştırılmasında, bilimsel çalışmaların yürütülmesinde ve hastalıkların değerlendirilmesinde temel oluşturduğunu bildirmiştir (Melekoğlu 2012).

Antik çağlardan itibaren bilinen epilepsi hastalığı için sınıflama çalışmaları Hipokrat döneminden itibaren devam etmektedir. İ.Ö.175' de Galen epilepsi sınıflamasını iki temel nedenle bağlantılı olduğunu düşünmüş ve bu sınıflamayı "beyinden kaynaklanan" (idiopatik) ve "vücudun herhangi bir bölgesinden kaynaklanan" (semptomatik) olarak yapmıştır (Yolal 2012).

Araştırmacılar tarafından 18. yüzyılda epilepsinin sınıflaması ile ilgili çalışmalar devam etmiş ve epileptik nöbetlerin farklı tiplerde de gözlemlenebildiği bulunmuştur. 19. yüzyıl sonlarına ve 20. yüzyıl başlarına gelindiğinde nöbet tipinin epilepsi hastalık tipini sınıflamada yeterli olmadığı, nöbet tiplerinden bazılarının birçok epilepsi hastalığı tipinde görüldüğü fark edilmiştir. 1930'da ilk kez Hans Berger tarafından epilepsinin sınıflamasında EEG incelemesine başlamış,

görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve yapılan genetik çalışmaları ile epileptik nöbetlerin ve epilepsi hastalığının sınıflamasında gelişmeler yaşanmıştır (Kale 2011).

Günümüzde kabul gören epilepsi sınıflandırmasının çalışmaları ilk kez uluslararası epilepsi uzmanların 1964' de bir araya gelmesi ile başlamıştır. ILAE (International League Against Epilepsy-Uluslararası Epilepsi ile Savaş Ligi) sınıflama komisyonunu çalışmalarını uzun süre devam etmiş ve sonucunda 1981 Epileptik Nöbetlerin Klinik ve Elektrografik Sınıflaması (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1981) (Tablo 1) ve daha sonrasında 1989 Epilepsiler ve Epileptik Sendromların Sınıflamasını (Tablo 2) oluşturmuşlardır. Yapılan bu ortak sınıflandırma ile günümüzde en geçerli tanımlama oluşturulmuştur (Usta 2013) .

Lüders ve ark. 1998' de nöbet sınıflamasını semiyolojik olarak yapmışlardır. Fakat bu sınıflandırma ILAE tarafından onay görmemiştir (Lüders 1998). Sınıflama için yapılan çalışmaların ardından ILAE 2001' de yeni bir düzenleme yapmış ancak çok fazla olumsuz eleştiri almıştır. ILAE, bu olumsuz eleştirilerin ardından 1989 sınıflamasının kullanılmasına devam etme kararı almıştır (Blume ve ark. 2001). ILAE tarafından nöbetler ve epilepsilerin düzenlenmesinde yapılan en son düzenleme 2010 yılında olup düzenlemenin amacı da terminoloji içindir (ILAE Proposal for Revised Terminology for Organization of Seizures And Epilepsies, 2010) (Blume ve ark. 2001; Berg ve ark. 2010; Usta 2013).

Epilepsinin günümüzde kabul gören sınıflandırmasının olmasına rağmen epilepsinin çok farklı klinik bulguları, etiyojileri ve hala açıklanamayan birçok özelliği nedeniyle bazı hastalarda epilepsi tipine karar vermek oldukça güç olmaktadır.

ILAE tarafından yapılan 1981 ve 1989 yılı sınıflamaları aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 1. Epileptik Nöbetlerin Klinik Sınıflaması (ILAE 1981)

1. Parsiyel (Fokal, Lokal) Nöbetlerin Sınıflaması
<p>A. Basit parsiyel nöbetler (BPN)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Motor semptomlu<ol style="list-style-type: none">a. Fokal motorb. Jacksonianc. Versifd. Posturale. Fonotuar2. Somatosensoryel veya Özel Duysal Semptomlu<ol style="list-style-type: none">a. Somatosensoryelb. Vizuelc. Odituard. Olfaktore. Gustatorf. Vertijinoz3. Otonomik Semptomlu4. Psikşik Semptomlu<ol style="list-style-type: none">a. Disfazikb. Dismnezic. Kognitifd. Affektife. İlluzyonlarf. Yapısal halusinasyonlar <p>B. Kompleks parsiyel nöbetler (KPN)</p> <ol style="list-style-type: none">1. BPN → Ardından bilinç kaybı<ol style="list-style-type: none">a. BPN bulguları şeklinde başlayanb. Otomatizmalarla giden2. Başlangıçta bilinç kaybı<ol style="list-style-type: none">a. Sadece bilinç kaybı olanb. Otomatizmalarla giden <p>C. Parsiyel Nöbet → Sekonder Jeneralize Nöbet (SjN)</p> <ol style="list-style-type: none">1. BPN şeklinde başlayıp sekonder jeneralize olan2. KPN şeklinde başlayıp sekonder jeneralize (Sj) olan3. BPN → KPN → SjN
2. Jeneralize Nöbetlerin Sınıflandırılması
<p>A. Absans Nöbetler</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tipik Absans<ol style="list-style-type: none">a. Sadece bilinç kaybıb. Hafif klonik komponentlic. Atonik komponentlid. Tonik komponentlie. Otomatizmalıf. Otonomik komponentli2. Atipik Absans <p>B. Miyoklonik Nöbetler</p> <p>C. Klonik Nöbetler</p> <p>D. Tonik Nöbetler</p> <p>E. Tonik-klonik Nöbetler</p> <p>F. Atonik Nöbetler</p>
3. Sınıflandırılmayan Epileptik Nöbetler

Tablo 2. Epilepsilerin ve Epileptik Sendromların Sınıflaması (ILAE 1989)

1. Lokalizasyona Bağlı (Fokal, Lokal, Parsiyel) Epilepsiler ve Sendromlar
<p>A. İdyopatik (yaşa bağlı başlangıç)</p> <ol style="list-style-type: none">Sanctrotemporal dikenli selim çocukluk çağı epilepsisiOksipital paroksizmal çocukluk çağı epilepsisiPrimer okuma epilepsisi <p>B. Semptomatik</p> <ol style="list-style-type: none">Temporal lob epilepsisiFrontal lob epilepsisiParietal lob epilepsisiOksipital lob epilepsisiÇocukluk çağının kronik progresif epilepsia parsialis kontinuası (Kojewnikow Sendromu)Spesifik faktörlerle uyarılan nöbetlerle karakterize sendromlar <p>C. Kriptojenik</p>
2. Jeneralize Epilepsiler ve Sendromlar
<p>A. İdyopatik (yaşa bağlı başlangıç-yaş sırasına göre sıralanmıştır)</p> <ol style="list-style-type: none">Selim ailesel yenidoğan konvülsiyonlarıSelim yenidoğan konvülsiyonlarıSüt çocukluğunun selim miyoklonik epilepsisiÇocukluk çağı absans epilepsisi (piknolesi)Jüvenil absans epilepsisiJüvenil miyoklonik epilepsi (impulsif petit mal)Uyanırken gelen grand mal nöbetli epilepsiDiğer jeneralize idyopatik epilepsilerBelirli aktivasyon yöntemleriyle uyarılan epilepsiler <p>B. Kriptojenik veya semptomatik (yaş sırasına göre)</p> <ol style="list-style-type: none">West sendromu (infantil spazmlar, Blitz-Nick-Salaam Kraempfe)Lennox-Gastaut sendromuMiyoklonik astatik nöbetli epilepsiMiyoklonik absanslı epilepsi <p>C. Semptomatik</p> <ol style="list-style-type: none">Spesifik olmayan etyolojili1. Erken miyoklonik ensefalopati2. Supression-burst' lu erken infantil epileptik ensefalopati3. Diğer semptomatik jeneralize epilepsiler <p>b. Spesifik sendromlar</p>
3. Fokal veya Jeneralize Olduğu Belirlenemeyen Epilepsiler
<p>A. Jeneralize ve fokal nöbetli epilepsiler</p> <ol style="list-style-type: none">Yenidoğan konvülsiyonlarıSüt çocuğunun ağır miyoklonik epilepsisiYavaş dalga uykusu sırasında devamlı diken-dalgalı epilepsiEdinsel epileptik afazi (Landau-Kleffner sendromu)Diğer belirlenemeyen epilepsiler <p>B. Jeneralize veya fokal özelliği ayırtedilemeyenler (uykuda gelen grand mal nöbet olguları gibi)</p>
4. Özel (Özgün) Sendromlar
<p>A. Duruma bağlı nöbetler</p> <ol style="list-style-type: none">Febril konvülsiyonlarİzole nöbet veya izole status epileptikusAkut metabolik veya toksik nedenlere bağlı nöbetler

4.5. EPİLEPTİK NÖBET TİPLERİ

4.5.1. Parsiyel Epilepsiler

Çocukluk çağı epilepsilerin %40' ı parsiyel epilepsiler olarak görülmektedir. Serebral korteksin herhangi bir bölgesinden köken alan parsiyel nöbetler sıklıkla frontal, temporal ve parietal lobları etkilemektedir (Alpman 2007; Çavuşoğlu 2011; Törüner ve Büyükgönenç 2012). Parsiyel tipteki nöbetler genellikle görsel, işitsel, tatsal duyarlar ile ilgili semptomlar olarak adlandırılan bir aura ile başlamaktadır (Güven 2013; Güner 2015). Serebral korteksin belli bir bölgesindeki nöronların boşalması sonucu ortaya çıkan parsiyel nöbetlerin sınıflandırılması bilinç değişikliğinin olup olmamasına göre belirlenmektedir (Serdaroğlu 2010; Üstündağ 2015; Güner 2015). Bilinç değişikliği yoksa basit, bilinç değişikliği varsa kompleks olarak adlandırılır (Zararsız 2009). Basit ve kompleks parsiyel nöbetler daha sonra korteksin diğer bölgelerine yayılarak sekonder jeneralize nöbetlere dönüşebilir. Parsiyel nöbetler jeneralize tonik-klonik nöbete dönüştüğünde tam bilinç kaybı yaşanmaktadır (Zararsız 2009; Serdaroğlu 2010; Avcı 2010). Parsiyel nöbetlerin klinik bulguları köken aldığı loba göre (temporal, frontal, parietal ve oksipital lob) farklılaşmaktadır. Parsiyel nöbetlerin etiolojisinde yüksek oranda serebral hastalıklar yer almasına rağmen genetik faktör de önemli rol oynamaktadır (Murty ve ark. 1998).

4.5.1.1. Basit parsiyel epilepsiler

Nöbetin lokalize olduğu bölgeye bağlı görülen belirti ve bulguların olduğu ve bilincin kapanmadığı nöbetlerdir (Serdaroğlu 2010). Bu grup epilepsiler %10 oranında görülmektedir. Basit parsiyel epilepsinin klinik belirtileri motor, duyuşal, psişik ve otonomik sorunlar olarak gözlenmektedir (Kavaklı ve ark. 1998). Ancak motor aktivite basit parsiyel nöbetin en sık rastlanan belirtisidir (Johnston 2008). Motor aktiviteler klonik veya tonik şeklindedir ve vücudun herhangi bir bölümünde görülebilmektedir. Klonik motor nöbetler, vücutta spesifik olarak etkilenen bölgelerde belirti göstermektedir. Fokal klonik nöbetler, çoğunlukla yüz ve eli tutar.

Tonik motor nöbetler ise daha az anatomik lokalizasyon özelliği taşımaktadır (Melekoğlu 2012). Duyusal belirtileri olan parsiyel nöbet ise yüzde, ekstremitelerde uyuşukluk, karıncalanma, parestezi ve ağrı şeklinde kendini göstermektedir. Ek olarak terleme, yüzde kızarma ve pupillerde dilatasyon olabilmektedir. Çocuklar hallüsinasyonlar, parlak ışıklar, kokular ya da sesler duyma gibi çeşitli duyusal deneyimler yaşadıklarını ifade etmektedirler (Güven 2013). Otomatizma (hipersalivasyon) basit parsiyel nöbetlerde görülmemekte ancak bazı hastalar auradan yakınabilmektedirler ve bu bazen nöbetin tek belirtisi olabilmektedir. Çocuklar aurayı tanımlamakta zorlanmakla birlikte çoğunlukla "acayip hissetme" gibi tanımlar kullanmaktadır (Johnston 2008; Güner 2015). Basit parsiyel nöbetlerin nedenleri fokal hasar (serebral palsi gibi), tümör ya da lezyonlar, beyin abseleri, arteriyovenöz malformasyonlar olarak sayılmaktadır. Her yaşta başlayabildiği gibi sekiz yaş altı çocuklarda yaygın değildir. Nöbetler ortalama 10-20 saniye sürmektedir (Johnston 2008; Güner 2015).

4.5.1.2. Kompleks parsiyel epilepsiler

Kompleks parsiyel nöbetler serebral korteksten köken olmakla birlikte temporal lobtan da sıklıkla kaynaklanmaktadır. Bunun dışında frontal veya parietal loblardan da ortaya çıkabilmektedir (Fenichel 2010). Bu nedenle bu tip nöbetler temporal lob veya psikomotor nöbetler olarak da adlandırılmaktadır. Kronik nöbetlerin yaklaşık 1/3' ünü kompleks parsiyel nöbetler oluşturmaktadır. Psikomotor nöbetlerin tanı ve kontrolü diğer nöbet tiplerine göre daha zor olmaktadır. Psikomotor nöbetlerde çoğunlukla duyusal ve motor fonksiyonları etkilenmektedir. Nöbet genellikle bir aura dönemi ile başlamaktadır (Çavuşoğlu 2011). Nöbette aura olması da nöbetin fokal başlangıçlı olduğunu göstermektedir (Johnston 2008). Bu süreçte çocuk hoş olmayan koku ya da tatlar, anksiyete, korku, dejavu, karmaşık işitsel ya da görsel halüsinasyonlardan şikayet edebilmektedir. Bunlara ek olarak amaçsız ve tekrarlayıcı hareketler (ağız şapırdatma, çiğneme, emme, amaçsızca gezinme ya da kıyafetlerini çekiştirme) gözlemlenebilmektedir (Appleton 2000; Guyton ve Hall 2007; Çavuşoğlu 2011).

4.5.1.3. Sekonder jeneralize olan parsiyel epilepsiler

Basit veya kompleks parsiyel nöbetler serebral alanda köken aldığı bölgeden daha geniş bir bölgeye yayılarak jeneralize nöbete dönüşebilmektedir. Parsiyel nöbetler sekonder jeneralize nöbete dönüştüğünde tonik-klonik nöbet şeklinde görülebilmektedir. Bu şekilde gelişen nöbetlerde parsiyel nöbet ilk nöbet olayı, jeneralize nöbet ise ikinci nöbet olayı olarak düşünülmektedir (İşler 2006).

4.5.2. Jeneralize Epilepsiler

Klinik ve EEG bulgularında eşlik ettiği nöbet, her iki hemisferde elektriksel impulsların aynı anda aşırı boşalması ile oluşmaktadır (Zararsız 2009; Avcı 2010; Serdaroğlu 2010; Çavuşoğlu 2011). Bu tip nöbette çocuk aura süreci yaşamaz. Jeneralize epilepsili çocukta motor bulgular çift taraflı görülmekte ve bilinç kaybı oluşmaktadır (Güven 2013). Jeneralize epilepsi prevalansı 0-19 yaş arası çocuklarda %1,76, 1-4 yaş arası çocuklarda %23,7 olarak belirtilmektedir. Erkek çocuklarda kızlara göre prevalans oranının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Avcı 2010). Tüm nöbet tipleri içinde %25'e yakını jeneralize nöbetlerdir (Buluş 2014). Dört yaşına kadar olan nöbetler, çocuklarda mental retardasyona ve buna bağlı olarak davranış ve öğrenme sorunlarına sıklıkla yol açmaktadır. Nöbetler günün her saatinde görülebilmekte ve nöbetlerin birbiri arasındaki uzunluğu dakika, saat, hafta veya yıl olabilmektedir (Güven 2013; Çetinkaya 2015). Türüne göre değişkenlik gösterse de jeneralize nöbetlerin yeni tanı alma sıklığı, çocukluklarda yetişkinlere oranla daha fazladır ancak çocuk büyüdükçe nöbet sıklığında azalmalar görülmektedir (Saygı 2008). Jeneralize nöbetlerin alt grupları aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır.

4.5.2.1. Absans nöbetler

Absans nöbet tipi, "petit mal" ya da "lapse epilepsi" olarak adlandırılmaktadır (Törüner ve Büyükönenç 2012). Ani başlayan, kısa süren ve ani biten, tekrarlayıcı ve çok sayıda oluşan dalma şeklindeki nöbetlerdir. Absans nöbetler, tüm nöbetler

arasındaki en hafif yaşanan nöbet tipidir. Çocuk nöbet sırasında aniden durmakta, yaptığı işi birden bırakmakta (Reuber ve ark. 2012) ve sonrasında çocuk hiçbir şey olmamış gibi yaptığı işe geri dönmektedir. Çocuk geçen zamanın farkında değildir. Nöbetler çok kısa (5-10 saniye) olmakla birlikte, nadiren 30 saniyeden uzun sürmektedir (Çavuşoğlu 2011; Üstündağ 2015). Motor aktivite ya da konuşmada ani duraklama, sabit bir noktaya uzun süreli bakma ile yüz ifadesinde anlamsızlık ve göz kapaklarının kırıştırılması ile karakterizedir (Johnston 2008). Bu tip nöbette aura yaşanmamaktadır (Güven 2013). Absans nöbetli çocukların mental gelişimi genellikle normaldir (Yolal 2012). Absans nöbetlere çocukluk çağında, özellikle de çocuk 5-10 yaşlarında iken daha sık rastlanmaktadır. Okul çağında görülen nöbetlerin arasında bu tip nöbetler %8' dir (Avcı 2010). Absans nöbetler erkeklere oranla kız çocuklarında daha sık görülmektedir. Absans nöbetler ilaç tedavisi ile kontrol edilebilmektedir (Reuber ve ark. 2012).

4.5.2.2. Miyoklonik nöbetler

Bu tip nöbetler ani, kısa süreli, hızlı kas kasılmaları ile tanımlanmaktadır. Miyoklonik nöbetler vücudun tümünde (yüz, gövde veya ekstremiteler) olabildiği gibi bazen de sadece bir kas grubunda gerçekleşebilmektedir (Zararsız 2009; Avcı 2010). Miyoklonik kontraksiyonlar bilateral veya unilateral olabilmektedir (Gürkaş 2012). Miyoklonik nöbet görülme oranı 2 yaşın başlarında fazla olmasına rağmen ilkokul ve adölesan çağında da oldukça sıktır. Miyoklonik nöbet tanılı çocuklar kasılmaları “titreme, sıçrama, atma” olarak ifade etmektedirler (Güven 2013). Miyokloniler uyanma veya uykuya dalma esnasında ortaya çıkmaktadır (Güner 2015). Ancak hipoksi, üremi, ensefalit veya ilaç toksikasyonları gibi durumların neden olduğu kalıcı nörolojik hasarın sonucu olarak da görülebilmektedirler (Çavuşoğlu 2011). Miyoklonik nöbet geçiren çocukta bilinç kaybı ya da postiktal dönem görülmemektedir (Güven 2013).

4.5.2.3. Klonik nöbetler

Tonik fazın olmadığı jeneralize epilepsilerde görülmektedir (Sakallı 2005). Klonik nöbetler, genellikle aniden gelişen çeşitli kas gruplarındaki seğirmelerle oluşmakta ve saniyede düzenli olarak 0,2-5 kez kısa kontraksiyonlarla tekrarlamaktadır (İşler 2006). Kısa kontraksiyonlar çocuğun vücudunun herhangi bir bölümünde görülebilmektedir. Ardı ardına sıçramalar şeklinde de olabilmektedir (Sakallı 2005). Klonik nöbetler çocukta tek taraflı görüldüğünde, daha sık olarak yüz veya el bölgesinde gerçekleşmekte ve bacak veya gövdeyi ise daha az tutmaktadır. Tek taraflı klonik nöbetler tüm vücuda yayılabilmekte ve primer somatomotor korteksin tutulumu oluşmaktadır (İşler 2006). Miyoklonik nöbetler, klonik nöbetlere benzemekte ve bu nedenle ayırt etmek güç olabilmektedir. Fakat klonik nöbetlerin çoğunda bilinç kaybı olması nedeniyle miyoklonik nöbetlerden ayrılabilir. Nöbetler bir ya da birkaç dakika sürmekte ve nöbet sonrasında uzamış postiktal periyod görülebilmektedir. Özellikle süt çocukluğu çağında daha sık görülmektedir (Güven 2013).

4.5.2.4. Tonik nöbetler

Klonik faz olmadan çocuğun saniyeler süren opistotonus postürü alması ile karakterize nöbet tipidir. Nöbet esnasında çocuğun gözlerinde yukarı kayma görülmekte ve çocukta siyanoz oluşmaktadır. Özellikle de tonik nöbet tipi çocukluk çağında uyku sırasında aktive olur ve uykunun non-REM fazında sıktır (Sakallı 2005; Melekoğlu 2012). Çocuğun nöbet sırasında karın ve solunum kasları aniden kasıldığı için çocuk nöbet esnasında çığlık atabilir, çocuk her iki kolunu baş seviyesinin üzerine havaya kaldırabilir, sanki biri yanaklarını sıkıyormuş gibi yüzünü buruşturabilir. Gövde kaslarının da katılmasıyla çocuk dengesini kaybedip yere düşebilir (Reuber ve ark. 2012). Tonik nöbetler miyoklonik nöbetlerden daha uzun sürer ve genellikle 60 saniyeden kısa sürelidir (Güven 2013; Melekoğlu 2012). Postiktal süreçte çocuk bilinç bulanıklığı, yorgunluk ve baş ağrısını yaygın olarak yaşamaktadır (Güven 2013).

4.5.2.5. Tonik-klonik nöbetler

Tonik-klonik nöbetler “grand mal” nöbetler olarak da bilinir. Grand mal epilepsi, beynin serebral korteks, serebrumun derin kısımları ve hatta beyin sapını da içeren beynin tüm alanlarının aşırı nöron deşarjı sonucunda oluşur. Omuriliğe iletilen bu boşalımalar tüm vücutta meydana gelen jeneralize tonik nöbetlere neden olmaktadır (Guyton ve Hall 2007). Çocukluk çağında en sık görülen nöbet jeneralize tonik-klonik nöbetlerdir (Güven 2013). Bu tip nöbetler fokal başlangıçlı bir parsiyel nöbeti takiben meydana gelebilir (sekonder jeneralizasyon) veya doğrudan tek başına olabilir (Johnston 2008). Jeneralize tonik-klonik nöbetler, çocukluk çağı nöbetlerinin en ağır ve en dramatik tipidir. Bu tip nöbet halk arasında “sara nöbeti” olarak bilinir. Her yaşta başlayabilmesine rağmen bu tip nöbetlerle altı aydan önce çok sık karşılaşılmaz. Nöbette aura yaşanabilir (Güven 2013) ve bu durum epileptik deşarjın fokal kökenli olduğunu düşündürmektedir. Auranın varlığı, auranın başladığı taraftaki patolojik alanı gösterdiği için önemlidir (Johnston 2008; Güven 2013).

Çocukların %55’ inde görülen bu tip nöbetlerin etiolojisinde metabolik bozukluklar, travma, enfeksiyon, beyin tümörleri ve dejeneratif bozukluklar sayılabilmektedir (Çavuşoğlu 2011). Tonik-klonik epilepsiler dört aşamada incelenmektedir (Avcı 2010).

1. Prodromal Aşama: Nöbet geçirmeden önceki birkaç saat ya da gün sürebilen dönemdir. Bu dönemde çocukta uyku sersemliği, huzursuzluk, gerginlik gözlenebilmektedir. Aileler bu uzun süren dönemde çocuğun biran önce nöbetini atlatmasını isteyebilirler (Çavuşoğlu 2011).

2. Aura Aşaması: Aura aşamasında, nöbetin merkez aldığı bölgeye yönelik belirtiler gözlemlenir. Örneğin temporal loptaki bir etkilenmede tekrarlayan halüsinasyonlar ve hoş olmayan kokular hissetme, oksipital loptaki bir etkilenmede parlak ışıklar görme meydana gelebilir. Çocuğun nöbet sırasında tam olarak hangi belirtileri olduğuna göre, beyinde hangi bölgenin etkilendiği bulmak daha kolay olmaktadır (Çavuşoğlu 2011).

3. Tonik-Klonik Aşama: Tonik aşamada, vücuttaki tüm kaslar kasılır, ekstremiteler katılaştır, yüz kasları etkilenir ve çene sıkıca kapanır. Bu aşamada yaklaşık 20 saniye sürer ve bu süreçte çenesi kasılan çocuk dilini ısırabilir, çocukta

dispne, hipoksi ve siyanoz gerçekleşebilir (Avcı 2010). Ayrıca kan basıncında artış, taşikardi, ciltte kızarıklık ve sekresyonlarda artış gözlenebilir (Güven 2013). Bu aşamadan sonra, çocuğun gevşemeye başladığı klonik aşama gelir.

Klonik aşamada tüm kas gruplarında ritmik klonik kasılmalar ve gevşemeler görülür. Bu evrede çocuk oral sekresyonlarını kontrol edemez ve farengial sekresyonlar ağızda birikir, idrar ve gaita inkontinansı görülebilir. Ortalama 30-50 saniye süren klonik evrenin sonlarına doğru vücuttaki hareketler giderek azalır, nöbet sonlanıncaya kadar sıklığı azalarak devam eder (Güven 2013). Nadiren de olsa çocukta tiz sesli ağlama görülebilir (Avcı 2010)

4. Postiktal Aşama: Nöbet aşamasından sonra gelişen bu dönemde çocuk, genellikle 1-4 saat kadar süren uyku dönemine girer. Çocuğun ince motor hareketlerinde orta derecede bozulma, görme ve konuşma zorluğu, kusma ya da baş ağrısı yaşanabilir. Çocuk uyanırken bilinci tamamen açık olsa bile kendini yorgun hisseder. Ancak yaşanan olayları hatırlamaz. Vücudunda genel ağrı ve baş ağrısı şikayetleri görülebilir (Güven 2013). Çocukta genellikle dakika veya saatler süren postiktal hemiparaziler de oluşabilir (Avcı 2010).

4.5.2.6. Atonik nöbetler

Atonik nöbetler jeneralize ya da fokal nedenlerle kas tonusunun ani kaybına bağlı oluşmaktadır. Bu tip nöbetler çok kısa süreli (1-2 sn gibi) olabileceği gibi birkaç dakikayı bulan nöbetler olarak da görülebilmektedir. Jeneralize epilepsi sendromlarında görülen bir nöbet tipi olmasına rağmen fokal epilepsilerde de görülebilmektedir (Gürkaş 2012; Güner 2015). Atonik nöbette genellikle bilinç kaybı görülmemesine rağmen nöbetin şiddetine bağlı olarak çocukta bilinç kaybı olabilmektedir. Hafif geçirilen nöbetlerde çocuğun başında ani, kısa süreli düşmeler, daha şiddetli geçirilen nöbetlerde ise çocukta kısa süreli bilinç kaybı olabilmektedir. Çocuk nöbetten birkaç saniye sonra hiçbir şey olmamış gibi ayağa kalkabilmektedir. Nöbet geçiren çocuklar genellikle öne doğru yani yüzünün üzerine düşmektedir. Bu çocukların başı korunmazsa, tekrarlayan kafa travmalarına veya yaralanmalara neden olmaktadır. Etiyolojisinde ise beyin anomalileri ve mental retardasyon yer almaktadır

(Çavuşoğlu 2011; Melekoğlu 2012). EEG’de ise çoklu diken dalga kompleksleri görülmektedir (Güven 2013)

4.5.3. Sınıflandırılmayan Epilepsiler

Yeterli bilgi olmayışı nedeni ile verilen nöbet tiplerinden herhangi bir gruba dahil edilemeyen nöbetlerdir. Çiğneme, ritmik göz hareketleri gibi bazı yenidoğan dönemi nöbetleri bunlardandır.

Nöbetler merkeze ya da tipine göre aşağıdaki gibi adlandırılabilir (Avcı 2010).

1. Parsiyel (Kısmi, vücudun bir bölümü)
2. Somato (Vücut; sensoryel = duyu ile ilişkili)
3. Otonomik (İstem dışı hareketlerle ilişkili örneğin kalp hızı, terleme gibi)
4. Psişik (Hem akli hem de beyni etkileyen)

5. Otomatizm (Kişinin kontrolü altında olmayıp yarı amaçlı hareketler. Örneğin yalanma, yutkunma hareketleri, elbiseleri çekiştirme ve sarhoş gibi yürüme şeklinde hareketler).

6. Sekonder jeneralize (Sınırlı bir bölgeden başlayıp yaygın hale dönüşen nöbet tipi, genelde tonik-klonik)

4.6. EPİLEPSİNİN TANI YÖNTEMLERİ

Çocukluk çağı epilepsilerinde tanı yaklaşımı üç hedefle açıklanabilir: Birincisi, nöbetin epileptik ya da nonepileptik olarak ayırte edilmesi; ikincisi, epileptik nöbetin veya varsa sendromun sınıflanmasının belirlenmesi; üçüncüsü, etiyolojisinin tespit edilmesidir (İşler 2006). Epilepsinin tanılanmasında; elektroensefalografi (EEG), bilgisayarlı beyin tomografi (BBT) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) sık olarak kullanılmaktadır (Avcı 2010). Bunların yanında kan ve idrar tahlilleri metabolik hastalıklar yönünden değerlendirilmekte ve kromozom çalışmaları yapılmaktadır (Güner 2015; Güven 2013)

4.6.1. EEG

Elektroensefalografi (EEG) epilepsi tanısının konulması, sınıflandırılması, desteklenmesi, nöbetin lokalizasyonunun araştırılması ve hastanın prognozunun izlenmesinde kullanılan kolay ve ucuz bir yöntemdir (İşler 2006). EEG tek başına tanı koymada yeterli olmamasına rağmen tanı koymayı destekler. Tanı koymada EEG bulgusu ile nörolojik muayene ve alınan öykü oldukça önemlidir (Serdaroğlu 2004; Güner 2015). EEG, interiktal ve iktal olarak elde edilmektedir. Rutin uygulamalarda interiktal EEG tercih edilmektedir. İnteriktal EEG çekiminin zamanlaması ve sıklığı çocuktan çocuğa ve çocuğun klinik özelliklerine göre değişir (Güven 2013).

4.6.2. MRG

Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG), diğer beyin görüntüleme yöntemlerinden farklı olarak elde edilemeyen küçük anomalileri görüntülemektedir. Üç planda görüntü imkanı vermesi, yumuşak dokuyu daha iyi göstermesi ve yüksek çözünürlüğü, iyonize radyasyon kullanılmaması gibi özellikleri ile bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT)' ye göre daha avantajlı kabul edilmektedir (Güven 2013). Bu niteliklerle birlikte epileptik nöbetlerin lokalizasyonu ve yapısal anomalilerin tanımlanması ve ayırımında BBT' ye göre nispeten MRG daha çok tercih edilmektedir. Kronik epilepsili hastalardaki fokal anomalileri BBT ile 1/4 oranında hastada yakalanırken, MRG' de bu oran 1/2' dir. Konjenital lezyonlar, hematomlar, vasküler malformasyonlar, gelişimsel anomaliler gibi nöbet etiyolojisini oluşturan sebepler MRG ile saptanabilir (Erbey 2005).

4.6.3. BBT

Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT), X-ışınlarını baş bölgesine göndererek baş ve beynin görüntülenmesini sağlamaktadır (Güven 2013). BBT' nin endikasyonları arasında fokal nörolojik bulgu, mental retardasyon ve parsiyel nöbetin varlığının yanı sıra hastanın infant oluşu yer almaktadır (Erbey 2005). Görüntünün netliği, MRG'

den elde edilen görüntüden daha azdır. BBT' de beyindeki daha yoğun yapılar daha parlak görünürken, MRG' da yapılar ne kadar fazla sıvı içerirse o kadar parlak izlenir (Güven 2013). BBT' de anormallik görülme oranı, primer jeneralize epilepsililerde %10, basit parsiyel epilepsililerde %28-73 arasında, sekonder jeneralize epilepsilerde ise %90 olarak bulunmuştur. Anormal nörolojik bulgusu olanlarda %64 olmasına rağmen nörolojik muayene ve EEG' si normal olanlarda %5 oranındadır. Epileptik çocuklarda sık görülen BBT anormallikleri arasında atrofi, konjenital malformasyonlar, arteriyovenöz malformasyonlar, porenselalik kist, hidrosefali ve kronik subdural hematom sayılabilmektedir (Erbey 2005).

4.7. EPİLEPSİNİN TEDAVİSİ

Epilepsi tedavisinde üç amaç bulunmaktadır. Nöbetleri ortadan kaldırmak ya da nöbet sıklığını azaltmak, uzun dönemli tedaviyle ilişkili yan etkilerin oluşmasını önlemek ve çocuğun normal fiziksel ve psikososyal gelişiminin korunması ya da yeniden sağlanmasıdır (Toklu 2015).

Epilepsi tedavisinde kullanılan yöntemler şunlardır;

1. İlaç tedavisi,
2. Cerrahi tedavi,
3. Uyarı yöntemleri,
4. Ketojenik diyet tedavisidir (Özdemir 2012).

4.7.1. İlaç Tedavisi

Epilepside tedavinin büyük bir kısmı ilaç ile uygulanmaktadır. Uygulanan antiepileptik ilaç tedavisi (AEİ) ile çocuğun nöbetlerinin %70-90' ı gerilemektedir. Ancak çocuk ilk kez nöbet geçirdiyse çocuğa ilaç başlamadan önce nörolojik muayenesi, kraniyal görüntülemeleri ve EEG' si çekilmeli, ailede epilepsi öyküsü olup olmadığı öğrenilmelidir (Stafstrom 2010; Velioğlu 2014). Antiepileptik ilaçlar, nöbet tiplerine özgü geliştirilmediği için epilepsinin kesin bir tedavi şekli değildir (Bozkaya 2006; Yavuz ve Baykan 2010). AEİ tedavisine genellikle tek ilaç ile başlanmaktadır (Kurul 2007). Tedavi boyunca aralıklarla çocukta görülebilecek yan

etkiler açısından kontrol edilmeli ve kan düzeyinin saptanması sağlanmalıdır. Özellikle ilacın etkisiz olduğu veya iki ilacın bir arada kullanıldığı durumlarda bu önemlidir. Çocuk kombine ilaç tedavisi alıyorsa ilaç etkileşimleri açısından aileyi bilgilendirmek önemlidir (Çetinkaya 2015). İlk tercih edilen antiepileptik ilaçlar daha çok etkileri bilinen karbamazepin (CBZ), valproat (VPA), fenobarbital (PB) ve difenilhidantoin (DPH). İkinci olarak seçilen ilaçlar nöbet kontrol gücü, etkinlik süresi, etkinliğin kalıcılığı ve etkin olduğu nöbet tiplerinin sayısı dikkate alınarak gruplandırılmıştır. Majör ilaçları fenobarbital, difenilhidantoin, karbamazepin ve valproat; minör ilaçları diazepam, klonozepam, lorezepam, klobazam, etosüksimit ve sultiam; yeni antikonvülzanları vigabatrin, gabapentin, lamotrijin, felbamat, zonizamid; diğer ilaçları ACTH, asetazolamid, B6 vitamini, flunarizin ve gammaglobulin oluşturmaktadır (Bozkaya 2006).

Tedaviye başlandıktan sonra ortalama 2-4 yıl nöbet geçirmeyen çocuklarda antiepileptik ilaç tedavisi yavaş yavaş azaltılıp sonlandırılmaktadır. İlacın kesilme süreci en az üç ay olmak üzere, ortalama altı aydır. İlaç kesildikten sonra nöbet tekrarlama oranı %20-25 iken, bu tekrarın %70-80' nin ilk yıl içinde olduğu bilinmektedir (Çetinkaya 2015).

4.7.2. Cerrahi Tedavi

Epilepside cerrahi tedavi, ilaca dirençli parsiyel epilepsilerde nöbet kontrolü sağlanmasında etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Cerrahi tedavi çocuklarda davranış ve kognisyonda gelişme sağlamakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır (Velioğlu 2015). Ancak cerrahi tedavisi hiçbir zaman iyi bir medikal tedavinin yerini tutamaz ve bu nedenle cerrahi tedaviden sonrada AEİ tedavisine çoğunlukla devam edilmektedir (Haşlak 2016). Cerrahi tedavisi için çocukta yaş sınırı yoktur (Velioğlu 2015). Çocukluk çağı epilepsi cerrahisi rezektif ya da palyatif cerrahi olarak iki amaç doğrultusunda uygulanmaktadır. Rezektif cerrahi ile lezyonlu ve lezyonsuz olgularda epileptojenik bölgenin belirlenmesi, çocukta fonksiyonel kayba yol açmadan rezektif bölgenin sınırlarının belirlenmesi ve buna uygun cerrahi yöntemin uygulanması amaçlanmaktadır (Haşlak 2016).

4.7.3. Vagal Sinir Stimülasyonu

Vagal Sinir Stimülasyonu, refrakter epilepsili hastalar için tercih edilen palyatif bir terapidir (Nalbantoğlu 2014; Velioğlu 2014). Onay almış tek stimülasyon tekniğidir. Vagal sinir stimülasyonu (VSS) ilk kez 1988’ de uygulanmış ve 1994’ de Avrupa Birliği ve 1997’ de ise Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration, FDA) tarafından vagal sinir stimülasyonunun epilepsi hastalarında kullanılması onaylanmıştır. Sekonder jeneralizasyon olup olamamasına bakılmaksızın fokal başlangıçlı, 12 yaşından büyük tedaviye dirençli epilepsili çocuk hastalarında nöbet sıklığının azaltılması amacıyla ek tedavi olarak VSS yöntemi bu tarihten itibaren uygulanmaya başlanmıştır (Bek ve ark. 2012; Velioğlu 2015). Amerikan Nöroloji Akademisi’ nin (ANA) Kılavuz Geliştirme Alt Komitesi, 2013 yılında çocuklarda VSS’ nin etkinliğini kanıta dayalı olarak değerlendirmiştir (Velioğlu 2014). Bu yöntem servikal vagus sinirine bir tünel yardımı ile göğüs kafesine yerleştirilen jeneratörden elektrotlar aracılığıyla aralıklı olarak uyarılar oluşturmak amacıyla kullanılmaktadır (Buturak ve Bakar 2014; Velioğlu 2015; Haşlak 2016). VSS’ nin en önemli komplikasyonu bradikardidir. Ses kalınlaşması, ses kısıklığı, dispne ve öksürme gibi problemler çocukta sıkça görülebilmektedir (Özdoğan ve ark. 2014).

4.7.4. Ketojenik Diyet

Ketojenik diyet, yüksek yağ, düşük protein ve düşük karbonhidrat içererek, kalorisini ve toplam sıvı içeriği günlük gereksinimin %80’ ini karşılayan beslenme şekli olarak uygulanmaktadır (Seo ve ark. 2007). Ketojenik diyet listesi her çocuk için ayrı hazırlanmalıdır. Ketojenik diyet programı düzenlenirken çocuğun kendi büyüme eğrisini takip edebileceği kadar kalori hedeflenmelidir (Wirrell 2008; Kossorff ve Wang 2013; Tatlı ve ark. 2013) Ketojenik diyetle çocukta vitamin ve mineral eksiklikleri görülmesi halinde diyet sırasında vitamin desteğine ihtiyaç duyulabilmektedir. Aynı zamanda diyetin konstipasyon, kilo kaybı, letarji, böbrek taşı oluşumu, büyümede yavaşlama, dislipidemi, hipoproteinemi ve hemolitik anemi gibi komplikasyonlar olabilmektedir (Kwiterovich ve ark. 2003; Vining ve ark. 2002;

Güven 2013; Velioğlu 2014). Yapılan geniş gözlemsel çalışmalar, prospektif ve randomize kontrollü araştırmalara göre ketojenik diyet; ilaca dirençli epilepsisi olan ocuk ve infantlarda güvenli ve etkin sayılabilmektedir (Neal ve ark. 2008; Tatlı ve ark. 2013). Bununla birlikte, diyetin pahalı oluşu, hazırlanmasının güçlüğü ve yiyecek çeşitlerinin kısıtlılığı nedeniyle uzun süre uygulanması zor olmaktadır (Kavaklı ve ark. 1998).

4.8. EPİLEPSİNİN ÇOCUK ÜZERİNE ETKİLERİ

Epilepsi, ocukluk çağında en sık görülen kronik bir hastalıktır (Türkbay ve ark. 2000). Uygulanan tedaviler ile epilepsili çocukların nöbetlerinin önlenmesi amaçlanmasına rağmen çocuğun günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlikler görülmekte ve epilepsili çocuklarda psikososyal ve davranışsal sorunlar oluşmaktadır (Mitchell ve ark. 1994). Sinir sistemini etkileyen epilepsi, doğrudan çocuğun günlük aktivitelerini ve yaşamını etkileyerek değişik nitelik ve şiddette davranışsal, bilişsel ve duygulanım bozukluklarına sebep olmaktadır. Epilepsi ile bu sorunlar arasında birçok etmenin rol oynadığı bilinmektedir (Mitchell ve ark. 1994; Türkbay ve ark. 2000).

4.8.1. Epilepsinin Bilişsel Yönden Etkileri

Epilepsinin merkezi sinir sistemini etkilemesiyle birlikte çocukta nörobiyolojik ve kognitif sorunlar oluşabilmektedir (Altunbaşak 2010; Ovsonkova ve Mahutova 2014). Bilişsel işlevler olarak epilepsili çocuklarda algılama, dikkat, bilgi edinme süreci ve bilginin kaydedilmesinde sorun yaşanmaktadır. Epilepsili ocuklar genel nüfusa oranla daha sık bilişsel sorunlar göstermektedir. alışmalara göre nöbet sıklığı, tipi ve başlama yaşı ocuk tarafından yaşanan bilişsel sorunların boyutunu değiştirmektedir (Türkbay ve ark. 2000). Özellikle küçük çocuklarda nöbetlerin sık tekrarlaması çocukların zihinsel gelişimlerini durdurabildiği, kalıcı davranış sorunlarına neden olabildiği hatta davranışsal ve bilişsel sorunların nöbetlerden daha çok çocuğun günlük yaşamını olumsuz etkilediği bilinmektedir (Caplan ve ark. 2008; Ayta ve Korkmaz 2014). Epilepsili ocukların hafif olarak yakın bellek bozuklukları,

daha ağır olarak da zeka ve dikkat yeteneğinin zayıflaması ve dürtü denetim güçlükleri şeklinde problem yaşadıkları bildirilmektedir (Türkbay ve ark. 2000). Görsel motor koordinasyonda, psikomotor performansında ve görsel algılamada azalma epilepsili çocukların yaşadığı diğer bilişsel sorunlar olarak sayılabilmektedir (Mitchell ve ark. 1994; Baykan 2004).

Nöbet tiplerine göre yaşanan zihinsel gelişim derecesi değişkenlik göstermektedir. Örneğin tonik nöbetler hemen daima zihinsel gerilikle birlikte görülürken atipik absanslar, miyoklonik nöbetler ve düşme ataklarında zihinsel gelişim daha olumsuzdur. Jeneralize nöbet geçiren çocukların dikkati sürdürme testleri daha başarısız; dirençli kompleks parsiyel nöbetlilerde dikkat, bellek ve psikiyatrik sorunlar sık görülmektedir (Andelman ve ark. 2004; Caplan ve ark. 2004). Antiepileptik ilaçların yan etkisi olan uyuklama ve dikkat eksikliği okul başarısını olumsuz etkilemekte ve bu durum politerapiyle şiddetlenmektedir (Mandelbom ve Burack 1997; Hills 2007). Çocukta dikkat eksikliği veya zeka düzeyi düşüklüğü (Johnston 2008) sebebiyle öğrenim güçlüğü vardır. Okuma, yazma, hesap yapma gibi akademik yetilerle birlikte, dil ve konuşma, dikkat, bellek, ince motor koordinasyon gibi zihinsel işlev alanlarını içeren öğrenme sorunları ile eğitim sürecinde epilepsili çocuk güçlük yaşamaktadır (Ayta ve Korkmaz 2014; Türkbay ve ark. 2000). Ancak epilepsili birçok çocuk özellikle de nöbetleri tek bir AEİ ile iyi kontrol edilmekte olan çocuklar belirgin bir kognitif veya davranışsal sorunu olmaksızın günlük yaşantısını sürdürebilmektedir (Baykan 2004).

4.8.2. Epilepsinin Davranışsal Yönünden Etkileri

Araştırmalarla, normal nüfusa göre epilepsili çocuklarda daha sık davranışsal bozukluk gözlemlendiği bildirilmektedir. Çocuğun anne-baba ile arasındaki ilişkinin olumsuz olması, epilepsi nöbetlerinin küçük yaşta başlamış olması, nöbetlerin engellenmemesi ve AEİ olarak karbamazepin kullanılması çocuğun daha saldırgan, hiperaktif ve antisosyal davranışlar gibi davranış sorunlarını daha sık gösterdiği belirlenmiştir (Türkbay ve ark. 2000). Yapılan çalışmalarda cinsiyet açısından fark olmadığı fakat düşük sosyoekonomik düzeyde davranışsal sorunların daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Şahin 2011). Temporal lob odaklı parsiyel kompleks nöbet

geçiren çocuklar irritabiliteyi, saldırganlığı, aşırı hareketliliği, dürtüselliği veya öfke patlamalarını daha fazla oranda yaşamaktadır (Türkbay ve ark. 2000). Ailesel faktörler de davranışsal bozuklukların görülme sıklığında büyük rol oynamaktadır. Baş etme becerisine sahip olan ve epilepsi ile başa çıkabilen aileler, çocuğa güven vererek çocuğun yaşam kalitesini arttırmaktadır (Şahin 2011).

Epilepsi nöbetlerle birlikte davranışsal bozukluklarında yaşandığı bir hastalıktır. Yaşanan davranışsal bozukluklar ilaçların olumsuz etkileri, ailesel veya çevresel olumsuz etkilerden ziyade nöbetlerin doğrudan etkileri olarak ortaya çıktığı bilinmektedir (Özmen 2012).

4.8.3. Epilepsinin Psikososyal Yönden Etkileri

Epilepsi tanısı biyolojik kökenli etkilerinin yanında, sıklıkla toplumsal ve yaşam kalitesiyle ilgili problemleri (Jacoby 2005; Görgülü ve Fesci 2011) beraberinde getirmektedir (Akçalı ve ark. 2009). Çocuk, epileptik nöbetin ne zaman, nerede meydana geleceğinin bilememesi nedeniyle kendi yaşantısını kontrol etme algısı önemli düzeyde bozulmakta (Fazlıoğlu ve ark. 2010) sonuç olarak da çocuk sosyal yaşamında sınırlamalarla karşılaşmaktadır (Akçalı ve ark. 2009; Görgülü ve Fesci 2011). Sosyal uyumu zorlaştıran durumlar olarak damgalanma, ailenin aşırı koruyuculuğu ve ailenin inanç ve tutumu, akademik olarak öğrenme güçlüğü, yaşlıları tarafından dışlanma, alay edilme ya da korkutulma sayılabilir (Görgülü ve Fesci 2011). Damgalanma çoğunlukla çocuğun düşük özgüvene sahip olması, sosyal alanlarda atılgan olamaması ve sosyal izolasyon sonucunda yaşandığı bilinmektedir (Jacoby 2007; Akçalı ve ark. 2009). Psikiyatrik sorunlar genel topluma oranla epilepsili çocuklarda daha sıktır (Demirci ve ark. 2014; Raguraman ve Wadoo 2006). Yapılan çalışmalarda benlik saygısı düşüklüğü nedeniyle en sık görülen anksiyete bozuklukları olarak sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluklar ve depresyon gibi birçok psikiyatrik sorunların sık görüldüğü ayrıca intihar riskinin de epilepsili çocuklarda yüksek olduğu tespit edilmiştir (Brent 1986; Bilgiç ve ark. 2006; Dunn ve ark. 2009; Kutlu ve ark. 2013; Ekinci ve Toros 2013). Antiepileptik ilaçlar da depresyon için bir risk faktörüdür (Baki ve ark. 2004). Örneğin epilepsili çocuklarda, fenobarbital kullanımının depresyon ve intihar riski ile

ilişkili olduğu (Davies ve ark. 2003), levetirasetam, topiramet, tiagabin, zonisamid gibi yeni AEİ' ların depresif belirtileri arttırdığı bildirilmektedir (Schmitz 2006; Çolak 2012). Çocukluk çağı epilepsililerin diğer çocukluk çağı kronik hastalıklarına oranla psikososyal işlevler üzerinde, yaşam boyu önemli etkileri yarattığı belirtilmektedir. Bu nedenle destek gruplarına erkenden başlaması ve epilepsili çocuk ve ailelere gerekli önerilerin ve yardımların sağlanması gerekmektedir (Görgülü ve Fesci 2011; Şahin 2011).

4.9. EPİLEPSİ VE UYKU

Uyku geri döndürülebilen bir bilinçsizlik hali olarak tanımlanabileceği gibi vücudu yaşama hazırlayan ve dinlenmesini sağlayan yenilenme dönemidir (Abdülkadiroğlu 1997; Bingöl 2006; Karadağ 2007; Şenol ve ark. 2012). Maslow' un ihtiyaçlar hiyerarşisinde uyku, ilk basamakta yer almaktadır (Ünsal 2013). Temel gereksinimler karşılanmadığı zaman iyilik hali bozulur (Biol 2005). Uyku, çocuğun ruh, zihin ve bedeni dinlendirerek rahatlatmasını sağlar. Bu nedenle uyku çocuğun yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen en önemli değişkenlerden biridir (Yıldız 2012). Uyku sırasında büyüme hormonu salgılanır ve vücudun temel yapı taşı proteinler oluşturulur. Büyüme hormonu salgılanması bebek ve çocukların kesintisiz, derin ve düzenli bir uykuya sahip olmaları gerekmektedir (Özbey 2006). Ayrıca böbreklerden fosfat atılımı, büyüme ve adrenal hormonların salınımı, vitamin kullanımı, deri onarımı, epitel hücre çoğalması ve protein sentezi gibi birçok fizyolojik olay uyku sırasında gerçekleşmektedir. Uyku sırasında bazal metabolizmanın yavaşlar ve vücut enerjisi korunmuş olur (Öztürk 2003; Bingöl 2006). Uyku yoksunluğunda, çocukta gündüz uykululuk durumu artar ve dikkat ve odaklanma problemleri ile davranış problemleri gözlenebilmektedir (Şenol ve ark. 2012). Uyku yoksunluğu tedavi edilmediğinde, uzun yıllar sürmekte, uyku düzeni sağlanamayan çocuklarda ruhsal, bilişsel ve sosyal becerilerin kazanımı güçleşmektedir (Fiş ve ark. 2010). Uyku yoksunluğu gibi, aşırı uyku hali de çocuklarda öğrenme güçlüklerine neden olmaktadır (Carskadon 2011). Uyku sorunu ile gündüz uyuma, dikkat dağınıklığı, bellek problemleri, konsantrasyon problemi, unutkanlık, yaptığı ve gördüğü olayları anlamlandıramama gibi birçok problem

nedeniyle çocuk okul hayatında öğrenme düzensizliği yaşamakta ve sonucunda da okul başarısında düşme görülmektedir (Topan 2012).

Epilepsinin çocuğun uyku düzenine etkisi belirgindir. Epilepsili çocukta uyku latansı uzar ve uyku etkinliği azalır (Bazil ve ark. 2000). Epilepsinin uykunun yüzeysel evre oranında artma, derin faz oranında azalma gibi etkileri de vardır (Yolal 2012). Hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku evresinde nöbet görülmeye oranının azaldığı bilinmektedir (Byars ve ark. 2008). Epilepsili çocuklar sıklıkla uykuya dalmada zorluk, uykuya başladıktan sonra sık uyanma ve gün içinde aşırı uykululuk yaşamaktadırlar (Alp ve Altındağ 2014). Kabus görme, gece terörü, uykuda yürüme, yorgun uyanma şeklinde de yakınmalar olduğunu belirtmişlerdir. Nöbet geçiren çocuğun REM uyku süresi normal, primer ya da sekonder jeneralize nöbet geçiren çocuğun REM uyku süresinin kısa olduğu belirtilmektedir (Yolal 2012). Çocukların en çok şikayet ettikleri sorunlar geçirilen nöbetler nedeni ile uyku düzeninin bozulması ve bunun sonucunda da ertesi gün yorgun kalkma, gün içinde de uyuma isteğidir (Temel ve ark. 2010; Yolal 2012). Fakat, nöbet kontrolün sağlanmasında kullanılan antiepileptik ilaçlar, REM latansı kısaltmakta, uyku içciklerinin yoğunluğunda artışa neden olmaktadır. Antiepileptik ilaçlar uyku üzerine olumlu etkiler yaparak nöbetleri kontrol eder ve EEG’deki deşarjları düzeltir. Yapılan birçok çalışmada antiepileptik ilaçların çoğu çocuğun uykusunu normale döndürdüğünü ve uyanıklık reaksiyonlarını azalttığını bildirmektedir (Usta 2013).

Sonuç olarak uyku bozuklukları epilepsili olgularda sık görülmekte ve uyku sorunlarının giderilmesi çocuğun iyilik hali ve yaşam kalitesi için önemli rol oynamaktadır (Yolal 2012).

4.10. EPİLEPSİ VE YAŞAM KALİTESİ

İlk kez Thorndike (1939) tarafından tanımlanan “yaşam kalitesi”, bireylerin günlük yaşamlarını nasıl ve ne yeterlilikte yerine getirdiklerini ve nasıl hissettiklerini açıklamak için kullanılan bir kavramdır (Çoşkun 2005). Yaşam doyumu, öznel olarak iyilik hali, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal yönden iyi olma gibi bileşenlerden oluşmaktadır (Akdeniz ve ark. 1999). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, yaşam kalitesinin tanımı “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı

olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde kendi durumlarını algılama biçimi’’ şeklindedir. Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu çevrede, kendi sağlığı hakkındaki öznel algısı veya doyumunu olarak da açıklanabilir (Wiebe ve ark. 2001; Yam ve ark. 2008). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bireyin hastalığı ve uygulanan tedavisi sonucunda oluşan etkilerine karşın bireyin deneyimleri ve öznel algısı olarak tanımlanmaktadır (Clarke ve Eiser 2004). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kısacası fiziksel, mental ve ruhsal anlamda bireyin iyilik hali algısını açıklar (Kemp ve ark. 1999; Lach ve ark. 2006).

Epilepsi çocuklarda sık görülen kronik nörolojik hastalıklardan biridir. Antiepileptik ilaç ve cerrahi tedaviler sayesinde epilepsi tedavisi günümüzde gelişmeler gösterse de hala epilepsi hastalığı nedeniyle çocukların genel sağlık durumlarını kötü yönde etkilemektedir (Jacoby 2002). Epilepsi tıbbi bir tanı olmasına rağmen aynı zamanda sosyal bir etikettir (Au ve ark. 2002). Toplum epilepsi ile ilgili yanlış ön yargılara sahiptir ve bu nedenle epilepsili çocuklar hastalıklarını gizlemekte ve hastalığından utanç duymaktadırlar (Zararsız 2009). Epilepsi hastalarının damgalanması gelişmiş ülkelerde dahi aşılamamış bir sorun olarak karşımıza çıkarken (Jacoby 2002; Jacoby ve ark. 2004) Türkiye’ de yapılan çalışmaların sonucu olarak toplumun epilepsi hastalarını kabullenmeme ve sosyal dışlanma eğiliminde olduğunu ve bu durumun çocukluk çağından itibaren hasta çocuklar ve aileleri tarafından açık bir biçimde hissedildiğini bildirmektedir (Demirci ve ark. 2007; Hirfanoğlu ve ark. 2009).

Aynı zamanda yaşlılarından farklı olarak kronik bir bozukluğa sahip olmak, onların yalnızlık hissetmesine, izolasyona ve üzüntü duymalarına neden olmaktadır. Epilepsili çocuğa sahip aileler ise bu süreçte görev ve sorumluluklarını gözden geçirerek çocuklarını korumak için aşırı koruyucu ve kollayıcı tutum sergilemekte ve bu durum çocuğun işlevini ve bağımsız hareket alanını bozmaktadır. Sonuçta, çocukta benlik saygısında azalma görülebilmektedir. Ebeveynleri tarafından aşırı kollanan çocuk yeteneklerinin farkında olmayabilir ve bağımsızlaşamayabilir. Problem çözme gibi sosyal beceri kazanımından yoksun hale gelebilir. Çocuğun, anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik sorunlar yaşaması sonucunda da yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Türkbay ve ark. 2000; Mısırlı 2003; Yılmaz ve Songu 2007).

Yapılan çalışmalarda epilepsili çocukların yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında nöbetlerin ağırlığı, günlük ilaç kullanımında tedavi biçimine uyma, yineleyen doktor muayeneleri, akut tıbbi acil durumlar, düşük sosyo-ekonomik durum, kısıtlı sosyal ilişkiler ve nörobilişsel problemler yer almaktadır (Devinsky 1999; Kyngas 2001; Akçalı ve ark. 2009).

Epilepsili çocuklarda sıklıkla görülen gelişme geriliği, öğrenme problemleri nedeniyle okul sorunları yaşanmaktadır. Sağlıklı çocuklara göre epilepsili çocuklar akademik başarıları ve benlik saygıları düşüktür. (Sherman ve ark. 2006). Epilepsi çocuklar özellikle geçirilen nöbetler nedeniyle kendilerini akranlarından farklı görmekte ve sonuçta sosyal izolasyon ve emosyonel stresle başa etmek zorunda kalmaktadırlar (Balkan ve ark. 2015). Nöbet sıklığı, yaşam kalitesini belirleyen en önemli faktörlerden biri olup nöbet sıklığı az olan çocuklar, nöbet sıklığı fazla olan çocuklara göre daha iyi psikososyal işlevsellik gösterdiği bilinmektedir (Pellock 2004).

Epilepsinin tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemlerdeki gelişmelere rağmen epilepsili çocukların yaşam kalitesi düzeyini yükseltmek önemli bir sorundur (Bozkaya 2006; Erdoğan ve ark. 2006). Son yıllarda epilepsinin çocuktaki biyopsikososyal etkilerinin saptanabilmesinde bir sonuç değişkeni olarak 'sağlıkta yaşam kalitesi' değerlendirmelerinin rolü ve anlamı giderek artmakta ve bu amaçla pek çok araştırma yapılmaktadır (Bishop ve Allen 2003; Eser ve ark. 2008). İyiliği hissetme ve fonksiyonel olma çocukları etkileyen en önemli sonuç olduğu için epilepside yaşam kalitesinin değerlendirilmesi çok önemlidir (Özmen 2012).

4.11. PEDIATRİ HEMŞİRESİNİN EPİLEPSİLİ ÇOCUĞUN BAKIMINDAKİ ROLÜ

Epilepsi, çocuklarda algılanan damgalanma, davranış problemleri, akademik zorluklar ve depresyon gibi sebeplerle, kötü psikososyal sonuçlar doğurmaktadır. Epilepsi ile birlikte yaşamak zorunda olan çocuk sayısı arttıkça, çocukların yaşam kalitesinin yükseltilmesine daha fazla odaklanılmalıdır. Epilepsili çocuğun yaşam kalitesini yükseltmek için pediatri hemşirelerinin çocuk ve ailesine yönelik eğitim programları oluşturması ve uygulanması gereklidir (Snead ve ark. 2004).

Pediatric hemşireleri tarafından yeni tanı almış epilepsili çocuğa ve ailesine hastalık ve tedaviye uyumun sağlanması için hastalık ve tedavi hakkında yeterli bilgi vermek önemlidir. Çocuk ve aileye nöbetleri uyaran veya kolaylaştıran faktörlerin neler olduğu ve nasıl kaçınması gerektiği anlatılmalıdır. Çocukların hastalıkları hakkında bilgilerinin artması ve sorumluluk verilmesi çocuğun bağımsızlaşmasına yönelik önemli bir adımdır. Hastalığa ve tedaviye uyumun gerçekleşmesi ile hastalık kontrolü sağlanmaktadır. Böylece çocuğun anksiyetesi azalmakta ve çocuğun yaşam kalitesi yükselmektedir (Şahin 2011).

Epilepsili çocuğun tedavisinde dikkat edilmesi gerekenlere, aile uyum sağlamada bazen zorlanmakta ve ev içinde sorunlar yaşamaktadır. Ancak aile çocuğun özel gereksinimleri için evdeki bakımında temel faktördür (Avcı 2010). Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından ebeveynlere yönelik eğitimlerin planlanması ve sürekliliğin sağlanması önemlidir (Çavuşoğlu 2011; Avcı 2010). Sağlık profesyonellerinin, çocuk ve ailenin epilepsi yönetiminde etkin rol oynamaları için sağlıklı iletişim kurmaları gerekmektedir (Ridsdale ve ark. 1996; Jacoby ve ark. 1996; Redhead ve ark. 1996). Çocuğun ve ailenin epilepsi ile baş etme düzeyini, çocuğun tanısı, tedavisi, günlük yaşamında dikkat edeceği durumlar hakkında bilgilendirilme durumu ve sosyal damgalanma gibi çocuğun ve ailenin maruz kaldığı sorunlar olumsuz yönde etkilemektedir (Ridsdale ve ark. 2003). Pediatric hemşireleri hasta ve hastalık eğitimi ile çocuğun bakım kalitesinin artırmada önemli rol oynamaktadır (Görgülü ve Fesci 2011). Epilepsili çocuğa uygulanacak hemşirelik girişimleri olarak epilepsi tipleri ve nedenleri, antiepileptik ilaçların etki ve yan etkileri, nöbetleri uyaran ve kolaylaştıran faktörlerden kaçınma, çocuğa verilen bilgi ve önerilere uyumu sağlama gibi konularda bilgilendirmeleri içermektedir (Kwan 2000; Goodwin ve ark. 2004). Aileler için ise çocuğun durumunu, bakım yöntemlerini ve bu hastalığın çocuk üzerindeki etkilerini anlaması hastalığın kabullenilmesi ve hastalığa uyumun sağlanması açısından oldukça önemlidir (Avcı 2010). Aileye verilecek eğitim ile ailenin çocuğunun hastalığı ile ilgili tutum ve inançlarını, duygularını tanımlamak ve açıklamak, problem çözme becerisini geliştirmek, stresi azaltmak, başa çıkma yöntemlerini oluşturmak, emosyonel destek sağlamak ve tedaviye uyumu sağlamak amaçlanmaktadır (Yurtsever ve ark. 2001). Aileye nöbetin fizyolojisi kısaca anlatılarak eğitime

başlanabilir (Avcı 2010). Epileptik nöbetler bilinen ya da bilinmeyen sebeplere bağlı olarak santral sinir sisteminden köken alan paroksizmal olaylardır. Nöbetleri kolaylaştırdığı bilinen faktörler hakkında aileye bilgi verilerek nöbet kontrolü sağlanabilmektedir (Görgülü ve Fesci 2011; Güner 2015). Nöbetleri kolaylaştırıcı etkiler arasında bazı ilaçlar (bazı antidepresanlar, klorpromazin ve haloperidol gibi antipsikotikler), hipoglisemi, hipoksi, vizüel sebepler (tekrarlayan ışık, devamlı parlak ışık gibi), müzik veya zil sesi gibi sesler, emosyonel stresler, ani irkilmeler sayılabilir (Güner 2015).

Pediyatri hemşiresi, çocuk ve ailenin hastalık hakkındaki bilgi düzeylerini, algı şekillerini, tedaviye uyumunu değerlendirerek çocuk ve ailenin gereksinimlerini planlamalıdır. Aile merkezli yaklaşımla çocuğa uygun destek ve bakım sağlamalıdır. Pediyatri hemşiresi diğer sağlık çalışanları ile işbirliği yaparak çocuğun ve ailenin psikososyal sorunlarını azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için uygun eğitimler planlamalı ve eğitimin sürekliliğini sağlamalıdır (Bek ve ark. 2009).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, epilepsili çocuklarda planlı eğitimin çocuğun yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak planlanmıştır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, 02 Haziran-02 Kasım 2017 tarihleri arasında, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Nörolojisi Polikliniği' nde takip edilen 8-16 yaş arası epilepsili çocuklarla yapılmıştır.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Nörolojisi Polikliniği' ne başvuru yapan, epilepsi tanısıyla izlenen 8-16 yaş arasındaki tüm çocuklar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; 02 Haziran-02 Kasım 2017 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği' ne başvuran, araştırmanın örneklem seçim ölçütlerine uyan; kontrol grubu için 37 ve deney grubu için 37 olmak üzere 8-16 yaş arası epilepsili toplam 74 çocuk oluşturmuştur. Araştırmacı tarafından yapılan kura sonucunda belirlenen çift protokol numaralı epilepsili çocuklar deney, tek protokol numaralı epilepsili çocuklar kontrol grubuna dahil edilmiştir.

Araştırmaya alınma kriterleri; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniği' nde epilepsi tanısı ile takipli olmak, 8-16 yaş arasında olmak, işitme ve anlamada engeli bulunmamak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Alınmama kriterleri, araştırmaya katılmayı kabul etmeme ve soruları yanıtlamaktan vazgeçmektir.

5.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI, BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız Değişkenler: araştırmaya katılan epilepsili çocukların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sınıfı, kardeş sayısı, yaşadığı yer, ailesinin ekonomik durumu, günlük yaşamında destek alıp almama durumu, çocuğun annesinin-babasının eğitimi ve mesleği, epilepsi tanı süresi, nöbet sıklığı, süresi ve tipi, poliklinik kontrol sıklığı ve düzeni, hastaneye yatma durumu, epilepsi hakkında bilgi durumu ve kullandığı ilaçlar, öğretmen ve arkadaşlarının çocuğun hastalığından haberdar olma durumları, çocuğun uyku sorunu yaşama durumu ve deney grubu için ek olarak uygulanan “Epilepsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi” eğitimi bağımsız değişkenlerdir.

Bağımlı Değişkenler: Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (KINDL), Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanları bağımlı değişkenlerdir.

5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, Çocuk Tanıtım Formu, Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (KINDL), Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi kullanılarak elde edilmiştir.

5.5.1. Çocuk Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan bu form; epilepsili çocukların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, sınıfı, kardeş sayısı, yaşadığı yer, ailesinin ekonomik durumu, günlük yaşamında destek alıp almama durumu, çocuğun annesinin-babasının eğitimi ve mesleği gibi sosyodemografik özellikleri ve epilepsi tanı süresi, nöbet sıklığı, süresi ve tipi, poliklinik kontrol sıklığı ve düzeni, hastaneye yatma durumu, epilepsi hakkında bilgi durumu ve kullandığı ilaçlar, öğretmen ve arkadaşlarının çocuğun hastalığından haberdar olma durumları, çocuğun uyku sorunu yaşama durumu gibi çocuğun hastalıkla ilgili özelliklerini içeren 33 sorudan oluşmaktadır.

5.5.2. Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (KINDL)

Ravens-Sieberer ve Bullinger (1998) tarafından geliştirilen ve Eser ve ark. (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlanan KINDL ölçeği, farklı yaş gruplarında kullanılan öz bildirim dayalı olarak düzenlenmiş üç sürümüne sahiptir. 4-7 yaş çocuklar için Kiddy-KINDL (görüşmeci aracılığıyla uygulanan sürüm), 8-12 yaş çocuklar için Kid-KINDL ve 13-16 yaş ergenler için Kiddo-KINDL sürümleridir. Yaşa özel sürümleri çocuk gelişimindeki yaşam kalitesinin boyutlarında gözlenen değişimi değerlendirmek için kullanılan ve Eser ve ark. (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlanması yapılan Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (KINDL)'nin bu çalışmada 8-12 yaş çocuklar için Kid-KINDL ve 13-16 yaş ergenler için Kiddo-KINDL sürümleri kullanılacaktır. Her biri 5 dereceli likert tipte ve 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul alt boyutlarının her birinde dört maddeden kronik alan boyutu ise altı maddeden oluşmaktadır. Sorunun yazım biçimine göre olumsuz yönelimli maddeler (1, 3, 4, 6, 7, 8, 15, 16, 20 ve 24. sorular) tersine çevrilerek puanlanmıştır. Her bir boyut için maddelere verilen puanların sayılması, 0-100 arasında ölçeklendirilecek şekilde dönüştürülmesi ve özetlenmesi ile puan hesabı yapılır. Ölçeğin toplam cronbach alfa iç tutarlılık değeri 0.78'dir (Eser ve ark. 2008). Yüksek puan iyi sağlıklı yaşam kalitesini göstermektedir.

5.5.3. Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü

KINDL Epilepsi modülü, KINDL genel amaçlı çocuk yaşam kalitesi ölçeğinin ek hastalık modülü'dür. Bu ölçek 31 madde (indeks ölçüt) ve ek olarak da 5 tedavi memnuniyeti sorusundan oluşmaktadır. Modülün 0-100 arasında ölçeklendirilecek şekilde dönüştürülmesi ve özetlenmesi ile puan hesabı yapılır. KINDL genel ölçeği ve Epilepsi modülü için Taban (%0.0–0.0) ve Tavan etkileri (%2.5–10.0) kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Modül boyutunun iç tutarlığı (alfa değeri) 0.91, Tedavi memnuniyeti iç tutarlığı (alfa değeri) 0.51'dir (Ergin ve ark. 2013). Yüksek puan iyi sağlıklı yaşam kalitesini göstermektedir.

5.6.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

PUKİ, Buysse ve ark. (1989) tarafından geliştirilmiş, Ağargün ve ark. (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. PUKİ, geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. 24 sorudan oluşmaktadır, 19 soru öz bildirim sorusu, 5 soru anne/baba veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanacak sorulardır. Ölçeğin puanlanan 18 sorusu, öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu olan 7 bileşenden oluşmaktadır. Her bir bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir. 7 bileşenin toplam puanı ölçek toplam puanını vermektedir. Toplam puan 0-21 arasında değişmektedir. Toplam puanın 5'ten büyük olması "kötü uyku kalitesini" göstermektedir (Buysse ve ark. 1989).

5.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Nörolojisi Polikliniği'ne başvuran 8-16 yaş arası epilepsili çocuklar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Deney grubuna alınan epilepsili çocuklara birinci anket uygulamasının ardından araştırmacı tarafından hazırlanan ortalama 20 dakika süren "Epilepsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi" konulu planlı eğitim verilmiştir. Eğitim power point sunusu şeklinde bilgisayar aracılığı ile sunulmuş olup ardından araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim broşürü verilmiştir. Kontrol grubuna alınan epilepsili çocuklara birinci anket uygulamasından sonra eğitim verilmemiştir. Deney ve kontrol grubuna birinci anket uygulamasından bir ay sonra ikinci kez anket formu uygulanmıştır. Kontrol grubu çocuklara eğitim verilmemiştir. Birinci anket uygulaması Çocuk Nörolojisi Polikliniği'ne gelen hastalar ile yüz yüze yapılmış olup, ikinci anket uygulanması bir ay sonra poliklinik randevusu verilip randevuya gelenlerden yüz yüze, randevu verilmeyen veya randevu verilip randevusuna gelmeyen hastalardan telefon ile görüşülerek yapılmıştır. Her epilepsili çocuk için anket formlarının uygulama süresi ortalama 20 dakikadır.

5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri araştırmacı tarafından bilgisayara geçilerek dökümleri yapılmıştır. Verilerin denetimi, yönetimi ve analizi araştırmacı tarafından SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanılmıştır. Epilepsili çocukların sosyo-demografik ve hastalık bilgileri ile ilgili bulgular tanımlayıcı tablolara dönüştürülmüş ve sayı, yüzde dağılımları yapılmıştır. Epilepsili çocukların ölçek puanları hesaplanarak ölçek puan ortalamaları ve standart sapmaları deney ve kontrol grupları için ayrı olarak belirlenmiştir. Niceliksel verilerin normal dağılım testleri uygulanarak çalışma parametrelerinin normal dağılım gösterip gösterilmediğine bakılmıştır. Normal dağılıma uyan niceliksel verilerin grup içi karşılaştırılmasında Bağımlı Gruplarda T Testi, normal dağılıma uymayan niceliksel verilerin grup içi karşılaştırılmasında Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi uygulanmıştır. Kategorik özellikteki verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare Testi uygulanmıştır. Eğitimin etkinliğini ölçmek için normal dağılıma uyan verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplarda T Testi, normal dağılım göstermeyen verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Epilepsili çocukların ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır. Sonuçlar, %95' lik güven aralığında, $p < 0,05$ düzeyi anlamlı kabul edilerek değerlendirilmiştir.

5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma öncesinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu' dan Etik Kurul Onayı (Ek 5) ve araştırma için kurum izni alınmıştır (Ek 6). Çalışmaya dahil edilecek çocuklara ve ebeveynlerine çalışma hakkında bilgi verilmiş ve katılmayı kabul edenlerden Hasta Onam Formunu imzalamaları istenmiştir.

Çalışmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek çalışma öncesi çocuklara ve ebeveynlerine, çalışmanın amacı hem sözlü hem de bilgilendirme formu ile açıklanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden çocuklara ve ebeveynlerine

kendilerinden alınan bilgilerin isimleri kullanılmamak şartıyla yalnızca bu çalışma için kullanılacağı ve başka amaçla kullanılmayacağı belirtilmiştir.

Kontrol grubu çalışma verileri tamamlandıktan sonra eğitim almayı kabul eden çocuklara ve ebeveynlerine, “Epilepsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi” içeren planlı eğitim yapılmıştır.

5.9. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma Ekim 2016- Aralık 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür (Şekil 2).

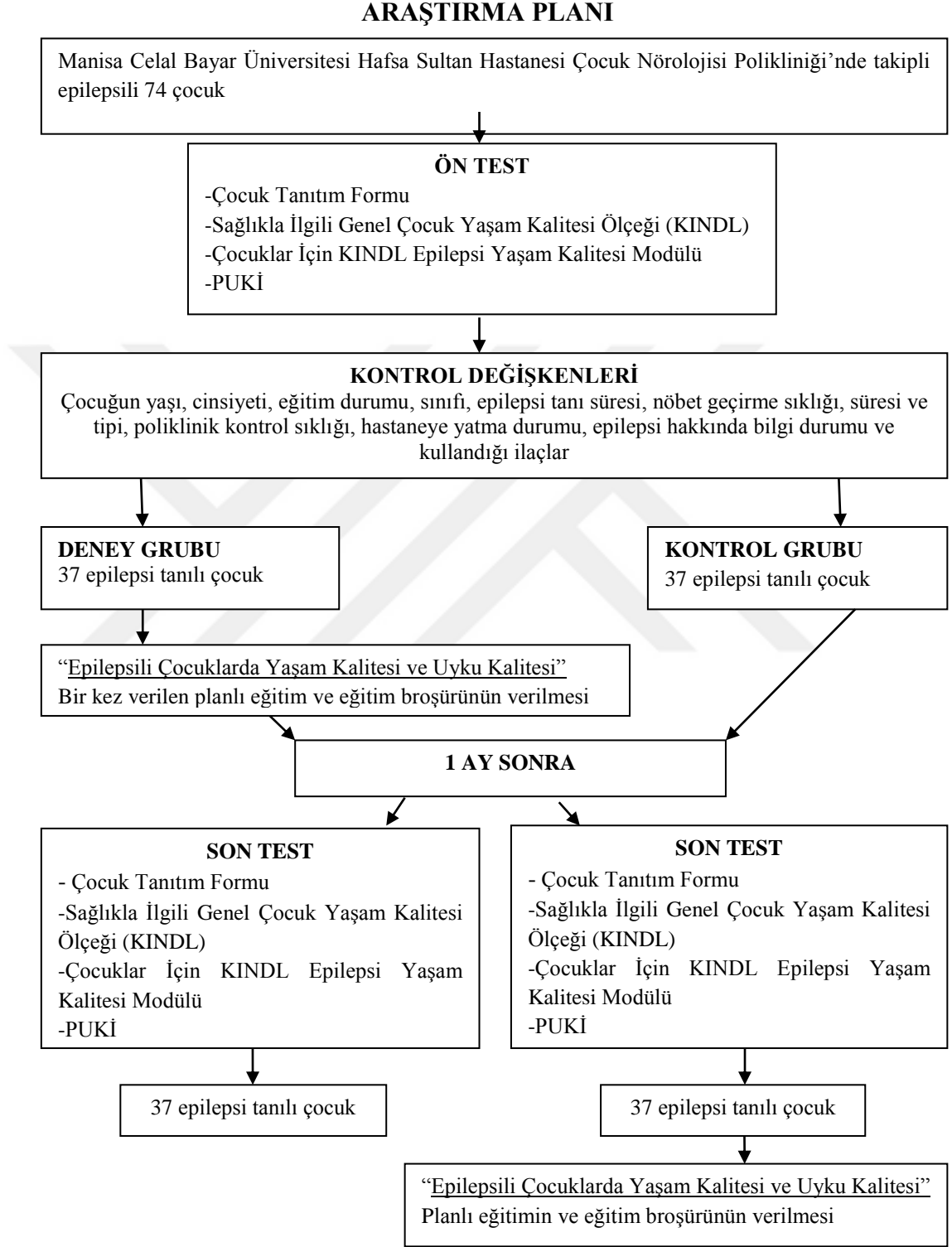
1. Araştırma konusunun belirlenmesi: Ekim 2016-Kasım 2016
2. Araştırma ile ilgili literatür taraması: Kasım 2016-Temmuz 2017
3. Araştırma deseninin seçilmesi: Aralık 2016
4. İncelenecek evreni belirleme: Aralık 2017
5. Verilerin toplanmasına uygun yöntem belirleme: Aralık 2017
6. Örneklem planlanması: Aralık 2017
7. Tez konusunun onaylanması: Ocak 2017-Şubat 2017
8. Etik kurul onayı için başvuru evrakların hazırlanması: Şubat 2017
9. Etik kurul onayı: Mart 2017- Nisan 2017
10. Çalışmanın yapılacağı kurumdan izinin alınması: Nisan 2017-Mayıs 2017
11. Verilerin toplanması: Haziran 2017- Kasım 2017
12. Verilerin analize hazırlanması: Kasım 2017
13. İstatistiksel analizin yapılması: Kasım 2017
14. İstatistiksel analizin yorumlanması: Kasım 2017-Aralık 2017
15. Tezin yazımı: Nisan 2017-Aralık 2017

Tablo 3. Araştırma Planı ve Takvimi

Tez Aşamaları	Ekim 2016	Kasım 2016	Aralık 2016	Ocak 2017	Şubat 2017	Mart 2017	Nisan 2017	Mayıs 2017	Haziran 2017	Temmuz 2017	Ağustos 2017	Eylül 2017	Ekim 2017	Kasım 2017	Aralık 2017
Araştırma konusunun belirlenmesi	X	X													
Literatür taraması		X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Araştırma deseni			X												
Evren belirleme			X												
Yöntem belirleme			X												
Örnekleme planlanması			X												
Tez konusunun onayı				X	X										
Etik kurul evrakların hazırlanması					X										
Etik kurul onayı						X	X								
Kurum izini							X	X							
Verilerin toplanması									X	X	X	X	X	X	
Verilerin girişi															X
Verilerin analizi															X
Yorum															X
Tezin yazımı							X	X	X	X	X	X	X	X	X

5. 10. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI VE UYGULAMA ŞEKLİ

Araştırma, aşağıdaki şemada gösterildiği şekilde uygulanmıştır (Şekil 2).



Şekil 2. Araştırma Planı Şeması

6. BULGULAR

Araştırmanın bulguları üç bölümde ele alınmıştır. Bunlar;

1. Epilepsili çocuklara ilişkin tanıtıcı özellikler
2. “Epilepsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi” konulu eğitimin epilepsili çocuklar üzerine etkisi
3. Genel Çocuk Yaşam Kalitesi, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi arasındaki ilişki’ dir.

6.1. EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLER

Bu bölümde epilepsili çocukların sosyo-demografik özellikleri ve epilepsiye ilişkin özellikleri değerlendirilmiştir.

Tablo 4. Epilepsili Çocuklara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler (n:74)

Özellik	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Anlamlılık	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	χ^2	p
Yaş					$\chi^2 :0,510$	p:0,475
8-12 Yaş	21	56,8	24	64,9		
13-16 Yaş	16	43,2	13	35,1		
Cinsiyet					$\chi^2 :0,054$	p:0,816
Erkek	19	51,4	18	48,6		
Kız	18	48,6	19	51,4		
Eğitim					$\chi^2 :3,536$	p:0,171
İlkokul	10	27,0	14	37,8		
Ortaokul	14	37,8	17	45,9		
Lise	13	35,1	6	16,2		
Kardeş sayısı					$\chi^2 :2,695$	p:0,747
Tek çocuk	3	8,1	6	16,2		
Bir kardeş	20	54,1	22	59,5		
İki kardeş	9	24,3	6	16,2		
Üç ve üzeri kardeş	5	13,5	3	8,1		
Aile tipi					$\chi^2 :0,093$	p:0,760
Çekirdek aile	31	83,8	30	81,1		
Parçalanmış aile	6	16,2	7	18,9		
Yerleşim yeri					$\chi^2 :0,866$	p:0,649
Köy	5	13,5	4	10,8		
İlçe	16	43,2	13	35,1		
Şehir merkezi	16	43,2	20	54,1		

χ^2 : Ki-kare Testi

Z: Mann Whitney U Testi

Tablo 4. Epilepsili Çocuklara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler (n:74) (devam)

Özellik	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Anlamlılık	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	χ^2	P
Gelir durumu					$\chi^2 :0,360$	p:0,835
Üst sosyo ekonomik düzey	2	5,4	3	8,1		
Orta sosyo ekonomik düzey	30	81,1	28	75,7		
Alt sosyo ekonomik düzey	5	13,5	6	16,2		
Destek alma					$\chi^2 :0,000$	p:1,000
Evet	6	16,2	6	16,2		
Hayır	31	83,8	31	83,8		
Baba eğitim durumu					$\chi^2 :0,000$	p:1,000
İlköğretim	21	56,8	21	56,8		
Lise ve üstü	16	43,2	16	43,2		
Baba meslek					$\chi^2 :1,057$	p: 0,615
Çalışıyor	36	97,3	34	91,9		
Çalışmıyor	1	2,7	3	8,1		
Anne eğitim durumu					$\chi^2 :0,753$	p:0,386
İlköğretim	31	83,8	28	75,7		
Lise ve üstü	6	16,2	9	24,3		
Anne meslek					$\chi^2 :1,041$	p:0,308
Çalışıyor	7	18,9	3	8,1		
Çalışmıyor	30	81,1	34	91,9		
Sağlık güvencesi					$\chi^2 :1,014$	p:0,314
Evet	36	97,3	37	100		
Hayır	1	2,7	0	0		
	Ort±SS		Ort±SS			
Yaş	12,08±3,03		11,10±2,69		Z:-1,376	p:0,169

χ^2 : Ki-kare Testi Z: Mann Whitney U Testi

Tablo 4' de deney ve kontrol grubuna ait sosyo-demografik verilerin yüzdelerik dağılımları ve gruplar arası anlamlılık düzeyleri gösterilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen epilepsili çocukların deney grubu yaş ortalaması 12,08±3,03 yıl, kontrol grubu yaş ortalaması 11,10±2,69 yıldır. Deney grubundaki çocukların %56,8' si 8-12 yaş grubunda, %43,2'si 13-16 yaş grubundadır. Kontrol grubundaki çocukların %64,9' u 8-12 yaş grubunda, %35,1' i 13-16 yaş grubundadır.

Cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında; deney grubunun %51,4' ü erkek, kontrol grubunun %51,4' ü kız olarak dağıldığı bulunmuştur.

Deney grubunun %27,0' si ilkokul, %37,8' si ortaokul, %35,1' i lise öğrencisi iken, kontrol grubunun %37,8' si ilkokul, %45,9' u ortaokul, %16,2' si lise öğrencisidir.

Deney grubundaki çocukların %54,1'i ve kontrol grubundaki çocukların %59,5' i bir kardeşe sahiptir. Deney grubundaki çocukların %83,8' i ve kontrol grubundaki çocukların %81,1' i çekirdek aile tipine sahiptir.

Yerleşim yerleri incelendiğinde; deney grubundaki çocukların %13,5' i köyde, %43,2' si ilçede, %43,2' si şehir merkezinde; kontrol grubundaki çocukların %10,8' i köyde, %35,1' i ilçede, %54,1' i şehir merkezinde yaşamaktadır.

Deney grubunun %81,1' i ve kontrol grubunun %75,7' si orta sosyo ekonomik düzeydedir.

Deney grubu ve kontrol grubu çocukların günlük aktivitelerinde destek alma durumu incelendiğinde; deney grubu ve kontrol grubunun %83,8' inin günlük aktiviteler için destek almadığı bulunmuştur.

Deney grubu çocukların babalarının eğitim düzeyi %56,8 oranında ilköğretim, %43,2 oranında lise ve üstü olduğu, deney grubu çocukların babaların çalışma durumlarına bakıldığında; %97,3' ünün çalışıyor olduğu bulunmuştur. Deney grubu çocukların annelerinin eğitim düzeyi %83,8 oranında ilköğretim, %16,2 oranında lise ve üstü olduğu, deney grubu çocukların annelerinin çalışma durumlarına bakıldığında; %81,1' inin çalışmıyor olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubu çocukların babalarının eğitim düzeyi %56,8 oranında ilköğretim, %43,2 oranında lise ve üstü olduğu, kontrol grubundaki çocukların babaların çalışma durumları bakıldığında; %91,9' ünün çalışıyor olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu çocukların annelerinin eğitim düzeyi %75,7 oranında ilköğretim, %24,3 oranında lise ve üstü olduğu, kontrol grubundaki çocukların annelerin çalışma durumlarına bakıldığında; %91,9' unun çalışmıyor olduğu saptanmıştır.

Epilepsili çocukların sağlık güvence durumlarına bakıldığında; deney grubunun %97,3' ü ve kontrol grubunun %100' ü sağlık güvencesine sahiptir.

Deney grubu ve kontrol grubu epilepsili çocukların sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5. Epilepsili Çocukların Epilepsiye İlişkin Özellikleri (n:74)

Özellik	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Anlamlılık	
	Sayı (n)	Yüzde(%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	χ^2	P
Nöbet tipi					χ^2 :0,093	p:0,760
Jenaralize	30	81,1	31	83,8		
Parsiyel	7	18,9	6	16,2		
Nöbet sıklığı					χ^2 :5,103	p:0,024*
Ayda birden az yılda	33	89,2	25	67,6		
birden fazla						
Ayda bir kez veya daha fazla	4	10,8	12	32,4		
Nöbet süresi						
5 dk' dan az	32	86,5	19	51,4	χ^2 :10,662	p:0,001**
5 dk' dan fazla	5	13,5	18	48,6		
Kontrollere düzenli götürülme					χ^2 :0,000	p:0,753 ^a
Evet	36	97,3	36	97,3		
Hayır	1	2,7	1	2,7		
Poliklinik kontrol sıklığı					χ^2 : 2,835	p:0,418
Ayda bir	4	10,8	7	18,9		
İki ayda bir	1	2,7	0	0		
Üç ayda bir	31	83,8	30	81,1		
Altı ayda bir	1	2,4	0	0		
Epilepsi hastası olduğunu bilme					χ^2 :0,058	p:0,809
Evet	24	64,9	23	62,2		
Hayır	13	35,1	14	37,8		
Hastalıkla ilgili ebeveyn veya çocuğa bilgi verilme					χ^2 :1,947	p:0,163
Evet	15	40,5	21	56,8		
Hayır	22	59,5	16	43,2		
İlaç kullanımı					χ^2 :0,000	p:1,000
Tek ilaç	29	78,4	29	78,4		
İki ve üstü ilaç	8	21,6	8	21,6		
Kaç yıldır epilepsi hastası					χ^2 :2,982	p:0,561
0-6 ay	4	10,8	5	13,5		
7-12 ay	4	10,8	7	18,9		
13-24 ay	10	27,0	6	16,2		
25-36 ay	8	21,6	5	13,5		
3 yıl üstü	11	29,7	14	37,8		
Önceden nöbet öyküsü					χ^2 : 0,319	p:0,572
Evet	7	18,9	9	24,3		
Hayır	30	81,1	28	75,7		
Epilepsi nedeniyle hastanede yatma					χ^2 : 0,054	p:0,816
Evet	18	48,6	19	51,4		
Hayır	19	51,4	18	48,6		

χ^2 : Ki-kare Testi t: Bağımsız Gruplarda T Testi Z: Mann Whitney U Testi

^aFisher Kesin Ki-Kare Testi

*p<0,05 **p<0,01

Tablo 5. Epilepsili Çocukların Epilepsiye İlişkin Özellikleri (n:74) (devam)

Özellik	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Anlamlılık	
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	χ^2	P
Epilepsi nedeniyle eğitimine ara verme					$\chi^2:1,909$	p:0,167
Evet	11	29,7	6	16,2		
Hayır	26	70,3	31	83,8		
Öğretmenlerinin epilepsi hastası olduğundan haberdar olma durumu					$\chi^2:0,352$	p:0,553
Evet	31	83,8	29	78,4		
Hayır	6	16,2	8	21,6		
Arkadaşlarının epilepsi hastası olduğundan haberdar olma durumu					$\chi^2:3,524$	p:0,060
Evet	25	67,6	17	78,4		
Hayır	12	32,4	20	54,1		
Uyku ile ilgili sorun yaşama durumu					$\chi^2:0,055$	p:0,815
Evet	17	45,9	16	43,2		
Hayır	20	54,1	21	56,8		
	Ort±SS		Ort±SS			
Epilepsi tanı yaşı		8,89±3,31		6,73±3,81	t: 2,603	p:0,011*
Günlük uyku süresi		8,83±1,09		8,81±1,41	Z:-0,152	p:0,880

χ^2 : Ki-kare Testi t: Bağımsız Gruplarda T Testi Z: Mann Whitney U Testi

^aFisher Kesin Ki-Kare Testi *p<0,05 **p<0,01

Tablo 5' de deney ve kontrol grubuna ait epilepsi hakkındaki verilerin yüzdeleri dağılımları ve gruplar arası anlamlılık düzeyleri gösterilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen epilepsili çocukların epilepsi tanı yaşı deney grubunda 8,89±3,31 yıl, kontrol grubunda 6,73±3,81 yıldır. Epilepsi tanı yaşı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (t:2,603, p:0,011).

Deney grubu çocukların %81,1' inin jeneralize nöbet tipine sahip olduğu, %89,2' sinin ayda birden az yılda birden fazla nöbet geçirdiği, %86,5' inin nöbetlerinin 5 dk dan az sürdüğü, %97,3' ünün kontrollerine düzenli gittiği, %83,8' inin kontrol sıklığının üç ayda bir olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubu çocukların %83,8' inin jeneralize nöbet tipine sahip olduğu, %67,6' sının ayda birden az yılda birden fazla nöbet geçirdiği, %51,4' ünün nöbetlerinin 5 dk dan az sürdüğü, %97,3' ünün kontrollerine düzenli gittiği, %81,1' inin kontrol sıklığının üç ayda bir olduğu bulunmuştur.

Nöbet sıklığı ($x^2:5,103$, $p:0,024$) ve nöbet süresi ($x^2:10,662$, $p:0,001$) açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Deney grubu epilepsili çocukların %64,9' u epilepsi hastası olduğunu bilirken %35,1' i epilepsi hastası olduğunu bilmemektedir. Kontrol grubu epilepsili çocukların %62,3' ü epilepsi hastası olduğunu bilirken %37,8' i epilepsi hastası olduğunu bilmemektedir.

Deney grubunda bulunan çocuğun veya ebeveynin %40,5' ine epilepsi hastalığı hakkında bilgi verildiği, %59,5' inin bilgi almadığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda bulunan çocuğun veya ebeveynin %56,8' ine epilepsi hastalığı hakkında bilgi verildiği, %43,2' inin bilgi almadığı belirlenmiştir.

Deney grubu ve kontrol grubunun %78,4' üne tek ilaç tedavisi uygulanırken %21,6' sına iki veya daha fazla antiepileptik ilaç tedavisi uygulanmakta ve iki grup ilaç kullanım durumu açısından eşit dağılım gösterdiği bulunmuştur.

Epilepsi tanısı alma süresine bakıldığında; deney grubunun %10,8' i 0-6 aydır, %10,8' i 7-12 aydır, %27,0' si 13-24 aydır, %21,6' sı 25-36 aydır, %29,7' si 3 yıldan fazladır epilepsi hastası olduklarını bildirmişlerdir. Kontrol grubunun %13,5' i 0-6 aydır, %18,9' u 7-12 aydır, %16,2' si 13-24 aydır, %13,5' i 25-36 aydır, %37,8' i 3 yıldan fazladır epilepsi hastası olduklarını bildirmişlerdir.

Deney grubunun %18,9' unun epilepsi tanısı almadan önce nöbet geçirme öyküsünün olduğu, kontrol grubunun %24,3' ünün epilepsi tanısı almadan önce nöbet geçirme öyküsünün olduğu belirlenmiştir.

Epilepsi nedeniyle hastanede yatma durumuna bakıldığında; deney grubunun %48,6' sının ve kontrol grubunun %51,4' ünün epilepsi nedeniyle hastanede yattığı bulunmuştur. Epilepsi nedeniyle hastanede yatan çocuklar için deney grubunun %29,7' sinin eğitiminin etkilendiği, kontrol grubunun %16,2' sinin eğitiminin etkilendiği saptanmıştır.

Öğretmenlerinin ve arkadaşlarının çocuğun hastalığından haberdar olma durumuna bakıldığında; deney grubunun %83,8' inin öğretmenlerinin, %67,6' sının arkadaşlarının; kontrol grubunun %78,4' ünün öğretmenlerinin, %45,9' unun arkadaşlarının çocukların epilepsi olduğunu bildikleri bulunmuştur.

Deney grubunun %45,9' u ve kontrol grubunun %43,2' si uyku ile ilgili sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. Deney grubunun günlük uyku süresinin ortalama

8,83±1,09 saat ve kontrol grubunun günlük uyku süresinin ortalama 8,81±1,41 saat olduğu bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubu çocukların epilepsiyle ilgili özellikleri karşılaştırıldığında iki grup arasında nöbet sıklığı, nöbet süresi, epilepsi tanı yaşı ($p<0,05$) dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

6.2. “EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARDA YAŞAM KALİTESİ VE UYKU KALİTESİ” KONULU EĞİTİMİN EPİLEPSİLİ ÇOCUKLAR ÜZERİNE ETKİSİ

Bu bölümde deney ve kontrol grubuna göre epilepsili çocukların bazı verileri, Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü değerlendirilmiştir.

Tablo 6. Bazı Verilerin Kontrol ve Deney Grubuna Göre Ön Test ve Son Test Arasındaki Farklar (n:74)

Özellik	Ön Test	Son Test	Anlamlılık	
	Ort± SS (min:1, max:5)	Ort± SS (min:1, max:5)	Z	P
Kendi sağlığını değerlendirme				
Deney	3,86±0,94	4,27±0,80	^b Z:-3,441	p:0,001*
Kontrol	4,18±0,77	4,27±0,73	^b Z:-0,728	p:0,467
Anlamlılık	^a Z:-1,550 p:0,121	^a Z:-0,147 p:0,883		
Kendi okul başarısını değerlendirme				
Deney	3,64±0,91	3,78±0,88	^b Z:-1,667	p:0,096
Kontrol	3,75±0,89	3,70±0,87	^b Z:-0,707	p:0,480
Anlamlılık	^a Z:-0,679 p:0,497	^a Z:-0,337 p:0,739		

^aZ: Mann Whitney U Testi

^bZ: Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

* $p<0,01$

Tablo 6' da deney ve kontrol grubunun kendi sağlığını değerlendirme ve kendi okul başarisını değerlendirme ön test ve son test puan ortalamaları ve aralarındaki farklar gösterilmiştir.

Epilepsili çocuklardan kendi sağlığını değerlendirmesi istendiğinde; deney grubunda yer alan çocukların ön test puanı $3,86\pm0,94$, son test puanı $4,27\pm0,80$ olup; kontrol grubunda yer alan çocukların ön test puanı $4,18\pm0,77$, son test puanı $4,27\pm0,73$ olarak saptanmıştır.

Deney grubunda kendi sağlığını değerlendirmede ön test ve son test puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($Z:-3,441$, $p:0,001$) kontrol grubu kendi sağlığını değerlendirmede ön test ve son test puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Epilepsili çocuklardan kendi okul başarisını değerlendirmesi istendiğinde; deney grubunda yer alan çocuklar ön testte $3,64\pm0,91$, son testte $3,78\pm0,88$ olarak puanlanmış olup; kontrol grubunda yer alan çocuklar ön testte $3,75\pm0,89$, son testte $3,70\pm0,87$ olarak puanlamış olduğu saptanmıştır.

Deney grubu ve kontrol grubu kendi okul başarisını değerlendirmede ön test ve son test puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubu ve kontrol grubundaki çocukların ön test ve son test kendi sağlığı ve kendi okul başarisı puan ortalamaları gruplar arası karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 7. Sağlıkla İlgili Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Ön Test ve Son Test Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar (n:74)

Genel Çocuk Yaşam Kalitesi	Ön Test		Son Test		Anlamlılık	
	Ort± SS		Ort± SS		t, Z	P
Bedensel iyilik						
Deney	67,22±18,00		72,46±20,48		^a t:-2,757	p:0,009**
Kontrol	69,08±18,09		63,51±21,37		^a Z: -2,739	p:0,006**
Anlamlılık	^b Z:-0,490	p:0,624	^b t:1,839	p:0,070		
Duygusal iyilik						
Deney	72,29±18,54		71,11±19,28		^b Z:-0,635	p:0,526
Kontrol	69,08±15,16		64,86±15,33		^a t: 4,352	p:0,000**
Anlamlılık	^b Z:-1,177	p:0,239	^b Z:-1,666	p:0,096		
Öz saygı						
Deney	69,42±13,95		75,16±13,37		^a t:-3,932	p:0,000**
Kontrol	62,16±16,26		60,13±15,33		^a Z :-1,396	p:0,163
Anlamlılık	^b Z:-1,740	p:0,082	^b t:4,494	p:0,000**		
Aile						
Deney	66,38±16,68		66,72±16,00		^a t:-0,251	p:0,803
Kontrol	69,25±13,61		67,73±14,16		^a Z: -1,396	p:0,163
Anlamlılık	^b t:-0,811	p:0,420	^b Z:-0,011	p:0,991		
Arkadaş						
Deney	71,62±16,44		72,46±17,70		^a t:-0,557	p:0,581
Kontrol	71,62±15,56		70,43±17,28		^a Z: -1,050	p:0,294
Anlamlılık	^b Z:-10,169	p:0,865	^b t:0,498	p:0,620		
Okul						
Deney	60,13±17,45		59,79±17,71		^a t:0,298	p:0,768
Kontrol	54,05±21,05		50,67±21,43		^a t:3,002	p:0,005**
Anlamlılık	^b t:1.353	p:0,181	^b t:1,995	p:0,050		
Kronik						
Deney	62,27±15,49		62,83±17,07		^a t:-0,402	p:0,690
Kontrol	57,54±18,65		55,51±19,09		^a t:1,839	p:0,074
Anlamlılık	^b t:1,186	p:0,240	^b t: 1,738	p:0,087		
Ölçek toplam puan						
Deney	67,84±9,29		69,62±11,01		^a t:-2,279	p:0,029*
Kontrol	65,87±9,36		62,89±11,03		^a t:3,753	p:0,001**
Anlamlılık	^b t:0,908	p:0,367	^b t:2,625	p:0,011*		

^at: Bağımlı Gruplarda T Testi

^bt: Bağımsız Gruplarda T Testi

^aZ: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

^bZ: Mann Whitney U Testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 7' de deney ve kontrol grubunun Sağlıkla İlgili Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ön test ve son test puan ortalamaları ve aralarındaki farklar gösterilmiştir.

Deney grubu ve kontrol grubu çocukların ölçeğin bedensel iyilik, duygusal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş, okul alt boyutları ve kronik alan boyutu için ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin bedensel iyilik ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=67,22\pm18,00$, kontrol grubu $X=69,08\pm18,09$), duygusal iyilik ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=72,29\pm18,54$, kontrol grubu $X=69,08\pm15,16$), öz saygı ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=69,42\pm13,95$, kontrol grubu $X=62,16\pm16,26$), aile ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=66,38\pm16,68$, kontrol grubu $X=69,25\pm13,61$), arkadaş ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=71,62\pm16,44$, kontrol grubu $X=71,62\pm15,56$), okul ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=60,13\pm17,45$, kontrol grubu $X=54,05\pm21,05$) ve kronik alan boyutunda (deney grubu $X=62,27\pm15,49$, kontrol grubu $X=57,54\pm18,65$) elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubu ve kontrol grubu çocukların ön test ölçek toplam puan ortalamaları (deney grubu $X=67,84\pm9,29$, kontrol grubu $X=65,87\pm9,36$) karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Deney grubu ve kontrol grubu çocukların ölçeğin bedensel iyilik, duygusal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş, okul alt boyutları ve kronik alan boyutu için son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin bedensel iyilik ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=72,46\pm20,48$, kontrol grubu $X=63,51\pm21,37$), duygusal iyilik ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=71,11\pm19,28$, kontrol grubu $X=64,86\pm15,33$), aile ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=66,72\pm16,00$, kontrol grubu $X=67,73\pm14,16$), arkadaş ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=72,46\pm17,70$, kontrol grubu $X=70,43\pm17,28$), okul ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=59,79\pm17,71$, kontrol grubu $X=50,67\pm21,43$) ve kronik alan boyutunda (deney grubu $X=62,83\pm17,07$, kontrol grubu $X=55,51\pm19,09$) elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ölçeğin öz saygı ile ilgili alt boyutunda (deney grubu $X=75,16\pm13,37$, kontrol grubu $X=60,13\pm15,33$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t:4,494$, $p:0,000$). Deney grubu ve kontrol grubu çocukların son test ölçek toplam puan ortalamaları (deney

grubu $X=69,62\pm 11,01$, kontrol grubu $X=62,89\pm 11,03$) arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($t:2,625$, $p:0,011$).

Deney grubundaki çocukların bedensel iyilik, duygusal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş, okul alt boyutları ve kronik alan boyutu için ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında; ölçeğin duygusal iyilik ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=72,29\pm 18,54$, son test $X=71,11\pm 19,28$), aile ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=66,38\pm 16,68$, son test $X=66,72\pm 16,00$), arkadaş ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=71,62\pm 16,44$, son test $X=72,46\pm 17,70$), okul ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=60,13\pm 17,45$, son test $X=59,79\pm 17,71$), kronik alan boyutunda (ön test $X=62,27\pm 15,49$, son test $X=62,83\pm 17,07$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ölçeğin bedensel iyilik ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=67,22\pm 18,00$, son test $X=72,46\pm 20,48$) anlamlı fark ($t:-2,757$, $p:0,009$), öz saygı ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=69,42\pm 13,95$, son test $X=75,16\pm 13,37$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ($t:-3,932$, $p:0,000$) olduğu saptanmıştır. Ölçek toplam (ön test $X=67,84\pm 9,29$, son test $X=69,62\pm 11,01$) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ön test ve son test ölçek toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($t:-2,279$, $p:0,029$).

Kontrol grubundaki çocukların bedensel iyilik, duygusal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş, okul alt boyutları ve kronik alan boyutu için ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin özsaygı ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=62,16\pm 16,26$, son test $X=60,13\pm 15,33$), aile ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=69,25\pm 13,61$, son test $X=67,73\pm 14,16$), arkadaş ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=71,62\pm 15,56$, son test $X=70,43\pm 17,28$), kronik alan boyutunda (ön test $X=57,54\pm 18,65$, son test $X=55,51\pm 19,09$) arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ölçeğin bedensel iyilik ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=69,08\pm 18,09$, son test $X=63,51\pm 21,37$) anlamlı fark ($Z:-2,739$, $p:0,006$), duygusal iyilik ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=69,08\pm 15,16$, son test $X=64,86\pm 15,33$) anlamlı fark ($t:4,352$, $p:0,000$), okul ile ilgili alt boyutunda (ön test $X=54,05\pm 21,05$, son test $X=50,67\pm 21,43$) anlamlı fark ($t:3,002$, $p:0,005$) ve ölçek toplam (ön test $X=65,87\pm 9,36$, son test $X=62,89\pm 11,03$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($t:3,753$, $p:0,005$).

Tablo 8. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Ön Test ve Son Test Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar (n:74)

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	Ön Test		Son Test		Anlamlılık	
	Ort± SS		Ort± SS		Z	P
Öznel uyku kalitesi						
Deney	1,62±0,63		0,83±0,72		^a Z:-1,604	p:0,000**
Kontrol	1,16±0,92		1,00±0,81		^a Z:-0,969	p:0,333
Anlamlılık	^b Z:-2,250	p:0,024*	^b Z:-0,807	p:0,420		
Uyku latansı						
Deney	2,94±0,22		3,00±0,00		^a Z:-1,414	p:0,157
Kontrol	2,97±0,16		2,91±0,27		^a Z:-1,000	p:0,317
Anlamlılık	^b Z:-0,585	p:0,558	^b Z:-1,756	p:0,079		
Uyku süresi						
Deney	0,00±0,00		0,00±0,00		^a Z: 0,000	p:1,000
Kontrol	0,00±0,00		0,00±0,00		^a Z: 0,000	p:1,000
Anlamlılık	^b Z: 0,000	p:1,000	^b Z: 0,000	p:1,000		
Alışılmış uyku etkinliği						
Deney	0,02±0,16		0,00±0,00		^a Z:-0,000	p:0,317
Kontrol	0,00±0,00		0,00±0,00		^a Z: 0,000	p:1,000
Anlamlılık	^b Z:- 0,000	p:0,317	^b Z: 0,000	p:1,000		
Uyku bozukluğu						
Deney	1,00±0,33		0,81±0,46		^a Z:-2,333	p:0,020*
Kontrol	0,97±0,49		0,97±0,55		^a Z: 0,000	p:1,000
Anlamlılık	^b Z:-0,286	p:0,775	^b Z:-1,307	p:0,191		
Uyku ilacı kullanımı						
Deney	0,00±0,00		0,00±0,00		^a Z: 0,000	p:1,000
Kontrol	0,00±0,00		0,00±0,00		^a Z: 0,000	p:1,000
Anlamlılık	^b Z: 0,000	p:1,000	^b Z: 0,000	p:1,000		
Gündüz işlev bozukluğu						
Deney	0,00±0,00		0,00±0,00		^a Z: 0,000	p:1,000
Kontrol	0,00±0,00		0,00±0,00		^a Z: 0,000	p:1,000
Anlamlılık	^b Z: 0,000	p:1,000	^b Z: 0,000	p:1,000		
Ölçek toplam puan						
Deney	5,52±0,79		4,64±1,05		^a Z:-4,258	p:0,000**
Kontrol	5,13±1,29		4,81±1,22		t:-1,494	p:0,135
Anlamlılık	^b Z:-1,978	p:0,048*	^b Z:-0,196	p:0,845		

^aZ: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

^bZ: Mann Whitney U Testi

t: Bağımlı Gruplarda T Testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 8' de deney ve kontrol grubunun Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ön test ve son test puan ortalamaları ve aralarındaki farklar gösterilmiştir.

Deney grubu ve kontrol grubu çocukların ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin uyku latansı ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=2,94\pm 0,22$, kontrol grubu $X=2,97\pm 0,16$), uyku süresi ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=0,00\pm 0,00$, kontrol grubu $X=0,00\pm 0,00$), alışılmış uyku etkinliği ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=0,02\pm 0,16$, kontrol grubu $X=0,00\pm 0,00$), uyku bozukluğu ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=1,00\pm 0,33$, kontrol grubu $X=0,97\pm 0,49$), uyku ilacı kullanımı ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=0,00\pm 0,00$, kontrol grubu $X=0,00\pm 0,00$), gündüz işlev bozukluğu ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=0,00\pm 0,00$, kontrol grubu $X=0,00\pm 0,00$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ölçeğin öznel uyku kalitesi ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=1,62\pm 0,63$, kontrol grubu $X=1,16\pm 0,92$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($Z:-2,250$, $p:0,024$) ve ölçek toplam puan ortalaması (deney grubu $X=5,52\pm 0,79$ kontrol grubu $X=5,13\pm 1,29$) arasında anlamlı fark olduğu ($Z:-1,978$, $p:0,048$) saptanmıştır

Deney ve kontrol grubundaki çocukların son test puanları karşılaştırıldığında; ölçeğin öznel uyku kalitesi ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=0,83\pm 0,72$, kontrol grubu $X=1,00\pm 0,81$), uyku latansı ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=3,00\pm 0,00$, kontrol grubu $X=2,91\pm 0,27$), uyku süresi ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=0,00\pm 0,00$, kontrol grubu $X=0,00\pm 0,00$), alışılmış uyku etkinliği ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=0,00\pm 0,00$, kontrol grubu $X=0,00\pm 0,00$), uyku bozukluğu ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=0,81\pm 0,46$, kontrol grubu $X=0,97\pm 0,55$), uyku ilacı kullanımı ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=0,00\pm 0,00$, kontrol grubu $X=0,00\pm 0,00$), gündüz işlev bozukluğu ile ilgili alt boyut (deney grubu $X=0,00\pm 0,00$, kontrol grubu $X=0,00\pm 0,00$) puan ortalamaları ve ölçek toplam puan ortalaması (deney grubu $X=4,64\pm 1,05$, kontrol grubu $X=4,81\pm 1,22$) arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Deney grubu çocukların ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin uyku latansı ile ilgili alt boyut (ön test $X=2,94\pm 0,22$, son test $X=3,00\pm 0,00$), uyku süresi ile ilgili alt boyut (ön test $X=0,00\pm 0,00$, son test $X=0,00\pm 0,00$), alışılmış uyku etkinliği ile ilgili alt boyut (ön test $X=0,02\pm 0,16$, son test $X=0,00\pm 0,00$), uyku ilacı kullanımı ile ilgili alt boyut (ön test $X=0,00\pm 0,00$, son test $X=0,00\pm 0,00$), gündüz işlev bozukluğu ile ilgili alt boyut (ön test $X=0,00\pm 0,00$, son test

X=0,00±0,00) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Ölçeğin öznel uyku kalitesi ile ilgili alt boyut (ön test X=1,62± 0,63, son test X=0,83±0,72) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark (Z:-1,604, p:0,000) olduğu ve uyku bozukluğu ile ilgili alt boyut (ön test X=1,00±0,33, son test X=0,81±0,46) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark (Z:-2,333, p:0,020) olduğu belirlenmiştir. Ölçek toplam (ön test X=5,52± 0,79, son test X=4,64±1,05) puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Z:-4,258, p:0,000).

Kontrol grubu çocukların ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin öznel uyku kalitesi ile ilgili alt boyut (ön test X=1,16± 0,92, son test X=1,00±0,81), uyku latansı ile ilgili alt boyut (ön test X=2,97±0,16, son test X=2,91±0,27), uyku süresi ile ilgili alt boyut (ön test X=0,00±0,00, son test X=0,00±0,00), alışılmış uyku etkinliği ile ilgili alt boyut (ön test X=0,00±0,00, son test X=0,00±0,00), uyku bozukluğu ile ilgili alt boyut (ön test X=0,97±0,49, son test X=0,97±0,55), uyku ilacı kullanımı ile ilgili alt boyut (ön test X=0,00±0,00, son test X=0,00±0,00), gündüz işlev bozukluğu ile ilgili alt boyut (ön test X=0,00±0,00, son test X=0,00±0,00) ve ölçek toplam (ön test X=5,13 ±1,29, son test X=4,81±1,22) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 9. Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü Puanı ve Tedavi Memnuniyeti Puanının Ön Test ve Son Test Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farklar (n:74)

KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü	Ön Test	Son Test	Anlamlılık	
	Ort± SS	Ort± SS	t,Z	P
Toplam ölçek puanı				
Deney	74,76±11,53	74,56±12,26	^a Z:-0,228	p:0,820
Kontrol	73,01±9,68	71,55±10,63	^a t:2,191	p:0,035*
Anlamlılık	^b Z:-0,995 p:0,320	^b Z:-1,660 p:0,097		
Tedavi memnuniyet				
Deney	78,10±14,49	79,18±12,38	^a t:-0,612	p:0,544
Kontrol	74,18±15,65	67,83±13,56	^a t:2,716	p:0,010**
Anlamlılık	^b t:1,117 p:0,268	^b t:3,758 p:0,000**		

^aZ: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ^bZ: Mann Whitney U Testi

^at: Bağımlı Gruplarda T Testi ^bt: Bağımsız Gruplarda T Testi *p<0.05 **p<0.01

Tablo 9’ da deney ve kontrol grubunun Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve tedavi memnuniyeti ön test ve son test puan ortalamaları ve aralarındaki farklar gösterilmiştir.

Deney grubu ve kontrol grubu çocukların ön test puan ortalamaları incelendiğinde; ölçek toplam (deney grubu $X=74,76\pm 11,53$, kontrol grubu $X=73,01\pm 9,68$) puan ortalamaları arasında ve ölçeğin tedavi memnuniyet (deney grubu $X=78,10\pm 14,49$, kontrol grubu $X=74,18\pm 15,65$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Deney grubu ve kontrol grubu çocukların son test puan ortalamaları incelendiğinde; ölçek toplam (deney grubu $X=74,56\pm 12,26$, kontrol grubu $X=71,55\pm 10,63$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ölçeğin tedavi memnuniyet (deney grubu $X=79,18\pm 12,38$, kontrol grubu $X=67,83\pm 13,56$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($t:3,758$, $p:0,000$).

Deney grubu ön test ve son test ölçek toplam (ön test $X=74,76\pm 11,53$ son test $X=74,56\pm 12,26$) puan ortalamaları ve tedavi memnuniyet (ön test $X=78,10\pm 14,49$, son test $X=79,18\pm 12,38$) puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubu ön test ve son test ölçek toplam (ön test $X=73,01\pm 9,68$, son test $X=71,55\pm 10,63$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($t:2,191$, $p:0,035$) ve tedavi memnuniyet (ön test $X=74,18\pm 15,65$, son test $X=67,83\pm 13,56$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($t:2,716$, $p:0,010$) saptanmıştır.

6.3. GENEL ÇOCUK YAŞAM KALİTESİ, ÇOCUKLAR İÇİN KINDL EPİLEPSİ YAŞAM KALİTESİ MODÜLÜ, PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu bölümde deney grubu ve kontrol grubu ön test ve son test Genel Çocuk Yaşam Kalitesi, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve PUKİ puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Tablo 10. Deney Grubu Ön Test Genel Çocuk Yaşam Kalitesi (GÇYK), Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve PUKİ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:37)

		Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kronik	GÇYK	KINDL Epilepsi	Tedavi memnuniyet	Öznel uyku kalitesi	Uyku latansı	Uyku süresi	Alışılmış uyku etkinliği	Uyku bozukluğu	Uyku ilacı kullanımı	Gündüz işlev bozukluğu	PUKİ
Bedensel iyilik	<i>r</i>	1	0,481**	0,099	0,074	-0,076	0,247	0,372*	0,585**	0,401*	0,122	-0,368*	-0,273	-	0,014	0,087	-	-	-0,284
Duygusal iyilik	<i>r</i>		1	0,104	0,368*	0,172	0,301	0,481**	0,769**	0,594**	0,142	-0,352*	-0,280	-	-0,260	0,168	-	-	-0,307
Özsaygı	<i>r</i>			1	,044	-0,151	0,314	-0,166	0,384*	0,068	0,174	0,010	-0,260	-	-0,084	0,187	-	-	0,008
Aile	<i>r</i>				1	-0,022	0,178	0,082	0,506**	0,256	-0,155	-0,282	-0,080	-	0,087	0,000	-	-	-0,213
Arkadaş	<i>r</i>					1	0,160	0,241	0,333*	0,210	0,158	0,024	-0,096	-	-0,286	0,032	-	-	-0,034
Okul	<i>r</i>						1	0,223	0,672**	0,426**	-0,063	-0,254	-0,163	-	-0,159	0,060	-	-	-0,204
Kronik	<i>r</i>							1	0,404*	0,589**	0,191	-0,406*	0,029	-	-0,134	-0,314	-	-	-0,449**
GÇYK	<i>r</i>								1	0,616**	0,110	-0,390*	-0,349*	-	-0,211	0,159	-	-	-0,330*
KINDL Epilepsi	<i>r</i>									1	0,158	-0,426**	-0,200	-	-0,020	-0,122	-	-	-0,411*
Tedavi memnuniyet	<i>r</i>										1	0,011	-0,115	-	0,197	0,115	-	-	0,093
Öznel uyku kalitesi	<i>r</i>											1	0,046	-	0,100	0,261	-	-	0,914**
Uyku latansı	<i>r</i>												1	-	0,040	-0,364*	-	-	0,037
Uyku süresi	<i>r</i>													1	-	-	-	-	-
Alışılmış uyku etkinliği	<i>r</i>														1	0,000	-	-	0,293
Uyku bozukluğu	<i>r</i>															1	-	-	0,525**
Uyku ilacı kullanımı	<i>r</i>																1	-	-
Gündüz işlev bozukluğu	<i>r</i>																	1	-
PUKİ	<i>r</i>																		1

r: Pearson Korelasyon Kat Sayısı **p*<0,05 ***p*<0,01

Tablo 10' da deney grubu çocukların Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ön test puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş, okul alt boyut puan ortalamaları ve kronik alan boyutu puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalama ile Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$).

Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik, okul alt boyut puan ortalamaları ve kronik alan boyutu puan ortalaması ile Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ve kronik alan puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması ile Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi alt boyutlarından öznel uyku kalitesi puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ve Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi alt boyutlarından öznel uyku kalitesi puan ortalaması ile Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 11. Deney Grubu Son Test Genel Çocuk Yaşam Kalitesi (GÇYK), Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve PUKİ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:37)

		Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kronik	GÇYK	KINDL Epilepsi	Tedavi memnuniyet	Öznel uyku kalitesi	Uyku latansı	Uyku süresi	Alışılmış uyku etkinliği	Uyku bozukluğu	Uyku ilacı kullanımı	Gündüz işlev bozukluğu	PUKİ
Bedensel iyilik	<i>r</i>	1	0,521**	0,484**	0,120	0,042	0,283	0,397*	0,676**	0,485**	0,067	-0,390*	-	-	-	-0,144	-	-	-0,330*
Duygusal iyilik	<i>r</i>		1	0,478**	0,315	0,345*	0,397*	0,569**	0,825**	0,725**	0,259	-0,331*	-	-	-	0,032	-	-	-0,213
Özsaygı	<i>r</i>			1	0,113	0,258	0,309	0,335*	0,671**	0,304	0,153	-0,461**	-	-	-	-0,135	-	-	-0,375*
Aile	<i>r</i>				1	0,001	0,152	0,278	0,435**	0,353*	-0,236	-0,223	-	-	-	-0,053	-	-	-0,176
Arkadaş	<i>r</i>					1	0,279	0,388*	0,508**	0,307	0,283	-0,249	-	-	-	-0,018	-	-	-0,178
Okul	<i>r</i>						1	0,161	0,645**	0,402*	-0,046	-0,237	-	-	-	-0,128	-	-	-0,218
Kronik	<i>r</i>							1	0,571**	0,691**	0,289	-0,284	-	-	-	-0,182	-	-	-0,275
GÇYK	<i>r</i>								1	0,699**	0,134	-0,495**	-	-	-	-0,114	-	-	-0,389*
KINDL Epilepsi	<i>r</i>									1	0,340*	-0,352*	-	-	-	-0,055	-	-	-0,265
Tedavi memnuniyet	<i>r</i>										1	-0,061	-	-	-	0,070	-	-	-0,012
Öznel uyku kalitesi	<i>r</i>											1	-	-	-	0,568**	-	-	0,933**
Uyku latansı	<i>r</i>												1	-	-	-	-	-	-
Uyku süresi	<i>r</i>													1	-	-	-	-	-
Alışılmış uyku etkinliği	<i>r</i>														1	-	-	-	-
Uyku bozukluğu	<i>r</i>															1	-	-	0,825**
Uyku ilacı kullanımı	<i>r</i>																1	-	-
Gündüz işlev bozukluğu	<i>r</i>																	1	-
PUKİ	<i>r</i>																		1

r: Pearson Korelasyon Kat Sayısı *p<0,05 **p<0,01

Tablo 11’ de deney grubu çocukların Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi son test puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Epilepsili çocukların Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş, okul puan ortalamaları ve kronik alan boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,01$).

Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçek puan ortalaması, Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçek alt boyutlardan bedensel iyilik, duygusal iyilik, aile, okul puan ortalamaları ve kronik alan boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ile Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik ve özsaygı puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması ile Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması arasında negatif yönde bir ilişki olup anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi alt boyutlarından öznel uyku kalitesi puan ortalaması ile Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi alt boyutlarından öznel uyku kalitesi puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ve Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Tablo 12. Kontrol Grubu Ön Test Genel Çocuk Yaşam Kalitesi (GÇYK), Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve PUKİ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:37)

		Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kronik	GÇYK	KINDL Epilepsi	Tedavi memnuniyet	Öznel uyku kalitesi	Uyku latansı	Uyku süresi	Alışılmış uyku etkinliği	Uyku bozukluğu	Uyku ilacı kullanımı	Gündüz işlev bozukluğu	PUKİ	
Bedensel iyilik	<i>r</i>	1	0,561**	0,034	0,140	0,316	0,102	0,215	0,643**	0,435**	0,133	-0,510**	-0,172	-	-	-0,172	-	-	-0,432**	
Duygusal iyilik	<i>r</i>		1	-0,004	0,372*	0,235	0,206	0,438**	0,682**	0,506**	-0,010	-0,386*	-0,066	-	-	-0,159	-	-	-0,338*	
Özsaygı	<i>r</i>			1	-0,087	0,270	0,159	-0,008	0,412*	0,052	0,156	0,176	-0,004	-	-	-0,151	-	-	0,068	
Aile	<i>r</i>				1	0,065	0,091	0,361*	0,414*	0,429**	0,149	-0,433**	-0,071	-	-	-0,100	-	-	-0,349*	
Arkadaş	<i>r</i>					1	0,205	-0,012	0,613**	-0,040	0,013	-0,009	-0,172	-	-	0,077	-	-	0,023	
Okul	<i>r</i>						1	0,156	0,588**	0,080	-0,019	-0,097	-0,268	-	-	0,159	-	-	-0,008	
Kronik	<i>r</i>							1	0,327*	0,545**	0,053	-0,480**	0,068	-	-	-0,288	-	-	-0,456**	
GÇYK	<i>r</i>								1	0,414*	0,118	-0,361*	-0,240	-	-	-0,085	-	-	-0,292	
KINDL Epilepsi	<i>r</i>									1	0,108	-0,601**	0,219	-	-	-0,327*	-	-	-0,557**	
Tedavi memnuniyet	<i>r</i>										1	-0,067	-0,009	-	-	0,210	-	-	0,033	
Öznel uyku kalitesi	<i>r</i>											1	-0,152	-	-	0,609**	-	-	0,952**	
Uyku latansı	<i>r</i>												1	-	-	-0,348*	-	-	-0,243	
Uyku süresi	<i>r</i>													1	-	-	-	-	-	
Alışılmış uyku etkinliği	<i>r</i>														1	-	-	-	-	
Uyku bozukluğu	<i>r</i>															1	-	-	0,822**	
Uyku ilacı kullanımı	<i>r</i>																1	-	-	
Gündüz işlev bozukluğu	<i>r</i>																	1	-	
PUKİ	<i>r</i>																			1

r: Pearson Korelasyon Kat Sayısı **p*<0,05 ***p*<0,01

Tablo 12' de kontrol grubu çocukların Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve Pittsburg Uyku Kalitesi indeksi ön test puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş ve okul puan ortalamaları ve kronik alan boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması, Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik, aile puan ortalamaları ve kronik alan boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde bir anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması, Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik, aile puan ortalamaları ve kronik alan boyutu puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi alt boyutlarından öznel uyku kalitesi ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması, Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik, aile puan ortalamaları ve kronik alan boyutu puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi alt boyutlarından öznel uyku kalitesi ile Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması arasında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$).

Tablo 13. Kontrol Grubu Son Test Genel Çocuk Yaşam Kalitesi (GÇYK), Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve PUKİ Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:37)

		Bedensel iyilik	Duygusal iyilik	Özsaygı	Aile	Arkadaş	Okul	Kronik	GÇYK	KINDL Epilepsi	Tedavi memnuniyet	Öznel uyku kalitesi	Uyku latansı	Uyku süresi	Alışılmış uyku etkinliği	Uyku bozukluğu	Uyku ilacı kullanımı	Gündüz işlev bozukluğu	PUKİ
Bedensel iyilik	<i>r</i>	1	0,612**	0,143	0,276	0,568**	0,164	0,293	0,758**	0,542**	0,382*	-0,527**	-0,279	-	-	-0,218	-	-	-0,523**
Duygusal iyilik	<i>r</i>		1	0,186	0,336*	0,357*	0,266	0,278	0,724**	0,547**	0,409*	-0,347*	-0,281	-	-	-0,156	-	-	-0,372*
Özsaygı	<i>r</i>			1	0,004	0,343*	0,147	0,132	0,459**	0,138	0,254	-0,166	-0,374*	-	-	-0,028	-	-	-0,175
Aile	<i>r</i>				1	0,264	0,117	0,257	0,489**	0,482**	0,088	-0,300	-0,022	-	-	-0,248	-	-	-0,328*
Arkadaş	<i>r</i>					1	0,249	0,039	0,744**	0,292	0,090	-0,258	-0,261	-	-	0,060	-	-	-0,183
Okul	<i>r</i>						1	0,114	0,562**	0,123	0,059	-0,099	0,068	-	-	0,148	-	-	-0,017
Kronik	<i>r</i>							1	0,292	0,513**	0,242	-0,015	0,087	-	-	-0,479**	-	-	-0,250
GÇYK	<i>r</i>								1	0,553**	0,338*	-0,453**	-0,293	-	-	-0,103	-	-	-0,419**
KINDL Epilepsi	<i>r</i>									1	0,342*	-0,304	-0,105	-	-	-0,455**	-	-	-0,483**
Tedavi memnuniyet	<i>r</i>										1	0,100	-0,233	-	-	-0,249	-	-	-0,134
Öznel uyku kalitesi	<i>r</i>											1	0,246	-	-	0,123	-	-	0,791**
Uyku latansı	<i>r</i>												1	-	-	0,167	-	-	0,495**
Uyku süresi	<i>r</i>													1	-	-	-	-	-
Alışılmış uyku etkinliği	<i>r</i>														1	-	-	-	-
Uyku bozukluğu	<i>r</i>															1	-	-	0,623**
Uyku ilacı kullanımı	<i>r</i>																1	-	-
Gündüz işlev bozukluğu	<i>r</i>																	1	-
PUKİ	<i>r</i>																		1

r: Pearson Korelasyon Kat Sayısı **p*<0,05 ***p*<0,01

Tablo 13' de kontrol grubu çocukların Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve Pittsburg Uyku Kalitesi indeksi son test puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmektedir.

Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş ve okul puan ortalamaları arasında ileri düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,01$).

Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması ile Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması, Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik ve aile puan ortalamaları ve kronik alan boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,01$).

Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü tedavi memnuniyet puan ortalaması ile Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ve Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması ile Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ve Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik ve aile puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması ile Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması arasında negatif yönde ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,01$).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi alt boyutlarından öznel uyku kalitesi puan ortalaması ile Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ve Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından bedensel iyilik, duygusal iyilik puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

7. TARTIŞMA

7.1. EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

7.1.1. Epilepsili Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması

“Epilepsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi” eğitiminin yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmaya 74 epilepsili çocuk dahil edilmiştir.

Deney grubundaki çocukların %56,8’ i 8-12 yaş arasında, kontrol grubu çocukların ise %64,9’ u 8-12 yaş arasında olup, deney grubunun %51,4’ ünün erkek olduğu, kontrol grubunun %51,4’ ünün kız olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Güven (2013) yaptığı çalışmada, araştırmamızın aksine çocukların %62,0 oranında 13-17 yaş arasında olduğunu, cinsiyet dağılım açısından ise %50,6’ sının erkek olduğunu saptamıştır. Avcı (2010) tarafından yapılan çalışmada, çalışma ve kontrol grubundaki çocukların %57,7’ sinin 7-11 yaş arasında olduğu ve çalışma grubunun %50,0’ sinin ve kontrol grubunun %53,8’ inin kız olduğu belirtilmiştir. Çolak (2012) epilepsi ve kontrol grubundan oluşan çalışmasında, epilepsi grubunun %58,1’ ini kız ve yaş ortalamasını $10 \pm 1,03$ (ort \pm SS) olarak, kontrol grubunun %50,0’ sini kız ve yaş ortalamasını $9,9 \pm 1,13$ (ort \pm SS) olarak bulmuştur. Güner (2015) ise çalışmasında, yaş ortalamasını 10,6 olarak saptamıştır. Çoşkun (2005) epilepsili çocuklar ve ebeveynleriyle yaptığı çalışmasında, epilepsili çocukların %45,6’ sının 7-12 yaş arasında olduğunu ve %54,4’ ünün erkek olduğunu belirlemiştir. Haşlak (2016) retrospektif olarak yaptığı çalışmada, epilepsili çocukların %57,8’ inin erkek olduğunu saptamıştır. Melekoğlu (2012) ise yeni tanı almış epilepsili çocuklarla yaptığı çalışmada, %56,0’ sının erkek olduğunu ve ortalama yaşın 10,7 olduğunu bulmuştur. Zararsız (2009) ise, epilepsili çocukların %46,7’ sinin 9-11 yaş arasında olduğunu ve cinsiyete göre dağılımın eşit olduğunu saptamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda cinsiyete göre dağılımların eşite yakın şekilde dağılım gösterdiği bildirilmiştir (Yolal 2012; Avcı 2010; Çetinkaya 2015; Erten 2005; Bilgiç ve ark.

2006; Üstündağ 2015). Buna göre epilepsi, 13-16 yaş grubuna göre 8-12 yaş grubunda daha sık görülmekte ve cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir değişiklik göstermemektedir. Literatür bilgileri, ilk 10 yaşa kadar epilepsi insidans hızının yüksek olduğu yönündedir (Rudolph ve ark. 2013).

Deney grubundaki epilepsili çocukların %37,8' i ve kontrol grubunun %45,9' u ortaokul öğrencisidir (Tablo 4). Avcı (2010) tarafından yapılan çalışmada, çalışma grubunun %61,6' sını ve kontrol grubunun %69,3' ünü ilköğretim öğrencilerinin oluşturduğunu, Güven (2013) tarafından yapılan benzer çalışmada ise ilköğretim öğrencilerinin çoğunlukta olduğunu bildirmiştir. Zararsız (2009) ise, epilepsili çocukların %80,0' inin ilköğretim öğrencisi olduğunu saptamıştır. Araştırmamızda 8-12 yaş grubunun fazla olması nedeniyle ortaokul öğrenci sayısı daha yüksek bulunmuştur.

Deney grubunun %54,1' inin ve kontrol grubunun %59,5' inin bir kardeşi olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Çoşkun (2005) çalışmasında, araştırmaya katılan epilepsili çocukların büyük çoğunluğunun iki ve üzeri kardeşe sahip olduğunu ve Güven (2013), araştırmasına katılan çocukların %42,2' sinin iki kardeşe sahip olduğunu bildirmiştir. Avcı (2010) çalışmasında, deney grubunda iki ve üzeri kardeşi olan epilepsili çocukların %52,0, kontrol grubunda iki ve üzeri kardeşi olan çocukların %50,0 olduğunu bulmuştur. Güner (2015) çalışmasında, iki kardeşi olan epilepsili çocukların %39,4 oranında olduğunu bulmuştur. Zararsız (2009) ise, iki kardeşi olan epilepsili çocukların %36,7 oranında olduğunu saptamıştır. Araştırmamız literatürdeki çalışmalar ile benzer değildir. Bunun nedeni olarak gün geçtikçe ülkenin eğitim düzeyinin ve gelişmişlik düzeyinin artması ile ailelerin sahip oldukları çocuk sayısında azalmalarla sonuçlanmış olabileceği düşünülmektedir.

Epilepsi çocukların aile yapıları incelendiğinde; deney grubunun %83,8' i ve kontrol grubunun %81,1' i çekirdek aile yapısında, deney grubunun %43,2' sinin ve kontrol grubunun %54,1' inin şehir merkezinde yaşadığı ve deney grubunun %81,1' inin ve kontrol grubunun %75,7' sinin ekonomik durumunun orta sosyo ekonomik düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Çoşkun (2005) epilepsili çocuğa sahip ebeveynlerle yaptığı çalışmada, %77,8' inin çekirdek aile yapısında, %76,2' sinin şehir merkezinde yaşadığını ve %42,9' unun gelirlerinin giderlerini kısmen karşıladığını bildirmiştir. Güven (2013) yaptığı çalışmada, %86,7' sinin çekirdek aile

yapısında, %55,4' ünün şehir merkezinde yaşadığını ve %66,9' unun gelir durumunun orta düzeyde olduğunu bildirmiştir. Zararsız (2009) ise, epilepsili çocukların %80,0' inin çekirdek aile yapısında ve %63,3' ünün şehir merkezinde yaşadığını saptamıştır. Araştırma sonuçlarımızın yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Ülkemizde kentleşmenin giderek artması, şehir merkezinde ekonomik olarak ailelerin geçiminin kırsal alanlara göre daha zor olmasına ve geleneksel geniş aile yapısında azalmaların meydana gelmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Epilepsili çocukların destek alma durumları incelendiğinde; deney grubunun %83,8' inin ve kontrol grubunun %83,8' nin günlük yaşamında destek almadığı bulunmuştur (Tablo 4). Araştırmamızda, araştırmaya dahil edilme kriterlerinden biri olan işitme va anlamada problemi olmayan epilepsili çocukların dahil edilmesi nedeniyle dahil edilen grubun beklenen şekilde günlük yaşam aktivitelerini yapabilme becerilerinin geliştiği görülmektedir.

Ebeveynlerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; deney grubundaki epilepsili çocukların babalarının %56,8' inin ve kontrol grubundaki epilepsili çocukların babalarının %56,8' inin ilköğretim mezunu ve deney grubundaki epilepsili çocukların annelerinin %83,8' inin ve kontrol grubundaki epilepsili çocukların annelerinin %75,7' sinin ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Güner (2015) yaptığı çalışmada, annelerin %61,9' unu ilköğretim ve babaların %49,5' inin ilköğretim mezunu olduğu bildirilmiştir. Güven (2013)' in araştırmasında, annelerin eğitim düzeyinin %61,4 oranında ilkokul ve babaların eğitim düzeyinin %43,0 oranında ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Üstündağ (2015)' in epilepsili çocukların ebeveynleriyle yaptığı çalışmada, deney grubunda yer alan ebeveynlerin %80,0' inin ve kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin %72,7' sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Canpolat (2013) Kayseri ilinde yaptığı çalışmasında, annelerin %62,7' sinin ilkokul mezunu, babaların ise %44,6' sının ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir. Zararsız (2009) 9-18 yaş arası epilepsili çocuk ve ebeveynleri ile yaptığı çalışmada, annelerin %60,0' inin ve babaların %46,7' sinin ilköğretim mezunu olduğunu bulmuştur. TUİK Eğitim Durumu ve Cinsiyete Göre Nüfus (2011) verilerine göre, nüfusun çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu bildirilmektedir. Bu sonuç araştırma sonuçlarımız ile benzer özellik göstermektedir.

Ebeveynlerin çalışma durumuna bakıldığında; babaların çalışma durumu için deney grubunun %97,3' ünün ve kontrol grubunun %91,9' unun çalışıyor olduğu, annelerin çalışma durumu için ise deney grubunun %81,1' inin ve kontrol grubunun %91,9' unun çalışmıyor olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Özmen (2012) yaptığı çalışmada, epilepsi grubundaki annelerin %91,7' sinin ve kontrol grubundaki annelerin %55,6' sının çalışmıyor olduğunu ve deney grubundaki ve kontrol grubundaki babaların %100' ünün çalışıyor olduğunu bildirmiştir. Zararsız (2009) çalışmasında, annelerin %93,3' ünün çalışmıyor olduğunu ve babaların %93,4' ünün çalışıyor olduğunu saptamıştır. TUIK Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Temel İşgücü Göstergeleri (2011)' ne göre ülke genelinde erkeklerin çalışma oranı %69,9 ve kadınların çalışma oranı %25,9' dur. Bu sonuç araştırma sonuçlarımız ile benzer özellik göstermektedir

Epilepsili çocukların sağlık güvencesinin olup olmadığına bakıldığında; deney grubunun %97,3' ünün ve kontrol grubunun %100' ünün bir sağlık güvencesine sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4). Çalışmaya dahil edilen grubun SGK ve SGK' sı olmayan ailelerinde, yeşil kart uygulamasından yararlandığı ve araştırma grubunda sağlık güvencesi olmayan bir kişinin olduğu saptanmıştır.

Epilepsili çocukların deney grubu ve kontrol grubu sosyo- demografik verileri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

7.1.2. Epilepsili Çocukların Epilepsiye İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Epilepsili çocukların nöbet tipleri incelendiğinde; deney grubunun %81,1' i ve kontrol grubunun %83,8' inin nöbet tipi jeneralizedir (Tablo 5). Melekoğlu (2012), çalışmamızın aksine yeni tanı almış epilepsili çocukların %70,0' inin parsiyel tip nöbeti olduğunu saptamıştır. Haşlak (2016) çalışmasında, epilepsili çocukların %60,1' inin jeneralize nöbet tipine sahip olduğunu bildirmiştir. Haşlak (2016)' ın araştırma sonuçları çalışmamız sonuçları ile benzerdir.

Epilepsili çocukların nöbet sıklığı değerlendirildiğinde; deney grubunun %89,2' sinin ayda birden az yılda birden fazla ve kontrol grubunun %67,6' sının ayda birden az yılda birden fazla sıklıkta nöbet geçirdiği bulunmuştur (Tablo 5). Nöbet sıklığı açısından deney grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Güven (2013) çalışmasında, nöbet geçirme sıklığını %31,3 oranında yılda dört veya daha fazla olarak bulmuştur. Özmen (2012) ise 12-72 aylık epilepsili çocuklar ile yaptığı çalışmada, çocukların %66,7' sinin yılda 1-2 kez nöbet geçirdiğini saptamıştır. Avcı (2010) ise, çalışma grubu çocukların %40,3' ünün ve kontrol grubu çocukların %51,9' unun nöbet geçirme sıklığının belli bir düzende olmadığını bulmuştur. Çoşkun (2005) ise, nöbet geçirmeyen çocukların oranını %41,8 olarak bildirmiştir. Araştırmamızda epilepsili çocukların ayda birden az yılda birden fazla nöbet geçirme durumlarında, kullanılan ilaçların etkili olduğu, epilepsili çocukların çocukluk çağında olmalarından dolayı büyüme ile ilaç dozlarının zaman zaman yetersiz kaldığı düşünülmektedir.

Epilepsili çocukların nöbet süresi değerlendirildiğinde; deney grubunun %86,5' inin ve kontrol grubunun %51,4' ünün nöbetlerinin 5 dk' dan az sürdüğü bulunmuştur. Deney grubu ve kontrol grubu arasında nöbet süresi karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5). Nöbet süreleri bilgisi, çocuğun nöbet geçirdiği sırada genellikle yanında olan ebeveynlerden alınmış olup, ebeveynlerin algısına göre nöbet süresinin değişkenlik gösterdiği düşünülmektedir.

Epilepsili çocukların poliklinik kontrolüne götürülme sıklığı ve düzenli götürülme durumları incelendiğinde; deney grubunun %83,8' inin ve kontrol grubunun %81,1' inin poliklinik kontrol sıklığının üç ayda bir olduğu ve deney grubunun %97,3' ünün ve kontrol grubunun %97,3' ünün kontrollerine düzenli götürüldüğü bulunmuştur (Tablo 5). Zararsız (2009) çalışmasında, epilepsili çocukların %36,7' sinin altı ayda bir, %36,7' sinin üç ayda bir ve %26,7' sinin ayda bir ve %93,3' ünün de düzenli olarak kontrole götürüldüğünü bulmuştur. Güner (2015) çalışmasında, epilepsili çocukların kontrole götürülme durumunu değerlendirdiğinde; ebeveynlerin %81,9' unun çocuklarını istenilen sıklıkta kontrole götürdüğünü bildirmiştir. Araştırma grubunun çocuk olması nedeniyle ailelerin daha hassas ve ilgili olduğu düşünülmektedir. Kontrol sıklığı daha seyrek olan çocukların daha sık olanlara göre çalışmaya gönüllü olmada daha istekli olabileceği ve nedeni olarak nöbet kontrolünün daha iyi sağlanmış olabileceği düşünülmektedir.

Epilepsili çocukların hastalıklarını bilme durumları incelendiğinde; deney grubunun %64,9' unun ve kontrol grubunun %62,2' sinin hastalığını bildiği bulunmuştur (Tablo 5). Avcı (2010) çalışmasında, çalışma grubunun %65,4' ünün ve

kontrol grubunun %75,0' inin epilepsi hastalığını bilmediğini bulmuştur. Güner (2015) ise, çalışmaya katılan epilepsili çocukların %98,1' nin tanısını bildiğini saptamıştır. Araştırmamıza, kavramsal becerilerin gelişmiş olduğu okul çağı ve adölesan dönem çocukların dahil edilmesi ile hastalıklarının bilme düzeylerinin yüksek olması arasında önemli bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

Epilepsi hastalığının nasıl bir hastalık olduğu hakkında ebeveyn veya çocuklara bilgi verilme durumları incelendiğinde; deney grubunun %59,5' nin bilgi almadığı ve kontrol grubunun %56,8' ine ise hastalık hakkında bilgi verildiği bulunmuştur (Tablo 5). Avcı (2010) çalışmasında, çalışma grubunun %78,8' inin ve kontrol grubunu %71,2' sinin epilepsi ile ilgili bilgi almadığını saptamıştır. Araştırmamızda, bilgi verilme durumları açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunun bilgi alma düzeylerinin deney grubuna göre fazla olmasının nedeni, kontrol grubu çocukların epilepsi tanı yaşı ortalamalarının ($X:6,73\pm3,81$) deney grubu ($X:8,89\pm3,31$) çocuklarına göre daha küçük olması ile bilgi verilme düzeyleri arasında önemli bir ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Epilepsili çocukların ilaç kullanımları incelendiğinde; deney grubunun %78,4' ünün ve kontrol grubunun %78,4' ünün tek antiepileptik ilaç kullandığı bulunmuştur (Tablo 5). Avcı (2010) çalışmasında, deney grubunun %61,5' sinin ve kontrol grubunun %53,8' inin tek antiepileptik ilaç kullandığını bildirmiştir. Özmen (2012) ise çalışmasında, epilepsi grubunun %94,4' ünün tek antiepileptik ilaç tedavisi aldığını bildirmiştir. Çolak (2012) 8-11 yaş arası epilepsili çocuklarla yaptığı çalışmasında, %93,5' inin tek antiepileptik ilaç kullandığını bulmuştur. Bilgiç ve ark. (2006) yaptığı çalışmada, epilepsi grubunun %83,3' nün tek antiepileptik ilaç kullandığını saptamışlardır. Haşlak (2016) çalışmasında, epilepsili çocukların %54,3' ünün nöbet prognozunun ilaca yanıtı olduğunu bulmuştur. Araştırmamızda, epilepsili çocukların çoğunluğunun nöbet kontrolünü tek antiepileptik ilaç ile sağlanabildiği ve politerapi antiepileptik ilaç kullanımına gerek duyulmadığı düşünülmektedir.

Epilepsili çocukların epilepsi hastası olma süresine bakıldığında; deney grubunun %29,7' sinin ve kontrol grubunun %37,8' inin üç yıldan fazla epilepsi tanısı ile takipli olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Çoşkun (2005) çalışmasında,

epilepsili çocukların %35,4' ünün 4-6 yıldır epilepsi hastası olduğunu bildirmiştir. Avcı (2010) çalışmasında, deney grubunun %38,5' inin ve kontrol grubunun %46,2' sinin üç yıldan fazla epilepsi hastası olduğunu saptamıştır. Güven (2013) çalışmasında, nöbet geçiren çocukların %38,5' inin üç yıl ve daha fazla süredir epilepsi hastası olduğunu bulmuştur. Üstündağ (2015) 0-18 yaş arası epilepsili çocuklarla yaptığı çalışmada, %83,8' inin 1-4 yıl arası epilepsi hastası olduğunu bildirmiştir. Araştırmamızın sonuçları diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Daha uzun zamandır epilepsi hastası olan çocukların ve ailelerinin hastalığı kabullenme ve uyumun daha fazla olabileceği ve çalışmaya gönüllü olmada daha istekli olabileceği düşünülmektedir.

Epilepsili çocukların epilepsi tanısı alma yaşı incelendiğinde; deney grubunun yaş ortalamasının $8,89 \pm 3,31$, kontrol grubunun yaş ortalamasının $6,73 \pm 3,81$ olduğu bulunmuştur. Epilepsi tanı yaşı gruplar arası karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 5). Melekoğlu (2012) yaptığı çalışmada, epilepsi tanısını çoğunlukla 7-9 yaş arasında en çok 12 yaşında olduğunu bulmuştur. Çoşkun (2005) 0-18 yaş arası epilepsili çocuklarla yaptığı çalışmasında, epilepsi başlama yaşını %43,0 oranında 0-1 yaş olarak bulmuştur.

Epilepsili çocukların epilepsi tanısı almadan önce nöbet öyküsü incelendiğinde; deney grubunun %81,1' inin ve kontrol grubunun %75,7' sinin nöbet öyküsü olmadığı bulunmuştur (Tablo 5). Melekoğlu (2012) 6-17 yaş arası epilepsi tanısı almış çocuklarla yaptığı çalışmada, %84,0' ünün geçmişte febril konvülsiyon öyküsünün olmadığını, %98,0' inin yenidoğan nöbeti geçirmediğini bulmuştur. Araştırmamızda çocukların çoğunun ilk nöbetten sonra epilepsi tanısı aldığı ve bu nedenle tanı almadan önce nöbet öykü düzeyinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Epilepsili çocukların epilepsi nedeniyle hastanede yatma durumları incelendiğinde; deney grubunun %48,6' sının ve kontrol grubunun %51,4' ünün hastaneye yattığı bulunmuştur (Tablo 5). Özmen (2012) epilepsili 36 çocukla yaptığı araştırmasında, çocukların %83,3' ünün en az bir kez hastanede yattığını belirlemiştir. Güner (2015) çalışmasında, epilepsili çocukların %57,1' inin hastaneye yatmadığını bulmuştur. Çoşkun (2005) epilepsili çocuklarla yaptığı çalışmasında, çocukların %32,9' unun hastanede hiç yatmadığını saptamıştır. Zararsız (2009), epilepsi nedeniyle hastaneye yatan çocukların oranını %30,0 olarak saptamıştır.

Araştırmamızda, deney ve kontrol grubunun hastaneye yatma durumlarının yüksek olmasının, çocukta klinik bulgular devam ettiğinde veya epilepsi tanı testlerinin yapılması istendiğinde hastaneye yatışların yapılarak takiplerinin sürdürüldüğü sonucuna ulaşılmıştır.

Epilepsili çocukların epilepsi nedeniyle eğitimlerine ara verme durumları incelendiğinde; deney grubunun %70,3' ünün ve kontrol grubunun %83,8' inin eğitimine ara vermediği bulunmuştur (Tablo 5). Ebeveynlerden alınan bilgilerde, epilepsili çocukların hastaneye yatışlarının çoğunlukla eğitim-öğretim dönemine denk gelmemesi şeklinde olduğu düşünülmektedir.

Epilepsili çocukların öğretmenlerinin epilepsi hastası olduğunu bilme durumları incelendiğinde; deney grubunun %83,8' inin ve kontrol grubunun %78,4' ünün epilepsili çocukların öğretmenlerinin epilepsi hastası olduklarından haberdar olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Epilepsili çocukların arkadaşlarının epilepsi hastası olduğunu bilme durumları incelendiğinde; deney grubunun %67,6' sının ve kontrol grubunun %45,6' sının epilepsili çocukların arkadaşlarının epilepsi hastası olduklarından haberdar olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Epilepsili çocukların ebeveynlerinin epilepsi hakkında sahip oldukları bilgilere göre çocuklarının öğretmenlerine bilgi vermede daha rahat oldukları ancak epilepsi hastalığındaki damgalanma sorunu nedeniyle kendi çevreleri ve çocukların arkadaşlarına çocuklarının epilepsi hastası olduklarını söylemek istemedikleri ve bu nedenle çocukların öğretmenlerin bilme durumlarının çocukların arkadaşlarının bilme durumlarına oranla daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Epilepsili çocukların uyku ile ilgili sorun yaşama durumları incelendiğinde; deney grubunun %45,9' u ve kontrol grubunun %43,2' si uyku ile ilgili sorun yaşadığını ifade etmişlerdir. Epilepsili çocukların günlük uyku süreleri incelendiğinde; deney grubunun ortalama uyku süresi $8,83 \pm 1,09$ saat, kontrol grubunun ortalama uyku süresi $8,81 \pm 1,41$ saattir (Tablo 5). Topan (2013) okul çağı çocukları ile yapmış olduğu çalışmasında, ortalama uyku süresinin 8-10 saat arasında olduğunu bulmuştur. Liu ve ark. (2005), 6-10 yaş arası çocukların uyku süresi olarak $9,62 \pm 1,08$ saat, 11-12 yaş arası çocukların uyku süresi olarak $9,42 \pm 1,23$ saat bulmuşlardır. Literatür bilgileri, okul çağı çocukluk döneminde yeterli uyku süresinin günde ortalama 9-10 saat olduğunu bildirmektedir (Yang ve ark. 2005; Russo ve ark.

2007; Topan 2013). Araştırma sonuçlarımız diğer çalışmalar ile benzer ve literatür bilgilerini destekler niteliktedir. Veri toplama zamanının bir kısmının eğitim-öğretim dönemine denk gelmesi nedeniyle çocukların yatış ve kalkış saatlerinin daha düzenli olduğu düşünülmektedir.

7.2. EPİLEPSİLİ ÇOCUKLARIN BAZI VERİLERİNİN, SAĞLIKLA İLGİLİ GENEL YAŞAM KALİTESİ, PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ VE ÇOCUKLAR İÇİN KINDL EPİLEPSİ YAŞAM KALİTESİ MODÜLÜ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

7.2.1. Epilepsili Çocukların Bazı Verilerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Ön Test ve Son Test Arasındaki Farkların Tartışılması

Deney grubu ön test ve son test kendi okul başarısını değerlendirme puanları incelendiğinde; ön test ve son test kendi okul başarısını değerlendirme puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubu epilepsili çocukların ön test ve son test kendi okul başarısını değerlendirme puanları incelendiğinde; ön test ve son test kendi okul başarısını değerlendirme puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Deney grubu ön test ve son test kendi sağlığını değerlendirme puanları incelendiğinde; ön test ve son test kendi sağlığını değerlendirme puanları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Kontrol grubu çocukların ön test ve son test kendi sağlığını değerlendirme puanları incelendiğinde; ön test ve son test kendi sağlığını değerlendirme puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Avcı (2010), araştırmasına dahil ettiği çocukların okul başarısını değerlendirdiğinde, çalışma grubunun %36,5' inin orta başarı seviyesine, kontrol grubunun %42,3' ünün iyi başarı seviyesine sahip olduğunu bulmuştur. Güven (2013) ise yaptığı çalışmada, çocukların %50,0' sinin okul başarısını orta düzey olarak saptamıştır. Araştırmamız sonuçlarına göre, deney grubu kendi sağlığını değerlendirme eğitim sonrası puan ortalamasının eğitim öncesi puan ortalamasına göre arttığı ve ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu kendi

sağlığını değerlendirme eğitim sonrası puan ortalamasının, eğitim öncesi puan ortalamasına göre arttığı ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Verilen planlı eğitimin çocuğun hastalığa uyum ve hastalığı kabullenmede yararı olduğu belirlenerek, eğitim sonrası anket uygulamasında çocuğun kendi sağlığı için daha yüksek puan verdiği saptanmıştır.

7.2.2. Sağlıkla İlgili Genel Yaşam Kalitesi, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Ön test deney grubu ve kontrol grubu Sağlıkla İlgili Genel Yaşam Kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; Deney ve kontrol grubundaki çocukların, bedensel iyilik, duygusal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş, okul alt boyutları ve kronik alan boyutu için ön test puanları ve ölçek toplam ön test puan ortalaması karşılaştırıldığında, anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Araştırmaya dahil edilen deney ve kontrol grubu çocukların genel yaşam kalitesi düzeyi açısından homojen dağılım gösterdiği görülmektedir.

Ön test deney grubu ve kontrol grubu Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu ve kontrol grubu çocukların ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), öznel uyku kalitesi ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur (Tablo 8).

Araştırma verilerinin sonuçlarına göre, deney ve kontrol grubu epilepsili çocukların uyku kaliteleri ön test ölçek toplam puan ortalamalarına göre kötü düzeyde olduğu bulunmuştur. Yolal (2012) epilepsili çocuklar ve onların sağlıklı kardeşleri ile yaptığı çalışmada, epilepsili çocukların sağlıklı çocuklara göre uyku kalitesi düzeyinin anlamlı düzeyde düşük olduğunu bulmuştur. Wirrell ve ark. (2005) 4-18 yaş arası epilepsili ve onların sağlıklı kardeşleri ile yaptığı çalışmada, epilepsili çocukların sağlıklı kardeşlerine oranla daha fazla uyku bozukluklarının olduğu, Cortesi ve ark. (1999) yaptığı çalışmada, 6-14 yaş arası epilepsili

çocukların sağlıklı çocuklara kıyasla daha yüksek düzeyde uyku bozukluklarının olduğu ve Byars ve ark. (2008) ise sağlıklı kardeşlere göre epilepsili çocukların uyku kalitesinin daha kötü düzeyde olduğunu saptamışlardır. Yapılan çalışmalar yatma zamanı ile uykuya dalma zamanı arasında geçen sürenin epilepsili çocuklarda arttığını bildirmektedir (Maganti ve ark. 2005; Akyürekli 2008; Akgün 2010). Yapılan çalışmaların sonuçları araştırma sonuçlarımız ile benzerdir. Nöbetlerin uyku sırasında ortaya çıkması, biyoelektrik patolojilerin uyku sırasında belirgin hal alması, kullanılan antiepileptik ilaçların olumsuz etkisi ile uyku kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle epilepsili çocuklarda uyku kalitesinin düşük olması beklenen bir sonuçtur. Bunun dışında deney grubu ve kontrol grubu arasında ölçek toplam ve ölçeğin alt boyutlarından öznel uyku kalitesi puan ortalamaları açısından fark saptanmıştır. Bunun nedeni, kontrol grubu çocukların hastalık ile ilgili verilerinden epilepsi tanı yaşının deney grubu çocuklara göre daha küçük yaş ortalamasına (deney grubu $X=8,89\pm3,31$, kontrol grubu $X=6,73\pm3,81$) sahip olması ile kontrol grubu çocukların uyku düzenleri hakkında değerlendirmelerinin gerçeği yansıtmaması olarak düşünülmektedir.

Ön test deney grubu ve kontrol grubu Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu ve kontrol grubu çocukların ön test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ölçek toplam ve tedavi memnuniyet puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 9).

Deney grubu ön test ölçek toplam puan ortalamasının kontrol grubu ön test ölçek toplam puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ve deney grubu ön test tedavi memnuniyet puan ortalamasının kontrol grubu ön test tedavi memnuniyet puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ancak aralarındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir.

Deney ve kontrol grubunun eğitim öncesi anket uygulamasında ölçek puan ortalmalarının gruplar arası homojen dağılım gösterdiği görülmektedir.

Son test deney grubu ve kontrol grubu Sağlıkla İlgili Genel Yaşam Kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki çocukların bedensel iyilik, duygusal iyilik, aile, arkadaş, okul alt boyutları ve kronik alan boyutu için son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$),

özsaygı alt boyutu ve Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Araştırma sonuçlarımıza göre, deney grubunun ve kontrol grubunun son test puan ortalamaları açısından ölçeğin öz saygı alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında fark saptanmıştır. Deney grubu ölçek toplam ve öz saygı alt boyut son test puan ortalamaları yüksek, kontrol grubu ölçek toplam ve öz saygı alt boyut son test puan ortalamaları düşük olduğu için aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubu çocuklara epilepsi ile ilgili bilgileri içeren eğitimin verilmemesi nedeniyle kontrol grubu son test puan ortalamaları azalırken, deney grubu çocuklara epilepsi ile ilgili bilgileri içeren eğitimin verilmesi nedeniyle son test puan ortalamaları artmıştır.

Pediatric hemşiresi, hemşireliğin eğitim, danışmanlık ve rehberlik rollerini kullanarak epilepsili çocuklara ve ebeveynlerine yönelik yaptığı epilepsi hastalığı hakkındaki bilgileri içeren eğitimin epilepsili çocukların yaşadığı bilişsel, davranışsal ve psikososyal sorunlarla baş etmelerini sağlayabileceği ve epilepsili çocukların yaşam kalitesi düzeylerinin artırılabilirliği düşünülmektedir.

Son test deney grubu ve kontrol grubu Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu ve kontrol grubu çocukların son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 8).

Araştırma sonuçlarımıza göre, ölçeğin tüm alt boyutlarında deney grubu ve kontrol grubu puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır. Deney grubu ve kontrol grubu puan ortalamalarının gruplar arası homojen dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Son test deney grubu ve kontrol grubu Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu ve kontrol grubu çocukların son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), tedavi memnuniyet puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur (Tablo 9).

Deney grubu son test ölçek toplam puan ortalamasının kontrol grubu son test ölçek toplam puan ortalamasına göre daha fazla olduğu ve deney grubunun epilepsi için yaşam kalitesi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Deney grubu son test tedavi memnuniyet puan ortalamasının kontrol grubu son test tedavi memnuniyet puan ortalamasına göre daha fazla olduğu ve tedavi için memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Aralarındaki farkın anlamlı olması ise, kontrol grubunun eğitim almaması nedeniyle son test tedavi memnuniyet düzeyinde düşme ve deney grubunun eğitim alması ile son test tedavi memnuniyet düzeyinde artma olmasıyla açıklanmaktadır.

Pediatric hemşiresi, epilepsi tanısı almış çocuklara kronik hastalık ile yaşamayı kolaylaştırmak ve hastalığa uyumu sağlamak için epilepsili çocukları desteklenmelidir. Epilepsili çocukların hastalığa uyumunu sağlayan eğitim ve danışmanlıkların yapılmaması epilepsili çocukların yaşam kalitesi düzeylerinin düşmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Deney grubu ön test ve son test Sağlıkla İlgili Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki çocukların ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin duygusal iyilik, aile, arkadaş, okul alt boyut ve kronik alan boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği ve bedensel iyilik, özsaygı alt boyut son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 7). Bu durumda birinci kurulan H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Zararsız (2009) epilepsili çocuk ve ebeveynlerine yönelik hasta güvenliği ile ilgili yaptığı çalışmada, çocukların yaşam kalitesi düzeyinin arttığını ancak bu artışın anlamlı düzeyde olmadığını bildirmiştir. Çolak (2012) epilepsi grubu ve kontrol grubu ile yaptığı çalışmada, epilepsili çocukların yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde düşük olduğunu bulmuştur. Modi ve ark. (2010) yaptığı çalışmada, nöbet kontrolünün sağlanamaması, epilepsili çocukların günlük aktivitelerine katılmaması veya spor yapamaması gibi nedenlerle epilepsili çocukların yaşam kalitelerinin düşük olduğunu saptamıştır. Haneef ve ark. (2010) 2-18 yaş arası epilepsili çocuklarla yaptığı çalışmada, epilepsili çocukların yaşam kalitesini düşük

düzyeyde bulmuştur. Şahin (2011) çalışmasında, yeni tanı almış epilepsili çocuklara uyguladığı eğitim sonrasında epilepsili çocukların yaşam kalitelerinin arttığı ve anlamlı düzeyde olduğu sonucuna ulaşmıştır. Shore ve ark. (2009)' nın yaptığı çalışmada ise, epilepsili çocuklara ve ailelere epilepsi konusunda eğitim vererek eğitimden sonraki 1. ayda ve 6. ayda yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmiş ve yaşam kalitesi düzeylerinin arttığını belirlemiştir. Çalışmamızın sonuçları, yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Hasta eğitimi ile epilepsili çocuğun epilepsi hastalığı ile yaşamasını öğrenmesi amaçlanmaktadır. Epilepsili çocukların kendi hastalıkları hakkında bilgilerinin artması ve sorumluluk verilmesi çocuğun bağımsızlık kazanmasında ve tedaviye uyumun sağlanmasında önemlidir. Böylece çocuğun anksiyetesi azalmakta ve çocuğun yaşam kalitesinin artması sağlanmaktadır. Deney grubu epilepsili çocukların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu ve yapılan eğitim ile yaşam kalitesi düzeyinin arttığı görülmektedir. Yapılan eğitimin epilepsili çocukların yaşam kalitelerinde olumlu değişiklik yaparak çalışmada verilen planlı eğitimin epilepsili çocukların yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu sonucu ulaşılmıştır.

Deney grubu ön test ve son test Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki çocukların ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; öznel uyku kalitesi, uyku bozukluğu ve ölçek toplam son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre düşük olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($p < 0,05$), uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 8). Ölçek toplam ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ön test puan ortalamasının düştüğü görülmekte ve bu farkın anlamlı olması nedeniyle ikinci kurulan H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Maganti ve ark. (2006) 8-18 yaş arası epilepsili çocuklarla yapmış olduğu çalışmasında, epilepsili çocukların uyku kalitelerinin kötü olduğu sonucuna ulaşmıştır. Topan (2013) 10-14 yaş arası çocuklarla yaptığı çalışmasında, uyku düzeni puan ortalamasının düşük olduğunu ancak uygulanan uyku düzeni programı ile uyku düzeni toplam puan ortalamasının anlamlı düzeyde artmış olduğunu saptamıştır. Keskin ve ark. (2011) epilepsili hastalarla yaptığı çalışmada, Pittsburg

Uyku Kalitesi Ölçeği puan ortalamasını 5.14±3.15 (ort±SS) olarak bulmuştur. Araştırmamızın sonuçları ile literatürdeki çalışmaların sonuçları benzerdir.

Araştırma sonuçlarımıza göre, ölçeğin alt boyutlarından öznel uyku kalitesi ve uyku bozukluğu ile ilgili alt boyutlarında ön test ve son test puan ortalamaları arasında fark saptanmıştır. Yapılan eğitim, epilepsili çocukların uyku ile ilgili yaptıkları yanlışları tespit etmede ve bu yanlışların düzeltilmesinde önemlidir. Eğitim sonrasında deney grubu çocukların öznel uyku kalitelerini daha olumlu değerlendirdikleri ve uyku ile ilgili sorunlarında azalma olduğu görülmektedir. Ön test ölçek toplam puanı ortalaması sonucu deney grubu epilepsili çocukların uyku kalitelerinin kötü düzeyde olduğu bulunmuştur. Yapılan eğitim ile deney grubu epilepsili çocukların uyku kalitesi ölçek puanının düştüğü ve uyku kalitesinin arttığı görülmektedir. Yapılan eğitimin epilepsili çocukların uyku kalitelerinde olumlu sonuçlar yaparak çalışmada verilen planlı eğitimin epilepsili çocukların uyku kaliteleri üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Deney grubu ön test ve son test Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu ölçek toplam ve tedavi memnuniyet ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 9).

Deney grubu için son test ölçek toplam puan ortalamasının aynı kaldığı, yaşam kalitesi düzeyinin değişmediği ve son test tedavi memnuniyet puan ortalamasının arttığı ancak tedavi için memnuniyet düzeyinin değişmediği bulunmuştur.

Hirfanoğlu ve ark. (2009) epilepsili çocuk ve ebeveynleri ile yaptığı çalışmada, epilepsi ile ilgili bilgi yetersizliği nedeniyle çocukların ve ebeveynlerin yaşam kalitesi düzeylerini düşük bulmuştur. Güner (2015) 8-12 yaş arası epilepsili çocuklarla yaptığı çalışmada, epilepsi hastalığının çocuğun sosyal yaşamı başta olmak üzere çocuğun yaşam kalitesini önemli derecede negatif etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Durualp ve ark. (2010) kronik hastalığı olan ve olmayan 8-18 yaş arası çocuklarla yaptıkları çalışmalarında, kronik hastalığın çocuğun yaşam kalitesini önemli derecede düşürdüğünü bulmuşlardır. Balkan (2015) yeni tanı almış epilepsi olguları ile dirençli epilepsi tanısı ile izlenen olgularla yaptığı çalışmada, çocuklara ve ailelerine verilen eğitim ile epilepsi nedeniyle yaşanan stres, anksiyete ve korku problemlerini azaltarak çocukların ve ailelerin yaşam kalitesi düzeylerinin

arttığı sonucunu bildirmiştir. Araştırma sonuçlarımıza göre, epilepsi ve uyku kalitesine yönelik verilen eğitim sonrası deney grubu çocukların aldıkları tedavi için memnuniyet düzeylerinde ve yaşam kalitesi düzeylerinde bir değişiklik olmadığı görülmektedir.

Kontrol grubu ön test ve son test Sağlıkla İlgili Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubundaki çocukların ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin bedensel iyilik, özsaygı, aile, arkadaş alt boyut ve kronik alan boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Genel Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği ve duygusal iyilik, okul alt boyutu son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Kontrol grubu epilepsili çocukların epilepsi hakkında eğitim almaması nedeniyle bedensel iyilik, duygusal iyilik, okul ile ilgili alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının düştüğü ve bu farkın anlamlı düzeyde olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu ön test ve son test Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamaları incelendiğinde; Kontrol grubundaki çocukların ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu ve ölçek toplam puan ortalamaları açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 8).

Araştırma sonuçlarımıza göre, ölçeğin tüm alt boyutları ön test ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kontrol grubu çocukların uyku ile ilgili durumlarında olumlu ya da olumsuz düzeyde değişme görülmemiştir.

Kontrol grubu ön test ve son test Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubu, ölçek toplam ve tedavi memnuniyet son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre azaldığı ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 9).

Araştırma sonuçlarımıza göre, kontrol grubu çocukların son test tedavi memnuniyet puan ortalamalarının ve son test ölçek toplam puan ortalamalarının azaldığı ve tedavi için memnuniyet düzeyinin ve epilepsiye yönelik yaşam kalitesi düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

7.3. GENEL ÇOCUK YAŞAM KALİTESİ, ÇOCUKLAR İÇİN KINDL EPİLEPSİ YAŞAM KALİTESİ MODÜLÜ, PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Araştırma grubu ön test Genel Çocuk Yaşam Kalitesi, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ve PUKİ alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ölçek puan ortalaması ve ölçek tüm alt boyut ve kronik alan puan ortalamaları ile Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ölçeğinden alınan puanın artması yaşam kalitesi düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir. Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülünden alınan puanın yüksek olması yaşam kalitesi düzeyinin iyi, alınan puanın az olması yaşam kalitesinin kötü olduğu anlamını taşımaktadır. Bu durumda, Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ile Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü arasında pozitif yönde bir ilişkinin bulunması beklenmektedir.

Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ölçek puan ortalaması ile PUKİ ölçek toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). PUKİ ölçeğinden alınan puanın 5 ve üzeri olması “kötü uyku kalitesi” ni göstermektedir. Bu nedenle ölçekten alınan puanın artması uyku kalitesinin kötü olduğu, düşük puan alınmasının iyi uyku kalitesine sahip olduğu anlamı taşımaktadır. Bu durumda Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ile PUKİ arasında negatif yönde ilişki olması beklenmektedir.

Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalaması ile PUKİ ölçek toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). PUKİ ölçeğinden alınan puanın artması, Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülünden alınan puanın azalmasına neden olmaktadır. Sonuçta, uyku kalitesi düzeyinin kötüleşmesi ile yaşam kalitesi düzeyinin de düşmesi beklenmektedir. Bu durumda üçüncü kurulan H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Literatürde yapılan birçok çalışma araştırma sonuçlarımız ile benzerdir. Yaşar ve ark. (2014) epilepsili genç erkek hastalar ile yaptığı çalışmada, PUKİ ile araştırmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeği arasında ters yönde güçlü bir ilişki olduğunu bulmuştur. Monir ve ark. (2013) Mısır’ da yaptığı çalışmada, uyku bozukluğunun epilepsili çocukların yaşam kalitelerini düşürdüğünü bulmuşlardır. Cortesi ve ark. (1999) 6-14 yaş arası epilepsili çocuklarla yapılan çalışmada, epilepsili çocukların uyku ile ilgili sorun yaşadıklarını ve uyku kalitelerinin düşük olduğunu saptamıştır. Melekoğlu (2012) çalışmada, %42 oranında epilepsili çocukların uykuda nöbet geçirdiğini bildirmiştir. Weerd ve ark. (2004) tarafından Hollanda’ da erişkin epilepsili hastalarla yapılan çalışmada, uyku bozukluğu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş ve epilepsili hastalardaki uyku sorunlarının yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Literatür bilgileri, jeneralize tipte nöbete sahip olan çocukların daha sık uyku sorunu yaşadığını (Vaughn ve Ali 2012), antiepileptik ilaç kullanmanın (Walker ve Eriksson 2011) uyku sorunlarını arttırdığını, sık ve uykuda geçirilen nöbetlerin (Xu ve ark. 2006) uyku kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmektedir (Brazil 2003; Vaughn 2004; Beran ve ark. 2011; Yaşar ve ark. 2014). Çalışmamızda jeneralize tip nöbete sahip olunması, sık nöbet geçirme ve araştırma grubunun en az bir antiepileptik ilaç kullanması nedeniyle uyku kalitesi kötü ve bu nedenle yaşam kalitesi düzeylerinin kötü etkilendiği düşünülmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, planlı eğitimin epilepsili çocukların yaşam kalitesi ve uyku kalitesine etkisinin incelendiği çalışmamızın sonuçları ve önerileri yer almaktadır.

8.1. SONUÇ

1. Epilepsili çocukların tanıtıcı özelliklerinden epilepsi tanısı alma yaşı, nöbet süresi ve nöbet sıklığı verileri açısından deney grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
2. Deney grubu ve kontrol grubu Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ölçeği puan ortalamalarının ve yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur.
3. Deney grubu ve kontrol grubu Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalamalarının ve yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur.
4. Deney grubu ve kontrol grubu Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamalarının yüksek olduğu ve epilepsili çocukların kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur.
5. Deney grubu epilepsili çocukların kendi sağlığını değerlendirme puanları karşılaştırıldığında, eğitim sonrası puanlarının eğitim öncesi puanlarına göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
6. Deney grubu çocukların Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim sonrası puan ortalamalarının eğitim öncesi puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
7. Deney grubu çocukların Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

8. Deney grubu çocukların Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim sonrası puan ortalamalarının eğitim öncesi puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
9. Planlı eğitimin epilepsili çocukların yaşam kalitelerini arttırmada etkili olduğu görülmüştür.
10. Planlı eğitimin epilepsili çocukların uyku kalitelerini arttırmada etkili olduğu görülmüştür.
11. Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ile Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.
12. Genel Çocuk Yaşam Kalitesi ile Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.
13. Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü ile Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar ile araştırmanın tüm hipotezleri kabul edilmiştir.

8.2. ÖNERİLER

Bu bölümde, planlı eğitimin epilepsili çocukların yaşam kalitesi ve uyku kalitesine etkisinin incelendiği çalışmamızın önerileri yer almaktadır.

Bu çalışma sonucunda;

1. Epilepsili çocuklara bakım veren hemşireler, epilepsili çocukların yaşam kalitelerini arttırıcı şekilde çalışmalıdır.
2. Çocuk nörolojisi polikliniğinde hemşireler, epilepsi ile takipli çocuklara veya yeni tanı almış epilepsili çocuklara aile merkezli yaklaşım ile eğitim, danışmanlık ve rehberlik vermelidir.
3. Hemşireler, epilepsili çocuklara verdikleri bakımda epilepsili çocuklarda yaşam kalitesi ve uyku kalitesi konulu planlı eğitimi kullanmalıdır.

4. Epilepsili çocukların epilepsi ve uyku hakkında bilgi düzeylerinin artması için daha uzun eğitim programları oluşturulmalıdır.
5. Epilepsili çocuklar için epilepsi ve uyku hakkında oluşturulan eğitim programları düzenli yapılmalıdır.
6. Epilepsili çocuklar için epilepsi hakkında bilgi düzeyini arttırmak için materyaller (broşür, video vb.) hazırlanmalı ve çocuklar ve aileleri tarafından kolay ulaşılabilir olması sağlanmalıdır.
7. Epilepsi ve uyku kalitesi hakkındaki eğitimler tekrarlı ölçümlerle yinelenmelidir.



9. KAYNAKLAR

Abdulkadiroğlu Z, Bayramoğlu F, İlhan N. Uyku ve uyku bozuklukları. Genel Tıp Dergisi 1997;7 (Suppl 3):161-1666.

Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformilation. Journal Abnormal Psychology. 1978; 87: 49-74.

Akçalı A, Altındağ A, Geyik S, Cansel N. Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve çok boyutlu algılanan sosyal destek. Nöropsikiyatri Arşivi. 2009; 46: 91-97.

Akdeniz C, Aydemir Ö, Akdeniz F, Gülseren S, Kültür S. Sağlık düzeyi ölçeği'nin uyarlanması ve güvenilirliği. Klinik Psikofarmakoloji Bült 1999;9(Suppl 2):104-108.

Akgün AÖ. Epilepsi Hastalarında Polisomnografik Parametrelerde ve Sıklık Alternan Pattern Sıklığında Ortaya Çıkan Değişikliklerin Araştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2010, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Barış Baklan).

Akyürekli O. Epilepsi ve Uyku Bozukluğu Tanımlayan Olguların Video-EEG Polisomnografi İle Değerlendirilmeleri. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008, Manisa (Danışman: Doç.Dr. Hikmet Yılmaz).

Alp R, Altındağ E. Uyku ve Epilepsi. Epilepsia 2014; 20 (Suppl 1): 46-49.

Alpman A. Dirençli Epilepsi Olgularında Mdr1 Gen Polimorfizmlerinin Araştırılması. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2007, İzmir (Danışman: Prof.Dr. Ferda Özkınay).

Altunbaşak Ş. Epilepside Tanı. İçinde: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. Temel Pediatri. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara; 2010, s: 1254-1256.

Andelman F, Zuckerman-Feldhay E, Hoffien D, Fried I, Neufeld MY. Lateralization of deficit in self-awareness of memory in patients with intractable epilepsy. *Epilepsia* 2004;45 (Suupl 7): 826-33.

Appleton RE. Childhood epilepsies and brain development. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2000; 68 (Suppl 1): 100-126.

Arpacı B. Epilepsili hastanın ekonomik yönü. *Epilepsia* 1999; 5 (Suppl 2): 80-84.

Au A, Li P, Chan J, Lui C, Ng P, Kwok A, Leung P. Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy. *Epilepsy&Behavior* 2002;3:350-357.

Avcı Ö. Eğitimin Epilepsili Çocuk ve Annelerinin Hastalığı Yönetme, Kaygı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2010, Kayseri (Doç. Dr. Meral Bayat).

Aydın A, Ergor A, Ergor G, Dırık E. The prevalence of epilepsy amongst children in Izmir, Turkey. *Seizure*. 2002;1: 392–6.

Ayta S, Korkmaz B. Epileptik sendromlarda bilişsel işlev bozuklukları. *Epilepsia*. 2014; 20 (Suppl 1):37-45.

Baki O, Erdoğan A, Kantarcı O. Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy&Behavior*. 2004; 5: 958-964.

Balkan S, Yılmaz S, Özbaran B, Eremiş S, Gökben S, Tekgül H, Serdaroğlu G. Çocukluk çağı epilepsilerinde çocuk yaşam kalitesi: hastalık eğitiminin rolü. *The Journal of Pediatric Research*. 2015;2 (Suppl 3):144-51.

Bambal G, Çakıl D, Ekici F. Epilepsi oluşum mekanizmaları. Konuralp Tıp Dergisi. 2011; 3 (Suppl 3): 42-45

Baykan B, Gürses C, Gökyiğit A. Epilepsi. Nöroloji AE. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul; 2004, s:279-308.

Bazil CW, Castro LH, Walczak TS. Reduction of rapid eye movement sleep by diurnal and nocturnal seizures in temporal lobe epilepsy. Arch Neurology. 2000;57 (Suppl 3): 363-8.

Bazil CW. Epilepsy and sleep disturbance. Epilepsy&Behavior 2003;4:39-45.

Begley CE, Famulari M, Annegers JF, Lairson DR, Reynolds TF, Coan S, Dubinsky S, Newmark ME, Leibson C, So EL, Rocca WA. The cost of epilepsy in the united states: an estimate from population-based clinical and survey data. Epilepsia 2000; 41 (Suppl 3): 342- 351.

Bek S, Erdoğan E, Gökçil Z. Vagal sinir stimülasyonu ve hasta seçimi. Epilepsia 2002;18 (Suppl 1): 63-67.

Bek S, Kaşıkçı T, Koç G, Genç G, Gökçil Z, Odabaşı Z. Epilepsi tedavisinde klasik ve yeni antiepileptik ilaç seçimi. Türkiye Nöroloji Dergisi 2009;15:71-77.

Beran RG, Plunkett MJ, Holland GJ. Interface of epilepsy and sleep disorders. British Epilepsy Association 1999;8:97-102.

Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W, Engel J, French J, Glauser TA, Mathern GW, Moshe SL, Nordli D, Plouin P, Scheffer IE. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ilae commission on classification and Terminology 2005-2009. Epilepsia 2010; 51: 676-685.

Bilgiç A, Yılmaz S, Tıraş S. Bir grup epilepsili çocukta depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ve ilişkili faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17 (Suppl 3): 165-17.

Bingol N. Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Sivas (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Şerie Karagözoğlu).

Birol L. (2005) Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, 7. baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir; 2005, s: 9- 280.

Bishop M, Allen CA. The impact of epilepsy on quality of life: a qualitative analysis. *Epilepsy&Behavior* 2003;4: 226-233.

Blume WT, Lüders HO, Mizrahi E, Tassinari C, Van Emde Boas W, Engel J Jr. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: Report of the ILAE task force on classification and terminology. *Epilepsia* 2001; 42: 1212-1218.

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

Brent D. Overrepresentation of epileptics in a consecutive series of suicide attempts seen at children's hospital: 1978-1983. *Jam Acad Child Psychiatry*. 1986; 25: 242-246.

Buluş E. Epilepsi Hastalarında Refleks Nöbet Uyarıcı Taraması ve Refleks Nöbet Uyarıcı Varlığında, Kognitif Fonksiyonların İnteriktal EEG Üzerine Etkisinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Seher Naz Yeni).

Buturak V, Bakar B. İlaç tedavisine dirençli depresyonda bir alternatif tedavi yöntemi: vagal sinir uyarımı. *Journal of Mood Disorders* 2014;4 (Suppl 4): 167-74.

Byars AW, Byars KC, Johnson CS, De Grauw TJ, Fastenau PS, Perkins S, Austin JK, Dunn DW. The relationship between sleep problems and neuropsychological functioning in children with first recognized seizures. *Epilepsy&Behavior* 2008;13: 607-13.

Canpolat M. Kayseri Merkez İlçe 7-17 Yaş Okul Çocuklarında Epilepsi Prevalansının Araştırılması. Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Tıpta Yan Dal Uzmanlık Tezi, 2013, Kayseri (Danışman: Doç. Dr. Hüseyin PER).

Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Ott D, Sankar R, Shields WD. Psychopathology and pediatric complex partial seizures: seizure-related, cognitive, and linguistic variables. *Epilepsia* 2004;45 (Suppl 10): 1273-81.

Carskadon MA. Patterns of sleep and sleepiness in adolescents. *Pediatrician* 1990; 17: 5-12.

Clarke DF, Roberts W, Daraksan M, Dupuis A, McCabe J, Wood H, Snead OC, Weiss SK. The prevalence of autistic spectrum disorder in children surveyed in a tertiary care epilepsy clinic. *Epilepsia* 2005; 46: 1970-1977.

Cortesi F, Giannotti F, Ottaviano S. Sleep problems and daytime behavior in childhood idiopathic epilepsy. *Epilepsia* 1999;40 (Suppl 11):1557-1556.

Çalışır N, Bora Ş, Irgil E, Boz M. Prevalence of epilepsy in Bursa city center, an urban area of Turkey. *Epilepsia* 2006;47 (Suppl 10): 1691–1699.

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

Çelik S. İdiopatik Jeneralize Epilepsili Hastalarda Talamik Volumetri ve Mr Spektroskopik İncelemeler. TC. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Sevin Baybaş).

Çetinkaya F. Çocuk Nöroloji Polikliniğinde 2009-2012 Yılları Arasında Dirençli Epilepsi Tanısı Alan Hastaların Etiyolojik Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2015, Bursa (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Sait Okan).

Çolak M. Epilepsisi Olan Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar ve Psikiyatrik Bozuklukların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Ayla Soykan Aysev).

Çoşkun Y. Epilepsili Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Kalitesi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Kayseri (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Meral Bayat).

Davies S, Heyman I, Goodman R. A Population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Development Medicine Child Neurology*. 2003; 45: 292-295.

Demirci S, Demirci K, Yürekli VA. Epilepsi'de kişilik. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014;5 (Suppl 1): 32-35.

Demirci S, Dönmez CM, Gündoğar D, Baydar ÇL. Public awareness of attitudes toward and understanding of epilepsy in Isparta, Turkey. *Epilepsy&Behavior* 2007; 11: 427-33.

Devinsky O, Westbrook L, Cramer J, Glassman M, Perrine K, Camfield C. Risk factors for poor health-related quality of life in adolescents with epilepsy. *Epilepsia* 1999; 40: 1715-1720.

Dunn DW, Austin JK, Perkins SM. Prevalence of psychopathology in childhood epilepsy: categorical and dimensional measures. *Development Medicine Child Neurology* 2009; 51: 364-372.

Durualp E, Kara FN, Yılmaz V, Alaybeyoğlu K. kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2010;63 (2): 55-63.

Efe E, İşler A. Sinir Sistemi Hastalıkları. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Boluşık B. *Pediatric Hemşireliği*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2013, s:611-658.

Ekinci Ö, Titus JB, Rodopman AA, Berkem M, Trevathan E. Depression and anxiety in children and adolescents with epilepsy: prevalence, risk factors, and treatment. *Epilepsy&Behavior* 2009; 14: 8-18.

Ekinci Ö, Toros F. Epilepsi tanılı çocuk ve ergenlerde ruhsal bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013; 5 (Suppl 1): 60-77.

Erbey F. Kompleks Parsiyel Epilepsili Hastalarda Klinik ve Psikososyal Prognoz. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2005, Adana (Danışman: Prof. Dr. Vildan Baytok).

Erdoğan F, Soyuer F, Şenol V, Arman F. Epilepsi hastalarında yorgunluğun yaşan kalitesine etkisi. *Epilepsia* 2006;12 (Suppl 1):21-26.

Eriksson KJ, Koivikko MJ. Prevalence, classification and severity of epilepsy and epileptic syndromes in children. *Epilepsia* 1997; 38 (Suppl 12) :1275-1282.

Erten E. Edirne İli Merkez İlk Öğretim Okulu Çocuklarında Epilepsi Epidemiyolojik Özellikleri ve Prevalansı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2005, Edirne (Danışman: Prof. Dr.Mehtap Yazıcıoğlu).

Eser E, Yüksel H, Baydur H, Erhart M, Saatlı G, Özyurt BC, Özcan C, Sieberer UR. Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği (Kid-KINDL) türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. Türk Psikiyatri 2008; 19 (Suppl 4):409-417.

Fazlıoğlu K, Hocaoğlu Ç, Sönmez F M. Çocukluk çağı epilepsisinin aileye etkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2 (Suppl 2): 190-205.

Fenichel GM. Klinik Çocuk Nörolojisi Belirti ve Bulgular Yaklaşımı Çeviren: Baytok V, 5. baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Adana; 2010, s: 1-45.

Fiş NP, Arman A, Ay P, Topuzoğlu A, Güler AS, İmren SG, Ersu R, Berkem M. Çocuk uyku alışkanlıkları anketinin türkçe geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11: 151-160.

Goodwin M, Higgins S, Lanfear JH, Lewis S, Winterbottom J. The role of the clinical nurse specialist in epilepsy. Seizure 2004;13:87-94.

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

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

Güner F. Epilepsi Tanısı İle İzlenen 8 – 12 Yaş Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Besti Üstün).

Gürkaş E. Çocuklarda Epileptik Nöbetlerin Uyku-Uyanıklık Paterni ve Sirkadiyen Dağılımı. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Yan Dal Uzmanlık Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Ayşe Serdaroğlu).

Güven ŞT. Epilepsi Çocuklarda Nöbet Öz Yeterlilik Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Antalya (Danışman: Doç. Dr. Ayşegül İşler).

Haneef Z, Grant ML, Valencia I, Hobdell EF, Kothare SV, Legido A, Khurana D. Correlation between child and parental perceptions of health-related quality of life in epilepsy using the PedsQL.v4.0 measurement model *Epileptic Disord* 2011;12 (Suppl 4): 275-82.

Haşlak F. 2011-2014 Yılları Arasında Çocuk Nörolojisi Servisine Yatan Epilepsi Hastalarının Özellikleri. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2016, İstanbul (Danışmanı: Prof. Dr. Nur Aydınlı).

Hills MD. The psychological and social impact of epilepsy. *Neurology Asia* 2007;12 (Suppl 1):10-12.

Hirfanoğlu T, Serdaroğlu A, Cansu A, Soysal AS, Derle E, Gücüyener K. Do knowledge of, perception of, and attitudes toward epilepsy affect the quality of life of Turkish children with epilepsy and their parents? *Epilepsy&Behavior* 2009;14:71-7.

İşler A. Epileptik Çocuklarda Semiyolojik Nöbet Sınıflamasında Modüler Eğitim. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2006, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Zümrüt Başbakkal).

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

Jacoby A, Austin JK. Social stigma for adults and children with epilepsy. *Epilepsia* 2007;48 (Suppl 9): 6-9.

Jacoby A, Gorry J, Gamble C, Baker GA. Public knowledge, private grief: a pilot study of public attitudes to epilepsy in the United Kingdom and implications for stigma. *Epilepsia* 2004;45:1405-15.

Jacoby A, Graham-Jones S, Baker G, Ratoff L, Heyes J, Dewey M, Chadwick DA. A general practice records audit of the process of care for people with epilepsy. *British Journal General Practice* 1996;46:595-599.

Jacoby A. Stigma epilepsy and quality of life. *Epilepsy&Behavior* 2002;3:10-20.

Johnston MV. *Pediatric Çeviren: Akçay T. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara; 2008, s:1973-2009.*

Kale G. *Epilepsi Olgularında Uyku Devamlılığı ve Metabolizmanın Metabolik Holter Cihazı ile Değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 2011, Manisa (Danışman: Prof. Dr. Hikmet Yılmaz).*

Karaağaç N, Yeni SN, Şenocak M, Bozluoçay M, Karaali Savrun F, Özdemir H, Çağatay P. Prevalence of epilepsy in Silivri, a rural area of Turkey. *Epilepsia*. 1999; 40: 637-642.

Karadağ M. Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). *Türkiye Klinikleri Akciğer Arşivi* 2007; 8: 88-91.

Kavaklı A, Pek H, Bahçecik N. *Çocuk Hastalıkları Hemşireliği. 2. baskı, Çevik Matbaacılık, İstanbul; 1998; ss 282.*

Kemp S, Morley S, Anderson E. Coping with epilepsy: do illness representations play a role? *British Journal of Clinical Psychology* 1999; 38 (Suppl 1): 43-58.

Keskin G, Gümüş AB, Engin E. Epilepsi hastalarının aleksitimi, uyku kalitesi ve ruhsal belirtiler yönünden incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011;12:114-120.

Kossoff EH, Wang HS. Dietary therapies for epilepsy. *Biomed Journal* 2013;36: 2-8.
Kurul SH. Çocukluk dönemi epilepsilerinde takip ve tedavi planlaması. *Güncel Pediatri* 2007; 5: 88-92.

Kutlu A, Gökçe G, Büyükbürgaz Ü, Selekler M, Komşuoğlu S. Epilepsili hastalarda benlik saygısı sosyal fobi ve depresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013; 50: 320-324.

Kwan I, Ridsdale L, Robins D. An epilepsy carepackage: a nurse specialist's role. *Journal of Neuroscience Nursing* 2000;32:142-152.

Kwiterovich PO, Vining EP, Pyzik P, Skolasky R, Freeman JM. Effect of a high-fat ketogenic diet on plasma levels of lipids, lipoproteins, and apolipoproteins in children. *JAMA* 2003; 290: 912-20.

Kyngas H. Predictors of good compliance in adolescents with epilepsy. *Seizure* 2001; 10: 549-53.

Lach LM, Ronen GM, Rosenbaum PL, Cunningham C, Boyle MH, Bowman S, Streiner DL. Health-related quality of life in youth with epilepsy: theoretical model for clinicians and researchers: I. The role of epilepsy and co-morbidity. *Quality Life Research* 2006; 15: 1161-1171.

Liu X, Ma Y, Wang Y, Jiang Q, Rao X. An epidemiologic survey of the prevalence of sleep disorders among children 2 to 12 years old in Beijing, China. *Pediatrics* 2005; 115:266-8.

Lüders H, Acharya J, Baumgartner C, Benbadis S, Bleasel A, Burgess R, Dinner DS, Ebner A, Foldvary N, Geller E, Hamer H, Holthausen H, Kotagal P, Morris H, Meencke HJ, Noachtar S, Rosenow F, Sakamoto A, Steinhoff BJ, Tuxhorn I, Wyllie E. Semiological seizure classification. *Epilepsia* 1998; 39 (Suppl 9): 1006-1013.

Maganti R, Hausman N, Koehn M, Sandok E, Glurich I, Mukesh BN. Excessive daytime sleepiness and sleep complaints among children with epilepsy. *Epilepsy&Behavior* 2006;8 (Suppl 2): 72-77.

Maganti R, Sheth RD, Hermann BP, Weber S, Gidal BE, Fine J. Sleep architecture in children with idiopathic generalized epilepsy. *Epilepsia* 2005;46(1):104–9.

Mandelbaum D, Burack G. The effect of seizure type and medication on cognitive and behavioral functioning in children with idiopathic epilepsy. *Developmental Medicine Child Neurology* 1997; 39: 731-735.

Melekoğlu NA. Yeni Tanı Almış Epileptik Çocuklarda İnteriktal Eeg Ve Uyku Deprivasyonlu Kısa Süreli Video EEG Monitörizasyonunun Tanısal Değeri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 2012, Adana (Danışman: Prof.Dr. M. Özlem Hergüner).

Mısırlı H. Epilepsili hastalarda yaşam kalitesi. *Epilepsi* 2003; 9 (Suppl 1): 42-46.

Mitchell WG, Scheier LM, Baker SA. Psychosocial, behavioral and medical outcomes in children with eplipsy: a developmental risk factor model using longitudinal data. *Pediatrics* 1994; 94 (Suppl 4): 471-477.

Modi AC, Ingerski LM, Rausch JR, Glauser TA. Treatment factors affecting longitudinal quality of life in new onset pediatric epilepsy. *J Pediatr Psychol* 2011;36 (Suppl 4): 466-75.

Monir ZM, El-Alameey IR, Eltahlawy E. Health related quality of life of children with epilepsy in Egypt. *Journal of the Arab Society for Medical Research* 2013;8:53-66.

Murty JM, Yongala R, Srinivas M. The Syndromic classification of the international league against epilepsy: a hospital based study from South India. *Epilepsia* 1998; 39 (Suppl 1): 48-54.

Nalbantoğlu M, Özkara Ç, Yeni N, Demirbilek V, Yalçınkaya C, Delil Ş, Tanrıverdi T, Uzan M. Efficacy of vagus nerve stimulation in patients with drug resistant epilepsy. *Epilepsi* 2014;20 (Suppl 1): 23-28.

Neal EG, Chaffe H, Schwartz RH, Lawson MS, Edwards N, Fitzsimmons G, Whitney A, Cross JH. The ketogenic diet for the treatment of childhood epilepsy: a randomised controlled trial. *The Lancet Neurology* 2008;7 (Suupl 6): 500-506.

Ovsonkova A, Mahutova Z. The quality of life for children with epilepsy. *Osetrovatelsti A Porodni Asistence*. 2014;5 (Suupl 1): 9-14.

Özbey Ç. Çocuk Gelişiminde Yaşanan Sorunlar. İnkılap Kitapevi İstanbul; 2010, ss:10-14.

Özdemir Ö. Öğrenci Hemşirelerin Epilepsiye İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mahmure Aygün).

Özdoğan S, Düzkalır AH, Sabuncuoğlu H, Gökçil Z, Erdoğan E. Vagal sinir stimülasyonu. *Türk Nöroşirürji Derneği* 2014;24 (Suppl 2): 147-152.

Özmen S. Epilepsili Çocuklarda ve Ebeveynlerinde Psikopatoloji, Yaşam Kalitesi Taraması. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2012, Kayseri (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Didem Behice Öztöp).

Öztürk M. Hastanede yatan yetişkin hastaların uyku gereksinimlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2003, Adana (Danışman: Prof. Dr. Necdet Aytaç).

Pellock JM. Defining the problem: Psychiatric and behavioral comorbidity in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy&Behavior* 2004;5 (Suppl 3): 3-9.

Raguraman J, Wadoo O. Unravelling the psychological shadows of epilepsy. *JK-Practitioner* 2006; 13: 248-250.

Redhead K, Tasker P, Suchak K, Ahmed M, Copsey G, Roberts P, Daws J, Titmarsh M. Audit of the care of patients with epilepsy in general practice. *British Journal General Practice* 1996;46: 731-4.

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

Ridsdale L, Kwan I, and Morgan M. How can a nurse intervention help people with newly diagnosed epilepsy? A qualitative study of patients' views. *Seizure* 2002;12: 69-73.

Ridsdale L, Robins D, Fitzgerald A, Jeffery S, McGee L. Epilepsy monitoring and advice: general practitioners' views, current practice and patients' preferences. *British Journal General Practice* 1996;46: 11-14.

Rudolph CM, Rudolph AM, Lister GE, First LR, Gershon AA. Rudolph Pediatri Çeviren: Murat Yurdakök. 22. basım, Güneş Tıp Kitapevileri, 2013, s: 2198-2202.

Russo PM, Bruni O, Lucidi F, Feri R, Violani C. Sleep habits and circadian preference in italian children and adolescents. *J. Sleep Res.* 2007;16(Suppl 2):163-169.

Sakallı NU. Hastanemize Konvülziyonla Başvuran Olguların Risk Faktörleri ve Sosyodemografik Özellikleri Açısından Değerlendirildiği Vaka Kontrolü Çalışma. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Uz. Dr. Gönül Aydoğan).

Saygı M. Antiepileptik Tedavi (Valproik Asit) Alan Çocuklarda Kilo Alımı ve Meydana Gelen Endokrinolojik-Metabolik Değişikliklerin Prospektif İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ece Böber).

Schmitz B. Effects of antiepileptic drugs on mood and behavior. *Epilepsia* 2006;47 (Suppl 2): 28-33.

Seğmen H. İdyopatik Jeneralize Epilepsilerde Genetiğin Yeri ve SCN1A Geninde D188V Mutasyonu. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Uzmanlık Tezi, 2005, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Osman Tanık).

Seo JH, Lee YM, Lee JS, Kang HC, Kim HD. Efficacy and tolerability of the ketogenic diet according to lipid:nonlipid ratios-comparison of 3:1 with 4:1 diet. *Epilepsia* 2007;48: 801-5.

Serdari A, Tsalkidis A, Tripsianis G, et al. Epilepsy Impact on Aspects of School Life of Children From Different Cultural Populations in Thrace, Greece. *Epilepsy& Behavior*. 2009; 15: 344–350.

Serdaroğlu A (2010). Temel Pediatri Çeviren: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, s: 1246-1248.

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

Sherman EM, Slick DJ, Eyrl KL. Executive Dysfunction is a significant predictor of poor quality of life in children with epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47: 1936-1942.

Shore PC, Perkins MS, Austin JK. The seizures and epilepsy education (see) program for families of children with epilepsy: a preliminary study. *Epilepsy&Behavior*, 2008;12:157-164.

Snead K, Ackerson J, Bailey K, Schmitt MM, Madan-Swain A, Martin RC. Taking charge of epilepsy: the development of a structured psychoeducational group intervention for adolescents with epilepsy and their parents. *Epilepsy&Behavior* 2004;5: 547-556.

Stafstrom CE. Antiepileptik ilaçların etki mekanizmaları: sinerji araştırması. *Current Opinion in Neurology* 2010; 4 (Suppl 1): 9-17.

Stevanovic D, Jancic J, Lakic A. The impact of depresyon and anxiety disorder semptoms the health-related of life of children and adolescents with epilepsy. *Epilepsia* 2011; 52: 75-78.

Şahin S. Çocukluk Çağı Epilepsilerinde Çocuk Yaşam Kalitesi, Çocuk ve Ebeveyn Anksiyetesi: Hastalık Eğitiminin Rolü. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2011, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Gül Serdaroğlu).

Şenol V, Soyuer F, Akca RP, Argun M. Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2012;14:93-102.

Tatlı B, Ayşe Cebeci N, Ekici B. Çocukluk çağı epilepsilerinde diyet tedavisi. *Türkiye Pediatri Arşivi Dergisi*, 2013; 48: 275-280.

Tekeli H, Yaşar H, Kendirli MT, Şenol MG, Özdağ F, Saraçoğlu M. Genç türk erkeklerinde epilepsi prevalansı. *Epilepsi* 2012;18 (Suppl 1):1-6.

Temel F, Hancı P, Kasapoğlu T, Kış RM, Sarıkaya MS, Yılmaz MA, Özcebe H. Ankara'da bir meslek lisesi 10. ve 11. sınıf öğrencilerinin uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010; 53: 122-131.

Toklu Z. Epilepside tedavi stratejileri. Kocatepe Tıp Dergisi, 2015; 16: 147-150.

Topan A. İlköğretim İkinci Basamak Öğrencilerinin Uyku Düzeninin İyileştirilmesinde Modele Temellendirilmiş Hemşirelik Eğitiminin Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Duygu Gözen).

Topbaş M, Özgün Ş, Sönmez FM, Aksoy A, Çan G, Yavuzyılmaz A, Çan E. Epilepsy prevalence in the 0–17 age group in Trabzon, Turkey. Iran Journal Pediatr 2012; 22 (Suppl 3): 344-350.

Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Göktuğ Yayıncılık, Ankara; 2012, s: 677-685.

Türkbay T, Akın R, Söhmen T. Epilepsili çocuklarda bilişsel, davranışsal ve duygusal sorunların gözden geçirilmesi. Epilepsi 2000;6 (Suppl 1): 22-27.

Türkdoğan D. Çocuk Nörolojisi. Türkiye Çocuk Nöroloji Derneği Yayını, Ankara. Alp Ofset, 2004:373-385.

Usta E. Epilepsi Hastalarında Uyku Bozuklukları ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2013, Trabzon (Danışman: Prof. Dr. Sibel Velioğlu).

Ünsal B. Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylere Verilen Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku Kalitesine Etkisi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Kayseri (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Figen İnci).

Üstündağ S. Epilepsili Çocuğu Olan Ailelere Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Düzce (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Fatma Eker).

Vaughn BV, Ali I. Sleep and epilepsy opportunities for diagnosis and treatment. *Neurology Clinics* 2012; 30:1249-1274.

Vaughn BV. Sleep and epilepsy. *Seminars in Neurology* 2004;24:301-313.

Velioğlu SK. Çocuk ve ergenlerde nörolojik hastalıklara yaklaşım rehber kitabı 2015, Türk Nöroloji Derneği 2015; 18: 108-112.

Velioğlu SK. İlaça dirençli epilepsisi olan çocuklarda farmakolojik olmayan alternatif tedavi yaklaşımları: vagus sinir stimülasyonu ve ketojenik diyet. *Epilepsi* 2014; 20 (Suppl 1): 59-63.

Vining EP, Pyzik P, McGrogan J, Hladky H, Anand A, Kriegler S, Freeman JM. Growth of children on the ketogenic diet. *Development Medicine Child Neurology* 2002; 44: 796-802.

Walker MC, Eriksson SH. Epilepsy and Sleep Disorders. *European Neurological Review*, 2011;6(Suppl 1):60-63.

Weerd AD, Hass SD, Otte A, Kasteleijn D, Trenite N, Erp VE. Subjective sleep disturbance in patients with partial epilepsy; a questionnaire based study on prevalence and impact on quality of life. *Epilepsia* 2004;45(11):1397–1404.

Wiebe S, Eliasziw M, Matijevec S. Changes in quality of life in epilepsy: How large must they be to be real? *Epilepsia* 2001; 42 (Suppl 1): 113-118.

Wirrell E, Blackman M, Barlow K, Mah J, Hamiwka L. Sleep disturbances in children with epilepsy compared with their nearest-aged siblings. *Child Neurology* 2005;47:754–9.

Wirrell EC. Ketogenic ratio, calories, and fluids: do they matter? *Epilepsia* 2008; 49 (Suppl 8): 17-9.

Xu X, Brandeburg NA, McDermott AM, Bazil CW. Sleep disturbances reported by refractory partial-onset epilepsy patients receiving polytherapy. *Epilepsia* 2006;47 (Suppl 7): 1176-1183.

Yam WKL, Ronen GM, Cherk SWW, Rosenbaum P, Chan KY, Streiner DL, Cheng SW, Fung CW, Ho JC, Kwong KL, Ma LC, Ma DK, Tsui KW, Wong V, Wong TY. 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*. 2008; 12: 419-426.

Yang CK, Kim JK, Patel SR, Lee JH.. Age-Related changes in sleep/wake patterns among korean teenagers. *Pediatrics* 2005;115 (Suppl 1): 250-256.

Yaşar H, Alay S, Kendirli T. Genç erkek epilepsi hastalarında yaşam ve uyku kalitesi. *Epilepsi*. 2014; 20: 17-22.

Yavuz ENV, Baykan B. Epilepsi tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Klinik gelişim*. 2010: 39-42.

Yıldız FT. Uyku Hijyeni Eğitiminin Koroner Yoğun Bakım ve Sonrası Hastaların Uyku Kalitesine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Sivas (Danışman: Doç. Dr. Hatice Tel).

Yılmaz H, Songu SÖ. Epilepsi ve iş hukuku. *Epilepsi* 2007; 13 (Suppl 2-3): 60-65.

Yolal İŞ. Epilepsili Çocuklarda Uyku Bozuklukları. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2012, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Karal)

Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K, Yaman M. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: psikoeğitimsel bir model. Düşünen Adam. 2001;14 (Suppl 1): 33-40.

Zararsız M. Epilepside Güvenliğin Sağlanmasına İlişkin Çocuğa ve Ebeveynlere Verilen Eğitimin Etkililiğinin Değerlendirilmesi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hacer Çetin, Doç. Dr. Çetin Okuyaz).

10. EKLER

Ek 1:Anket Formları

ÇOCUK TANITIM FORMU

Çocuğun adı soyadı:

ANKET NO:

Protokol no:

Adres:

Telefon:

1.Yaş:

2. Cinsiyetiniz: a-Erkek b- Kız

3.Öğrenim durumu: a.İlkokul b. Ortaokul c.Lise d-Özel Eğitim Okulu

4.Kardeş sayısı (siz dahil):.....

5.Ailede yaşayan kişi sayısı:.....

6. Yerleşim yeri: a- Köy b- Kasaba c-Merkez

7. Aile tipi: a-Çekirdek aile b- Geniş aile c-Parçalanmış aile d-Diğer

8.Günlük yaşamınızda destek alıyor musunuz? a- Hayır b- Evet

9. Destek alıyorsanız kimden:

a- Anne-baba b-Kardeş c-Ücret karşılığı evde bakıcı
d- Özel eğitim kurumunda profesyonel bakıcı e- Diğer

10. Ailenin sosyo-ekonomik durumu:

a- Üst sosyo-ekonomik düzey b- Orta sosyo-ekonomik düzey
c- Alt sosyo-ekonomik düzey

11. Babanın eğitim durumu:

a-Okur-yazar değil b-Okur-yazar c- İlkokul
d-Ortaokul e-Lise f-Üniversite

12. Babanın mesleği:a- Memur b- İşçi c-Serbest Meslek d- Diğer.....

13. Annenin eğitim durumu:

a-Okur-yazar değil b-Okur-yazar c- İlkokul
d-Ortaokul e-Lise f-Üniversite

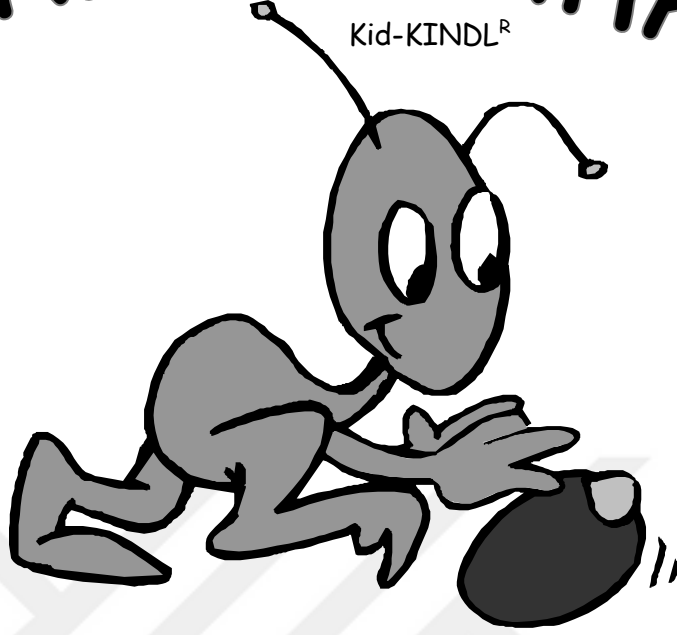
14. Annenin mesleği: a-Evhanımı b- Memur c- İşçi d- Serbest Meslek e- Diğer
15. Sağlık güvenceniz: a-Yok b-Var
16. Epilepsi başlangıç yaşı:.....
17. Epilepsi tanısını kaç ay/yıl önce aldınız:.....
18. Nöbet tipi: a-Jeneralize b-Sekonder jeneralize olan parsiyel epilepsi
c-Parsiyel epilepsi
19. Nöbet sıklığı:a- Aydan 1 den az yılda birden fazla b-Ayda 1 kez
c-Ayda 1 den fazla, haftada 1 den az d- Haftada 1 den fazla
e- Günde 1 kez f- Günde 1 den fazla
20. Nöbet süresi:(dakika-saniye)
21. En son ne zaman nöbet geçirdiniz?
22. Kontrollerinize düzenli olarak gidiyor musunuz? a- Hayır b- Evet
23. Poliklinik kontrol sıklığınız:.....
24. Epilepsinin nasıl bir hastalık olduğunu biliyor musunuz? a- Hayır b- Evet
25. Hastalığınız hakkında bilgi verildi mi? a- Hayır b- Evet
26. Evet ise kimden bilgi aldınız?a- Hemşire b- Doktor c-Anne/baba d-Diğer....
27. Hastalığınız nedeniyle kullanmanız gereken ilaçlarınız var mı?
a-Yok b-Var,..... isimleridir.
28. Hastanede yatmanız gerekti mi? a- Hayır b- Evet,.....kez yattım
29. Eğitiminize hastalığınız nedeniyle ara vermek zorunda kaldınız mı?
a- Hayır b- Evet,.....süre ara verdim
30. Öğretmenleriniz epilepsi hastası olduğunuzu biliyor mu? a- Hayır b- Evet
31. Arkadaşlarınız epilepsi hastası olduğunuzu biliyor mu? a- Hayır b- Evet
- 32.Uyku ile ilgili sorun yaşıyor musunuz? a- Hayır b- Evet
- 33.Günde kaç saat uyuyorsunuz:

SIRA NO: _____

Merhaba!

Çocukların Anketi.

Kid-KINDL[®]




Senden geçen hafta boyunca neler hissettiğini öğrenmek istiyoruz ve bu amaçla yanıtlamanı istediğimiz bir kaç soru hazırladık.

⇒ Lütfen her bir soruyu dikkatle oku.

⇒ Geçen hafta boyunca seninle ilgili olan şeyleri düşün.

⇒ Sana en uygun gelen yanıtı seç ve altındaki kutucuğa çarpı işareti koy.

Doğru veya yanlış yanıt yoktur. Sadece senin ne düşündüğün önemli.

Örneğin: 	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
Geçtiğimiz hafta boyunca canım dondurma yemek istedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doldurma tarihi: ___ / ___ / 2003 (gün / ay / yıl)

Lütfen bize biraz kendinden söz et.

Ben bir kızım oğlanım

Yaşım: _____

Kaç kardeşin var? 0 1 2 3 4 5 5 den fazla

Hangi okula gidiyorsun? _____

Kaçıncı sınıftasın? _____ sınıftayım.



1. Öncelikle bedensel sağlığınla ilgili bir şeyler öğrenmek istiyoruz...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimi hasta hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Baş ağrım veya karın ağrım oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Yorgun ve bitkindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Kendimi güçlü ve enerji dolu hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... ve genel olarak neler hissettiğin hakkında bir kaç şey...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Eğlendim ve çok güldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Canım sıkıldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Kendimi yalnız hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ...ve kendin hakkındaki duyguların...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimle gurur duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Kendimi her şeyin üstünde hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Kendimden hoşnutluk duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Birçok güzel düşüncem vardı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aşağıdaki sorular ailen ile ilgilidir ...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Annem babamla aram iyiydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Evde kendimi iyi hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Evde tartışık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Annem babam bazı şeyleri yapmamı engellediler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... ve arkadaşların hakkında...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Arkadaşlarımla oynadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Diğer çocuklar benden hoşlandılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Arkadaşlarımla iyi geçiniyordum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Kendimi diğer çocuklardan farklı veya önemsiz hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hepsinden sonra, okul hakkında bazı şeyler öğrenmek istiyoruz.

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Okul ödevimi yapmak kolaydı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Derslerden hoşlandım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Önümüzdeki haftaların gelmesini dört gözle bekledim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Zayıf notlar almaktan korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Şu anda hastanede mi kalıyorsun veya uzun süreli bir hastalığın var mı?

Evet ise,

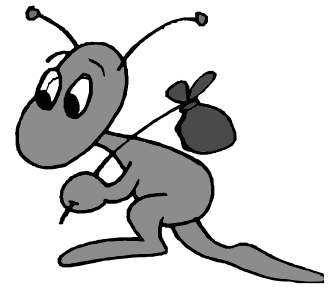
Hayır ise,

lütfen aşağıdaki 6 soruyu

anket bitmiştir. yanıtla

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. . Hastalığımın kötüleşmesinden korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hastalığım nedeniyle üzuldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hastalığımla çok iyi başa çıkabildim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Annem babam bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi davrandılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diğer insanların hastalığımı fark etmelerinden çekindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hastalığım nedeniyle okulda bazı şeyleri kaçırdım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bize yardım ettiğin için teşekkür ederiz !

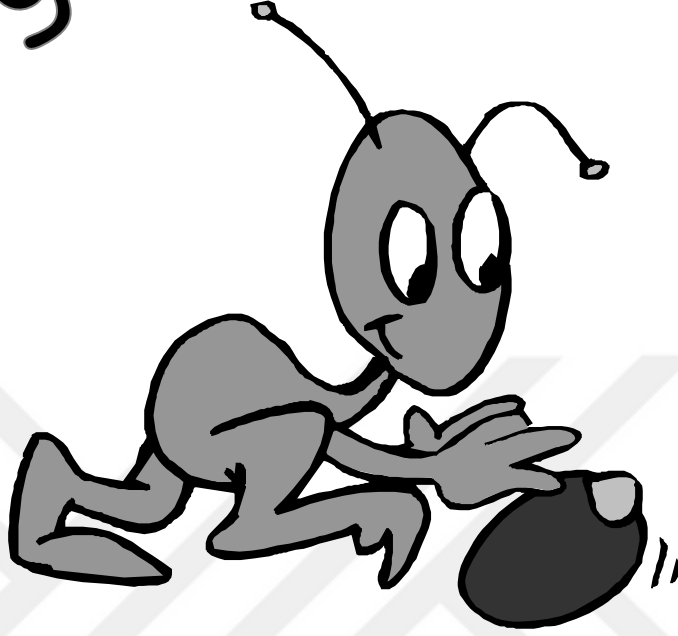


SIRA NO: _____

Merhaba!

Ergenlerin Anketi

Kiddo-KINDL^R



Sizden geçen hafta boyunca neler hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz ve bu amaçla yanıtlanmanızı istediğimiz bir kaç soru hazırladık.

⇒ Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyun.

⇒ Geçen hafta boyunca sizinle ilgili neler olduğunu düşünün.

⇒ Size en uygun gelen yanıtı seçin ve altındaki kutucuğa çarpı işareti koyun.

Doğru veya yanlış yanıt yoktur. Sadece sizin ne düşündüğünüz önemlidir.

Örneğin: 	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
Geçtiğimiz hafta boyunca canım dondurma yemek istedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doldurma tarihi: ___ / ___ / ___ (gün / ay / yıl)

Lütfen bize biraz kendinizden söz edin.

Ben bir kızım erkeğim

Yaşım: _____

Kaç kardeşiniz var? 0 1 2 3 4 5 5 den fazla

Hangi okula gidiyorsunuz? _____

Kaçıncı sınıftasınız? _____ sınıftayım.



1. Öncelikle sizden bedensel sağlığınızla ilgili bir şeyler öğrenmek istiyoruz...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ...Kendimi hasta hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Ağrım oldu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. .. Yorgun ve bitkindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. . Kendimi güçlü ve enerji dolu hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... ve genel olarak neler hissettiğiniz hakkında bir kaç şey...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. Eğlendim ve çok güldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Canım sıkıldı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kendimi yalnız hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Korktum veya kendime güvenimi kaybettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ...ve kendiniz hakkındaki duygularınız...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Kendimle gurur duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Kendimi her şeyin üstünde hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Kendimden hoşnutluk duydum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Birçok güzel düşüncem vardı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aşağıdaki sorular aileniz ile ilgilidir ...

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Annem babamla aram iyiydi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Evde kendimi iyi hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Evde tartıştık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Annem babam tarafından kısıtlandığımı hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... ve arkadaşlarınız hakkında

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. Arkadaşlarımla birlikte bir şeyler yaptık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Arkadaşlarımla arasında başarılıydım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arkadaşlarımla iyi geçiniyordum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. . Kendimi diğer arkadaşlarımdan farklı hissettim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hepsinden sonra, okul hakkında bazı şeyler öğrenmek istiyoruz.

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. Okul ödevimi yapmak kolaydı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Okulu ilgi çekici buldum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Okulda bundan sonra geçireceğim günler beni kaygılandırıyor (endişelendiriyor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zayıf not almaktan korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

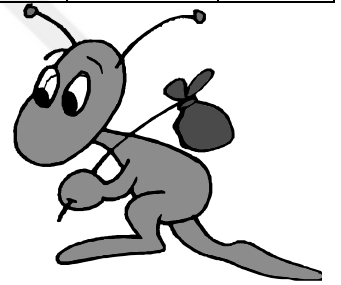
7. Şu anda hastanede mi kalıyorsunuz veya uzun süreli bir hastalığınız var mı?

Evet ise,

Hayır ise,

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. ... Hastalığımın kötüleşmesinden korktum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Hastalığım nedeniyle üzuldüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... Hastalığımla çok iyi başa çıkabildim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Annem babam bana hastalığım nedeniyle bir bebek gibi davrandılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... Diğer insanların hastalığımı fark etmelerinden çekindim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... Hastalığım nedeniyle okulda bazı şeyleri kaçırdım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

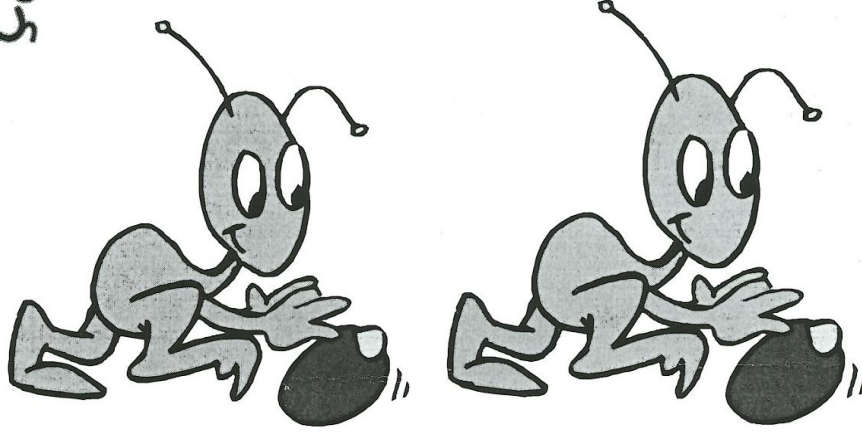
Bize yardım ettiğiniz için teşekkür ederiz !



SIRA NO: _____

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Modülü

KINDL Epilepsi anketi




Merhaba!

Senden geçen hafta boyunca neler hissettiğini öğrenmek istiyoruz ve bu amaçla yanıtlamanı istediğimiz bir kaç soru hazırladık.

- ⇒ Lütfen her bir soruyu dikkatle oku.
- ⇒ Geçen hafta boyunca seninle ilgili neler olduğunu düşün.
- ⇒ Sana en uygun gelen yanıtı seç ve altındaki kutucuğa çarpı işareti koy.

Doğru veya yanlış yanıt yoktur. Sadece senin ne düşündüğün önemlidir.

Örneğin: 	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
Geçtiğimiz hafta boyunca canım dondurma yemek istedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doldurma tarihi: ___ / ___ / ___ (gün / ay / yıl)



Lütfen bize biraz kendinden söz eder misin?

Ben bir kızım erkeğim

Yaşım: _____

Kaç kardeşin var?

0 1 2 3 4 5 5 den fazla

Hangi okula gidiyorsun? _____

Kaçıncı sınıftasın? _____ sınıftayım.

Şimdi Epilepsi hastalığının hakkında senden bazı şeyler öğrenmek istiyoruz..

Geçen haftadan bu yana

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. Epilepsi (Sara) olmama rağmen diğer çocuklar kadar sporda iyiyim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Epilepsi olmam yüzünden yüzmeme izin verilmemesi beni kızdırıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Epilepsi olmam yüzünden her yere sınıf arkadaşlarım ve arkadaşlarımdan daha az davet ediliyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Epilepsi olmam yüzünden diğer insanların beni yeteri kadar sevmediğini hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dış görünüşümü beğeniyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Diğer insanların yardımına çok gereksinim duyuyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Başkalarına bağımlı olmak beni rahatsız ediyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Epilepsi nöbeti geçirmekten korkuyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Epilepsi hastalığım yüzünden evde sıkıntılarım oluyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Epilepsi hastalığım yüzünden diğer çocuklar benimle alay ediyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Epilepsi hastalığım yüzünden rahatsızlık hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Epilepsi nöbeti sırasında diğer insanların beni görmelerinden korkuyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
13 Epilepsi hastalığım yüzünden bana, kızkardeşim veya erkek kardeşimden daha farklı davranılıyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Epilepsi hastalığım yüzünden utanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Epilepsi hastalığım yüzünden annem-babam bazı şeyleri bana yasaklıyorlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Epilepsi hastalığım yüzünden kendimden hoşnut değilim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Anne-babamın benden çok şey istediklerini hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Başka insanlarla birlikte bir şeyler yapacağımız zaman Epilepsi hastalığım yüzünden beni aralarına almıyorlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Epilepsi hastalığım yüzünden ileride (gelecekte) bir iş sahibi olamayacağımdan korkuyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Diğer çocukların benim hastalığımı korkutucu veya ürpertici bulmasından endişeleniyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Epilepsi hastalığım yüzünden sürekli bir erkek veya kız arkadaş bulamamaktan endişeleniyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Epilepsi hastalığı olmayan diğer çocukların yaptığı aynı şeyleri ben de yapabilirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Hastalığımla ilgili neler hissettiğimi annem babamdan saklıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Diğer insanların benim engelli olabileceğimi düşüncülerinden korkuyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Epilepsi hastalığım yüzünden okulda dikkatimi toplamakta zorlanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Epilepsi hastalığım yüzünden yeterince hızlı düşünemediğimi hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Epilepsi hastalığım yüzünden diğer çocuklardan daha fazla unutkanım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 İlaç tedavisi almak zorunda olmak beni sıktı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Sürekli ilaç almam yüzünden kendimi hasta hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 İlaçlarımı alamadım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Epilepsi hastalığı olan diğer çocuklarla daha fazla görüşmek isterdim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Son olarak sana tedavin ve doktorlar hakkında bazı sorular sormak istiyorum

Geçen hafta boyunca...	hiçbir zaman	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1 Tavsiye almak için daha deneyimli bir doktora başvurmak istedim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Doktorumun söylediği şeyleri yapmak zor geliyor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Doktorumun bana çok az ilgi gösterdiğini hissediyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Doktorlarla iyi anlaşabiliyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Hastalığım hakkında yeterince iyi bilgilendirildiğimi düşünüyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

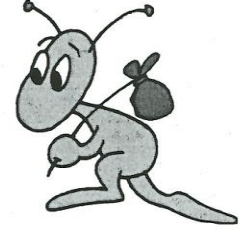
1- Şu anda sence sağlık durumun nasıl ? (Kart 1'i gösterin)

Çok Kötü (1)	Kötü (2)	Ne iyi ne de kötü (orta) (3)	İyi (4)	Çok iyi (5)
--------------	----------	------------------------------	---------	-------------

2- Okul başarını nasıl değerlendirirsin? (öğrenciler için)

Çok başarısızım (1) Pek başarılı değilim (2) Orta derecede başarılıyım (3) Başarılıyım (4) Çok başarılıyım (5)

Bize yardım ettiğin için teşekkür ederiz !



Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.

Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1 Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- 2 Geçen ay geceleri uykuya dalmazsınız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- 3 Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- 4 Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- 5 Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyanıyorsunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Tuvalete gittiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Aşırı derecede uşudunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Kötü rüyalar gördünüz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Ağrı duydunuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Diğer nedenler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Öksürdünüz veya görültülü bir şekilde horladınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 6 Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.
 Çok iyi Oldukça iyi Oldukça kötü Çok kötü
- 7 Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?
 Hiç 1'den az 1 - 2 kez 3'den Çok
- 8 Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
 Hiç 1'den az 1 - 2 kez 3'den Çok
- 9 Geçen ay bu durum işlerinizi yeterli kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?
 Hiç problem oluşturmadı Bir dereceye kadar problem oluşturdu
 Yalnızca çok az bir problem oluşturdu Çok büyük bir problem oluşturdu
- 10 Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?
 Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
 Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var Partner aynı yatakta
- 11 Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.

		Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'den Çok
a	Görültülü horlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Diğer huzursuzluklarınız:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek 2: Sunum İçeriği

Epilepsili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesi



İÇERİK

Epilepsi Nedir?
Epilepsinin Nedenleri
Belirtileri
Tanı Yöntemleri
Nöbet Tipleri
Epilepsi Tedavisi
Nöbet Sırasında Yapılması Gerekenler
Uyku Nedir
Uykunun Faydaları
Uyku ve Epilepsi
Uyku Kalitesi Eğitimi

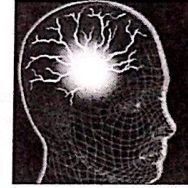
Epilepsi Nedir?



❖ Beyinden kaynaklanır.

Epilepsi Nedir?

❖ Sinir hücrelerinin normal işleyişini bozan ani ve aşırı bir elektriksel deşarjıdır.



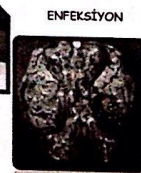
Epilepsi Nedir?

❖ Her çocukta nöbet veya epilepsi görülebilir.




Epilepsinin Nedenleri


❖ Beyin hücrelerine zarar veren HER ŞEY epilepsiye yol açabilir.





Epilepsinin Belirtileri


BİR NÖBET;

 → Boş Bakma


 → Kasılma

Kontrolsüz Hareketler → 

 → Alışılmadık Hisler

 → Bilinçte Değişiklik

Ani Düşmeler → 

 → Ani yaşanan korku, panik, öfke duygusu

Epilepsi Belirtileri

Nöbet çok uzun aralıklarla veya bir günde sayısız defa meydana gelebilir.

BİR GÜNDE




❖Epilepsisi olanların yarısından fazlasında nöbetler, ilaçlarla kontrol altına alınabilir.

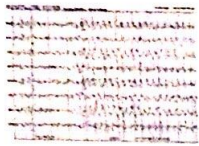


Tanı Yöntemleri


EEG

Beyindeki sinir hücreleri tarafından üretilen elektriksel faaliyetin kağıt üzerine yazdırılmasıdır.





❖ Sağlı deri üzerine küçük metal elektrotlar yerleştirilir.
❖ EEG aletlerine iletilir



❖ Ortalama 20 dk sürer.

EEG çekim sırasında

- Elektrik verilmesi söz konusu değildir
- Herhangi bir ağrı duyulmaz.



Kaliteli bir kayıt alabilmek için

- GÖZLER KAPALI,
- ÇENE VE BOYUN KASLARI GEVŞEK,
- VÜCUT HAREKETSİZ, olmalıdır.



Epilepsiyi Tetikleyen Faktörler

*Uykusuzluk ⇒ 

*Hastalıklar ⇒ 

Epilepsiyi Tetikleyen Faktörler

*İlaçların düzenli kullanılmaması



*Açlık

Dikkat Edilecekler!!!

Tek başına denize girmek 

İlaçları düzenli kullanmamak 

 **Dikkat Edilecekler!!!**

Kafein- kola tüketimi 

Uzun süre aç kalmak 

 **Dikkat Edilecekler!!!**

Uzun süre güneşte kalmak 

Televizyonu uzaktan ve iyi aydınlatılmış bir odada seyretmemek 

 **Dikkat Edilecekler!!!**

Uykusuzluk, yorgunluk 


Aşırı spor aktiviteleri 


Epilepside Tedavi

Amaç, çocuğa zarar vermeden nöbetsizliğin sağlanmasıdır.




Epilepside Tedavi

1- İLAÇLAR 

 2- AMELİYAT

Epilepside Tedavi

3- YAĞDAN ZENGİN YIYECEKLER



Epilepside öncelik nöbetleri tetikleyen nedenlerin belirlenmesidir.



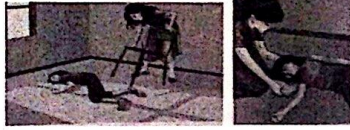
Nöbet Sırasında Yapılacaklar

Çocuğun yanında kalınmalı ve sakin olunmalıdır.



Nöbet Sırasında Yapılacaklar

- Çocuk yaralayabilecek sivri uçlu veya sert eşyalardan uzaklaştırılmalıdır, başının altına yumuşak malzeme koyulmalıdır.



Nöbet Sırasında Yapılacaklar

- Nöbetin başlangıç ve bitiş saati not edilmelidir.



Nöbet Sırasında Yapılacaklar

- Çocuğu yana çevirip, başını hafif yana çevrilmeli ve daha rahat nefes alıp vermesi için rahat pozisyona alınmalıdır.



Nöbet Sırasında Yapılacaklar

- Elbiseleri gevşetilmeli, varsa gözlükleri çıkartılmalıdır.



Nöbet Sırasında Yapılacaklar

Nöbet 10 dakikadan uzun sürerse ya da kısa bir süre sonra tekrarlırsa en yakın sağlık merkezine başvurulması gerekmektedir.

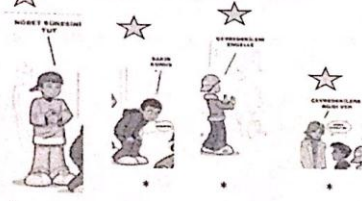


Nöbet Sırasında Yapılacaklar

- Epilepsi nöbeti sonrası çocuk yorgun olabildiğinden bu aşamada sakin bir şekilde durumun düzelmesinin beklenmesi ve güven verici olunması gerekmektedir.



Nöbet Sırasında Yapılacaklar



Nöbet Sırasında Yapılacaklar



Uyku Nedir?

Uyku ruh, zihin ve bedenin stres ve sorumluluklarından uzaklaştığı bir rahatlatmadır.



Uyku Nedir?

- Uyku yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkiler.



Uykunun Faydaları

- Dinlenmeyi sağlar.



Uykunun Faydaları

- Zihinsel ve duygusal olarak rahatlamayı sağlar.



Uykunun Faydaları

- Hastalıklara karşı direnç geliştirmeyi sağlar.
- Hücrelerin kendini yenilemesine imkan tanır.
- Hastalıkların iyileşmesini hızlandırır.



Uykunun Faydaları

- Uyku sırasında büyüme hormonu salgılanır.



Epilepsi ve Uyku

Epilepsi



Uyku Bozukluğu

Epilepsi sıklıkla epileptik nöbetler veya ilaçlar

- UYKUYA EĞİLİM
- YORGUNLUK

ile sonuçlanır.

Epilepside Uyku Bozuklukları

- Uykuya Dalmada Zorluk,
- Sık Uyanmalar,
- Kabus Görme,
- Gece Terörü,
- Uykuda Yürüme,
- Yorgun Uyanma,
- Uykulu Kalkma,
- Gün İçinde Aşırı Uykulu Olma.



Uyku Kalitesi Eğitimi

1)- Bilgi Vermek

2)- Sağlıklı Uyku Alışkanlığı Kazandırmak



Uyku Kalitesi Eğitimi



1. Her gün aynı saatte yatın.



2. Her gün yataktan aynı saatte kalkın.

HAFTASONLARI!!!

Uyku Kalitesi Eğitimi

3. Uyandıktan sonra yatakta zaman geçirmeyin.



Uyku Kalitesi Eğitimi

4. Kendinizi uyumaya zorlamayın.



Uyku Kalitesi Eğitimi

5. Yatakta YARIM SAATTEN daha fazla uyuyamadan yatarsanız,

Yataktan kalkın,

Sessiz bir şeyle uğraşın (ör: kitap okuma)

Elık dug, dinlendirici müzik dinleme gibi etkinlikler

Uykunuzun geldiğini hissettüğünüzde YATAĞA DÖNÜN

Uyku Kalitesi Eğitimi
6. Akşam saatlerinde ılık süt, ayran, ıhlamur, adaçayı, papatya çayı


ADAÇAYI

İHLAMUR

PAPATYA ÇAYI

ILIK SÜT


AYRAN



Uyku Kalitesi Eğitimi
7. Uyku saatine yakın yemek yemeyin.

2 SAAT ÖNCESİ

UYKU



Uyku Kalitesi Eğitimi

8. YATAK UYKU İÇİNDİR.

Uyku Kalitesi Eğitimi
9. Yatak odanız:


SESSİZ

KARANLIK



Uyku Kalitesi Eğitimi

10. Gündüz 1 Saatten Fazla Kesinlikle Uyumayın.



TEŞEKKÜR EDERİM...

UYKU NEDİR?

Uyku ruh, zihin ve bedenın stres ve sorumluluklarından uzaklaştığı bir rahatlama durumudur.

UYKUNUN FAYDALARI

- Dinlenmeyi sağlar.
- Zihinsel ve duygusal olarak rahatlamayı sağlar.
- Hastalıklara karşı direnç geliştirmeyi sağlar.
- Uyku sırasında büyüme hormonu salgılanır.



Epilepsi sıklıkla epileptik nöbetler veya kullanılan ilaçlar nedeniyle

- UYKUYA EĞİLİM
- YORGUNLUK ile sonuçlanır.

KALİTELİ UYKU İÇİN YAPILABİLECEKLER!!!

- Her gün aynı saatte yatın.
- Her gün yataktan aynı saatte kalkın.
- Uyandıktan sonra yatağa zaman geçirmeyin.
- Kendinizi uyumaya zorlamayın.
- Yatakta YARIM SAATTEN daha fazla uyuymadan yatarsanız yataktan kalkın.
- Akşam saatlerinde ilk süt, ayran, ihlamur, adaçayı, papatyaya çayı tüketin.
- Uyku saatine yakın yemek yemeyin.
- Yatak odanız sessiz ve karanlık olmalıdır.
- Gündüz 1 Saatten Fazla Kesinlikle Uyumayın.

YATAK UYKU İÇİNDİR



**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı
ARAŞ. GÖR. SELİN DEMİRBAĞ**

EPILEPSİLİ ÇOCUKLARDA YAŞAM VE UYKU KALİTESİ



EPILEPSİ NEDİR?

- ✓ Beyinden kaynaklanır.
- ✓ Sinir hücrelerinin normal işleyişini bozan ani ve aşırı bir elektriksel deşarjdır.
- ✓ Her çocukta nöbet veya epilepsi görülebilir.
- ✓ Beyin hücrelerine zarar veren **HER ŞEY** epilepsiye yol açabilir.

EPILEPSİNİN BELİRTİLERİ

- ✓ Boş Bakma,
- ✓ Kasılma,
- ✓ Kontrolsüz hareketler,
- ✓ Alışılmadık hisler,
- ✓ Bilinçte değişiklik,
- ✓ Ani düşmeler,
- ✓ Ani yaşanan korku, panik, öfke duygusu.

EPILEPSİ:

- Nöbet çok uzun aralıklarla veya bir günde sayısız defa meydana gelebilir
- Epilepsisi olanların yarısından fazlasında nöbetler, ilaçlarla kontrol altına alınabilir.

EEG

- ✓ Beyindeki sinir hücreleri tarafından üretilen elektriksel faaliyetin kağıt üzerine yazdırılmasıdır.
- ✓ Saçlı deri üzerine küçük metal elektrotlar yerleştirilir.
- ✓ Elektrik verilmesi söz konusu değildir
- ✓ Herhangi bir ağrı duyulmaz

Kaliteli bir kayıt alabilmek için

- GÖZLER KAPALI,
- ÇENE VE BOYUN KASLARI GEVŞEK,
- VÜCUT HAREKETSİZ, olmalıdır.



NÖBET SIRASINDA YAPILACAKLAR

Çocuğun yanında kalmalı ve sakin olunmalıdır.

Sivri veya sert eşyalar çocuktan uzaklaştırılmalı, boynunun altına yumuşak bir malzeme koyulmalıdır.

Nöbetin başlangıç ve bitiş saati not edilmelidir.

Başını çevirmeli ve rahat nefes alabileceği pozisyon verilmelidir.

Solunumda sorun olduğunda 112 aranmalıdır.

GÜVEN VERİCİ OLUNMALIDIR.

EPILEPSİDE DİKKAT EDİLECEKLER

- Tek başına denize girmek
- İlaçları düzenli kullanmamak
- Kafein- kola tüketmek
- Uzun süre aç kalmak
- Uzun süre güneşte kalmak
- Televizyonu uzaktan ve iyi aydınlatılmış bir odada seyretmemek
- Uykusuzluk, yorgunluk
- Aşırı spor aktiviteleri

YAPILMAMALIDIR!!!!



EPILEPSİDE TEDAVİ

- İLAÇLAR
- AMELİYAT
- YAĞDAN ZENGİN BESLENME

Ek 4: Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
08.03.2017	10	14

Karar 5- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Selin Demirbağ'ın Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Planlı Eğitimin Epilepsili Çocuğun Yaşam Kalitesi ve Uykü Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" olarak belirlenmesine OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

e-imzalıdır Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ Enstitü Müdürü		
e-imzalıdır Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER Müdür Yardımcısı	e-imzalıdır Doç. Dr. Özge YILMAZ Müdür Yardımcısı	e-imzalıdır Prof. Dr. Necip KUTLU Üye
e-imzalıdır Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Üye	e-imzalıdır Prof. Dr. Necip KUTLU Enstitü Sekreteri V. Raportör	

Aslı Gibidir
05/02 /2018

Aynur PALAMUTÇUOĞLU
Enstitü Sekreteri

Ek 5: Etik Kurul Onayı

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

KARAR TARİHİ / NO	10 / 05 / 2017 / 20.478.486 -						
ARAŞTIRMANIN ADI	Planlı eğitimin epileptik çocuğun yaşam kalitesi ve uyku kalitesine etkisinin incelenmesi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç.Dr. Dilek ERGİN - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Araş.Gör. Selin Demirbağ, Prof.Dr. Muzaffer Polat (2.Danışman)						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	10 / 04 / 2017 / Tarih ve 15921 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Onayan/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Tanımlanmış Kurumdan Üye	Ünvanı (Adı / Soyadı)		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Tanımlanmış Kurumdan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TUREĞI YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selin ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Bayhan Cengiz ÖZÜRT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEM Gerontoloji Hemşireliği AD		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>							
 Prof. Dr. Zeki ARI Başkan							

Ek 6: Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/06/2017-E.45341



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

Sayı : 28233352-302.08.01-
Konu : Selin Demirbağ Tez Çalışması izni.

SBE-ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Selin Demirbağ'ın "Planlı Eğitimin Epilepsili Çocuğun Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" konulu Tez Çalışması Uygulamasını Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniğinde yapabilmemesinin uygun olduğuna ilişkin İlgili yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

Ek: Selin Demirbağ Tez Çalışması Uygulaması_2 (2 sayfa)

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faksı: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.sekreterlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi için: Ayşe Ertik
Unvanı: Memur



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/05/2017-E.44577



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 61804347-302.08.01-
Konu : Selin Demirbağ Tez Çalışması
Uygulaması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SEKRETERLİĞİNE

İlgi : a) 24/05/2017 tarihli ve 28233352-302.08.01-E.42750 sayılı yazı.
b) 30/05/2017 tarihli ve 38784402-100-E.44229 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile Selin DEMİRBAĞ'ın "Planlı Eğitim Epilepsili Çocuğun Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasının Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniğinde yapabildiği hususunda uygunluk istenilmiştir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı ilgi (b) yazıları ile uygun görüş bildirdiğinden çalışmanın yapılması Başhekimliğimizce de uygun görülmüştür.
Gereği için bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Emin KURT
Başhekim

Ek: Selin Demirbağ Tez Çalışması Uygulaması (1 sayfa)

Adres: Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 4444228 Faks: (0 236) 2338040
E-Posta: bashekimlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: http://hastane.cbu.edu.tr

Bilgi için: Barış Yaral (Seval Özbacı
Vekaletiyle)
Unvanı: Ayniyat Saymanı



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/05/2017-E.44229



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 38784402-100-
Konu : Selin Demirbağ Tez Çalışması
Uygulaması

EVRAK KAYIT VE YAZI İŞLERİNE

İlgi : 25/05/2017 tarihli ve 61804347-100-E.43101 sayılı yazı.

Dilekçede bahsi geçen araştırmanın Çocuk Nöroloji polikliniğinde yapılması uygundur.Bilgilerinize arz ederim.

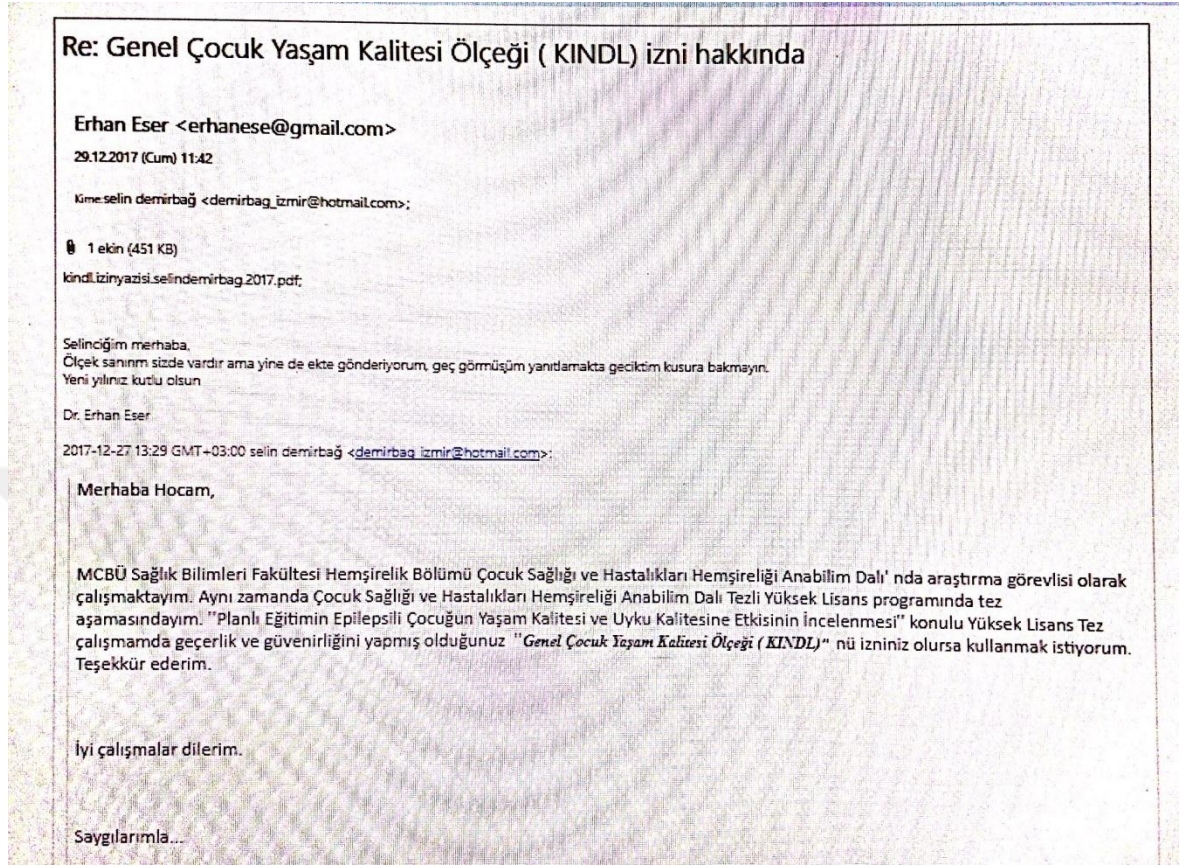
e-imzalıdır
Prof. Dr. Muzaffer POLAT
Anabilim Dalı Başkanı

Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2338586 Faks:(0 236) 2331466
E-Posta:tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://tip.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Gülbeste Eldem
Unvanı: Sekreter



Ek 7: Ölçek İzinleri



"Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü"

dilek ergin

02.01.2018 (Sal) 11:51

Kime:selin demirbağ <demirbag_izmir@hotmail.com>;

Merhaba Selin Hanım,

Planlı Eğitimin Epilepsili Çocuğun Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesine Etkisinin İncelenmesi" konulu Yüksek Lisans Tez çalışmanızda "Çocuklar İçin KINDL Epilepsi Yaşam Kalitesi Modülü" nü kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

--
Doç.Dr. Dilek ERGİN
Celal Bayar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi-Hemşirelik Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AbD Başkanı
Manisa TÜRKİYE

Tel : 0236 2391318-5819
Faks: 0236 2320058

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Selin	Soyadı	Demirbağ
Doğum Yeri	Konak	Doğum Tarihi	02.05.1991
Uyruğu	TC	Tel	05073094303
E-Mail	selin.demirbag@cbu.edu.tr		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	Ankara Üniversitesi	2013
Lise	Torbalı Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi	2013-2014
Arş. Gör.	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2014-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*						
İngilizce	Orta	Orta	Orta						
Yabancı Dil Sınav Notu*									
YDS	Yök Dil	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
67,7	77,5								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	88		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
SPSS, Office	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirilmiştir.

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: **Planlı Eğitimin Epilepsili Çocuğun Yaşam Kalitesi ve Uyku Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**

Tezime ilişkin 03/01/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 17' dir.

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

05.02.2018
Tarih ve İmza



Adı Soyadı : Selin Demirbağ
Öğrenci No : 151365013
Anabilim Dalı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Programı : Tezli Yüksek Lisans

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Doç. Dr. Dilek Ergin



Açıklamalar

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