

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN EPİLEPSİYE İLİŞKİN BİLGİ VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRMESİ**

Hemşire Özge ÖZDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ



İSTANBUL, 2012

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ÖĞRENCİ HEMŞİRELERİN EPİLEPSİYE İLİŞKİN BİLGİ
VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRMESİ**

Hemşire Özge ÖZDEMİR

Tez Danışmanı

Yard. Doç. Dr. Mahmure AYGÜN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2012

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Özge ÖZDEMİR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. ÖZET	1
2.SUMMARY	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	5
4.1. EPİLEPSİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ	5
4.2. EPİLEPSİNİN ETYOLOJİSİ	7
4.2.1. Genetik Faktörler	8
4.2.2. Konjenital anormallikler	8
4.2.3. Antenatal ve prenatal etkilenmeler	8
4.2.4.Uzayan ve tekrarlayan febril konvulsiyonlar	8
4.2.5. Travmalar	9
4.2.6.Enfeksiyonlar	9
4.2.7. Metabolik Sebepler	10
4.2.8. Vasküler Sebepler	10
4.2.9. Serebral Tümörler	10
4.2.10. Dejeneratif MSS hastalıkları	10
4.2.11.Toksik sebepler	10
4.2.12. Aşılama	10
4.3. EPİLEPSİNİN SINIFLANDIRILMASI	11
4.3.1. Epilepside Görülebilen Nöbet Tipleri	15
4.3.1.1. Parsiyel nöbetler	15
4.3.1.2. Jeneralize Nöbetler	17
4.4. EPİLEPSİDE TANI VE TEDAVİ	20

4.4.1. Tanı Yöntemleri	20
4.4.1.1. İnvaziv olmayan (non-ınvaziv) yöntemler	20
4.4.1.2. İnvaziv Yöntemler	22
4.4.2. Tedavi	23
4.4.2.1. İlaç Tedavisi	24
4.4.2.2. Cerrahi Tedavi	30
4.4.2.3. Uyarı ile Tedavi Yöntemleri	32
4.4.2.4. Farmakolojik Olmayan Yöntemler	33
4.5. EPİLEPSİNİN SOSYAL BOYUTU	34
4.5.1. Epilepsi ve Gebelik	35
4.5.2. Epilepsi ve Meslek Seçimi	36
4.5.3. Epilepsi ve Araç Kullanımı	37
4.5.4. Epilepsi ve Askerlik	38
4.5.5. Epilepsi ve Okul	38
4.5.6. Epilepsi ve Spor	39
4.5.7. Epilepsi ve Ceza Ehliyeti	41
4.5.8. Epilepsi ve Stigma	42
4.6. EPİLEPSİLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ	44
4.6.1. Yaşam Kalitesi Tanımı	44
4.6.2. Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler	45
4.6.3. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	46
4.7. EPİLEPSİ HEMŞİRELİĞİ	47
4.8. EPİLEPSİLİ HASTAYA YAKLAŞIM VE ACİL DURUMLARDA YAPILMASI GEREKENLER	48
4.8.1. Epilepsili Hastaya Yaklaşım	48
4.8.2. Epilepsi Nöbeti Sırasında Yapılması Gereken Uygulamalar	48
4.8.3. Epilepsi Nöbeti Sırasında Yapılmaması Gereken Uygulamalar	49
5. MATERYAL VE YÖNTEM	50
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	50
5.2. ARAŞTIRMADA YANITLARI ARANAN SORULAR	50
5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ	50

5.4. ARAŞTIRMA GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ	50
5.5. VERİLERİN TOPLANMASI	51
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	51
5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	56
6. BULGULAR	52
6.1. ÖĞRENCİLERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ	52
6.3. ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİYE İLİŞKİN TUTUMLARI	61
6.4. ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİ İLE İLİŞKİLİ TUTUMLARININ DEĞİŞKENLERLE KARŞILAŞTIRILMALARI.....	67
7. TARTIŞMA	77
7.1. ÖĞRENCİLERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI.....	78
7.2.ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI.....	78
7.3. ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİYE İLİŞKİN TUTUMLARININ TARTIŞILMASI	83
7.4.ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİ İLE İLİŞKİLİ TUTUMLARININ DEĞİŞKENLERLE KARŞILAŞTIRILMALARININ TARTIŞILMASI.....	88
8. SONUÇ	91
9. TEŞEKKÜR	96
10. KAYNAKLAR	97

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

MSS	:Merkezi Sinir Sistemi
SWS	:Sturge-Weber Sendromu
CP	:Cerebral Palsy
GABA-T	:Gama-Aminobutirik Asit- Transaminaz
ILAE	:International League Against Epilepsy
EEG	:Elektroensefalografi
JTKN	:Jeneralize Tonik Klonik Nöbet
SPSS	:Statistical Package for Social Sciences
PH	:Power of Hydrogen
AVM	:Arterio - Venöz Malformasyon
BT	:Bilgisayarlı Tomografi
MRI	:Magnetik Rezonans Görüntüleme
SPECT	:Single Photon Emission Computed Tomography
PET	:Positron Emission Tomography
AEİ	:Antiepileptik İlaç
VSS	:Vagus Sinir Stimulasyonu
İED	:İnteriktal Epileptiform Deşarjı
FDA	:Food and Drug Administration
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
DVLA	:Driver and Vehicle Licencing Agency
TSK	:Türk Silahlı Kuvvetleri
SYT	:Sağlık Yeteneği Yönetmeliği
TCK	:Türk Ceza Kanunu
AIDS	:Acquired Immune Deficiency Syndrome
HRQOL	:Health Related Quality of Life
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
WHO	:World Health Organization
EPSES	:Epilepsy Psycho-Social Effects Scale
QOLIE	:Quality of Life in Epilepsy
ESNA	:Epilepsy Specialist Nursing Association
EMG	:Elektromiyelografi

Araştırma Projesi Numarası: HEM/0602011

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4-1: Epilepside Etyolojik Faktörler.....	6-7
Tablo 4-2: Epileptik Nöbetlerin Klasifikasyonu (ILAE 1981).....	12-13
Tablo 4-3: Epilepsiler ve Epileptik Sendromların Uluslararası Sınıflaması (ILAE 1989).....	14-15
Tablo 4-4: Antiepileptiklerin etkili oldukları nöbet tipleri.....	27
Tablo 4-5: Eski Ve Yeni Antiepileptik İlaçlar.....	28
Tablo 4-6:Antiepileptik İlaçların Bazı Ciddi ve Diğer Yan Etkileri.....	29-30
Tablo 4-7: Epilepsi Cerrahisi İndikasyon ve Kontrendikasyonları.....	31-32
Tablo 4-8: Epilepsili Hastaların Yapmaması Gereken Sporlar.....	42
Tablo 6-1:ÖğrencilerinKişisel Bilgileri.....	55-56
Tablo 6-2: Öğrencilerin Epilepsi İle İlgili Bilgilerinin Kaynağı Ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Değerlendirmeler.....	57
Tablo 6-3: Öğrencilerin Epilepsi İle İlişkili Vücut Sistemi, Epilepsinin Görülme Sıklığı, Nedenleri Ve Tanı Yöntemleri Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı.....	58-59-60
Tablo 6-4: Öğrencilerin Epilepsili Bir kişi Ve Epileptik Nöbet İle Karşılaşma Durumları Ve Epileptik Nöbet İle İlgili Bilgilerinin Dağılımı.....	61-62
Tablo 6-5: Öğrencilerin Epilepsinin İlaç Tedavisi Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı.....	63-64
Tablo 6-6: Öğrencilerin Epilepsili Hastaların Duygu Ve Tutumlarına Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı.....	64-65
Tablo 6-7: Öğrencilerin Epilepsili Hastaların Özel Yaşamdaki Yeterliliklerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	66-67
Tablo 6-8: Öğrencilerin Epilepsili Bireylerin Toplumda Ayrımcılığa Maruz Kalma Durumları İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	67-68

Tablo 6-9: Öğrencilerin Epilepsili Bireylere Karşı Tutumlarının Dağılımı.....	69-70
Tablo 6-10: Sınıflara Göre Öğrencilerin “Sizce Epilepsinin Sebepleri Nelerdir?” Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması.....	70-71
Tablo 6-11: Sınıflara Göre “Sizce Epilepsinin Sebepleri Nelerdir?” Sorusuna Verilen Cevapların Grup İçi Değerlendirilmesi.....	72
Tablo 6-12: Sınıflara Göre Öğrencilerin “Epileptik Nöbet Sizce Nedir?” Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması.....	73
Tablo 6-13: Sınıflara Göre “Epileptik Nöbet Sizce Nedir?” Sorusuna Verilen Cevapların Grup İçi Değerlendirilmesi.....	74
Tablo 6-14: Sınıflara Göre Öğrencilerin “Epileptik Nöbet Geçiren Birini Görürseniz Ne Yaparsınız?” Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması.....	75
Tablo 6-15: Sınıflara Göre Öğrencilerin “Epileptik Nöbet Geçiren Birini Görürseniz Ne Yaparsınız?” Sorusuna Verilen Cevapların Grup İçi Değerlendirilmesi.....	76
Tablo 6-16: Öğrencilerin Epilepsili Birini Tanıma Durumları İle Epilepsili Bireylere Karşı Tutumlarına İlişkin Karşılaştırmalar.....	77
Tablo 6-17: Öğrencilerin Epilepsi Nöbetine Tanık Olma Durumları İle Epilepsili Bireye Karşı Tutumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	78
Tablo 6-18: Öğrencilerin Epilepsili Hastaların Sınırlılıkları İle Epilepsili Bireylere Karşı Tutumlarının Karşılaştırılması.....	80

1.ÖZET

Epilepsi ırk, cins, yaş, cinsiyet ve sınıf farkı gözetmeksizin her insanda ortaya çıkabilen, konvülfif nöbetlerin görüldüğü morbiditesi yüksek, tanı ve tedavi yöntemleri mevcut, çeşitli, kronik bir hastalıktır. Epileptik hastaların normal bir hayat sürdürmesi bazı noktalara dikkat edilerek çoğunlukla mümkündür. Ancak toplumdaki bilgi eksikliği bazen hastaların hayatını zorlaştırmakta ve verimsizleştirmektedir. Epilepsi hastalarında hastalıklarından utanma, nöbetlerini engelleyememe, kalabalıkta nöbet geçirme; arkadaşlarını, eşini, işini kaybetme korkusu, araç kullanımındaki engeller yaşamla ilgili sorunlarını oluşturur. Hemşireliğin önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır. Epileptik bireylerin olumsuz tutumlardan, önyargılardan etkilenmesini önlemek için önce hemşirelerin epilepsi hakkında yeterli, kapsamlı bilgiye sahip olması gerekmektedir.

Bu araştırma öğrenci hemşirelerin epilepsiye ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte planlanmış bir araştırmadır. Araştırma evrenini İstanbul'da bir hemşirelik yüksekokulunda öğrenimlerini sürdürmekte olan 1, 2, 3, 4. Sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olan anket araştırmacı tarafından hazırlanan, öğrencilerinin epilepsiye ilişkin bilgi ve tutumlarını değerlendiren 39 sorudan oluşmaktaydı. Verilerin istatistiksel analizi SPSS kullanılarak gerçekleştirildi.

Lisans öğrenimini sürdürmekte olan hemşirelik öğrencilerin epilepsi ve epilepsiye karşı müdahale bilgileri yeterli düzeyde olduğu görülmüştür. Sınıf ve yaş arttıkça öğrencilerin epilepsiye ilişkin bilgi düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur.

Epilepsili birini tanıyan öğrencilerin epilepsiye ilişkin tutumlarının pozitif uca daha yakın olduğu saptanmıştır. Epilepsi hastalarının yaşamında sınırlılık görüldüğünü ifade edenler, epilepsili hastaların kendilerini izole ettiklerini ve diğer bireylerle aynı işlerde çalışamayacaklarını bildirdikleri saptandı. Hemşirelik eğitimi veren okulların müfredat programlarının epilepsi konusunda zenginleştirilmesi, epilepsi hakkında hazırlanan eğitimlerin hastalığın tüm boyutlarıyla ele alınmasını sağlayacak içerik planı hazırlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Epilepsi, hemşire, öğrenci, bilgi, tutum.

1.SUMMARY

Epilepsy is a chronic sickness that could happen to anybody, regardless of race, sex, age and class, with convulsive seizures, and with a high ratio of death despite the available diagnosis and treatments.

Epilepsy patients can generally live a normal life if they take care of some important points. On the other hand, the society's lack of knowledge makes the patients' lives even more difficult and makes it inefficient. Epilepsy patients' biggest problems are their embarrassment of their condition, not being able to prevent their seizures, having a seizure in a crowded place, the fear of losing their jobs, their spouses, having problems driving their cars. Here comes the importance of nursing. To prevent epileptic people from having negative attitudes and prejudices, first the nurses have to have an extended knowledge about this condition. This research is a complementary, identifying research with the aim to inform student nurses evaluate their information and attitude.

The universe of the research consists of the 1-4th grade students in a nursery post graduate institute in Istanbul. The tool to gather information is a 39 article questionnaire by the researcher which evaluates the students' knowledge and attitude towards the epilepsy. The analysis of the input is done by SPSS statistical tool. The undergraduate nurses are observed to have sufficient knowledge about epilepsy to treat epilepsy patients. As the class and age rises, the knowledge is observed to raise with a statistically expected level.

Students who know an epilepsy patient show more positive attitudes than the average towards the condition. Some of them declared that there were certain boundaries in epilepsy patients' lives and that they isolate themselves and can not be working in same jobs with other normal people. It is recommended that the content of educational programmes in nurse schools should be enriched in terms of epilepsy content and the trainings about epilepsy should include the condition in all aspects.

Key words: Epilepsy, nurse, student, knowledge, attitude.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Epilepsi etiyolojisi, nöbet tipleri, ciddiyeti ve prognozu ile heterojen, çok eski çağlardan beri bilinen, ırk, cins, yaş, cinsiyet ve sınıf farkı gözetmeksizin her insanda ortaya çıkabilen, konvülsif nöbetlerin görüldüğü morbiditesi yüksek kronik bir hastalıktır(1, 2).

Epilepsinin insidansı toplumdan topluma değişmekle birlikte genellikle yılda 20-50/100.000 olarak bildirilmektedir. Aktif epilepsi prevalansı ise 4-10/1000 olarak verilmektedir. İnsidansı, yaşamın 1.yılında 100 000'de 150, yaşamın 9. yılından sonra 100 000'de 45-50'ye kadar ilerleyici bir şekilde düştüğü saptanmıştır. Epilepsinin görülme sıklığı Avrupa ve Kuzey Amerika'da 1000'de 3,6-6,5 iken Afrika ve Latin Amerika'daki çalışmalarda 1000'de 6,6-17,0 olarak belirlenmiştir. 0-16 yaş arası Türk çocuklarında yapılan bir çalışmada epilepsi prevalansı %0,8 olarak bulunmuştur.Epilepsi insidansının en yüksek olduğu iki dönem, yaşamın ilk yılı ve 60 yaş sonrasıdır. Epilepsi çocukluk ve ergenlik çağında en sık, erişkinlerde ise beyin damar hastalıklarının ardından ikinci, en sık rastlanan nörolojik hastalık olarak görülmektedir (3).

Epilepsi tanısı ve değerlendirilmesinde; hastanın perinatal öyküsü, kafa travması, merkezi sinir sistemi enfeksiyonu, ailede epilepsi vardiğer sık görülen hastalıkların defalarca ve ayrıntılı bir şekilde sorgulanması çok önemlidir. Epilepsi nöbeti beynin hemen her hastalığının sonucu olabileceği gibi sistemik birçokhastalıkta da görülebilir. Epilepsinin tanı yöntemleri; elektroensefalografi (EEG), manyetik rezonans (MR), bilgisayarlı tomografi (BT), Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT), Positron Emission Tomography (PET) ve invaziv yöntemlerdir (3, 4).

Epilepsi tedavisinin ilk basamağı, tanının doğru konması ve ilaçla tedaviye gerek olup olmadığının belirlenmesidir. İkinci basamakta ise nöbetleri tetikleyen nedenlerin araştırılması, varsa bu nedenlerin ortadan kaldırılması vardır. Nöbetler sadece bu nedenlerin varlığında ortaya çıkıyorsa (refleks epilepsiler gibi) ilaç tedavisine gerek kalmadan, kışkırtan nedenlerden sakınılması yeterli olabilir (1).

Günümüzde epilepsi tedavisinde nöbetleri kontrol altına almada en etkili yöntem ilaç tedavisidir. Epileptik olguların yaklaşık 2/3'ü ilaç tedavisinden yararlanır. Kalan olguların

bir kısmında nöbet kontrolü cerrahi olarak sağlanırken, diğerleri öbür seçeneklere (ketojenik diyet, vagal sinir stimülasyonu vb.) aday olur.

Epileptik hastanın normal bir hayat sürdürmesi bazı basit noktalara dikkat edilerek çoğu zaman mümkündür. Ancak toplumdaki genel eğitimsizlik bazen bu hastaların hayatını gereksiz şekilde zorlaştırmakta ve verimsizleştirmektedir. Tüm adımlar, hastanın mümkün olduğunca normal bir hayat sürmesi, yani eğitim, evlenme, meslek sahibi olma ve boş zamanlarını değerlendirme gibi çeşitli sosyal olayları normal bir şekilde sürdürmesi amacıyla atılmalıdır (3).

Tutum kavramı genel olarak bireyin çevresindeki herhangi bir olgu veya nesneye ilişkin sahip olduğu tepki eğilimini ifade eder. Başka bir deyişle tutum, bireyin bir durum, olay ya da olgu karşısında ortaya koyması beklenen olası davranış biçimi olarak tanımlanabilir. Bir eşya, bir tasarım, bir durum, bir olay ya da bir birey veya bireyler grubu tutumun konusu olabileceği gibi, herhangi soyut bir kavram, olgu ya da durum da mutluluk, mutsuzluk, iyi, kötü, yüce, tanrı vb. tutuma konu edilebilir (5).

Epilepside hastalığa ve hastalara yönelik tutumların, yanlış inanışların ve önyargıların değişmesi toplumun eğitilmesiyle mümkündür. Toplumdaki anahtar kişilerin doğru bilgilendirilmesi hastaların damgalanmasını ve buna bağlı ayrımcılığı hafifletmede etkili yöntem olarak görünmektedir (6).

Hemşireliğin önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır. Hemşirenin işlevleri kaynağını doğrudan doğruya hemşireliğin toplumdaki misyonundan almaktadır. Toplumda hemşirenin görevi bireylere, ailelere ve gruplara, yaşadıkları, çalıştıkları ortamın çetin koşulları içerisinde fiziksel, ruhsal ve sosyal potansiyellerini belirlemeleri ve bu potansiyeli değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmaktır. Bunun için hemşireler sağlığın geliştirilmesi ve korunmasının yanı sıra, hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmeli ve uygulamalıdır. Aynı zamanda hastalığın rehabilitasyonu sırasında bakımın planlanması ve yerine ulaştırılmasını da kapsayan hemşirelik, yaşamın sağlık, hastalık, özrürlük ve ölüm olaylarını etkileyen fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleriyle de ilgilidir (7).

Yurtdışında epilepsi hemşirelerinin etkinliği ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda epilepsi hemşirelerinin çalışmaları ile hastaların hastalıkları hakkında bilgi düzeyleri artmış, psikososyal fonksiyonlarında iyileşme görülmüş, depresyon ve anksiyete

düzeylerinde azalmanın olduğu saptanmıştır (8). Bu araştırma hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin epilepsiye ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. EPİLEPSİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ

Epilepsi, çok eski çağlardan beri bilinen, ırk, cins, yaş, cinsiyet ve sınıf farkı gözetmeksizin her insanda ortaya çıkabilen, konvülfif nöbetlerin görüldüğü morbiditesi yüksek kronik bir hastalıktır(1). Nörolojik hastalıklar içinde migrenden sonra en sık rastlanan tablolar epilepsidir. Epilepsi etiyolojisi, nöbet tipleri, ciddiyeti ve prognozu ile heterojen bir durumdur (2).

Pek az hastalığın tarihçesi epilepsi kadar eski dönemlere giden bir özelliğe sahiptir. Epilepsi ile ilgili bilinen en eski kayıtlar Mezopotamya uygarlığına aittir. Çin geleneksel tıbbında epilepsiye ilişkin ilk bilgiler M.Ö. 770- M.Ö. 221 yılları arasında bir grup hekim tarafından yazılmış iki ciltlik tıbbi dökümanda bulunmaktadır. Antik Yunandan günümüze kadar ulaşan epilepsi ile ilgili en önemli yapıt Hippocrates'in (M.Ö. 460-375) Kutsal Hastalık adıyla epilepsiye konu alan kitabıdır. Avrupa ülkelerinde bütün Ortaçağ süresince, tıba genel olarak kilisenin resmi görüşlerinin ve skolastik düşüncenin egemen olması sonucu bu döneme ait epilepsi ile ilgili dikkati çeken, orijinal tıbbi bir eser bulunmamaktadır. Bu dönemin en dikkati çeken hekimleri Ebu Bakir er Razi ile İbn-i Sina'dır. 16. Ve 17. Yüzyıl Osmanlı hekimliğinde epilepsiye yaklaşım genel çizgileriyle önceki yüzyılların devamı gibidir. Rönesans ve aydınlanma dönemi batıda, genel olarak tıbbın diğer alanlarında olduğu gibi, sinirbilim ve epilepsi konularında da hurafelerden ve mistik yorumlardan simya ile başlayan ve giderek akılcı ve maddeci çözümlere doğru dereceli bir gidişin özelliklerini taşır (1).

Ülkemizde tıbbın batıya yönelişi ile başlayan modern dönem 1827 yılında Mustafa Behçet'in hekimbaşılığı sırasında kurulan Tıpkane-i Amire ile başlar. Cumhuriyet kurulduktan sonraki ilk yıllarda dönemin ünlü akıl ve sinir hastalıkları uzmanlarından olan Fahrettin Kerim ve özellikle Mazhar Osman bu konuyu daha çok psikiyatrik açıdan

değerlendirmişlerdir. Altmışlı yılların sonlarından itibaren, başta İstanbul, Ankara, İzmir'deki üniversitelerin nöroloji kliniklerinden olmak üzere, epilepsi ile ilgilenen birim ve poliklinikler ve araştırma laboratuvarları kurulmaya başlanmış, bunları yakın yıllarda büyük kentlerimizdeki diğer kamu sağlık kuruluşlarında epilepsi polikliniklerinin açılması izlemiştir (1).

Dünya Sağlık Örgütü; epilepsiyi, beyinde aşırı uyarılabilir hale gelmiş bir nörontopluluğunun, yineleyici bir yapıda, anormal deşarjlarına bağlı olarak ani ve geçici, motor,duyusal, otonomik veya psişik bir olayı ile sonuçlanan beyin bir bölümünün ya datamamının fonksiyon bozukluğu olarak tanımlamıştır (9,10,11).

Epilepsi, merkezi sinir sisteminin nöronlarının paroksizmal (tekrarlayan), reversibl (geçici), anormal elektriksel deşarjlarıdır.Nöbetin klinik tipive belirtileri bu anormal deşarjın kaynağına ve ilgilendirdiği beyin bölümlerine bağlıdır. Bazı nöbetler sadece elektrikseldir ve sadece elektroensefalografi kayıtları ile gözlenebilir, fark edilen veya gözlenen bir klinik görüntüsü yoktur. Bazen de, klinik olarak nöbetler gözlenirken, nöbete neden olan deşarjlar derin beyin yapılarından kaynaklandığı için yüzeysel EEG kayıtlarında nöbet aktivitesi görülmeyebilir(1).

Epilepsinin insidansi toplumdaki topluma değışmekle birlikte genellikle yılda 20-50/100.000 olarak bildirilmektedir. Aktif epilepsi prevalansı ise 4-10/1000 olarak verilmektedir. İnsidansı, yaşamın 1.yılında 100 000'de 150, yaşamın 9. yılından sonra 100 000'de 45-50'ye kadar ilerleyici bir şekilde düştüğü saptanmıştır. Epilepsinin görülme sıklığı Avrupa ve Kuzey Amerika'da 1000'de 3,6-6,5 iken Afrika ve Latin Amerika'daki çalışmalarda 1000'de 6,6-17,0 olarak belirlenmiştir. 0-16 yaş arası Türk çocuklarında yapılan bir çalışmada epilepsi prevalansı %0,8 olarak bulunmuştur. Epilepsi insidansının en yüksek olduğu dönemler, yaşamın ilk yılı ve 60 yaş sonrasındır. Epilepsi çocukluk ve ergenlik çağında en sık, erişkinlerde ise beyin damar hastalıklarının ardından ikinci, en sık rastlanan nörolojik hastalık olarak görülmektedir (3).

4.2. EPİLEPSİNİN ETYOLOJİSİ

Epilepsinin etyolojisinde rol oynayan birçok faktör vardır.

Tablo 4-1: Epilepside Etiyolojik Faktörler

1.Genetik faktörler a.Resesif geçişli lipid ve aminoasit metabolizması bozuklukları b.Resesif geçişli gelişme bozuklukları c.Tuberoskleroz ve nörofibromatozis gibi dominant geçişli hastalıklar	7.Metabolik sebepler a.Hipoglisemi b.Hiperglisemi c.Hipoksi d.Hiperbarik oksijenasyon e.Hipokalsemi f.Hiperkalsemi
2.Konjenital anormallikler a.Sturge-Weber sendromu b.Fokal kortikal displaziler c. Serebral palsi	8.Vasküler sebepler a.İnfarktlar b.Hipertansif ansefalopati c.Serebral venöz trombozlar d.Arteriovenöz malformasyonlar e.Post anoksik ansefalopati
3.Antenatal ve prenatal etkilenmeler a.Anoksi b.İntraserebral hemoraji c.İnfarktlar ve porenselalik kistler	9.Serebral Tümörler a.Primer gliomalar b.Menengiömler c.Hipofiz adenomları d.Sekonder metastazlar
4.Uzayan ve tekrarlayan febril konvulsiyonlar	10. Dejeneratif SSS hastalıkları
5.Travmalar a.Aksidental b.Nörosirürjik müdahaleler sonrası	11.Toksik sebepler a.Alkol alımı ve bırakılması b.Kronik alkolik ansefalopati c.Ağır metaller; özellikle kurşun
6. Enfeksiyonlar a.Bakteriyel menenjitb.Serebral apselerc.Viral ansefalitler (herpes simpleks ansefaliti gibi)d.Kronik viral enfeksiyonlar (HIV gibi)e.Parazital enfeksiyonlar	12. Aşılama a. Boğmaca aşısı

Baykan B, Gürses C, Gökyiğit A. Nöroloji Epilepsi, 2.Basım, s. 279-308, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004.

Theodore H.W, Porter R.J. Epilepsi. Çevirenler: Ekmekçi , Çalıyurt O. 3. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.

4.2.1. Genetik Faktörler

Milattan önce 400 yıllarında Hippocrates “*epileptikbabaların çocuklarında epilepsi olma ihtimali dahafazladır*” diyerek bu hastalığın genetik geçişli bir hastalık olduğuna dikkati çekmiştir (12). Epileptik sendromların temelinde kromozomal bozukluklar, tek gen defektleri ve büyük çoğunlukla da kompleks kalıtım gibi farklı genetik geçiş şekilleri yatmaktadır. Epilepsinin diğer nörolojik ve sistemik bulgulara eşlik ettiği 200’den fazla hastalığın genetik temeli tek gen bozukluklarıdır. Bu sendromlar epilepsilerin yalnızca %1’ini oluşturur. Bununla birlikte, nöbetlerin başlıca klinik bulgu olduğu idyopatik epilepsilerin çoğunluğunda kompleks kalıtım rol oynar (13).

4.2.2. Konjenital anormallikler

- **Kortikal gelişim anormallikleri ve nörokutanöz bozukluklar**

Serebral korteks malformasyonları ilaca dirençli çocukluk çağı epilepsilerinin en azından %40’ını oluşturmaktadır (14).

Tuberoskleroz, merkezi sinir sistemi (MSS), deri ve böbrek anormallikleri ile birincil olarak ilişkili olan bir bozukluktur.

- **Sturge-Weber sendromu**

Sturge-Weber sendromu (SWS) şarap kırmızısı renginde (port-wine stain) fasial nevus, konvulsiyon, hemiparezi, intrakranial kalsifikasyon, ve mental retardasyon ile karakterize bir tablodur. Sıklığı 50.000 doğumda bir olup, vakalar sporadik olarak görülmektedir (15).

- **Serebral palsi**

Doğumsal nörolojik bozukluklar, mental retardasyon ve serebral palsi (CP) ile epilepsi beraberliği iyi bilinmektedir. Canlı doğumların %0,3-6 sında CP görülür, bunların 1/3’ünde de epilepsi gözlenir (16).

4.2.3. Antenatal ve prenatal etkilenmeler

Doğum sırasında ve anne karnında beyin oksijensiz kalması, beyin parankiminde oluşan kanamalar, tıkanıklıklar ve kistler epilepsi oluşumunda rol oynar.

4.2.4.Uzayan ve tekrarlayan febril konvulsiyonlar

Febril konvulsiyon epilepsi gelişimi için bir risk teşkil etmektedir. Febril konvulsiyon geçiren hastalarda 25 yaşına kadar epilepsi gelişme riski %6 olup, bu normal toplumun 3 katı kadardır(16).

4.2.5.Travmalar

Kafa travmalarına bağlı epilepsi insidansı I. Dünya savaşında yaygın olarak çalışılmıştır. Bu çalışmalarda, delici kafa yaralanmalarından sonra epilepsi gelişme oranı %30 oranında bulunmuştur. Sivil toplumda kapalı kafa travmalarına bağlı epilepsi, yaklaşık %3-7 oranında bildirilmiştir. Bilinç kaybı, amnezi veya kafa kırığı olduğunda bu oran 3 ila 6 kez artmaktadır. Beş yıllık risk yaklaşık %5'tir. Yarım saatten az süren amnezi ve bilinç kaybı durumlarında belirgin bir risk artımı yoktur. Çökme kırığı olmadan 30 dakika ile 24 saate kadar bilinç kaybı olanlarda risk % 2'dir. Bir günden fazla bilinç kaybı süren ve/veya intrakranial kitle etkisi olanlarda risk yaklaşık %12'dir. Künt kafa travmalarını takiben 10 yıl içinde, delici kafa travmalarında ise hayat boyu epilepsi riski vardır (16).

Travmanın ciddiyetine ilaveten travmanın ilk haftası içinde nöbet olması, subdural hematom ve enfeksiyon gibi komplikasyonların olması, prognozu etkileyecektir. Ciddi travması ve ilk günlerde nöbeti olanlarda posttravmatik epilepsi riski en yüksek olup %36'dır. Ciddi travması olan, fakat erken dönemde nöbeti olmayanlarda risk %10'dur. Ciddi travması olanların hayatta kalma oranları oldukça düşüktür. Bu nedenle tüm epileptiklerin içinde travmaya bağlı epilepsi oranı %4'tür(16).

4.2.6. Enfeksiyonlar

Klinik serilerde epilepsi olgularının %1'inin MSS enfeksiyonlarına bağlı olduğu görülmektedir. MSS enfeksiyonları en sık çocuklarda ve yaşlılarda görülür. MSS enfeksiyonu epilepsi riskini arttırmaktadır. Bu artış yaştan ziyade enfeksiyonun türü ve erken dönemde nöbetin olup olmadığına bağlıdır. Aseptik menenjit sonucu epilepsi riskinin artması belirgin değildir. Bakteriye menenjiti takiben 2 yıl içinde epilepsi riski 5

kat artar. Bakteriyel menenjit sonucu epilepsi gelişme riski 5 yıl ile sınırlıdır. Viral menenjitlerde bu süre 15 yıldır (17).

Ensafalitli hastalarda epilepsi gelişme riski; hastalık esnasında nöbeti olanlarda 5 yıla kadar %10, 20 yıla kadar %22'dir. Hastalık esnasında nöbeti olmayanlarda, 20 yıl içinde epilepsi gelişme şansı %10'dur. Bu risk erken dönemde nöbeti olan bakteriyel menenjit için %13, nöbeti olmayanlarda ise %2'dir(16).

4.2.7. Metabolik sebepler

Metabolizma bozuklukları ve nörodejeneratif hastalıklarda epilepsinin etyolojikfaktörleri arasındadır. Metabolik hastalıkların yaygın ensefalopati yapan formları epilepsiye yol açmaktadır. Yenidoğan döneminde vitamin B6 bağımlılığı, folinik asit cevaplı nöbetler, GABA-T eksikliği, nonketotik hiperglisinemi, sülfittoksidad eksikliği, hiperamonyemi ve peroksizomal hastalıklar etyolojide rol oynar. Süt çocuğu ve çocukluk döneminde ise aminoasit metabolizma bozuklukları, organik asidemiler, üre siklus defektleri, biotidinaz eksikliği, vitamin B6 bağımlılığı, amin metabolizma bozuklukları, glukoz transport bozuklukları, respiratuar zincir bozuklukları, pirüvatdehidrogenaz kompleks bozuklukları, peroksizomal hastalıklar, lizozomal hastalıklar, nöronal seroid lipofuksinoz ve Rett sendromu epilepsiye sebep olmaktadır(18).

4.2.8.Vasküler sebepler

Beyinde oluşan tıkanmalar, beynin komplike hastalıkları, oluşan pıhtılar ve vasküler yapıda oluşan yapısal anormalliklerin epilepsi etyolojisinde rolü bulunmaktadır (16).

4.2.9.Serebral Tümörler

Beyinde bulunan tümörler vb. yapılar bulunduğu ve etkilediği beyin bölgesine göre epilepsi oluşumunda rol oynar(16).

4.2.10. Dejeneratif MSS hastalıkları

Alzheimer hastalığı epilepsi riskini %10 arttırır. Epilepsi genellikle nöron hastalığı olarak bilinmesine rağmen, demiyelinizan hastalıklarda da görülme riski fazladır. Klinik

serilerde Multipl Sklerozlu hastalarda nöbet, normal kişilere oranla 3.4 kez daha fazladır(16).

Tüm epileptiklerde dejeneratif hastalıkla beraberlik %2 olup, epilepsinin sebep olduğu dejeneratif hastalık %6'dır(16).

4.2.11.Toksik sebepler

Epilepsinin sekonder sebepleri arasında yer alır. Kronik alkol kullanımı, ağır metal zehirlenmeleri etkenler arasındadır (16).

4.2.12. Aşılama

Boğmaca aşısı: Nadiren boğmaca aşısının yan etkisi olarak epilepsi nöbeti görülebilir. Ancak bu yan etki de bakterinin tamamı yerine bir parçasının kullanıldığı aselüler formdaki aşıda çok daha nadirdir (19).

4.3.1. EPİLEPSİNİN SINIFLANDIRILMASI

Günümüze kadar epilepsilerin birçok sınıflaması yapılmıştır. Modern sınıflama çalışmaları, ortak bir terminoloji oluşturarak iletişimi kolaylaştırma, eldeki tüm verileri ortak havuzlarda toplayarak karşılaştırma ve tedavi seçiminde bu verileri en doğru şekliyle kullanabilme isteğinden doğmuş ve epilepsi ile ilgilenenlerin öncelikli sorunlarından biri haline gelmiştir. Epilepsinin farklı ve benzer özellikleri olan birçok hastalık grubunu içermesi nedeniyle, sınıflama bize sistemli bir yaklaşım sağlar(20).

Epilepsilerin sınıflanması:

- Kavrama, eğitim ve öğretim,
- İletişim: Meslektaşlar arasında aynı-ortak dili kullanmak,
- Patofizyolojik açıdan ortak ve ayrı yönleri saptamak,
- Etyolojik yaklaşıma katkı,

- Ortak bilimsel çalışmalar için gereklilik,
- Prognoz ve tedavi hakkında yol gösterme,
- Epilepsi nöbetlerinin sebebini anlamada ilerleme sağlama açılarından önemlidir (3).

İlk kez 1964 yılında uluslararası epilepsi uzmanlarının toplanması ile epileptik nöbetlerin sınıflandırma çabaları başlamıştır. İlk sınıflamayı Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (International League Against Epilepsy;ILAE) 1969 yılında kabul etmiştir. 1969 yılında başlanan sınıflamanın esası, nöbetleri başlangıcından jeneralize olanlar ve fokal başlayıp jeneralize olanlar şeklinde sınıflamaktır. ILAE'nin toplantıları 1975, 1977 ve 1979 yıllarında da devam etmiş ve son olarak 1981 yılında nöbetlerin, nöbet tipi ve EEG bulguları ile birlikte değerlendirilerek sınıflanmasına karar verilmiştir. Bu sınıflamanın önemli bir noktası da parsiyel nöbetlerin bilincin etkilenip etkilenmemesine bağlı olarak basit parsiyel ve kompleks parsiyel olarak ikiye ayrılması olmuştur (1,11,21).

Daha sonra bu sınıflama geliştirilerek 1981, 1985, 1989 ve 2001 sınıflandırmaları ILAE tarafından kabul edilmiştir. Fakat 2001 yılındaki sınıflandırma henüz tam olarak benimsenmediğinden 1989 yılında yapılan epilepsi nöbeti sınıflaması geçerlidir (10).

Tablo 4-2: Epileptik Nöbetlerin Klasifikasyonu (ILAE 1981)

1-Parsiyel (Fokal, lokal) Nöbetler

A.Basit parsiyel nöbetler

1. Motor semptomlu
 - a. Fokal motor
 - b. Jacksonian
 - c. Versif
 - d. Postural
 - e. Fonotubar

2. Somatosensoryel veya Özel Duysal Semptomlu

a. Somatosensoryel

b. Vizüel

c. Odituar

d. Olfaktör

e. Gustatör

f. Vertijinöz

3. Otonomik Semptomlu

4. Psişik Semptomlu

a. Disfazik

b. Dismnezi

c. Kognitif

d. Affektif

e. İllüzyonlar

f. Yapısal halüsinasyonlar

B. Kompleks parsiyel nöbetler

1. Basit parsiyel başlayıp bilinç bozukluğuyla devam eden nöbetler

a. Basit parsiyel nöbet bulguları şeklinde başlayan

b. Otomatizma olmayan

2. Bilinç bozukluğuyla başlayan nöbetler

a. Sadece bilinç kaybı olan

b. Otomatizmalarla giden

C. Jeneralize Nöbetlere Dönüşen Parsiyel Nöbetler

1. Jeneralize nöbetlere dönüşen basit parsiyel nöbetler

2. Jeneralize nöbetlere dönüşen kompleks parsiyel nöbetler

3. Basit başlayıp önce kompleks parsiyel daha sonra jeneralize nöbetlere dönüşen parsiyel nöbetler

2. Jeneralize Nöbetler

A. Absans Nöbetleri

1. Tipik Absans

- a. Sadece bilinç kaybı
- b. Hafif klonik komponentli
- c. Atonik komponentli
- d. Tonik komponentli
- e. Otomatizmalı
- f. Otonomik komponentli

2. Atipik Absans

- a. Miyoklonik Nöbetler
- b. Klonik Nöbetler
- c. Tonik Nöbetler
- d. Tonik-klonik Nöbetler
- e. Atonik Nöbetler

3. Sınıflandırılmayan Grup

Tablo 4-3: Epilepsiler ve Epileptik Sendromların Uluslararası Sınıflaması (ILAE 1989)

1. Lokalizasyona bağlı (fokal, lokal, parsiyel) epilepsi ve sendromlar

1.1 İdiopatik (başlangıç yaşına göre)

-Sentrottemporal dikenli benign çocukluk çağı epilepsi

-Oksipital paroksizmleri olan çocukluk çağı epilepsileri

-Primer okuma epilepsisi

1.2 Semptomatik

-Kronik progresif epilepsi parsiyalis continua (Kojewnikow Sendromu)

-Özel biçimlerde ortaya çıkan nöbetlerle karakterize sendromlar

-Temporal, frontal, parietal, oksipital lob epilepsileri

1.3 Kriptojenik epilepsiler

-Temporal, frontal, parietal, oksipital lob epilepsileri

2.Jeneralize epilepsiler ve sendromlar

2.1 İdiopatik epilepsiler

-Bebeklik dönemi benign miyoklonik epilepsisi

-Çocukluk çağı/Juvenil absans epilepsi

-Uyanıklıkta ortaya çıkan jeneralize tonik-klonik nöbetler

-Özel şekilde ortaya çıkan nöbetler

-Diğer idiyopatik jeneralize epilepsiler

2.2 Kriptojenik veya semptomatik epilepsiler

-West Sendromu (İnfanıl spazm)

-Lennox-Gastaut Sendromu

-Miyoklonik astatik nöbetlerle karakterize epilepsiler

-Miyoklonik absansla karakterize epilepsiler

2.3 Semptomatik epilepsiler

2.3.1 Non-spesifik etyolojili

- Erken miyoklonik ensefalopati
- Süpresyon burstleri ile giden erken infantil epileptik ensefalopati
- Diğer semptomatik jeneralize epilepsiler

2.3.2 Spesifik nörolojik hastalıklara bağlı epilepsiler

3.Fokal veya jeneralize olduğu belirlenemeyen epilepsi ve sendromlar

3.1 Hem jeneralize hem fokal olan nöbetler

- Bebeklik dönemi ciddi miyoklonik epilepsi
- Akkiz epileptik afazi(Landau-Klefner Sendromu)
- Diğer sınıflandırılmayan epilepsiler

3.2.Fokal veya jeneralize görünüşün belirgin olmadığı durumlar

4.Özel duruma bağlı epilepsiler

- Febril konvülsiyonlar
- İzole nöbetler veya status epileptikus
- Akut toksik veya metabolik nedenlere bağlı nöbetler (22).

4.3.1. Epilepside Görülebilen Nöbet Tipleri

4.3.1.1.Parsiyel nöbetler

Parsiyel nöbetler beynin bir bölgesindeki nöronların aşırı boşalmaları sonucu ortaya çıkar. Parsiyel nöbetler basit ve kompleks nöbetler olmak üzere ikiye ayrılır. Bu ayrımın önemli olan faktör bilinçtir. Basit nöbetlerde bilinç korunur, hasta nöbet anında çevreyi duyar, konuşabilir, çevrenin farkındadır. Kompleks parsiyel nöbetlerde ise bilinç kaybolur, hasta nöbeti bittikten sonra nöbeti hatırlamaz, ne yaptığının, neler olup bittiğinin farkında değildir. Basit veya kompleks olsun parsiyel nöbetler beynin diğer bölgelerine yayılarak sekonder jeneralize nöbetlere dönüşebilirler (1,11).

Basit Parsiyel Nöbetler:

1- Motor Semptomlarla Seyreden Basit Parsiyel Nöbetler

Klonik Motor Nöbet:Motor korteksten başlayan titreme tarzında ritmik hareketlerdir. Sıklıkla yüzün bir yanında, başparmak ve parmaklarda, tonik kasılmalar veya sıçrayıcı hareketler şeklinde başlar. Tüm beden yarısına yayılabilir. Genellikle birkaç dakika sürer ve bilinç yitimi olmaz

Tonik Motor Nöbet:Bir ekstremitenin çeşitli postürlerde kontraksiyonudur.

Versif Motor Nöbet:Baş ve göz kaslarının kontraksiyonu sonucu bir yöne doğru ısrarlıve güçlü deviasyonu ile kendini gösteren nöbetlerdir. Versiyon sırasında bilinç kaybiolabilir.

Fonatuvar Nöbet:Konuşma alanın etkilendiği durumlarda konuşmanın durmasıdır. Hastabazen bir hece veya kelimeyi istemsiz olarak tekrarlar. Bazen de nöbet geçirilen bölgede, nöbet sonrası geçici paralizi oluşabilir, bu tablo Todd Paralizi olarak adlandırılır (1,20).

2- Somatosensoriyel veya Özel Duyusal Semptomlu Nöbetler

Tanı tamamen hastanın anlattıklarına dayalı bir öykü ile konur. Yakınmaları bilen yalnızca hastadır.

Somatosensoriyel Nöbetler:Basit duyusal nöbetlerin en sık rastlanılan tipidir. Belirli bir süre için hissedilen duygulardır. İğnelenme, batma, uyuşma, bazen ağrı, hareket hissi, hareket ettirme isteği gibi duygular tanımlanır. Belirtiler el ya da yüzde başlar. Fokal kalabileceği gibi, beden yarısına da yayılabilir. Nöbetten sonra, bu bölgelerde geçici duyu azlığı bulunabilir (1,4).

Görsel Nöbetler:Basit duyusal nöbetin en sık rastlanan ikinci tipidir. Bu nöbetlerde en çok rastlanan belirtiler renkli ışıklar görme, görme bulanıklığı ve tam körlük şeklindedir. Objeler olduğundan küçük ve uzak ya da büyük ve yakın olarak görülebilir (1,4).

İşitsel Nöbetler:Oldukça nadir rastlanan nöbet şeklidir. Basit sesler seklinde tanımlanır. Vızıltı, uğultu, gümbürtü, gibi sesler şeklindedir. Müzik varsanıları da yine psişiknöbetler

arasında incelenir. Çevreden gelen sesler, olduğundan daha yüksek veya düşük tonlarda, ya da farklı özelliklerde olabilir (4,10).

Olfaktör Nöbetler:Nöbet sırasında duyulan koku genellikle hoş gitmeyen kokudur (4).

Gustatuar Nöbetler:Tatla ilgili nöbetler olup duyulan tatlar hoş veya iğrenç olabilir. Sıklıkla tat olarak tanımlanır. Ekşi, tuzlu, acı veya tatlı gibi basit tatlardan, daha karmaşık olanlara kadar değişebilir. Safra tadı, sigara, duman tadı tanımlanmıştır (4).

Vertijinöz Nöbetler: Baş dönmesi, dengesizlik, belli belirsiz sersemlik, sendeleme hissi gibi yakınmalarla ortaya çıkar, bazen rotasyonel hareketler de izlenebilir (1,4).

5. Otonomik Belirti ve Bulgularla Seyreden Nöbetler

Bu tip nöbetlerde solukluk, terleme, yüzde kızarma, piloereksiyon, pupiller dilatasyon, epigastrik duyular, kusma, karın gurultusu, inkontinans olur. Nöbet sırasında en sık görülen semptomlardan biri epigastrik ve abdominal semptomlardır. Bulantı, açlık hissi, ağrı, belli belirsiz hoş gitmeyen ve değişik duygular hissedilebilir. Abdominal ağrı çocuklarda bazen tek nöbetbelirtisi olabilir (4,11).

Basit parsiyel ve kompleks parsiyel nöbetlerde sinüs taşikardisine rastlanabilir. Aritmiler ve bradiaritmiler oluşabilir. Solunum sistemi ile ilgili hiperventilasyon ve apne görülebilir. Pupilla ile ilgili midriyazis, miyozis; genital semptomlarla ilgili erotik duygular, orgazm bildirilmiştir; ancak bu belirtiler nadirdir. Nöbetler sırasında yüzde kızarma, sararma, siyanoz, eritem gibi vazomotor semptomlar izlenebilir. Sararma ve solukluk sıklıkla bulantı ile beraber görülebilir (1,4,11).

4. Psişik Belirtilerle Görülen Nöbetler

Bilinç bozukluğunun olmadığı bu nöbetler daha seyrek görülür ve hasta sonradan nöbet sırasında olanları hatırlayabilir. Psişik nöbetler sırasında çok ilginç ve çeşitli belirtiler ortaya çıkar (4).

Disfazik: Konuşmanın durmasından çok değişik afazik konuşmaları ile giden tabloları içerir (4).

Dimnezik: Hafızanın etkilenmesi, zamanın algılanmasında değişme hali, rüya hali, geri dönüşler, olayları daha önce yaşamış olma hissi, önce olmuş bir olayı hiç olmamış gibi hissetmesidir. Hasta düşsel bir hal içindedir (4,11).

Kognitif:Zamanı algılama bozuklukları, rüya halleri, gerçek değilmiş hissini yaşanmasıdır. Nöbet sırasında kişi, kendi varlığını hissetmediği gibi dış gerçekle de ilişkisini kesebilir. Çevreye bilinci yerindeymiş duygusunu verebilirse de, çevrenin bilincinde değildir. Dış dünyayı gerçek değil gibi algılayabilir. Yapmakta olduğu işi sürdürebilir. Sonraki nöbette durumunu anımsamayabilir (4,11).

Affektif:Aşırı zevk, korku, hiddet, değersizlik hissi gibi tanımlanır. Sebepsiz öfke patlamaları olur. Hasta korkuyu, bilinç düzeyine ulaşmayan ve ortama uymayan mimik ve davranışlarla gösterebilir. Sonradan hasta, nöbet sırasındaki durumunu tanımlayabilir. Ya da bilinç bozukluğu nedeniyle anımsamayabilir (4).

İllüzyonlar:Algılamada etkilenme vardır. Objeler deforme olur, ölçümler değişir. Objeye olduğundan daha büyük ya da daha küçük görülür. İşitme illüzyonlarında ise, hastalar sesleri olduğundan daha yüksek veya alçak tonda, ya da uzaktan veya yakından geliyormuş gibi hissettiklerini belirtir (4).

Yapılanmış varsanılar:Herhangi bir dış uyaran olmaksızın ortaya çıkar ve somatosensoryel, görsel, işitsel, koku ve tat varsanıları şeklinde olabilir. Bazen aynadaki gibi, kendi görüntülerini görebilir. Müzik, konuşma gibi çok tonlu sesler işitebilir. Halüsinasyonlar, küçük farklılıklar dışında genellikle her nöbette aynıdır (1,4).

4.3.1.2. Jeneralize Nöbetler

- **Absans Nöbetler:** Absans nöbetinin temel özelliği devam eden aktivitenin kesilmesi, hastanın etrafını fark etmeyerek, sorulara cevap vermeyerek, sabit bakmasıdır. Hasta konuşuyorsa durur, yemek yiyorsa boğazında kalır ya da ağzında kalır. Nöbet ani başlayıp ani bittiği için aura veya post ictal konfüzyon yaşanmaz (4).

Basit Absans: Sadece bilincin etkilendiği nöbetler olup başka hiçbir aktivite yoktur (1).

Hafif Klonik Komponentli Absans: EEG’de diken dalga ile senkronize olan klonik hareketler eşlik eder. Bu hareketler; ritmik göz kırpmak, ağız kenarlarında çekilmeler, parmaklarda, kollarda, omuzlarda klonik hareketler şeklinde olabilir (1).

Atonik Komponentli Absans: Burada ekstremiteler veya postür kaslarında tonüs azalması olur, hastanın başı veya kolları düşer. Nadiren hastayı düşürecek derecede belirgin tonüs kaybı olur (4).

Otomatizmlili Absans: Atak sırasında amaçlı izlenimi veren fakat farkında olmadan yapılan hareketler izlenir. Dudak yalama, yutkunma, üstünü çekiştirme, bazen etrafındaki eşyaları, cebine doldurma hissi gibi basit otomatizmlili hareketler izlenir (4).

Otonomik Bulgularla Seyreden Absans: Absans nöbetlerinde pupil dilatasyonu, renk değişikliği, piloereksiyon, taşikardi, idrar inkontinansı, salivasyon gibi otonomik bulgular görülür (4).

- **Myoklonik Nöbetler:** İstemsiz, hızlı, ani başlayan aritmik hareketlerdir. Ekstansiyon ve fleksiyon tarzında simetrik ve asimetrik olabilir, tüm vücudu ya da tüm vücut parçalarını etkileyebilir. Az sayıda sızramalarda bilinç kaybolmaz; fakat hızla ilerler, status epileptikus formuna dönüşürse etrafına farkındalıkta bulanma olabilir. Myoklonik kasılmalar genellikle üst ekstremitelerde görülür. Alt ekstremiteler nöbete katılırsa, düşme atakları olur. Uykusuzluk nöbetleri uyarır. Genetik geçişlidir (10).

Normal insanlarda da ses, ışık ve somatosensoriel uyarılar, klinik belirti vermeyen kasılmalara neden olabilir. Uykuya dalma sırasındaki sızramalar, ani gürültüyle ortaya çıkan irkilmeler, günlük yaşamda sık görülen myoklonik kasılmalardır (4).

- **Jeneralize Tonik – Klonik Nöbetler (JTKN):** Jeneralize tonik - klonik nöbetler en çok bilinen ve en ağır nöbet seklidir. Ayrıca diğer nöbet tiplerinin iktal progresyonunun ortak sonlanma yolu ve epilepsinin fizyolojik ve davranışsal olarak maksimum dışavurum şeklidir. Tüm epileptik hastalardaki prevalansı %20,6 olarak bildirilmiştir (10,11).

Atağın süresi ve şiddeti, tutulan kas grupları, otonomik aktivasyonun derecesi, motor aktivitenin ve EEG’deki bilateral senkroninin derecesi ise oldukça değişkendir (10).

Tüm JTKN’ler ortak özellikleri paylaşırlar. Bunlar;

- Bilinç kaybı (nöbet tipine göre gelişim şekli ve başlangıcı farklılık gösterebilir) olması,
- Motor hareketlerin ardışık bir sırayla yaygın tonik kas kontraksiyonunu izleyerek klonik kasılmalara dönüşmesi,
- Klinik ve EEG bulgularının daima simetrik olması,
- Nöbet sonrası dönemde serebral metabolizma ve davranışlarda baskılanma oluşmasıdır (4).

Nöbet başladığı zaman, hasta çığlık atarak birden yere düşer. Yer seçme olanağı yoktur. Düşükten sonra bir süre opustotonus postüründe ve solunum yapmadan kalır. Çığlık sesi, solunum kasları ve plika vokalislerin kasılmasına; yere düşme ise, bilinç yitimi ve bütün istemli kasların aynı anda kasılmasına bağlıdır. Baş ve gözler, yukarı ve bir yana dönmüş; dudaklar ve yüz morarmıştır. Ağızda bol miktarda sekresyon; dil ve dudaklar ısırılmışsa kan birikir (tonik faz). Bu faz 10-20 sn sürer. Kan karbondioksit düzeyinin yükselmesi sonucu, solunum merkezleri uyarılır ve güçlü bir solunum başlar. Ağızdaki sekresyon ve kan dışarı atılır. Kaslarda, yineleyici, sık ve güçlü kasılma ve gevşemeler başlar. Mesane ve anal kontrolün ortadan kalkması sonucu, idrar ve dışkı inkontinansı olabilir. Kasılma ve gevşemeler giderek seyrekleşir (klonik faz). 40-90 sn süren bu fazdan sonra hasta ya derin bir uykuya dalar ya da ajitasyon görülür. Hırıltılı bir solunumu vardır. Bu evre bazen saatlerce sürebilir (post iktal). Hasta kendine geldiği zaman, bitkinlik, baş ve vücut ağırları olur. JTKN'lerden sonra bir ekstremitede veya bir tarafta güç kaybı olabilir (Todd paralizi) (4).

Jeneralize tonik –klonik nöbetlerin dilde, yanaklarda, dudaklarda ısırmalara bağlı yaralar; tonik dönemde düşme veya ardından gelen klonik dönemlerdeki kasılmalar sırasında başını peş peşe yere çarpması sonucu kafa travması, vertebra korpus kırıkları; ağız içindeki sekresyonların solunum yollarına kaçmasına bağlı olarak aspirasyon pnömonisi ve nadiren nörojenik pulmoner ödem gibi komplikasyonlar olabilir. JTKN sonrası arteriyel kanda PH, serumda glukoz, kreatin kinaz, laktat düzeylerinde artış önemlidir (10,11).

- **Tonik nöbetler:** Belirli bir klonik faz olmaksızın, birkaç saniye veya dakika süreyle opustotonus postürünün olmasıyla karakterize nöbetlerdir. Nöbet sırasında gözler

yukarı kayar. Solunum kaslarının kasılması sebebiyle siyanoz gelişir. Tonik nöbetler tutulan kasların dağılımına ve simetrisine göre sınıflanmıştır (4,10).

Tonik aksiyel nöbetler, yüz, çene, boyun ve solunum kaslarını; aksorizomelik nöbetler, aksiyel ve proksimal kasları tutar. Nöbet sırasında kollar yana açılır. Hasta çılgık atan bir kartal görünümü alır. Global, simetrik veya asimetrik nöbetler, tüm kasları veya bedenin yalnızca yarısını tutar. Kol ve bacak distonik bir hal alır (4).

- **Klonik nöbetler:** Bedenin yarısında, bir veya iki ekstremitede veya ekstremitenin birkaç kas grubunda, fokal veya yineleyici sıçramalarla seyrederek. Sıklıkla myokloniklerle karışabilir. Myoklonilerden, frekans ve amplitüdüne göre ayırt edilebilir. Bilateral klonik kasılmalar, tonik fazın olmadığı, tonik-klonik jeneralize epilepsilerde görülebilir. Klonik nöbetlere, özellikle süt çocuklarında sık rastlanır (4).

- **Atonik-Akinetik nöbetler:** Atonik nöbetler, ani tonus yitimi, düşme atakları ve zaman zaman myoklonilerle seyrederek. Akinetik nöbetler ise, ani hareketsiz kalma şeklindeki nöbetlerdir. Bunların birbirinden ayrılması çoğu kez olanaksızdır (4,10).

4.4. EPİLEPSİDE TANI VE TEDAVİ

Epilepsi tanısı ve değerlendirilmesinde; hastanın perinatal öyküsü, gelişme basamakları, kafa travması, merkezi sinir sistemi infeksiyonu, ailede epilepsi vardiğer sık görülen hastalıkların defalarca ve ayrıntılı bir şekilde sorgulanması çok önemlidir. Hastalığın başlangıç yaşı da etiyolojik açıdan en önemli faktördür. Epilepsi nöbeti beynin hemen her hastalığının sonucu olabileceği gibi sistemik birçok hastalıkta da görülebilir. Bu nedenle hastanın çok ayrıntılı anamnezi alınarak, detaylı nörolojik ve sistemik muayene mutlaka yapılmalıdır (10).

Çeşitli hastalıkların seyri sırasında konvülsiyonlar olabileceği gibi; bazı belirtiler de epilepsi nöbetleri ile karışabilir. Bu durum hastaların yanlışlıkla antikonvülsif tedaviye alınmalarına neden olabilir. Epilepsi nöbetlerinin ayırıcı tanısında bunlara dikkat etmek gerekir (1,10).

Epileptik nöbetlere benzeyen ataklar veya nöbetlere neden olan sistemik ve ruhsal hastalıkların çokluğu; epilepsilerin ayırıcı tanısı ve etyolojik nedenlerinin belirlenmesi için

iyi bir öykü ve muayeneden başlayarak bir dizi araştırmanın yapılması gerekir. Tedaviye karar vermeden önce bazı sorulara yanıt aranmalıdır:

- Hastanın nöbetleri gerçek epileptik ataklar mıdır?
- Eğer nöbetlerin epileptik olduğuna karar verilmiş ise, hastanın hangi tip nöbetleri olmaktadır?
- Etyolojik neden nedir? Sistemik bir hastalığın belirtişimi, kafa içi olaya mı bağlı, yoksa idyopatik midir?
- Nöbetler kafa içi bir nedene bağlıysa, travma, epilepsi, menenjit, ensefalit gibi geçirilmiş bir hastalığın sekeli mi, yoksa tümör, Arterio - Venöz Malformasyon (AVM) gibi aktif patolojik bir olay mı söz konusudur?(4)

4.4.1. Tanı Yöntemleri

Epilepside tanı yöntemleri, invaziv olmayan (non-invaziv) ve invaziv olmak üzere 2'ye ayrılır.

4.4.1.1.İnvaziv olmayan (non-invaziv) yöntemler:

- **Elektroensefalografi (EEG):** Elektroensefalografi (EEG), saçlı deriye yerleştirilen elektrotlar aracılığı ile kaydedilen serebral biyoelektriksel aktivitedir. Bu kaydın yapılabilmesi için disk şeklindeki küçük, metal elektrotlar kafa derisine yerleştirilir ve beyindeki elektriksel aktiviteyi çok büyüten ve bunu kâğıt üzerine kaydeden bir alet olan elektroensefalografi cihazına bağlanır. İlk kez 1929 yılında Hans Berger tarafından kullanılmıştır. Günümüzde EEG'nin en önemli endikasyon alanı epilepsidir (4,20).

EEG, epilepsi tanısının konulmasında, nöbet sınıflamasında ve hastaların takibinde kullanılan en önemli laboratuvar yöntemidir. Nöbet öyküsü bulunan hastanın EEG'sinde "epileptiform aktivite" saptanması, benzer aktivitenin hiç nöbet geçirmemiş birçok bireyde de görülebilmesi nedeniyle, tanıyı şüpheden öteye götürmez ve EEG'nin normal olması da epilepsi tanısını dışlamaz. Normal popülasyonda, anormal EEG %10-15 oranında bulunabilir.

Yeni bir olguda EEG istenmesinde ana amaçlar şunlardır:

1)En önemlisi tanının kesinleştirilmesidir; ancak rutin EEG az da olsa bazı epilepsili hastalarda normal, epilepsisi olmayan bazı kişilerde de anormal olabilir. Epilepsisi olan ve EEG'si normal çıkanlarda serial EEG ve uyku EEG'si ve diğer bazı ileri teknikler ile anormal epileptik form deşarj saptama oranı yükselir (4).

2)EEG epilepsi tipini belirlemede yardımcı olabilir. Terapötik açıdan en önemli konu parsiyel ve primer jeneralize epilepsi arasında ayırım yapmaktır. Bu ayırım kliniğe göre sıklıkla zorluk gösterir ve böyle vakalarda EEG kısmen yardımcı olabilir. EEG bazı özel sendromlar hakkında bilgi verebilir. Epileptik sendrom tanısı temelde kliniğe dayanır; ancak infantil spazmda, subakutsklerozan panensefalitte, Lennox-Gastaut sendromunda tanıya yardımcı olan spesifik EEG bulguları elde edilebilir (4).

3)Fotosensitivite, yani ışığa hassasiyet araştırılır. Fotosensitivite tedavi ve Terapötik açıdan önemlidir. Fotosensitif epilepsisi olduğu bilinen hastalara bazı özel ilaçlar örneğin; sodyum valproate önerilir ve bazı presipitan faktörlerden kaçınması tavsiye edilir.

Epileptik olduğuna karar verilemeyen olgularda, aktivasyon ve monitörleme gibi yöntemlere başvurmak gerekli olabilir. (4,10)

- **Bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRI):** X ışınlarını kullanan bilgisayarlı tomografi yönteminin nöroloji pratiğinde yerini alması özellikle semptomatik parsiyel epilepsiler açısından bir devrim niteliğinde olmuştur. Günümüzde ise beyin anatomisini çok detaylı bir şekilde gösteren MRI epilepsili hastalarda ilk tercih edilecek görüntüleme yöntemi olarak BT'nin yerini almış durumdadır. Bazı glial tümörler, vasküler malformasyonlar, kavernoma, hamartoma, lokalize atrofi ve nöronal migrasyon anomalileri gibi çeşitli yapısal lezyonları göstermede MRI'nın BT' den üstün olduğu saptanmıştır. Buna karşın serebral kalsifikasyonları gösterme açısından BT, MRI'a göre üstün konumdadır. MRI'ın radyasyon içermemesi, kontrast madde verilmesine çoğu zaman gerek olmaması, BT' ye oranla kemik artefaktlarının olmaması nedeniyle meziyal temporal lobu ve arka çukur yapılarını daha iyi görüntülemesi ve rekonstrüksiyonla her planda görüntü elde edilebilmesi diğer üstün yanlarıdır (20,22).

- **Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT):** Epileptik odakbelirlenmesinde, invazif tanı yöntemlerine geçmeden önce katkı sağlayabilecek ve diğermetodları tamamlayıcı bir yöntemdir. Beyin bölgesel kan akımı değişikliklerini

görüntülerler. Özellikle iktal SPECT ile saptanan hiperperfüzyon ile odak lokalizasyonu açısından çok yararlı bilgiler elde edilir.

SPECT invaziv olmayan basit aksamı ve ucuz olan cihazlar ile uygulanabilmektedir (20,22).

- **Positron Emission Tomography (PET):** PET, pozitron yayan radyoizotoplar ile işaretlenmiş bileşikler kullanarak vücuttaki biyokimyasal olayları “in vivo” olarak görüntülemek ve de ölçmek için kullanılan invaziv bir yöntemdir.

Beyinde PET, lokal glukoz kullanımını, oksijen kullanımını, kan akımını, protein sentezini, nörotransmitter tutulumunu değerlendirmek için kullanılır.

PET ile beyinde bölgesel kan akımı ve metabolizma değişiklikleri izlenerek epileptik fokusun yeri tespit edilebilmektedir (20,22).

4.4.1.2. İnvaziv Yöntemler

Medikal tedaviye dirençli epilepsi hastalarının büyük çoğunluğu non-invaziv incelemeler sonucunda cerrahi tedaviye verilmektedir. Az bir hastagrubunda ise epileptojenik odağında doğru lokalizasyonu için invaziv testlerle incelenmesi gerekir. Non-invaziv teknolojide hızlı gelişmeler ile son yıllarda invaziv testlere ihtiyaç önemli derecede azalmakla beraber bazı hastalarda bu testler kaçınılmaz olmaktadır (23).

İntrakranyal incelemeler için hasta seçimi ve kullanılan teknikler merkezler arası değişiklikler göstermekle birlikte en önemli endikasyonlardan biri non-invaziv testlerin sonuçsuz kaldığı durumlardır. Yani epileptojenik odak iyi lokalize edilememişse, non-invaziv testler arasında uyumsuz bulgular varsa, nöbetler stereotipik ve tek bir odak düşünülmesine rağmen bilateral EEG değişiklikleri varsa veya dual patolojiler halinde nöbet başlangıç yerinin kesin olarak saptanmasında intrakranyal monitörizasyona karar verilir. Başka bir endikasyon ise nöbet başlangıcının önemli kortikal alanlarla ilişkisini saptamak içindir (23).

Hastaya daha önceki incelemeler doğrultusunda, nöbet başlangıcı olabilecek alanlara invaziv olarak cerrah tarafından elektrotlar yerleştirilir ve hasta invaziv bir şekilde monitörize edilip izleme başlanır. Derin elektrotlar temporal lob epilepsili hastaların kesin lokalizasyonun yapılamadığı durumlarda en başarılı olanıdır. Ancak intrakranyal

elektrotlar korteksin az bir kısmının incelemesini yaptığından, elektrotlar nöbet kaynağına yakın yerleştirilmezse, yanlışlığa yol açabilir. Bu yüzden başarılı lokalizasyon için, yerleştirilen elektrotların şüpheli tüm epileptojenik alanları kapsamaları gerekir (23,25).

İntrakranyal elektrot yerleştirme ve monitörizasyon uygun şartlarda yapılırsa odaksaptamada başarıyı arttıracaktır. Bu nedenle adayların çok iyi belirlenmesi gerekir: Nöbetlerin tipi, hastanın interiktal, iktal davranış ve kooperasyon derecesi önemlidir. Örneğin nöbetlerinde şiddet davranışı gösteren, elektrotlarını çıkarmaya çalışan, koşan veya postiktal psikoza giren hastalar bu yöntem için uygun değildir. Bu nedenle non-invaziv incelemeler sırasında elde edilen hasta ile ilgili bilgilerden optimal düzeyde yararlanılmalıdır. İntrakranyal elektrotlar çoğunlukla geçici nörolojik defisitlere yol açmasına rağmen ciddi komplikasyonlar oluşturulup kalıcı nörolojik sekillere yol açabilir. Bu nedenle çok titizlikle uygulanmalıdır. Bu hastalarda güvenli ve başarılı bir sonuç için çok dikkatli ve multidisipliner bir bakım gereklidir (23,25).

4.4.2. Tedavi

Epilepsi ilaçla, cerrahi ya da farklı alternatif yollarla (vagal sinir stimülasyonu, ketojenik diyet vb.) tedavi edilebilen, çoğu hastada (%70-75) tek ilaçla nöbetlerin kontrol altına alınabildiği, kalan hastaların da nöbet sıklığı ve şiddeti azaldığı ve hastalığın olumsuz yönleriyle başa çıkabilmek için psikolojik destek yöntemlerinin de kullanıldığı bir hastalıktır (4,10).

Epilepsi tedavisinin ilk basamağı, tanının doğru konması ve ilaçla tedaviye gerek olup olmadığının belirlenmesidir. İkinci basamakta ise nöbetleri tetikleyen nedenlerin araştırılması, varsa bu nedenlerin ortadan kaldırılması vardır. Nöbetler sadece bu nedenlerin varlığında ortaya çıkıyorsa, (refleks epilepsiler gibi) ilaç tedavisine gerek kalmadan, kışkırtan nedenlerden sakınılması yeterli olabilir (10).

Epilepsi tedavisinde kullanılan yöntemler;

- İlaç,
- Cerrahi,
- Uyarı yöntemleri,
- Farmakolojik olmayan girişimlerdir.

Epileptik olguların yaklaşık 2/3'ü ilaç tedavisinden yararlanır. Kalan olguların bir kısmında nöbet kontrolü cerrahi olarak sağlanırken, diğerleri öbür seçeneklere aday olur (4,10).

4.4.2.1. İlaç Tedavisi: Tedavinin en önemli bölümünü ilaç tedavisi oluşturur. Nöbetlerin %70-90'ı antiepileptik ilaç (AEİ) tedavisiyle kontrol altına alınırken, %10-30 kadarı ilaçlara dirençlidir. Antiepileptik ilaç (AEİ) tedavisinin amaçları; AEİ'lerin yan etkilerini en azda tutarak hastaların tekrar nöbet geçirmelerini önlemek, iyileşmiş hastalarda tekrar nöbet geçirmeye yol açmadan ilaçları kesmek ve böylece olabilecek en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır (10,26).

Tedavide ilk tercih uzun süreli ilaç kullanımınıdır. Epilepsi tanımında iki ve üzeri spontan nöbet varlığı geçerli olduğu için bazı istisnalar dışında bu durumda tedavi başlanır (27).

Antiepileptik ilaçlar (AEİ), epilepsili hastaların tedavisinin temel taşıdır. Ancak AEİ'ler ile tedavi, altta yatan etyolojiyi ortadan kaldırmadığı ve epilepsinin ilerlemesini etkilemediği gibi riskli kişilerde epilepsi gelişmesini de önleyememektedir. En iyi durumda, AEİ'ler ile tedavi epileptik nöbetlerin tekrarlamasını önler (27).

Nöbet türü ve epileptik sendroma göre ilaç, hasta ile ilgili özellikler de dikkate alınarak belirlendikten sonra genellikle küçük dozlarda başlanır ve 5-7 günlük artışlarla hedeflenen dozlara ulaşılır. İlaç seçiminde rol oynayan en önemli faktörler etkinlik, toksik etkilerin olmaması veya daha gerçekçi yaklaşımla en az yan etki ve ucuzluk olarak özetlenebilir. Bunların yanı sıra kullanım kolaylığı (örneğin günde tek doz kullanma vb) önemli bir faktördür (4,10).

Tek ilaç (monoterapi) tedavisi ile nöbet kontrolü idealdir. Birden çok ilacın birlikte kullanımı (politerapi) ilaç etkileşimlerinin ve yan etkilerin artışın neden olabileceği için olabildiğince az tercih edilmelidir. Birkaç tek ilaç tedavisine yanıt alınamayan durumlarda, özellikle fokal epilepsilerde ve epileptik ensefalopatilerde çoklu ilaç tedavisi sıklıkla denir. Üç ve üzeri sayıda ilaç tedavisi kaçınılması gereken bir durumdur (3,27).

En ucuz antiepileptikler fenitoin ve barbitürat grubu ilaçlardır. Yeni antiepileptikler diye adlandırdığımız grubun çok daha pahalı olması kullanımlarını kısıtlayıcı en önemli

faktördür. Yan etki profilleri de göz önüne alındığında bugün için ilk basamakta seçilecek antiepileptikler idyopatik jeneralize epilepside valproik asid ve izleyerek lamotrijin, levetirasetam, topiramet veya zonisamiddir. Sadece absans nöbeti olan hastalarda etosüksimid yeğlenebilir. Parsiyel epilepside ise ilk seçenek karbamazepin veya okskarbazepindir. Lamotrijin ve levetirasetam diğer sık kullanılan ve parsiyel epilepsilerde monoterapi endikasyonu almış olan ilaçlara örnek olarak verilebilir. Yeni antiepileptiklerin çoğu parsiyel epilepside ek tedavide kullanılmaktadır. Fenitoin ve valproat hızlı yükleme avantajı nedeniyle status epileptikus ve statusa eğilim durumlarında başvurulabilecek seçeneklerdir. Bu şekilde olası yan etkilerin aniden çıkmaması, çıksa bile kolay katlanılır olması sağlanır. Özellikle sedasyon, uyku hali gibi bilişsel etkiler hızlı doz arttırmalarında daha kısa sürede çıkar ve belirgindir (10,27).

Tablo 4-4: Antiepileptiklerin etkili oldukları nöbet tipleri

İlaç	Fokal	Sekonder jeneralize	Tonik- klonik	Absans	Miyokloni
Karbamazepin	+	+	+	-	-
Etosüksimid	0	0	0	+	0
Felbamat	+	+	?+	?+	?+
Gabapentin	+	+	?+	0	?-
Lamotrijin	+	+	+	+	+/-
Levetirasetam	+	+	?+	?+	?+
Okskarbazepin	+	+	+	-	-
Fenobarbital	+	+	+	0	?+
Fenitoin	+	+	+	-	-
Primidon	+	+	+	0	?+
Tiagabin	+	+	?	?	?
Valproat	+	+	+	+	+
Zonisamid	+	+	?+	?+	?+
Vigabatrin	+	+	+	-	-
Pregabalin	+	+	?	?	?
Lakosamid	+	+	?	?	?

+ = etkinliği kanıtlanmış, ?+ = muhtemel etkili, 0 = etkisiz, - = nöbetleri kötüleştirir
 ? = bilinmiyor

Yavuz E, Baykan B. Epilepsi Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Klinik gelişim. 2010,1:39-43.

Günümüzde kullanılmakta olan yerleşmiş antiepileptik ilaçların tüm olgularda tam nöbet kontrolü sağlamaması ve yan etkilerin olması yeni antiepileptik ilaçların geliştirilmesine neden olmaktadır. Epileptik hastaların yaklaşık %15-25 kadarında tüm ilaç tedavisi seçeneklerine rağmen etkili nöbet kontrolü sağlanamamaktadır. Bazı yeni antiepileptikler aktivite spektrumu açısından, sadece parsiyel nöbetlerin tedavisinde kullanılırken (okskarbazepin, vigabatrin, pregabalin, gabapentin gibi); bazıları ise hem parsiyel hem de jeneralize nöbet tipleri üzerinde etkinlik göstermektedir (levetirasetam, lamotrijin, topiramet, zonisamid, ve felbamat). Ayrıca, bu ilaçların infantil spazmlar (özellikle vigabatrin) ve ilaca dirençli epilepsilerin tedavisinde ve nöbet sıklığının düşürülmesinde de etkili oldukları görülmektedir (3,10,27).

Tablo 4-5: Eski Ve Yeni Antiepileptik İlaçlar

Eski Antiepileptikler	Yeni Antiepileptikler
Fenobarbital	Okskarbamazepin
Fenitoin	Vigabatrin
Primidon	Lamotrijin
Etoksüksimid	Gabapentin
Karbamazepin	Felbamat
Valproik asit	Zonisamid
	Topiramet
	Tiagabin
	Levetirasetam
	Pregabalin

Bek S, Kaşıkçı T, Koç G, Genç G, Gökçil Z, Odabaşı Z. Epilepsi Tedavisinde Klasik ve Yeni Antiepileptik ilaç Seçimi. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2009,15(2):71-77.

Yeni antiepileptik ilaçların yerleşmiş diğer antiepileptiklere oranla en büyük şanssızlıkları yoğun araştırmalar sonucu geliştirilmelerine bağlı olan çok yüksek maliyetleridir. Bunun dışında eskiden beri kullanılan ilaçların olası tehlikeli yan etkilerinin zaten biliniyor olması oysa yeni antiepileptiklerle bilinmeyen tehlikeli yan etkilere rastlama olasılığı da yerleşmiş antiepileptiklere tercih edilmelerini engellemektedir. Bugün için yeni ilaçların (karbamazepin benzeri okskarbazepin hariç) ilk basamak tedavide net

yeri bulunmamaktadır. Yerleşmiş antiepileptiklere dirençli veya yan etki görülen hastalarda yeni antiepileptikler kullanılabilir (3).

Tablo 4-6: Antiepileptik İlaçların Bazı Ciddi ve Diğer Yan Etkileri

İlaç	Ciddi yan etki	Diğer yan etki
Karbamazepin	Aplastik anemi, hepatotoksisite, Steven – Johnson sendromu, lupus benzeri tablo, ilaç hipersensitivite sendromu	Sersemlik, ataksi, diplopi, bulantı, yorgunluk hissi, lökopeni, döküntü, trombositopeni, hiponatremi, davranış bozukluğu, tikler
Etosüksimid	Kemik iliği depresyonu, hepatotoksisite, lupus, psikoz, Steven-Johnson sendromu	Bulantı, gastrik iritasyon, başağrısı, döküntü
Felbamat	Aplastik anemi, hepatik yetersizlik, Steven-Johnson sendromu	Anoreksi, kusma, insomni, başağrısı, somnolans
Gabapentin	Bilinmiyor	Somnolans, sersemlik, ataksi, yorgunluk hissi, nistagmus, kilo artışı, çocuklarda davranış bozukluğu, ödem
Lamotrijin	Steven-Johnson sendromu ya da toksik epidermal nekroz, akut hepatik yetmezlik /multiorgan yetmezliği	Sersemlik, ataksi, insomni, başağrısı, diplopi, görme bulanıklığı, bulantı, kusma, döküntü, ajitasyon
Levetirasetam	Bilinmiyor	Bulantı, baş ağrısı, sersemlik, yorgunluk, somnolans, davranış değişikliği
Okskarbazepin	Döküntü	Bulantı, baş ağrısı, sersemlik, yorgunluk, hiponatremi
Fenobarbital	Hepatotoksisite, bağ dokusu ve kemik iliği bozukluğu, Steven-Johnson sendromu, ilaç hipersensitivite send.	Sedasyon, ataksi, nistagmus, döküntü, depresyon, çocuklarda hiperaktivite, öğrenme güçlüğü
Fenitoin	Aplastik anemi, hepatik yetersizlik, Steven-Johnson sendromu, lupus benzeri tablo, psödolenfoma, retroperitoneal fibroz, serebellar atrofi, ilaç hipersensitivite sendromu	Dişeti hipertrofisi, hirsutizm, ataksi, nistagmus, diplopi, döküntü, anoreksi, bulantı, makrositoz, periferik nöropati, osteoporoz
Tiagabin	Stupor, nonkonvülfif status	Bulantı, başağrısı, sersemlik, yorgunluk, güçsüzlük

Topiramate	Böbrek taşı , dar açılı glokom	Bulantı, başağrısı, sersemlik, yorgunluk, kognitif yavaşlama, kelime bulma güçlüğü, parestezi, kilo kaybı, terleme azalması
Valproate	Hepatotoksisite (<2 yaş çocukta ve polifarmaside belirgin), hiperamonyemi, lökopeni, trombositopeni, pankreatit	Bulantı, kusma, saç dökülmesi, tremor, amenore, kilo artışı, konstipasyon, polikistik over sendromu
Zonisamide	Böbrek taşı, aplastik anemi	Bulantı, başağrısı, sersemlik, yorgunluk, parestezi, döküntü, konuşma bozukluğu terleme azalması (özellikle çocuklarda), zayıflama
Vigabatrin	Kalıcı görme alanı defekti	Kilo artışı, ödem, halsizlik, psikoz
Pregabalin	Bilinmiyor	Karaciğer enzimlerinde geçici hafif yükselme uyuklama, yorgunluk hali, baş dönmesi ve kilo artışı
Lacosamide	Bilinmiyor	Uyuklama, hareketlerde yavaşlama
Primidon	Ürtiker (kurdeşen), nefes almada zorluk, yüzde, dudaklarda, dil ya da boğazda şişkinlik.	Ruh halinde veya davranışlarda değişimler; endişe, kaygı; telaşlı, heyecanlı, saldırgan, agresif, huzursuz ve hiperaktif (ruhsal veya fiziksel olarak) hissetme; intihar veya kendine zarar verme ile ilgili düşünceler

Sönmez M. Epilepsi Tedavisinde İlaç Seçimi; Yeni Antikonvülsan İlaçlar. *Güncel Pediatri Dergisi*. 2008,6(1):37-40.

Bek S, Kaşıkçı T, Koç G, Genç G, Gökçil Z, Odabaşı Z. Epilepsi Tedavisinde Klasik ve Yeni Antiepileptik ilaç Seçimi. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2009,15(2):71-77.

İlaç tedavisi, hekim ve hastanın sabırlı olmasını gerektiren uzun bir dönemi kapsar. Bu nedenle hekim, hasta ve ailesi ile iyi bir ilişki kurmalıdır. Hasta ve ailesine, sosyo-kültürel düzeyine uygun, kolay ve anlayabileceği bir dille hastalığı anlatmalıdır. İlaçların etki ve yan etkileri, tedavi öncesi ve süresince yapılacak incelemeler (EEG, görüntüleme, plazma düzeyi ve kan incelemeleri) ve hastanın dikkat etmesi gereken sosyal ve fizik

etkinlikler hakkında bilgi verilmelidir. Gerekirse psikiyatri ve sosyal hizmet uzmanından yardım istenmelidir (4,10).

Genel olarak 2 ve üzeri yıl tam nöbetsizlik sağlanan hastalarda ilaç ile remisyon sağlama olasılığı çok yüksektir. Tedavi kesme kararı alırken epileptik sendromun türü, ilaç sonrası nöbetsiz kalma olasılığı, nöbet tekrarının hastaya vereceği olası zarar ve süregelen ilaç tedavisinin olası zararları göz önüne alınmalı ve karar bireyselleştirilmelidir (4, 10).

Çalışmalar 2-4 yıl ilaç kullanımı ile nöbetsiz kalan hastalarda kesin sonrası %60-75’inde remisyonun sürdüğünü göstermiştir. Tekrarların yarısı ilk 6 ay, %80’i ilk 1 yıl içinde olur (27).

Sonuç olarak tedavinin sonlandırılması, cerrahiye yönlendirilmesi ve ömür boyu tedavinin sürdürülmesi güç ve dikkatli verilmesi gereken bir karardır. Hekim, bazı benign sendromlarda tedaviyi sonlandırma; tedavinin sonlandırılmasının olumsuz olduğu nöbetlerde yaşam boyu tedavi konusunda belirleyici olabilir. Ancak çoğu durumda, prognoza ilişkin verileri göz önüne alarak ve hastaya ilişkin kendi düşüncesini de aktararak yönlendirici olmalı, hasta ve ailesi ile tartışarak karar verilmelidir (4).

4.4.2.2. Cerrahi Tedavi: Epilepsi tedavisinde temel amaç; herşeyden önce hastaya nöbetsiz bir yaşam sağlamaktır. Elbette AEİ’lerden kurtulmak ve daha iyi bir yaşam sürebilmek bu amacın içindeki diğer hedeflerdir. Epilepsi cerrahisi özellikle ilaca dirençli epilepsi hastalarında uygulanan bir tedavi yöntemidir (10,29).

AEİ’lerle nöbetlerin %70-80’nin kontrol altına alınabileceği bilinmektedir. Kalan %20-30 hasta ilaçlar listesine sürekli yeniler eklenmesine rağmen hala nöbet geçirmeye devam etmektedir. Bu tekrarlayıcı nöbetler hastalarda mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Mortalite oranları 1-14 yaşları arasında en düşük (4.1/1000 kişi /yıl), 55-72 yaşları arasında en yüksektir (32.1/1000 kişi /yıl). Anca normal popülasyonla karşılaştırıldığında çocuklarda 14 misli, yaşlılarda ise 2 mislinden daha fazla ölüm riski vardır. Öte yandan kontrol altına alınamayan nöbetlere bağlı gelişen psikolojik ve kognitif sorunlar zaman içinde giderek artabilir (29).

Genel anlamda, yapısal bir lezyonun oluşturduğu nöbetlerle gelen olgular cerrahi tedavi için en iyi adaylardır. Bunun en güzel örneği bir tümör ya da arteriovenöz malformasyonla ilişkili nöbetleri olan olgulardır (25,29).

Tablo 4-7: Epilepsi cerrahisi İndikasyon ve Kontrendikasyonları

İndikasyonları	Kontrendikasyonları
Olgular 1-60 yaş arasında olmalıdır	A.Kesin Kontrendikasyonlar
Resektif cerrahi için parsiyel nöbetleri olan olgular seçilmelidir	Primer jeneralize epilepsi
İlaçların yüksek dozlarıyla ve en az iki ilaçla etkin bir nöbet kontrolü sağlanamamış olmalıdır.	Yaşam kalitesini bozmayan minör nöbetler
Tedavinin başlangıcından sonra 1-2 yıl geçmelidir. Ancak erken cerrahi de önerilmektedir.	B.Göreceli Kontrendikasyonlar
Kalıcı nörolojik defisite neden olacak odak olmamalıdır. (dil, motor)	Cerrahi mortalite ve morbiditeyi arttıracak önemli medikal sorunlar
Entelektüel ve kişilik yıkımı; öğrenme güçlüğü, günlük ve sosyal etkinliğin azalması (yaşam kalitesi bozulmuş olmalı)	Progressif medikal ve nörolojik hastalıklar
	Resektif cerrahi için IQ 70'den az olmamalıdır.
	Cerrahi öncesi hazırlığa uyum sağlamasını bozan entelektüel ve davranış sorunları
	Cerrahi sonrası rehabilitasyonu bozabilecek davranış sorunları
	Odağın karşı hemisferi ile ilgili zayıf bellek fonksiyonları
	Aktif psikoz (peri iktal devre ile ilgili olmayan

Karakaş S. Kognitif Nörobilimler. MN Medikal&Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2008.

Epilepsi tedavisinde cerrahi, uygun hastalarda oldukça yüz güldürücü sonuçlar vermekte olmasına karşın dirençli epilepsilerin kabaca ancak 1/3'üne uygulanabilmektedir (10).

Epilepside;

- Cerrahinin güvenilir olduğu kanıtlanmıştır (cerrahi girişim riskinin, epilepsinin doğal seyriyle ilişkili risklerden daha az olduğu gösterilmiştir).
- Cerrahi ile yüksek bir olasılıkla nöbetlerden kurtulma (olguların %60-70'inde) ve geriye kalan %30-40 vakada nöbet sıklığında azalma şansı vardır.
- Cerrahi, rezektif veya non-rezektif olabilir. Bazı olgularda epilepsi cerrahisi küratif olabilir.
- Rezektif cerrahi, lezyonektomi (lezyon ve çevresindeki epileptojenik alanın çıkarılması), temporal lop rezeksiyonu ile birlikte olan veya olmayan amigdalohipokampektomi, multilober rezeksiyon ve hemisferektomiyi içermektedir.
- Non-rezektif cerrahi, çoklu subpial kesi, korpus kallostomi ve vagus sinir uyarılmasını içermektedir (30).

4.4.2.3. Uyarı İle Tedavi Yöntemleri: Uyarı yöntemleri içinde kullanım izni olan tek uygulama vagus sinir stimülasyonudur. Göğüs cildi altına yerleştirilen jeneratör pili belli aralıklarla sol vagus sinirine elektrik uyarısı verir. Net etki mekanizması hala bilinmemekle beraber sinaptik aktivite üzerine etkili olduğu düşünülmektedir. Mekanizmayı anlamaya yönelik tüm çalışma ve uygulamalar hayvan deneylerine dayanmaktadır. Bu yöntem en sık dirençli ve cerrahi uygulanamayan parsiyel epilepsilerde kullanılmaktadır. Küçük çocuklarda epileptik ensefalopatilerde denenmekle birlikte sonuçlar ümit verici değildir (31).

Çoğu geri dönüşlü olup, birçoğu yalnızca stimülasyon sırasında gözlenen ve hemen hemen hiçbir zaman tedavinin sonlanmasına neden olabilecek kadar şiddetli olmayan yan etkiler arasında ses kabalaşması, çenede uyuşma, öksürük, boğaz ağrısı, dispne, dispepsi, disfaji, baş ağrısı ve kardiyak ritm bozukluğu sayılabilir(31).

Nöbet sıklığında azalma çalışmalarda birincil sonuç olarak değerlendirilmiştir, ancak bunun yanı sıra AEİ kullanımında azalma, yaşam kalitesine artış ve interiktal epileptiform deşarjı (İED) sıklığında azalma da ikincil sonuçlar olarak değerlendirilmiştir.

Burada elde edilen şaşırtıcı sonuç, yaşam kalitesindeki artışın nöbet sıklığında azalmadan ve kullanılan AEİ sayısından bağımsız olduğudur. Hastaların bazılarında nöbet sıklığında azalma olmamasına rağmen veya belirgin bir azalma olmamasına rağmen yaşam kalitesinde artış saptanmıştır. Bu da VSS'nin pozitif bir psikotrop etkisi bulunduğu içindir. Bunun sebebi de mekanizma bölümünde ortaya çıkan norepinefrin veya serotonin salınımındaki artıştır (25,31).

Uygulama yaşı ise oldukça görecelidir. Food and Drug Administration(FDA) onayı 12 yaş üstü hastalara verilmiş olmasına rağmen çalışma sonuçları bu sınırın esnetilmesi gerektiğini göstermektedir. 18 yaş üstü hastaların %49,5'inde >%50 nöbet sıklığında azalma olmasına karşın bu oran 18 yaşın altında %55,3'e, hatta 6 yaşın altında %62'ye çıkmaktadır. Bazı çalışmalarda da hasta yaşı 1 yaşına kadar aşağıya çekilmiştir (25,31).

Nöbet tipi açısından değerlendirildiğinde sanılan aksine jeneralize epilepsilerde nöbet sıklığında %57,5 azalma gözlenirken parsiyel epilepsilerde %42,5 nöbet sıklığında azalma gözlenmiştir. Karışık tip nöbeti olan hastalarda ise nöbet sıklığında azalma oranı %53,7'dir (31).

Literatür verileri genellikle kontrolsüz çalışmalar ve olgu sunumları şeklindedir. Maddi maliyeti oldukça ağır olan bu yöntem karar verirken az sayıda ve seçilmiş hasta grubunun kısmi yarar sağlayabileceği göz önünde tutulmalı ve aileye açıklanmalıdır (27).

Diğer uyarı yöntemleri; Transkraniyel magnetik uyarım, basit ve hastaya zarar verici olmayan bir yöntem olmakla beraber sonuçlar yüz güldürücü değildir (27).

Şu an beyincik, kaudat, talamus, subtalamus, hipokampus ve kortekse doğrudan derin uyarım uygulaması deneysel aşamadır ve ilk sonuçlar ümit vericidir (27).

4.4.2.4. Farmakolojik Olmayan Yöntemler:

- **Ketojenik Diyet:** Ketojenik diyet 1920'li yıllarda Wilder tarafından ketonların beynin potansiyel enerjisini arttırması prensibine dayandırılarak düzenlenmiş ve nöbet kontrolünde olumlu etki görülmüştür. Özellikle ilaca dirençli nöbetlerde ve statik ensefalopatilerde kullanılmıştır. Ketojenik diyet, ilaca yeterli yanıt vermeyen veya ilaçların

olumsuz etkilerinin görüldüğü çocuk olgularda daha etkili olmaktadır. Yetişkinlerin diyeti uzun süre tolere etmekte güçlük gösterdiği görülmüştür. Ortalama %16 olguda tam nöbetsizlik, %32'de %90 üzerinde ve %56'da %50 üzerinde nöbet azalması sağlanmaktadır (4,27).

Diyet yüksek yağ, düşük karbonhidrat ve düşük proteinden oluşur ve metabolik olarak kronik açlığın sonuçlarını taklit eder. Oluşan keton cisimciklerinin nöronlar tarafından glikoz yerine tüketildiği düşünülmektedir. Kesin etki mekanizması bilinmemektedir (4).

Uygulama radikal olduğu için hastanede başlanmalıdır ve sıkı bir takip gerektirir. Genellikle hastalar tarafından katlanılabilir. Cevap alınan olgularda en az 1 yıl sürdürülür. Böbrek taşı, kemik kitlesinde azalma, gastrit, hiperlipidemi ve akli durumu etkileme gibi yan etkileri olabilir (4,27).

- **Yoga ve Meditasyon:**Yoga ile ilgili çalışmalar, stres hormonlarının üretiminin yavaşlattığını ve serotonin düzeyinin arttırdığını, stres azalması ile sonuçlanan beyin ritimlerinin modifikasyonunu ve refrakter epilepside kardiyak otonomik dengeyi modüle ettiğini göstermiştir. Yoganın refrakter epilepsideki rolü ile ilgili randomize kontrollü çalışmaların başlangıç sonuçları umut vericidir (30).

- **Ayurveda:**Ayurvedik ilaçlar refrakter epilepside önerilmemelidir. Şimdiye kadar kullanımları ile ilgili bilimsel kanıt olmayan çok sınırlı randomize kontrollü çalışmalar vardır (30).

- **EEG Biofeedback:** Ayrıca EEG-edimsel durum veya nöroterapi olarak da bilinir. Nöbet aktivitesinin baskılanması ile sonuçlanan EEG ritminin istemli kontrolünün öğrenilmesi yoluyla internal süreçleri kontrol eder (30).

- **Bitkiler:** Belirli botanik bitkiler kullanılmıştır ancak faydalı olduklarını kanıtlayan uygun şekilde yürütülmüş bilimsel çalışmalar sınırlıdır. Diğer taraftan, belirli bitkilerin ayrıca AEİ'lerle ilaç etkileşimlerine neden olarak yan etkilerin yol açtıkları da bilinmektedir (30).

4.5.EPİLEPSİNİN SOSYAL BOYUTU

Epileptik hastanın normal bir hayat sürdürmesi bazı basit noktalara dikkat edilerek çoğu zaman mümkündür. Ancak toplumdaki genel eğitimsizlik bazen bu hastaların hayatını gereksiz şekilde zorlaştırmakta ve verimsizleştirmektedir. Tüm adımlar, hastanın mümkün olduğunca normal bir hayat sürmesi, yani eğitim, evlenme, meslek sahibi olma ve boş zamanlarını değerlendirme gibi çeşitli sosyal olayları normal bir şekilde sürdürmesi amacıyla atılmalıdır.

4.5.1. Epilepsi ve Gebelik

Epileptik kadınlarda gebelik, üzerinde durulması gereken önemli sorunlardan biridir. Geniş epidemiyolojik çalışmalar gebeliklerin % 0,3 ile %0,5'nin epilepsi ile birlikte olduğunu göstermektedir. Anne, fetus ve nöbetler açısından ayrı ayrı irdelenmesi gerekir (32).

Gebeliğin annenin nöbetlerine etkisi: Gebelik sırasında nöbetlerde artma veya azalma olabilir. Nöbetlerde artma %8-46, azalma %3-24, anlamlı bir değişikliğin olmaması %50-87 arasında gösterilmiştir. Gebeliğin ilk trimesterinde mide tonus ve motilitesinin azalması ve kusmalara bağlı olarak, antiepileptik ilaçların emilimi bozulur. Antiepileptik düzeyindeki değişimler, ilaç alımı, emilimi ve metabolizmasındaki değişiklikler ve nöbetleri uyaran folik asit gibi ilaçlar da nöbet sıklığı üzerine etkili olur (32).

Diğer yandan önceden epileptik nöbetleri olmayan kadınlarda, gebelik ve lohusalık döneminde epilepsi nöbetleri ortaya çıkabilir. Bu nöbetler, gebelik döneminde ortaya çıkan nöbetlerin yaklaşık dörtte birini oluşturur (32).

Antiepileptiklerin fetus ve yenidoğana etkileri: Epileptik gebeler, kullandıkları antiepileptik ilaçların (AEİ) fetus üzerine olan olası olumsuz etkileri, konvülsiyon sıklıklarının artabileceği ve epilepsi dahil çocuklarında oluşabilecek olumsuzluklar açısından endişe duymaktadır. Bu endişelerinde de haklı oldukları konular mevcuttur. Antiepileptik ilaçların konjenital malformasyon riskini arttırdığı bilinmektedir. Sağlıklı gebelerde malformasyon oranı, %1-2,5 dolayında olmasına karşın; tedavi gören epileptik gebelerde %4-7, tedavi görmemiş epileptik gebelerde ise %2-4,5 arasında değişmektedir (32,33).

Antiepileptiklerin fetal yan etkilerinin oluşmasında, genetik yatkınlık, ilaçların özel kimyasal yapıları, dozları ve fetal embriyogenik gelişmenin duyarlı devresinde kullanılmaları etkili olur. Özellikle politerapinin olumsuz etkisi fazladır. Antiepileptik ilaçlarla ilgili malformasyonlar, majör ve minör olmak üzere 2'ye ayrılır. Minör malformasyonlar sıklıkla, zeka düzeyinde hafif düşüklük, kognitif disfonksiyon gibi psikomotor; distal dijital hipoplazi, hipertelorizm, distal falengeal hipoplazi, dismorfizm gibi fizik anomaliler ortaya çıkar. Major malformasyonlar arasında, nöral tüp defektleri, yarı dudak/damak, kalp defektleri, kardiyovasküler, intestinal atrezi, ürogenital deformiteler ve hipospadias sayılabilir. Spina bifida, meningomyelose, ventriküler septal defekt ve yarı dudak/damak şeklinde ortaya çıkan nöral tüp defektleri, gebelikten önceki son menstrüel evrenin ilk gününden sonraki 28-42 günler arasında kullanılan ilaç teratojenitesiyle ilgilidir. Valproatın nöral tüp defektleri oluşturma riski diğer ilaçlara göre biraz daha yüksektir. Fenitoin ve fenobarbital ise yarı dudak ve kalp anomalileri ile daha sık ilişkilendirilmektedir. Risk politerapiyle ve artan dozlara paralel olarak yükselmektedir(32,33).

Epileptik kadınlarda gebelik açısından olumlu sonuçların elde edilebilmesi için en önde gelen koşul, gebeliğin planlanarak yapılmasıdır. Planlı gebelik, gebelik öncesi danışmaya olanak sağlar. Gebelik öncesi danışma da, anti-epileptik ilaçların düzenlenmesine, fetal malformasyonlar ve özellikle nöral tüp defektleri açısından folik asit profilaksisine, gebeliğin epilepsi ve epilepsinin gebelik üzerine etkilerinin aileye anlatılmasına olanak sağlar (32).

Bütün bunlar göz önüne alındığında, çocuk sahibi olmak isteyen anne ve babalar, çocuk sahibi olmanın gerektirdiği sorumluluğun bilincinde olmalıdır. Gebelik sırasında yaşayabileceği sorunlar nedeniyle epileptik hastalar daha dikkatli karar vermelidir. Gebelik ve sonrasında ortaya çıkabilecek sorunları hekimi ile tartışmalı ve gebelik öncesinden başlayarak yaşam biçimini düzene koymalıdır (32,33).

4.5.2. Epilepsi ve Meslek Seçimi

Epilepsinin hastaya verdiği utanma duygusu, özgüven eksikliği, nöbetler nedeni ile eğitim sürecini tamamlayamama ya da kendini iş hayatına hazırlayamama, iş güvenliği ile ilgili sorunlar, iş becerisinin ve tecrübesinin eksikliği, toplumun epilepsi hastalığı

hakkındaki tutumu bu hastaların iş bulma konusunda ciddi sorunlarla karşılaşmalarına neden olur (34).

Epilepsi ani bilinç kaybı ve hareketlerde kontrol kaybı nedeniyle bazı meslekler açısından risk oluşturur. Örneğin yüksekte çalışma, tehlikeli olabilecek iş makinelerinin kullanımı, araba kullanma gerektiren meslekler epileptik hastaların tam nöbet kontrolü sağlanmadan seçmemeleri gereken mesleklerdir. Bazı sendromlarda (örneğin juvenil miyoklonik epilepsi) uykusuzluk nöbet riskini arttırdığı için uyku düzenini bozan meslekler ve vardiyalı gece çalışması sakınca doğurabilir. Fotosensitivite saptanan olgular parlak ışık, TV, bilgisayar ekranının nöbet riski yaratma olasılığı nedeniyle meslek seçiminde uyarılmalıdırlar, ancak bu durumun epileptiklerin sadece ufak bir bölümü için geçerli olduğu da göz ardı edilmemeli ve hastaya gereksiz sosyal hayatını kısıtlayıcı öneriler getirilmemelidir. Bu nedenle ülkemizde birçok epileptik hasta kalifikasyonlarına uygun iş bulamamakta, hastalıklarını saklamak zorunda kalmakta ve iş yerinde nöbet geçirince işten atılma stresiyle yaşamaktadırlar. Bu açıdan halkın ve işverenlerin hastalığın gerçek doğası hakkında bilgilendirilmeleri ancak çok geniş çaplı eğitim adımlarının atılması ile mümkün olabilecektir (34).

Türkiye'nin de içinde bulunduğu on Avrupa ülkesini içine alan bir çalışmada epilepsi hastalarının %38'inin çalıştığı, %56'sının hastalığından dolayı işi bıraktığı, %11'inin işsiz olduğu; fakat aktif olarak iş aradığı, %8'inin emekli olduğu, %9'unun evde bakıldığı, %1'inin öğrenci olduğu ortaya çıkmıştır. Toplumun epilepsiye bakışı ve epilepsi hakkında bilgisizlikleri devam ettiği sürece bu yüksek işsizlik oranının devam edeceği düşünülmektedir (3).

4.5.3. Epilepsi ve Araç Kullanımı

Epilepsi nedeniyle sosyal açıdan hastanın yaşadığı en önemli sıkıntılardan biri de, ne zaman geleceği belli olmayan nöbetler nedeniyle hastanın nöbetsiz döneminde rahatça yürütebileceği bazı aktivitelerin nöbet anında yaşam tehlikesi yaratmasıdır. Araba kullanmak bunlar arasında gündelik yaşam ve iş bulma açısından belki de en önemlisidir (3).

Trafik toplumsal bir kavram olduğu için bu sorunun yanıtı aslında sâdece soruda bahsi geçen kişiyi değil, tüm toplumu ilgilendirmektedir. Bu konudaki kanun ve kurallar ülkeden ülkeye değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dâhil pek çok ülkede epilepsisi kontrol altında olan bireylerin kanunî bir takım kısıtlamalar ile birlikte araba kullanmasına izin verilmektedir Türkiye, Yunanistan, Hindistan, Brezilya ve Rusya'nın dâhil olduğu bir grup ülkede ise epileptiklerin araç kullanması yasaktır. İngiltere'de sürücülerin araç kullanımı DVLA(Sürücü ve Araç Ehliyetlendirme Merkezi) kurallarına tâbidir. Bu kurallara göre, ehliyet sâhibi olan bir kişi nöbet geçirirse araba kullanmayı bırakmalı, DVLA'ya haber vererek, ehliyetini teslim etmelidir. Birçok ülkede son nöbetten itibaren 1 veya 2 yılın nöbetsiz geçmiş olması koşulu aranmaktadır. Japonya'da epileptik kişilerin araç kullanımı kanun ile kesinlikle yasaklanmışken, 2002'de yapılan trafik düzenlemeleri ile 2 yıllık nöbetsiz kalma süresinden sonra ehliyet almalarına imkân sağlanmıştıdır (Inoue 2004) (35).

Çeşitli ülke örneklerinde görüldüğü gibi, epileptik kişilerin ehliyet alması ve araba kullanmasında standartlaştırılmaya çalışılan, nöbetsiz geçirilen sürenin varlığıdır. Bu sürenin tamamlanması halinde direksiyon başında nöbet geçirerek kazaya sebebiyet verme riskinin azaltılması amaçlanmaktadır. Ancak şaşırtıcı bir şekilde, araç kullanan epileptiklerin yol açtıkları kazalarda ölme veya ölüme sebebiyet verme sıklığının ortalama toplumdan çok farklı olmadığını bildiren yayınlar mevcuttur (Sheth ve ark. 2004)1991 yılında yayınlanan bir çalışmada kişilerin 5 yıllık trafik kayıtları incelenmiştir. Çalışmaya dâhil olan 98 hastadan 9 tanesinin (%9) bu süre zarfında trafik kazası yaptığı,89'unun hiç kaza yapmadığı, kaza yapanların ise hiçbirinin nöbet sonucu kaza yapmadığı görülmüştür (Hashimoto ve ark. 1991) (35).

4.5.4. Epilepsi ve Askerlik

Türkiye Cumhuriyeti 1111 sayılı Askerlik Kanunu'na göre; "Türkiye Cumhuriyeti tebaası olan her erkek, işbu kanun mucibince askerlik yapmağa mecburdur" gereği askerlik görevi tüm ulus için kanuni bir zorunluluktur. Askerlik kanununun ilgili maddesi ile bu sorumluluk altında bulunan yaş grubu belirlenmiştir; "Askerlik çağı, her erkeğin esas nüfus

kütüğünde yazılı olan yaşına göredir ve yirmi yaşına girdiği yıl Ocak ayının birinci gününden başlayarak 41 yaşına girdiği yıl Ocak ayının birinci gününde bitmek üzere 21 yıl sürer.

Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 2000 yılı genel nüfus sayımına göre 67,8 milyon Türkiye Cumhuriyeti vatandaşının 34,3 milyonu erkektir. Erkek nüfusun %33,2'si 20-40 yaş arasında olup yaklaşık olarak 2000 yılında askerlik çağında olan erkek sayısı 11,5 milyon kişidir. Yapılan çalışmalarda Türkiye'de epilepsi prevalansı 4-10/1000 olarak bulunmuştur. 2000 yılı nüfus sayımı esas alındığında, askerlik çağında bulunan erkeklerin yaklaşık 115.000'i epilepsi hastasıdır.

Türk Silahlı Kuvvetleri'nde (TSK) görevli askeri ve sivil personel ile askerlik görevi ile yükümlü vatandaşların Silahlı Kuvvetlerdeki görevlere uyarlılık bakımından sağlık yeteneklerinin tespiti ile barış ve savaşta yapılacak sağlık işlemleri TSK Sağlık Yeteneği Yönetmeliği (SYY) ile belirlenmiştir.⁷ Bu yönetmeliğin 6. maddesine göre, “askerlik çağına giren yükümlüler, askerlik yoklamasında veya askeri hastanelerin sağlık kurullarında, askerliğe elverişli olanlar ve askerliğe elverişli olmayanlar olmak üzere gruplandırılır.”

Askeri hekim tarafından mevcut belgeler ile kişinin epilepsi hastası olduğu kanaatine vararak işlem yapıldığı takdirde kanuni sorumluluğun raporu tanzim eden sivil nöroloji uzmanına ait olduğu da akılda bulundurulmalıdır. Bu nedenle sivil nöroloji uzmanları gelecekte kanuni belge olarak kullanılabilen olan, askerlik ve öncesi çağda erkek hastalarına belge tanzimlerinde bu hususları göz önünde bulundurulmalıdır.

Elbette ki ülkemizin sağlık konusundaki yetersizlikleri nedeniyle birçok yükümlünün de hayatında ilk defa doktor muayenesine askerlik yoklaması sırasında gelmeleri ve hiçbir evraklarının bulunmaması da sık karşılaşılan durumlardır (10,36).

4.5.5. Epilepsi ve Okul

Çocukluk ve ergenlik dönemindeki çocuklar okulda başarılı olmak ve akranları tarafından kabul görmek isterler. Bu dönemde dış görünüm, davranışlar ve okulda başarılı olma arasında sıkı bir bağ bulunmaktadır. Epilepsili çocuğun tedavisi, nöbetleri nedeniyle

yaşıtlarından farklı olması arkadaşlarının kaygılanmalarına ve bu hastalığın onlarda da olacağına ilişkin endişelerin artmasına neden olabilmektedir (37).

Epilepsili çocukların akademik zorluklarla da daha sık karşılaştıkları bildirilmiştir. Eğitim problemlerine neden olabilecek çeşitli sebepler literatürde şu şekilde özetlenmiştir: altta yatabilecek beyin hasarı, epileptik nöbetler, subklinik epileptiform elektroensefalogram (EEG) deşarjları, antiepileptik tedavinin bilişsel işlevler üzerine etkileri ve ayrıca ailelerin, öğretmenlerin ve sınıf arkadaşlarının tutumları (38).

Okullarda yapılan çalışmalarda çocuğun okul çevresinde bulunan kişilerin epilepsi ile ilgili bilgilerinin düşük ya da yanlış olduğu saptanmıştır. Okul hemşireliğinin bu konuda gelişimi sağlanarak öğretmenlerin, servis şoförlerinin, öğrencilerin epilepsi ile ilgili bilgilerinin artırılması gerekmektedir (37).

4.5.6. Epilepsi ve Spor

Epilepsili hastalar, genel olarak daha sedanter yaşamaya eğilimlidir. Çünkü uzun yıllar boyunca epilepsi hastaları, nöbetlerin tetiklenebileceği ve nöbet sıklığında artış olabileceği korkusuyla fiziksel etkinlik ve spor etkinliklerinden uzak tutulmaya çalışılmıştır. Steinhoff ve ark (23), epilepsili hastaların, aerobik enduransta, kas kuvvetinde ve esneklikte önemli defisitleri olduğunu açıklamıştır. Epilepsili hastalar, daha büyük beden kitle indeksine sahiptir. Nakken ve ark (9), epilepsili hastalarda, 4 haftalık düzenli, yoğun fiziksel egzersiz programının etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, bu hastalardaki maksimal oksijen tüketiminin, normal grubun sadece %77 olduğunu tespit etmişlerdir. Onların eğitimleri sonrasında hastaların maksimal oksijen tüketimi, normallerin %95'ne ulaşmıştır (38,39).

Ancak yapılan son çalışmalar ışığında bu aşırı koruyucu tutum giderek değişmektedir. Çünkü elde edilen veriler, nöbetleri iyi kontroledilen hastaların spor etkinliklerinde bulunabileceğini ve bunun nöbet sıklığı üzerine olumsuz bir etki yaratmayacağını göstermiştir (38).

Bu çalışmalardan biri Gotze ve ark (40) aittir. Onlar kassal egzersizin, EEG'de epileptiform aktiviteyi azaltabildiğini göstermişlerdir. Benzer şekilde, Horyd ve ark (41)'da, bisiklette egzersiz yapan 43 hastada, EEG deşarjlarının azaldığını tespit

etmişlerdir. Başka bir çalışmada ise, bisiklet ergometre üzerindeki bir egzersiz esnasında, çoğu epileptik hastada, EEG’de epileptiform deşarjların oluşumunda bir azalma tespit edilmiştir (42). Nakken ve ark (43), düzenli, yoğun 4 haftalık fiziksel egzersiz yapan epileptiklerde, nöbet sıklığının değişmediğini tespit etmişlerdir. Bir başka çalışma, epilepsili kadınlarda fiziksel aktivitenin ortalama nöbet sıklığını azalttığını göstermiştir, bu bulguya diğer çalışmalarda iştirak etmiştir (39).

Belli önlemler alındığı sürece pek çok epilepsi hastası spor etkinliklerinde bulunabilir. Bu konuda zarar görme olasılığı azdır ve sadece belli sporlar yasaklanmıştır. Bu nedenle epilepsi hastaları spor yapmaya teşvik edilmelidir (39).

Epilepsili bir hastanın spor yapması söz konusu olduğunda nöbete neden olabilecek bazı tetikleyici sebepler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu tetikleyici nedenler şu şekilde özetlenebilir:

- Aşırı yorgunluk,
- Uykusuzluk,
- Yüksek rakımlı yerlerde yapılan spor etkinliklerine bağlı gelişen hipoksi,
- Elektrolit kaybı sonucu gelişen hiponatremi
- Dehidratasyona bağlı gelişen hipernatremi,
- Aşırı fiziksel etkinlik ve sığağa bağlı gelişen hipertermi,
- Etkinlik öncesi yetersiz beslenmeye bağlı gelişen hipoglisemi.

Hastalar aşırı yorgunluk, dehidratasyon ve hipoglisemi gibi durumlardan kaçındıkları sürece spor yapmalarında herhangi bir sakınca yoktur. Ancak bazı hastalar ve bazı spor türleri için zarar olasılığı belirgindir. Bu nedenle genel ve kesin kısıtlamalar yapmadan önce her hasta ayrı olarak ele alınarak karar her hasta için ayrı olarak belirlenmelidir (38).

Tablo 4-8: Epilepsili Hastaların Yapmaması Gereken Sporlar

-Tüm Epilepsili Hastalarda	-Kontrol Edilemeyen Nöbetleri olan Hastalarda
Boks	Havacılık sporları
Karate	Jimnastik (paralel bar gibi)
Skuba dalışı	Binicilik
Paraşütçülük	Buz hokeyi, buz pateni
Dağcılık	Motor sporları
	Dağcılık
	Skuba dalışı
	Gözetmensiz yapılan yelkencilik
	Gözetmensiz yapılan su sporları ve yüzme
	Su kayağı
	Rüzgâr sörfü

Uysal S. Ercan T. Epilepsi, spor, psikososyal yaşam. Türk Pediatri Arşivi. 2005.40:68-71.

Bisiklete binme, paten yapma ve kay kay gibi tekerlekli sporların belirgin bir sakıncası yoktur. Çocuklar bisiklete binmeyi severler ve en sık yaptıkları etkinliktir. Epilepsili hastalarda bisiklete binmenin belirgin bir tehlikeoluşturmadığı düşünülmektedir (30). Ancak çocukların trafiğin yoğun olduğu sokaklardan uzak durmaları önerilmektedir. Tüm çocukların kask takması gereklidir. Eğer nöbetler kontrol altında değilse ve yeni tanılandırıldıysa bisiklete binme, paten, kay kay gibi etkinliklerin yasaklanması önerilmektedir. Koşu, “tracking” gibi etkinliklerinin yasaklanmasına gerek yoktur. Bu tür etkinliklerin nöbet sıklığını azalttığına ve kişinin kendine güven duygusunu geliştirdiğine dair veriler vardır. Kayak veya buz pateni gibi sporlar ise uygun önlemler alındığı sürece yapılabilir (38).

Epilepsili hastalar için genellemeler hiçbir zaman için yapılamaz. Çünkü her hastanın nöbetlerinin tipi, şiddeti ve etkisi farklıdır. Böylece, uzmanın epilepsili hastaya önerilecek fiziksel aktivite tipini belirlemeden önce, onun hastalık hikâyesini iyi bilmesi gerekmektedir. Fiziksel aktivitenin nöbet sıklığı üzerine olan etkileri konusundaki tartışmalardan öte, fiziksel aktivitenin pozitif etkilerinden dolayı, bu hastalar aktiviteye teşvik edilmelidir (39).

4.5.7. Epilepsi ve Ceza Ehliyeti

Tarihte bilinen en eski, dünyada rastlanan en yaygın ve tıbbın en karışık ve çok yönlü hastalıklarından biri olan epilepsi, adli psikiyatri ve özellikle ceza ehliyetinin belirlenmesine yönelik uygulamalar yönünden oldukça tartışmalı bir konudur. Epilepsi bir psikiyatrik bozukluk olmamakla beraber, epilepsiye bağlı akıl ve bilinç bozuklukları Türk Ceza Yasasında akıl hastalığı kapsamında değerlendirilmektedir (44).

Epileptiklerde sıklıkla davranış ve kişilik değişiklikleriyle psikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir. Ceza ehliyetinin tayininde, suçun epileptik nöbet sırasında işlenmesi, epileptik kişilik değişiklikleri ve psikozun oluşmuş olması adli tıp açısından önemli konulardan biridir. Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 46., 47.ve 48. maddeleri, kişilerin suç sırasındaki şuur ve hareket serbestisini esas almakta ve suçun işlendiği dönemde hasta olduğu belirlenenlerin zorunlu tedavi ve hastaneden çıkarma koşullarını da düzenlemektedir (45).

TCK'nın 46. maddesi, "fiili işlediği zaman şuurunun ve harekâtının serbestisini tamamen kaldıracak surette akıl hastalığı olan kimseye ceza veremez" şeklindedir ve şifa buluncaya kadar zorunlu olarak bir akıl hastanesinde muhafaza ve tedavi altında bulundurulmasını öngörür (45).

TCK'nın 47. maddesi, "fiili işlediği zaman şuurunun veya harekâtının serbestisini önemli derecede kaldıracak surette akli maluliyete müptela olan kimseye verilecek ceza indirilir" şeklindedir. Bu kişilere zorunlu muhafaza ve tedavi öngörülmemektedir (45).

TCK'nın 48. maddesinde, "suçu işlediği sırada geçici bir nedenden dolayı 46. ve 47. maddelerde yer alan akli maluliyet halinde bulunan kimseler hakkında o maddelerdeki hükümler uygulanır" denilmektedir (45).

Epilepsili olguların epilepsisi olmayan olgulara oranla daha genç, bekâr ve işsiz olduğu, suç sayılarının daha düşük olduğu, en fazla kişiye ve mala yönelik orta derecede şiddet içeren suçları işledikleri, en fazla kesici delici alet kullandıkları ve hedef kitlenin en fazla akraba, arkadaş ve komşu olduğu belirlenmiştir. Ceza ehliyetinin belirlenmesine yönelik psikiyatrik bir karar oluşturmada, epilepsiye bağlı mental bozukluk, diğer psikotik bozukluklar, epilepsiye bağlı kişilik değişiklikleri ve zeka geriliği, sık nöbet, epileptik

nöbetlerin uzun süredir bulunması, nöbet tipinin kompleks parsiyel ve BT'de yapısal beyin hasarının saptanması ayırt edici unsurlar olarak belirlenmiştir (45).

4.5.8. Epilepsi ve Stigma

Damga (Stigma), delik, delmek, yara, iz anlamına gelse de, günümüzde daha çok “kara leke” anlamında kullanılmaktadır. Sözcüğün bu anlamda kullanımı ortaçağda suçlu kişilerin, suçluluğun göstergesi olarak kızgın demirle dağlanmalarından sonradır. Damgalama (stigmatization) ise, kişinin içinde yaşadığı toplumun “normal” saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından, kişiye saygınlığını azaltıcı bir atıfda bulunulmasıdır. Damgalanan kişiye damgalanma nedeniyle, gerçeğe dayanmaksızın, adını kötüye çıkararak utanç verici bir özellik yüklenmektedir. Damgalamanın temelinde olumsuz inançlar ve bunun sonucu olan önyargı yer almaktadır. Özetle damgalamanın hayat bulduğu zemin önyargıdır (6).

Yeni bir fenomen olmayan damgalamanın izleri, geçmiş zamanlarda da mevcuttur. Tarih boyunca meydana geldiği toplumlarda kapsamı geniş sonuçlar doğuran salgın hastalıklar incelendiğinde; felaketin boyutuna paralel olarak toplumda yaşanan korkuların ve hastalığa yakalananların eziyet görme şiddetinde artışların olduğu görülmüştür. İnsanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahip olan ve ilk damgalanan hastalıklardan olan cüzam, tanrının insana verdiği bir “kötülük” olarak nitelendirilmiştir. 1300’lü yıllarda kara ölüm olarak da bilinen veba, tanrının insanlara günahkâr davranışları yüzünden gönderilen bir ceza olarak görülmüş, tanrının öfkesini yatıştırmak için toplumun normlarına aykırı yaşayan grupları günah keçisi ilan etmişlerdir. 15. Yüzyılda tüm Avrupa kıtasını kasıp kavuran frengi, Orta Doğu’ya sıçramış, hastalığa yakalananlar tarih boyunca lanetlenmişlerdir. 18. yüzyılda adı konan tüberküloz, tamamen aşağı sınıfın bir hastalığı olarak bilinmiştir. 1700’lü yıllarda tütün kullanımının bir takım sağlık sorunlarına yol açtığı ortaya konmuş, 1900’lü yıllardan itibaren dünya kanser adı verilen bir hastalıkla savaşmak zorunda kalmıştır. O dönemlerde kanser hastalarına karşı önyargılı davranışlarda bulunulmuş, son 20 yıla kadar kanser hastalarına karşı ayrımcı yaklaşımlar devam etmiştir. 1980’lerde ortaya çıkan ve önceleri homoseksüel hastalığı olarak bilinen AIDS hakkında “Allah’ın günahkârlara verdiği bir cezası” yorumları yapılmıştır. Kısacası kanser, tüberküloz, lepra, sifilis, epilepsi ve AIDS damgalanan hastalıklardan olmasının yanında,

olumsuz ön yargılardan nasibini alan hastalıkların başında ise ruhsal bozukluklar yer almaktadır (6).

Damgalamanın birçok nedeni vardır. Bunlar arasında; batılılaşmanın getirdiği toplumsal değişiklikler, farklı eğitim düzeyleri, medyada yapılan ve yayımlanan programlar, ruhsal hastalığın toplumdaki dağılımı ve bunabağlı gelişen hoşgörü düzeyi sayılabilir. Diğer bir neden ise ruhsal hastalıkların hastalık olarak algılanmamasıdır. Ayrıca ruhsal bozukluğu olan hastaya karşı duyulan korku ve olumsuz inançlarda damgalama nedenidir. Bu inançlar arasında, hastaların tehlikeli, dengelerintamamen bozuk, ne zaman ne yapacakları belli olmayan, çevresindekilere zarar veren ve iletişim sorunu olan kişiler oldukları yer almaktadır (6).

Damgalanan epilepsi hastası birey ve aileleri tedavi tercihini yapmaktansa evde tecrit edilmeyitercih eder hale gelmişlerdir. Bir yandan çocuklarının, kardeşlerinin hastalığından kendilerini sorumlu tutmakta suçluluk duymaktadırlar. Bir yandan da sanki yakınları yüzkızartıcı bir suç işlemiş gibi, çevrenin gözünde “epilepsi hastalığına sahip bir hastanın çocuğu, annesi ya da babası” olmanın getirdiklerine göğüs germektedirler. Bu nedenle var olan damgalama ile mücadele bir tedavi kadar etkili olup, hasta ve ailelerin yaşam sürecini olumlu kılmaktadır (6).

Damgalama ile mücadelede; kişilerarası, toplumsal, endüstriyel, yönetsel, hükümet politikalarını da içinealan bir önlem uygulaması ile gerçekleştirilmelidir. Bu uygulamalarda hasta merkezli yaklaşımın hedef grup çalışmaları ile yürütülmesi önerilmektedir (6).

Hastalığa ve hastalara yönelik tutumların, yanlış inanışların ve önyargıların değişmesi toplumun eğitilmesiyle mümkündür. Toplumdaki anahtar kişilerin doğru bilgilendirilmesi hastaların damgalanmasını ve buna bağli ayrımcılığı hafifletmede en etkili yöntem olarak görünmektedir. Daha önce Aydemir(46) tarafından Türk toplumunun epilepsiye dair bilgi ve tutumunu tespit etmek amacıyla 1354 yetişkin katılımcıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların dörtte üçünün epilepsiye dair bir takım bilgiler duymuş oldukları ve katılımcıların yarısının epilepsi hastası olan birini tanıdıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların epilepsiye dair sahip oldukları bilgi seviyesi orta olarak gözlenmiş ve epilepsiye dair tutumlarının da pozitif uca daha yakın olduğu belirlenmiştir.Epilepsiye dair

pozitif tutumu yordayan değişkenlerise, genç olmak, erkek olmak ve epilepsiye dair daha fazla bilgi sahibi olmak olarak bulunmuştur. Toplumun psikiyatrik hastalıklar ve tedavileri konusunda bilgilendirilmesi damga etkisini azaltacaktır. Bu nedenle eğitim programlarının planlanması ve damgalamayla mücadelede araştırma programlarının oluşturulması önerilebilir. Damgalama konusunda toplum eğitilirken, hastalar da tedavileri sırasında damgayla baş etme konusunda bilgilendirilmelidirler (6,47).

4.6. EPİLEPSİLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ

Epilepsi en yaygın kronik nörolojik hastalıklardan birisidir. Genel popülasyonun yaklaşık %1'ini etkiler. Sıklıkla genç yaşta başlar ve bireylerin yaşamında belirgin fiziksel, sosyal ve emosyonel sınırlamalara yol açar (1,10).

Epilepsi hastalarında hastalıklarından utanma, nöbetlerini istemli engelleyememe ve kalabalıkta nöbet geçirme; arkadaşlarını, eşini ve işini kaybetme korkusu, araç kullanımındaki engeller yaşamla ilgili esas sorunları oluşturur. İşsizlik, düşük evlilik oranları, düşük eğitim düzeyleri ve okul başarısızlıkları oldukça sıktır. Bütün bunlarla ilişkili bireylerde özgüven duygusunda azalma ortaya çıkar. Depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklarda epilepsiye eşlik eden önemli komorbid durumlardır (47).

4.6.1. Yaşam Kalitesi Tanımı

Tıp literatüründe görece yeni bir kavram olan “yaşam kalitesi,” ilk kez yaklaşık 20 yıl önce ortaya atılmıştır; ancak, tanımlanması ve uygun ölçüm yöntemleri hakkında halen tam bir görüş birliğine varılamamıştır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (Health Related Quality of Life) (HRQOL), Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation- WHO) tarafından 1958 yılında tam bir fiziksel, mental, sosyal iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Bireyin yalnızca biyolojik bütünlüğü iyi olma halini ifade etmeye yeterli değildir. İyi olma hali kişinin kendini psikolojik, sosyal, iş ve eğitim alanlarında tamamen yeterli hissetmesi ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesidir (48).

Bir başka tanıma göre ise, hastalığın ve tedavinin hastaya olan fonksiyonel etkisinin hasta tarafından nasıl algılandığıdır. Bunun epilepsiye uyarlanmış en iyi tanımlarından birisi de, bireyin epilepsi ve tedavisinin yol açtığı etkileri algılayabilmesi; yaşadığı toplumun kültür ve değer yargılarıyla kendi amaç, beklenti ve yaşam düzeyi arasındaki

farkı ayırt edebilmesidir.Yani, kişinin yaşamdan beklentileriyle yaşam gerçekleri arasındaki uyum durumudur. Eğer beklentiler ve gerçekler arasında uyum farkı çoksa düşük yaşam kalitesinden, azsa yüksek bir yaşam kalitesinden bahsedilir (48).

HRQOL epilepsisi olan hastalarda sağlıklı bireylere oranla belirgin olarak düşüktür. HRQOL'nin üç ana içeriği vardır:

Fiziksel sağlık; genel sağlık durumu, fiziksel gücü, yürüyebilme, günlük aktivitelerini yerine getirebilme, ağrı, nöbet gibi semptomları ve ilaç yan etkilerini kapsar.

Mental sağlık; ruhsal durum, özgüven, iyilik halinin farkına varma ve stigmanın algılanması ile ilgilidir.

Sosyal yaşam; sosyal aktivitelere katılım, sosyal ilişkiler, akrabalık ilişkileri, çevresel faktörlerle ilişkilidir (48).

4.6.2. Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

Kronik hastalarda yaşam kalitesi kavramı giderek önem kazanmış ve özellikle son yirmi yılda epilepside yaşam kalitesi ile ilgili bir çok çalışma yapılmıştır (48).

Tedavi seçeneklerinin etkinliğini ve hastalığın birey üzerindeki etkisini anlayabilmek için hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halini, yani hastanın sağlıklı ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek gerekir. Geçmişten günümüze farklı gelişmeler gösteren sağlık alanında kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinden bazıları, Epilepsy Surgery Inventory-55, Epilepsy Psycho-Social Effects Scale (EPSES), Liverpool Assessment Battery ve Quality of Life in Epilepsy-89 (QOLIE-89) biçiminde sıralanabilir (49).

Bunlardan en yaygın kullanılanı QOLIE 89'un (Quality of Life in Epilepsy-Epilepside Yaşam Kalitesi) birçok hasta grubunda duyarlı olduğu gösterilmiş, zamanla çeşitli versiyonları ortaya çıkmış ve ülkelere göre pek çok dile çevrilmiş, kültürel adaptasyonları yapılmıştır. Türkiye'de de epilepsi hastalarında kullanılabileceği Mollaoğlu ve ark. Tarafından gösterilmiştir.

QOLIE 89; 4 ana grubu içeren, 17 alt başlıklı anket şeklindeki sorulardan oluşmaktadır.

- Birinci grup sorular, nöbet (nöbetin sıklığı, şekli, şiddeti)ve tedavi ile ilgili bilgilere yöneliktir. Ayrıca iş, araç kullanımına dair sorular yer alır.
- İkinci grup sorular, lisan, dikkat, bellek ve konsantrasyonu içeren kognitif fonksiyonlarla ilişkilidir.
- Üçüncü grup sorular, sosyal destek, sosyal izolasyon, emosyonel durumları anlamaya yöneliktir.
- Dördüncü grup ise fiziksel kısıtlılık ve ağrı ile ilgili soruları içerir.

QOLIE 89 dışında çeşitli ölçekler oluşturulmuş ve soruların kapsamında bazı değişiklikler yapılmıştır (49).

4.6.3. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Epilepsi psikososyal alana ve yaşam kalitesine etkisi bulunan bir hastalıktır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki epilepsi kişide bağımlılık gelişmesine, sosyal fonksiyonlarda bozulmaya, düşük benlik saygısına neden olmaktadır. Bunun sonucunda genç erişkinlerde sağlıklı kişilik algısının gelişiminde, başarılı sosyal ilişkiler kurmada ve otonomi kazanımında

bozulmalar ortaya çıkmaktadır. İlerleyen yaşlarda da bu durum kendisini depresyon, yalnızlık hissi, anksiyete ve davranışsal problemler şeklinde göstermektedir (50,51).

Yapılan çalışmalar nöbet sıklığı ve şiddetinin düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu; nöbetleri kontrol altında olan hastaların daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca şiddetli nöbet olan hastalarda düşük benlik saygısı saptanmıştır (50).

Fakat Szaflarski ile arkadaşlarının yaptıkları çalışmada nöbet sıklığı ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Buna göre yaşam kalitesi temelde primer hastalığın şiddetinden çok hastanın duygudurumuna bağlıdır (52).

Yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi ölçeğindeki tüm skorlarda depresyonun şiddeti ile ilişki saptanmıştır. Yaşam kalitesi depresyonu olmayanlarda en fazla iken; ılımlı depresyonda daha kötü; major depresyonda ise en kötü olarak bulunmuştur. Yakın zamanda epileptik nöbet geçirenlerde daha uzak tarihte nöbet geçirenlere oranla yaşam

kalitesi düşük olarak saptanmıştır. Yaşam kalitesi nöbet şiddeti ve depresyon ile ilişkili bulunurken; yaş, cinsiyet ve epilepsi süresi ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (53).

Baker ve arkadaşları geç başlangıçlı epilepsisi olan yaşlı hastalarda anksiyete ve depresyon ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptamışlardır (54).

Bazı çalışmalarda epileptik nöbet tipi ve sıklığı ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmuştur. Buna göre nöbet tipi tonik- klonik olanlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (55).

4.7. EPİLEPSİ HEMŞİRELİĞİ

Özel dal hemşireliği 1970'lerde İngiltere'de ortaya çıkmıştır. Buna paralel olarak 1973'te Doncaster'de ilk kez epilepsi özel dal hemşireliği uygulanmaya başlamıştır. 1990'lara gelindiğinde ilaç ve teknolojideki gelişmelerle birlikte epilepsi bakımında da önemli gelişmeler sağlanmıştır. Bunun arkasından Epilepsi Özel Dal Hemşireleri Birliği kurulmuştur (ESNA: Epilepsy Specialist Nursing Association). Bu hemşirelerin çoğu lisans ve yüksek lisans derecesine sahiptir (56).

ESNA' nın epilepsi hemşirelerine belirlemiş olduğu anahtar roller;

- Özel epilepsi servislerinin etkinliğini arttırmak
- Sağlık çalışanları arasında iletişimi artırmak
- Epilepsi hastalarının multidisipliner anlayışta takiplerini sağlamaktır (2,8,56).

Epilepsi hemşireliğinin rolleri çok değişik düzeylerde görülmektedir. 2001'den 2004'e gelindiğinde epilepsi hemşireleri ilaç reçete edecek düzeye gelmiştir. Epilepsi hemşireleri hastaların hızlı bir şekilde klinik durumlarını ayırt edebilmekte, detaylı öykülerini alabilmekte, tanı koyabilmekte, nöbetin tipini belirlemek için uygun tanılama işlemlerine karar verebilmektedirler (Örn; Elektroensefalogram (EEG), Elektromiyelografi (EMG), Uyku testleri, Kan ilaç düzeyi testleri vs.). Bu hemşireler hastalarının klinikte takiplerini sağlamakta, onlarla tekrar görüşme zamanını belirlemekte ve ileri tedavi yöntemleri belirlenmiş olarak hastanelerden ayrılmalarına yardım etmektedirler. Hastalar bu süreçten oldukça memnun olabilmektedirler (2,8).

Epilepsi hemşireleri psikiyatri konsültanları, pediatri uzmanları ve acil servis ile bağlantılarını disiplinlerarası iletişim kurarak gerçekleştirmektedirler. Bu hemşireler hastaların gereksinimlerini hemşirelik tanıları formuyla kolaylıkla belirlemektedirler. Epilepsi hemşireleri nöbetler sırasında, hastaya nasıl yardım edilebileceği konusunda eğitim almaya isteklidirler. Bu isteklilik birincil ve ikincil bakım arasındaki bağlantıyı sağlamakta, tedavideki çeşitliliği hızlandırmaktadır (2,8).

Epilepsi hemşireleri, epilepsi tanısı konulduğu andan itibaren hastalık süreci, ilaç tedavisi ve yan etkileri konusunda bireyleri bilgilendirmektedirler. Her hasta için epilepsi tanıtım kartı hazırlamaktadırlar. Bu kartta hastanın adı soyadı, telefonu, adresi, tanısı, nöbet tipi, aldığı ilaç tedavisi gibi bilgiler bulunmaktadır (2,8).

Epilepsi hemşirelerinin etkinliği ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda epilepsi hemşirelerinin çalışmaları ile hastaların hastalıkları hakkında bilgi düzeyleri artmış, psikososyal fonksiyonlarında iyileşme görölmüş, depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalmanın olduğu saptanmıştır (2,8).

4.8. EPİLEPSİLİ HASTAYA YAKLAşIM VE ACİL DURUMLARDA YAPILMASI GEREKENLER

4.8.1. Epilepsili Hastaya Yaklaşım

Epilepsili hasta Nöroloji Bölümü tarafından izlenmeli ve gerektiğinde temas kurabileceği bir Nöroloji uzmanı olmalıdır. Epilepsili tüm hastaların, hayat tarzları ve tıbbi durumları ile uygun; hastanın ve ailenin de uzlaştığı bir tedavi planı olmalıdır. Epilepsi konusunda uzmanlaşmış hemşirelerin yetiştirilmesive hasta-aile bakım ve eğitiminde doktorları destekleyecek şekilde rol almaları sağlanmalıdır (57).

4.8.2. Epilepsi Nöbeti Sırasında Yapılması Gereken Uygulamalar

Epilepsi nöbeti sırasında hastada geçici bilinç kaybı olduğundan kendini koruyamamaktadır. Bu nedenle nöbetin en az zararla geçirilebilmesi için epilepsili hastaların çevresindekilerden yardım alması gerekmektedir.

Epilepsi nöbeti sırasında yapılabilecek doğru uygulamalar;

- Sakin olunması,
- Hastanın güvenli bir yere yatırılması,
- Yaralayabilecek sivri uçlu veya sert eşyalardan hastanın uzaklaştırılması, başının altına yumuşak malzeme konulması,
- Hastanın solunum yolunun açık kalacak şekilde yana çevrilip sekresyonlarının dışarı akması, hastanın başının hafif yana çevrilmesi ve daha rahat nefes alıp vermesi için rahat pozisyona alınması,
- Elbiselerinin gevşetilmesi, varsa gözlüklerinin çıkarılması,
- Nöbet sırasında; nöbetin süresi, gözlerin pozisyonu, derinin rengi, kasılmanın özellikleri hastanın tüm vücudunda nöbetin etkileri ayrıntılı olarak gözlenmeli ve dikkatli kaydedilmelidir.
- Nöbet 10 dakikadan uzun sürerse ya da kısa bir süre sonra tekrarlırsa en yakın sağlık merkezine başvurulması gerekmektedir.

Ayrıca epilepsi nöbeti sonrası hasta yorgun olabildiğinden bu aşamada sakın bir şekilde durumun düzelmesinin beklenmesi ve güven verici olunması gerekmektedir (58).

4.8.3. Epilepsi Nöbeti Sırasında Yapılmaması Gereken Uygulamalar

Epilepsi nöbeti sırasında çevresindekilerin yanlış, eksik ve hatalı uygulamaları nedeniyle hastalar zarar görebilmektedir. Örneğin; epilepsi nöbeti sırasında çeneyi zorla açmaya çalışmak çene eklemının çıkmasına neden olabilmektedir. Vücudun yan çevrilmemesine bağlı aspirasyon gelişebilmektedir. Epilepsi nöbeti sırasında yapılmaması gereken uygulamalar şunlardır;

- Hastayı yalnız bırakmak,
- Hastanın hareketlerini durdurmaya ve/veya engellemeye çalışmak, masaj yapmak,
- Hastanın dilini ısırmasını engellemek amacıyla elle veya bir cisim ile çeneyi zorlayarak açmaya çalışmak,

- Nöbet sırasında ağızdan ilaç ve diğer maddeler vermeye çalışmak,
- Hastanın üzerine su dökmek,
- Hastayı sallayarak ya da yüzüne vurarak, bazı maddeler koklatarak uyandırmaya çalışmak,
- Zorla nefes aldirmaya çalışmak ve kalp masajı yapmak, nöbet sırasında yapılmaması gereken uygulamalardır (58).

5. MATERİYAL VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışma öğrenci hemşirelerin epilepsiye ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı nitelikte planlanmış bir araştırmadır.

5.2. ARAŞTIRMADA YANITLARI ARANAN SORULAR

1. Hemşirelik öğrencilerinin epilepsi hakkındaki bilgileri nedir?
2. Hemşirelik öğrencilerinin epilepsi hakkındaki tutumları nedir?
3. Hemşirelik öğrencilerinin epilepsiye ilişkin bilgi ve tutumlarını hangi faktörler etkilemektedir?

5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma Mart 2011-Nisan 2011 tarihleri arasında İstanbul'da bir hemşirelik yüksekokulunda gerçekleştirildi.

5.4. ARAŞTIRMA GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ

Araştırma evrenini İstanbul'daki bir hemşirelik yüksekokulunda öğrenimlerini sürdürmekte olan hemşirelik yüksekokulu öğrencileri oluşturmaktadır.

Öğrenci evreni 86'sı 1.sınıfta, 63'ü 2. sınıfta, 63' ü 3. sınıfta ve 60'ı 4. sınıfta öğrenimlerine devam etmekte olan 272 hemşirelik yüksekokulu öğrencisinden oluşmaktadır. Öğrenci örnekleme dâhil edilme kriterleri; 1) Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve 2) 2010-2011 öğretim yılında öğrenimlerine devam etmekte olan hemşirelik öğrencileri olarak belirlendi. Örnekleme dâhil edilme kriterlerine uygun tüm öğrencilere ulaşılmaya çalışılmış olup, örneklem gelişigüzel örnekleme yöntemi ile oluşturuldu.

5.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için hemşirelik yüksekokulu müdürlüğünden onay alındı. Elde edilen verilerin gizli kalacağı ve kimse ile paylaşılmayacağı açıklanarak hemşirelik öğrencilerinden bilgilendirilmiş sözel onam alındı. Veriler, aşağıda sıralanan veri toplama araçları kullanılarak hemşireler ve hemşirelik öğrencilerinden yüz yüze görüşme tekniğiyle elde edildi.

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler hemşirelik öğrencilerinin kişisel özellikleri ve epilepsiye ilişkin bilgi ve tutumlarını değerlendirmek için araştırmacı tarafından literatür taramasından sonra geliştirilen iki adet form kullanılarak değerlendirildi.

5.6.1. Öğrenci Bilgi Formu: Bu form öğrencilerin kişisel özelliklerini, (yaş, cinsiyet, medeni durum, sınıf, not ortalaması, anne-baba mesleği çocukluğunun büyük bölümünün geçtiği yerleşim birimi, mevcut hastalık varlığı ve sağlık durumu) sorgulayan 15 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

5.6.2. Öğrencilerin Epilepsi İle İlgili Bilgi ve Tutumlarını Değerlendirme Formu: Öğrencilerin epilepsi hakkındaki bilgilerini ve epilepsi hakkındaki tutumlarını sorgulayan 39 soru içermektedir (Ek-2).

5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) sürüm 16.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans, oran) yanı sıra verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, Yates Continuity Correction test ve Fisher's Exact testler kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

6.BULGULAR

Öğrencilerin epilepsiye ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada bulgular dört ana başlıkta ele alındı:

1. Öğrencilerin kişisel özellikleri,
2. Öğrencilerin epilepsi hakkındaki bilgileri,
3. Öğrencilerin epilepsiye ilişkin tutumları,
4. Öğrencilerin epilepsi ile ilişkili tutumlarının değişkenlerle karşılaştırılmaları.

6.1. ÖĞRENCİLERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ

Tablo 6-1 de çalışmaya katılan öğrencilerin kişisel özellikleri verilmiştir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaş ortalaması $21,30 \pm 2,14$ (Dağılım:18-32), ağırlıklı genel not ortalamaları $2,56 \pm 0,46$ (Dağılım: 1,23 ile 3,86), son bir yıldaki kendi sağlıklarını değerlendirmelerine göre belirlenen ortalama $7,75 \pm 1,99$ 'dur (Dağılım: 1-10).

Öğrencilerin %31,6'sı (n=86) birinci sınıf öğrencisi, %23,2'si (n=63) ikinci sınıf öğrencisi, %23,2'si (n=63) üçüncü sınıf öğrencisi ve %22'si (n=60) dördüncü sınıf öğrencisidir.

Katılımcıların %90,8'i (n=247) kadın ve % 9,2'si (n=25) erkek, %97,1'i (n=264) bekâr, %1,8'i (n=5) evli ve %1,1'i (n=3) duludur.

Öğrencilerin % 56,3'ü (n=153) yaşantılarının büyük çoğunluğunu büyükşehirde, %24,3'ü (n=66) şehirde, %18,0 (n=49) ilçede, %1,1'i (n=3) köyde ve %0,4'ü (n=1) yurtdışında geçirmişlerdir.

Öğrencilerin annelerinin meslekleri incelendiğinde; %73,2'sinin (n=199) ev hanımı, %8,5'inin (n=23) emekli, %8,5'inin (n=23) memur, %7,7'sinin (n=21) serbest meslek ve %2,1'inin (n=6) işçi olduğu, baba mesleklerinin dağılımı incelendiğinde; %37,5'inin (n=102) serbest meslek, %29,4'ünün (n=80) emekli, %16,9'unun (n=46) memur, %15,4'ünün (n=42) işçi olduğu ve öğrencilerin %0,73'ünün (n=2) babasının vefat ettiği görülmüştür.

Öğrencilerin %91,2'si (n=284) herhangi bir sağlık sorunlarının olmadığını, %92,6'sı (n=252) önemli bir hastalık geçirmediğini, % 69,5'i (n=189) düzenli sağlık kontrolü yaptırdığını belirtmiştir.

Tablo 6-1: Kişisel bilgiler (N=272)

		Min-Mak	Ort±SD
Yaş		18-32	21,30±2,14
Ağırlıklı Not ortalaması		1,23-3,86	2,56±0,46
Son Bir Yıldaki Sağlık Durumu Puanlandırması		1-10	7,75±1,99
		n	%
Yaş Grup	<20 yaş	105	38,6
	21-23 yaş	131	48,2
	≥24 yaş	36	13,2
	Toplam	272	100
Not ortalaması	< 1,99	8	2,9
	2 - 2.99	209	76,8
	≥ 3	55	20,2
	Toplam	272	100
Sınıf	1.sınıf	86	31,6
	2.Sınıf	63	23,2
	3.Sınıf	63	23,2
	4.Sınıf	60	22,0
	Toplam	272	100
Cinsiyet	Kadın	247	90,8
	Erkek	25	9,2
	Toplam	272	100
Medeni Durum	Evli	5	1,8
	Bekâr	264	97,1
	Diğer	3	1,1
	Toplam	272	100
İkamet	Köy	3	1,1
	İlçe	49	18,0
	Şehir	66	24,3

	Büyükşehir	153	56,3
	Yurtdışı	1	0,4
	Toplam	272	100
Anne Mesleği	Ev Hanımı	199	73,2
	Emekli	23	8,5
	Memur	23	8,5
	Serbest Meslek	21	7,7
	İşçi	6	2,1
	Toplam	272	100
Baba Mesleği	Memur	46	16,91
	Emekli	80	29,42
	İşçi	42	15,44
	Serbest	102	37,5
	Vefat	2	0,73
	Toplam	272	100
Sağlık Sorunları Durumu	Hayır	284	91,2
	Evet	24	8,8
	Toplam	272	100
Önemli Bir Hastalık Geçirme Durumu	Evet	20	7,4
	Hayır	252	92,6
	Toplam	272	100
Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu	Evet	189	69,5
	Hayır	83	30,5
	Toplam	272	100

6.2. ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİ HAKKINDAKİ BİLGİLERİ

Bu bölümde yer alan tablolarda öğrencilerin epilepsi ile ilgili genel bilgileri gösterilmiştir.

Tablo 6-2’de öğrencilerin epilepsi konusundaki bilgilerini hangi kaynaktan aldıkları ve bilgilerini ne düzeyde gördükleri ile ilgili veriler yer almaktadır.

Öğrenciler epilepsi hakkındaki bilgi kaynaklarını %62,5 oranında (n=170) okul, %19,9 oranında (n=19,9) kitap/dergi, %26,5 oranında (n=72) televizyon/internet, %8,1 oranında

(n=22) sağlık personeli, %18 oranında (n=49) akrabalar/arkadaşlar ve %7,7 oranında (n=21) kişisel deneyim olarak belirtmiştir.

Öğrenciler epilepsi konusundaki bilgilerini %7'si (n=19) ileri düzeyde, %65,8'i (n=179) orta düzeyde, %25,4'ü (n=69) yetersiz olarak değerlendirmiş ve %1,8'i (n=5) hiç bilgin yok şeklinde cevaplandırmıştır.

Tablo 6-2: Öğrencilerin Epilepsi İle İlgili Bilgilerinin Kaynağı Ve Bilgi Düzeylerine İlişkin Değerlendirmeler

Epilepsi Hakkındaki Bilgi Kaynağınız Nedir?*	n	%
<i>Okul</i>	170	62,5
<i>Kitap/Dergi</i>	54	19,9
<i>Televizyon/İnternet</i>	72	26,5
<i>Sağlık Personeli</i>	22	8,1
<i>Akrabalar/Arkadaşlar</i>	49	18
<i>Kişisel Deneyim</i>	21	7,7
<i>*Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden n değişkenlik göstermektedir</i>		
Epilepsi Konusundaki Bilgilerinizi Nasıl Değerlendiriyorsunuz?	n	%
<i>İleri Düzeyde Bilgin Var</i>	19	7,0
<i>Orta Düzeyde Bilgin Var</i>	179	65,8
<i>Yetersiz Bilgin Var</i>	69	25,4
<i>Hiç Bilgin Yok</i>	5	1,8
Toplam	272	100

Tablo 6-3'te Öğrencilerin epilepsi ile ilişkili vücut sistemi, epilepsinin görölme sıklığı, epilepsinin nedenleri ve tanı yöntemleri hakkındaki bilgilerinin dağılımı verilmiştir.

Öğrencilere epilepsinin hangi vücut sistemiyle ilişkili olduğu sorulduğunda; büyük bir çoğunluğu (%89,3, n=243) nöroloji sistemi, %8,8'i (n=24) kas-iskelet sistemi, %0,7'si

(n=2) Kardiyovasküler sistem, %0,7'si (n=2) gastro-intestinal sistem, (n=254) %0,4'ü (n=1) genito-üriner sistem ile ilişkilendirmiştir.

Çalışmamızdaki epilepsinin nedenleri nedir sorusuna öğrencilerin %87,1'i (n=237) nörolojik, %46,7'si (n=127) psikolojik, %27,6'sı (n=76) kalıtsal, %16,2'si (n=4) toksin maddeler/ilaçlar/alkolizm, %15,8'i (n=43) enfeksiyonlar, %13,2'si (n=36) doğumsal, %12,9'u (n=35) kazalar, %1,1'i (n=3) doğaüstü güçler olarak belirtirken, %7,7'si (n=21) nedeninin belli olmadığını, %1,8'i (n=5) bu konuda fikri olmadığı seçeneklerinde yoğunlaşmışlardır.

Öğrenciler, yarıya yakın bir oranda (%46,3, n=126) epilepsi toplumunda hangi sıklıklar görülür sorusuna 1.000 kişide bir doğru cevabını, %25,4 (n=69) oranında 100 kişide bir, %27,2 (n=74) oranında 10.000 kişide bir, %0,7 (n=2) oranında 1.000.000 kişide cevabını vermişlerdir.

Öğrencilere, epilepsinin tanı yöntemleri sorulduğunda; büyük çoğunluğu EEG (%60,7, n=165) cevabını vermiştir. %30,9'u (n=84) MR/BT, %9,2'si (n=25) radyolojik yöntemler, %7,7'si (n=21) psikolojik testler, %5,5'i (n=15) kan testleri kullanılabileceğini belirtirken, %12,1'i (n=33) bu konuda fikri olmadığı seçeneklerinde yoğunlaşmıştır.

Katılımcılardan epilepsiyi diğer bazı rahatsızlıklarla karşılaştırmaları istenmiş ve sonuç olarak öğrencilerin yarıya yakını (%46,3, n=126) hipertansiyondan daha tehlikeli ve şiddetli bir hastalık olduğu düşüncesinde birleşmiştir. Buna ek olarak öğrenciler %29'u (n=79) diabetes mellitustan, %15,1'i (n=41) inmeden, %12,5'i (n=34) myokard infarktüsden, %8,1'i (n=22) AIDS'den, %4,4'ü (n=12) kanserden epilepsinin daha tehlikeli ve şiddetli bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 6-3:Öğrencilerin Epilepsi İle İlişkili Vücut Sistemi, Epilepsinin Görülme Sıklığı, Nedenleri Ve Tanı Yöntemleri Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı

Epilepsi Vücudun Hangi Sistemiyle İlişkilidir?	n	%
<i>Kardiyo-Vasküler Sistem</i>	2	0,7
<i>Gastro-İntestinal Sistem</i>	2	0,7
<i>Nöroloji Sistemi</i>	243	89,3
<i>Genito-Üriner Sistem</i>	1	0,4
<i>Kas-İskelet Sistemi</i>	24	8,8
Toplam	272	100

Epilepsinin Nedenleri Nelerdir? *	n	%
<i>Psikolojik</i>	127	46,7
<i>Nörolojik</i>	237	87,1
<i>Kalıtsal</i>	75	27,6
<i>Doğumsal</i>	36	13,2
<i>Enfeksiyonlar</i>	43	15,8
<i>Kazalar</i>	35	12,9
<i>Toksin Maddeler, İlaçlar, Alkolizm</i>	44	16,2
<i>Doğüstü Güçler</i>	3	1,1
<i>Nedeni Belli Değildir</i>	21	7,7
<i>Bilmiyorum</i>	5	1,8

Epilepsiyi Tanılamada Hangi Yöntemler Kullanılır? *	n	%
<i>EEG</i>	165	60,7
<i>Radyolojik yöntemler</i>	25	9,2
<i>MR/BT</i>	84	30,9
<i>Kan Testleri</i>	15	5,5
<i>Psikolojik Testler</i>	21	7,7
<i>Bilmiyorum</i>	33	12,1

**Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden n değişkenlik göstermektedir*

Epilepsi Toplumda Hangi Sıklıkla Görülür?	n	%
<i>100 Kişide Bir</i>	69	25,4
<i>1000 Kişide Bir</i>	126	46,3
<i>10000 Kişide Bir</i>	74	27,2
<i>1000000 Kişide Bir</i>	2	0,7
Toplam	272	100

Epilepsi Size Göre Hangi Hastalıktan Daha Tehlikeli, Şiddetlidir?*	n	%
<i>AIDS</i>	22	8,1
<i>Kanser</i>	12	4,4
<i>Diabetes Mellitus</i>	79	29,0
<i>Myokard Infarktiüs</i>	34	12,5
<i>İnme</i>	41	15,1
<i>Hiper Tansiyon</i>	126	46,3

**Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden n değişkenlik göstermektedir*

Tablo 6-4'te öğrencilerin epilepsili bir kişi ve epileptik nöbet ile karşılaşma durumları ve epileptik nöbet ile ilgili bilgilerinin dağılımı verilmiştir.

Öğrencilerin %61,4'ü (n=167) epilepsili birini tanımadıklarını ifade ederlerken, %38,6'sı (n=105) epilepsili birini tanımaktadırlar. Öğrencilerin yarıya yakını (%49,3, n=134) epileptik nöbet geçiren birini gördüklerini belirtirken, diğer yarısı ise görmediklerini belirtmişlerdir.

Katılımcılara sorulan epileptik nöbet nedir sorusuna; büyük bir çoğunluk (%83,5, n=227), epileptik nöbeti konvülsiyon veya sarsılma olarak, % 21'i (n=57) bilinç kaybı olarak, %1,1'i (n=3) bir çeşit davranış bozukluğu olarak, %4,8'i (n=13) hafıza kaybı olarak tanımlarken, %4'ü (n=11) bu konuda fikir sahibi olmadığını belirtmiştir.

Öğrenciler %87,9 (n=239) oranında epileptik nöbetleri tetikleyen faktörlerin olduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin %70,6'sı (n=192) epileptik nöbetin yaralanmalara, %32,7'si (n=89) psikolojik sorunlara, %26,8'i (n=73) mental sorunlara, %18,4'ü (n=50) ölüme sebep olabileceği üzerinde yoğunlaşmışlardır. Öğrencilerin %5,1'inin (n=14) bu konuda fikri bulunmamaktadır.

Öğrencilerin %67,3'ü (n=183) epileptik nöbet geçiren birine karşı üzüntü, %43,0'ü (n=117) yetersizlik, %36,0'sı (n=98) korku, %15,4'ü (n=42) acıma, %10,7'si (n=29) kayıtsızlık hissedeceğini belirtmiştir.

Öğrenciler, epileptik nöbet geçiren birini görürseniz ne yaparsınız sorusuna büyük çoğunlukta (%80,1) (n=218) başını koruyacağını, %67,6 (n=184) oranında solunum yolunu açık tutacağını, %29,4 (n=80) oranında hastaneye götüreceğini, %15,8 (n=43) oranında hareketlerini kısıtlayacağını, %11 oranında (n=30) yakınlarında duracağını, %7 oranında (n=19) kokusu güçlü bir şeyler koklayacağını, %5,5 (n=15) oranında yüzüne su atacağını ve %5,5 (n=15) oranında hiçbir şey yapmayacağını belirtmiştir.

Tablo 6-4: Öğrencilerin Epilepsili Bir kişi Ve Epileptik Nöbet İle Karşılaşma Durumları Ve Epileptik Nöbet İle İlgili Bilgilerinin Dağılımı

Epilepsili Birini Tanıyor Musunuz?	n	%
<i>Evet</i>	105	38,6
<i>Hayır</i>	167	61,4
Toplam	272	100
Epileptik Nöbet Geçiren Birini Gördünüz Mü?	n	%
<i>Evet</i>	134	49,3
<i>Hayır</i>	138	50,7
Toplam	272	100
Epileptik Nöbet Nedir? *	n	%
<i>Konvülsiyon veya Sarsılma</i>	227	83,5
<i>Bilinç Kaybı</i>	57	21,0
<i>Bir Çeşit Davranış Bozukluğu</i>	3	1,1
<i>Hafıza Kaybı</i>	13	4,8
<i>Bilmiyorum</i>	11	4,0
<i>*Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden n değişkenlik göstermektedir</i>		
Epileptik Nöbetleri Tetikleyen Faktörler Var Mıdır?	n	%
<i>Evet</i>	239	87,9
<i>Hayır</i>	33	12,1
Toplam	272	100
Epileptik Nöbet Nelere Sebep Olur? *	n	%
<i>Ölüm</i>	50	18,4
<i>Yaralanma</i>	192	70,6
<i>Mental Sorunlar</i>	73	26,8
<i>Psikolojik Sorunlar</i>	89	32,7
<i>Bilmiyorum</i>	14	5,1
Epileptik Nöbet Geçiren Birine Karşı Ne Hissedeceğinizi Düşünüyorsunuz? *	n	%
<i>Korku</i>	98	36,0
<i>Acıma</i>	42	15,4
<i>Üzüntü</i>	183	67,3

<i>Yetersizlik</i>	117	43,0
<i>Kayıtsızlık</i>	29	10,7
Epileptik Nöbet Geçiren Birini Görürseniz Ne Yaparsınız? *	n	%
<i>Hiçbir Şey Yapmam</i>	15	5,5
<i>Başını Korurum</i>	218	80,1
<i>Solumun Yolunu Açık Tutarım</i>	184	67,6
<i>Hareketlerini Kısıtlarım</i>	43	15,8
<i>Yakınlarımda Durum</i>	30	11,0
<i>Kokusu Güçlü Bir Şeyler Koklatırım</i>	19	7,0
<i>Yüzüne Su Atarım</i>	15	5,5
<i>Hastaneye Götürürüm</i>	80	29,4
<i>*Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden n değişkenlik göstermektedir</i>		

Tablo 6-5'te öğrencilerin epilepsi ile ilgili bilgilerinin dağılımı verilmiştir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %70,6'sı (n=192) epilepsinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu, %29,4'ü (n=80) epilepsinin tedavi edilemeyeceğini belirtmektedirler.

Öğrencilerin epilepsinin tedavisi ile ilgili görüşleri değerlendirildiğinde %59,9'u (n=163) epilepsinin antiepileptik ilaçlarla ve %21'i (n=57) psikolojik destekle tedavi edilebileceği seçeneklerinde yoğunlaşmaktadırlar.

Öğrencilerin %84,6'sı (n=230) epilepsinin ilaçla tedavisinin beklenen etkisini nöbetlerin azalması, %14,7'si (n=40) nöbetlerin durması olarak belirtirken, %0,7'si (n=2) ilaç tedavisinin nöbetlere etkisi olmadığını, %5,1'i (n=14) bu konuda fikri bulunmadığını belirtmiştir.

Öğrenciler epilepsinin ilaç tedavisinde kullanılan antiepileptik ilaçların yan etkisini %53,7 (n=146) olarak sedasyon, %44,9 olarak (n=122) baş ağrısı, %23,9 olarak (n=65) vücut ağrıları ve letarji, %17,3 olarak (n=47) iştah kaybı, %17,3 olarak (n=47) tremor olarak, %16,9 olarak (n=46) iştah artışı, %15,8 olarak (n=43) gastrit, %12,1'i (n=33) saç

dökülmesi, %11'i (n=30) deri döküntüsü, %4,8'i (n=13) dişeti hipertrofisi olarak belirtirlerken, %4'ü (n=11) epilepsi tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerinin olmadığını belirtmiştir.

Tablo6-5: Öğrencilerin Epilepsinin İlaç Tedavisi Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı

Epilepsi Tedavi Edilebilir Mi?	n	%
<i>Evet</i>	239	87,9
<i>Hayır</i>	33	12,1
Toplam	272	100
Epilepsi Tedavisinde Kullanılan Antiepileptik İlaçların Yan Etkileri Nelerdir? *	n	%
<i>Sedasyon</i>	146	53,7
<i>İştah Artışı</i>	46	16,9
<i>Saç Dökülmesi</i>	33	12,1
<i>İştah Kaybı</i>	47	17,3
<i>Dişeti Hipertrofisi</i>	13	4,8
<i>Deri Döküntüsü</i>	30	11,0
<i>Gastrit</i>	43	15,8
<i>Baş Ağrısı</i>	122	44,9
<i>Vücut Ağrıları Ve Letarji</i>	65	23,9
<i>Tremorlar</i>	47	17,3
<i>Yan Etkisi Yoktur</i>	11	4,0
<i>*Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden n değişkenlik göstermektedir</i>		

Epilepsi Tedavisi Hakkında Ne Biliyorsunuz? *	n	%
<i>İlaçla Tedavi Edilebilir</i>	163	59,9
<i>Cerrahi Yolla Tedavi Edilebilir</i>	20	7,4
<i>Psikolojik Destekle Tedavi Edilebilir</i>	57	21,0
<i>Diğer Yöntemlerle Tedavi Edilebilir</i>	13	4,8
<i>Epilepsinin Tedavisi Yoktur</i>	35	12,9
<i>Yeterli Bilgim Yok</i>	43	15,8
Epilepsinin İlaç Tedavisinde Beklenen Etki Nedir? *	n	%
<i>Nöbetleri Azaltması</i>	230	84,6
<i>Nöbetleri Durdurması</i>	40	14,7
<i>Nöbetlerle Etkisi Yoktur</i>	2	0,7
<i>Bilmiyorum</i>	14	5,1

6.3. ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİYE İLİŞKİN TUTUMLARI

Bu bölümde ilk tabloda (Tablo: 6-6) öğrencilere epilepsili hastaların kendilerini nasıl hissettikleri ile ilgili görüşleri sorulduğunda üzgün (%41,5, n=113), bağımlı (%40,1, n=109), korkmuş %40,8, n=111), aciz seçeneklerinde yoğunlaşma olduğu görülmektedir. Ayrıca epilepsili hastaların kendilerini izole ettikleri (%43,4, n=118) fikri de ön plana çıkmaktadır.

Tablo 6-6:Öğrencilerin Epilepsili Hastaların Duygu Ve Tutumlarına Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı

Epilepsili Hastalar Sizce Kendilerini Nasıl hissederler?*	n	%
<i>Endişeli</i>	2	0,7
<i>Bağımlı</i>	112	41,2
<i>Aciz</i>	109	40,1
<i>Korkmuş</i>	111	40,8
<i>Utlanmış</i>	65	23,9
<i>Üzgün</i>	113	41,5
<i>Normal</i>	15	5,5
Epilepsili Hastalar Hangi Tutumları Gösterirler?*	n	%
<i>Diğer İnsanlara Rahatsızlıklarından Bahsederler</i>	50	18,4
<i>Tedaviyi Araştırırlar</i>	84	30,9
<i>Kendilerini İzole Ederler</i>	118	43,4
<i>Normal Yaşarlar</i>	49	18
<i>*Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden n değişkenlik göstermektedir</i>		

Tablo 6-7’de epilepsili hastaların özel ve sosyal yaşamdaki yeterliliklerine ilişkin bulgular verilmektedir.

Öğrencilerin %88,6’sı (n=241) epilepsili hastaların normal cinsel hayatı yaşayabileceklerini belirtirken, %91,5’i epilepsili hastaların çocuk sahibi olamayacaklarını belirtmişlerdir.

Öğrencilere sorulan epilepsili bireyler diğer bireylerle aynı işlerde çalışabilirler mi sorusuna %56,6 oranında (n=154) aynı işlerde çalışabileceklerini belirtirken, %43,4'ü (n=118) aynı işlerde çalışamayacaklarını belirtmiştir.

Katılımcıların %70,6'sı (n=192) epilepsili bireylerin spor aktivitelerine katılabileceğini belirtmişlerdir.

Öğrencilerin %93,8'i (n=255) epileptik bireylerin diğer insanlar gibi akıllı olduklarını belirtirken, aynı doğrultuda %55,5'i (n=151) epilepsinin kişilerin eğitim hayatındaki başarısını etkilemeyeceğini düşünmektedir.

Katılımcılara sorulan epilepsi mutlu bir yaşama engel midir sorusuna %22,6'sı (n=78) evet derken, %71,4'ü (n=194) hayır demiştir.

Öğrenciler %91,6 (n=249) oranında epilepsili hastaların evlilik hayatı yaşamasının mümkün olduğunu belirtirken, %8,5 (n=23) oranında epilepsi hastalarının evlilik hayatı yaşamasının mümkün olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 6-7:Öğrencilerin Epilepsili Hastaların Özel ve Sosyal Yaşamdaki Yeterliliklerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Epilepsili Hastalar Normal Cinsel Hayat Yaşayabilirler Mi?	n	%
<i>Evet</i>	241	88,6
<i>Hayır</i>	31	11,4
Toplam	272	100
Epilepsili Hastalar Çocuk Sahibi Olabilirler Mi?	n	%
<i>Evet</i>	23	8,5
<i>Hayır</i>	249	91,5
Toplam	272	100
Epilepsili Bireyler Diğer Bireylerle Aynı İşlerde Çalışabilirler Mi?	n	%
<i>Evet</i>	154	56,6
<i>Hayır</i>	118	43,4
Toplam	272	100
Epilepsili Bireyler Spor Aktivitelerine Katılabilirler Mi?	n	%
<i>Evet</i>	192	70,6
<i>Hayır</i>	80	29,4
Toplam	272	100

Epileptik Bireyler Diğer İnsanlar Gibi Akıllı Mıdır?	n	%
<i>Evet</i>	255	93,8
<i>Hayır</i>	17	6,3
Toplam	272	100
Epilepsi Kişinin Eğitim Hayatındaki Başarısını Etkiler Midir?	n	%
<i>Evet</i>	121	44,5
<i>Hayır</i>	151	55,5
Toplam	272	100
Epilepsi Mutlu Bir Yaşama Engel Midir?	n	%
<i>Evet</i>	78	22,6
<i>Hayır</i>	194	71,4
Toplam	272	100
Epilepsili Hastaların Evlilik Hayatı Yaşamaları Mümkün Müdür?	n	%
<i>Evet</i>	249	91,6
<i>Hayır</i>	23	8,5
Toplam	272	100

Tablo 6-8’de öğrencilerin epilepsili bireylerin toplumda ayrımcılığa maruz kalma durumlarına ilişkin bulgular verilmektedir.

Katılımcıların yaklaşık yarısı (%50,3, n=164) epilepsili bireylere karşı toplumda ayrımcılık yapılmadığını belirtirken, diğer yarısı (%49,7, n=108) ayrımcılık yapıldığını belirtmiştir.

Öğrencilerin %56,3’ü (n=153) epilepsili bireylere karşı sosyal hayatta, %53,7’si (n=146) evlilik ilişkilerinde, %73,5’i (n=200) iş yaşamında, % 37,5’i (n=102) okul yaşamında, %15,4’ü (n=42) aile ilişkilerinde ayrımcılık yapılabileceğini belirtmiştir.

Tablo 6-8: Öğrencilerin Epilepsili Bireylerin Toplumda Ayrımcılığa Maruz Kalma Durumları İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı

Sizce Epilepsili Bireylere Karşı Toplumda Ayrımcılık Var Mıdır?	n	%
<i>Evet</i>	108	49,7
<i>Hayır</i>	164	50,3
Toplam	272	100
Sizce Özellikle Hangi Durumlarda Epilepsili Bireylere Karşı Ayrımcılık Meydana Gelebilir?	n	%
<i>Sosyal İlişkilerde</i>	153	56,3
<i>Evlilik İlişkisinde</i>	146	53,7
<i>İş Yaşamında</i>	200	73,5
<i>Okul Yaşamında</i>	102	37,5
<i>Aile İlişkisinde</i>	42	15,4
<i>*Birden fazla seçenek işaretlenebildiğinden n değişkenlik göstermektedir</i>		

Tablo 6-9’da öğrencilerin epilepsili bireylere karşı tutumlarına ilişkin bulgular verilmektedir.

Öğrencilerin %11,8’i (n=32) epilepsili birine iş verebileceğini belirtirken, büyük çoğunluğu (%88,2, n=240) epilepsili birine iş vermeyeceğini belirtmiştir.

Öğrencilerin %80,1’i (n=218) çocuklarının epileptik olduğunu bildiği biriyle zaman geçirmesine karşı çıkacaklarını, %19,9’u (n=54) karşı çıkmayacaklarını belirtmişlerdir.

Çalışma grubumuzun %60,3’ü (n=164) epileptik biriyle evlenebileceğini ve %55,1’i (n=150) epileptik bir eşten çocuk sahibi olmayı düşünebileceğini belirtti.

Öğrencilerin %79,8’i (n=217) yakınlarından biri epilepsili biriyle evlenmesine karşı çıkmayacağını, %20,2’si (n=55) karşı çıkacağını belirtti.

Öğrencilerin %18,4'ü (n=50) epilepsili bireylerin kendilerini kontrol edebileceklerini, %60,3'ü (n=164) kendilerini kısmen kontrol edebileceklerini belirtirken, %23,1'i (n=58) kendilerini kontrol edemeyeceklerini belirtmiştir.

Öğrencilerin %87,1'i (n=237) epilepsili hastaların yaşamlarında sınırlılıklarının var olduğunu belirtirken, %12,9'u (n=35) olmadığını belirtmiştir.

Tablo 6-9: Öğrencilerin Epilepsili Bireylere Karşı Tutumları

Epilepsili Birine İş Verir Miydiniz?	n	%
<i>Evet</i>	32	11,8
<i>Hayır</i>	240	88,2
Toplam	272	100
Çocuklarınızın Epileptik Olduğunu Bildiğiniz Biriyle Zaman Geçirmesine Karşı Çıkar Mıydınız?	n	%
<i>Evet</i>	218	80,1
<i>Hayır</i>	54	19,9
Toplam	272	100
Epileptik Bir Kişiyile Evlenir Misiz?	n	%
<i>Evet</i>	164	60,3
<i>Hayır</i>	108	39,7
Toplam	272	100
Epileptik Bir Eşten Çocuk Sahibi Olmayı Düşünür Müsünüz?	n	%
<i>Evet</i>	150	55,1
<i>Hayır</i>	122	44,9
Toplam	272	100
Yakınlarınızdan Birinin Epilepsi Biriyle Evlenmesine Karşı Çıkar Mıydınız?	n	%
<i>Evet</i>	55	20,2
<i>Hayır</i>	217	79,8
Toplam	272	100

Epilepsili bireyler Sizce Kendilerini Kontrol edebilirler mi?	n	%
<i>Evet</i>	50	17,6
<i>Kısmen</i>	164	60,3
<i>Hayır</i>	58	22,1
Toplam	272	100
Epilepsili Hastaların Yaşamlarında Sınırlılıkları Var Mıdır?	n	%
<i>Evet</i>	237	87,1
<i>Hayır</i>	35	12,9
Toplam	272	100

6.4. ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİ İLE İLİŞKİLİ TUTUMLARININ DEĞİŞKENLERLE KARŞILAŞTIRILMALARI

Bu bölümde 6 tablo ile öğrencilerin epilepsi ile ilişkili bilgi ve tutumları ile belirli değişkenlerin karşılaştırmaları verilmiştir.

Tablo 6-10'da sınıf değişkenine göre epilepsinin sebeplerine ilişkin karşılaştırmalar görülmektedir.

Öğrencilerin sınıflara göre epilepsinin sebebini doğumsal ve enfeksiyonlar olarak yanıtlama oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,01$). Öğrencilerin sınıfları arttıkça epilepsi sebeplerini doğumsal ve enfeksiyonlar olarak görme oranları da anlamlı şekilde yükselmektedir.

Tablo 6-10: Sınıflara Göre Öğrencilerin “Sizce Epilepsinin Sebepleri Nelerdir?” Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması

Epilepsi Sebepleri	Sınıf				p
	1 (n=86)	2 (n=63)	3 (n=63)	4 (n=60)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Psikolojik	38 (%44,2)	33 (%52,4)	33 (%52,4)	23 (%38,3)	0,316
Nörolojik	75 (%87,2)	52 (%82,5)	55 (%87,3)	55 (%91,7)	0,515
Kalıtsal	19 (%22,1)	15 (%23,8)	17 (%27,0)	24 (%40,0)	0,094
Doğumsal	2 (%2,3)	8 (%12,7)	12 (%19,0)	14 (%23,3)	0,001**
Enfeksiyonlar	5 (%5,8)	3 (%4,8)	14 (%22,2)	21 (%35,0)	0,001**
Kazalar	5 (%5,8)	13 (%20,6)	11 (%17,5)	6 (%10,0)	0,032*
Toksik Maddeler, İlaçlar, Alkolizm	9 (%10,5)	6 (%9,5)	13 (%20,6)	16 (%26,7)	0,019*
Doğüstü Güçler	1 (%1,2)	1 (%1,6)	1 (%1,6)	0 (%0,0)	0,815
Nedeni Belli Değil	1 (%1,2)	5 (%7,9)	7 (%11,1)	8 (%13,3)	0,031*
Bilmiyorum	3 (%3,5)	1 (%1,6)	1 (%1,6)	0 (%0,0)	0,477

Ki-Kare Test

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6-11’de sınıf değişkenine göre epilepsinin sebeplerine ilişkin karşılaştırmaların grup içi değerlendirilmesi görülmektedir.

Sınıflara göre öğrencilerin epilepsinin sebebi olarak; doğumsal nedenler yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,01). 1. Sınıfta bulunan öğrencilerin oranı 2,3 ve 4. Sınıf öğrencilerin oranlarına göre anlamlı şekilde düşük saptanmıştır.

Sınıflara göre öğrencilerin epilepsinin sebebi olarak; enfeksiyonlar (parazitler, yüksek ateş vb.) yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Üçüncü ve dördüncü sınıftaki öğrencilerin enfeksiyonları epilepsinin nedeni olarak görme oranları anlamlı şekilde yüksektir.

Sınıflara göre öğrencilerin epilepsinin sebebi olarak; kazalar yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). İkinci ve üçüncü sınıftaki öğrencilerin kazaları epilepsinin nedeni olarak görme oranları anlamlı şekilde yüksektir.

Sınıflara göre öğrencilerin epilepsinin sebebi olarak; toksik maddeler, ilaçlar ve alkolizm yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Üçüncü ve dördüncü sınıftaki öğrencilerin toksin maddeler, ilaçlar ve alkolizmi epilepsinin nedeni olarak görme oranları anlamlı şekilde yüksektir.

Sınıflara göre öğrencilerin epilepsinin sebebi olarak; nedeni belli değildir yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Üçüncü ve dördüncü sınıftaki öğrencilerin epilepsinin sebeplerinin belli olmadığını düşünme oranları anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6-11: Sınıflara Göre “Sizce Epilepsinin Sebepleri Nelerdir?” Sorusuna Verilen Cevapların Grup İçi Değerlendirilmesi

Sınıf	Doğumsal	Enfeksiyonlar	Kazalar	Toksik Maddeler, İlaçlar, Alkolizm	Nedeni Belli Değil
1-2	⁺ 0,001**	⁺ 1,000	0,013*	1,000	⁺ 0,083
1-3	0,002**	0,007**	0,045*	0,135	⁺ 0,010*
1-4	0,001**	0,001**	⁺ 0,360	0,004**	⁺ 0,004**
2-3	0,465	0,009**	0,821	0,135	0,762
2-4	0,193	0,001**	0,167	0,025*	0,794
3-4	0,718	0,171	0,349	0,565	0,920

Yates Test

⁺*Fisher Exact Test*

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Tablo 6-12’de sınıf değişkenine göre epileptik nöbet tanımlamasına ilişkin karşılaştırmalar görülmektedir.

Sınıf değişkenine göre öğrencilerin epileptik nöbet konvülziyon (kasılma) veya sarsılmadır yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Dördüncü sınıftaki öğrencilerin bu yanıtı verme oranları anlamlı şekilde yüksektir.

Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbet bilinç-hafıza kaybıdır yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbetin ne olduğunu bilmiyorum yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Dördüncü sınıftaki olgulardan epileptik nöbetin ne olduğunu bilmeyen olgu bulunmazken, birinci sınıftaki öğrencilerin epileptik nöbetin ne olduğunu bilmeme oranı anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6-12: Sınıflara Göre Öğrencilerin “Epileptik Nöbet Sizce Nedir?”Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması

	Sınıf				<i>p</i>
	1 (n=86)	2 (n=63)	3 (n=63)	4 (n=60)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Konvülziyon (kasılma) veya sarsılma	63 (%73,3)	53 (%84,1)	55 (%87,3)	56 (%93,3)	0,010*
Bilinç-Hafıza Kaybı	16 (%18,6)	17 (%27,0)	21 (%33,3)	14 (%23,3)	0,219
Bilmiyorum	8 (%9,3)	5 (%7,9)	1 (%1,6)	0 (%0)	0,030*

Ki-Kare Test

**p<0,05*

Tablo 6-13'te sınıf değişkenine göre epileptik nöbet tanımlamasına ilişkin karşılaştırmaların grup içi değerlendirilmesi görülmektedir.

Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbet konvülziyon (kasılma) veya sarsılmadır yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Dördüncü sınıftaki öğrencilerin bu yanıtı verme oranları birinci sınıftaki olgulara göre anlamlı şekilde yüksektir.

Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbetin ne olduğunu bilmiyorum yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Dördüncü sınıftaki olgulardan epileptik nöbetin ne olduğunu bilmeyen olgu bulunmazken, birinci sınıftaki öğrencilerin epileptik nöbetin ne olduğunu bilmeme oranı anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6-13: Sınıflara Göre “Epileptik Nöbet Sizce Nedir?” Sorusuna Verilen Cevapların Grup İçi Değerlendirilmesi

Sınıf	Konvülziyon (kasılma) veya sarsılma	Bilmiyorum
1-2	0,168	1,000
1-3	0,060	⁺ 0,079
1-4	0,004**	⁺ 0,021*
2-3	0,799	⁺ 0,207
2-4	0,186	⁺ 0,058
3-4	0,411	⁺ 1,000

Yates Test

⁺Fisher Exact Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Tablo 6-14'te sınıf değişkenine göre epileptik nöbet geçiren biri görüldüğünde yapılacaklara ilişkin karşılaştırmalar görülmektedir.

Sınıflara göre hemşirelik öğrencileri epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde başını korurum ve solunum yolunu açık tutarım yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Üçüncü ve

dördüncü sınıftaki öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde başını korurum ve solunum yolunu açık tutarım yanıtını verme oranları anlamlı şekilde yüksektir.

Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde yüzüne su atarım ve hastaneye götürürüm yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Birinci sınıftaki öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde yüzüne su atarım ve hastaneye götürürüm yanıtını verme oranları diğer sınıflardaki olgulara göre anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6-14: Sınıflara Göre Öğrencilerin “Epileptik Nöbet Geçiren Birini Görürseniz Ne Yaparsınız?” Sorusuna Verilen Cevapların Karşılaştırılması

	Sınıf				p
	1 (n=86)	2 (n=63)	3 (n=63)	4 (n=60)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Hiçbir Şey Yapmam	8 (%9,3)	2 (%3,2)	2 (%3,2)	3 (%5,0)	0,293
Başını Korurum	60 (%69,8)	44 (%69,8)	59 (%93,7)	55 (%91,7)	0,001**
Solunum Yolunu Açık Tutarım	46 (%53,5)	41 (%65,1)	54 (%85,7)	43 (%71,7)	0,001**
Hareketlerini Kısıtlarım	14 (%16,3)	10 (%15,9)	14 (%22,2)	5 (%8,3)	0,214
Yakınlarında Dururum	6 (%7,0)	5 (%7,9)	10 (%15,9)	9 (%15,0)	0,210
Kokusu Güçlü Şeyler Koklatırım	10 (%11,6)	3 (%4,8)	3 (%4,8)	3 (%5,0)	0,243
Yüzüne Su Atarım	13 (%15,1)	1 (%1,6)	0 (%0)	1 (%1,7)	0,001**
Hastaneye Götürürüm	39 (%45,3)	18 (%28,6)	12 (%19,0)	11 (%18,3)	0,001**

Ki-Kare Test

** $p<0,01$

Tablo 6-15'te sınıf değişkenine göre epileptik nöbet geçiren biri görüldüğünde yapılacaklara ilişkin karşılaştırmaların grup içi değerlendirilmesi görülmektedir.

Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde başını korurum ve solunum yolunu açık tutarım yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Üçüncü ve dördüncü sınıftaki öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde başını korurum ve solunum yolunu açık tutarım yanıtını verme oranları anlamlı şekilde yüksektir.

Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde yüzüne su atarım yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Birinci sınıftaki öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde yüzüne su atarım yanıtını verme oranları diğer sınıflardaki olgulara göre anlamlı şekilde yüksektir.

Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde hastaneye götürürüm yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Birinci sınıftaki öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde hastaneye götürürüm yanıtını verme oranları diğer sınıflardaki olgulara göre anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6-15: Sınıflara Göre Öğrencilerin “Epileptik Nöbet Geçiren Birini Görürseniz Ne Yaparsınız?” Sorusuna Verilen Cevapların Grup İçi Değerlendirilmesi

Sınıf	Başını Korurum	Solunum Yolunu Açık Tutarım	Yüzüne Su Atarım	Hastaneye Götürürüm
1-2	1,000	0,180	0,012*	0,056
1-3	0,001**	0,001**	⁺ 0,001**	0,002**
1-4	0,003**	0,041*	0,015*	0,001*
2-3	0,001**	0,012*	⁺ 1,000	0,296
2-4	0,005**	0,555	⁺ 1,000	0,261
3-4	0,740	0,092	⁺ 0,488	1,000

Yates Test

⁺Fisher Exact Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Tablo 6-16’da epilepsili birini tanıma durumuna göre epilepsili birine iş verme, çocukların epilepsili biriyle görüşmesine karşı çıkma, epilepsili eşlerden çocuk sahibi olma, epilepsili hastaların kontrol edilebilirliği, epilepsili bireylere toplumda ayrıcalık gösterme durumları oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Epilepsili birini tanıma değişkenine göre epilepsili bir kişiyle evlenirim yanıtını verenlerin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsili birini tanıyan öğrencilerin epilepsili biriyle evlenirim yanıtını verme oranı anlamlı şekilde yüksektir.

Epilepsili birini tanıma durumuna göre yakınlarınızdan birinin epilepsili bir kişiyle evlenmesine karşı çıkardım yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Epilepsili birini tanımayan öğrencilerin yakınlarından birinin epilepsili bir kişiyle evlenmesine karşı çıkma oranı anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6-16: Öğrencilerin Epilepsili Birini Tanıma Durumları İle Epilepsili Bireylere Karşı Tutumlarına İlişkin Karşılaştırmalar

		Epilepsili Birini Tanıma Durumu		<i>p</i>
		Evet (n=105)	Hayır (n=167)	
		n (%)	n (%)	
+Epilepsili Birine İş Verir misiniz?	Evet	95 (%90,5)	145 (%86,8)	0,474
	Hayır	10 (%9,5)	22 (%13,2)	
+Çocukların Epilepsili Biriyle Görüşmesine Karşı Çıkar mısınız?	Evet	23 (%21,9)	31 (%18,6)	0,605
	Hayır	82 (%78,1)	136 (%81,4)	
Epilepsili Bir Kişiyile Evlenir misiniz?	Evet	72 (%68,6)	92 (%55,1)	0,027*
	Hayır	33 (%31,4)	75 (%44,9)	
Epileptik bir eşten çocuk sahibi olmayı düşünür müsünüz?	Evet	64 (%61,0)	86 (%51,5)	0,127
	Hayır	41 (%39,0)	81 (%48,5)	
+Yakınlarınızın Epilepsili Kişiyile Evlenmesine Karşı Çıkar Mısınız?	Evet	14 (%13,3)	41 (%24,6)	0,037*
	Hayır	91 (%86,7)	126 (%75,4)	

Epilepsili Hastalar Hastalıklarını Kontrol Edebilirler Mi?	Evet	22 (%21,0)	28 (%16,8)	0,352
	Hayır	18 (%17,1)	40 (%24,0)	
	Kısmen	65 (%61,9)	99 (%59,3)	
Epilepsili Bireylere Toplumda Ayrımcılık Var mıdır?	Evet	46 (%43,8)	62 (%37,1)	0,273
	Hayır	59 (%56,2)	105 (%62,9)	

Ki-Kare Test

⁺ *Yates Continuity Correction*

**p<0,05*

Tablo 6-17’de epilepsi nöbeti geçiren birini görme durumuna göre epilepsiye karşı genel tutumların karşılaştırması görülmektedir.

Epilepsili nöbeti geçiren birini görme durumuna göre epilepsili birine iş verme, çocukların epilepsili biriyle görüşmesine karşı çıkma, epilepsili bir kişiyle evlenme, epilepsili eşlerden çocuk sahibi olma, yakınlarımızdan birinin epilepsili bir kişiyle evlenmesine karşı çıkma, epilepsili hastaların kontrol edilebilirliği, epilepsili bireylere toplumda ayrıcalık gösterme durumları oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6-17: Öğrencilerin Epilepsi Nöbetine Tanık Olma Durumları İle Epilepsili Bireye Karşı Tutumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

		Epilepsi Nöbeti Görme		p
		Evet (n=134)	Hayır (n=138)	
		n (%)	n (%)	
+Epilepsili Birine İş Verir misiniz?	Evet	119 (%88,8)	121 (%87,7)	0,921
	Hayır	15 (%11,2)	17 (%12,3)	
+Çocukların Epilepsili Biriyle Görüşmesine Karşı Çıkar mısınız?	Evet	22 (%16,4)	32 (%23,2)	0,212
	Hayır	112 (%83,6)	106 (%76,8)	
Epilepsili Bir Kişiyle Evlenir misiniz?	Evet	87 (%64,9)	77 (%55,8)	0,124
	Hayır	47 (%35,1)	61 (%44,2)	
Epileptik bir eşten çocuk	Evet	75 (%56,0)	75 (%54,3)	0,788

sahibi olmayı düşünür müsünüz?	Hayır	59 (%44,0)	63 (%45,7)	
+Yakınlarınızın Epilepsili Kişiyle Evlenmesine İzin Verir misiniz?	Evet	22 (%16,4)	33 (%23,9)	0,165
	Hayır	112 (%83,6)	105 (%76,1)	
Epilepsili Hastalar Hastalıklarını Kontrol Edebilirler Mi?	Evet	23 (%17,2)	27 (%19,6)	0,728
	Hayır	27 (%20,1)	31 (%22,5)	
	Kısmen	84 (%62,7)	80 (%58,0)	
Epilepsili Bireylere Toplumda Ayrımcılık Var mıdır?	Evet	55 (%41,0)	53 (%38,4)	0,657
	Hayır	79 (%59,0)	85 (%61,6)	

Ki-Kare Test

⁺*Yates Continuity Correction*

Tablo 6-18’de epilepsili hastaların yaşamlarında sınırlılık görüme değişkenine göre öğrencilerin epilepsiye karşı tutumları gösterilmektedir.

Epilepsi hastalarının yaşamında sınırlılık görülme durumlarına göre epilepsili hastaların çocuk sahibi olabilmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Epilepsili hastaların yaşamında sınırlılık görülme durumlarına göre diğer insanlara rahatsızlıklarından bahsederler yanıtını verenlerin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Epilepsi hastalarının yaşamında sınırlılık görüldüğünü ifade edenlerin; epilepsili hasta tutumlarından “tedaviyi araştırmaları” oranları anlamlı düzeyde düşük bulunurken ($p<0,05$); “kendini izole ederler” diyenlerin oranları ise anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$).

Epilepsili hasta tutumlarından “Diğer İnsanlara Rahatsızlıklarından Bahsederler” ve “Normal Yaşarlar” deme oranları Epilepsi hastalarının yaşamında sınırlılık görüldüğünü ifade etme oranlarına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Epilepsi hastalarının yaşamında sınırlılık görüldüğünü ifade edenlerin; “Epilepsili bireylerin diğer bireyler ile aynı işlerde çalışması” arasında anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$). Sınırlılık görülenlerin diğer bireyler ile aynı işte çalışır diyenlerin oranları düşük olarak saptanmıştır.

“Epilepsili Bireylerin Spor aktivitelerine katılabilmeleri”; “Epilepsili Kişilerin Eğitim hayatındaki Başarısı” ve “Epilepsili Hastalar Normal Bir Cinsel Hayat” deme oranları Epilepsi hastalarının yaşamında sınırlılık görüldüğünü ifade etme oranlarına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 6-18: Öğrencilerin Epilepsili Hastaların Sınırlılıkları İle Epilepsili Bireylere Karşı Tutumlarının Karşılaştırılması

		Epilepsili Hastaların Yaşamlarında Sınırlılık Görülme		<i>P</i>
		Evet (n=237)	Hayır (n=35)	
		n (%)	n (%)	
Epileptik bir eşten çocuk sahibi olmayı düşünür müsünüz?	Evet	216 (%91,1)	33 (%94,3)	0,749
	Hayır	21 (%8,9)	2 (%5,7)	
Epilepsili Hastalar Hangi Tutumları Gösterirler?				
+Diğer İnsanlara Rahatsızlıklarından Bahsederler	Evet	44 (%18,6)	6 (%17,1)	1,000
	Hayır	193 (%81,4)	29 (%82,9)	
+Tedaviyi Araştırırlar	Evet	67 (%28,3)	17 (%48,6)	0,026*
	Hayır	170 (%71,7)	18 (%51,4)	
+Kendilerini İzole Ederler	Evet	111 (%46,8)	7 (%20,0)	0,005**
	Hayır	126 (%53,2)	28 (%80,0)	
+Normal Yaşarlar	Evet	42 (%17,7)	7 (%20,0)	0,927
	Hayır	195 (%82,3)	28 (%80,0)	
+Epilepsili Bireyler Diğer Bireylerle Aynı İşlerde Çalışabilirler Mi?	Evet	128 (%54,0)	26 (%74,3)	0,038*
	Hayır	109 (%46,0)	9 (%25,7)	

+Epilepsili Bireyler Spor Aktivitelerine Katılabilirler Mi?	Evet	164 (%69,2)	28 (%80,0)	0,267
	Hayır	73 (%30,8)	7 (%20,0)	
+Epilepsi, Kişinin Eğitim Hayatındaki Başarısını Etkiler Mi?	Evet	110 (%46,6)	11 (%31,4)	0,138
	Hayır	127 (%53,6)	24 (%68,6)	
Epilepsili Hastalar Normal Bir Cinsel Hayat Yaşayabilirler Mi?	Evet	209 (%88,2)	32 (%91,4)	0,778
	Hayır	28 (%11,8)	3 (%8,6)	

Fisher Exact Test [†]*Yates Continuity Correction*

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

7. TARTIŞMA

Epilepsi çok eski çağlardan beri var olan ve toplumun büyük bir kesimini ilgilendiren bir hastalık olmakla beraber genel popülasyonun yaklaşık %0,8'ini etkileyen ve sık rastlanan nörolojik hastalıklardan biridir (1,5,10).

Epilepsi; hastanın fiziksel değişikliklere, günlük ilaç kullanımında uyuma, yineleyen doktor muayenelerine ve akut tıbbi acil durumlara hazırlıklı olmasını gerektiren ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bir hastalıktır (59).

Epilepsinin, hastalığın kendisine bağlı olduğu gibi sosyal çevreye de bağlı etkileri vardır. Epilepsinin psikososyal sonuçları hastalığın direkt etkisinin yanı sıra, sosyal çevresi tarafından nasıl algılandığı ile de ilgilidir. Toplumda buna bağlı epilepsili hastalara yönelik sosyal damgalanma sık görülmektedir. Epilepsili hastalara olan toplumun ön yargısı, tutumları bireyi sağlık profesyonellerinden ve insanlardan (arkadaş, akraba, komşu vb.) uzaklaştırabilir (59).

Hastalığa ve hastalara yönelik tutumların, yanlış inanışların ve önyargıların değişmesi toplumun eğitilmesiyle mümkündür. Eğitim, kişisel tavır ve davranışları etkilemede en önemli metottur. Etkin bir eğitim sonrası epilepsililere karşı olan toplum görüş ve davranış değişimi, epilepsili bireylerin yaşadığı psikososyal zorluklarda azalmaya neden olabilir (57,59).

Eğitim ve meslek hayatını hasta ve sağlıklı insanlara yardım etmeye adanmış sağlık personeli, epilepsili bireylerin ve onların ailelerinin hastalıkla ilgili tüm kararlara ortak katılımlarını sağlayabilmeli ve onların tüm sosyo-kültürel ihtiyaçlarını gözetten bir iletişim kurma bilgi ve becerisine sahip olabilmelidir.

Bu bölümde, öğrencilerin epilepsiye ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular dört başlık altında açıklanan verilere paralel olarak, literatür bilgileri ışığında tartışıldı:

1. Öğrencilerin kişisel özelliklerinin tartışılması
2. Öğrencilerin epilepsi hakkındaki bilgi düzeyi ile ilgili özelliklerinin tartışılması
3. Öğrencilerin epilepsiye ilişkin tutumlarının tartışılması

4. Öğrencilerin epilepsi ile ilişkili tutumlarının değişkenlerle karşılaştırılmalarının tartışılması.

7.1. ÖĞRENCİLERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Yaş ortalaması $21,30 \pm 2,14$ (dağılım:18-32) olan öğrenci örnekleminin genel not ortalamaları $2,56 \pm 0,46$ 'dır (dağılım: 1,23-3,86). Örneklemin %90,8'i kadın, 97,1'i bekar ve %56,3'ü hayatının büyük çoğunluğunu büyükşehirde geçirmiştir. Öğrencilerin anne ve baba meslekleri sorgulandığında %73,2'sinin annesi ev hanımı, %37,5'inin babası serbest meslekle uğraşmaktadır. Öğrencilerin %91,2'sinin herhangi bir sağlık sorunu yokken, %92,6'sı önemli bir hastalık geçirmemiştir ve %69,5'i düzenli sağlık kontrolü yaptırmaktadır. Örneklemin %31,6'sını 1. Sınıflar (n=86), %23,2'sini 2. Sınıflar (n=63), %23,2'sini 3. Sınıflar (n=63) ve % 22'sini 4. Sınıflar oluşturmaktadır.

Öğrencilerin yaş ortalamaları genel üniversite öğrencileri ile uyumludur. Başarı ortalamaları 4'lük not sistemine göre orta düzeydedir. Öğrenciler genel olarak şehir ortamında hayatını geçirmişlerdir. Örneklemin büyük bir çoğunluğunun sağlık durumlarında bir problem yoktur ve düzenli olarak sağlık durumlarını kontrol ettirmektedir.

7.2. ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Epilepsi hastalarının yaşamları, günlük yaşamlarının nasıl etkilendiği, hastanın hastalığı algılayış şekli ve tedaviyi uygulayışı az ilgi gösterilen konudur. Yetersiz bilgi ve yetersiz profesyonel destek sık karşılaşılan bir durumdur (60).

Bu durumların üstesinden gelebilmek için sağlık profesyonellerinin, hasta, hasta ailesi ve yakınlarının epilepsi hastaların yaşadığı sorunları tanıyabilmesi, yardımcı olabilmesi için bilgi sahibi olması önemlidir (59).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin (n=272) %62,5'i epilepsi hakkındaki bilgi kaynaklarının okul, %26,5'i de televizyon, internet vb. olduğunu belirtmiştir Tedrus ve arkadaşlarının (2007) sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerle yaptığı çalışmada (n=258) bilgi kaynaklarının %31,9'unu okul, %29,3'ünü televizyon ve %13'ünü diğer

olarak belirtmiştir (61). Çıkan sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir ve seçeneklerden okulun yüksek oranda seçilmesinin sebebi, örneklemelerin hemşirelik yüksekokulu ve sağlık bölümü öğrencisi olmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Öğrencilere epilepsi ile bilgilerini nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda; %65,8'i orta düzeyde, %25,4'ü de yetersiz bilgisi olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin bir kısmının kendilerini yetersiz olarak değerlendirme sebebinin, grupta henüz nöroloji sistemi konusunda eğitim almamış 1. sınıf öğrencilerinin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Epilepsi nörolojik hastalıklar içinde değerlendirilen bir tablodur. Epilepsinin etyolojisinde rol oynayan birçok faktör (genetik, metabolik, konjenital, vasküler, serebral, travmalar, enfeksiyonlar, toksik sebepler)vardır.

Çalışmamıza katılan öğrencilere sorulan epilepsinin ilişkili olduğu vücut sistemi ve epilepsinin nedenleri sorulduğunda; öğrencilerin %89,3'ü epilepsinin nörolojik hastalıklar içinde yer aldığını ve etyolojik nedeninin nörolojik olduğunu (%87 oranında) doğru olarak yanıtlamıştır. Diğer seçenekler; %46,7 psikolojik, %27,6 kalıtsal, %13,2'si doğumsal olarak dağılmıştır. Mecarelli ve arkadaşlarının (2007) üniversite öğrencileri (biyolojik bilimler) üzerinde yaptığı çalışmada (n=253) ise öğrencilerin %71'i epilepsinin ilişkili olduğu vücut sistemine nöroloji sistemi ve nedenlerini %39'u kalıtsal, %25'i stres, %18'i doğumsal ve %18'i beyin tümörleri şeklinde cevaplandırmıştır (62).Falavigna ve arkadaşlarının (2009) tıp ve hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=220) öğrencilerin %80,5'i epilepsinin sebeplerini nörolojik, %44,5'i ilaç kullanımı, %23,2'si kalıtsal, %22,3'ü doğumsal olarak cevaplandırmıştır. Bu çıkan sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir (63).

Epilepsi tüm dünyada en yaygın rastlanan nörolojik hastalıklardan biridir ve tüm dünyada yaklaşık 50 milyon epilepsi hastası vardır. Epilepsinin rastlanma sıklığı gelişmiş ülkelerde her bin kişide sekiz olarak bulunmuşken, Türkiye'de ise her 1000 kişide yaklaşık 10 olarak tespit edilmiştir. Bu da bize Türkiye'de yaklaşık 800.000 epilepsi hastası olduğuna işaret etmektedir (64).

Bu bağlamda öğrencilere sorulan epilepsi toplumda hangi sıklıkla görülür sorusuna; %46,3'ü 1/1000 diyerek doğruya en yakın cevabı vermiştir. Mecarelli ve arkadaşlarının

(2007) üniversite öğrencileri (biyolojik bilimler) üzerinde yaptığı çalışmada (n=253) öğrencilerin %27'si doğru cevap vermiştir (62). Young ve arkadaşlarının (2002) psikoloji öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada (n=191) öğrencilerin %28'i doğruya en yakın cevabı vermişlerdir (65). Bu konuda öğrencilerimizin bilgileri ve çıkan sonuçlar literatüre göre daha olumludur.

Epilepsiyi tanılamada kullanılan birçok yöntem vardır. Görüntüleme teknikleri (magnetic resonance imaging-MRI, bilgisayarlı tomografi-BT) ve elektriksel etkinlik değerlendirmeleri (EEG) bunlara örnektir. Bu yöntemlerle epilepsiye neden olan beyin bölgesi ve yapısal bozukluklar hakkında önemli bilgiler elde edilir. Özellikle elektroensefalogram (EEG) epilepsi tanısında çok önemli bir yere sahiptir (5,10).

Çalışmamıza katılan öğrenciler epilepsiyi tanılamada hangi yöntemler kullanılır sorusuna; %60,7'si EEG, %30,9'u MR/BT cevabını vermiştir. Mecarelli ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada (n=253) ise çalışmamızla uyumlu sonuçlar (EEG %52, MR/BT %20) görülmektedir (62).

Öğrencilere sorulan epilepsi size göre hangi hastalıktan daha tehlikeli, şiddetlidir sorusuna; öğrencilerin %46,3'ü hipertansiyon, %29'u diabetes mellitus demiştir. Buradan öğrencilerin epilepsiyi toplumda yaygın olarak görülen birçok hastalığa göre daha tehlikeli ve önemli olarak algıladıkları anlaşılmaktadır. Daoud ve arkadaşlarının (2007) yetişkinlerle yaptığı çalışmada (n=16,044) katılımcıların %32,1'i hipertansiyon, %33,7'si diabetes mellitus demiştir (66). Literatürle bizim verilerimiz uyumludur.

Öğrencilere epilepsili birini tanıma ve epileptik bir nöbete şahit olma durumları sorulduğunda; epileptik birini tanıma %38,6 ve epileptik nöbet görme %49,3 olarak saptanmıştır. Santos ve arkadaşlarının (2007) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada (n=93); öğrencilerin %47,3'ü epilepsili birini tanıdığını, %34,4'ü epileptik bir nöbete şahit olduğunu belirtmiştir (67). Falavigna ve arkadaşlarının (2009) tıp ve hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=220) öğrencilerin %67,3'ü epilepsili birini tanıdığını, %54,5'i epileptik bir nöbete şahit olduğunu belirtmiştir (63). Santos ve Falavigna'nın çalışmasıyla kıyaslandığında bulgularımızın literatüre benzer olduğu görülmektedir.

Epileptik nöbet beynin kuvvetli ve ani elektriksel boşalımı sonucu oluşan kısa süreli ve geçici bir durumdur. Epilepsi nöbeti sırasında hastalar vücutları ve ekstremiteleri üzerindeki kontrollerini ve bilinçlerini kaybedebilirler. Konvülsif nöbetler sırasında aynı zamanda ağızdan salya akması, tutarsızlık ve inkontinans da görülebilir. Epileptik bireylerin neden belli zamanlarda nöbet geçirdiği genellikle çok fazla bilinmemekle beraber, bazı olayların (uykusuzluk, alkol kullanımı, stres vb.) nöbet geçirmeyle belli bir bağlantısı olduğu bilinmektedir (3,4).

Öğrencilere epileptik nöbetin ne olduğu sorulduğunda; %83,5'i, konvülziyon veya sarsılma, %21'i de bilinç kaybı cevabını vermiştir. Bu sonuç bize öğrencilerimizin epileptik bir nöbet hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Young ve arkadaşlarının (2002) psikoloji öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada (n=191) öğrencilerin %87'si konvülziyon, %49'u bilinç kaybı cevabını vermiştir (65). Ramasundrum ve arkadaşlarının (2000) erişkinlerle yaptığı bir çalışmada (n=839) %81 oranında konvülziyon, %62 oranında bilinç kaybı seçenekleri yanıtlanmıştır (68). Tuan ve arkadaşlarının (2007) erişkinler üzerinde yaptığı çalışmada (n=2005) katılımcılar epileptik nöbetin %79,6 oranında konvülziyon, %42,1 oranında bilinç kaybı olduğunu belirtmiştir (69). Çıkan sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir.

Öğrencilere epileptik nöbetleri tetikleyen faktörler var mıdır diye sorulduğunda; %87,9'u evet, % 12,1'i hayır demiştir. Öğrencilerin epileptik nöbetin doğası hakkında ve epileptik nöbetin bazı faktörlerle tetiklenebileceği bilgisine sahip oldukları görülmektedir.

Epilepsisi olan bireyler sağlıklı olanlara kıyasla, fiziksel ve psikolojik hasara neden olan kazalar ve travma, ölüm ve kognitif bozukluk, anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler yönünden daha büyük risk altındadırlar (59).

Öğrenciler epileptik nöbet nelere sebep olur sorusuna; %70,6'sı yaralanmalara, %32,7'si psikolojik sorunlara, %26,7'si mental sorunlara yol açar yanıtını vermiştir. Epileptik nöbetin yol açabileceği komplikasyonlar hakkında öğrencilerin yeterli bilgiye sahip olduklarının görmekteyiz.

Öğrencilere epileptik nöbet geçiren birine karşı ne hissedecekleri sorulduğunda; %67,3'ü üzüntü, %43'ü yetersizlik, %36'sı korku demiştir. Öğrencilerin verdiği cevaplara bakıldığında tepkilerinin konvülzif bir nöbete karşı doğal olduğunu görmekteyiz. Reno ve

arkadaşlarının (2007) ortaokul öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=182) öğrencilerin %37,8'i üzüntü, %38,7'si korku, %31,2'si acıma olarak cevap vermişlerdir (70). Caixeta ve arkadaşlarının (2007) tıp öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=52) öğrencilerin %64'ü yardım etme isteği, %60'ı endişe, %31'i etkisiz hissedeceğini belirtmiştir. Literatürle verilerimiz uyumludur (71).

Epilepsi nöbeti sırasında hastada geçici bilinç kaybı olduğundan kendini koruyamamaktadır. Bu nedenle nöbetin en az zararla geçirilebilmesi için epilepsili hastaların çevresindekilerden yardım alması gerekmektedir. Hastanın güvenli bir yere alınması, solunum yolunun açık tutulması, başının korunması vb. uygulamalar epileptik bir nöbete şahit olan bireylerin bilmesi ve yapması gereken uygulamalardandır (4,10).

Çalışmamıza katılan öğrencilerepileptik nöbet geçiren birini görünce ne yapacakları sorulduğunda; %80,1'i başını koruyacağını, %67,6'sı solunum yolunu açık tutacağını, %29,4'ü hastaneye götüreceğini, %15,8'i hareketlerini kısıtlayacağını söylemiştir. Öğrencilerin konvülsif bir nöbet karşısında uygulaması gereken temel ilkyardım becerilerine sahip olduğu görülmektedir. Yine epilepsi hakkındaki bilgi düzeylerinin verdikleri cevapları etkilediği düşünülmektedir. Caixeta ve arkadaşlarının (2007) tıp öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=52) %91'i başını koruyacağını, %40'ı solunum yolunu koruyacağını, %15'i hareketlerini kısıtlayacağını belirtmiştir (71). Literatürle verilerimiz benzerlik göstermektedir.

Epilepsi ilaçla, cerrahi ya da farklı alternatif yollarla (vagal sinir stimülasyonu, ketojenik diyet vb.) tedavi edilebilen, çoğu hastada (%70-75) tek ilaçla nöbetlerin kontrol altına alınabildiği, kalan hastaların da nöbet sıklığı ve şiddeti azaldığı ve hastalığın olumsuz yönleriyle başa çıkabilmek için psikolojik destek yöntemlerinin de kullanıldığı bir hastalıktır. Epilepsili hasta ilacını kullanarak, yaşam tarzına dikkat ederek aktif ve başarılı bir şekilde hayatını sürdürebilir (4).

Öğrencilerin %70,6'sı epilepsinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir. Rahman ve arkadaşlarının (2005) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=289) öğrenciler %46,3 oranında epilepsinin tedavi edilebilir olduğunu belirtmiştir (72). Öğrencilerimizin bu konuda doğru bilgiye sahip olduğunu görmekteyiz ve bulgularımız literatürle uyumluluk göstermekle beraber daha olumlu yöndedir.

Öğrencilerepilepsi tedavisi hakkındaki bilgileri sorulduğunda; %59,9'u ilaçla, %7,4'ü cerrahi yolla, %21'i psikolojik destekle tedavi edilebileceğini, %12,9'u ise epilepsinin tedavisinin olmadığını söylemiştir. Falavigna ve arkadaşlarının (2009) tıp ve hemşirelik bölümü öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=417); öğrencilerin %95,9'u ilaçla tedavi edilebileceğini, %35'i cerrahi yolla tedavi edilebileceğini, %0,5'i epilepsinin tedavisinin olmadığını belirtmiştir(63). Literatürdeki çalışmalarda çıkan sonuçlar bizim çalışmamıza göre daha olumlu olduğu görülmektedir. Bunun sebebi örneklem grubumuzda yer alan öğrencilerin henüz epilepsi konusunda eğitim almamış 1. Sınıf öğrencilerinin olmasıyla bağlantılı olabilir. Epilepsinin tedavi yöntemleri konusunda öğrencilerimizin daha fazla bilgiye gereksinim duyduğu görülmektedir.

Öğrencilere epilepsinin ilaçla tedavisindeki beklenen etki sorulduğunda; %84,6'sı nöbetleri azalttığını, %14,7'si nöbetleri durdurduğunu belirtmiştir. Young ve arkadaşlarının (2002) psikoloji öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada (n=191) öğrencilerin %80'i ilaçların nöbetleri durdurduğunu belirtmiştir (65). Bu konuda öğrencilerimizin cevapları literatürle ve genel bilgilerle uyumlu yöndedir.

Antiepileptik ilaçlar kişiden kişiye değişkenlik gösteren ve çoğu zamanda ilaç dozuna bağlı azalan veya kaybolan bazı yan etkiler oluşturabilmektedir. Bu yan etkiler: yorgunluk, baş dönmesi, denge bozukluğu, ellerde titreme, kilo alma, kilo verme, kemik yoğunluğunda azalma, ciltte kızarıklık, alerji, konuşma zorluğu, kelime bulmakta zorluk vb. olabilir (1,5).

Öğrencilere epilepsi tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri sorulduğunda; %53'ü sedasyon, %44,9'u baş ağrısı, %23,9'u vücut ağrıları ve letarji olarak belirtmiştir. Seneviratne ve arkadaşlarının (2002) hastalar üzerinde yaptığı çalışmada (n=207); %43,5'i sedasyon, %32,4'ü iştah artışı, %26,1'i saç kaybı demiştir (73). Verilerimizin genel bilgilerle ve literatür bilgisiyle uyumlu ve öğrencilerimizin antiepileptik tedavinin yan etkileri hakkında bilgi sahibi olduğunu görmekteyiz.

7.3. ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİYE İLİŞKİN TUTUMLARININ TARTIŞILMASI

Epilepsi, en yaygın nörolojik hastalıklardan biri olmanın ötesinde, epilepsi hastalarının hayatını olumsuz yönde etkileyen negatif toplumsal tutumlarla, epilepsiye dair yanlış kavramlaştırmalarla ve bunlara dayanılarak yapılan epilepsi hastalarına yönelik bir takım sosyal ayrımcılıklarla da ilişkilidir. Epilepsi hakkında toplum içinde halen geçerliliğini koruyan yanlış bilgiler ve negatif stereotipler, epilepsisi olan bireylerin stigma ile mücadele etmelerini gerektirmekte ve bu durum epilepsili bireyler tarafından yaşanan sıkıntının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (47).

Türkiye’de yapılan bazı çalışma sonuçları halkın epilepsi hastalarını kabullenmeme ve ayrı tutma eğiliminde olduğunu ve bu durumun çocukluk çağından itibaren hastalar ve aileleri tarafından açık bir biçimde hissedildiğini göstermektedir (74,75).

Bu konuda sağlık çalışanlarının, toplumu ve epilepsili hastalarla birlikte yaşayanları epilepsi konusunda bilgilendirmek ve bu konudaki önyargı ve yanlış inançlarla mücadele etmek gibi sorumlulukları vardır (57).

Sağlık profesyonelleri olarak toplumun epilepsiye bakışını ve epilepsisi olan kişilere dönük tutumlarını değiştirmek, epilepsili kişilerin topluma tam olarak katılımını sağlayacak fırsatları arttıracak, toplum içindeki konumlarını ve işlevselliklerini yükseltecektir

Epilepsinin çoğu zaman belirsiz olan doğası, hastaların pek çok psikososyal zorluklar yaşamasına neden olmaktadır. Epilepsili hastalarda, genel topluma kıyasla kendine güven duygusunun daha az olduğu ve bu hastalarda anksiyete ve depresyon oranlarının da daha fazla olduğu bildirilmiştir (38).

Çalışmamıza katılan öğrencilere epilepsili hastalar kendilerini nasıl hissettiği sorulduğunda; %41,5’i üzgün, %41,2’si bağımlı, %40,8’i korkmuş, %40,1’i aciz, sadece %5,5’i normal demişlerdir. Reno ve arkadaşlarının (2007) ortaokul öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=182) öğrencilerin %51’i üzgün, %50’si bağımlı, %41,7’si utanmış, %37,1’i korkmuş, %30,7’si endişeli ve %8,1’i normal cevabını vermiştir (70). Literatürle verilerimiz uyumluluk göstermektedir.

Epilepsi gibi toplumsal stigma oluşmuş hastalığı olan bireyler hastalığı olan birey ve aileleri toplumun etkisiyle tedavi tercihini yapmaktansa evde tecrit edilmeyitercih eder hale gelmişlerdir (6).

Öğrencilere epilepsili insanların hangi tutumları gösterdikleri sorulduğunda; %43,4'ü Reno ve arkadaşlarının (2007) ortaokul öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=182) örneklemin %42,6'sı kendilerini izole eder cevabını vermişlerdir (70).

Epilepsinin ve antiepileptik tedavinin kişinin cinsel yaşamı ve fertilizasyonu ile ilgili olumsuz bir etkisi bulunmamaktadır (4). Çalışmamıza katılan öğrencilere epilepsili insanlar normal bir cinsel hayat yaşayabilirler mi sorusu sorulduğunda; %88,6'sı evet şeklinde yanıtlamıştır. Çıkan sonuç genel bilgilerle uyumluluk göstermekle beraber öğrencilerimizin epilepsili bireylerin cinsel yeterlilikleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu ve olumsuz bir tutuma sahip olmadıklarını görmekteyiz.

Fakat öğrencilerin %91,5'i epileptik hastaların çocuk sahibi olamayacaklarını belirtmiştir. Daoud ve arkadaşlarının (2007) erişkinlerle yaptığı çalışmada (n=16,044) katılımcıların %71,3'ü evet, %28,7'si hayır demiştir (66). Bu sonuç bize öğrencilerin epilepsi hastalarının fertilizasyon yeterlilikleri ile ilgili yanlış bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. Öğrenciler bu düşünceye epilepsinin konjenital anomalilerle ilişkisinden ve epilepsi ile ilgili genel toplumsal önyargılardan varmış olabilirler.

İş ayrımcılığı epilepsi hastalarının önemli problemlerinden biridir. Yapılan bir çalışmada normal popülasyonda çalışabilir durumda olan işsizlerin oranı %19 iken, işsiz epilepsi hastalarının oranının ise %46 olduğu ve özellikle dirençli epilepsisi olan kişilerin %59'unun işsiz olduğu tespit edilmiştir. Bu sayıları oranlarsak epilepsi hastalarında işsizlik oranı normal popülasyondan yaklaşık üç kat daha fazladır (34).

Bu bağlamda öğrenciler epilepsili bireyler diğer bireylerle aynı işlerde çalışabilirler sorusuna %56,6'sı evet demiştir. Buna karşın öğrencilerin %43,4'lük bir oranda da hayır cevabı verdikleri görülmektedir. Bu bulgular bize öğrencilerin epileptik bireylerin iş yaşamı ile ilgili olumsuz bakış açısını göstermektedir. Njamnshi ve arkadaşlarının (2009) ortaokul öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=910); öğrencilerin %58,6'sı evet demiştir (76). Aragon ve arkadaşlarının diğ hekimleri üzerinde yaptığı çalışmada da öğrencilerimize göre daha olumlu sonuçlar görülmektedir (evet %87,4) (77). Sağlık alanında eğitim alan

öğrencilerin bu konuda daha olumlu düşüncelere sahip olmaları beklenirdi. Konu ile ilgili yeterli ve kapsamlı eğitim programları ile bu tutumların olumlu yönde değiştirilebileceği düşünülebilir.

Belli önlemler alındığı sürece pek çok epilepsi hastası spor etkinliklerinde bulunabilir. Bu konuda zarar görme olasılığı azdır ve sadece belli sporlar (motor sporları, dağcılık, su kayağı, rüzgâr sörfü vb.) yasaklanmıştır. Bu nedenle epilepsi hastaları kendine güvenlerini kazanmaları, sosyal hayata uyum sağlamalarını kolaylaştırmak amacıyla spor etkinliklerine katılma konusundateşvik edilmelidir (38).

Egzersiz ve epilepsi arasındaki ilişki tam olarak bilinmemektedir. Birçok çalışma ile düzenli olarak egzersiz yapan hastaların kendilerini daha iyi hissettikleri ve nöbet kontrollerinin daha iyi olduğu gösterilmiştir (38).

Katılımcılara epilepsili bireyler spor aktivitelerine katılabilirler mi sorusu sorulduğunda %70,6'sı evet demiştir. Rahman ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada (n=289); öğrencilerin %62,4'ü evet demiştir (72). Verilerimiz literatürle benzer özelliktedir.

Epilepsinin, majör tipleri haricinde hastaların zihinsel kapasitesini etkilemediği düşünülmektedir. Fakat epilepsili çocukların akademik zorluklarla da daha sık karşılaştıkları bildirilmiştir. Eğitim problemlerine neden olabilecek çeşitli sebepler literatürde şu şekilde özetlenmiştir: altta yatabilecek beyin hasarı, epileptik nöbetler, subklinik epileptiform elektroensefalogram (EEG) deşarjları, antiepileptik tedavinin bilişsel işlevler üzerine etkileri ve ayrıca ailelerin, öğretmenlerin ve sınıf arkadaşlarının tutumları(38).

Çalışmaya katılan öğrencilerin %93,8'i epilepsi hastalarının diğer insanlar kadar akıllı olduklarını düşünmekle birlikte %44,5'i epilepsinin akademik başarıyı etkileyebileceği görüşündedir. Daoud ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada (n=16,044) erişkinler epilepsili hastaların zihinsel kapasite yeterliliği oranını %61,7 olarak, akademik başarıyı etkileme oranını %71,2 olarak yanıtlamışlardır (66).

Bu noktadan hareketle; bizim çalışmamızdaki ve literatür çalışmasındaki örneklem grubunun, epilepsili hastaların mental yeterliliğini ve akademik başarı düzeylerini farklı olarak değerlendirmekte olduğunu görmekteyiz.

Epilepsi, kişinin hastalığını kabullenmesiyle, ailesinin ve toplumun da desteğiyle mutlu bir yaşam sürdürmeye ve evlenmeye engel bir durum teşkil etmez. Epileptik kişiler eşleriyle mutlu bir evlilik hayatı sürdürebilir. Fakat akraba evliliği konusunda genetik geçişlerin göz önüne alınması ve bu evliliklerden kaçınılması gerekmektedir (78).

Öğrencilere epilepsi mutlu bir yaşama engel midir denildiğinde; % 71,4'ü hayır ve epilepsi hastaları evlilik hayat yaşayabilir mi diye sorusuna; %91,6 oranında evet demişlerdir. Öğrenciler epilepsinin mutlu bir yaşama ve evliliğe engel olmayacağını düşünmektedir. Verilerimiz genel bilgilerle ve literatürle uyumluluk göstermektedir.

Epilepsi, olumsuz ön yargılardan nasibini alan hastalıkların başındayer almaktadır. Ülkemizde dâhil dünyanın birçok bölgesinde epilepsi hastaları ve aileleri damgalanma ve ayrımcılık sıkıntısını çekmektedirler (79).

Öğrencilere epilepsili hastaların karşı toplumda ayrımcılık var mıdır sorusuna; %49,7'si evet, %50,3'ü hayır demiştir. Daoud ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada (n=16,044) katılımcıların %36,9'u evet, %63,1'i hayır demiştir (66). Öğrencilerin ve erişkinlerin cevapları birbirine benzerlik göstermekle beraber literatürle uyumludur.

Öğrencilere epilepsili hastaların hangi alanlarda toplumsal ayrımcılığa maruz kaldıkları sorulduğunda; %73,5'i iş yaşamında, %56,3'ü sosyal ilişkilerde, %53,7'si evlilik ilişkisinde yanıtını vermiştir. Öğrenciler epilepsili bireylerin çoğu durumda fakat özellikle iş yaşamında ayrımcılık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Reno ve arkadaşlarının (2007) ortaokul öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=182) öğrencilerin %50,8'i okul yaşamında, %45'i sosyal ilişkilerde, %38,7'si iş ilişkilerinde, %35,5'i evlilik ilişkilerinde yanıtını vermiştir (70). Verilerimiz literatürle uyumluluk göstermektedir.

Epilepsinin hastaya verdiği utanma duygusu, özgüven eksikliği, nöbetler nedeni ile eğitim sürecini tamamlayamama ya da kendini iş hayatına hazırlayamama, iş güvenliği ile ilgili sorunlar, iş becerisinin ve tecrübesinin eksikliği, toplumun epilepsi hastalığı hakkındaki tutumu bu hastaların iş bulma konusunda ciddi sorunlarla karşılaşmalarına

neden olur. Bu handikaplar işverenin olumsuz önyargısı ile birleştiğinde hastanın işe alınma şansı oldukça zayıflar. Oysa çalışma ve işe yaradığını hissetme duygusu yalnızca bir gelir elde etmelerinin ötesinde bireylerin kişisel ve toplumsal ilişkilerini, mutluluklarını etkileyen bir sosyal gerçekliktir. Epilepsi hastalarının iş ortamına aktif katkıları bir yandan bu hastaların yaşam kalitelerini geliştirirken öte yandan toplumsal üretime de katkı sağlar (34).

Öğrencilere epilepsili insanlara iş verip vermeyecekleri sorulduğunda; %88,2'si hayır, %11,8'i evet demiştir. Bu çıkan sonuç iş yaşamında sınırlılık yaşarlar sonucuyla yüksek oranda benzerlik göstermektedir. Tedrus ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada (n=258) öğrencilerin %93,8'i evet, %6,2'si hayır demiştir (61). Santos ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada (n=93); öğrencilerin %68,8'i evet, %31,2'si hayır demiştir (67). Falavigna ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada da (n=417); sonuç aynı yöndedir (evet %89,5) (63). Bulgularımızın genel bilgilerle uyum gösterdiği fakat literatürle göstermediği görülmektedir. Bu hususta daha kapsamlı eğitimin gerekli olduğu yorumu yapılabilir.

Epilepsili kişilerin akılsal ve ruhsal problemleri olmadığından dolayı onlarla vakit geçirilmesinde bir sakınca görülmemelidir (60).

Öğrencilere çocuklarının epileptik biriyle zaman geçirmesi ile ilgili görüşleri sorulduğunda; %80,1'i karşı çıkacağını, %19,9'u çıkmayacağını belirtmiştir. Santos ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada (n=93); öğrencilerin %22,6'sı evet, %77,4'ü hayır demiştir (67). Daoud ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada (n=16,044) katılımcıların %52,4'ü evet, 47,6'sı hayır demiştir (66). Njamnshi ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada (n=910); öğrenciler ortaokulda olmalarına rağmen %76,6'sı hayır, %23,4'ü evet demiştir (76). Bu konuda literatürdeki çalışmaların daha olumlu yönde olduğu görülmektedir. Öğrenciler, çocuklarının epileptik bireyle görüşmesine olumlu bakmayacağını belirtmektedir.

Öğrencilere epileptik biriyle evlenip evlenir misiniz diye sorulduğunda; %60,3'ü evet, %39,7'si hayır demiştir. Tedrus ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada (n=258); öğrencilerin %87'si evet, %13'ü hayır, Falavigna ve arkadaşlarının (2009) sağlık öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=417); öğrencilerin %81,4'ü evet, %18,6'sı hayır,

Caixeta ve arkadaşlarının (2007) tıp öğrencileri ile yaptığı çalışmada (n=52) öğrencilerin %91'i evet, %9'u hayır şeklinde yanıtlamıştır (61,63,71). Bu çalışmalara bakılacak olursa sağlık alanında eğitim alan kişilerde epilepsinin evlilik kararı verilmesinde engel olmayacağı yorumuna varılabilir ve verilerimiz literatürle uyumluluk göstermektedir.

Öğrencilere epileptik bir eşten çocuk sahibi olma düşünceleri sorulduğunda; %55,1'i olabileceğini, %44,9'u olmayacağını belirtmiştir. Öğrenciler yüksek oranda epilepsili hastalar çocuk sahibi olamazlar demelerine rağmen yaklaşık yarısı epileptik bir eşten çocuk sahibi olabileceğini belirtmiştir.

Öğrencilere yakınlarından birinin epilepsili bir insanla evlenmesine karşı çıkıp çıkmayacakları sorulduğunda; %20,2'si evet, %79,8'i hayır demiştir. Santos ve arkadaşlarının (2007) hemşirelerle yaptığı çalışmada (n=93); öğrencilerin %8,6'sı evet, %91,4'ü hayır demiştir (67). Daoud ve arkadaşlarının (2007) erişkinlerle yaptığı çalışmada (n=16,044) katılımcıların %11,5'i evet, 88,5'i hayır demiştir (66). Bu konuda verilerimiz literatürle uyumludur. Ayrıca öğrenciler kendi evlenme cevaplarına oranla daha pozitif bir tutum sergilemektedir.

Epilepsili hastalar ilaçlarını düzgün bir biçimde kullandığı ve kontrollerini aksatmadığı sürece hastalığının kontrolünü sağlayabilir. Fakat bu durum mevcut epilepsinin tipi, klinik özellikleri ve hastanın durumuna göre değişkenlik gösterebilir.

Öğrencilere epilepsili bireyler kendilerini kontrol edebilir mi denildiğinde; %60,3'ü kısmen, sadece %17,6'sı evet demiştir. Verilerimiz genel bilgilerle uyumluluk göstermemektedir. Öğrenciler epilepsili bireylerin kendilerini kontrol edemeyeceklerini düşünmektedir. Verilecek eğitimlerle bu tutum değiştirilebilir.

Öğrencilerin %87,1'i epilepsili hastaların yaşamlarında sınırlılıklarının olduğunu belirtmektedir. Öğrenciler epilepsili bireylerin hastalıklarını kontrol edemeyeceğini düşündüğünden yaşamlarında sınırlılıklarla karşılaşacakları kanısına varmış olabilirler.

7.4. ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİ İLE İLİŞKİLİ TUTUMLARININ DEĞİŞKENLERLE KARŞILAŞTIRILMALARININ TARTIŞILMASI

Bu bölümde öğrencilerin epilepsi hakkındaki bilgilerinin ve tutumlarının farklı değişkenlerle karşılaştırılmaları incelenecektir.

Sınıf değişkenine göre öğrenciler epilepsi sebebi olarak; psikolojik sebepler (endişeler, depresyon, ruhsal hastalıklar, zihinsel ve duygusal sorunlar), nörolojik sebepler (baş ağrısı, beyin tümörü, kafa travması, inme), kalıtsal sebepler, doğüstü güçler ve bilmiyorum yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Fakat doğumsal ve enfeksiyonlar yanıtlarını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Epilepsinin sebebinin doğumsal ve enfeksiyonlar olarak görülmesinin sınıflara göre artması, bize eğitim arttıkça daha ayrıntılı bilgiye sahip olduğunu düşündürmektedir.

Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbet konvülsiyondur yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Dördüncü sınıftaki öğrencilerin bu yanıtı verme oranları anlamlı şekilde yüksektir. Buradan hemşirelik yüksekokulunda verilen eğitimin epileptik nöbet bilgisine etkili olduğu görülmektedir. Bu sonuçtan epilepsi hakkındaki bilgilerin sınıf düzeyi arttıkça olumlu şekilde arttığı yorumu yapılabilir.

Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde başını korurum ve solunum yolunu açık tutarım yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Üçüncü ve dördüncü sınıftaki öğrencilerin bu yanıtları verme oranları anlamlı şekilde yüksektir. Bu da eğitimin epilepsiye karşı müdahale bilgisini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Sınıf değişkenine göre öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde yüzüne su atarım ve hastaneye götürürüm yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Birinci sınıftaki öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde yüzüne su atarım ve hastaneye götürürüm yanıtını verme oranları diğer sınıflardaki olgulara göre anlamlı şekilde yüksektir. Bu noktadan hareketle epilepsi konusunda eğitim almamış öğrencilerin nöbete karşı müdahale bilgilerinin toplumsal yaklaşımlarla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Epilepsili birini tanıma değişkenine göre epilepsili bir kişiyle evlenirim yanıtını verenlerin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Epilepsili birini tanıyan öğrencilerin epilepsili biriyle evlenirim yanıtını verme oranı anlamlı şekilde yüksektir. Bu sonuca göre epilepsinin nasıl bir hastalık olduğunu bilenlerin

epilepsi ile ilgili önyargılardan uzak olduğu ve evlenme kararını etkilemediği sonucuna varabiliriz.

Epilepsili birini tanıma durumuna göre yakınlarınızdan birinin epilepsili bir kişiyle evlenmesine karşı çıkardım yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Epilepsili birini tanımayan öğrencilerin yakınlarından birinin epilepsili bir kişiyle evlenmesine karşı çıkma oranı anlamlı şekilde yüksektir. Epilepsili bir kişiyi tanımayanlar ve dolayısıyla bu hastalık hakkında detaylı bilgi sahibi olmayanlar yakınlarının evlilik kararına engel olmak isteyebilir.

Epilepsili nöbeti geçiren birini görme durumuna göre epilepsili birine iş verme, çocukların epilepsili biriyle görüşmesine karşı çıkma, epilepsili bir kişiyle evlenme, epilepsili eşlerden çocuk sahibi olma, yakınlarınızdan birinin epilepsili bir kişiyle evlenmesine karşı çıkma, epilepsili hastaların kontrol edilebilirliği, epilepsili bireylere toplumda ayrıcalık gösterme durumları oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Epilepsi nöbetine tanıklık etme durumunun epilepsi ile ilgili oluşabilecek önyargıları etkilemediği görülmektedir.

Epilepsi hastalarının yaşamında sınırlılık görülme durumlarına göre epilepsili hastaların çocuk sahibi olabilmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Öğrenciler epilepsili hastaların çocuk sahibi olabileme durumlarını yaşamda bir sınırlılık olarak görmemektedirler.

Epilepsili hastaların yaşamında sınırlılık görülme durumlarına göre diğer insanlara rahatsızlıklarından bahsederler yanıtını verenlerin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Epilepsi hastalarının yaşamında sınırlılık görüldüğünü ifade edenlerin; epilepsili hasta tutumlarından “tedaviyi araştırmaları” oranları anlamlı düzeyde düşük bulunurken ($p<0,05$); “kendini izole ederler” diyenlerin oranları ise anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Öğrenciler epilepsili hastaların hastalıklarının tedavisini araştırmalarını yaşamlarında bir sınırlılık olarak görmüyorken, kendilerini izole etmesini sınırlılık olarak görmemektedirler.

Epilepsi hastalarının yaşamında sınırlılık görüldüğünü ifade edenlerin; “Epilepsili bireylerin diğer bireyler ile aynı işlerde çalışması” arasında anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$). Sınırlılık görülenlerin diğer bireyler ile aynı işte çalışır diyenlerin oranları düşük olarak saptanmıştır. Öğrenciler epilepsili bireylerin yaşadığı sınırlılıkları iş yaşamıyla bağdaştırmaktadırlar. Epilepsili bireylerin yaşamlarında sınırlılıkların olduğunu düşünen öğrenciler diğer bireylerle aynı işlerde çalışabileceklerini düşünmemektedirler.

8. SONUÇ

Öğrencilerin epilepsiye ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirmesi amacıyla yapılan bu araştırmada bulunan sonuçlar:

1. Öğrencilerin kişisel özellikleri incelendiğinde;
 - Yaş ortalaması $21,30 \pm 2,14$ (dağılım:18-32) olan öğrenci hemşire örnekleminin genel not ortalamaları $2,56 \pm 0,46$ (dağılım: 1,23-3,86) ve %90,8'i kadındır.
 - Öğrencilerin %91,2'sinin herhangi bir sağlık sorunu yokken, %92,6'sı önemli bir hastalık geçirmemiştir ve %69,5'i düzenli sağlık kontrolü yaptırmaktadır.
2. Öğrencilerin epilepsi hakkındaki bilgileri incelendiğinde;
 - Öğrencilerin epilepsi bilgi kaynaklarının %62,5'i (n=170) okul, %19,9'u (n=19,9) kitap/dergi, %26,5'i (n=72) televizyon/internet, %8,1'i (n=22) sağlık personeli, %18 (n=49) akrabalar/arkadaşlar ve %7,7'si (n=21) kişisel deneyimdir.
 - Öğrenciler epilepsi konusundaki bilgilerinin %65,8 oranında orta düzeyde olduğunu belirtti.
 - Öğrencilerin %93,4'ü epilepsinin nöroloji sistemiyle ilişkili olduğunu bildirdi.
 - Öğrencilerin %46,7'si epilepsinin nedenlerinin (n=127) psikolojik, %87,1'i (n=237) nörolojik, %27,6'sı (n=76) kalıtsal, %13,2'si (n=36) doğumsal, %15,8'i (n=43) enfeksiyonlar, % 12,9'u (n=35) kazalar, % 16,2'si (n=4) toksin maddeler/ilaçlar/alkolizm, %1,1'i (n=3) doğüstü güçler olarak epilepsinin sebeplerini belirtirlerken, %7,7'si (n=21) nedeninin belli olmadığını, %1,8'i (n=5) bu konuda fikri olmadığını belirtmiştir.
 - Öğrencilerin %46,3'ü (n=126) epilepsinin 1/1000 oranında görüldüğünü belirtmiştir.
 - Öğrencilerin % 60,7'si (n=165) epilepsinin tanımlanmasında EEG yöntemi, %9,2'si (n=25) epilepsinin tanımlanmasında radyolojik yöntemler, %30,9'u (n=84) epilepsinin tanımlanmasında MR/BT yöntemleri, %5,5'i (n=15) epilepsinin tanımlanmasında kan testleri, %7,7'si (n=21) epilepsinin tanımlanmasında psikolojik testler kullanılabileceğini belirtirken, %12,1'i (n=33) bu konuda fikir olmadığını belirtmiştir.
 - Öğrencilerin %38,6'sı epilepsili birini tanımazken, %50,7'si (n=138) epileptik nöbet geçiren birini görmediklerini belirtmişlerdir.

-Öğrencilerin %83,5'i (n=227) epileptik nöbeti konvülziyon veya sarsılma olarak, % 21'i (n=57) bilinç kaybı olarak, %1,1'i (n=3) bir çeşit davranış bozukluğu olarak, %4,8'i (n=13) hafıza kaybı olarak tanımlarken, %4'ü (n=11) bu konuda fikir sahibi olmadığını belirtmiştir.

- Öğrencilerin %8,1'i (n=22) AIDS'in, %4,4'ü (n=12) kanserin, %29'u (n=79) diabetes mellitusun, %12,5'i (n=34) myokard infarktüsün, %15,1'i (n=41) inmenin, %46,3'ü (n=126) hipertansiyonun epilepsiden daha tehlikeli ve şiddetli bir hastalık olduğunu belirtmişlerdir.

-Öğrencilerin %84,6'sı (n=230) epilepsinin ilaç tedavisinin beklenen etkisininöbetleri azaltması olarak belirtmiştir.

- Öğrencilerin %87,9'u (n=239) epileptik nöbetleri tetikleyen faktörlerin olduğunu belirtmiştir.

-Öğrencilerin %36'sı (n=98) epilepsi nöbeti geçiren birine karşı korku, %15,4'ü (n=42) acıma, %67,3'ü (n=183) üzüntü, %43,0'ü (n=117) yetersizlik, %10,7'si (n=29) kayıtsızlık hissedeceğini belirtmiştir.

-Öğrencilerin %18,4'ü (n=50) epileptik nöbet sebebiyle ölümlerin, %70,6'sı (n=192) yaralanmaların oluşabileceğini belirtirken, %26,8'i (n=73) mental sorunların, %32,7'si (n=89) psikolojik sorunların oluşabileceğini belirtmişlerdir.

-Öğrencilerin %5,5'i (n=15) epileptik nöbet geçiren biri görürse hiçbir şey yapmayacağını, %80,1'i (n=218) başını koruyacağını, %67,6'sı (n=184) solunum yolunu açık tutacağını, %15,8'i (n=43) hareketlerini kısıtlayacağını, %11'i (n=30) yakınlarında duracağını, %7'si (n=19) kokusu güçlü bir şeyler koklayacağını, %5,5'i (n=15) yüzüne su atacağını, %29,4'ü (n=80) hastaneye götüreceğini belirtmiştir.

-Öğrencilerin %70,6'sı (n=192) epilepsinin tedavi edilebileceğini, %59,9'u (n=163) epilepsinin ilaçla tedavi edilebileceğini, %7,4'ü (n=20) epilepsinin cerrahi yolla tedavi edilebileceğini, %21'i (n=57) psikolojik destekle tedavi edilebileceğini belirtmiştir.

- Öğrencilerin %53,7'si (n=146) epilepsinin ilaç tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi olarak sedasyon, %16,9'u (n=46) iştah artışı, %12,1'i (n=33) saç dökülmesi, %17,3'ü

(n=47) iştah kaybı, %4,8'i (n=13) dişeti hipertrofisi, %11'i (n=30) deri döküntüsü, %15,8'i (n=43) gastrit, %44,9'u (n=122) baş ağrısı, %23,9'u (n=65) vücut ağrıları ve letarji, %17,3'ü (n=47) tremorlar görülebileceğini belirtirken, %4'ü (n=11) epilepsi tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkilerinin olmadığını belirtmiştir.

3. Öğrencilerin epilepsiye ilişkin tutumları incelendiğinde;

- Hemşirelik öğrencileri epilepsi hastalarının %41,5'inin (n=113) kendilerini üzgün, %41,2'sinin (n=112) bağımlı, %40,8'inin (n=111) korkmuş, %40,1'inin (n=109) aciz, %23,9'unun (n=65) utanmış, %5,5'inin (n=15) normal, %0,7'sinin (n=2)endişeli hissedebileceklerini belirtmişlerdir.

-Öğrencilerin %88,6'sı (n=241) epilepsili hastaların normal cinsel hayatı yaşayabileceklerini belirtirken, %91,5'i epilepsili hastaların çocuk sahibi olamayacaklarını belirtmişlerdir.

- Öğrencilerin %50,3'ü (n=164) epilepsili bireylere karşı toplumda ayrımcılık yapılmadığını, %56,3'ü (n=153) epilepsili bireylere karşı sosyal hayatta, %53,7'si (n=146) evlilik ilişkilerinde, %73,5'i (n=200) iş yaşamında, % 37,5'i (n=102) okul yaşamında, %15,4'ü (n=42) aile ilişkilerinde ayrımcılık yapılabileceğini belirtmiştir.

-Öğrencilerin %88,2'si (n=240) epilepsili birine iş vermeyeceğini, %80,1'i (n=218) çocuklarının epileptik olduğunu bildiği biriyle zaman geçirmesine karşı çıkacaklarını belirtmiştir.

- Öğrencilerin %60,3'ü (n=164) epileptik biriyle evlenebileceğini, %55,1'i (n=150) epileptik bir eşten çocuk sahibi olmayı düşünebileceğini, %79,8'i (n=217) yakınlarından biri epilepsili biriyle evlenmesine karşı çıkmayacağını, %91,6'sı (n=249) epilepsili hastaların evlilik hayatı yaşamasının mümkün olduğunu belirtti.

- Öğrencilerin %56,6'sı (n=154) epilepsili bireylerin diğer bireylerle aynı işlerde çalışabileceklerini, %70,6'sı (n=192) epilepsili bireylerin spor aktivitelerine katılabileceğini, %93,8'i (n=255) epileptik bireylerin diğer insanlar gibi akıllı olduklarını belirtti.

-Öğrencilerin %55,5'i (n=151) epilepsinin kişilerin eğitim hayatındaki başarısını etkilemeyeceğini, %71,4'ü (n=194) epilepsinin mutlu bir yaşama engel olduğunu belirtmiştir

-Sınıf değişkenine göre öğrencilerin epilepsilerin sebepleri incelendiğinde doğumsal, enfeksiyonlar yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,01).

-Sınıf değişkenine göre öğrencilerin epilepsilerin sebepleri incelendiğinde kazalar, toksik maddeler, ilaçlar ve alkolizm ve nedeni belli değil cevaplarını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05).

-Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbet konvülsiyon (kasılma) veya sarsılmadır yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05).

-Sınıf değişkenine göre öğrencilerin epileptik nöbetin ne olduğunu bilmiyorum yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05).

-Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde başını korurum ve solunum yolunu açık tutarım yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,01).

-Sınıflara göre öğrencilerin epileptik nöbet geçiren birini gördüğünde yüzüne su atarım ve hastaneye götürürüm yanıtını verme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,01).

-Epilepsili birini tanıma durumuna göre epilepsili bir kişiyle evlenirim ve yakınlarınızdan birinin epilepsili bir kişiyle evlenmesine karşı çıkardım yanıtını verenlerin oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05).

-Epilepsi hastalarının yaşamında sınırlılık görüldüğünü ifade edenlerin; epilepsili hasta tutumlarından “tedaviyi araştırmaları” oranları anlamlı düzeyde düşük bulunurken (p<0,05); “kendini izole ederler” diyenlerin oranları ise anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,01).

-Epilepsi hastalarının yaşamında sınırlılık görüldüğünü ifade edenlerin; “Epilepsili bireylerin diğer bireyler ile aynı işlerde çalışması” arasında anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$).

ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda;

1. Lisans eğitimi alan hemşirelik öğrencilerine kronik bir hastalık olan epilepsi konusunda standart tıbbi bilgi ve bakımın yanısıra hastalığın doğası gereği hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlere ve epilepsi hastalarının sosyal yaşamda maruz kaldığı stigmatizasyona yönelik bilgi ve deneyim kazandırılması,
2. Öğrencilerin epilepsi ile ilgili bilimsel gelişmeler, dernek faaliyetleri, etkinliklere katılımlarının ve epileptik hasta ve aileleri ile buluşma, tanışmalarının sağlanması vemevcut ön yargıların ortadan kaldırılması,
3. Hemşirelerin epilepsili bireylere ve ailelere bilgi, eğitim ve destek sağlayarak verilen hizmette anahtar role sahip olması nedeniyle epilepsi hemşireliğinin ayrı bir uzmanlık alanı olarak oluşturulması önerilmektedir.

9.TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında desteğini her zaman hissettiğim, engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Zehra DURNA'ya, her aşamada yanımda olan ve akademik anlamda bana çok şey kattığına inandığım değerli tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Mahmure AYGÜN'e, bilgi ve tecrübeleriyle bana ışık tutan değerli hocalarım Prof. Dr. Çaylan PEKTEKİN, Yard. Doç. Dr. Hacer Erten ve Öğretim Görevlisi Emel HORASAN'a saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim.

Bu çalışmaya katılarak duyarlılıklarını gösteren tüm hemşirelik öğrencilerine, tez çalışmam boyunca gösterdikleri özveri ve destek için tüm çalışma arkadaşlarıma, beni hayatım boyunca destekleyen aileme, müstakbel eşim Engin GÖL'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

10. KAYNAKLAR

1. Erdiñç O, Yiğit A, Yeni N. Epilepsi. İstanbul, 5US Yayın, 2001.
2. Hosking P. The specialist nurse role in the treatment of refractory epilepsy. *Seizure*. 2004, 13:303-307.
3. Baykan B, Bebek N, Gürses C, Gökyiğit A. Epilepsi. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2010.
4. Başoğlu M. Epilepsiler. İzmir, Akal Ofset, 2001.
5. İnceoğlu M. Tutum Algı İletişim. İstanbul, Beykent Üniversitesi Yayınevi, 2010.
6. Bilge A. Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Prev Med Bull*.2010, 9(1):71-78.
7. Birol L. Hemşirelik Süreci. İzmir. Etki Yayınları, 2009.
8. Greenhill L, Betts T, Pickard N. The epilepsy nurse specialist—expendable handmaiden or essential colleague?*Seizure*. 2001, 10: 615–624.
9. Tahrp BR. One overview pediatric seizure disorders and epileptic syndromes. *Epilepsia*.1987,28:36-45.
10. Baykan B, Gürses C, Gökyiğit A. Nöroloji Epilepsi. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004.
11. Theodore H.W, Porter R.J. Epilepsi. Çevirenler: Ekmekçi H., Çalıyurt O. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2001.
12. Yaman M, Yeni S, şahin ř, Karaağaç N. Ailevi Epilepsilerde Fenotipik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2007, 8(2):5-10.
13. Bebek N, Baykan B. Epilepsilerin Genetik Yönü ve İdyopatik Epilepsi Genetiğinde Son Gelişmeler. *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*. 2006,7:70-83.
14. Kuzniecky R, Murro A, King D. Magnetic resonance imaging in childhood intractable partial epilepsies: pathologic correlations. *Neurology*. 1993, 43: 681–87.
15. Ünalp A, Uran N, Erşahin Y. Erken cerrahi tedaviden fayda gören bir Sturge - Weber sendromu olgusu. *Ege Tıp Dergisi*.2008, 47(2):151-153.
16. Annegers JF. Epilepsi Epidemiyolojisi ve Genetiği. *Epidemiology and genetics of epilepsy*. 1994,12:15-29.
17. Pomeroy SL, Holmes SJ, Dodge PR,. Seizures and other neurologic sequelae of bacterial meningitis in children. *N Engl J Med*. 1990, 323: 1651–57.

18. Holmes GL, Stafstrom CE. The epilepsies. In: David RB (Eds.). Child And Adolescent Neurology. Missouri: Mosby. 1998.
19. Hopkins A, Shorvon S, Cascino G, A Textbook of epilepsy. London, Chapman & Hill Medical, 1995.
20. Eşkazan E, Özkara Ç, Özyurt E. Epilepsilerde tanı ve tedavi. Ed: Eşkazan E., 1. Basım, Güncel Tıp Yayınları, İstanbul, 1998.
21. [Berg AT](#), [Berkovic SF](#), [Brodie MJ](#), [Buchhalter J](#), [Cross JH](#), [Van Emde Boas W](#), [Engel J](#), [French J](#), [Glauser TA](#), [Mathern GW](#), [Moshé 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(4):676-85.
22. Hadjikoutis S, Smith P.E.M. Approach to the patient with epilepsy in the outpatient department. *Postgraduate Medical Journal*. 2005, 81: 442- 447.
23. Erdam A. Yetişkinlerde Cerrahi Epilepsi Cerrahisi Öncesi incelemeler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*.2002, 12:12-23.
24. Sönmez M. Epilepsi Tedavisinde İlaç Seçimi; Yeni Antikonvülsan İlaçlar. *Güncel Pediatri Dergisi*. 2008,6(1):37-40.
25. Yavuz E, Baykan B. Epilepsi Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Klinik gelişim*. 2010,1:39-43.
26. Kenneth F, Stephen A. Pediatric Epilepsy; An overview. *Pediatric Neurology, Third edition St Louis, Missouri*. Mosby press 1999, 629-715.
27. Öge E, Baykan B. Çocuk Nörolojisi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004.
28. Bek S, Kaşıkçı T, Koç G, Genç G, Gökçil Z, Odabaşı Z. Epilepsi Tedavisinde Klasik ve Yeni Antiepileptik ilaç Seçimi. *Türk Nöroloji Dergisi*.2009,15(2):71-77.
29. Karakaş S. Kognitif Nörobilimler. MN Medikal&Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2008.
30. Satish J. Hindistan epilepsi kılavuzu. *Türk Epilepsi ile Savaş Derneği*. 2010,16(2):117-132.
31. Çolpan E, Üçkadeşler L, Serdaroğlu A, Bademci G, Bilir E, Erdem A. Epilepsi Tedavisinde Vagal Sinir Stimülasyonu: İlk tecrübelerin Değerlendirilmesi. *Türk Nöroşirürji Dergisi*. 2001,11:87-93.

32. Madazlı R, Öncül M, Albayrak M, Uludağ S, Eşkazan E, Ocak V. Gebelik Ve Epilepsi: 44 Olgunun Değerlendirilmesi. *Cerrahpaşa tıp dergisi*.2004, 35(3):126-130.
33. Long L, Montouris G. Knowledge of women's issues and epilepsy (KOWIEII): a survey of health care professionals. *Epilepsy Behaviour*.2005,6(1):90-93.
34. Yılmaz H, Songu S. Epilepsi ve iş Hukuku. *Epilepsi*. 2007, 13(2-3):60-65.
35. Topçuoğlu Ö. Türkiye'de Epilepsi ve Araç Kullanımı. *New Symposium Journal*. 2011, 49(4):237-239.
36. Bek S, Gökçil Z. Epilepsi ve Askerlik. *Gülhane Askeri Tıp Akademisi Nöroloji Anabilim Dalı*.2007, 13(1):12-16.
37. Akın R, Söhmen T, Türkbay T. Epilepsili Çocuklarda Bilişsel, Davranışsal ve Duygusal Sorunların Gözden Geçirilmesi. *Epilepsi*. 2000, 6(1):22-27.
38. Uysal S, Ercan T. Epilepsi, spor, psikososyal yaşam. *Türk Pediatri Arşivi*.2005, 40:68-71.
39. Soyuer F, Erdoğan F. Fiziksel aktivite ve epilepsi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*. 2011,20(1):77-81.
40. Gotze W, Kubicki ST, Munter M. Effect Of Physical Exercise On Seizure Threshold. *Dis Nerv Syst*. 1967, 28:664-667.
41. Horyd W, Gryziak J, Niedzielska K. Exercise Effect On Seizure Discharges İn Epileptics. *Neurol Neurochir Pol*. 1981, 9-19.
42. Nakken KO, Loyning A, Loyning T. Does physical exercise influence the occurrence of epileptiform EEG discharges in children? *Epilepsia*. 1997, 38:279-284.
43. Nakken KO, Bjorholt PG, Johannessen SI. Effect of Physical training on Aerobic Capacity, Seizure Occurrence and Contact Sports. *Epilepsia*. 1990, 31:88-94.
44. Kökrek Z, Cansunar N, Ortaköylü L, Balcıoğlu İ. Epilepsi ve Suç. *SDU Tıp Fakültesi Dergisi*. 1996,3(4):77-80.
45. Yolcu S, Canberk Ö, İncesu C, Uygur N. Epilepsi, Suç ve Ceza Ehliyeti. *Düşünen Adam*. 1999,12(4):34-40.
46. Aydemir N. Developing two different measures for assessing knowledge of and attitudes toward epilepsy for the Turkish population. *Epilepsy Behav*. 2008,12:84-89.
47. Aydemir N, Ünsal P, Özkara P. Epilepsisi Olan Bireylerin Epilepsiye Dair Sahip Oldukları Tutum, Bilgi ve Bilgi Kaynakları. *Epilepsi* 2011,17(3):90-96.
48. Mısırlı H. Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Epilepsi*. 2011,9(1):42-46.

49. Mollaoğlu M, Durna Z, Eşkazan E. Epilepsili Hastaların Yaşam Kalitesinin QOLIE-89 (Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği) ile Değerlendirilmesi. *Epilepsi*. 2001,7(3):73-80.
50. Leidy NK, Elixhauser A, Vickrey B ve ark. A randomized, controlled trial the healthrelated quality of life of adults with epilepsy. *Neurology* 1999, 53: 162 -166.
51. Coleman JC, Hendry LB. The nature of adolescence 1999, 3rd ed. Routledge.
52. Ruo B, Rumsfeld JS, Hatky MA ve ark. Depressive symptomps and health-related quality of life: the heart and soul study. *JAMA* 2003, 290: 215 -21.
53. Cramer J, Blum D, Reed M, Fanning K. The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy.*Epilepsy and Behaviour*.2003, 515.
54. Baker GA, Jacoby A, Buck D, Brooks J, Potts P, Chadwick DW. The quality of life of older people with epilepsy: findings from a UK community study. *Seizure*. 2001, 10: 92 -99.
55. Jacoby A, Baker GA, Sten N, Potts P, Chadwik DW. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a UK community study.*Epilepsia*.1996, 37: 148-61.
56. Goodwin M, Higgins S, Lanfear J, LewisS, Winterbottom J.The role of the clinical nurse specialist in epilepsy. A national survey.*Seizure*. 2004, 13:87-94.
57. Aktekin B, Ağan K, Arman F, Aslan K, Aykutlu E, Baklan B, Baykan B, Bebek N, Bilir E, Bora İ, Bozdemir H, Gürses C, Kayrak N, Özkara Ç, Sayđı S, Velioğlu S. Epilepsi Rehberi. *Epilepsi*. 2012,18(1):26-38.
58. Görgülü Ü, Fesci H. Epilepsi ile Yaşam: Epilepsinin Psikososyal Etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi*.2011, 26(1):27-32.
59. şenol M, Gün İ, Saraçoğlu M. Hasta Bakış Açışı: Epilepsi Hakkında Bilgi Ve Anlayış.*Nobel Medicus*. 2011, 7(1):94-101.
60. Tedrus M, Fonseca L, Vieira L. Knowledge And Attitudes Toward Epilepsy Amongst Students In The Health Area. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007, 65(4-B):1181-1185.
61. Mecarelli O, Li Voti P, Vanacore N, D.Arcangelo S, Mingoia M, Pulitano P. Accornero N. A questionnaire study on knowledge of and attitudes toward epilepsy in schoolchildren and university students in Rome, Italy.*Seizure*. 2007, 16:313-319.
62. Falavigna A, Roberto A, Ricardo M, Cristina M, Castilhos R, Mazzocchin T, Maria V.Awareness and Attitudes on Epilepsy Among Undergraduate Health Care Students in Southern Brazil.*J.Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2009,15(1):19-23.

63. Aydemir N, Ünsal P, Özkara Ç. Epilepsisi Olan Bireylerin Epilepsiye Dair Sahip Oldukları Tutum, Bilgi ve Bilgi Kaynakları.*Epilepsi*. 2011, 17(3):90-96.
64. Young G, Derry P, Hutchinson I, Jhon V, Matijevic S, Parrent L, Wiebe S. An Epilepsy Questionnaire Study of Knowledge and Attitudes in Canadian Collage Students.*Epilepsia*. 2002,43(6):652-658.
65. Daoud A, Al-Safi A, Otoom S, Lina Wahba D, Alkofahi A. Public knowledge and attitudes towards epilepsy in Jordan. *Seizure*. 2007,16:521-526.
66. Santos C, M. Guerreiro M, Mata A, Guimarães R, Fernandes L. Moreira D, A.M. Guerreiro C. Public Awareness And Attitudes Toward Epilepsy İn Different Social Segments İn Brazil.*Arq Neuropsiquiatr*. 1998,56(1):32-38.
67. Ramasundrum V, Hussin Z, Tan C. Public Awareness, Attitudes And Understanding Towards Epilepsy İn Kelantan, Malaysia.*Neurol J Southeast Asia*.2000, 5:55-60.
68. Anh Tuan N, Quang Cuong L, Allebeck P, Thi N, Tomson T. Knowledge Attitudes And Practice Toward Epilepsy Among Adults İn Bavi, Vietnam: First Report From The Population-Based Epibavi Study.*Epilepsia*. 2007,48(10):1914-1919.
69. Reno B, Fernandes P, MSc, PhD, Bell G, Sander J. Stigma and Attitudes on Epilepsy.*Arq Neuropsiquiatr*.2007, 65(1):49-54.
70. Caixeta J, Fernandes P, Gail S, Bell W, Sander J. Epilepsy Perception Amongst University Students.*Arq Neuropsiquiatr*. 2007,65(1):43-48.
71. Rahman A. Awareness And Knowledge Of Epilepsy Among Students İn A Malaysian University. *Seizure*. 2005,14:593-596.
72. Seneviratne U, Rajapakse P, Pathirana R, Seetha T. Knowledge, Attitude, And Practice Of Epilepsy İn Rural Sri Lanka. *Seizure*. 2002,11:40-43.
73. Demirci S, Dönmez CM, Gündoğan D.Public Awareness Of, Attitudes Toward, And Understanding Of Epilepsy İn Isparta, Turkey. *Epilepsy Beh*. 2007,11:427-33.
74. Hirfanoğlu T, Serdaroğlu A, Cansu A. Do Knowledge Of, Perception Of, And Attitudes Toward Epilepsy Affect The Quality Of Life Of Turkish Children With Epilepsy And Their Parents? *Epilepsy Behav*. 2009,14:71-7.
75. Njamnshi A, Angwafor S, Jallon P., Muna W. Secondary School Students' Knowledge, Attitudes, And Practice Toward Epilepsy İn The Batibo Health District—Cameroon.*Epilepsia*. 2009,50(5):1262-1265.

76. Aragon C, Hess T, Burneo J. Knowledge and Attitudes about Epilepsy: A Survey of Dentists in London, Ontario. *JDCA*. 2009, 75(6):450-458.
77. Yeni N. Epilepsi. *Epilepsi*. 2010, 23:30-33.
78. Bek S, Gökçil Z. Epilepsi, Askerlik, Ehliyet ve hukuk. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*. 2012, 5(1):133-137.

EKLER

EK-1

ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU

1- Adınız- Soyadınız:

2- Okul/Bölüm:

3- Okul No:

4- Sınıfınız:

5- AGNO ortalamanız:

6- Cinsiyetiniz:

7- Yaşınız:

8- Medeni durumunuz:

a) Evli b) Bekar c) Diğer

9- Annenizin mesleği:

10- Babanızın mesleği:

11- Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz? (2/3'lük bölümünü nerede geçirdiniz?)

a) Köy b) İlçe c)Şehir d)Büyükşehir e)Yurtdışı

12- Sağlık sorunlarınız var mı?

a) Hayır

b) Evet, evet ise belirtiniz

13- Önemli bir hastalık geçirdiniz mi?

a) Hayır

b) Evet, evet ise belirtiniz

14- Son bir yıldaki sağlık durumunuz sizce nasıl? Aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz.

I-----I

0(Kötü)

5(Orta)

10 (İyi)

15- Düzenli sağlık kontrolü yaptırıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

EK-2 ÖĞRENCİLERİN EPİLEPSİ İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME FORMU

Aşağıdaki form “Öğrenci hemşirelerin epilepsiye ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi” amacıyla hazırlanmıştır. Elde edilen veriler yalnız araştırmacı tarafından ve bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, kimlik bilgisi verilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Özge Özdemir

1- Epilepsi adı verilen bir hastalık biliyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

2- Epilepsi ile ilgili bir şeyler okudunuz mu/duydunuz mu/ders veya seminer aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

3- Eğer epilepsi hakkında bilginiz varsa, bu bilginin kaynağını belirtin.

- a) Okul
- b) Kitap/dergi
- c) Televizyon/internet
- d) Sağlık personeli
- e) Akrabalar/arkadaşlar
- f) Kişisel deneyimler

4- Şu anda epilepsi konusundaki bilgilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) İleri düzeyde bilgim var.
- b) Orta düzeyde bilgim var.
- c) Yetersiz bilgim var.
- d) Hiç bilgim yok.

5- Epilepsi adı verilen rahatsızlık vücudumuzun hangi sistemiyle ilişkilidir?

- a) Kardiyovasküler sistem
- b) Gastro-intestinal sistem
- c) Nöroloji sistemi
- d) Genito-üriner sistem
- e) Kas-iskelet sistem

6- Epilepsinin sebepleri sizce nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Psikolojik (endişeler, depresyon, ruhsal hastalıklar, zihinsel ve duygusal sorunlar)
- b) Nörolojik (baş ağrısı, beyin tümörü, kafa travması, inme)
- c) Kalıtsal
- d) Doğumsal
- e) Enfeksiyonlar (parazitler, yüksek ateş v.b)
- f) Kazalar
- g) Toksik maddeler, ilaçlar, alkolizm
- h) Doğaüstü güçler
- i) Nedeni belli değildir
- j) Bilmiyorum

7- Epilepsi tanılamada hangi yöntemler kullanılır?

- a) EEG
- b) Radyolojik yöntemler
- c) MR / BT
- d) Kan testleri
- e) Psikolojik testler
- f) Bilmiyorum

8- Epilepsi toplumda hangi sıklıkta görülür?

- a) 100 kişide bir
- b) 1000 kişide bir
- c) 10.000 kişide bir
- d) 1.000.000 kişide bir

9- Epilepsinin aşağıdaki hastalıkların hangisinden daha tehlikeli ve şiddetli olduğuna inanıyorsunuz?

- a) AIDS
- b) Kanser
- c) Diabetes Mellitus
- d) Myokard Infarktüs
- e) İnme
- f) Hipertansiyon

10- Epilepsili birini tanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

11- Hiç epileptik nöbet geçiren birini gördünüz mü?

- a) Evet
- b) Hayır

12- Epileptik nöbet sizce nedir?

- a) Konvülziyon veya sarsılma
- b) Bilinç kaybı
- c) Bir çeşit davranış bozukluğu
- d) Hafıza kaybı
- e) Bilmiyorum

13- Sizce epileptik nöbetleri tetikleyen faktörler (uykusuzluk, bilgisayar-tv, stres, bazı yiyecekler vs.) var mıdır?

- a) Evet
- b) Hayır

14- Sizce epileptik nöbet nelere sebep olur?

- a) Ölüm
- b) Yaralanmalar
- c) Mental sorunlar
- d) Psikolojik sorunlar
- e) Bilmiyorum

15- Epileptik nöbet geçiren birine karşı ne hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Korku
- b) Acıma
- c) Üzüntü
- d) Yetersizlik
- e) Kayıtsızlık

16- Epileptik nöbet geçiren birini görürseniz ne yaparsınız?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Hiçbir şey yapmam.
- b) Başını korurum.
- c) Solunum yolunu açık tutarım.
- d) Hareketlerini kısıtlarım.
- e) Yakınlarında dururum.
- f) Kokusu güçlü bir şeyler koklatırım.
- g) Yüzüne su atarım.
- h) Hastaneye götürürüm

17- Sizce epilepsi tedavi edilebilir mi?

- a) Evet
- b) Hayır

18- Epilepsi tedavisi hakkında ne biliyorsunuz?

- a) İlaçla tedavi edilebilir.
- b) Cerrahi yolla tedavi edilebilir.
- c) Psikolojik destekle tedavi edilebilir.
- d) Diğer yöntemlerle (tamamlayıcı tıp, dinsel destek, akupunktur, bitkisel ilaçlar vb...) tedavi edilebilir.
- e) Epilepsinin tedavisi yoktur.
- f) Yeterli bilgim yok.

19- Epilepsinin ilaçla tedavisinde beklenen etki sizce nedir?

- a) Nöbetleri azaltması
- b) Nöbetleri durdurması
- c) Nöbetlere etkisi yoktur
- d) Bilmiyorum

20- Epilepsi tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri sizce neler olabilir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Sedasyon
- b) İştah artışı
- c) Saç dökülmesi
- d) İştah kaybı
- e) Dişeti hipertrofisi
- f) Deri döküntüsü
- g) Gastrit
- h) Baş ağrısı
- i) Vücut ağrıları ve letarji
- j) Tremorlar
- k) Yan etkisi yoktur

21- Epilepsili hastalar sizce kendilerini nasıl hissederler? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Endişeli
- b) Bağımlı
- c) Aciz
- d) Korkmuş
- e) Utanmış
- f) Üzgün
- g) Normal

22- Epilepsili insanlar sizce hangi tutumları gösterirler?

- a) Diğer insanlara rahatsızlıklarından bahsederler
- b) Tedaviyi araştırırlar
- c) Kendilerini izole ederler
- d) Normal yaşarlar

- 23- Epilepsili hastalar normal bir cinsel hayat yaşayabilirler mi?**
- a) Evet
b) Hayır
- 24- Epilepsili hastalar sizce çocuk sahibi olabilirler mi?**
- a) Evet
b) Hayır
- 25- Sizce epilepsili bireyler diğer bireylerle aynı işlerde çalışabilirler mi?**
- a) Evet
b) Hayır
- 26- Sizce epilepsili bireyler spor aktivitelerine katılabilirler mi?**
- a) Evet
b) Hayır
- 27- Sizce epileptik bireyler diğer insanlar gibi akıllı mıdır?**
- a) Evet
b) Hayır
- 28- Sizce epilepsi, kişinin eğitim hayatındaki başarısını etkiler mi?**
- a) Evet
b) Hayır
- 29- Sizce epilepsi mutlu bir yaşama engel midir?**
- a) Evet
b) Hayır
- 30- Sizce epilepsili hastaların evlilik hayatı yaşaması mümkün müdür?**
- a) Evet
b) Hayır
- 31- Sizce epilepsili bireylere karşı toplumda ayrımcılık var mıdır?**
- a) Evet
b) Hayır

32- Sizce özellikle hangi durumlarda epilepsili bireylere karşı önyargı/ayrımcılık meydana gelebilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Sosyal İlişkilerde
- b) Evlilik ilişkisinde
- c) İş yaşamında
- d) Okul yaşamında
- e) Aile ilişkilerinde

33- Epilepsili birine iş verir miydiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

34- Okulda/parkta vb. çocuklarımızın epileptik olduğunu bildiğiniz biriyle zaman geçirmesine karşı çıkar mıydınız?

- a) Evet
- b) Hayır

35- Epileptik bir kişiyle evlenir misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

36- Epileptik bir eşten çocuk sahibi olmayı düşünür müsünüz?

- a) Evet
- b) Hayır

37- Yakınlarınızdan birinin epilepsili biriyle evlenmesine karşı çıkar mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır

38- Epilepsili bireyler sizce kendi hastalıklarını kontrol edebilirler mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Biraz / Kısmen

39- Epilepsili hastaların yaşamlarında sınırlılıkları var mıdır?

- a) Evet
- b) Hayır