

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

EPİLEPSİ HASTALARINDA PODCAST İLE EĞİTİMİN
İLAÇ ALGISINA, STİGMA DÜZEYİNE VE EPİLEPSİ
ÖZ YÖNETİMİNE ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Gökçe Çiçek Yavaş

İstanbul

Temmuz-2025

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

EPİLEPSİ HASTALARINDA PODCAST İLE EĞİTİMİN
İLAÇ ALGISINA, STİGMA DÜZEYİNE VE EPİLEPSİ
ÖZ YÖNETİMİNE ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Gökçe Çiçek YAVAŞ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

İstanbul

Temmuz-2025

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER (İmza)

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK (İmza)

Üye Prof. Dr. Semiha AKIN EROĞLU (İmza)

Üye Doç.Dr. Hatice KARABUĞA YAKAR (İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Şengül BAYRAK HAYTA (İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Doktora tezi olarak hazırladığım “Epilepsi Hastalarında Podcast İle Eğitimin İlaç Algısına, Stigma Düzeyine ve Epilepsi Öz Yönetimine Etkisi” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

İmza

Gökçe Çiçek YAVAŞ

ÖN SÖZ

Lisans dönemimden bu yana, bilgisi, deneyimi ve yol göstericiliği ile doktora dönemimde de yanımda olan, hayata dair öğretileri ile beslediğim hocam Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Tez dönemim süresince bilgisini ve desteklerini esirgemeyen hocam Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER'e,

Hasta grubuna ulaşmak için birlikte poliklinik yaptığımız, tezim için destek ve önerileriyle olduğu kadar arkadaşlığı ile de yanımda olan Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği hekimlerinden Doç. Dr. Aygül TANTİK PAK'a, Eğitim hayatım boyunca başarılı olacağıma inanan, sevgi, ilgi ve destekleriyle kendimi hiç yalnız hissetmediğim, sahip olduğum için çok mutlu olduğum ailem Emine & Şaban YAVAŞ, Demet & Serkan KALKAN'a ve koşulsuz sevdiğim yeğenlerim Yusuf Çağan & Yunus Kağan KALKAN'a,

Doktora eğitim sürecimde destekleri ve güzel temennileri ile her sınavıma umutla gitmemi sağlayan başta Dr. Ercan KOŞAN olmak üzere tüm Ali Kuşçu Aile Sağlığı Merkezi çalışanı hekim, hemşire ve personellerine,

Arkadaşlarım oldukları için kendimi şanslı bulduğum, desteklerini her zaman hissettiğim Deniz ÇETİN ve Başar KURULAY'a,

Çalışmaya katılım konusunda istekleri ve iş birlikleri için araştırmaya katılan tüm epilepsi hastalarına,

Mesleğe başladığımdan bu yana her koşulda yanımda olan, lisansüstü eğitimim sırasında tıbbi bilgisi ve becerisiyle verdiği desteğin yanı sıra arkadaşlığı ile hayatımda özel bir yeri ve anlamı olan, her karanlıkta yoluma ışık tutan Uzm. Dr. Çağla TURAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

EPİLEPSİ HASTALARINDA PODCAST İLE EĞİTİMİN İLAÇ ALGISINA, STİGMA DÜZEYİNE VE EPİLEPSİ ÖZ YÖNETİMİNE ETKİSİ

Gökçe Çiçek YAVAŞ

Doktora, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER

Temmuz, 2025 - xi+82 Sayfa

Bu çalışma epilepsi hastalarında podcast aracılığı ile eğitim vererek hastaların ilaç algısına, stigma düzeyine ve epilepsi öz yönetimine etkisini incelemek amacıyla ön test son test randomize kontrollü olarak gerçekleştirilmiştir. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi Polikliniği'ne başvuran epilepsi tanılı hastaların 35'i müdahale grubu, 35'i kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Veriler "Hasta Bilgi Formu", "İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi", "Hissedilen Stigma Ölçeği", "Öz Yönetim Ölçeği" ile değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna rutin poliklinik eğitimi verilirken, müdahale grubu olarak belirlenen hasta grubuna 6 bölümden oluşan yaklaşık 25 dakikalık epilepsi hastalığına ilişkin bilgiler içeren podcast linki aracılığı ile eğitim verilmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda kontrol grubunun ilaç algısı, stigma düzeyi ve öz yönetim düzeyinde anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Müdahale grubunda ise 1.ay ve 3. Ay sonuçlarında ilaç algısı, stigma düzeyi ve öz yönetim düzeyinde olumlu yönde değişim saptanmıştır. Bu çalışma, epilepsi hastalarında podcast eğitiminin rutin poliklinik eğitimi ile karşılaştırıldığında daha etkin olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, podcast, hemşirelik, stigma, öz yönetim, ilaç algısı

ABSTRACT

THE EFFECT OF PODCAST EDUCATION ON DRUG PERCEPTION, STIGMA LEVEL, EPILEPSY SELF-MANAGEMENT IN EPILEPSY PATIENTS

Gökçe Çiçek YAVAŞ

Ph.D. Internal Medicine Nursing

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Zülfünaz ÖZER

Jul-2025 – xi+82 Pages

This study was conducted as a pre-test post-test randomized controlled study to examine the effect of podcast education on patients' perception of medication, stigma level and epilepsy self-management in epilepsy patients. Thirty-five of the patients diagnosed with epilepsy who applied to the Epilepsy Outpatient Clinic of a Training and Research Hospital were determined as the intervention group and 35 as the control group. Data were evaluated with the “Patient Information Form”, “Beliefs about Medications Questionnaire”, “Perceived Stigma Scale”, and “Self-Management Scale”. While routine outpatient clinic education was given to the control group, the patient group, which was determined as the intervention group, was educated through a podcast link containing information about epilepsy disease for approximately 25 minutes consisting of 6 sections. As a result of statistical evaluations, no significant change was found in the drug perception, stigma level and self-management level of the control group. In the intervention group, a positive change was found in the perception of medication, stigma level and self-management level in the 1st and 3rd month results. This study shows that podcast training is more effective in epilepsy patients compared to routine outpatient clinic training.

Keywords: Epilepsy, podcast, nursing, stigma, self-management, drug perception

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
İKİNCİ BÖLÜM	3
GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Epilepsi Hastalığının Tanımı	3
2.2. Epilepsi Hastalığının Epidemiyolojisi	3
2.3. Epilepsi Hastalığının Etiyolojisi	4
2.4. Epilepsi Nöbetlerinin Sınıflandırılması.....	4
2.4.1. Fokal Başlangıçlı Nöbetler	6
2.4.2. Jeneralize Başlangıçlı Nöbetler.....	7
2.4.3. Başlangıcı Bilinmeyen Nöbetler	7
2.5. Epilepsi Hastalığında Tanılama Yöntemleri	8
2.6. Epilepsi Hastalığının Tedavisi	8
2.6.1. İlaç Tedavisi.....	9
2.6.2. Cerrahi Tedavi.....	9

2.6.3. Vagal Sinir Stimülasyonu	10
2.6.4. Ketojenik Tıbbi Beslenme	10
2.7. Epilepsi Hastalığında Hemşirelik Bakımı	10
2.8. Epilepsi ve Tedaviye Uyum	12
2.9. Epilepsi ve Damgalama.....	14
2.10. Epilepsi ve Öz Yönetim	15
2.11. Epilepsi Hastalarında Eğitim ve Podcasting	17
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	21
GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	21
3.2. Araştırma Hipotezi	21
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	22
3.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	22
3.7. Veri Toplama Aracı	23
3.7.1. Hasta Bilgi Formu.....	24
3.7.2. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi.....	24
3.7.3. Hissedilen Stigma Ölçeği.....	25
3.7.4. Epilepsi Öz yönetim Ölçeği	25
3.7.5. DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçeği ..	25
3.7.6. Spotify Uygulaması.....	26
3.8. Verilerin Toplanması	28
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	30

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	31
BULGULAR.....	31
BEŞİNCİ BÖLÜM	45
TARTIŞMA	45
5.1. Epilepsi Hastalarında Podcast ile Eğitimin İlaç Algısına Etkisi'ne Yönelik Bulguların İncelenmesi	45
5.2. Epilepsi Hastalarında Podcast ile Eğitimin Hissedilen Stigma Düzeyine Etkisi'ne Yönelik Bulguların İncelenmesi	47
5.3. Epilepsi Hastalarında Podcast ile Eğitimin Öz Yönetim Düzeyine Etkisi'ne Yönelik Bulguların İncelenmesi	49
ALTINCI BÖLÜM	53
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	53
KAYNAKÇA	54
EKLER.....	62
ÖZGEÇMİŞ.....	81

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Randomizasyon Tablosu.....	22
Tablo 3.2.Müdahale Ve Kontrol Grubu Hastalarında İş Akış Planı	29
Tablo 4.1. Demografik Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımı Ve Karşılaştırılması ..	33
Tablo 4.2. İlaçlar Hakkında İnanç Düzeylerinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	35
Tablo 4.3. Hissedilen Stigma Düzeylerinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	36
Tablo 4.4. Epilepsi Öz Yönetim Düzeylerinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	37
Tablo 4.5 İlaçlar Hakkında İnanç Ön Test, 1.Ay, 3.Ay Düzeylerinin Karşılaştırılması	39
Tablo 4.6. Hissedilen Stigma Ön Test, 1.Ay, 3.Ay Düzeylerinin Karşılaştırılması ..	40
Tablo 4.7. Epilepsi Öz Yönetim Ön Test, 1.Ay, 3.Ay Düzeylerinin Karşılaştırılması	43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. International League Against Epilepsy 2017 Nöbet Sınıflaması Basit Sürüm	5
Şekil 2.2. International League Against Epilepsy 2017 Nöbet Sınıflaması Genişletilmiş Sürüm	5
Şekil 3.1. Consort Akış Diyagramı	23
Şekil 4.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Ölçeklerin Ön Test, 1. Ay ve 3.Ay Değişimi	44



KISALTMALAR LİSTESİ

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials

DISCERN: Quality Criteria for Consumer Health Information

EEG: Elektroensefalografi

EKG: Elektrokardiyogram

ICN: International Council of Nurses

ILAE: International League Against Epilepsy

WHO: World Health Organisation

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, sosyal ve ruhsal tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Epilepsi hastalığı, bu üç parametreyi de doğrudan etkileyen kronik, nörolojik bir hastalıktır. Epilepsi hastası bireylerin tam bir iyilik haline ulaşmasında öz yönetim becerilerinin artırılması büyük önem taşımaktadır. Nöbet, yaşam tarzı ve tedavi yönetimini temel alan öz yönetim becerileri tedavi uyumu ve dalgalanmadan da önemli ölçüde etkilenmektedir (Foot ve ark., 2016). Hastalara verilecek uygun bir eğitim içeriği aracılığıyla hastaların ilaç uyumu ve öz yönetim becerilerini artırmak, hissettikleri damgalamayı azaltmak mümkündür (Güven ve ark., 2020).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), 2023 yılı için “Bizim Hemşirelerimiz, Bizim Geleceğimiz” olarak belirlediği tema ile küresel sağlığı iyileştirmek adına hemşirelerin değişimde önemli olduğunu vurgulamaktadır. ICN, küresel sağlık taleplerini karşılamak için, değişen teknoloji ile birlikte sağlık sistemlerimizi güçlendirmemiz konusunda hemşirelerin önemli rol oynayacağını savunmuştur. Hemşirelerin artık sadece bakım konusunda öncü değil, değişimin her noktasında öncü olması gerekmektedir (ICN, 2023).

Sağlıkta geleceği değiştirmek, dijitalleşen dünyaya uyum sağlamakla mümkündür. Değişen ve gelişen teknoloji sayesinde öğrenme yöntemleri giderek uzaktan eğitim tercihlerine evrilmektedir. Uzaktan eğitimin önemli bir parçası olan mobil öğrenme, “mobil bilgi teknolojileri” ve “elektronik öğrenme” alanlarının bir araya gelmesiyle oluşan ve zaman/mekandan bağımsız e-öğrenme içeriğine erişerek, üretilen hizmetlerden yararlanmayı sağlayan bir öğrenme biçimidir. Mobil öğrenmede sık kullanılan uygulamalardan biri de podcasting’tir (Kaynar, 2021). Sağlık profesyonellerinin de podcastin eğitici yönünden faydalandıkları, özellikle yeni literatürlere hakim olmak ve temel konularla ilgili hafıza tazelemek amacıyla podcast kullandıkları araştırmalarda belirtilmiştir (Thoma ve ark., 2019).

Zamandan ve mekândan bağımsız dijital dosyaları içeren podcastler, özellikle eğitim ve sağlık alanında birey, aile ve toplumun ve sağlık profesyonellerinin ihtiyaç duyduğu sağlık eğitim materyallerini görsel ve/veya işitsel olarak hazırlamak ve sunmak kullanıcılar arasında etkili iletişim kurmak amacıyla kullanılmaktadır. Podcastler,

radıodan farklı olarak mobil dinlenme özelliği, cihazlara indirilerek internet olmadan dinlenebilme ve kullanıcı kontrolünde olması sayesinde avantajlı konumdadır. Podcast yayınları, içerik üreticileri için format, konu, mekân ve süre sınırı olmadan, profesyonel olmayan teknik ekipmanlarla da yapılabilme olanağı sunmaktadır. Geleneksel medya araçlarından ayrılan en önemli noktalardan biri ise çoğu internet içeriği gibi içeriği sonradan silme, düzenleme, ekleme gibi müdahalelere uygun yapılandırılmalar barındırmaktadır. Böylece podcast yayıncısı istediği zaman içeriği güncelleyebilmektedir (Şenyuva, 2021). Mobil teknolojilerden podcastin ayrıca sesli/görsel öğeleri içermesi/desteklenmesi nedeniyle okuma yazma bilmeyen bireyler için de uygun araçlar olduğu belirtilmektedir (Alrasheedi ve Capretz, 2015).

Türkiye’de podcast aracılığı ile sağlık eğitimi incelendiğinde ağırlıklı olarak yükseköğrenim kurumlarında ve hemşirelik öğrencilerinde kullanıldığđı saptanmıştır (Keçeci ve Demiray, 2017; Şenyuva, 2021) Literatür tarandığında Türkiye’de hasta eğitiminde podcast yönteminin kullanılmadığı görölmüştür. Yurtdışında ise obezite, diyabet, psikiyatrik hastalık tanısı almış hastalarda podcast eğitime ilişkin alışmalar (Johnson, 2012; Ko, 2014; Nathan, 2018) mevcut olmakla birlikte epilepsi alanında podcast çalışması bulunmadığđı saptanmıştır. Gerek ölkemizde gerekse yurtdışında epilepsi hastalığđı özelinde podcast aracılığıyla hasta eğitimini konu alan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmada epilepsi hastalarında ilaç algısının ve stigma düzeyinin podcast aracılığıyla verilen hasta eğitimi ile değiştirilerek epilepsi öz yönetiminin artırılması planlanmaktadır. Podcastin düşük maliyetle çok sayıda hastaya ulaşma imkanı sağlayan etkili bir eğitim aracı olması sebebiyle, bu çalışmanın hastalara ve literatüre yararlı olacağı düşünölmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsi

Epilepsi; dünya genelinde yaklaşık 50 milyon kişinin tanısını aldığı, kronik nörolojik hastalıklar arasında en yaygın olan ve bulaşıcı olmayan bir beyin hastalığıdır. Küresel olarak, her yıl tahminen 5 milyon kişiye epilepsi teşhisi konulmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde her yıl 100.000 kişide 49 kişiye epilepsi teşhisi konulduğu tahmin edilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde bu rakam 100.000'de 139'a kadar çıkabilmektedir. Epilepsi tanısı alan hastaların yaklaşık %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 2022). Türkiye'deki çalışmalara bakıldığında, ülkemizde epilepsi prevalansının binde 6 ile 12,2 arasında olduğu görülmektedir (Balal ve ark., 2017).

Epilepsi hastalığı, beyin fonksiyonlarının anormal seyretmesi sebebiyle gerçekleşen nöbetler ile karakterizedir (Gülay ve ark., 2018). Santral sinir sistemindeki nöronların farklı sebepler ile (genetik, toksik, metabolik veya lezyonlar) meydana gelen fazla uyarısı sonucunda epilepsi nöbetleri gelişmektedir (Mollaoğlu, 2016). Semptomlar beyinde etkilenen bölgenin lokalizasyonuna göre farklılık sergilemektedir. Bedende oluşan istemsiz ani kasılmalar, konfüzyon ya da şuur kaybı gibi bilinç değişiklikleri, psikiyatrik semptomlarla beraber, nöbet sırasında fekal veya üriner inkontinans, kafa travması ya da dil ısırma görülebilmektedir (Pack, 2019). Epilepsi tanısında ilk adım klinik tablonun epileptik nöbet olup olmadığına karar verilmesidir. Nörolojik muayene, laboratuvar tetkikleri, görüntüleme ve elektroensefalografi incelemeleriyle tanı desteklenir (Akdağ ve ark., 2016).

2.2. Epilepsi Hastalığının Epidemiyolojisi

Dünya genelinde yaklaşık 50 milyon kişi epilepsi tanısı almıştır. Küresel olarak, her yıl tahminen 5 milyon kişiye epilepsi teşhisi konulmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde her yıl 100.000 kişide 49 kişiye epilepsi teşhisi konulduğu tahmin edilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde bu rakam 100.000'de 139'a kadar çıkabilmektedir. Epilepsi tanısı alan hastaların yaklaşık %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 2022). Türkiye'deki çalışmalara bakıldığında, ülkemizde epilepsi prevalansının binde 6 ile 12,2 arasında olduğu görülmektedir (Balal ve ark., 2017).

2.3. Epilepsi Hastalığının Etiyolojisi

Epilepsi hastalığında tanı, tedavi, prognoz ve hastalığın yönetimi konusunda etiyojinin katkısı büyüktür. Hastanın geçirdiği ilk nöbet sonrası, tekrar nöbet geçirme ihtimali konusunda yol gösterici olabilir. Epilepsi nöbeti geçiren hastaya tanı konulurken, nöbetin tipi, süresi, altta yatan hastalık varlığının yanı sıra etiyojik faktörlerin araştırılması da önemlidir.

Uluslararası Epilepsi ile Savaş Ligi (International League Against Epilepsy-ILAE) 2017 yılında yaptığı, epilepsi hastalığının etiyojik sınıflaması;

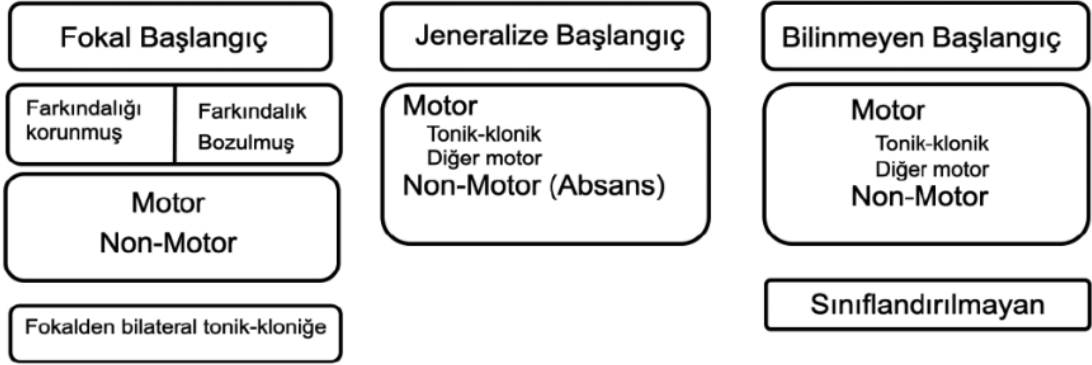
- Yapısal
- Genetik
- Enfeksiyonlar
- Metabolik
- İmmünite
- Bilinmeyen

Şeklinde altı ana başlıkta ifade edilmiştir. Epilepsi hastalığı bazen tek bir etiyoji ile ilişkilendirilmez. Nöbetlerin aynı zamanda hem genetik hem yapısal etiyoji ile ilişkilendiği durumlarda tedavi yaklaşımları değişebilir (İçağasıoğlu, 2022)

2.4. Epilepsi Nöbetlerinin Sınıflandırılması

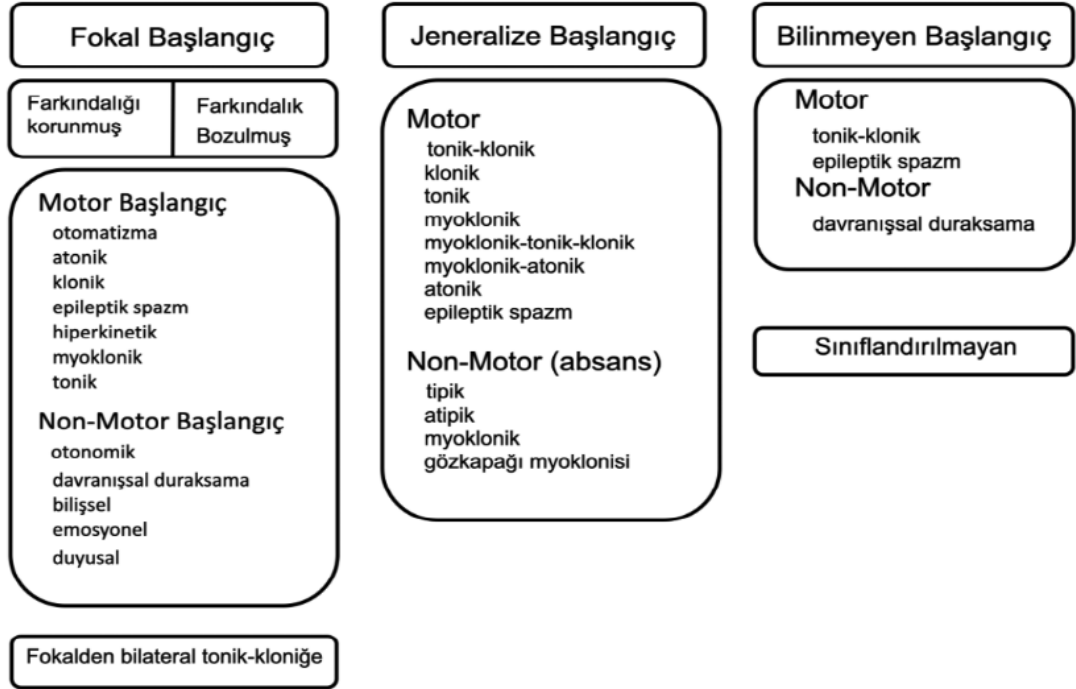
Epilepsi nöbetlerinin sınıflandırılmasındaki temel amaç, sağlık profesyonelleri başta olmak üzere, hasta ve hasta yakınları da dahil ortak ve sade bir dil oluşturmaktır. Nöbet sınıflandırmasına dair resmi çalışmalar yapan ilk kurum ILAE olmuştur. Bu çalışmalar 1964 yılında Marsilya’da başlamıştır. Güncel olarak kullanılan işlevsel nöbet sınıflaması 2017 yılında yine ILAE tarafından oluşturulmuştur. Kullanım amacı ve uzmanlığına göre basit ve genişletilmiş sürümü mevcuttur (Şekil 2.1, Şekil 2.2)

ILAE 2017 Nöbet Sınıflaması Basit Sürüm



Şekil 2.1. International League Against Epilepsy 2017 Nöbet Sınıflaması Basit Sürüm (Fisher ve ark., 2017)

ILAE 2017 Nöbet Sınıflaması Genişletilmiş Sürüm



Şekil 2.2. International League Against Epilepsy 2017 Nöbet Sınıflaması Genişletilmiş Sürüm (Fisher ve ark., 2017)

Sınıflandırma yapılırken ilk aşama başlangıcını belirlemektir. Başlangıcı hakkında bilgi sahibi olunmayan, kaydedilmemiş nöbetler “Başlangıcı Bilinmeyen”; başlangıcı bilinen veya kaydedilen nöbetler ise “Fokal Başlangıçlı Nöbetler” veya “Jeneralize Başlangıçlı Nöbetler” olarak ikiye ayrılmaktır (Türk Nöroloji Derneği, 2021).

2.4.1. Fokal Başlangıçlı Nöbetler

Fokal başlangıçlı nöbetler, yaygın dağılım göstererek belirgin şekilde tanımlanan, sınırlı ağlar kaynaklı veya subkortikal yapılar kaynaklı nöbetlerdir. Bu nöbetlerin sınıflandırılmasında ikinci adım ise farkındalığın değerlendirilmesidir. Nöbet bitiminde hasta ile iletişimde nöbet geçirdiğinin farkında olduğunu iletiyorsa farkındalık mevcut denir. Nöbet sırasında sorulara cevap vermediğinde veya söylenen komutları yerine getirmediğinde farkındalığı yoktur sonucuna ulaşılmaz. Esas dikkat edilmesi gereken, nöbet esnasında olanları anımsamasıdır. Bir diğer önemli nokta ise, hasta nöbet sonrası konuşulduğunda, nöbet esnasında az bir süreyi dahi anımsamıyorsa ve farkındalığı bozulmuşsa nöbet mutlaka farkındalığı bozulmuş olarak sınıflandırılmalıdır. Farkındalık konusunda net bir kanıya varılmadığı durumlarda bu adım atlanır, sınıflandırma sürdürülür (Türk Nöroloji Derneği, 2021).

Fokal başlangıçlı nöbetler motor veya non-motor başlangıçlı olarak ikiye ayrılır. Nöbet tipi olarak ayrı bir başlık değildir fakat sık rastlandığı için “fokalden bilateral tonik kloniğe” şeklinde ayrıca nöbet aktivitesi isimlendirilmiştir. Yayılım paternini gösterir (Türk Nöroloji Derneği, 2021).

Fokal motor başlangıçlı nöbetlerde bulgular;

- Otomatizma (tekrarlayan motor aktivite)
- Atonik (fokal tonus kaybı),
- Klonik (uzun süren, düzenli aralıklı kasılma),
- Epileptik spazm (gövdenin fleksiyonu ile beraber kollarda fokal fleksiyon/ekstansiyon)
- Hiperkinetik (pedal çevirme, koşma gibi hiper aktivite)
- Miyoklonik (düzensiz, kısa süren kasılma)
- Tonik (uzun süren fokal kasılma),

Fokal non-motor başlangıçlı nöbetlerde bulgular;

- Otonomik (Bradikardi, bulantı-kusma)
- Davranışsal duraksama (Hareketlerde durma veya yavaşlama)
- Bilişsel (Bellek kaybı, disfazi)
- Emosyonel (Ajitasyon, korku, öfke)
- Duyusal (sıcak-soğuk hissi, işitsel duyumsamalar)

2.4.2. Jeneralize Başlangıçlı Nöbetler

Jeneralize başlangıçlı nöbetler hızlı bir şekilde bilateral ağlara yayılım gösteren ve aynı odaktan olan nöbetlerdir. Jeneralize başlangıçlı nöbetlerde farkındalık korunsa bile sınıflandırmak için kullanılmaz. Motor ve non-motor (absans) olarak sınıflandırılır.

Jeneralize başlangıçlı motor nöbetlerde bulgular

- **Klonik kasılma:** Benzer kas gruplarında görülür, tekrarlayıcı ve düzenlidir.
- **Tonik kasılma:** Kısa sürdüğü gibi (1-2 saniye), süresi dakikalara da çıkabilen kas gruplarında artarak devam eden kasılmadır.
- **Miyoklonik kasılma:** Klonik kasılmaya kıyasla kısa sürelidir ve anidir.
- **Atoni:** Kasılmanın var olmadığı bir tabloda aniden kas tonusunda kayıp veya kas tonusunda ciddi azalmadır. Çok kısa sürelidir.
- **Epileptik spazm:** Klonik kasılmadan daha kısa sürer fakat miyoklonik kasılma kadar da kısa süreli değildir. Spazm olarak adlandırılmasının sebebi budur. Baş ile yapılan hareketler, göz ve mimik hareketleri gibi belli bölgelerde de görülebilir.

Jeneralize başlangıçlı non-motor nöbetlerde bulgular

- **Atipik absans:** Bilinç kaybının tamamen olmayabilir. Başlangıcı ve bitişi net değildir. Kas tonusu değişiklikleri daha belirgin gözlenir.
- **Tipik absans:** Ani bilinç kaybı olur ve ani şekilde sonlanır.
- **Miyoklonik absans:** Miyoklonik sıçramalarında gözlendiği, yaklaşık 10 ila 60 saniye arasında süren absans nöbetleridir.
- **Göz kapağı miyoklonisi:** Gözlerin yukarı doğru yöneldiği, göz kapama ve dışarıdan gelen ışık ile aktive olan göz kapağındaki miyoglobulinlerdir (Türk Nöroloji Derneği, 2021).

2.4.3. Başlangıcı Bilinmeyen Nöbetler

Başlangıcı bilinmeyen nöbetler, klinik olarak gözlemlenebildiğinde sınıflandırılabilir. Bu nöbetler de jeneralize nöbet sınıflandırılması basamakları ile sınıflandırılır. Sınıflamak için veriler az veya yetersiz ise “sınıflandırılmayan nöbetler” kategorisine alınır (Bebek ve ark., 2020; Türk Nöroloji Derneği, 2021).

2.5. Epilepsi Hastalığında Tanılama Yöntemleri

Epilepsi hastalığının tanılanmasında ilk adım nöbet varlığını kesinleştirmektir. Bu karar verilirken en önemli noktalardan biri de hastanın anamnezinin ayrıntılı alınmasıdır. Hastanın yanı sıra nöbet geçirirken yanında olan yakını/arkadaşı ile iletişime geçilir. Nöbet öncesinde hastanın ne yaptığı, nöbet süresi, başlangıcında ve sonrasında hastanın durumu, tetikleyici varlığı ayrıntılı bir şekilde sorgulanır. Hastanın son zamanlarda içinde bulunduğu fiziksel ve duyu durumu da bu değerlendirmede önemlidir.

Hastanın özgeçmişi; geçirilmiş travma, ateşli hastalık, enfeksiyon ve mental gelişimi açısından soy geçmişi ise genetik yatkınlığı açısından değerlendirilir. Hastanın detaylı nörolojik muayenesi yapılır. Laboratuvar tetkikleri değerlendirilir. Epilepsi nöbeti ve kardiyak senkop arasında ayırımına gitmek amacıyla elektrokardiyogram (EKG) çekilir.

Elektroensefalografi (EEG), elektrotlar yardımıyla beynin spontan durumdaki elektriksel aktivitelerini kaydeden invaziv olmayan bir tanılama yöntemidir. Epilepsi hastalığının tanısı, tedavisi ve nöbet tiplerinin belirlenmesinde en önemli tetkik EEG'dir. Rutin EEG ile patoloji saptanamayan veya dirençli nöbetlerde ise video EEG yöntemi kullanılır. Bu yöntemde EEG çekimi sırasında eş zamanlı video kaydı yapılır.

Epilepsi hastalığı tanılmasında kullanılan bir diğer yöntem ise görüntüleme yöntemleridir. Görüntüleme yöntemleri, olası yapısal patolojileri saptamayı hedefler ve tedavi konusunda yol gösterici olur. En sık kullanılan; kraniyal manyetik rezonans görüntüleme, manyetik rezonans spektroskopisi, fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemesidir. Genetik testler ve nöropsikolojik testler de gerekli durumlarda ek olarak kullanılabilir (Bebek ve ark., 2020; Türk Nöroloji Derneği, 2021).

2.6. Epilepsi Hastalığının Tedavisi

Epilepsi tedavisinde primer amaç, yan etki riskini en aza indirerek nöbetlerin tamamen bitmesini sağlamaktır. Tedavi planlanırken nöbet tipi, süresi, sıklığı, hastanın sağlık özgeçmişi gibi veriler değerlendirilir. Bununla beraber, hastanın psikososyal durumu, uygulanacak tedaviye olası uyumu ve yaşam koşulları dikkate alınır. Epilepsi hastalığının tedavi yaklaşımlarında ilaç tedavisi, cerrahi tedavi, vagal sinir stimülasyonu ve ketojenik tıbbi beslenme vardır (Türk Nöroloji Derneği, 2021).

2.6.1. İlaç Tedavisi

Epilepsi hastalığının tedavisinde nöbet oluşumu engellemek ve/veya sıklığını azaltmak amacıyla anti epileptik ilaçlar kullanılır. Anti epileptik ilaç seçilirken etkili olmasının yanı sıra bu etkiyi uzun süre koruyabilme özelliğine sahip olması önemlidir. Aynı zamanda tedavide kolay tolere edilebilir, hastanın yaşam kalitesini yükselten ve yan etkisi az olan ilaçlar tercih edilir. Genel olarak ilk nöbetten sonra ilaç tedavisine başlanmaz. Genel yaklaşım ikinci nöbet sonrası tek ilaç tedavisi (monoterapi) ile tedavi sürecini başlatmaktır. Monoterapinin etkin olmadığı durumlarda ise, başka bir ilaç ile monoterapi veya çoklu ilaç tedavisine (politerapi) geçilir (Türk Nöroloji Derneği, 2021).

2.6.2. Cerrahi Tedavi

Monoterapi ve politerapi kullanılmasına rağmen dirençli nöbetin devam ettiği durumlarda hastada cerrahi tedavi seçeneği düşünülebilir. Beyninde nöbete sebep olacak yapısal değişimler olduğu durumlarda da cerrahi tedavi etkili bir seçenektir. Fakat bu kararı verirken multidisipliner bir yaklaşım izlenir. Nöroloji uzmanı, beyin ve sinir uzmanı, radyoloji uzmanı test ve tetkikler ile hastanın durumunu değerlendirir. Cerrahi tedavide genel olarak iki yaklaşım mevcuttur.

Bunlardan ilki rezektif cerrahidir. Nöbet odağının net olarak bilindiği durumlarda, operasyon ile odağın çıkarılmasını hedefler. Hastanın nöbetleri parsiyel başlangıçlı ise, yani net bir odaktan başlayan nöbetler söz konusu ise bu cerrahi yöntem değerlendirilebilir. Öncelikle odağın beyinde yerleşim bölgesi değerlendirilir. Odak, hastanın operasyon sonrası hareket kabiliyetini veya kognitif fonksiyonlarını etkileyemeyecek bir bölgede ise bu cerrahi yöntem uygulanabilir. En yaygın uygulanan temporal lobektomidir. Rezektif cerrahiye uygun olan hastaların operasyonu %80 oranında başarılı olmuştur.

İkinci cerrahi yöntem ise, fonksiyonel cerrahi veya palyatif cerrahilerdir. Bu cerrahi yöntemlerde ise esas amaç nöbet yayılım yollarının kesilmesidir. Böylece nöbetin şiddetini, sıklığını ve yayılımını azaltmayı hedeflemektedir. Ani düşme ataklarıyla karakterize atonik nöbetlerde ve sekonder jeneralize nöbetlerde bu cerrahi yöntemin kullanımı yaygındır (Bebek ve ark., 2020; Türk Nöroloji Derneği, 2021).

2.6.3. Vagal Sinir Stimülasyonu

Bu cerrahi yöntemde temel amaç, beyne ve beyne giden sinirlere uyarı verme yoluyla nöbetin şiddetini, sıklığını ve yayılımını azaltmaktır. Uzun süreli ilaç tedavisine rağmen nöbet şiddeti ve sıklığı devam eden hastalarda uygulanmaktadır. Boynun sol tarafından geçen vagus sinirine elektrotlar bağlanır. Elektrotlara ise bir pil kaynağı bağlanır. Pil kaynağı sol klavikulanın altına yerleştirilir. Bu elektrotlar belli aralıklarla siniri stimüle ederler. Böylece beyinde görülen anormal aktivitenin baskılanacağı öngörülmektedir. Hastalara operasyon sonrasında manuel olarak sistemi aktifleştirebilecek olan bir miknatıs verilir. Hasta nöbet geçireceğini hissettiği zamanlarda elektrik aktivitesini başlatarak nöbetin şiddetini azaltabilmektedir. Vagal sinir stimülasyonu semptomatik bir tedavidir. Hastalığın kendisini ortadan kaldırmaz. Hastalığın sebep olduğu semptomları hafifletir veya tamamen ortadan kaldırır (Bebek ve ark., 2020; Türk Nöroloji Derneği, 2021).

2.6.4. Ketojenik Tıbbi Beslenme

Ketojenik beslenme, karbonhidrat içeriği düşük, yağ içeriği yüksek bir beslenme türüdür. Beyin genellikle enerji kaynağı olarak glikozların kullanımını hedefler. Fakat hasta, düşük karbonhidrat ve yüksek yağ içeriği ile beslendiğinde, beyin enerji kaynağı olarak yağları kullanır. Yağ oksidasyonunun arttığı bir tabloda ise keton cisimcikleri ortaya çıkar. Keton cisimcikleri, beyindeki anormal aktivasyonu inhibe ederek nöbet yayılımını azaltır veya engeller. Bu sebeple ketojenik diyet epilepsi hastaları için önerilmektedir. Anti epileptik ilaçlar ile durdurulamayan nöbetler veya tolere edilemeyen ilaç yan etkileri durumunda ketojenik tıbbi beslenme tedavisinin önemi artmaktadır. Ketojenik diyetin farklı türleri mevcut olup beslenme planı hastanın kan değerleri, nöbet durumu ve günlük kalori ihtiyacına göre düzenlenir. Bu sebeple ketojenik diyet hekim ve diyetisyen iş birliği ile planlanır (Şener ve Akbulut, 2021).

2.7. Epilepsi Hastalığında Hemşirelik Bakımı

“Hemşirelik bakımı” literatür incelendiğinde kavram olarak, ilk kez modern hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale tarafından kullanılmıştır. Nightingale’e göre hastayı sadece hastalığı ile değil, çevresel, psikolojik ve fiziksel olarak ele almak gerekir (Nightingale,1992). Özellikle kronik hastalıklara sahip hastaların, sürekli sağlık bakım hizmeti ihtiyacı vardır ve bu hastalıklar hastaların yaşam kalitelerinde ciddi değişimlere sebep olur. Bu süreçte hemşireler hem hasta hem ailesine destek

veren eğitici danışman rolünü üstlenir (Bayındır ve Biçer, 2019). Her kronik hastalıkta olduğu gibi epilepsi hastalığında da hemşirelik bakımı önemlidir ve holistik bir yaklaşım gerektirir. Hastanın hastaneye kabulünden, taburculuğuna kadar olan süreçte hemşirenin aktif rol oynaması gerekmektedir. Taburculuk sonrası için de hasta ve yakınları için eğitim vermek hemşirenin görevleri arasındadır. Hemşirenin primer hedefi; hastanın nöbet esnasında güvenliğini, tedaviye uyumunu hem fiziksel hem psikososyal anlamda bütünlüğünü sağlamaktır.

Hasta nöbet geçirdiği esnada hemşirenin görev ve sorumlulukları şunlardır;

- Hastanın nöbeti fiziksel kuvvet ile durdurulmaya çalışılmaz, olağan süresince izlenir.
- İlk adımda, hastanın başı lateral pozisyona alınır ve hava yolu açıklığı sağlanarak (ağızda yiyecek var ise çıkarılır) yatırılır.
- Hastanın doğru pozisyonda olduğundan emin olunca, güvenli çevre oluşturulur. Delici, kesici veya sivri uçlu, travma yaratabilecek nesneler hastanın çevresinden uzaklaştırılır.
- Hasta gözlük kullanıyorsa çıkarılır, sıkı kıyafetler gevşetilir.
- Ağızdan ilaç veya herhangi bir besin maddesi verilmez. Hekim istemi doğrultusunda uygun intravenöz ilaçlar uygulanabilir.
- Nöbet bitiminde hastanın bilinci bulanık olabilir veya yorgun hissedebilir. Sessiz ve güvenli bir çevrede hasta dinlenmeye alınır.
- Nöbet bitiminde hemşire nöbetin tipini, süresini ve nöbet esnasında hastanın durumunu kayıt eder, hekim ve hemşire ekibi ile paylaşır (Akdemir ve Birol 2020).

Epilepsi hastalığı uzun yıllardır tanımlanmış bir patoloji olduğundan mekanizması, tedavi seçenekleri üzerinde fazlaca durulmuştur. Fakat, hastalarda nöbetleri önleyen, olumlu sonuçları gözlenen ve kanıtlanan çok sayıda ilaç tedavisi olmasına rağmen, her durumda tamamen nöbetin biteceğini öngören bir tedavi bulunmamaktadır (Tian ve ark., 2018). Bu belirsizlik sebebiyle, diğer kronik hastalardan farklı olarak epilepsi hastalarının fiziksel sorunları olduğu kadar psikolojik ve sosyolojik sorunları da hayatlarını ciddi şekilde etkilemektedir (Beghi, 2019).

2.8. Epilepsi ve İlaç İnançları

Tedaviye uyum kavramsal olarak, hastanın planlanan tedaviye uyma becerisi, sağlık bakım profesyonelleri ile iletişim kurması ve tedavi planına istekli olması durumudur (Tang ve ark., 2024). Hastanın sağlığı ile ilgili karar süreçlerine dahil olması, tavsiyeleri dinlemesi ve uyması da tedaviye uyum olarak tanımlanabilir (Demirkol ve Tamam, 2016). “Tedaviye uyum” kavramı literatüre göre ilk kez 1976 yılında Blackwell tarafından kullanılmıştır. Blackwell de tedaviye uyum kavramını, hekimin önerdiği tedavi protokolüne uyma becerisi olarak tanımlamıştır. Tedaviye uyum sadece farmakoterapi süreci ile ilişkili değildir. Tedaviye uyum genel hatlarıyla; medikal tedaviye uyum, yaşam tarzı değişikliklerine uyum ve takip sürecine uyum olarak üç gruba ayrılmıştır. Medikal tedaviye uyum, ilaçların sağlık profesyonellerinin önerdiği sıklıkta ve dozda kullanılmasıdır. Yaşam tarzı değişikliklerine uyum ise, hastalığa özel diyet veya egzersiz gibi günlük yaşam aktivitelerinde değişime uyum sağlanmasıdır. Takip sürecine uyum ise, sağlık kuruluşlarına zamanında gelme, takip, tetkik ve muayenelere katılma konusunda hastanın uyumlu olmasıdır. Blackwell’e göre tedaviye uyumsuzluk ise; istemsiz bir şekilde tedaviye uymama, istemli bir şekilde tedaviye uymama ve hem istemli hem istemsiz şekilde tedaviye uymama olarak 3 gruba ayrılır. İstemsiz şekilde tedaviye uymama, hastanın ilacı unutması, hastanın mental olarak yetkin olmaması ya da maddi olarak karşılayamaması sebebiyle uyum sağlayamaması ile meydana gelir. İstemli şekilde tedaviye uymama ise hastanın bilinçli bir şekilde verilen tedaviyi reddetmesi veya değişime gitme isteğidir. Hem istemli hem istemsiz tedaviye uyumsuzluk ise, her iki durumda yaşandığı uyumsuzluğu ifade eder. Ortalama yaşam süresinin artmasıyla, görülme sıklığı artan kronik hastalıkların yönetiminde tedaviye uyum kilit rol oynar. Kronik hastalığa sahip bireylerin, klinik anlamda olumlu sonuçlar almasındaki en önemli etkenlerden biri tedaviye uyum becerisidir (Fontana, 2023). Tedaviye uyumsuzluk, hastane yatışlarının uzamasına, sağlık bakım maliyetlerinin artmasına ve hastalıkların iyileşme sıklığının azalmasına sebep olmaktadır. Tedaviye uyumsuzluk nedenlerine bakıldığında, yapılan araştırmalara göre; ilaç yan etkileri, düşük eğitim düzeyi, sağlık okur yazarlığının düşük olması, aile ve sosyal destek sistemlerinin güçsüz olması sayılabilir (Coşkun ve Bağcıvan, 2021). Kronik hastalığı olan çoğu hastada, uyumu azaltan bir diğer faktör ise çoklu ilaç kullanımı ve yanlış bilgi edinmekten kaynaklanan ilaçlar hakkında yanlış inanışlardır. Bu inanışlar, ilaca uyumu azaltmakta ve tedavinin aksamasına sebep

olmaktadır. Kronik hastalıklardan biri olan epilepsi hastalarında ilaca uyum, nöbetlerin kontrolü açısından çok önemlidir. Hastaların tedaviye uyum sağlayabilmesi için ilacı tanınması, faydasına inanması ve ilacı kullanırken yaşama ihtimali olan yan etkileri bilmesi önemlidir. İlaç uyumsuzluğunun artması; hastanede kalış süresinin ve hastaneye tekrar eden başvuru sayısının artmasına neden olmaktadır (Yavuz ve Yılmaz, 2018). Bu nedenle sağlık sonuçlarını iyileştirmek için ilaca olan inancı etkileyen faktörlerin önemi artmaktadır. Son yıllarda farklı hastalık gruplarında hastaların ilaç inancını inceleyen çalışmalarda; çoklu ilaç kullanımı, yaş, etnik köken, çevresel faktörler, hastanın hastalık ve tedavi ile ilgili inancı, düşüncesi ve bilgisi, gibi faktörlerin tedaviye uyum düzeyini etkileyebileceği ifade edilmiştir (Drangsholt ve ark., 2019; Marshall ve Given, 2018). Bu faktörler arasında, hastaların ilaçlar hakkında inançları, ilaca uyum açısından güçlü bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Diğer taraftan, ilaçların gerekliliği, potansiyel zararlı etkileri hakkında endişeleri, yaşanan yan etkilerin şiddeti gibi olumsuz inançlar da bilinçli veya bilinçsiz ilaç uyumsuzluğu ile ilişkilendirilebilmektedir (Alhewiti, 2014). Hastanede yatışı olan 361 yetişkin epilepsi hastası ile yapılan, anti epileptik ilaç kullanımı uyumsuzluğu ve etkileyen faktörleri araştıran bir çalışmada, hastaların tedavi süresinin uzaması, sağlık kuruluşuna olan uzaklıkları ve hastalıkları hakkında sağlık bilgisi edinmemeleri tedaviye uyumu azaltan faktörler olarak belirlenmiştir (Yehenew ve ark., 2025). Epilepsi hastalarının tıbbi tavsiyelere uyumu ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada; epilepsi hastalığının tipi, hastanın sağlık kuruluşuna hastalık takibi amacıyla ziyaret sıklığı, alkollü içecek kullanım sıklığı, farmakoterapi türü ve kullanılan ilaç sayısının hastanın tedaviye ve tıbbi tavsiyelere uyumunu etkilediği saptanmıştır (Jopowicz ve ark., 2024). 1999 ile 2015 yılları arasında yapılan, ilaçlar hakkındaki inanç ve ilaca uyum arasındaki ilişkiyi inceleyen 94 farklı çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde ilaçların gerekli olduğuna dair inanç arttıkça ilaca uyumun arttığı, ilaçla ilgili endişeler arttıkça uyumun azaldığı saptanmıştır (Foot ve ark., 2016). Bu sebeple hastalarda, ilaçlar hakkındaki yanlış inançlarının belirlenmesi ve bunu ortadan kaldırmak için literatür ışığında çeşitli müdahaleler planlanması önemlidir. (Yavuz ve Yılmaz, 2018).

2.9. Epilepsi ve Damgalama

“Stigma” kavramından ilk kez Erving Goffman tarafından 1963 yılında sosyal bilimler literatüründe bahsedilmektedir. Goffman’a göre damgalama, toplum normallerine uymayan bireylere toplum tarafından dayatılan etiket veya ayrımcılık olarak tanımlanmaktadır. Literatürde ise, stigma, kötü etiket, utanç veya itibardan düşme, leke, dışarıdan tanınabilen iz veya özellik olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkla ilişkili stigma tanımı ise “belirli bir sağlık sorunuyla özdeşleştirilmiş bir kimse veya grup hakkında olumsuz bir sosyal yargı yaşantısından veya beklentisinden kaynaklanan dışlanma, kabul edilmeme, suçlanma veya küçümsenmeyle karakterize olan bir sosyal süreç veya ilgili kişisel yaşantıdır.” (Demirel ve Okçin, 2020). Goffman’a göre damgalama; grup kimliği ile ilgili damgalama, fiziksel özellikler ile ilgili damgalama ve karakter özellikleri ile ilgili damgalama olarak 3 gruba ayrılır. Grup kimliği ile ilgili damgalama, bireylerin sosyal olarak veya doğuştan dahil olduğu bir grupta olması (örneğin: etnik köken veya azınlık bir grup) sebebiyle damgalanmasıdır. Fiziksel özellikler ile ilgili damgalama ise, bireyin bedeninde olan bir iz veya engel durumuyla ilgili damgalanmasıdır. Karakter özellikleri ile ilgili damgalama ise, toplumda zayıf irade olarak görülen bağımlılık gibi özellikler sebebiyle damgalanmasıdır. Scambler’a göre ise, stigma iki türe ayrılmıştır; bunlar dayatılan stigma ve hissedilen stigma. Dayatılan stigma, hastaların sadece hasta oldukları için ayrımcılığa maruz kalmalarıdır. Hissedilen stigma ise hasta olmaktan duyulan utanç veya dayatılacak olan damgalama ile karşılaşma korkusudur. Medikal tedaviye rağmen öngörülemeyen nöbetlerin devam etme riski epilepsi hastalarında sosyal kaygı düzeyini artırmakta, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum hem kişisel hem de toplumsal stigmatizasyonun (damgalama) en önemli sebebidir. Hissedilen stigmatın, özel hayatı olumsuz etkilediği yönünde epilepsi hastalarının kendi ifadeleri de araştırmalarda mevcuttur (Yeni ve Tülek, 2016). Epilepsi hastalarında evlilik oranının düşük, işsizlik oranının ise yüksek olması karşılaştıkları ve hissettikleri stigma ile ilişkilendirilebilir (Aydemir ve ark., 2016). Ek olarak epilepsi hastalarında sık görülen bir psikiyatrik bozukluk olan depresyonun temel sebebi de hissedilen stigma (Altunan ve Ünal, 2022). Bu sebeple hastalarda stigma düzeyinin belirlenmesi ve azaltılması tam bir iyilik hali sağlanması açısından önemlidir. (Aydemir ve ark., 2016). Epilepsi hastalarında damgalama sıklığını araştıran bir çalışmada, epilepsi hastalarının %44’ünün dayatılan stigma hissettiği, %30’unun ise hissedilen stigma hissettiği

saptanmıştır (Tinsae ve ark., 2024). Epilepsi hastalarında damgalama ve psikososyal sorunları belirlemek amacıyla yapılan çalışmaları içeren bir derlemede ise, hastalık ile ilgili yanlış bilgi edinilmesinin ve toplumsal anlamda hastalığa olan tutumun olumsuz olmasının, dayatılan stigmanın artmasına sebep olduğu bildirilmektedir. Aynı derlemeye göre, hastaların tedaviye uyum oranlarının düşüklüğü sebebiyle nöbet geçirme sıklığının artması, sosyoekonomik koşullarının olumsuz olması, epilepsi hastalığının tipi ve süresi hissedilen stigmanın artmasına sebep olmaktadır. Hastaların psikososyal olarak sorun yaşamasının sebeplerinden biri de sosyal desteklerinin az olması ve depresyon semptomlarından sosyal izolasyon olarak görülebilir. Damgalanma arttıkça, bahsedilen psikososyal sorunlar derinleşmektedir (Yeni, 2023). Epilepsi hastalarında stigma düzeyini araştıran sistematik bir çalışmada ise, damgalamayı etkileyen faktörler üç ayrı başlık altında incelenmiştir. Bunlar sosyodemografik faktörler, epilepsi hastalığının özellikleri ve psikososyal değişkenlerdir. Sosyodemografik faktörlerden, gelir düzeyi ve eğitim düzeyi arttıkça damgalama azalmaktadır. Medeni durum açısından ise evli olan hastaların, bekar olan hastalara oranla daha az damgalama hissettiği saptanmıştır. Hastalık özelliklerine bakıldığında ise diğer çalışmalarda da olduğu gibi, nöbet tipi, süresi, sıklığı, hastalığın süresi ve tedavi yöntemi damgalamayı etkilemektedir. Hastalığın süresi ve nöbet sıklığı arttıkça damgalama artmaktadır. Psikososyal değişkenlerde ise, depresyon ve anksiyete bulguları olan hastalarda damgalama düzeyinin arttığı, sosyal destek alma oranı yüksek olan hastalarda ise damgalama düzeyinin düştüğü saptanmıştır (Baker ve ark., 2018).

2.10. Epilepsi ve Öz Yönetim

Kronik hastalıklara sahip bireylerin, uzun süren tedavileri sırasında tedavi planına ve karar verme süreçlerine dahil olması tedavi etkinliğini arttırmaktadır (García ve ark., 2019) Hastaların sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim sağlamaları, hastalık ve semptomları ile ilgili bilgi sahibi olmaları, ilaç kullanımı ve yaşam tarzındaki değişiklikler ile ilgili uyum sağlamaları hastalık yönetimi açısından önemlidir (Öztürk ve ark., 2021) Kronik hastalıklardan epilepsi hastalığı ile başa çıkma sürecinde de en önemli dinamiklerden biri öz yönetimdir. Öz yönetim, hastalığa ve tedaviye uyum; olası bütün sonuçlar ile baş edebilme ve gerektiğinde aile, toplum, sağlık çalışanlarından da destek alarak sağlık düzeyinde maksimumu yakalama becerisi olarak tanımlanabilir (Schulman-Green ve ark., 2012). Epilepsi hastalarında bu uyum

sürecinin bozulması nöbet artışına neden olabilmekte, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Yel ve Karadakovan, 2021). Öz yönetim becerileri nöbet yönetimi, yaşam tarzı yönetimi ve tedavi yönetimi olmak üzere 3 ana başlık altında ele alınmaktadır.

Nöbet yönetimi becerisinde hastadan beklenen primer beceriler şunlardır;

- Nöbete yol açabilecek durumlardan uzak durması,
- Nöbetleri nedeniyle kullandığı ilaçları yanına alması,
- Her zamankinden daha sık nöbet geçirirse, hekimine mutlaka danışması,
- Hekim kan testleri istediğinde yaptırmaması,
- Nöbet geçirmesine neden olan durumları bilmesi ve uzak durmasıdır.

Yaşam tarzı yönetimi becerisinde hastadan beklenen primer beceriler şunlardır;

- Stresle baş edebilmek için kendine ait gevşeme teknikleri vs. kullanması,
- Uyku ve yemek düzenine dikkat etmesi,
- Yeterince egzersiz yapması gibi sağlıklı yaşam davranışları edinmesidir.

Tedavi yönetimi becerisinde hastadan beklenen primer beceriler şunlardır;

- Nöbetleri nedeniyle kullandığı ilaçları hekimin önerdiği doz ve sıklıkta alması,
- Kullandığı ilaçları her gün aynı saatte alması ve doz atlamaması,
- Hastane randevularını kaçırmaması/ertelememesi,
- Yan etki sebebiyle hekime danışmadan ilaç kullanımını bırakmamasıdır.

(Côté ve ark., 2021)

Hastalar, epilepsinin olumsuz etkilerini azaltmak için bahsedilen öz yönetim becerilerini artıracak davranışlar belirlemeli ve bu davranışlara uyum sağlamalıdır. Öz yönetim davranışlarını geliştirerek epilepsiye uyumu artırmak bireysel faktörlerin yanı sıra; sosyal destek, hasta eğitimi gibi çevresel ve psikososyal faktörleri de içermektedir (Smithson ve ark., 2013). Öz yönetimi etkileyen en önemli faktörlerden biri de hastaların maruz kaldığı toplumsal ve bireysel damgalamadır. Bu sebeple hastalığa karşı toplumsal tutum da öz yönetim için önem teşkil etmektedir. (Bautista, 2017). Epilepsi hastalarının öz yönetim düzeylerini ve ilişkili faktörleri inceleyen 147 epilepsi hastası ile yapılan bir çalışmada yüksek eğitim düzeyi olan hastaların öz yönetim düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Le ve ark., 2024). Epilepsi hastalarında öz yönetim düzeyi, eş desteği ve ilişkili faktörleri inceleyen 135 epilepsi hastası ile yapılan başka bir çalışmada ise, cinsiyet, sosyoekonomik koşullar, çocuk

varlığı ve nöbet geçirme sıklığı öz yönetim düzeyini etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir. Eş desteği ise öz yönetim düzeyini etkilememiştir (Duran ve Öz, 2024). Yetişkin epilepsi hastaları ve öz yönetim düzeyi ile ilgili yapılan kesitsel bir çalışmada ise, çalışma durumu, medeni hal ve nöbet tipi öz yönetim düzeyini etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir (Babaei ve ark., 2023). İngiltere’de epilepsi hastaları ile yapılan randomize kontrollü çalışmada, hastalara 2 gün yüz yüze epilepsi konusunda eğitim verilmiştir. İstatistiksel olarak öz yönetim becerilerinde artış olmasa da hastalarla yapılan grup görüşmelerinde, hastalar eğitim sonrası öz güven ve yeterliliklerinde artış hissettiklerini bildirmişlerdir (Ridsdale ve ark., 2018). Yetersiz sağlık hizmeti alan nüfuslardaki epilepsi hastalarına yönelik öz yönetim, öz yeterlilik ve yaşam kalitesi ile ilgili araştırma yapılan bir çalışmada ise sağlık hizmetine kolay ulaşabilen, yeterli sağlık hizmeti alan ve sağlık eğitimi alan epilepsi hastalarının öz yönetim düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Pandey ve ark., 2019). Epilepsi hastalarında öz yönetim stratejileri ile ilgili yapılan sistematik bir derlemede, öz yönetim beceri düzeyi yüksek olan hastaların sağlık ile ilişkili yaşam kalitelerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat nöbet durumu konusunda yeterli kanıt bulunamamıştır (Goh ve ark., 2024).

Epilepsi hastalığında ilaç ile tedavinin yanı sıra öz yönetim becerilerini geliştiren hastalar; nöbet sıklığını ve psikiyatrik semptomlarını azaltıp yaşam kalitesi ve tedaviye uyumu arttırarak daha sağlıklı bir şekilde hastalık sürecini yönetebilirler (Dilorio ve ark., 2003) Öz yönetim becerilerini arttırmak ise eğitimle ilişkilidir. Bu sebeple hastaların öz yönetim becerilerini arttırmak amacıyla, uygulanabilir ve sürdürülebilir çeşitli müdahaleler planlanmalı ve klinik açıdan da entegrasyonu sağlık profesyonelleri tarafından sağlanmalıdır.

2.11. Epilepsi Hastalarında Eğitim ve Podcasting

Gelişen teknoloji ile beraber zaman ve mekân kısıtlamasını ortadan kaldıran dijital uygulamalar ve araçlar günlük yaşantımızda önem kazanmaya başlamıştır. Teknolojinin hızla değişimiyle, öğrenme konusunda tercihler uzaktan eğitim yönünde değişmiştir. Uzaktan eğitimde önemli bir seçenek olan mobil öğrenme, bireylerin taşınabilir cihazlarla eğitimlere dahil olmasını sağlamıştır. Mobil öğrenmede sık kullanılan uygulamalardan biri de podcasting’tir (Kaynar, 2021). The Guardian Gazetesi’nde podcasting kelimesini ilk kez kullanan gazeteci Ben Hammsley, 2004’te yayımladığı “sesli devrim” adlı makalesinde yeni ortaya çıkan teknolojinin adını

“podcast” olarak önermiştir. Bu tanımlamadan önce, teknoloji üreticisi Apple, internetteki dolaşıma giren sesli yayınlarını “audioblogs (sesli blog)” olarak adlandırmıştır (Birsen, 2021). Podcastler, radyodan farklı olarak mobil dinlenme özelliği, cihazlara indirilerek internet olmadan dinlenebilme ve kullanıcı kontrolünde olması sayesinde avantajlı konumdadır. Podcast yayınları, içerik üreticileri için format, konu, mekân ve süre sınırı olmadan, profesyonel olmayan teknik ekipmanlarla da yapılabilme olanağı sunmaktadır. Geleneksel medya araçlarından ayrılan en önemli noktalardan biri ise çoğu internet içeriği gibi içeriği sonradan silme, düzenleme, ekleme gibi müdahalelere uygun yapılandırmalar barındırmaktadır. Böylece podcast yayıncısı istediği zaman içeriği güncelleyebilmektedir. Bu konu hakkındaki en kapsamlı çalışmayı gerçekleştiren Birsen (2021), podcast yayınlarının dinleyiciler tarafından kontrol edilebildiğinin ve dinleyicilerin istediği yayını istediği hızda tekrar dinleyebildiğinin, radyonun aksine dinleyicilerin yayın saatini ve gününü beklemek zorunda olmadığının altını çizmektedir.

Podcastlerin etkinliği, 2005 yılından itibaren eğitimciler tarafından keşfedilmiştir ve çoğu ülkede yüksek öğrenim kurumlarında öğrenci eğitiminde aktif olarak kullanılmaktadır (Gülseçen ve ark., 2010). Sağlık profesyonellerinin de podcastin eğitici yönünden faydalandıkları, kendi eğitimleri için özellikle yeni literatürlere hâkim olmak ve temel konularla ilgili hafıza tazelemek amacıyla podcast kullandıkları araştırmalarda belirtilmiştir (Thoma ve ark., 2019). Ancak podcastlerin sağlık eğitiminde kullanılmasının en büyük dezavantajı anlık etkileşimin zor olmasıdır (Şenyuva, 2021). Tıp eğitiminde podcast kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada, tıp eğitimi sırasında podcast kullanımı öğrenciler tarafından kabul edilebilir olduğu ve podcastlerin öğrencilerin eğitimi açısından faydalı olduğu saptanmıştır (Cho ve ark., 2017). Yine tıp eğitiminde dinleyerek öğrenmenin etkinliğini değerlendiren sistematik bir derlemede, tıp eğitiminde podcast kullanımının, podcast kayıtlarının taşınabilir olmasının verimliliği arttırdığı, bilgi düzeyinde de aynı şekilde artış meydana getirdiği bildirilmiştir (Kelly ve ark., 2022) Hemşirelik lisans öğrencilerinin deliryum hakkında farkındalıklarını değiştirmek amacıyla yapılan bir podcast eğitim çalışmasıyla, podcast ile eğitim sonrasında hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeyinde anlamlı bir artış saptanmıştır (Mitchell ve ark., 2021).

Kronik hastalıklara sahip hastaların eğitimi, hastalara verilen sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi açısından ve klinik anlamda tedaviye uyum açısından önemlidir. Günümüzde sağlık hizmetleri, hastaların öz yönetimlerini bağımsız olarak sürdürebilmeleri için gerekli bilgi, beceri ve davranışları kazandırmaya odaklanmaktadır. Sağlık profesyonelleri hastalara yol gösterecek ve onları eğitecek en önemli kişilerdir. Hasta eğitiminde önemli olan verilen bilgilerin hasta tarafından doğru olarak alınması ve anlaşılır olmasıdır. Hasta eğitiminde bilginin kalıcılığını artırmak ve eğitimin etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için materyal ve metot kullanımı çok önemlidir (Orgun ve Paylan, 2020) Sağlık eğitiminde bilişim teknolojilerinin kullanımı; bireysel sağlığın kontrolünü ve değerlendirilmesini, sağlıkla ilgili bilgilerin toplanmasını ve işlenmesini sağlamakta, gerekli kaynakların kullanımını kolaylaştırmakta, farklı öğrenme stillerine sahip bireylerin karmaşık konuları kendi hızlarında anlamalarını mümkün kılmaktadır. Ayrıca sağlık eğitiminde bilişim teknolojilerinin kullanımı, bilginin hızlı bir şekilde yayılmasını sağlayarak sağlıklı birey, aile ve toplumun sağlığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasını, kendi sağlığıyla ilgili kararlar almasını ve sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanılmasını desteklemektedir (Şenyuva, 2021). Kronik hastalıklara sahip hastaların, sağlık eğitiminde podcast kullanımı özellikle yurtdışında çeşitli çalışmalarda mevcuttur. Kronik hastalıklarda meditasyon ile ilgili yapılan podcast ile eğitim çalışmasında, Mobil uygulama aracılığı ile araştırmacı tarafından kaydedilen podcast kaydı ile yaklaşık 96 kanser hastasına sağlık eğitimi vermeyi hedeflemişlerdir. 12 hafta boyunca hastalara haftada yaklaşık 60 dakika kayıt dinletilmiştir. Araştırmanın sonucunda hastaların yarısı eğitimden keyif aldıklarını ve müdahaleden memnun olduklarını iletmışlerdir. Fakat doğrudan kanser ile ilgili bir değişim saptanmamıştır (Huberty ve ark., 2020). Obezite ile mücadele kapsamında 66 hasta ile yapılan randomize kontrollü çalışmada ise, 12 hafta boyunca müdahale grubuna obezite ile baş etme ile ilgili podcast dinletilmiştir ve kontrol grubuna oranla müdahale grubundaki hastaların beden kitle indekslerinde düşüş saptanmıştır (Ko ve ark., 2014). Ruh sağlığı temalı podcast dinleyen 722 birey ile yapılan bir çalışmada ise, düzenli podcast dinleyen insanlar, kolay bilgiye erişim sağladıklarını, sağlık okur yazarlığı düzeylerinin arttığını, podcastlerin duygusal olarak destek verdiğini, podcast aracılığı ile paylaşılan kişisel deneyimler sayesinde kendilerini yalnız hissetmediklerini fakat bununla birlikte yanlış bilgi edinme konusunda da endişe duyduklarını ifade etmişlerdir (Caoilte ve ark., 2023). Epilepsi hastaları için web tabanlı bir uygulama olan “WebEase”i

geliştiren Dilorio ve arkadaşları, 148 epilepsi hastasının 6 hafta süresince yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, kontrol grubuna oranla müdahale grubunun ilaç uyumu, öz yönetim düzeyi ve psikolojik durumlarında anlamlı iyileşme saptanmıştır. Web tabanlı uygulama eğitimi hastalar için anlamlı düzeyde olumlu gelişme sağlamıştır (Dilorio ve ark., 2011).

Bütün kronik hastalarda olduğu gibi sağlık eğitimi epilepsi hastalarında da çok önemlidir. Epilepsi hastalarında ilaç algısı, stigma düzeyi ve öz yönetim becerilerinin eğitim ile iyileştirilmesi hastaların epilepsiye uyumunu artıracak; fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan iyilik haline katkı sağlayacaktır. Bu sebeple hastaları konuyla ilgili uygun eğitim yöntemleri ile eğitmek ve desteklemek epilepsi ile kaliteli yaşam açısından önemli bir adım olacaktır (Güven ve ark., 2020).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Ön test son test randomize kontrollü çalışma olarak yapılan bu araştırmada, epilepsi hastası olan bireylere podcast aracılığı ile eğitim verildiğinde, eğitimin hastaların ilaç algısına, stigma düzeyine ve epilepsi öz yönetimine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın Clinical Trials ID numarası: NTC07090980'dir.

3.2. Araştırma Hipotezi

H1: Epilepsi hastalarında podcast ile eğitim ilaç algısı düzeyini artırır.

H2: Epilepsi hastalarında podcast ile eğitim stigma düzeyini azaltır.

H3: Epilepsi hastalarında podcast ile eğitim epilepsi öz yönetimini artırır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın, Kasım 2024- Mayıs 2025 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi Polikliğinde yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde epilepsi polikliniğine başvuran epilepsi hastaları oluşturmaktadır. Çalışmaya en az 3 aydır epilepsi tanı konulmuş ve epilepsi tedavisi uygulanan hastaların dahil edilmiştir (Walker ve ark., 2014).

Örneklem sayısı: Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Côté ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada öz yönetim değişimine ilişkin etki büyüklüğü (Effect size) 0,619 olarak hesaplanmıştır (Côté ve ark., 2021). Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0,619 etki büyüklüğünde gruplarda 30 kişi olmak üzere 60 kişiye ulaşılması gerekmektedir (df=29; t=1,699). Araştırmada testin gücünün yüksek olması ve kayıplar göz önünde bulundurularak gruplarda 35 kişi olmak üzere toplam 70 kişiye ulaşılmıştır.

Randomizasyon: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi Polikliniği’ne başvuran 102 epilepsi hastasından dahil edilme kriterlerini karşılamayan 25 hasta ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan 7 hasta olmak üzere 32 hasta çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya alınacak kişilerde yanlılık olmaması için geliş sırasına göre randomizasyon yapılarak alınmıştır. Randomizasyon tablosu “<https://www.calculatorsoup.com>” adresinden faydalanılarak oluşturulmuştur. 70 hasta randomizasyon tablosuna (Tablo 3.1) göre randomize edilmiştir. 35 hasta girişim için ayrılmıştır, 35 hasta kontrol için ayrılmıştır. İki grupta da izlem devam etmiştir. Çalışmanın sonunda 70 hastanın analizi yapılmıştır. Araştırmanın CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) akış diyagramı Şekil 3.1.’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Randomizasyon Tablosu

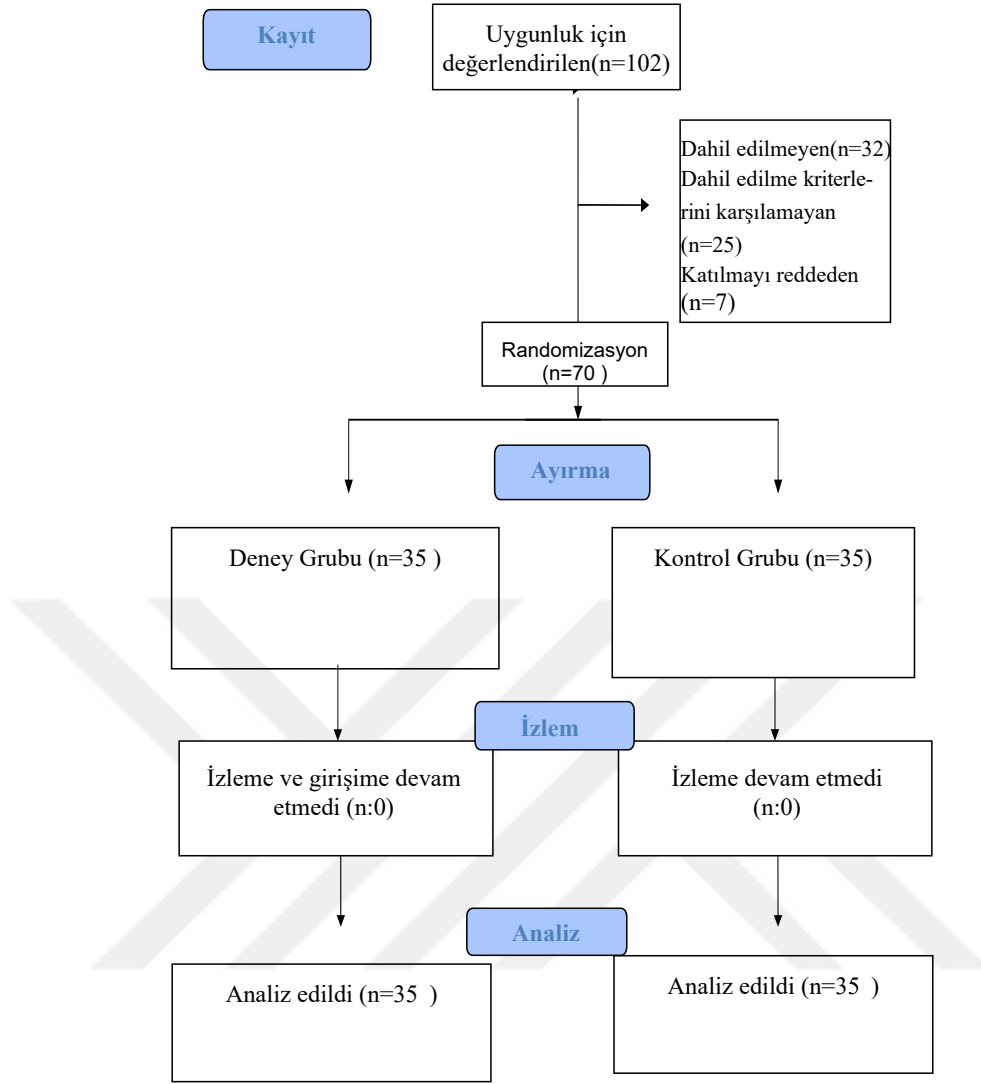
Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
12, 8, 4, 10, 33, 22, 11, 29, 7, 17, 50, 40, 59, 14, 36, 70, 18, 67, 46, 15, 1, 69, 9, 27, 51, 63, 62, 32, 16, 68, 21, 2, 57, 54, 47	3, 64, 31, 66, 20, 45, 48, 52, 13, 56, 53, 49, 44, 61, 25, 55, 34, 30, 39, 42, 19, 37, 26, 23, 38, 35, 24, 60, 5, 6, 65, 28, 58, 43, 41

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 yaşını doldurmuş olmak
- En az 3 ay önce epilepsi tanısı almış olmak
- En az bir antiepileptik ilaç kullanıyor olmak

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Mental retardasyon tanısı almış olmak
- Dil ve iletişim engeline sahip olmak
- Podcast eğitimi için yeterli ekipmana (internet bağlantısı olan mobil telefon veya bilgisayar) sahip olmamak



Şekil 3.1. CONSORT Akış Diyagramı

3.5. Veri Toplama Aracı

Veriler, Hasta Bilgi Formu (Ek 1), İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (Ek 2), Hissedilen Stigma Ölçeği (Ek 3) ve Epilepsi Öz yönetim Ölçeği (Ek 4) ile yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Eğitim materyalinin güvenilirliğinin ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla, DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçeği (Ek 5) kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Formda, hastanın sosyodemografik (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, aile yapısı, gelir durumu gibi) ve klinik özellikleri (ek kronik hastalık, epilepsi nöbet sıklığı, antiepileptik kullanımı) ile ilgili 14 soru bulunmaktadır.

3.5.2. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi

İlaçlar Hakkındaki İnançlar Anketi (Beliefs About Medicines Questionnaire [BMQ]) Robert Horne ve arkadaşları tarafından 1999 yılında, insanların ilaçlarla ilgili algı ve beklentilerinin değerlendirilmesi için oluşturulmuş bir araçtır (Horne ve ark., 1999). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çınar ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır (Çınar ve ark, 2016). Her birinde ikişer alt-ölçek bulunan genel ve spesifik olmak üzere iki temel alt-alandan oluşur. BMQ-Genel bölümü her biri dörder maddeden oluşan Genel Zarar ve Genel aşırı Kullanımdır. BMQ-Spesifik bölümü, hastaların hastalıklarının kontrolünde ilaçların gerekliliğine olan inançlarını ve bu ilaçları almanın doğurabileceği potansiyel olumsuzluklarla ilgili endişelerini değerlendiren iki adet 5 maddelik ölçekten oluşur. Anketi cevaplayanlar her ifadeyle ilgili kabul derecelerini “kesinlikle katılıyorum=1” ile “kesinlikle katılmıyorum=5” arasında değişen beşli Likert ölçeğinde belirtir. Her ölçeğin puanı kendi içinde toplanır. Her ölçeğin ortalama puanı ilgili ölçeğin toplam puanının o ölçekteki soru sayısına bölünerek hesaplanır (1 ile 5 arasında). Yüksek puanlar ilgili konseptle alakalı inançların kuvvetli olduğunu vurgular. BMQ-T Spesifik Gereklilik Cronbach alpha değeri 0,812, BMQ-T Spesifik endişe Cronbach alpha değeri 0,672, Genel Zarar ve Genel aşırı Kullanım ölçeklerinin Cronbach alpha değerleri de sırasıyla 0,677 ve 0,656 olarak tespit edilmiştir. BMQ-T Spesifik ve BMQ-T Genel temel alt-alanlarının Cronbach alpha değerleri 0,774 ve 0,730 olarak tespit edilmiştir (Horne ve ark.,1999). Yapılan analizler sonucunda bu çalışmada, ölçek alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayıları (Cronbach's Alpha) incelendiğinde; spesifik endişeler ön test için 0,725, spesifik gereklilik ön test için 0,739, genel aşırı kullanım ön test için 0,711, genel zarar ön test için 0,790'dır.

3.5.3. Hissedilen Stigma Ölçeği

Hissedilen Stigma Ölçeği, 2018 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkiye’deki epilepsili bireylerin hissettikleri damgalama düzeyini ölçme amacıyla geliştirilen, 10 maddelik 5’li likert tipi bir ölçektir. Yanıtlar “5”-“tamamen katılıyorum” ve “1”-“hiç katılmıyorum” arasında puanlanmakta, bir madde ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 10, maksimum puan 50 olup yüksek değerler, yüksek damgalama düzeyini göstermektedir. Cronbach alfa değeri 0,92dir (Aydemir ve ark, 2018). Yapılan analizler sonucunda bu çalışmada, Cronbach's Alpha katsayısı, hissedilen stigma ön test için 0,850’dir.

3.5.4. Epilepsi Öz yönetim Ölçeği

Dilorio ve arkadaşları (1994, 2004) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2020 yılında Yeni ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Yeni ve ark,2020). 38 maddeden oluşan bu ölçek epilepsi hastalarında ilaç (10 madde), bilgi (8 madde), güvenlik (8 madde), nöbet (6 madde) ve yaşam tarzı (6 madde) yönetimini değerlendiren beş alt bölümü bulunmaktadır. Yanıtları 5’li likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 1-5 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 38, maksimum puan 190 olup, yüksek puan hastaların öz yönetim davranışlarını sıklıkla kullandığını göstermektedir Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için 0.740; alt boyutlar için 0.573 ile 0.673 arasındadır (Dilorio ve ark, 1994). Yapılan analizler sonucunda, ölçek alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayıları (Cronbach's Alpha) incelendiğinde; ilaç yönetimi ön test için 0,769, bilgi yönetimi ön test için 0,719, güvenlik yönetimi ön test için 0,698, nöbet yönetimi ön test için 0,738 ve yaşam tarzı yönetimi ön test için 0,695 olarak hesaplanmıştır.

3.5.5. DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçeği

Eğitim materyalinin güvenirliğinin ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan ölçek, Charnock ve ark. (1997) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökdoğan ve ark. (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 1-8 madde arası güvenirliğini, 9-15 madde arası bilgi kalitesini, 16.madde ise eğitim materyalinin genel kalitesini ölçer. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 16, en yüksek puan 80 dir. Ölçekten alınan 16 puan eğitim kitapçığının bilgi kalitesinin düşük olduğunu, 80 puan ise bilgi kalitesinin yüksek

olduğunun göstermektedir. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için 0,78’dir. (Gökdoğan ve ark., 2003).

3.6. Spotify Uygulaması

Belirlenen müdahale grubuna araştırma süresince dinletilen podcast eğitiminin içerik başlıkları şunlardır;

- Epilepsi hastalığı ve nöbet tipleri konularında bilgilendirme.
- Epilepsi hastalarının kullandığı ilaçlar ve ilaç uyumunun önemi.
- Epilepsi hastalığında öz yönetim.
- Epilepsi hastalarında öngörülemeyen nöbete karşı güvenliği sağlama
- Epilepsi hastalarında damgalama ve sosyal kaygıları azaltma yöntemleri
- Epilepsi hastalarının sık sorduğu sorular

Bölümlerin uzunluğu maksimum 5 dakika 20 saniye olacak şekilde toplam 22 dakika 48 saniye podcast eğitimi kaydedilmiştir.

Podcast Eğitim İçeriği Oluşturma Süreci

A. Yazılı metnin oluşturulması

- A1. Konuyla alakalı yazılı metin oluşturulmuştur (Örneğin Epilepsi hastalığı ve nöbet tipleri konularında bilgilendirme).
- A2. Oluşturulan bu metinler 2 nöroloji uzmanı (Doç Dr. A. T. P. ve Uzm. Dr. Ç. T.), 2 akademisyen hemşire (Dr. Öğr. Üyesi G. B. T., Dr. Öğr. Üyesi K. Y.) 2 klinisyen uzman hemşire (Uzm. Hem. D. Ç. ve Uzm. Hem. T. G. T.) olmak üzere toplamda 6 uzman tarafından kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda bazı metinlerde düzenlemelere gidilmiştir.
- Hazırlanan “Podcast” in güvenirlik ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesinde; Charnock ve ark. tarafından geliştirilen DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçüm Aracı kullanılmıştır (Charnock ve ark. (1997)). Uzmanlar bu ölçüm aracı ile değerlendirmiştir.
 - ✓ Doç Dr. A. T. P. Güvenirlik 35 puan, bilgi kalitesi 27 puan, genel kalite 4 puan olmak üzere toplam 66 puan,
 - ✓ Uzm. Dr. Ç. T. güvenirlik 35 puan, bilgi kalitesi 28 puan, genel kalite 4 puan olmak üzere toplam 67 puan,

- ✓ Dr. Öğr. Üyesi G. B. T. güvenilirlik 40 puan, bilgi kalitesi 35 puan, genel kalite 4 puan olmak üzere toplam 79 puan,
- ✓ Dr. Öğr. Üyesi K. Y. Güvenilirlik 26 puan, bilgi kalitesi 21 puan, genel kalite 3 puan olmak üzere toplam 50 puan,
- ✓ Uzm. Hem. D. Ç. Güvenilirlik 33 puan, bilgi kalitesi 31 puan, genel kalite 4 puan olmak üzere toplam 68 puan,
- ✓ Uzm. Hem. T. G. T. güvenilirlik 36 puan, bilgi kalitesi 27 puan, genel kalite 4 puan olmak üzere toplam 67 puan olarak değerlendirilmiştir.

Ölçekten alınabilecek puanlar minimum ve maximum olarak bakıldığında, güvenilirlik boyutunda 8-40 puan, bilgi kalitesi boyutunda 7-35 puan, genel kalite boyutunda 1-5 puandır. Toplam puan olarak ise 16-80 puan'dır. Araştırmamızda kullanılacak eğitim materyali uzmanlarımızın değerlendirmesi sonucunda ortalama değerleri; güvenilirlik boyutunda 34,1, bilgi kalitesi boyutunda 28,1, genel kalite boyutunda 3,8'dir Toplam puan ortalaması ise 66,1'dir. Bu puanlamaların sonucunda eğitim materyalinin içerik ve uygunluk açısından yeterli olduğu belirlenmiştir (Gökdoğan ve ark., 2003).

- A3. Uzman görüşü alınan yazılı metni ön uygulama için 5 epilepsi hastasının görüşüne sunulmuştur (Ön uygulamaya alınan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir).
- A4. Hastalardan ve uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda düzenleme yapılmıştır ve yazılı metne son hali verilmiştir.

B. Podcast'in oluşturulması

- B1. Yazılı metni oluşturan podcastin seslendirme işlemine geçilmiştir.
- B2. Podcastlerin sunum içeriğinin hastaların dikkatini çekecek şekilde tasarlanmasına yönelik içerik geliştirici kullanma, sunucu kullanma, dikkat çekici şekilde konuşma vb. şekilde hazırlanan metin kaydedilmiştir.
- B3. Oluşturulan bu podcast, 2 nöroloji uzmanı (Doç Dr. A. T. P. ve Uzm. Dr. Ç. T.), 2 akademisyen hemşire (Dr. Öğr. Üyesi G. B. T., Dr. Öğr. Üyesi K. Y.) 2 klinisyen uzman hemşire (Uzm. Hem. D. Ç. ve Uzm. Hem. T. G. T.) 1 bilgisayar mühendisi (S. K.) olmak üzere toplamda 7 uzmandan uzman görüşü alınmıştır.

- B3. Uzman görüşü alınan podcasti ön uygulama için 5 epilepsi hastasının görüşüne sunulmuştur (Ön uygulamaya alınan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir).
- B4. Hastalardan ve uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda düzenleme yapılmıştır ve podcaste son hali verilmiştir.

C. Podcastlerin yüklenmesi

- C1. Oluşturulan podcast Spotify sayfasına yüklenmiştir.
- C2. Yüklenen bu podcast 2 nöroloji uzmanı (Doç Dr. A. T. P. ve Uzm. Dr. Ç. T.), 2 akademisyen hemşire (Dr. Öğr. Üyesi G. B. T., Dr. Öğr. Üyesi K. Y.) 2 klinisyen uzman hemşire (Uzm. Hem. D. Ç. ve Uzm. Hem. T. G. T.) 1 bilgisayar mühendisi (S. K.) olmak üzere toplamda 7 uzmanın spotify'a girip podcastleri dinlemesi sağlanmıştır.
- C3. Benzer şekilde 5 epilepsi hastasının görüşüne sunulmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Basamaklar takip edilerek sürekli bir denetimden geçtikten sonra tamamlanan podcastler araştırmanın uygulama basamağında kullanıma hazır hale getirilmiştir.

Birinci aşamada: Hastalar müdahale ve kontrol grubu olarak random ikiye ayrıldıktan sonra ilk görüşmede; hem müdahale grubundaki (n=35) hem de kontrol grubundaki (n=35) bireylere form ve ölçekler doldurulmadan önce çalışmanın amacı ve içeriği hakkında açıklamalarda bulunup, katılımları için yazılı onayları alınmıştır. Hastalar ile ilk karşılaşmada Epilepsi Hastalarına İlişkin Bilgi Formu (Ek 1), İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (Ek 2), Hissedilen Stigma Ölçeği (Ek 3), Epilepsi Öz yönetim Ölçeği (Ek 4) uygulanmıştır.

İkinci aşamada: Kontrol grubu olarak belirlenen hastalara poliklinikte standart eğitim verilmiştir.

Üçüncü aşamada: Müdahale grubuna da poliklinikte standart eğitim verilmiştir. Aynı zamanda hazırlanmış olan podcast eğitimi hakkında bilgi verilmiştir. Spotify uygulamasından nasıl ulaşacağı anlatılmış, zaman ve sınır olmaksızın erişebileceği bilgisi verilmiştir.

Dördüncü aşamada: Müdahale grubuna 10 günlük periyodlar ile 30 günde 2 kez podcast dinleme hatırlatması yapılmıştır.

Beşinci aşamada: 1 aylık süre geçtiğinde müdahale ve kontrol grubu sırayla polikliniğe davet edilmiş ve İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi, Hissedilen Stigma Ölçeği ve Epilepsi Öz yönetim Ölçeği uygulanmıştır.

Altıncı aşamada: 3. ay sonrasında yeniden müdahale ve kontrol grubu sırayla polikliniğe davet edilmiş ve İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi, Hissedilen Stigma Ölçeği ve Epilepsi Öz yönetim Ölçeği uygulanmıştır.

Yedinci aşamada: 0. 1. ve 3. aylarda uygulanan ölçeklerin puanları değerlendirilmiştir (Côté ve ark., 2021).

Yapılan araştırmanın iş akış planı Tablo 3.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarında İş Akış Planı

İşlem	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
Ön Test	Var	Var
Standart Eğitim Verilmesi	Var	Var
Podcast Eğitimi Dinletilmesi	Var	Yok
1.Ay Test	Var	Var
3.Ay Test	Var	Var

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler lisanlı SPSS 27 paket programı ile analiz edilmiştir. İlk aşamada demografik bulgulara ilişkin frekans analizleri verilmiştir. Frekans analizleri, gruplara ait frekans (n) ve yüzde (%) değerleri hesaplanmıştır. Daha sonra ölçek düzeylerine ilişkin frekans analizleri, gruplara ait ortalama (Ort), standart sapma (SS), Hipotez testlerinde aritmetik medyan (Med) değerleri hesaplanmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçek puanları için, 2 bağımsız grup karşılaştırma testlerinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılımdan gelmemeleri durumunda; Bağımlı Sürekli değişkenler arasında ilişki bakılırken 2 ölçüm düzeyi

arası ilişki Wilcoxon işaret testi, 2'den fazla ölçüm düzeyleri arasında ilişkiler Friedman testi ile test edilmiştir. Kategorik değişkenler arasında ilişki bakılırken ki-kare testinden yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Çalışmada müdahalenin etkinliğini değerlendirmek amacıyla Cohen'in d katsayısı hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü analiz edilirken; 0,20 küçük, 0,50 orta, 0,80 büyük etki olarak değerlendirilmiştir (Cohen, 1988).

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 28.07.2023 tarihli ve 2023/07 sayılı toplantısında araştırmanın etik kurul onayı alınmıştır (Ek 7). İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 19.12.2023 tarih ve 2023/20 sayılı kararınca (E-34555043-050.01.04-2300013386 sayı) kurum izni alınmıştır (Ek 8). Araştırmada kullanılan ölçekler için yazarlardan e-posta yoluyla izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara, araştırmaya yönelik bilgilendirme yapılmış ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Bu araştırma, Helsinki Bildirgesi'nin etik standartlarına uygun olarak planlanmış ve uygulanmıştır. Katılımcılar gönüllülük esasına uygun dahil edilmiştir ve katılımcıların kişisel bilgileri paylaşılmamıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmaya yönelik demografik özelliklere, kullanılan ölçeklere ve müdahalenin etkinliğine dair bulgular tablolar ve analizleri ile verilmiştir.

Tablo 4.1’de sunulan bulgular, kontrol (n=35) ve müdahale (n=35) gruplarının demografik özellikleri açısından karşılaştırılmasını içermektedir. İstatistiksel karşılaştırmalar, kategorik değişkenler için ki-kare testi (k), sürekli değişkenler için ise Mann Whitney U testi (u) ile yapılmıştır. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, kontrol grubunda 20’si kadın (%57,14), 15’i erkek (%42,86); müdahale grubunda ise 22’si kadın (%62,86), 13’ü erkek (%37,14) olarak belirlenmiştir. Cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,808). Medeni durum açısından kontrol grubunda 18 kişi evli (%51,43), 17 kişi bekar (%48,57) iken; müdahale grubunda 9 kişi evli (%25,71), 26 kişi bekar (%74,29) olup gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,049). Müdahale grubunda bekar bireylerin oranı anlamlı şekilde daha yüksektir. Çocuk durumu açısından kontrol grubunda çocuk sahibi olan birey sayısı 18 (%51,43), olmayan 17 (%48,57) iken; müdahale grubunda çocuk sahibi olanlar 12 (%34,29), olmayanlar 23 (%65,71) olarak saptanmıştır. Bu değişkende gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p=0,227). Eğitim düzeyi incelendiğinde, kontrol grubunda 2 kişi okur-yazar (%5,71), 16 kişi ilköğretim (%45,71), 12 kişi lise (%34,29), 5 kişi lisans ve üzeri eğitim düzeyindedir (%14,29); müdahale grubunda ise 2 kişi okur-yazar (%5,71), 9 kişi ilköğretim (%25,71), 11 kişi lise (%31,43) ve 13 kişi lisans ve üzeridir (%37,14). Gruplar arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0,046); müdahale grubunda lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip birey oranı daha yüksektir. Çalışma durumu açısından kontrol grubunda çalışan birey sayısı 12 (%34,29), çalışmayan 23 (%65,71); müdahale grubunda ise çalışanlar 16 (%45,71), çalışmayanlar 19 (%54,29) olarak belirlenmiştir. Bu değişken açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,465). Yaşanılan yer açısından kontrol grubunda 15 kişi ilde (%42,86), 20 kişi ilçede (%57,14) yaşamakta; müdahale grubunda ise 24 kişi ilde (%68,57), 11 kişi ilçede (%31,43) yaşamaktadır. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,027); müdahale grubunda il merkezinde yaşayan birey oranı anlamlı şekilde daha yüksektir. Ekonomik düzey açısından kontrol grubunda 15 kişi “gelir giderden az” (%42,86), 17 kişi “gelir gidere eşit” (%48,57), 3

kişi “gelir giderden fazla” (%8,57); müdahale grubunda ise sırasıyla 11 (%31,43), 19 (%54,29), 5 (%14,29) kişidir. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,542$). Epilepsi dışı hastalık varlığı açısından kontrol grubunda 12 kişi hastalık bildirmiş (%34,29), 23 kişi bildirmemiştir (%65,71); müdahale grubunda 8 kişi hastalık bildirmiş (%22,86), 27 kişi bildirmemiştir (%77,14). İki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,428$). Son bir yıl içindeki nöbet sıklığı, kontrol grubunda 14 kişi nöbet geçirmemiş (%40,00), 9 kişi ayda birden az (%25,71), 12 kişi ayda birden fazla (%34,29); müdahale grubunda ise 16 kişi nöbet geçirmemiş (%45,71), 7 kişi ayda birden az (%20,00), 12 kişi ayda birden fazla (%34,29) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,826$). Geçirilen nöbet tipi açısından, kontrol grubunda yalnızca 1 kişi tonik-klonik nöbet geçirdiğini belirtmiş (%2,86), 34 kişi bilmiyorum yanıtı vermiştir (%97,14); müdahale grubunda 1 kişi absans nöbet (%2,86), 1 kişi tonik-klonik nöbet (%2,86), 33 kişi nöbet tipini bilmediğini belirtmiştir (%94,29). Anlamlı fark gözlenmemiştir ($p=0,602$) Yaş, kontrol grubunda ortalama $35,69 \pm 12,69$ yıl, müdahale grubunda $28,89 \pm 8,82$ yıl olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,021$); kontrol grubu daha yaşlıdır. Epilepsi tanı süresi, kontrol grubunda $14,63 \pm 13,79$ yıl, müdahale grubunda $10,40 \pm 9,05$ yıl olarak saptanmış, ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,327$). Antiepileptik ilaç sayısı, kontrol grubunda ortalama $1,46 \pm 0,61$, müdahale grubunda $1,80 \pm 0,76$ ’dır. Gruplar arası fark sınırda anlamlılık düzeyindedir ($p=0,051$). Son geçirilen nöbetten geçen gün sayısı, kontrol grubunda $1101,94 \pm 2354,53$ gün, müdahale grubunda $766,40 \pm 1245,70$ gün olarak belirlenmiş olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,481$) (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Demografik Özelliklerin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Grup				p ^k
		Kontrol (n=35)		Müdahale (n=35)		
		n	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	20	57.14	22	62.86	0.808
	Erkek	15	42.86	13	37.14	
Medeni Durum	Evli	18	51.43	9	25.71	0.049*
	Bekar	17	48.57	26	74.29	
Çocuk Durumu	Var	18	51.43	12	34.29	0.227
	Yok	17	48.57	23	65.71	
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar	2	5.71	2	5.71	0.046*
	İlköğretim	16	45.71	9	25.71	
	Lise	12	34.29	11	31.43	
	Lisans ve Üzeri	5	14.29	13	37.14	
Çalışma Durumu	Evet	12	34.29	16	45.71	0.465
	Hayır	23	65.71	19	54.29	
Yaşanılan Yer	İl	15	42.86	24	68.57	0.027*
	İlçe	20	57.14	11	31.43	
Ekonomik Düzey	Gelir Giderden Az	15	42.86	11	31.43	0.542
	Gelir Gidere Eşit	17	48.57	19	54.29	
	Gelir Giderden Fazla	3	8.57	5	14.29	
Epilepsi Dışı. Hastalık	Evet	12	34.29	8	22,86	0.428
	Hayır	23	65.71	27	77.14	
Son Yıl. Nöbet Sıklık	Nöbet Geçirmemiş	14	40	16	45.71	0.826
	Ayda Birden Az	9	25.71	7	20	
	Ayda Birden Fazla	12	34.29	12	34.29	
Geçirilen Nöbet Tipi	Absans	0	0	1	2.86	0.602
	Tonik – Klonik	1	2.86	1	2.86	
	Fokal	0	0	0	0	
	Jeneralize	0	0	0	0	
	Bilmiyorum	34	97.14	33	94.29	
Değişken		Ort. ± SS		Ort. ± SS		p ^u
Yaş		35.69 ± 12.69		28.89 ± 8.82		0.021*
Epilepsi Tanı Süresi (Yıl)		14.63 ± 13.79		10.4 ± 9.05		0.327
Antiepileptik İlaç Sayısı		1.46 ± 0.61		1.8 ± 0.76		0.051
Son Geçirilen Nöbet Zamanı (Gün)		1101.94 ± 2354.53		766.4 ± 1245.7		0.481

*p<0,05; k=ki-kare testi, u=Mann Whitney U Testi

Spesifik Endişeler Alt Boyutu; Ön test puanları bakımından kontrol (Ort=3,06 ± 0,78; Md=3,00) ve müdahale (Ort=3,03 ± 1,03; Md=3,00) grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (z=-0,059; p=0,953). 1. ay testi sonuçlarına göre, kontrol grubunun puanı 2,98 ± 0,71 iken (Md=3,00), müdahale grubunun puanı anlamlı şekilde daha düşüktür (Ort=2,32 ± 0,75; Md=2,40) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (z=-3,403; p=0,001). 3. ay testi sonuçları da benzer şekilde müdahale grubunda daha düşük

bulunmuştur (Kontrol: $2,95 \pm 0,74$; Müdahale: $2,27 \pm 0,76$), fark anlamlıdır ($z=-3,431$; $p=0,001$). Müdahale sonrasında müdahale grubunun ilaçlara yönelik spesifik endişeleri belirgin şekilde azalmıştır (Tablo 4.2.). Spesifik Gereklilik Alt Boyutu; Ön test puanlarında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (Kontrol: $3,48 \pm 0,85$; Müdahale: $3,30 \pm 0,72$; $z=-0,975$; $p=0,330$). 1. ay testi sonuçlarına göre müdahale grubunun gereklik puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede artmıştır (Kontrol: $3,33 \pm 0,87$; Müdahale: $4,04 \pm 0,76$; $z=-3,483$; $p=0,001$). 3. ay testi bulguları da müdahale grubunda yüksek olup anlamlıdır (Kontrol: $3,45 \pm 0,82$; Müdahale: $4,09 \pm 0,75$; $z=-3,172$; $p=0,002$). Müdahale, müdahale grubunda ilaçların gerekliliği algısını anlamlı biçimde artırmıştır (Tablo 4.2.). Genel Aşırı Kullanım Alt Boyutu; Ön test değerleri arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Kontrol: $2,70 \pm 0,74$; Müdahale: $2,61 \pm 0,88$; $z=-0,254$; $p=0,799$). 1. ay testi sonuçlarında müdahale grubu anlamlı şekilde daha düşük puan almıştır (Kontrol: $2,70 \pm 0,70$; Müdahale: $2,15 \pm 0,85$; $z=-3,102$; $p=0,002$). 3. ay testinde de benzer bir düşüş izlenmiş ve fark anlamlı bulunmuştur (Kontrol: $2,71 \pm 0,76$; Müdahale: $2,18 \pm 0,84$; $z=-2,849$; $p=0,004$). Müdahale grubunda, ilaçların aşırı kullanıldığına dair inançlar müdahale sonrası belirgin şekilde azalmıştır (Tablo 4.2.). Genel Zarar Alt Boyutu; Ön test sonuçlarında gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (Kontrol: $2,51 \pm 0,84$; Müdahale: $2,49 \pm 0,98$; $z=-0,431$; $p=0,667$). 1. ay testi sonuçlarına göre, müdahale grubunun ilaçların genel zararına ilişkin inançları azalmış ve bu fark anlamlı bulunmuştur (Kontrol: $2,50 \pm 0,80$; Müdahale: $2,04 \pm 0,90$; $z=-2,681$; $p=0,007$). 3. ay testinde de aynı yönde anlamlı fark izlenmiştir (Kontrol: $2,47 \pm 0,80$; Müdahale: $2,05 \pm 0,89$; $z=-2,463$; $p=0,014$). Müdahale sonrasında müdahale grubunda ilaçların zarar verebileceği yönündeki genel inançlar azalmıştır (Tablo 4.2.). Bu bulgulara göre, müdahale grubuna uygulanan müdahalenin, katılımcıların ilaçlara yönelik spesifik endişelerini ve genel zarar/aşırı kullanım algılarını azalttığı; buna karşılık ilaçların gerekliliği algısını artırdığı görülmektedir. Bu değişimler 1. ayda başlamış ve 3. ayda da devam etmiştir. Bu durum, müdahalenin etkili ve sürdürülebilir olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. İlaçlar Hakkında İnanç Düzeylerinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişken	Grup		Mann Whitney U Testi		Etki Düzeyi
	Kontrol Ort. ± SS (Medyan)	Müdahale Ort. ± SS (Medyan)	Z	p	
Spesifik Endişeler Ön Test	3.06 ± 0.78 (3)	3.03 ± 1.03 (3.00)	-0.059	0.953	0.008
Spesifik Endişeler 1.Ay Test	2.98 ± 0.71 (3)	2.32 ± 0.75 (2.40)	-3.403	0.001*	0.439
Spesifik Endişeler 3.Ay Test	2.95 ± 0.74 (3)	2.27 ± 0.76 (2.40)	-3.431	0.001*	0.443
Spesifik Gereklilik Ön Test	3.48 ± 0.85 (3.6)	3.30 ± 0.72 (3.40)	-0.975	0.33	0.126
Spesifik Gereklilik 1.Ay Test	3.33 ± 0.87 (3.4)	4.04 ± 0.76 (4.20)	-3.483	0.001*	0.45
Spesifik Gereklilik 3.Ay Test	3.45 ± 0.82 (3.4)	4.09 ± 0.75 (4.20)	-3.172	0.002*	0.409
Genel Aşırı Kullanım Ön	2.7 ± 0.74 (2.75)	2.61 ± 0.88 (2.75)	-0.254	0.799	0.033
Genel Aşırı Kullanım 1.Ay	2.7 ± 0.7 (2.75)	2.15 ± 0.85 (2.25)	-3.102	0.002*	0.4
Genel Aşırı Kullanım 3.Ay	2.71 ± 0.76 (2.75)	2.18 ± 0.84 (2.25)	-2.849	0.004*	0.368
Genel Zarar Ön Test	2.51 ± 0.84 (2.5)	2.49 ± 0.98 (2.25)	-0.431	0.667	0.056
Genel Zarar 1.Ay Test	2.5 ± 0.8 (2.5.34)	2.04 ± 0.90 (2.00)	-2.681	0.007*	0.346
Genel Zarar 3.Ay Test	2.47 ± 0.8 (2.5)	2.05 ± 0.89 (1.75)	-2.463	0.014*	0.318

* $p < 0,05$; Mann Whitney U Testi

Hissedilen stigma düzeylerine ilişkin bulgular incelendiğinde, ön testte kontrol grubunun puanı $24,80 \pm 6,59$ (medyan = 23,00), müdahale grubunun ise $24,97 \pm 10,29$ (medyan = 21,00) olup gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,427$). Ancak 1. ay testinde kontrol grubu $24,60 \pm 6,56$ (medyan = 23,00), müdahale grubu $20,77 \pm 6,97$ (medyan = 19,00) puan almış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,013$). Benzer şekilde, 3. ay testinde kontrol grubu $24,51 \pm 6,59$ (medyan = 23,00), müdahale grubu ise $20,57 \pm 7,06$ (medyan = 18,00) puan almış ve bu fark da anlamlıdır ($p = 0,009$). Bu sonuçlar, müdahale grubuna uygulanan müdahalenin hissedilen stigma düzeyini azaltmada etkili olduğunu ve bu etkinin zamanla sürdüğünü göstermektedir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Hissedilen Stigma Düzeylerinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişken	Grup		Mann Whitney U Testi		Etki Düzeyi
	Kontrol	Müdahale	Z	p	
	Ort. ± SS (Medyan)	Ort. ± SS (Medyan)			
Hissedilen Stigma Ön Test	24.80 ± 6.59 (23.00)	24.97 ± 10.2 (21.00)	-0.059	0.953	0.008
Hissedilen Stigma 1.Ay Test	24.60 ± 6.56 (23.00)	20.77 ± 6.9 (19.00)	-3.403	0.001*	0.439
Hissedilen Stigma 3.Ay Test	24.51 ± 6.59 (23.00)	20.57 ± 7.06 (18.00)	-3.431	0.001*	0.443

* $p < 0,05$; Mann Whitney U Testi

Epilepsi öz yönetim düzeylerine ilişkin bulgular incelendiğinde, ilaç yönetimi alt boyutunda ön testte gruplar arasında anlamlı fark bulunmamış (kontrol: $44,80 \pm 4,30$; müdahale: $42,86 \pm 4,18$; $p = 0,063$), ancak 1. ayda (kontrol: $44,00 \pm 4,24$; müdahale: $46,69 \pm 2,77$; $p = 0,005$) ve 3. ayda (kontrol: $43,91 \pm 4,55$; müdahale: $46,40 \pm 2,96$; $p = 0,019$) müdahale grubunda anlamlı artış gözlenmiştir. Bilgi yönetimi alt boyutunda ön testte anlamlı fark yokken (kontrol: $19,89 \pm 4,92$; müdahale: $18,17 \pm 4,97$; $p = 0,187$), 1. ay (kontrol: $19,86 \pm 4,66$; müdahale: $23,63 \pm 4,33$; $p = 0,001$) ve 3. ay testlerinde (kontrol: $19,63 \pm 4,10$; müdahale: $24,06 \pm 4,28$; $p = 0,001$) müdahale grubunun puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Güvenlik yönetimi boyutunda ise yalnızca ön testte anlamlı fark bulunmuş (kontrol: $33,03 \pm 2,90$; müdahale: $29,40 \pm 3,24$; $p = 0,001$), takip eden aylarda fark anlamlı düzeyde değildir. Nöbet yönetimi boyutunda ön testte fark bulunmazken (kontrol: $24,57 \pm 4,06$; müdahale: $24,11 \pm 3,14$; $p = 0,405$), 1. ay (kontrol: $24,40 \pm 4,02$; müdahale: $27,03 \pm 2,55$; $p = 0,001$) ve 3. ay testlerinde (kontrol: $24,49 \pm 4,07$; müdahale: $27,26 \pm 2,43$; $p = 0,001$) müdahale grubunun puanları anlamlı şekilde yüksektir. Yaşam tarzı yönetimi boyutunda da ön testte fark bulunmamış (kontrol: $19,94 \pm 3,74$; müdahale: $20,63 \pm 4,25$; $p = 0,498$), ancak 1. ay (kontrol: $20,46 \pm 3,69$; müdahale: $24,71 \pm 3,39$; $p = 0,001$) ve 3. ay testlerinde (kontrol: $20,20 \pm 3,49$; müdahale: $24,69 \pm 3,37$; $p = 0,001$) müdahale grubunda anlamlı artış gözlenmiştir. Bu sonuçlar, uygulanan müdahalenin epilepsi öz-yönetiminin özellikle ilaç, bilgi, nöbet ve yaşam tarzı yönetimi alanlarında olumlu ve istatistiksel olarak anlamlı bir gelişim sağladığını göstermektedir (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Epilepsi Öz Yönetim Düzeylerinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Değişken	Grup		Mann Whitney		Etki
	Kontrol	Müdahale	Z	p	
	Ort. ± SS (Medyan)	Ort. ± SS (Medyan)			
İlaç Yönetimi	44.80 ± 4.30 (45.00)	42.86 ± 4.18 (43.00)	-1.858	0.063	0.24
İlaç Yönetimi 1.Ay Test	44.00 ± 4.24 (45.00)	46.69 ± 2.77 (48.00)	-2.832	0.005*	0.366
İlaç Yönetimi 3.Ay Test	43.91 ± 4.55 (45.00)	46.40 ± 2.96 (47.00)	-2.349	0.019*	0.303
Bilgi Yönetimi	19.89 ± 4.92 (20.00)	18.17 ± 4.97 (18.00)	-1.319	0.187	0.17
Bilgi Yönetimi 1.Ay Test	19.86 ± 4.66 (20.00)	23.63 ± 4.33 (24.00)	-3.81	0.001*	0.492
Bilgi Yönetimi 3.Ay Test	19.63 ± 4.10 (19.00)	24.06 ± 4.28 (25.00)	-4.252	0.001*	0.549
Güvenlik Yönetimi Ön Test	33.03 ± 2.90 (33.00)	29.40 ± 3.24 (30.00)	-4.464	0.001*	0.576
Güvenlik Yönetimi 1.Ay Test	32.74 ± 3.45 (33.00)	34.14 ± 3.57 (34.00)	-1.534	0.125	0.198
Güvenlik Yönetimi 3.Ay Test	32.91 ± 3.01 (33.00)	34.23 ± 3.57 (34.00)	-1.721	0.085	0.222
Nöbet Yönetimi Ön Test	24.57 ± 4.06 (26.00)	24.11 ± 3.14 (24.00)	-0.833	0.405	0.108
Nöbet Yönetimi 1.Ay Test	24.40 ± 4.02 (26.00)	27.03 ± 2.55 (28.00)	-3.303	0.001*	0.426
Nöbet Yönetimi 3.Ay Test	24.49 ± 4.07 (25.00)	27.26 ± 2.43 (28.00)	-3.469	0.001*	0.448
Yaşam Tarzı Yönetimi Ön Test	19.94 ± 3.74 (21.00)	20.63 ± 4.25 (21.00)	-0.678	0.498	0.088
Yaşam Tarzı Yönetimi 1.Ay Test	20.46 ± 3.69 (21.00)	24.71 ± 3.39 (25.00)	-4.471	0.001*	0.577
Yaşam Tarzı Yönetimi 3.Ay Test	20.20 ± 3.49 (21.00)	24.69 ± 3.37 (25.00)	-4.657	0.001*	0.601

* $p < 0,05$; Mann Whitney U Testi

Spesifik endişelere ilişkin düzeylerin zaman içinde karşılaştırıldığı Tablo 4.5' e göre, kontrol grubunda ön test (Ort=3,06 ± 0,78), 1. ay testi (Ort=2,98 ± 0,71) ve 3. ay testi (Ort=2,95 ± 0,74) arasında yapılan Friedman testi sonucu anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 4,964$; $p = 0,084$). Buna karşın, müdahale grubunda spesifik endişe düzeyleri açısından ölçümler arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2 = 50,788$; $p = 0,001$). Wilcoxon testine göre bu fark, ön testin hem 1. ay hem de 3. ay testinden anlamlı olarak yüksek olması ile açıklanmaktadır ($1 > 2$, $1 > 3$). Bu sonuçlar, müdahale grubuna uygulanan müdahalenin spesifik endişe düzeylerini zamanla anlamlı biçimde azalttığını göstermektedir. Kontrol grubunda ise zamanla belirgin bir değişim gözlenmemiştir. spesifik gereklilik düzeylerinin ön test, 1. ay ve 3. ay ölçümleri arasındaki değişimi değerlendirmek amacıyla yapılan Friedman testi sonuçları sunulmuştur. Kontrol grubunda, ölçümler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2 = 10,216$; $p = 0,006$); Wilcoxon testine göre bu fark, 3. ay testinin 1. ay testinden anlamlı olarak yüksek olmasıyla açıklanmaktadır ($3 > 2$). Bu durum, kontrol grubunda zamanla sınırlı düzeyde bir artış yaşandığını göstermektedir.

Müdahale grubunda ise çok daha belirgin bir farklılık gözlenmiştir ($\chi^2 = 56,746$; $p = 0,001$); Wilcoxon testi sonuçlarına göre 3. ay testi hem ön testten hem de 1. ay testinden anlamlı olarak yüksektir ($3 > 1$, $3 > 2$). Bu bulgular, müdahale grubunda uygulanan müdahalenin spesifik gereklilik inancını anlamlı ve sürekli bir şekilde artırdığını ortaya koymaktadır genel aşırı kullanım inancına ilişkin ölçümler değerlendirildiğinde, kontrol grubunda ön test (Ort=2,70 $\pm$ 0,74), 1. ay testi (Ort=2,70 $\pm$ 0,70) ve 3. ay testi (Ort=2,71 $\pm$ 0,76) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 0,047$; $p = 0,977$), yani kontrol grubunun genel aşırı kullanım inancı zaman içinde değişmemiştir. Müdahale grubunda ise ön test (Ort=2,61 $\pm$ 0,88), 1. ay testi (Ort=2,15 $\pm$ 0,85) ve 3. ay testi (Ort=2,18 $\pm$ 0,84) arasında yapılan Friedman testi sonucunda anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2 = 40,078$; $p = 0,001$). Wilcoxon testine göre bu fark, ön test puanlarının hem 1. ay hem de 3. ay testlerinden anlamlı düzeyde yüksek olmasıyla açıklanmaktadır ($1 > 2$, $1 > 3$). Bu bulgular, müdahale grubuna uygulanan müdahalenin, ilaçların aşırı kullanıldığına dair inancı önemli ölçüde azalttığını ve bu azalmanın sürdürülebilir olduğunu göstermektedir. genel zarar inancına ilişkin değerlendirmelere göre, kontrol grubunda ön test (Ort=2,51 $\pm$ 0,84), 1. ay testi (Ort=2,50 $\pm$ 0,80) ve 3. ay testi (Ort=2,47 $\pm$ 0,80) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 2,102$; $p = 0,351$), bu da kontrol grubunda genel zarar algısının zaman içinde değişmediğini göstermektedir. Öte yandan, müdahale grubunda ön test (Ort=2,49 $\pm$ 0,98), 1. ay testi (Ort=2,04 $\pm$ 0,90) ve 3. ay testi (Ort=2,05 $\pm$ 0,89) arasında yapılan Friedman testi sonucunda anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($\chi^2 = 45,355$; $p = 0,001$). Wilcoxon testi sonuçlarına göre, ön test puanları hem 1. ay hem de 3. ay puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($1 > 2$, $1 > 3$). Bu bulgular, müdahale grubunda uygulanan müdahalenin, ilaçların genel olarak zararlı olduğu yönündeki inancı anlamlı biçimde azalttığını ve bu azalmanın sürdürülebilir olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 İlaçlar Hakkında İnanç Ön Test, 1.Ay, 3.Ay Düzeylerinin Karşılaştırılması

Grup	Değişken	Ort. ± (Ort. Rank)	Chi-Square	P	Fark
Kontrol	Spesifik Endişeler Ön Test ⁽¹⁾	3.06 ± 0.78 (2.24)			
	Spesifik Endişeler 1.Ay Test ⁽²⁾	2.98 ± 0.71 (1.99)	4.964	0.084	-
	Spesifik Endişeler 3.Ay Test ⁽³⁾	2.95 ± 0.74 (1.77)			
Müdahale	Spesifik Endişeler Ön Test ⁽¹⁾	3.03 ± 1.03 (2.84)			
	Spesifik Endişeler 1.Ay Test ⁽²⁾	2.32 ± 0.75 (1.66)	50.788	0.001*	1>2.1>3
	Spesifik Endişeler 3.Ay Test ⁽³⁾	2.27 ± 0.76 (1.5)			
Kontrol	Spesifik Gereklilik Ön Test ⁽¹⁾	3.48 ± 0.85 (2.26)			
	Spesifik Gereklilik 1.Ay Test ⁽²⁾	3.33 ± 0.87 (1.61)	10.216	0.006*	3>2
	Spesifik Gereklilik 3.Ay Test ⁽³⁾	3.45 ± 0.82 (2.13)			
Müdahale	Spesifik Gereklilik Ön Test ⁽¹⁾	3.3 ± 0.72 (1.06)			
	Spesifik Gereklilik 1.Ay Test ⁽²⁾	4.04 ± 0.76 (2.34)	56.746	0.001*	3>1.3>2
	Spesifik Gereklilik 3.Ay Test ⁽³⁾	4.09 ± 0.75 (2.6)			
Kontrol	Genel Aşırı Kullanım Ön Test ⁽¹⁾	2.7 ± 0.74 (1.99)			
	Genel Aşırı Kullanım 1.Ay Test ⁽²⁾	2.7 ± 0.7 (2)	0.047	0.977	-
	Genel Aşırı Kullanım 3.Ay Test ⁽³⁾	2.71 ± 0.76 (2.01)			
Müdahale	Genel Aşırı Kullanım Ön Test ⁽¹⁾	2.61 ± 0.88 (2.74)			
	Genel Aşırı Kullanım 1.Ay Test ⁽²⁾	2.15 ± 0.85 (1.57)	40.078	0.001*	1>2.1>3
	Genel Aşırı Kullanım 3.Ay Test ⁽³⁾	2.18 ± 0.84 (1.69)			
Kontrol	Genel Zarar Ön Test ⁽¹⁾	2.51 ± 0.84 (2.09)			
	Genel Zarar 1.Ay Test ⁽²⁾	2.5 ± 0.8 (2.04)	2.102	0.351	-
	Genel Zarar 3.Ay Test ⁽³⁾	2.47 ± 0.8 (1.87)			
Müdahale	Genel Zarar Ön Test ⁽¹⁾	2.49 ± 0.98 (2.76)			
	Genel Zarar 1.Ay Test ⁽²⁾	2.04 ± 0.9 (1.6)	45.355	0.001*	1>2.1>3
	Genel Zarar 3.Ay Test ⁽³⁾	2.05 ± 0.89 (1.64)			

*p<0,05; Chi-Square= Friedman Test, Fark = Wilcoxon Test

Tablo 4.6’da hissedilen stigma düzeylerinin zamana bağlı değişimi incelendiğinde, kontrol grubunda ön test (Ort=24,80 ± 6,59), 1. ay testi (Ort=24,60 ± 6,56) ve 3. ay testi (Ort=24,51 ± 6,59) arasında yapılan Friedman testi sonucu anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 0,585$; p = 0,747), yani kontrol grubunun stigma algısı zaman içinde sabit kalmıştır. Buna karşılık, müdahale grubunda ön test (Ort=24,97 ± 10,29), 1. ay testi (Ort=20,77 ± 6,97) ve 3. ay testi (Ort=20,57 ± 7,06) değerleri arasında

anlamli bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2 = 38,111$; $p = 0,001$). Wilcoxon testi sonuçlarına göre bu fark, ön test puanlarının hem 1. ay hem de 3. ay testlerinden anlamlı şekilde yüksek olması ile açıklanmaktadır ($1 > 2$, $1 > 3$). Bu bulgular, müdahale grubuna uygulanan müdahalenin hissedilen stigma düzeyini anlamlı ve kalıcı bir şekilde azalttığını göstermektedir (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Hissedilen Stigma Ön Test, 1.Ay, 3.Ay Düzeylerinin Karşılaştırılması

Grup	Değişken	Ort. $\pm$ (Ort. Rank)	Chi-Square	P	Fark
Kontrol	Hissedilen Stigma Ön Test ⁽¹⁾	24.80 $\pm$ 6.59 (2.04)	0.585	0.747	-
	Hissedilen Stigma 1.Ay Test ⁽²⁾	24.60 $\pm$ 6.56 (2.03)			
	Hissedilen Stigma 3.Ay Test ⁽³⁾	24.51 $\pm$ 6.59 (1.93)			
Müdahale	Hissedilen Stigma Ön Test ⁽¹⁾	24.97 $\pm$ 10.29 (2.74)	38.111	0.001*	1>2. 1>3
	Hissedilen Stigma 1.Ay Test ⁽²⁾	20.77 $\pm$ 6.97 (1.73)			
	Hissedilen Stigma 3.Ay Test ⁽³⁾	20.57 $\pm$ 7.06 (1.53)			

* $p < 0,05$; Chi-Square= Friedman Test, Fark = Wilcoxon Test

Tablo 4.7’de ilaç yönetimi düzeylerinin zamana bağlı değişimi değerlendirildiğinde, kontrol grubunda ön test (Ort=44,80 $\pm$ 4,30), 1. ay testi (Ort=44,00 $\pm$ 4,24) ve 3. ay testi (Ort=43,91 $\pm$ 4,55) arasında yapılan Friedman testi sonucunda anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2 = 22,173$; $p = 0,001$). Wilcoxon testine göre bu fark, ön test puanlarının hem 1. ay hem de 3. ay testlerinden anlamlı şekilde yüksek olmasıyla açıklanmakta olup, zamanla ilaç yönetimi puanlarında düşüş yaşandığını göstermektedir ($1 > 2$, $1 > 3$). Öte yandan, müdahale grubunda ön test (Ort=42,86 $\pm$ 4,18), 1. ay testi (Ort=46,69 $\pm$ 2,77) ve 3. ay testi (Ort=46,40 $\pm$ 2,96) değerleri arasında anlamlı fark bulunmuş ($\chi^2 = 50,157$; $p = 0,001$) ve Wilcoxon testine göre bu fark, ön test puanlarının hem 1. ay hem de 3. ay testlerinden anlamlı şekilde düşük olmasıyla açıklanmıştır ($1 < 2$, $1 < 3$). Bu bulgular, kontrol grubunda zamanla ilaç yönetimi becerisinin azaldığını, müdahale grubunda ise uygulanan müdahale sonucunda ilaç yönetimi düzeyinde anlamlı ve kalıcı bir artış sağlandığını göstermektedir (Tablo 4.7).

Bilgi yönetimi düzeylerinin zamana bağlı değişimi değerlendirildiğinde, kontrol grubunda ön test (Ort=19,89 ± 4,92), 1. ay testi (Ort=19,86 ± 4,66) ve 3. ay testi (Ort=19,63 ± 4,10) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 0,161$; $p = 0,923$), bu da kontrol grubunda bilgi yönetimi düzeyinin zamanla değişmediğini göstermektedir. Buna karşılık, müdahale grubunda ön test (Ort=18,17 ± 4,97), 1. ay testi (Ort=23,63 ± 4,33) ve 3. ay testi (Ort=24,06 ± 4,28) arasında yapılan Friedman testi sonucu anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2 = 57,333$; $p = 0,001$). Wilcoxon testine göre bu fark, ön test puanlarının hem 1. ay hem de 3. ay puanlarından anlamlı şekilde düşük olması ile açıklanmakta olup ($1 < 2$, $1 < 3$), bilgi yönetimi düzeyinin müdahale sonrasında belirgin biçimde arttığını ve bu artışın sürdürülebilir olduğunu göstermektedir (Tablo 4.7).

Güvenlik yönetimi düzeylerinin zaman içerisindeki değişimi incelendiğinde, kontrol grubunda güvenlik yönetimi puanlarının ön test (Ort=33,03 ± 2,90), 1. ay testi (Ort=32,74 ± 3,45) ve 3. ay testi (Ort=32,91 ± 3,01) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 1,407$; $p = 0,495$). Bu durum, kontrol grubunda güvenlik yönetimi becerisinin zaman içinde sabit kaldığını göstermektedir. Öte yandan, müdahale grubunda güvenlik yönetimi düzeyleri ön testte 29,40 ± 3,24 iken, 1. ay testinde 34,14 ± 3,57 ve 3. ay testinde 34,23 ± 3,57 olarak belirlenmiştir. Yapılan Friedman testi sonucu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2 = 56,345$; $p = 0,001$). Wilcoxon testi sonuçlarına göre, bu fark ön test puanlarının hem 1. ay hem de 3. ay puanlarından anlamlı şekilde düşük olmasıyla açıklanmakta olup ($1 < 2$, $1 < 3$), müdahale grubunda uygulanan müdahalenin güvenlik yönetimi becerilerini belirgin ve sürdürülebilir şekilde artırdığı anlaşılmaktadır. Bu artış, özellikle güvenlik önlemlerine dikkat etme, riskleri tanıma ve önleme gibi davranışların geliştiğini göstermektedir (Tablo 4.7).

Nöbet yönetimi düzeylerinin zaman içindeki değişimi değerlendirildiğinde, kontrol grubunda ön test (Ort=24,57 ± 4,06), 1. ay testi (Ort=24,40 ± 4,02) ve 3. ay testi (Ort=24,49 ± 4,07) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 1,326$; $p = 0,515$). Bu durum, kontrol grubundaki bireylerin nöbet yönetimi becerilerinde zamanla bir gelişme olmadığını göstermektedir. Öte yandan, müdahale grubunda nöbet yönetimi puanları ön testte 24,11 ± 3,14 iken, 1. ay testinde 27,03 ± 2,55 ve 3. ay testinde 27,26 ± 2,43 olarak artış göstermiştir. Friedman testi sonuçlarına göre bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2 = 57,276$; $p = 0,001$). Wilcoxon testine

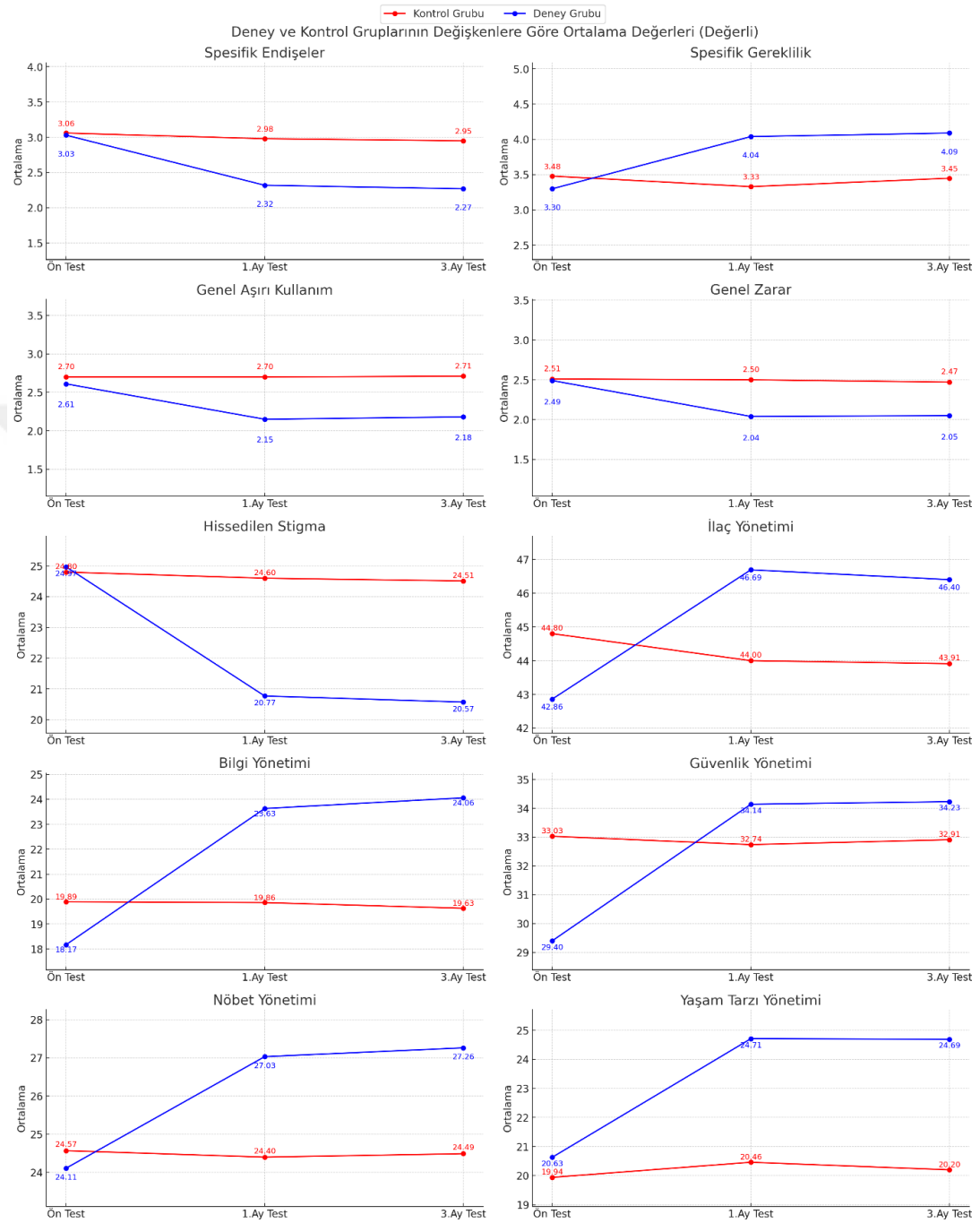
göre fark, ön test puanlarının hem 1. ay hem de 3. ay puanlarından anlamlı şekilde düşük olması ile açıklanmıştır ($1 < 2$, $1 < 3$). Bu bulgular, uygulanan müdahalenin müdahale grubundaki bireylerin nöbet yönetimi becerilerini anlamlı ve kalıcı bir şekilde geliştirdiğini ortaya koymaktadır. Bu gelişim, nöbet belirtilerini tanıma, müdahale etme ve önleyici stratejileri uygulama konularındaki yeterliliklerin arttığını göstermektedir (Tablo 4.7).

Yaşam tarzı yönetimi düzeylerinin zaman içindeki değişimi değerlendirildiğinde, kontrol grubunda ön test (Ort=19,94 $\pm$ 3,74), 1. ay testi (Ort=20,46 $\pm$ 3,69) ve 3. ay testi (Ort=20,20 $\pm$ 3,49) arasında yapılan Friedman testi sonucu anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2 = 6,612$; $p = 0,037$). Wilcoxon testi sonucuna göre bu fark yalnızca 1. ay testi lehine anlamlı olup, ön testten sonra kısa süreli bir artış yaşandığı ($1 < 2$), ancak bu artışın 3. ayda sürdürülemediği görülmektedir. Müdahale grubunda ise ön testte yaşam tarzı yönetimi puanı 20,63 $\pm$ 4,25 iken, 1. ayda 24,71 $\pm$ 3,39 ve 3. ayda 24,69 $\pm$ 3,37'ye yükselmiştir. Yapılan Friedman testi sonucunda bu değişim anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 44,667$; $p = 0,001$) ve Wilcoxon testine göre hem 1. ay hem de 3. ay testleri ön testten anlamlı olarak yüksektir ($1 < 2$, $1 < 3$). Bu bulgular, müdahale grubuna uygulanan müdahalenin bireylerin yaşam tarzı yönetimi becerilerini istatistiksel olarak anlamlı ve kalıcı biçimde geliştirdiğini, kontrol grubunda ise yalnızca sınırlı ve geçici bir gelişim sağlandığını göstermektedir. Yaşam tarzı yönetimi; uyku, beslenme, fiziksel aktivite ve stresle başa çıkma gibi alanları kapsadığından bu gelişim, bireylerin epilepsiyle baş etme süreçlerinde önemli bir ilerleme kaydettiklerine işaret etmektedir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Epilepsi Öz Yönetim Ön Test, 1.Ay, 3.Ay Düzeylerinin Karşılaştırılması

Grup	Değişken	Ort. ± SS (Ort. Rank)	Chi-Square	P	Fark [Wilcoxon]
Kontrol	İlaç Yönetimi Ön Test ⁽¹⁾	44.80 ± 4.30 (2.56)	22.173	0.001*	1>2.1>3
	İlaç Yönetimi 1.Ay Test ⁽²⁾	44.00 ± 4.24 (1.67)			
	İlaç Yönetimi 3.Ay Test ⁽³⁾	43.91 ± 4.55 (1.77)			
Müdahale	İlaç Yönetimi Ön Test ⁽¹⁾	42.86 ± 4.18 (1.11)	50.157	0.001*	1<2.1<3
	İlaç Yönetimi 1.Ay Test ⁽²⁾	46.69 ± 2.77 (2.46)			
	İlaç Yönetimi 3.Ay Test ⁽³⁾	46.40 ± 2.96 (2.43)			
Kontrol	Bilgi Yönetimi Ön Test ⁽¹⁾	19.89 ± 4.92 (1.96)	0.161	0.923	-
	Bilgi Yönetimi 1.Ay Test ⁽²⁾	19.86 ± 4.66 (2.04)			
	Bilgi Yönetimi 3.Ay Test ⁽³⁾	19.63 ± 4.10 (2.00)			
Müdahale	Bilgi Yönetimi Ön Test	18.17 ± 4.97 (1.03)	57.333	0.001*	1<2.1<3
	Bilgi Yönetimi 1.Ay Test	23.63 ± 4.33 (2.31)			
	Bilgi Yönetimi 3.Ay Test	24.06 ± 4.28 (2.66)			
Kontrol	Güvenlik Yönetimi Ön Test ⁽¹⁾	33.03 ± 2.90 (2.06)	1.407	0.495	-
	Güvenlik Yönetimi 1.Ay Test ⁽²⁾	32.74 ± 3.45 (1.86)			
	Güvenlik Yönetimi 3.Ay Test ⁽³⁾	32.91 ± 3.01 (2.09)			
Müdahale	Güvenlik Yönetimi Ön Test ⁽¹⁾	29.40 ± 3.24 (1.06)	56.345	0.001*	1<2.1<3
	Güvenlik Yönetimi 1.Ay Test ⁽²⁾	34.14 ± 3.57 (2.49)			
	Güvenlik Yönetimi 3.Ay Test ⁽³⁾	34.23 ± 3.57 (2.46)			
Kontrol	Nöbet Yönetimi Ön Test ⁽¹⁾	24.57 ± 4.06 (2.11)	1.326	0.515	-
	Nöbet Yönetimi 1.Ay Test ⁽²⁾	24.40 ± 4.02 (1.90)			
	Nöbet Yönetimi 3.Ay Test ⁽³⁾	24.49 ± 4.07 (1.99)			
Müdahale	Nöbet Yönetimi Ön Test ⁽¹⁾	24.11 ± 3.14 (1.10)	57.276	0.001*	1<2.1<3
	Nöbet Yönetimi 1.Ay Test ⁽²⁾	27.03 ± 2.55 (2.37)			
	Nöbet Yönetimi 3.Ay Test ⁽³⁾	27.26 ± 2.43 (2.53)			
Kontrol	Yaşam Tarzı Yönetimi Ön Test ⁽¹⁾	19.94 ± 3.74 (1.74)	6.612	0.037*	1<2
	Yaşam Tarzı Yönetimi 1.Ay Test ⁽²⁾	20.46 ± 3.69 (2.26)			
	Yaşam Tarzı Yönetimi 3.Ay Test ⁽³⁾	20.20 ± 3.49 (2.00)			
Müdahale	Yaşam Tarzı Yönetimi Ön Test ⁽¹⁾	20.63 ± 4.25 (1.16)	44.667	0.001*	1<2.1<3
	Yaşam Tarzı Yönetimi 1.Ay Test ⁽²⁾	24.71 ± 3.39 (2.44)			
	Yaşam Tarzı Yönetimi 3.Ay Test ⁽³⁾	24.69 ± 3.37 (2.40)			

* $p < 0,05$; Chi-Square= Friedman Test, Fark = Wilcoxon Test



Şekil 4.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarına Göre Ölçeklerin Ön Test, 1. Ay ve 3. Ay Değişimi

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada, müdahale ve kontrol grupları sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikler açısından genel olarak homojen dağılım göstermektedir (Tablo 4.1.).

5.1. Epilepsi Hastalarında Podcast ile Eğitimin İlaç Algısına Etkisi 'ne Yönelik Bulguların İncelenmesi

İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi'nde 2 Genel, 2 Spesifik olmak üzere toplamda 4 alt boyut bulunmaktadır (Çınar ve ark., 2016).

Spesifik endişeler alt boyutu; Ölçeğin bu boyutu reçete edilen ilaçların olası yan etkilerine karşı endişeleri belirtir. Eğitim sonrası 1.ay değerlendirme sonuçlarına göre, müdahale grubunda kontrol grubuna göre endişe düzeylerinde anlamlı bir düzelme saptanmıştır. 3. ay testi sonuçları da benzer şekilde müdahale grubunda endişe düzeyi açısından olumlu yönde düzelme devam etmektedir. Müdahale sonrasında müdahale grubunun ilaçlara yönelik spesifik endişeleri belirgin şekilde azalmıştır. Müdahalenin etki büyüklüğü orta düzeydedir.

Spesifik gereklilik alt boyutu; ölçeğin bu boyutu reçete edilen ilaçların etkinliği ve gerekliliğine güçlü inancı gösterir. Eğitim sonrası 1.ayda müdahale grubunda anlamlı bir düzelme saptanmıştır. 3.ayda ise ilacın gerekliliğine olan inanç artarak devam etmektedir. Müdahale, müdahale grubunda ilaçların gerekliliği algısını anlamlı biçimde artırmıştır. Müdahalenin etki büyüklüğü orta düzeydedir.

Genel aşırı kullanım alt boyutu; ölçeğin bu boyutu doktorlar tarafından ilaçların aşırı kullanıldığına güçlü inançları gösterir. Eğitim sonrası 1.ay değerlendirme sonuçlarına göre, müdahale grubunda aşırı ilaç kullanıldığına dair düşüncelerde anlamlı bir düşüş saptanmıştır. 3. ay testinde de benzer bir düşüş izlenmiştir. Müdahale grubunda, ilaçların aşırı kullanıldığına dair inançlar müdahale sonrası belirgin şekilde azalmıştır. Müdahalenin etki büyüklüğü orta düzeydedir.

Genel zarar alt boyutu; Ölçeğin bu boyutu, ilaçların "zararlı", "bağımlılık yapıcı", "zehir" olduklarına güçlü inançları gösterir. Eğitim sonrası 1.ay değerlendirme sonuçlarına göre, müdahale grubunun ilaçların genel zararına ilişkin inançları azalmıştır. 3. ay testinde de düşüş izlenmiştir. Müdahale sonrasında müdahale

grubunda ilaçların zarar verebileceği yönündeki genel inançlar azalmıştır. Müdahalenin etki büyüklüğü orta düzeydedir.

Eğitim, ilaca karşı endişeleri azaltmıştır, ilaçların gerekli olduğuna dair inancı desteklemiştir, ilaçların aşırı reçete edildiğine ve ilaçların zararlı olduğuna dair inancı belirgin şekilde azaltmıştır. Bu değişimler 1. ayda başlamış ve 3. ayda da devam etmiştir. Literatürle paralellik göstermesi ile beraber, müdahalenin etkili ve sürdürülebilir olduğunu göstermektedir. Hastaların ilaca karşı tutumları değiştiğinde, tedaviye uyumunun artacağı düşünülmektedir. Tedaviye uyum arttığında ise, klinik anlamda iyileşmeler ile birlikte hastaların nöbet sıklığı azalmaktadır. Hastaların hissettikleri stigma düzeyi azalmaktadır ve yaşam kalitesinde artış meydana gelmektedir.

Podcast eğitimini tamamlayan hastalardan Ü.Y (25)'nin eğitim ile ilgili geri bildirimi şu şekildeydi “İlaçların yan etkisi ve bağımlılık yapıcı özelliği var diye kullanırken içimde hep kuşku oluyordu. İnternette baktığımda etkilerinden yine emin olamıyordum ama eğitim sayesinde içim rahatladı. Umarım devamı gelir teşekkürler”

H.E(32)'nin eğitim ile ilgili geri bildirimi ise: “Anketlerdeki soruları cevaplarken neyi yapmamam lazım anladım. Eğitiminizi dinleyince hiçbirini bir daha yapmadım. İlaçlarımı zamanında yutunca nöbetlerim azaldı ben işe yaramıyor sanıyordum” Hastaların bireysel yorumları da eğitimin etkinliğini destekler niteliktedir.

Epilepsi hastalarında tedaviye uyumu arttıran önemli faktörlerden biri eğitimidir. Hastanın, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgi düzeyi arttıkça tedaviye uyumu artmaktadır (Yel ve Karadakovan, 2021).

Jarad ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada, pediatrik epilepsi hastası olan çocuklara ve ailesine eczacılar tarafından 30 dakikalık ilaç kullanımı ve tedaviye uyum ile ilgili verilen eğitim sonrası, tedaviye uyumun ve ilaca karşı olan endişelerin azaldığı bildirilmiştir. Kontrol grubuna verilen standart eğitim sonrasında ise uyumda ve endişe düzeylerinde anlamlı bir değişim saptanmamıştır (Jarad ve ark., 2022).

Çin’de Zheng ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü çalışmada, 92 kişi müdahale 92 kişi kontrol olmak üzere 184 yetişkin epilepsi hastası ile çalışılmıştır. Müdahale grubuna 12 ay süren; psikiyatrist, nörolog ve uzman hemşireden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından grup eğitimleri verilmiştir. Çalışmanın sonucunda

eğitim sonrası hastaların anksiyete, depresyon düzeyleri azalırken, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu düzeylerinde belirgin artış saptanmıştır (Zheng ve ark., 2019).

Hindistan’da Chandrasekhar ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü çalışmada bu kez sadece klinik eczacılar erişkin nöroloji servisinde yatışı olan 100 epilepsi hastası ile çalışmıştır. 50 müdahale, 50 kontrol grubu olarak planlanan çalışmada, kontrol grubuna standart nöroloji servisi eğitimi verilmiş; müdahale grubuna ise klinik eczacılar tarafından ilaçlar ile ilgili eğitim verilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırma sonucunda, müdahale grubunda ilaca olan bağlılık ve ilaca olan inançlar düzeyinde eğitim sonrası belirgin artış saptanmıştır (Chandrasekhar ve ark., 2020).

5.2. Epilepsi Hastalarında Podcast ile Eğitimin Hissedilen Stigma Düzeyine Etkisi’ne Yönelik Bulguların İncelenmesi

Bu çalışmada hissedilen stigma düzeyine ilişkin bulgular incelendiğinde, 1. ay sonucunda, müdahale grubu hissedilen stigma düzeyinde olumlu anlamda değişim saptanmıştır. Benzer şekilde, 3. ay sonunda da hissedilen stigma düzeyinde olumlu değişimler devam etmiştir. Müdahale grubuna uygulanan müdahalenin, hissedilen stigma düzeyini azaltmada etkili olduğu ve bu etkinin zamanla sürdüğü sonucuna varılmıştır. Podcast ile verilen eğitim, yüz yüze verilen eğitimlere kıyasla kısıtlı bir zaman aralığında verilmemektedir. Hastaların bireysel olarak eğitime daha hazır olduğu bir zamanda ve daha rahat hissettikleri anda bilgiye ulaşabildikleri için daha etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda hastaların anlamadığı veya unuttuğu bir konu olduğunda tekrar dinleme şansı olduğundan eğitimin etkinliği uzun sürdüğü düşünülmektedir. Müdahalenin etki büyüklüğü orta düzeydedir.

Podcast eğitimini tamamlayan hastalardan H.P.D (33)’nin eğitim ile ilgili geri bildirimi şu şekildeydi “Çocuğumu okula yazdırdım araba kullanarak götürmem gerekiyordu herkes nöbet geçirirsin araba kullanamazsın diyordu. Gönderdiklerinizi dinleyince umut kapısı oldu bana. İlaçlarımı düzenli kullanıp nöbetsiz olursam hemen yeniden ehliyet için başvuracağım”

Z.E. (27)’nin geri bildirimi ise, “Çok teşekkür ederim eğitim için gerçekten mükemmel bir düşünce umarım daha faydalı daha kapsamlı şekilde devamı gelir sizde daha çok insana hitap edebilirsiniz” şeklindeydi.

Hastaların bireysel yorumları da eğitimin etkinliğini destekler niteliktedir.

Epilepsi hastalarında hissedilen stigma, hastaların özel hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (Yeni ve ark., 2016). Hastaların çoğunda görülen işsizlik, evlilik oranlarının düşük olması hissedilen stigma düzeyi ile doğrudan ilişkilidir (Aydemir ve ark., 2016). Hastalarda en sık görülen psikiyatrik tanı olan depresyonun majör sebebi hissedilen stigmadır (Altunan ve Ünal, 2022). Hastaların stigma düzeylerinin belirlenip, bununla ilgili müdahalede bulunmak yaşam kalitelerini iyileştirmek, hastaları topluma geri kazandırmak ve sosyal izolasyonlarını azaltmak adına önemlidir (Aydemir ve ark., 2016).

Yıldırım ve arkadaşlarının epilepsi hastalarında stigma düzeyi ve depresyon semptomları arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada, hastaların eğitim düzeyi arttıkça, hissettikleri stigma düzeyinin azaldığı saptanmıştır (Yıldırım ve ark., 2018). Hu ve arkadaşlarının epilepsi hastalarında stigma düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada da benzer olarak doğrudan bir eğitim müdahalesi olmasa da hastaların eğitim düzeyi arttıkça, hissettikleri stigma düzeyinin azaldığı saptanmıştır (Hu ve ark., 2024).

Sajatovic ve arkadaşlarının ABD’de 295 genç yetişkin epilepsi hastası ile yaptığı bir çalışmada, epilepsi hastalarına verilen eğitimin, epilepsi bilgi düzeyine ve stigma düzeyine etkisi incelenmiştir. Çalışmada, epilepsi hastalarına web tabanlı video eğitimi verilmiştir. Eğitim sonrası hastaların epilepsi bilgisi ve stigma düzeylerinde olumlu yönde değişim saptanmıştır (Sajatovic ve ark., 2017)

Kuramochi ve arkadaşlarının Japonya’da 16 hasta yakını, 16 yetişkin epilepsi hastası ile yaptığı bir çalışmada, epilepsi hastalarına verilen eğitimin hastaların bilgi düzeyine, damgalamaya, benlik saygısına ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir. Belirtilen iki gruba da bir günlük “Epi-School” adı verilen 3 oturumdan oluşan ve yaklaşık 5 saat süren bir epilepsi eğitimi verilmiştir. Çalışmanın sonucunda, hasta ve yakınlarının bilgi düzeyi anlamlı oranda artmıştır. Fakat damgalama, benlik saygısı, yaşam kalitesi gibi psikososyal etkilerinde anlamlı bir değişim saptanmamıştır (Kuramochi ve ark., 2023). Kısa süreli eğitimlerde, süregelen bir eğitim olmadığından bilgi düzeyi artmış olsa bile psikososyal olarak sürdürülebilir etkileri görülmemektedir.

Margolis ve arkadaşları, ABD’de “RISE ABOVE™” olarak tanımladıkları web tabanlı çevrimiçi bir uygulama aracılığı ile verilen eğitimin epilepsi hastalarında damgalama düzeyi, öz yeterlik, algılanan stress, algılanan reddedilme, yalnızlık, sosyal roller ve aktivitelerden memnuniyet düzeylerine etkisinin incelenmesi ile birlikte, bu programın

uygulanabilirliğini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Yaklaşık 3,5 hafta süren bu web tabanlı eğitimin sonucunda uygulamanın kabul edilebilir olduğu, hastalarda bütün parametrelerde anlamlı bir iyileşme olduğu saptanmıştır. Fakat 6.ayda yapılan takip sonucunda, iyileşmenin sürmesi ile beraber belirtilen parametrelerin düzeylerinde düşüş saptanmıştır (Margolis ve ark., 2025). Eğitimin etkinliğinin sürdürülebilir olmadığı gözlenmiştir.

İlgezdi Kaya ve arkadaşlarının epilepsi hastalarına verilen eğitimin bilgi düzeyi, öz yönetim ve stigma üzerindeki etkisini inceledikleri bir çalışmada, 2 eğitmen tarafından farklı günlerde 1,5 saatlik yüz yüze epilepsi eğitimi verilmiştir ve ardından bir soru-cevap oturumu yapılmıştır. Eğitim sonrası hastaların bilgi düzeylerinde ve öz yönetim düzeylerinde olumlu bir artış saptanmıştır fakat stigma düzeylerinde anlamlı bir değişim saptanmamıştır (İlgezdi Kaya ve ark., 2025).

5.3. Epilepsi Hastalarında Podcast ile Eğitimin Öz Yönetim Düzeyine Etkisi’ne Yönelik Bulguların İncelenmesi

Epilepsi öz yönetim ölçeğinin alt boyutları ise ilaç yönetimi, bilgi yönetimi, güvenlik yönetimi, nöbet yönetimi, yaşam tarzı yönetimi olarak 5’e ayrılır (Yeni ve ark., 2020). Bu çalışmada, podcast ile eğitim sonrası epilepsi öz yönetim düzeylerine ilişkin bulgular incelendiğinde, ilaç yönetimi, yaşam tarzı yönetimi, bilgi yönetimi ve nöbet yönetimi alt boyutlarında 1. ayda ve 3. ayda müdahale grubunda anlamlı artış gözlenmiştir. Güvenlik yönetimi boyutunda ise yalnızca ön testte anlamlı fark bulunmuş, takip eden aylarda fark anlamlı düzeyde değildir. Müdahalenin etki büyüklüğü alt boyutlara göre; ilaç yönetimi orta, yaşam tarzı yönetimi büyük, güvenlik yönetimi küçük, bilgi yönetimi orta, nöbet yönetimi orta düzeydedir. Podcast ile verilen eğitimin, katılımcıların epilepsiye ilişkin öz yönetim becerilerini geliştirmede etkili olduğu görülüyor. Özellikle ilaç yönetimi ve nöbet yönetimi gibi doğrudan hastalık kontrolüne etki eden alanlarda ilerleme sağlanması, eğitim materyalinin pratik ve uygulanabilir bilgiler sunduğunu düşündürmektedir. Bilgi yönetimindeki artış, katılımcıların epilepsi ile ilgili doğru bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kendi yaşamlarına uyarlama becerilerinin güçlendiğini göstermektedir. Bu durum, diğer alt boyutlardaki gelişmeyi de destekleyerek bütüncül bir öz yönetim yaklaşımına katkıda bulunmuş olabilir. Yaşam tarzı yönetimindeki artış, katılımcıların uyku düzeni, stres yönetimi, beslenme gibi epilepsi üzerinde etkili olabilecek alışkanlıklarda iyileşme sağladığını göstermektedir. Bu değişimler, nöbet sıklığı ve şiddetini dolaylı olarak

azaltabilecek koruyucu etkiler yaratabilir. Hem 1. ayda hem de 3. ayda anlamlı artışın gözlenmesi, eğitimin etkisinin kısa vadede ortaya çıkıp orta vadede sürdürülebildiğini gösterir. Bu, öğrenilen bilgilerin ve becerilerin günlük yaşamda uygulanmaya devam ettiğini ve unutulmadığını düşündürmektedir. Podcast ile eğitimin doğalında olan yeniden dinleyebilme özelliği sayesinde, 3.ay ve 6. ay takiplerinde hastaların öz yönetim düzeyindeki iyileşme devam etmektedir. Hastalarda öz yönetim düzeyi arttıkça, hastalık ile baş edebilme yetileri artmaktadır. Artan tedaviye uyum yetenekleri sayesinde; hastaların nöbet sıklığında azalma, stigma düzeylerinde azalma ve yaşam kalitesinde artış saptanacağı düşünülmektedir.

Podcast eğitimini tamamlayan hastalardan S.K(37)'nin geri bildirimi: “Bitti mi yani? Çok şey öğrendim hastalığımla ilgili sayenizde. Sıkılmadan dinledim hem de birkaç kez her bölümü. Çok teşekkür ederim Gökçe Hanım ağzınıza sağlık”

U.N. (33)'nin geri bildirimi: “Dinledim ben hepsini ama tekrar dinlerim çok faydalı bilgiler var içinde”

G.D. (22)'nin geri bildirimi: “Teşekkürler diğer iki podcasti de tekrar dinledim. Absans nöbetim olduğunu öğrendim. Şu an güzel gidiyor her biri bilgilendirici. Ayrıca egzersiz ve hobilerin çok etkisi oluyor bunu da güzel eklemişsiniz”

Hastaların bireysel yorumları da eğitimin etkinliğini destekler niteliktedir.

Epilepsi gibi kronik hastalıklarda öz yönetim, hastalığa ve tedaviye uyum sağlayarak hastanın becerilerini arttırması ile iyilik halinin devam etmesini sağlamaktır (Schulman-Green ve ark., 2012). Epilepsi hastalarında sağlanamayan öz yönetim becerileri, nöbet sıklığının artması gibi fiziksel bulguların yanı sıra, yaşam kalitesinin azalması, stigma düzeyinin artması gibi psikososyal etkilere sebep olmaktadır (Yel ve Karadakovan, 2021).

İlgezdi Kaya ve arkadaşlarının epilepsi hastalarına verilen eğitimin bilgi düzeyi, öz yönetim ve stigma üzerindeki etkisini inceledikleri bir çalışmada, 2 eğitmen tarafından farklı günlerde 1,5 saatlik yüz yüze epilepsi eğitimi verilmiştir ve ardından bir soru-cevap oturumu yapılmıştır. Eğitim sonrası hastaların bilgi düzeylerinde ve öz yönetim düzeylerinde olumlu bir artış saptanmıştır fakat stigma düzeylerinde anlamlı bir değişim saptanmamıştır (İlgezdi Kaya ve ark., 2025).

Margolis ve arkadaşları, ABD’de “RISE ABOVE™” olarak tanımladıkları web tabanlı çevrimiçi bir uygulama aracılığı ile verilen eğitimin epilepsi hastalarında damgalama düzeyi, öz yeterlik, algılanan stress, algılanan reddedilme, yalnızlık, sosyal roller ve aktivitelerden memnuniyet düzeylerine etkisinin incelenmesi ile birlikte, bu programın uygulanabilirliğini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Yaklaşık 3,5 hafta süren bu web tabanlı eğitimin sonucunda uygulamanın kabul edilebilir olduğu, hastalarda bütün parametrelerde anlamlı bir iyileşme olduğu saptanmıştır. Fakat 6.ayda yapılan takip sonucunda, iyileşmenin sürmesi ile beraber belirtilen parametrelerin düzeylerinde düşüş saptanmıştır (Margolis ve ark., 2025). Eğitimin etkinliğinin sürdürülebilir olmadığı gözlenmiştir.

Chen ve arkadaşlarının Tayvan’da epilepsi hastaları ile yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada, planlanan eğitim modelinin hastaların öz yönetim düzeyine etkisi değerlendirilmiştir. Müdahale grubuna her ay yüz yüze 1 saatlik eğitim verilmiş ve 2 kez telefonda/internet üzerinden danışma hakkı tanınmıştır. Kontrol grubuna ise sadece 2 kez telefonda/internet üzerinden danışma hakkı tanınmıştır. Müdahale sonrası müdahale grubunda bilgi düzeyi ve tedaviye uyum belirgin düzeyde artarken, öz yeterlik becerileri ve yaşam kalitesi gibi psikososyal parametrelerde anlamlı fark saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise 3. ve 6. ayda elde edilen verilere göre yaşam kalitesi ve bilgi düzeyinde azalma saptanmış, müdahale grubunda belirgin düşüş saptanmamıştır. Eğitim müdahalelerinin daha uzun süre ulaşılabilir olmasıyla, hastaların psikososyal parametrelerinde de artış sağlayabileceği düşünülmektedir (Chen ve ark., 2021). Literatürde genel anlamda eğitim sonrası hastaların ilk izlemlerinde olumlu gelişme gösteren öz yönetim parametreleri, ikinci izlemlerinde düşüş göstermektedir. Bu eğitimlerde ortak nokta, eğitimcilerin belirlediği zamanlarda yüz yüze veya telefonla eğitim verilmesidir.

Ridsdale ve arkadaşlarının Birleşik Krallık’ta yaptığı randomize kontrollü çalışmada, yeterince kontrol edilmeyen epilepsi hastalarına verilecek olan SMİLE adını verdikleri eğitimin hastaların öz yönetim düzeyine etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Epilepsi uzmanı bir hemşire ve EEG teknisyeni tarafından verilen, 2 gün ve yaklaşık 16 saat süren eğitim 8-12 kişilik gruplara ayrılarak verilmiştir ve yaklaşık 200 kişi müdahale grubu olarak randomize edilmiştir. Hastaların öz yönetim, öz yeterlilik, yaşam kalitesi, nöbet sıklığı, depresyon-anksiyete durumu, ilaç uyumu ve damgalama düzeyi eğitim sonrasında 6.ayda ve 12.ayda değerlendirilmiştir. Eğitim, ekonomik

açından maliyet etkin olarak değerlendirilse de diğer parametrelerde anlamlı bir fark yaratmamıştır. Hastalarla yapılan grup görüşmelerinde ise, hastalar aldıkları eğitimin öz güvenlerini ve yeterliliklerini arttırdığını ifade etmişlerdir (Ridsdale ve ark., 2018).



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada epilepsi hastalarında podcast ile eğitimin 1. ve 3. ay değerlendirme sonucuna göre, hastalarda ilaç algısı düzeyini arttırdığı, stigma düzeyini azalttığı, öz yönetim düzeyini arttırdığı saptanmıştır. Çalışmada 1.ay sonunda saptanan olumlu gelişmelerin, eğitimden sonraki 3. ayda da yükselerek devam etmesi sebebiyle eğitimin uzun vadede etkin olduğu düşünülmektedir.

Öneriler;

- Epilepsi hastalarında ilaç algısını artıran, stigmatı azaltan ve öz yönetimi güçlendiren podcast tabanlı eğitim programları, sağlık kuruluşlarında standart hasta eğitimi protokollerine entegre edilmelidir. Böylece daha geniş bir hasta kitlesine düşük maliyetle ve erişilebilir şekilde eğitim sağlanabilir.
- Podcast içerikleri, periyodik aralıklarla güncellenerek hastalara yeniden sunulmalı ve gerektiğinde yüz yüze veya çevrim içi destek oturumları ile pekiştirilmelidir.
- Eğitim içerikleri hastanın yaşı, eğitim düzeyi, nöbet tipi ve sosyal çevresi gibi faktörlere göre kişiselleştirilmeli ve özellikle stigma ile başa çıkma, ilaç kullanım motivasyonu ve kriz anı yönetimi gibi konular ön plana çıkarılmalıdır.
- Elde edilen sonuçların daha geniş örneklemelerle doğrulanması için çok merkezli çalışmalar yapılmalı; elde edilen kanıtlar, sağlık politikalarında hasta eğitimi ve stigma ile mücadele stratejilerine entegre edilmelidir.
- Epilepsi hastalığının yanı sıra diğer kronik hastalıklar ile ilgili podcast kayıtlarının yapılması ve dijital ortamda her hastanın ulaşabileceği şekilde yayınlanması, hastaların hastalığı ile ilgili bilgisinin artmasına ve hastalıkla başa çıkma sürecinde olumlu gelişmeler kaydetmesine yol açacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akdağ, G., Algın, İ.D., Erdinç, O.O. (2016). Epilepsi. Osmangazi Tıp Dergisi 38(Özel Sayı 1):35-41
- Akdemir N, Birol L. (2020) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Güncellenmiş 5. Baskı). Ankara: Akademisyen Kitapevi.
- Alhewiti, A. (2014) Adherence to Long-Term Therapies and Beliefs About Medications. International Journal of Family Medicine. Volume 2014.
- Alrasheedi, M., Capretz, L.F. (2015) Determination of Critical Success Factors Affecting Mobile Learning: A Meta-Analysis Approach. TOJET.14(2):41-51
- Altunan, B., Ünal, A. (2022). Epilepsili Bireylerde Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Sosyal Destek: Depresyon Düzeyi ile İlişkisi. Cukurova Medical Journal, 47(3), 1315-1326.
- Aydemir, N., Kaya, B., Yıldız, G.(2018) Development of the perceived stigma scale and the concealment of epilepsy scale for the Turkish population. Epilepsy and Behavior. 80:1–4.
- Aydemir, N., Kaya, B., Yıldız, G., Oztura, I., Baklan, B. (2016) Determinants of Felt Stigma in Epilepsy. Epilepsy Behav. 58:76-80.
- Babaei K., Khatiban M., Khazaei M. Tapak L., & Shamsaei F. (2023) Self-Management and its predictors in adult patients with epilepsy: A Cross-Sectional study. Ethiop J Health Sci. 33(3):507–14.
- Balal, M., Demir, T., Aslan, K., Bozdemir, H. (2017) The determination of epilepsy prevalence in Adana City Center and relationship with sociodemographical factors. Turkish J Family Med Primary Care, 11:20–8.
- Bautista, R.E.D. (2017) Understanding the self-management skills of persons with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 69:7-11.
- Bayındır, S. K., Biçer, S. (2019). Holistik hemşirelik bakımı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1), 25-29.
- Beghi, E. (2019). Social functions and socioeconomic vulnerability in epilepsy. Epilepsy & Behavior, 100, 106363.

Birsen, Ö. (2021). Yeni sesli kültür: podcast. Töz Yayınları.

Calculators, Statistics, Random Number Generator (Erişim Tarihi: 19.06.2023)
<https://www.calculatorsoup.com/calculators/statistics/random-number-generator.php>

Caoilte, N. Ó., Lambert, S., Murphy, R., & Murphy, G. (2023). Podcasts as a tool for enhancing mental health literacy: An investigation of mental health-related podcasts. *Mental Health & Prevention*, 30, 200285.

Chandrasekhar, D., Mohanlal, S. P., Mathew, A. C., & Hashik, P. M. (2020). Impact of clinical pharmacist managed patient counselling on the knowledge and adherence to antiepileptic drug therapy. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(4), 1242–1247.

Charnock D., Shepperd S., Needham G., Gann R. (1999) DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *J Epidemiol Community Health*; 53:105- 111.

Chen, H.-F., Tsai, Y.-F., Fan, J.-Y., Chen, M.-C., Hsi, M.-S., & Hua, M.-S. (2021). Evaluation of a self-management intervention for adults with epilepsy in Taiwan: A longitudinal randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, 117, 107845.

Cho D., Cosimini M., Espinoza J. (2017) Podcasting in medical education: a review of the literature. *Korean J Med Educ*. 29(4):229.

Cinar, M., Cinar, F.I., Acikel, C., Yilmaz, S., Çakar, M., Horne, R. & Simsek, I. (2016) Reliability and validity of the Turkish translation of the beliefs about medicines questionnaire (BMQ-T) in patients with Behçet's disease. *Clin Exp Rheumatol*.34 Suppl 102(6):46-51

Cohen, J. (1988) Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Routledge.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Coskun, S., & Bagecivan, G. (2021). Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: Relationship with health literacy. *Applied Nursing Research*, 57, 151368.

- Côté, J., Beaudet, L., Auger, P., Rouleau, G., Chicoine, G., Léger, V. & Nguyen, D. K. (2021). Evaluation of a web-based virtual nursing intervention to support self-management among adults with epilepsy: a mixed-methods study. *Epilepsy & Behavior*, 114, 107581.
- Demirel, U., Okçın, F. (2020) Epilepsi ve Stigma. *HEAD* 17(4):378-82
- Demirkol, Ö., Tamam, L. (2016). Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu, *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 85-96.
- Dilorio, C, Shafer, P.O., Letz, R., Henry, T.R., Schomer, D.L. & Yeager, K. (2004) Project EASE study group. Project EASE: A Study to Test a Psychosocial Model of Epilepsy Medication Management. *Epilepsy Behav* 5(6):926–36.
- Dilorio, C., Bamps, Y., Edwards, A. L., Escoffery, C., & Thompson, N. J. (2011). A randomized controlled trial of an epilepsy self-management Web site. *Epilepsia*, 52(2), 189–198.
- Dilorio, C., Escoffery, C., McCarty, F., McDonnell, H., Yeager, K., & Henry, T. (2003). Evaluation of WebEase: An epilepsy self-management web site. *Health Education Research*, 18(2), 195–206.
- Dilorio, C., Faherty, B., Manteuffel, B. (1994) Epilepsy self-management: partial replication and extension. *Res Nurs Health* 17(3):167–74.
- Drangsholt, S.H., Cappelen, U.W., Von Der Lippe, N., Høiegggen, A., Os, I. & Brekke F.B. (2019) Beliefs About Medicines in Dialysis Patients and After Renal Transplantation. *Hemodialysis International* 23:117–125.
- Duran S., Öz, Y. C. (2024) Self-management, spousal support, and related factors among individuals diagnosed with epilepsy. *Archives Epilepsy*, 30(3):78–83.
- Fisher, R. S., Cross, J. H., D'souza, C., French, J. A., Haut, S. R., Higurashi, N., & Zuberi, S. M. (2017). Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*, 58(4), 531-542.
- Fontana, N., Savaré, L., Rea, F., Di Angelantonio, E., & Ieva, F. (2023). Long-term adherence to polytherapy in heart failure patients: a novel approach emphasising the importance of secondary prevention. *arXiv preprint arXiv:2305.09455*.

- Foot, H., La Caze, A., Gujral, G., Cottrell, N. (2016). The necessity–concerns framework predicts adherence to medication in multiple illness conditions: A meta-analysis. *Patient education and counseling*, 99(5), 706-717.
- Gökdoğan, F., Kır, E., Özcan, A., Cerit, B., Yıldırım, Y., Akbal, S. (2003). Eğitim kitapçıkları güvenilir mi?, 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya
- Gülay, B., Kendirli, M. T., Demir S., Sonkaya, A. R., Özdağ M. F. (2018). Epilepsi Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 24(1).
- Gülseçen, S., Gürsul, F., Bayrakdar, B., Çilengir, S., & Canım, S. (2010). Yeni nesil mobil öğrenme aracı: Podcast. XII. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, Muğla Üniversitesi, 10, 12.
- Güven, Ş. T., Dalgiç, A. İ., Duman, Ö. (2020). Evaluation of the efficiency of the web-based epilepsy education program (WEEP) for youth with epilepsy and parents: A randomized controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, 111, 107142.
- Health topics: Epilepsy, World Health Organization (Erişim Tarihi: 07.06.2023) https://www.who.int/health-topics/epilepsy#tab=tab_1
- Horne, R., Weinman, J., Hankins, M. (1999) İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi: ilaçların bilişsel temsiliyi değerlendirmek için yeni bir yöntemin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi. *Psychol Health* 1999;14:1-24.
- <http://www.itfnoroloji.org/epilepsi/Epilepsi.htm> (Erişim Tarihi: 20.06.2024)
- <https://noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/epilepsi-tani-ve-tedavi-rehberi.pdf> (Erişim Tarihi: 20.06.2024)
- Hu, C., Zhao, Y., & Xiao, Z. (2024). Effects of stigma on the quality of life in patients with epilepsy. *Acta Epileptologica*, 6(1), 10.
- Huberty, J., Eckert, R., Puzia, M., Laird, B., Larkey, L., & Mesa, R. (2020). A novel educational control group mobile app for meditation interventions: single-group feasibility trial. *JMIR Formative Research*, 4(7), e19364.

International Council of Nurses (Erişim Tarihi: 22.06.2023)
<https://www.icn.ch/news/our-nurses-our-future-international-nurses-day-2023-theme-announced>

İçağasıoğlu, D. F. (2022). Epilepsinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri. Temel Pediatrik Nöroloji: Tanı ve Tedavi-3. Cilt, 2091.

İlgezdi Kaya, İ., Çavuşoğlu, A., Elmalı, A. D., & Bebek, N. (2025). The impact of epilepsy education on knowledge, self-management, and stigma in individuals with epilepsy. *Journal of Neuroscience Nursing*, 57(3), 130–136.

Jarad, S., Akour, A., Khreisat, W. H., Elshammari, A. K., & Madae'en, S. (2022). The role of clinical pharmacists in medication adherence among pediatric patients with epilepsy. *Journal of Pharmacy Technology*, 38(5), 272–282

Johnson, J., Ross, L., Iwanenko, W., Schiffert, J. & Sen, A. (2012). Are podcasts effective at educating African American men about diabetes? *American journal of men's health*, 6(5), 365-367.

Jopowicz, A., Piechal, A., Bronisz, E., & Kurkowska-Jastrzębska, I. (2024). Adherence to Epilepsy's Medical Recommendations. *Brain Sciences*, 14(3), 255.

Kaynar, A. (2021). Podcast Dinleme Alışkanlıkları Üzerine Bir İnceleme. *Yeni medya*, (10), 43-62.

Keçeci, A., & Demiray, A. (2017). Hemşirelik Eğitiminde Dönüşüm: Kanıta Dayalı Eğitim. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3), 65-73.

Kelly, J. M., Perseghin, A., Dow, A. W., Trivedi, S. P., Rodman, A., & Berk, J. (2022). Learning through listening: a scoping review of podcast use in medical education. *Academic Medicine*, 97(7), 1079-1085.

Ko, L. K., Turner-McGrievy, G. M., & Campbell, M. K. (2014). Information processing versus social cognitive mediators of weight loss in a podcast-delivered health intervention. *Health Education & Behavior*, 41(2), 197-206.

Kuramochi, I., Oga, K., Iwayama, T., Miyawaki, Y., Ishihara, T., Kobayashi, S., & Yoshimasu, H. (2023). One-day psychosocial education program for people with epilepsy: A continuation study of the “Epi-school”. *Heliyon*, 9(8)

- Le, M. A. T., Le, N. Q., & Tran, T. C. (2024). Self-management practice of people with epilepsy in Viet Nam and associated factors. *Epilepsy & Behavior*, 159, 109979.
- Margolis, S. A., Prieto, S., Goldstein, A., Kaden, S., Castillo, E., Sadhu, S., Solanki, D., Larracey, E. T., Tremont, G., Mankodiya, K., & Kiriakopoulos, E. T. (2025). Feasibility and acceptability of an online epilepsy stigma self-management program. *Epilepsy & Behavior*, 165, 110331.
- Marshall, V.K., Given, B.A. (2018). Factors Associated With Medication Beliefs in Patients With Cancer: An Integrative Review *Oncology Nursing Forum*,45(4):508–526.
- Mitchell G., Scott J., Carter G., Wilson C.B. (2021). Evaluation of a delirium awareness podcast for undergraduate nursing students in Northern Ireland: a pre-/post-test study. *BMC Nurs*.20:1–11.
- Mollaoğlu, M. (2016). Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği, Adana: Çukurova Nobet Tıp Kitapevi. (s. 108-121),
- Nathan, S. B. (2018). Can Podcast Listening Influence Attitudes About Mental Illness?: An Exploratory Study (Doctoral dissertation, Antioch University).
- Nightingale, F. (1992). Notes on nursing: What it is, and what it is not. Lippincott Williams & Wilkins.
- Orgun, F., Paylan, C. (2020). Hasta Eğitim Materyallerinin Değerlendirilmesi: Okunabilirlik Formülleri ve Materyal Değerlendirme Araçları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(3).
- Öztürk, Y. E., Yeşildal, M., Arık, Ö., & Fidan, Y. (2021). Kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenilirliği. *Journal of Academic Value Studies*, 7(3), 375-381.
- Pack, A. M. (2019). Epilepsy Overview and Revised Classification of Seizures and Epilepsies. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 25(2), 306–321.
- Pandey D.K, Levy J., Serafini A., Habibi M., Song W., & Shafer P.O. (2019) Self-management skills and behaviors, self-efficacy, and quality of life in people with epilepsy from underserved populations. *Epilepsy Behav.* 98:258–65.

- Ridsdale, L., McKinlay, A., Wojewodka, G., Robinson, E. J., Mosweu, I., Feehan, S. J., Noble, A. J., Morgan, M., Taylor, S. J. C., McCrone, P., Landau, S., Richardson, M., Baker, G., & Goldstein, L. H. (2018). Self-Management education for adults with poorly controlled epilepsy [SMILE (UK)]: A randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 22(21), 1–142.
- Sajatovic, M., Herrmann, L. K., Van Doren, J. R., Tatsuoka, C., Welter, E., Perzynski, A. T., Bukach, A., Needham, K., Liu, H., & Berg, A. T. (2017). A randomized prospective pilot trial of web-delivered epilepsy stigma reduction communications in young adults. *Epilepsia*, 58(11), 1946–1954.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., Mc-Corkle, R. (2012) Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh* 44(2):136–44.
- Smithson, W. H., Hukins, D., Buelow, J. M., Allgar, V., & Dickson, J. (2013). Adherence to medicines and self-management of epilepsy: A community-based study. *Epilepsy & Behavior*, 26(1), 109-113
- Şener, N & Akbulut, G. (2021). Dirençli Epilepside Erişkin Uygulamaları ile Birlikte Ketojenik Tıbbi Beslenme Tedavisine Güncel Yaklaşım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2); 431-441
- Şenyuva, E. (2021). Sağlık Eğitiminde Bilişim Teknolojilerinin Kullanımı: Güçlü ve Zayıf Yönler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(4).
- Tang, F., Zhou, Y., Wang, Q., & Wang, G. (2024). Treatment adherence: A concept analysis using the Walker & Avant method. *Journal of Clinical Nursing*, 1-15.
- Thoma, B., Goerzen, S., Horeczko, T., Roland, D., Tagg, A., Chan, TM., Bruijns S. & Riddell J.(2019). An international, interprofessional investigation of the self-reported podcast listening habits of emergency clinicians: A METRIQ Study. *CJEM*, Jan; 22(1):112-117.
- Tian, N., Boring, M., Kobau, R., Zack M., Croft J. (2018) Active Epilepsy and Seizure Control in Adults - United States, 2013 and 2015. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*.67:437-42.

- Tinsae, T., Shumet, S., Takelle, G. M., Rtbey, G., Fentahun, S., & Getinet, W. (2024). Perceived and self-stigma in people with epilepsy in East Africa: Systematic review and meta-analysis. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 117, 261-270.
- Walker, E. R., Engelhard, G., Barmon, C., McGee, R. E., Sterk, C. E., DiIorio, C., Thompson, N. J. (2014). A mixed methods analysis of support for self-management behaviors: perspectives of people with epilepsy and their support providers. *Epilepsy & behavior*, 31, 152-159.
- Yehenew, N., Getnet, M., Tesfaye, T., Masrie, A., Mekonnen, E., Tamiru, D., & Merga, H. (2025). Non-adherence to epileptic medications among adult patients in south west Shewa zone hospitals of central Ethiopia. *Scientific Reports*, 15(1), 1-9.
- Yel, P., Karadakovan, A. (2021) Epilepsi Hastalarında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(3), 223-238.
- Yeni, K. (2023). Stigma and psychosocial problems in patients with epilepsy. *Exploration of Neuroscience*, 2(6), 251-263.
- Yeni, K., Tülek, Z., Bebek, N. (2016) Factors associated with perceived stigma among patients with epilepsy in Turkey. *Epilepsy Behav.*60:142- 8.
- Yeni, K., Tülek, Z., Bebek, N. (2020). Epilepsi Öz yönetim Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 26(1).
- Yıldırım, Z., Ertem, D. H., Dirican, A. C., & Baybaş, S. (2018). Stigma accounts for depression in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 78, 1–6.
- Yılmaz, F., Yavuz, Ç. M. (2018) Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde İlaç İnancının ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences* 3(2):113-121.
- Zheng, Y., Ding, X., Guo, Y., Chen, Q., Wang, W., Zheng, Y., Wang, S., Ding, Y., & Ding, M. (2019). Multidisciplinary management improves anxiety, depression, medication adherence, and quality of life among patients with epilepsy in eastern China: A prospective study. *Epilepsy & Behavior*, 100, 106400.

EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, epilepsi hastalarında podcast ile eğitimin ilaç algısına, stigma düzeyine ve epilepsi öz yönetimine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirleri alacak, gerekli her türlü yükümlülüğü özenle yerine getireceğiz. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz. Araştırmanın doğru sonuçlara ulaşması açısından cevaplarınızın gerçeği yansıtması önemlidir. Size en uygun yanıtı işaretleyebilirsiniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

3) Medeni durumunuz: 1. Evli 2. Bekar

4) Çocuğunuz var mı? 1. Evet (Sayısı) 2. Hayır

5) Eğitim durumunuz: 1. Okur-yazar 2. İlköğrenim 3. Lise 4. Lisans ve üzeri

6) Çalışma durumu: 1. Evet 2. Hayır

7) Yaşanılan yer: 1. İl 2. İlçe 3. Köy

8) Ekonomik durumunu: 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere eşit 3. Gelir giderden fazla

9) Epilepsi dışında kronik bir hastalık durumu: 1. Evet (belirtiniz.....)

2. Hayır

10) Epilepsi tanı süreniz:

11) Son bir yıldaki nöbet sıklığınız: 1.Nöbet geçirmemiş 2.Ayda bir nöbetten az
3.Ayda bir nöbetten fazla

12) Kullandığınız antiepileptik ilaç sayısı:

13) Geçirdiğiniz nöbet tipi:

1.Absans

2.Tonik-Klonik Nöbet

3.Fokal Nöbet

4.Fokal Başlangıçlı Sekonder Jeneralize Nöbet

5.Tipini Bilmiyorum

14) Son nöbetinizi geçirme zamanınız:

Ek 2. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi

Bu ankette sizin için reçete edilen ilaçlarınız hakkındaki ve genel olarak ilaçlar hakkındaki kişisel görüşlerinizi sormak istiyoruz.

Lütfen, fikrinizi en iyi yansıtan ifadenin yanına **X** işareti koyarak her bir cümleyi ne kadar kabul ettiğinizi belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Şu anki sağlığım ilaçlarıma bağlıdır					
2. İlaç almak zorunda olduğum için endişeleniyorum					
3. İlaçlarım olmasa hayatım yaşanmaz olurdu					
4. İlaçlarım olmasa çok hasta olurdum					
5. Bazen ilaçlarımın uzun vadeli etkileri nedeniyle endişeleniyorum					
6. İlaçlarım benim için bir sır gibi					
7. Gelecekteki sağlığım ilaçlara bağlı olacak					
8. İlaçlarım hayat düzenimi bozuyor					
9. Bazen ilaçlara çok bağımlı olmaktan endişe ediyorum					
10.İlaçlarım beni daha kötü olmaktan korur					
11.Doktorlar çok fazla ilaç reçete ediyorlar					
12.İlaç kullanan insanlar bazen tedavilerine ara vermelidir					
13.İlaçların çoğu bağımlılık yapar					

14.Doğal çareler, ilaçlardan daha güvenlidir					
15.İlaçların yarardan çok zararı var					
16.Tüm ilaçlar zehirdir					
17.Doktorlar ilaçlara çok fazla güvenmektedir					
18.Eğer doktorlar hastalarla daha fazla zaman geçirse, daha az ilaç reçete ederler					



Ek 3.Hissedilen Stigma Ölçeği

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.Epilepsimden dolayı dışlanmaktan korkarım.					
2.Nöbet geçirdikten sonra, buna şahit olan insanlardan uzaklaşmak isterim.					
3.Epilepsi nöbeti geçirdikten sonra utanç duyarım.					
4.Epilepsim yüzünden kendimi diğer insanlardan daha az değerli hissediyorum.					
5.Epilepsi utanılacak bir hastalık değildir.					
6.Epilepsinin bir talihsizlik olduğunu düşünüyorum.					
7.Epilepsim olduğunu bilen insanların bana acıdığını hissedirim.					
8.Epilepsimden dolayı, kendimi diğer insanlardan eksik hissedirim.					
9.Epilepsinin utanılacak bir hastalık olduğunu düşünüyorum.					
10. Diğer insanların epilepsimden dolayı beni daha değersiz gördüğünü düşünüyorum					

Ek 4. Epilepsi öz yönetim ölçeği

Yönerge: Aşağıdaki cümleler kişilerin epilepsilerini yönetmek için neler yaptıklarını ifade etmektedir.

Lütfen her bir cümle için ne sıklıkta yaptığınızı belirten ifadeyi işaretleyiniz. Lütfen soruları cevaplarken **son bir yıldaki** aktivitelerinizi göz önünde bulundurunuz.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Geçirdiğim nöbetleri kayıt ederim.					
2	Bunaldığımda beni rahatlatacak bir şeyler yaparım.					
3	İlaçlarımla ilgili yan etki geliştiğini düşündüğümde doktorumu ararım/giderim.					
4	Elimdeki ilaç azaldığında bitmemesi için iki ilaç arasındaki süreyi uzatırım.					
5	Nöbet sırasında yaşadıklarımı kayıt ederim.					
6	Gece geç saatlere kadar dışarıda kalırım.					
7	İlaçlarımın yan etkilerini takip ederim.					
8	İlaçlarım azaldığında, yetmesi için her seferinde ilaçlarımı azaltarak kullanırım.					

9	İlaçları doktorumun önerdiği şekilde kullanırım.					
10	Nöbetimi tetikleyecek durumlardan uzak dururum.					
11	Evden uzaklaştığımda nöbet ilaçlarımı yanıma alırım.					
12	Her zamankinden daha sık nöbet geçirirsem doktorumu ararım/giderim.					
13	Yeterince uyumaya özen gösteririm.					
14	Bunaldığımda hoşlandığım şeyleri yaparım.					
15	İlaçlarımı almayı hatırlatan yöntemler (alarm, birinin hatırlatması) kullanırım.					
16	İlaçlarımı her gün saatinde alırım.					
17	Yüzme vb etkinliklere tek başıma gidebilirim.					
18	Nöbet geçirmemek için kendimi rahatlatacak bir şeyler yaparım.					
19	Doktorun istediği kan tahlillerini yaptırırım.					

20	Yanımda epilepsi hastası olduğumu gösteren bileklik/kart taşırım.					
21	Çok pahalı olduğundan ilaçları yazdırmayı ertelemek zorunda kalırım.					
22	Düzenli egzersiz yaparım.					
23	Otomatik kapanma özelliği olmayan elektrikli aletleri (matkap, saç maşası, ütü vb.) kullanırım.					
24	Doktor/hastane randevularımı kaçıtırım.					
25	İlaçlara bağlı yan etki olursa, doktoruma sormadan doz atlarım.					
26	Küvet banyosu yerine duş şeklinde banyo yaparım.					

Ek 5. DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) Ölçeği

Bölüm 1

Bu Kitapçık Güvenilir mi?

İpucu: bu kitapçığın başlangıcında net bir açıklama olup olmadığına bakın.

- ❖ Ne hakkında
- ❖ Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)
- ❖ Kimler için yararlı olur?

1. Soruya “hayır” yanıtı verilmişse, 3. Soruya geçiniz.

Bu amaçlara ulaşılabilir mi?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu: bu kitapçıkta;

- Ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşılamayacağını düşünün.

Konu ile ilgili mi?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu: bu kitapçıkta;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı
- Tedavi seçenekleri ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı

Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu: bu kitapçıkta;

- Tedavi seçenekleri hakkındaki ifadelerin bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

Derecelendirme notu: kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu :

- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- Kitapçığın baskı tarihine bakın
- Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı)

Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu

- Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- Kitapçığın başka bir tanılamasının olması
- Dikkatli olunmalı eğer:
- Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- Kitapçık tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu :

- Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu :

- Tedavi seçenekleri ile ilgili uzman görüşündeki farklılıkları ya da bilgi eksiklikleri yönünden tartışmaları gözden geçirin.
- Kitapçıkta sunulan tedavi seçeneklerinin herkesi aynı şekilde, özel bir tedavinin başarı oranının %100 gibi, etkileyip etkilemediği konusunda dikkatli olun.

Bölüm 2

Tedavi Seçenekleri Konusunda Bilgi Kalitesi Nasıldır?

Bu kitapçıkta tanımlanan tedavi/ tedavilere soruları uygulayın. Kendine bakım, bu bölümde

Tedavinin bir şekli olarak düşünülmektedir.

Her bir tedavinin nasıl uygulandığını tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu :

- Tedavi seçenekleri ile ilgili uzman görüşündeki farklılıkları ya da bilgi eksiklikleri yönünden tartışmaları gözden geçirin.

Her bir tedavinin yararlarını tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu :

- Semptomların giderilmesi ya da kontrol edilmesi, durumun tekrarının önlenmesi ve kısa ve uzun süreli durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

Her bir tedavinin risklerini tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu :

- Tedavinin yan etkileri, komplikasyonları ve kısa ve uzun süreli

Tedavi uygulanmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu :

- Tedavinin ertelenmesi, dikkatle takip etme (tedavi uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen tedaviden vazgeçmenin riskleri ve yararlarının neler olduğuna bakın.

Tedavi seçeneklerinin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu :

- Tedavi seçeneklerinin günlük aktiviteler üzerindeki etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Tedavi seçeneklerinin aile, arkadaş ve bakım verenlerle ilişkisine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın

Birden fazla tedavi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu :

- Her bir tedaviden en fazla yararlanacak kişiler ve durumların tanımlanıp tanımlanmadığı
- Özel bir tedaviyi seçmeden ya da reddetmeden önce daha fazla araştırma yada düşünmek için alternatifleri ileriye sürüp sürmediğine bakın.

Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

İpucu :

- Tedavi seçenekleri hakkında ailesi, arkadaşları, doktorlar ya da diğer sağlık elemanları ile tartışmaların yer alıp almadığına bakın.

Bölüm 3

Kitapçığın genel değerlendirmesi				
Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak tedavi seçenekleri konusunda bir kaynak olarak bu kitapçığın kalitesini genel anlamda değerlendirin.				
Düşük		Orta		Yüksek
(Ciddi/aşırı eksiklik var)		(Eksiklikler Önemli ancak ciddi değil)		(Çok az eksiklik var)
1	2	3	4	5

Ek 6. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER tarafından yürütülen “**Epilepsi Hastalarında Podcast İle Eğitimin İlaç Algısına, Stigma Düzeyine ve Epilepsi Öz Yönetimine Etkisi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma, epilepsi hastalarında podcast ile eğitimin ilaç algısına, stigma düzeyine ve epilepsi öz yönetimine etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmada sizden tahminen 25-30 dk ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-

Soyadı:.....

.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-

Soyadı:.....

.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Ek 7. Etik Kurul Onayı



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.01.04-2300003748
Konu : 13-Gökçe Çiçek Yavaş Karar Tebliği

05.09.2023

Sayın Gökçe Çiçek YAVAŞ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Öğrencisi

"Epilepsi Hastalarında Podcast ile Eğitimin İlaç Algısına, Stigma Düzeyine ve Epilepsi Öz Yönetimine Etkisi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 28.07.2023 tarihli ve 2023/07 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: 13-Gökçe Çiçek Yavaş EOB

Ek 8. Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01-233247177
Konu : Araştırma İzni Hk. (Gökçe Çiçek Yavaş)

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 21.11.2023 tarihli ve E-34555043-050.01.04-2300013386 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı doktora programı 6210321006 numaralı öğrencisi Gökçe Çiçek YAVAŞ'ın "Epilepsi Hastalarında Podcast ile Eğitimin İlaç Algısına, Stigma Düzeyine ve Epilepsi Öz Yönetimine Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında Müdürlüğümüze bağlı Hastaneden veri toplama talebine dair ilgi yazınız ve ekindeki evraklar Birimimize ulaşmıştır.

Bahse konu çalışma değerlendirilmiş olup tarafımıza sunulan uygun görüşlere istinaden Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun 19.12.2023 tarih ve 2023/20 sayılı kararınca onaylanmıştır.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde tamamlanarak (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafımızca sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
İl Sağlık Müdürü

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Gökçe Çiçek YAVAŞ

Yabancı Dil- İngilizce

A. EĞİTİM

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2009-2013
Y. Lisans	Hemşirelik	İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı	2018-2020

B. Mesleki Deneyim

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Aile Sağlığı Hemşiresi	Ali Kuşçu Aile Sağlığı Merkezi	2020/Ağustos-
2. 3. Düzey Covid19 İzolasyon Yoğun Bakım Ünitesi Hemşiresi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2020/Nisan-2020/Temmuz
3. Nöroloji Servisi-Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Hemşiresi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2019-2020
4. Nöroloji Servisi-Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi Hemşiresi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014-2019
5. 3.Düzey Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi Hemşiresi	Acıbadem Bakırköy Hastanesi	2013/Haziran-2014/Ocak
6. Pediatri-Onkoloji Servis Hemşiresi	Acıbadem Bakırköy Hastanesi (Parttime Hemşirelik Öğrenciliği Dönemi)	2011-2013

C. Yayınlar

Yavaş, G.Ç., Özer, Z. (2025) Epilepsi Hastalarında Öz Yönetim. İZÜ 1.Uluslararası 2.Ulusal Sağlık Bilimleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

Yavaş, G.Ç. (2025) Kronik Hastalıkların Yönetiminde Dijital Sağlık Teknolojilerinin Rolü. İZÜ II. Lisansüstü Öğrenci Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum).

Yavaş, G.Ç., Çamdeviren, E.K. (2021) Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin Algıladığı Sosyal Desteğin Bakım Yüküne Etkisi. İstanbul Kent Üniversitesi 3.Uluslararası Evde Bakım Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

