



T.C.
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ANTRENÖR
BEDEN EĞİTİMİ VE SINIF ÖĞRETMENLERİNİN
EPİLEPSİ BİLGİ DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Hazırlayan
Hasan Hüseyin EVCİ

Beden Eğitimi ve Spor Eğitimi Ana Bilim Dalı
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi

KARAMAN – 2020



T.C.
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Antrenör
Beden Eğitimi ve Sınıf Öğretmenlerinin
Epilepsi Bilgi Düzeyinin İncelenmesi

Hazırlayan
Hasan Hüseyin EVCI

Beden Eğitimi ve Spor Eğitimi Ana Bilim Dalı
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Doç. Dr. Recep SOSLU

KARAMAN – 2020

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezi olarak suduğum bu çalışmada, tez konumun belirlenmesinde ve tez yazımının her aşamasında yardımını esirgemeyen, bazen abi gibi bazende bir arkadaş gibi davranarak bilgi, deneyim ve görüşleriyle her zaman destekçim olan kıymetli danışmanım Doç.Dr. Recep SOSLU' ya teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışmanın verilerinin ortaya çıkmasında tezime yardımcı olan Beden Eğitimi Öğretmenlerine, Sınıf Öğretmenlerine ve Antrenörlere teşekkür ederim.

Zor çalışma dönemimde bana her zaman destek olan, varlıklarını her zaman yanımda hissettiğim, benden sevgilerini ve yardımlarını esirgemeyen eşime, çocuklarıma ve üzerimde her zaman maddi manevi desteklerini esirgemeyen anne ve babama sevgi, saygı ve şükranlarımı sunarım.

ÖZET

Bu çalışma beden eğitimi öğretmenleri, antrenörler ve sınıf öğretmenlerinin epilepsi bilgi düzeylerini tespit etmek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya 137 erkek ve 87 kadın olmak üzere 224 katılımcı ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılanların 84'ü Beden Eğitimi Öğretmeni, 78'i Sınıf Öğretmeni ve 62'si ise Antrenördür. Araştırmada kullanılan bilgi ölçeği, 10 sorudan oluşan “Epilepsi Bilgi Düzeyi Ölçeği” uygulanarak veriler elde edilmiştir. Elde edilen veriler yüzde, frekans değerleri kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlarda öğretmen ve antrenörlerin epilepsi hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığı ve ilk yardım uygulanmasının doğru uygulamaların yapılmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buradan yola çıkarak epilepsi hakkında yeterli bilgi ve ilk yardım konusunda antrenör, sınıf öğretmenleri ve beden eğitimi öğretmenlerinin eğitim programlarının içeriğinin yeniden düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Epilepsi, ilk yardım, fiziksel aktivite.

ABSTRACT**Coach Of Physical Education and Classroom Teachers****Examination of Epilepsy Knowledge Level**

In this study, we aimed to determine that how the level of knowledge about epilepsy of the class teachers, coaches and physical education teachers. 137 men and 87 women, in total 224 people, were get involved to this study. 84 of the participants are physical education teachers, 78 of the participants are class teachers and 62 of the participants are coaches. In this study, we asked 10 questions to each participants that the questions derived from the study "Epilepsy Knowledge Level Scale". The responses were evaluated and analysed using the percentage of frequency values. The results shows us that the participants have no knowledge about epilepsy, but also applying the first aid partly correct way. In the light of this study, we suggest that redesign the content of education program of epilepsy and the first aid which included the education of the teachers and the coaches.

Keyword: Epilepsy, first aid, physical activity.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
ÖZET	II
ABSTRACT.....	III
İÇİNDEKİLER	IV
TABLolar.....	VIII
ŞEKİLLER.....	IX
GİRİŞ	1
I-BÖLÜM	7
GENEL BİLGİLER.....	7
1.1. EPİLEPSİ	7
1.2. Epilepsi Tarihi	9
1.3. Epilepsinin Epidemiyolojisi	9
1.4. Epilepsinin Patofizyolojisi.....	10
1.5. Epilepsinin Etyolojisi	11
1.5.1. İdiyopatik Epilepsi	11
1.5.2. Semptomatik Epilepsi	11
1.5.3. Provoke Epilepsi	11
1.5.4. Kriptojenik Epilepsi	12
1.6. Epilepsi Nöbetlerinin Sebepleri.....	12

1.7.	Epileptik Nöbetlerin Sınıflandırılması.....	13
1.7.1.	Parsiyel (fokal) Nöbetler	14
1.7.1.1.	Basit Parsiyel Nöbetler (bilinç durumu bozulmaksızın)	14
1.7.1.2.	Kompleks Parsiyel Nöbetler	14
1.7.1.3.	Sekonderjeneralize nöbete dönüşen	14
1.8.	Jeneralize nöbetler (konvülsif veya non-konvülsif).....	15
1.9.	Sınıflandırılmayan epileptik nöbetler	15
1.10.	Parsiyel (Fokal, lokal) Nöbetler	16
1.10.1.	Basit parsiyel nöbetler (BPN)	16
1.10.1.1.	Motor semptomlu	17
1.10.1.2.	Somatosensoryel veya Özel Duyusal Semptomlu	18
1.10.1.3.	Otonomik Semptomlu	19
1.10.1.4.	Psişik Semptomlu.....	19
1.11.	Kompleks parsiyel nöbetler (KPN)	20
1.12.	Jeneralize Nöbetler:	21
1.12.1.	Absans Nöbetler	21
1.12.1.1.	Absans Nöbetler (Petit Mal)	21
1.12.1.2.	Atipik Absans Nöbetler (Progressif Miyoklonik).....	22
1.13.	Tonik – Klonik Nöbetler	22
1.14.	Klonik Nöbetler	23
1.15.	Tonik Nöbetler.....	23
1.16.	Miyoklonik Nöbetler	23
1.17.	Atonik Nöbetler	24
1.18.	İnfanıl Spazmlar (West Sendromu).....	24
2.	SPOR VE EPİLEPSİ	24

2.1. Spor.....	24
2.2. Spor ve Epilepsi.....	26
3. İLK YARDIM.....	29
3.1. İlk Yardımın Tarihçesi.....	29
3.2. İlk Çağlarda İlk Yardım.....	29
3.3. Yakın Çağlarda İlk Yardım.....	30
3.4. Türkiye’de İlk Yardım.....	31
3.5. İlk Yardımın Tanımı	31
3.6. İlk Yardımın Önemi ve Amaçları.....	32
3.6.1. İlk Yardımın Önemi	32
3.6.2. İlk Yardım yapmanın Amaçları	33
3.7. İlk Yardımcının Tanımı ve Özellikleri	33
3.8. SPORDA İLK YARDIM	34
3.8.1. Ön Tedavi.....	35
3.8.2. Ön Tedavi Uygulama Yöntemleri.....	35
4. EPİLEPSİ VE İLK YARDIM	37
4.1. Konvülsif Nöbetler İçin İlk Yardım	37
4.2. Konvülsif olmayan nöbetler için ilk yardım.....	38
4.3. Ambulans ne zaman çağırılır	39
II. BÖLÜM.....	40
II- 1. YÖNTEM.....	40

II- 1.1. Araştırma Grubu	40
II- 1.2. Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Yöntemi.....	40
II- 1.3. Epilepsi Bilgi Düzeyi Ölçeği	40
II-1.4. Verilerin analizi	41
III- BÖLÜM	42
III- 1. BULGULAR.....	42
IV- BÖLÜM	47
IV- 1. TARTIŞMA VE SONUÇ	47
IV- 2. ÖNERİLER	52
KAYNAKLAR	53
EKLER	62

TABLÖLAR

Tablo 1. Katılımcılara ait epilepsi bilgi ölçeği sorularının cevap yüzde dağılımı.....	42
Tablo 2. Antrenörlerin Epilepsi Hakkında Bilgi Edinme Kaynakları.....	44
Tablo 3. Sınıf Öğretmenlerinin Epilepsi Hakkında Bilgi Edinme Kaynakları	44
Tablo 4. Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Epilepsi Hakk. Bilgi Edinme Kaynakları.....	45
Tablo 5. Branşlara göre katılımcıların epilepsi bilgi puanı ort. ve standart sapması .	45
Tablo 6. Branşlara göre ilk yardım bilgi puanı ort. ve standart sapması	46

ŞEKİLLER

Şekil 1. Nöbet Sınıflandırma Algoritması.....	16
Şekil 2. Nöbet Dalga Deşarjı.....	17
Şekil 3. Absans Nöbet Örneği Dalga Patemi.....	21

GİRİŞ

Epilepsi çok görülen ve önemli nörolojik rahatsızlıklardan biri olup Dünya nüfusunda yaklaşık 65 milyon, Türkiye’de ise 750 bin epilepsi hastası olduğu bilinmektedir (Soyuer, 2011; Soslu, Özkan, ve Elçi, 2018). Epilepsi her yaş grubunda gözlemlenebilen, tedavisi oldukça uzun süren ve sürekli gözlemlenmesi gereken bir nörolojik rahatsızlık olup nitelikli bir hayat yaşantısını büyük ölçüde negatif yönde tesir etmektedir (Aydemir ve diğ.,2011).

Epilepsili hastalar, çoğunlukla fiziksel aktivite içeren yaşam tarzından uzak durmaktadırlar. Bu hastalar, epilepsi nöbetlerini devinime geçireceği ve nöbetlerin çok daha fazla olabileceği endişesiyle fiziksel etkinliklerden ve sporsal aktivitelerden uzak kalmaya çalışmışlardır. Belirli tedbirler alındığı zaman epilepsi hastalarının birçoğu spor aktivitelerinde bulunabilir. Gerekli tedbirlerin alındığı spor dallarında zarar görme ihtimalide çok azdır. Ancak birtakım sporlar (Tüplü Dalış, Kayak, Serbest Tırmanış, Araba veya Motosiklet Yarışları, Boks, Karate, Denetimsiz Dalgıçlık, Tek Başına Yamaç Paraşütü ve Paraşütle Atlama, Denetimsiz Dağa Tırmanma) yasaklanmıştır. Bu sebeple epilepsi hastaları spor yapmaya ve fiziksel aktivitelere katılmaya teşvik edilmelidir (Soslu, Özkan, ve Elçi, 2018).

Epilepsi hastası olan ve spor yapmak isteyen bir kişinin epilepsi nöbetini oluşturabilecek nedenler dikkate alınmalıdır. Çok ileri düzeyde yorgunluk, uykusuzluk hali, rakımı yüksek olan yerlerde yapılan sporsal aktivitelere bağlı meydana gelen hipoksi ve elektrolit kaybı nedeniyle oluşan hiponatremi, dehidratasyona bağlı meydana gelen hipernatremi, sıcak ortamlarda yapılan yüksek dozda fiziksel etkinlikler hipertermi nöbetinin oluşmasına sebep olmaktadır (Soslu, 2015).

Bu hastalığa dikkat çekmek, bu hastalıkla ilgili bilgilerin doğru ve olumlu düzgün davranışlar kazandırmak nitelikli bir yaşama pozitif yönde katkı sağlamaktadır. Ayrıca, bu hastaların yaşam kalitesini artıran en önemli iki etkende bu kişilere sağlanan sosyal destek ve nöbet başladığı esnada kontrollü davranabilmektir (Mahrer, ve diğerleri, 2013).

Okullarda bulunan sağlık personelinin öncelikli görevi öğrenciler arasında oluşan kazalarda ya da öğrencilerin mevcut hastalıkları nedeniyle oluşabilecek sorunlara ilk müdahaleyi yapmaktır. Öğretmenlerin yeteri düzeyde sağlık bilgisine ve ilk yardım bilgisine sahip olmasıda hekim ve hemşirelere katkı sağlayacaktır (Genç, 2009). Okullarda ortaya çıkan acil durumlarda herhangi bir sağlık personelinin olayın yaşandığı yere gelinceye kadar ya da en yakın sağlık kurum veya kuruluşuna ulaşınca kadar ki ilk müdahalesi hayati önem taşıdığından öğretmenlerin ilk yardım eğitimleri almaları oldukça önemlidir (Ateş, 2005).

Buradan yola çıkarak Beden Eğitimi öğretmeni, antrenörler ve sınıf öğretmenlerinin karşılaşılabilekleri epilepsi nöbeti karşısında nasıl davranmaları gerektiği ve ilk yardım konusunda bilinçli olmaları oldukça önemlidir.

Çalışmanın Amacı

Bu çalışma beden eğitimi öğretmenleri, antrenörler ve sınıf öğretmenlerinin epilepsi bilgi düzeylerini tespit etmek, elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulanabilir öneriler geliştirebilmek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmanın Önemi

Bu araştırma ile ilköğretim ve orta öğretimde görev yapan beden eğitimi öğretmenleri ile değişik spor branşlarında eğitim veren antrenörlerin epilepsi bilgi düzeylerinin ölçülmesi ile elde edilen sonuçlar eğitim alanında çalışan uzmanlara, araştırmacılara önemli veri kaynağı oluşturacaktır.

Epilepsi etyolojisi, başladığı yaş, nöbetinin çeşidi, kişinin tedaviye göstermiş olduğu tepki kişiden kişiye farklılıklar gösterdiğinden epilepsili bireyler ve ailelerinede getirmiş olduğu yükler farklı olmaktadır. Epilepsiye doğru teşhisi koyma, uygun olan tıbbi destek ve doğru sosyal destek ile bu konuda gerekli eğitimin alınması epilepsinin hastaya ve ailesine getirtmiş olduğu yükü en aza indirmiş olacaktır.

Yapılan bu incelemenin, öğretmenlerin ve antrenörlerin hayatında büyük bir öneme sahip olan epilepsi krizlerinin önüne geçilebilmesi ve bu krizlerin güvenli bir şekilde atlatılmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Sosyal hayatımızda önemli olan sağlığımızın düzgün olması hayatımızı yaşanılır kılmaktadır. Sağlığın bozulması durumunda sosyal hayatta karşımıza çıkabilecek olumsuzlukların önceden tespit edilmesi zor olmaktadır. Epilepsi krizleride önceden tespit edilemediğinden yapılabilecek yanlış bir müdahale geri dönülmesi zor olan durumlar oluşturabilir. Bu yüzden epilepsi krizlerinde müdahale çok önemli olup değerli öğretmenlerimizin ve antrenörlerimizin böyle bir durumla karşılaştıklarında ne yapabilecekleri ile ilgili bilgilerinin alınması önem arz etmektedir.

Buradan yola çıkarak Antrenör, sınıf öğretmeni ve Beden Eğitimi öğretmenlerinin karşılaşılabileceği epilepsi nöbeti karşısında nasıl davranmaları gerektiği ve ilk yardım konusunda yeterli bilince olmaları oldukça önemlidir. Öğretmen ve

antrenörlerimizi epilepsi hakkında bilinçlendirerek yaşanabilecek olumsuz durumların önüne geçmek hedeflenmiştir.

Sayıtlar

—Beden eğitimi öğretmenleri, sınıf öğretmenleri ve antrenörler tarafından epilepsi bilgi düzeyi ölçeği sorularına doğru ve samimi olarak cevap verdikleri varsayılmaktadır.

—Kullanılacak epilepsi bilgi düzeyi ölçeğinin Beden eğitimi öğretmenleri, sınıf öğretmenleri ve antrenörlerin epilepsi bilgi düzeylerini ölçme açısından yeterli olduğu varsayılmaktadır.

—Karaman'daki beden eğitimi öğretmenleri, sınıf öğretmenleri ve antrenörlerin tamamına ulaşıldığı varsayılmaktadır.

Çalışmanın Varsayımları

Doğru olarak kabul edilen bir fikri temsil eden ifadeye varsayım denir.

Bu araştırma:

— Bu araştırma için hazırlanan Epilepsi Bilgi düzeyi ölçeği geçerli ve güvenilir bir araç olduğu kabul edilir.

— Beden eğitimi öğretmenleri, sınıf öğretmenleri ve antrenörlerin, kendilerine yöneltilen soruları doğru ve içtenlikle cevapladıkları kabul edilmiştir.

Çalışmamızın kısıtları

— 2018-2019 eğitim öğretim yılında Karaman ilinde Beden eğitimi öğretmeni, sınıf öğretmeni ve antrenör sayısının evreni ile sınırlandırılmıştır.

— Öğretmen ve antrenörlerin eğitim farklılığı ile sınırlandırılmıştır.

— Literatürde benzer çalışmaların azlığı ile sınırlandırılmıştır.

Araştırma Sorusu

— Beden eğitimi öğretmenlerinin epilepsi hakkındaki bilgi düzeyi nedir?

— Antrenörlerin epilepsi hakkındaki bilgi düzeyi nedir?

— Sınıf öğretmenlerinin epilepsi hakkındaki bilgi düzeyleri nedir?

— Beden eğitimi öğretmenlerinin karşılaştıkları epilepsi nöbetlerine karşı ilk yardım bilgisi var mıdır?

— Antrenörlerin karşılaşılabilecekleri epilepsi nöbetlerine karşı ilk yardım bilgisi var mıdır?

— Sınıf öğretmenlerinin karşılaştıkları epilepsi nöbetlerine karşı ilk yardım bilgisi var mıdır?

— Beden eğitimi öğretmenlerinin epilepsi hakkındaki bilgi edinme kaynakları nelerdir?

— Sınıf öğretmenlerinin epilepsi hakkındaki bilgi edinme kaynakları nelerdir?

— Antrenörlerin epilepsi hakkındaki bilgi edinme kaynakları nelerdir?

Hipotezler

— Beden eğitimi öğretmenlerinin, sınıf öğretmenlerine ve antrenörlere göre epilepsi bilgi düzeyleri yüksektir.

— Beden eğitimi öğretmenlerinin, sınıf öğretmenleri ve antrenörlere göre ilk yardım bilgi düzeyleri yüksektir.

—Öğretmen ve antrenörlerimizin epilepsi hakkında bilgi edinme kaynakları internet üzerinden olmaktadır.

I-BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. EPİLEPSİ

Epilepsi krizi, nöronların normal olmayan şekilde, çok fazla veya senkron aktivitesine bağlı, geçici olarak tezahür eden bulgular olarak tanımlanır. Beynin devamlı olarak epileptik kriz oluşturmaya yatkınlık ile karakterize olan bozukluğa epilepsi denir. Süreğen bir hastalık olarak hayatımızın büyük bir kısmını etkileyen, yaşantımız esnasında her alanda insanları sınırlayan, günlük faaliyetlerimizde mecburi değişikliklere yol açan bir hastalıktır (Mollaoğlu, 2000).

Epilepsi, dünyada çok yaygın ve önemli bir nörolojik bozukluk olup, % 1 prevalansa sahip olduğu düşünülmektedir (Zupiec-Kania & Spelmann, 2009:589-596).

Epilepsi, beyindeki nöronların herhangi bir tetikleyici sebep olmadan anormal ve çok fazla deşarj olması nedeniyle tekrar eden epileptik krizlerle karakterize olan nörolojik bir bozukluktur (Duncan ve diğ., 2006).

Nöbetler; beyinde istemsiz, anormal ve ritmik nöronal deşarjlar sonucunda belli bir zaman aralığında ortaya çıkan, paroksizmal olaylardır. Nöbetler genellikle 5 dakikadan daha kısa sürmektedir. Uygunsuz, tahmin edilemez ve tehlikeli zamanlarda meydana gelebilir. Başlangıç ve bitişleri hastalar tarafından kontrol edilemez (Marangoz, 2010).

Bir kişiye epilepsi tanısı koyulabilmesi için tek bir nöbet geçirmesi yeterli değildir. Epilepsi tanısı için en az iki ya da daha fazla provoke olmayan kriz geçirmesine dikkat edilmektedir (Dobrin, 2012:708-729).

Epilepsili hastaların yaklaşık 2/3'ünde nöbetler bir yıl içinde tekrarlar. EEG'si normal ve aile öyküsü olmayanlarda bu oran 1/4'e düşer (Goldman ve Bennet, 2000:1327-1341).

Epileptik nöbetlerin 2/3'ünden fazlası, en geniş çeşitte nöbet formları ile çocukluk döneminde başlar. Altmış yaşından sonra insidans hafifçe artar. Hastaların yaklaşık % 2'lik kısmı ilk nöbetini 50 yaşından sonra geçirir. Epilepsi hastalarının hemen hemen %30'u iyi bir antiepileptik tedaviye karşın nöbet geçirmeye devam eder (Cockerell ve diğ. 1995).

Çoğunlukla çocukluk yıllarında başlayan epilepsi; her ırk ve kökenlerde tüm yaşlarda, bebek, çocuk, genç, yaşlı ayırt etmeden, her türlü nedeni, farklı belirtileri olan, çok farklı nöbet tipleri ve sendromları içerisinde bulunduran klinik bir durumdur (Banarjee, Fiippi ve Hauser, 2009).

Epilepsiyi meydana getiren neden, başlama yaşı, geçirdiği nöbetin çeşidi, ilaç tedavisine vermiş olduğu tepki, iyileşme süresi ve kişide oluşturduğu bozukluklar kişiden kişiye farklılıklar oluşturmaktadır. Bu farklılıkların olmasından dolayı epilepsi hastası olan kişi ve ailesinde meydana getirdiği yüklerde farklı olmaktadır (Forsgren, 2005:21-42). Epilepsinin getirmiş olduğu yükleri en aza indirebilmek için yeterli bir eğitim, doğru sosyal ve ilaç desteği ve en önemlisi de doğru tanıdır (Blume, 2003:168).

Epilepsi ve epileptik terimleri tekrarlayan nöbetleri anlatmak için yararlı bir terim olsa da; hoş olmayan anlam ifade edebileceğinden hastalarla paylaşılırken dikkatli olunmalıdır (Marangoz, 2010).

1.2. Epilepsi Tarihi

Epilepsinin kelime olarak kökeni Yunancadan gelen “epilambanein” dir. Yani nöbet, kriz veya atak anlamına gelir ve burdan türemektedir. Mezopotamya’da M.Ö. 400 senelerinde epilepsiye “düşen hastalığı” adı verilmiş ve kriz ve nöbetlerin sebebi olarak olağanüstü güçlere sahip kötü ruha sahip olma gösterilmiştir (Yeni, Tülek ve Bebek, 2014:26).

Türkiye’nin güney bölgesinde rastlanan Babil inceleme tezindeki kayıtlarda ilk kez epilepsiye rastlanmıştır. Klasik çin kitaplarında M.Ö. 770-221 tarihleri arasında epilepsiden söz edilmiştir. Hipokrat, M.Ö. 400 yıllarında “kutsal hastalık” olarak epilepsiye bir tanım getirmiştir (Atagün, 2016:3). Küçük ve büyük nöbet olarak ilk kez ayırımını 1770 yılında Tissot yapmış, 1857 tarihinde elektro fizyolojinde teknolojik olarak ilerlemesi ve menstural dönemde yaşanan nöbetlerde kullanılan bromür ile birlikte epilepsi tedavisinde çok ciddi adımlar atılmıştır. Gowers, epilepsinin çok ayrıntılı tanımını patafizyolojik ve etyoloji kolarak 1901 yılında yapmıştır. Fenobarbital ve fenitoin ise sırasıyla 1912 ve 1938 yıllarında kullanılmaya başlamıştır. Bu yıllardan itibaren günümüze kadar olan süreçte epilepsiye tanı koyma ve epilepsiyi tedavi etme sürecinde çok önemli ve büyük gelişmeler yaşanmıştır (Simith ve Buelow, 2003:426-478).

1.3. Epilepsinin Epidemiyolojisi

Epilepsi çok görülen ve önemli nörolojik rahatsızlıklardan biri olup Dünya nüfusunda yaklaşık 65 milyon, Türkiye’de ise 750 bin epilepsi hastası olduğu bilinmektedir (Soyuer, 2011; Soslu, Özkan, ve Elçi, 2018). Prevelansı, gelişmekte olan ülkelerde 18.5/1000, gelişmiş ülkelerde ise 6/1000 olarak görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde epilepsinin oluşmasına neden olan faktörler sebebiyle, epilepsinin prevelansı ve

insidansı daha yüksek bildirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, kafa travması, doğum travması, enfeksiyon engellenebilir nedenlerin başında gelmektedir ve insidansı artırırılar (Akdemir, 2014). Epilepsi ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda hastalığın etnik fark, cinsiyet ayrımı ve yaş sınırı olmadığı bildirilmiştir. Ancak epilepsi ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda epilepsi prevalansı ve insidansında büyük farklılıklara rastlanmaktadır (Berg ve diğ., 2010).

1.4. Epilepsinin Patofizyolojisi

Beyindeki normal aktiviteyi bozan hipoglisemi, elektrolit dengesizlikleri, tümörler veya toksinler gibi sebeplerden dolayı kişi nöbet geçirirse dahi bu durum epilepsi olarak tanımlanmasını gerektirmez. Epilepside hasta nöbete meyilli olduğundan nöbet geçirmesine sebep olan tetikleyici bir sebep de olmamasına rağmen, beyin fizyolojisindeki aşırı deşarj olma güncelliğini kaybetmez ve bu nedenle nöbetin nedeni tam manasıyla tespit edilemez (Huff ve Fountain, 2011:1-13). Etiyolojik etmen ya da nöbet çeşidi farklı olmasına rağmen, konvülziyonların tamamında asıl sistem uzamış depolarizasyonun bitiminde nöronların gereğinden çok etkin hale gelmesi ve birden bire deşarj olmasıdır. Beynin işlevinde bu durum bozmaktadır. Nöbetleri parsiyel ve jeneralize olarak sınıflandırabiliriz. Beynin korteksi parsiyel nöbetlerden sorumludur. Jeneralize nöbetler, elektriksel boşalma korteksten başlayıp her iki hemisfere de sirayet ederse meydana gelir. Kesin olarak nöbetleri hangi durumların tetiklediğini bilmesekte, çok fazla bir uyarılma ve bu uyarılma dengesizliğini önleyecek bir sistemin olmaması ya da eksik olması bilinen bir gerçektir (Duncan ve diğ., 2006).

1.5. Epilepsinin Etyolojisi

Dört ana grupta epilepsiyi etyolojik olarak sınıflara ayırabiliriz.

Bunları; idiyopatik, semptomatik, provoke, kriptojenik epilepsi olarak söyleyebiliriz (Banarjee, Fiippi ve Hauser, 2009).

1.5.1. İdiyopatik Epilepsi

İdiyopatik jeneralize epilepsilerin (İJE) büyük bir çoğunluğu ergenlik döneminde ya da çocukluk döneminde başlamaktadır. Tüm epilepsi çeşitlerinin hemen hemen üçte birine tekabül etmektedir. Tablo genetik özellik göstermekle birlikte, epilepsi dışında çocuklar sağlıklıdır. Ana nöbet tipleri tüm idiyopatik jeneralize epilepsilerin formlarında ana nöbet tipleri tipik absans, jeneralize tonik-klonik ve miyoklonik nöbetlerdir (Derwent ve Gökyiğit, 2014:20).

1.5.2. Semptomatik Epilepsi

Semptomatik epilepsi beynin bilinen bir lezyonu ya da bir hastalığına sekonder gelişen epilepsileri olarak tanımlanmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında nöbet tipi sıklıkla fokaldır. Süt çocukluğu döneminde klinik nöbet tipi sıklıkla sekonder jeneralize nöbetler ve infantil spazmlar gibi çeşitlenir. Yaş büyüdükçe beyin maturasyonu ile nöbet tipleri erişkinlerin nöbet tiplerine benzemeye başlar (Yapıcı, Tektürk ve Uludüz, 2014).

1.5.3. Provoke Epilepsi

Nöro anatomik bir patoloji net olarak bilinmesede, nöbetlerin oluşması esnasında çevresel etmenler veya özgül sistemik bir durumun etkili olduğu epilepsi türüdür. Bu gruba refleks epilepsiler dâhil edilmiştir (Shorvon, 2011:1052-1057).

1.5.4. Kriptojenik Epilepsi

Epilepsinin oluşma nedenini kesin olarak bilemesekte, asıl nedenin semptomatik bir doğasının olabileceği tahmin edilmektedir. Yaşamış olduğumuz bu çağda sayısal olarak önemli bir noktadadır. Bu grubun % 40'ı epilepsiye yetişkin yaşlarda yakalanmıştır (Shorvon, 2011:1052-1057).

1.6. Epilepsi Nöbetlerinin Sebepleri

Tüm yaş kategorilerinde en çok ve en yaygın olarak görülebilen nöbet çeşidi kompleks parsiyel nöbetlerdir. Jeneralize nöbetler çocuklarda, parsiyel nöbetler ise yetişkinlerde daha çok görülür. Nöbetler spontan oluşabildiği gibi provoke edilebilir. Epilepside; provoke edilmemiş nöbetler meydana gelir. Sağlıklı bir beyinde provoke edilen nöbetler ise akut metabolik işlemler, akut nörolojik hasar, ilaçlar ve aşırı fizyolojik şartlar gibi durumlarda tetiklenir (Shneker ve Fountain, 2003:426-478) (şekil 1).

şekil 1. Provoke edilebilen nöbetlerin genel sebepleri

(ShnekerandFountain, 2003)

— Metabolik anormallikler

- Hipoglisemi ve Hiperglisemi
- Hiponatremi
- Hipokalsemi

— Alkol geri çekilmesi

— Akut nörolojik hasar

- Enfeksiyon (menenjit, ensefalit)
- İnme (iskemik, hemorajik)

- Kafa travması
 - Yasadışı madde zehirlenmesi ve geriçekilmesi
 - Nöbet eşiğini düşüren ilaçlar
 - Teofilin
 - Trisiklikantidepresan
 - Çocuklarda yüksek ateş
-

1.7. Epileptik Nöbetlerin Sınıflandırılması

Epilepsinin kategorilere ilk olarak ayrılması 1981 senesinde Uluslararası (International League–ILAE) Epilepsi ile Savaş Derneği tarafından yapılmış, 1989 yılında ise yeni bilgilere göre güncellemiştir. 2001 yılında yeni bir sınıflandırma önerilmiş olmasına rağmen en sık 1989 yılındaki kullanılmaktadır (Berg ve Scheffer, 2011:105-1062).

Epileptik nöbetlerin klinik ve elektroensefalografik sınıflaması, (ILAE, 1981).

1.7.1. Parsiyel (fokal) Nöbetler

1.7.1.1. Basit Parsiyel Nöbetler (bilinç durumu bozulmaksızın)

1-Motor semptomlu	3-Otonomik semptomlu
a) Fokal motor	
b) Yayılan fokal motor (Jacksonyen)	
c) Verzif	
d) Postual	
e) Fonatuvar	
2-Somatosensoryel veya özel duysal semptomlu	4-Psişik semptomlu
a) Somatosensoryel	a) Disfazik
b) Vizüel	b) Dismnezik (deja-vu)
c) Odituvar	c) Kognitif (zaman hissinin bozulması)
d) Olfaktor	d) Affektif (korku, öfke)
e) Gustatuvar	e) İllüzyonlar (makropsi)
f) Vertigo hissi	f) Halüsinasyonlar

1.7.1.2. Kompleks Parsiyel Nöbetler

1-Basit parsiyel başlangıcı izleyen bilinç bozukluğu	2-Bilinç durumunun başlangıçtan itibaren bozulması
a) Basit parsiyel özelliklerin ardından bilinç bozukluğu	a) Sadece bilinç bozukluğu ile giden
b) Otomatizmlerle giden	b) Otomatizmlerle giden

1.7.1.3. Sekonderjeneralize Nöbete Dönüşen

1-Basit parsiyel nöbetin (A) jeneralize nöbete dönüşmesi

2-Kompleks parsiyel nöbetin (B) jeneralize nöbete dönüşmesi

3-Basit parsiyel nöbetin kompleks parsiyel nöbete dönüşmesi ve ardından jeneralize nöbete dönüşmesi.

1.8. Jeneralize nöbetler (konvülzif veya non-konvülzif)

A. Absans nöbetleri

1- Tipik Absans

2-Atipik absans

a) Sadece bilinç bozukluğu ile giden	a) Tonus değişikliği A.1 den daha belirgin olan
b) Hafif klonik komponentli	b) Başlangıç ve/veya sonlanmanın ani olmaması
c) Atonik komponentli	
d) Tonik komponentli	
e) Otomatizimli	
f) Otonomik komponentli	

B. Tonik-klonik nöbetler

E. Miyoklonik nöbetler (tek veya çok)

C. Klonik nöbetler

F. Atonik nöbetler (astatik)

D. Tonik nöbetler

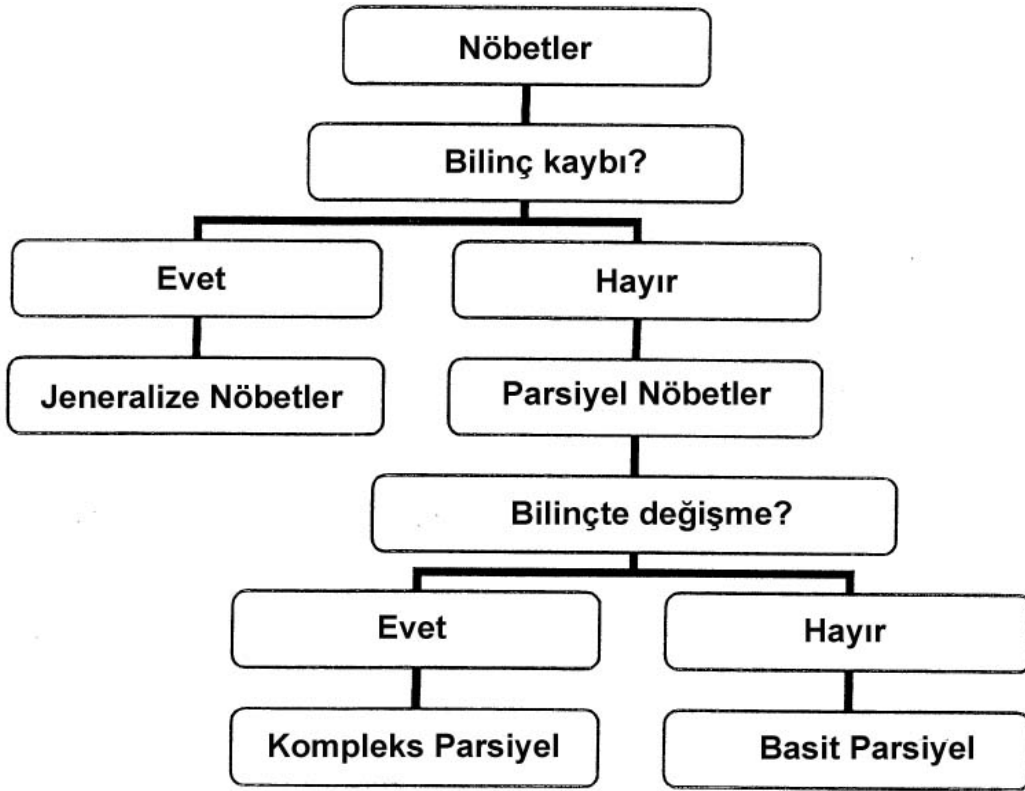
1.9. Sınıflandırılmayan epileptik nöbetler

Veri yetersizliği, ya da olgunun özelliği içinde nöbetlerin yukarıdaki formlara benzemediği durumlar için geçerlidir. Yeni doğan döneminin çiğneme, pedal çevirme gibi çeşitli nöbet tipleri de bu başlık altında yer almaktadır (Toklu ve diğ., 2012:13-18).

Nöbetler giderek artan bazı eleştiriler olsa da, temelde parsiyel ve jeneralize olarak ayrılır. Esas olarak nöbet esnasında gözlenen bulgulara göre sınıflandırılır. Bir nöbetin başlangıcında bilincin korunup korunmadığı, nöbetin sınıflandırılmasında ilk başlangıç noktasıdır. Parsiyel nöbetler bilincin korunup korunmamasına göre sırasıyla, basit ve kompleks parsiyel nöbet olarak ayrılır. Genelde parsiyel nöbetler sınırlı beyin bölgelerinde başladığı için bilinç tamamen kaybolmaz. Jeneralize nöbetlerde, korteksin

tümünün olaya karışması nedeniyle nöbetin başlangıcında bilinç tamamen kaybolur. Nöbetler parsiyel başlayıp jeneralize olabilir (Shneker ve Fountain, 2003:426-478)

Şekil 1. Nöbet Sınıflandırma Algoritması.



Nöbet sınıflandırma algoritması (Shneker ve Fountain, 2003:426-478)

1.10. Parsiyel (Fokal, lokal) Nöbetler

1.10.1. Basit parsiyel nöbetler (BPN)

Tüm yaşlarda görülebilir basit parsiyel nöbetler (BPN) ile kompleks parsiyel nöbetler (KPN) arasındaki temel fark, bilincin varlığı veya bilinçlilik halinin bozulmasıdır.

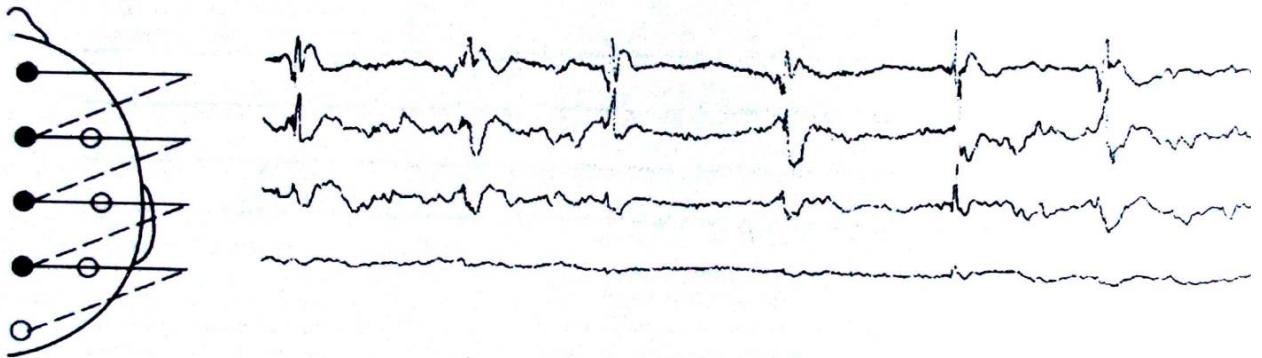
Basit parsiyel nöbetler KPN'lerin içine girebilir ve bunların her ikisi de sekonder jeneralize nöbete dönüşebilir (Fisch, 1997:591-605).

1.10.1.1. Motor semptomlu

Kas aktivitelerindeki değişiklikler ile ortaya çıkan nöbet türüdür. İnsan vücudunun değişik sınırlandırılmış bölgelerinde katılık (tonik postür) görülebilmekte ya da yine lokal bir bölgede seğirmeler olabilmektedir. Normal olmayan bu hareketler vücudun lokal bir bölgesinde sınırlı olabileceği gibi o bölgeye yakın olan bazı kısımlarada yayılabilir. Nöbet geçirilen lokal bölgede nöbet sonrasında bazen kısmi olarak o bölge görevlerini tam olarak yerine getirememekte, o bölgede felç görülebilmektedir. Böyle bir durumun yaşanmasına “Todd paralizisi” denilmektedir. Yaklaşık olarak Todd paralizisi 1 saat bazende daha fazla sürdüğü görülmüştür (Rudzinski ve Shih, 2010:16).

a. Fokal motor: Genelde el ve ayakta klonik aktivite izlenen, çoğunlukla birkaç saniye süren nöbetlerdir.

Şekil 2. Sol fokal motor nöbet örneği Sağ frontal bölgede fokal diken ve dalga deşarjı



Şekilde, sol fokal motor nöbet örneği Sağ frontal bölgede fokal diken ve dalga deşarjı izlenmektedir (Ropper ve diğ., 2006).

- b. Jacksonian: Motor korteks somatotropik organizasyonuna bağlı oluşan lokal klonik aktivite vücudun aynı taraf diğer yapılarına yayılır.
- c. Versif: Başın etkilenen kol tarafına dönmesi gibi göz, baş ve gövdede istemsiz kontravertif hareketler.
- d. Postural: Kaslarda ani tonik kasılma ile el ve ayakta anormal postür.
- e. Fonotuvaz: Vücudun bir veya fazla bölgesinde iktal parezi ve ya paralizisi gözlenir.

1.10.1.2. Somatosensoryel veya Özel Duyusal Semptomlu

Halüsinasyon veya ilüzyon ile kendisini gösteren nöbetlere somatosensoryel nöbetler denilmektedir. Organlarımız gerçekte var olmayan ama varmış gibi davrandığı durumlarda (halüsinasyon) ve yanılsamalarla birlikte (ilüzyon) çoğunlukla işitme, koku ya da tat, görme, dokunma (renkli ışıklar görme, görme bulanıklığı, tam körlük kimyasal ya da hoş gitmeyen kokular, tatlar, iğnelenme, batma, uyuşma, elektriksel duyular, vızıltı, uğultu, gümürtü) gibi alanları içine almaktadır. Halüsinasyonlar, vücudun sadece bir alanında olabileceği gibi o organa yakın bölgelerde de görülebilmektedir. Solunum sistemi ile alakalı apne ve hiper ventilasyon oluşabilmektedir. Bağımsız hareketler ve bulgular ile oluşan nöbetler, nöbet esnasında en çok görülen belirtilerden birisi de epigastrik ve abdominal belirtilerdir. Ayrıca yüz renginde soluklaşma, terleme, yüz renginde kızarmalar, göz bebeklerinin genişlemesi, istifra etme, karın bölgesinden gelen gürültü, inkontinans (gaz çıkarma veya dışkılamayı kontrol yetisinin bozulması) oluşabilmektedir. Aritmi ve bradi aritmiler ile sinüs taşikardisi basit parsiyel ve komplek sparsiyel nöbetlerde görülebilir (Huff ve Fountain, 2011:1-13)

a) Somatosensoryel nöbet: Fokal ani karıncalanma hissi, yüz ya da ekstremitelerde serinlik hissi

b) Görsel nöbetler: Işık çakmaları veya renkli ışık topları gibi görsel fenomenler

c) İşitsel nöbetler: Ani çınlama uğultu, zil sesi

d) Olfaktör nöbetler: Ani başlangıçlı yoğun koku hallüsinasyonları

e) Vertigo hissi: Hastayı korkutan derecede ani baş dönmesi ve yere düşme hissi.

1.10.1.3. Otonomik Semptomlu

Ani başlangıçlı terleme, kalp atımında artış, ürperme, anksiyete, epigastrik şikayetler, yüzde kızarma, pupildilatasyonu izlenir.

1.10.1.4. Psikik Semptomlu

- a. Disfazik: Ani gelişen iletişim bozukluğu
- b. Dismnezi: Yer, kişi, obje veya durumun tekrar yaşanma hissi
- c. Kognitif: Zaman hissinin bozulması, beden boyutlarında değişme hissi
- d. Affektif: En sık korku olmak üzere kızgınlık, nefret, zevk, neşe hissi
- e. İllüzyonlar: Objelerin olduğundan farklı; büyük-küçük algılanması
- f. Yapısal halüsinasyonlar: Temporal lob kaynaklılar komplekstir.

Oksipital lob, görme korteksinde oluşan nöbetler parlak renk ve ışık topları, zigzag çizgiler gibi görsel fenomenlere sebep olur (Gilroy ve Karabudak, 2002).

Genel olarak frontal lob kökenli nöbetlerde koşma, pedal çevirme, tekme atma gibi kompleks hareketler sıktır. Sıklıkla uykuda görülür. Bilinç korunmuşken tonik baş dönmesi tipiktir. Motor kortekste oluşursa klonik el hareketlerine sebebiyet verir (Shneker ve Fountain, 2003:426-478)

1.11. Kompleks parsiyel nöbetler (KPN)

Bilinç bozulur fakat kaybolmaz. Hastalar uyanık, hareketsiz durumda fakat dış uyaranlara yanıt veremezler. Her yaşta görülebilen kompleks parsiyel nöbetlerin tanınmasında en önemli faktör nöbet öncesi veya esnasında gelişen bilinç bozukluğudur. Bazen nöbetin başında tek bulgu olarak bilinç bozukluğu izlenir. Hasta farklı bir şeyler olduğunu anladığı “rüya hali” gibi bir durumu dışarıdan izliyor gibidir. Bazen de nöbet sonrası olaylar hatırlanmaz. Kompleks parsiyel nöbetler beynin herhangi bir bölgesinde ama genelde frontal lob kaynaklı ve yayımlı temporal lobta oluşmaktadır. Bazen bilinç bozukluğunu takiben otomatizmalar ortaya çıkar. Bu otomatizmler yalanma, çiğneme, kaşınma, okşama, üstünü başını çekiştirme gibi tekrarlanan maksatsız hareketlerdir. Oral otomatizmde; dudak şapırdatma, çiğneme, yutma ve yutkunma tipiktir (Shneker ve Fountain, 2003:426-478). Yetişkinlerde en fazla görülen epilepsi çeşidi kompleks parsiyel nöbetlerdir. Bu nöbet türünde bilinçte bir değişim meydana gelir ve bu nedenle de basit parsiyel nöbetlerden ayırımı yapılır. Kompleks parsiyel nöbetler (KPN), tekrar eden davranış veya hareketler, ani ve geçici sinir bozuklukları (kaygı, endişe, korku gibi) veya aşırı ya da tuhaf davranışlar ve bilinç farklılığı ile kendisini fark ettirebilir (Roffman ve Stern, 2006:98).

1. Basit parsiyal nöbet → Ardından bilinç kaybı

- a. Basit parsiyal nöbet bulguları ile başlayan
- b. Otomatizma olmayan

2. Bilinç kaybı başlangıçta olan

- a. Sadece bilinç kaybı olan
- b. Otomatizmalarla ilerleyen

1.12. Jeneralize Nöbetler:

Aynı anda tüm kortekste başlayan jeneralize nöbetlerde, bilinç devamlılığını sağlayan kortikal nöronların, non-fonksiyone olduklarından bilinç kaybı meydana gelir. Bazı jeneralize nöbetlerde, örneğin miyoklonik nöbetlerde herhangi bir bilinç kaybı olup olmadığını saptamak zordur. Bununla birlikte bir nöbet süresince elde edilen EEG jeneralize nöbetlerin doğrulanmasına katkı sağlayabilir. ILEA'nın sınıflandırmasında birkaç jeneralize nöbet tipi tanımlanmıştır.

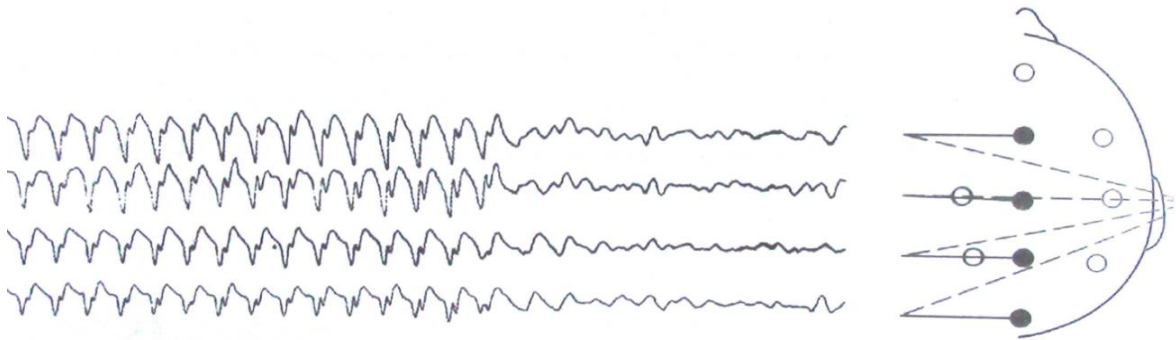
1.12.1. Absans Nöbetler

1.12.1.1. Absans Nöbetler (Petit Mal)

Kuvvetli bir genetik yatkınlığın olduğu etyolojisi bilinmeyen nöbetlerdir.

a) **Çocukluk çağı absansı;** 2-10 yaşlarında, mental fonksiyonların birden durması ve saniyeler içinde kaldığı yerden devam etmesi şeklinde olur. EEG de temel aktivite normaldir. Düzenli, simetrik ve bilateral 3-4 Hz diken-dalga kompleksleri tipiktir.

Şekil 3. Absans Nöbet Örneği Dalga Patemi



Absans nöbet örneği, jeneralize 3/sn diken dalga paterni (Ropper ve Brown, 2006)

b) Jüvenil absans epilepsi; 8-16 yaş arası yıllar içinde hafifleyen nöbetler vardır.

c) Jüvenil myoklonik epilepsi; Tipik olarak sabah uyandıktan sonra ilk birkaç saat içinde, bilinçliken, iki taraflı, kollarda belirgin tekrarlayıcı myokloniler izlenir. Otozomaldominat geçişli ve genetik defektin 6. kromozom kısa koluna lokalizedir.

Bazı klinik özellikler kompleks parsiyel nöbetlerden absans nöbetlerini ayırmada yardımcı olur.

1.12.1.2. Atipik Absans Nöbetler (Progressif Miyoklonik)

Neden olan hastalıklara bağlı jüvenil miyoklonik epilepsiden farklı olarak ilerleyici entelektüel ve kognitif yıkım, ataksi ve spastisite gelişir. Hastalarda gelişim geriliği vardır. Jeneralize tonik lonik nöbet, miyoklonik, tonik, atonik nöbetler aynı hastada görülebilir.

1.13. Tonik – Klonik Nöbetler

Jeneralize tonik-klonik nöbetler en çok bilinen ve en ağır nöbet şeklidir. Grand mal nöbetler olarak da bilinirler. Jeneralize nöbetlerin en sık izlenen tipidir. Tüm epileptik hastalardaki prevalansı %20,6 olarak bildirilmiştir (Bozkaya, 2006).

Ani başlangıçlı, prodromal belirtileri olmayan, nöronların hepsinin etkilendiği, her yaşta görülen nöbetlerdir. Bilinç kaybı ile tüm istemli kasların aynı anda simetrik kasılması ile tonik bir fazla başlayıp; ardından tekrarlanan kasılmaların olduğu klonik bir fazın takip ettiği nöbetlerdir. Dilin ısırılması ve mesane doluysa idrar inkontinansı sık görülür. Ağrılı uyarana yanıt alınamaz, pupil cevabı yoktur. İki üç dakika süren bu nöbetlerin sonrasında en az birkaç dakika ya da daha fazla süren konfüzyon ya da

yanıtsızlığın olduğu bir süreç görülür. Bazı hastalar jeneralize tonik-klonik nöbetlerden sonra saatlerce uyuyabilirler.

1.14. Klonik Nöbetler

Vücudun bir yarısında titreme şeklinde olan nöbet tipidir. Jeneralize klonik kasılmalar, tonik fazın olmadığı jeneralize epilepsilerde görülebilir. Tekrarlayıcı klonik jerklerle karakterizedir. Bazen vücudun bir yarısında bir veya iki ekstremitede, fokal kalabilir. Ardı sıra, fokal sıçramalar şeklinde olabilir. Klonik nöbetler çocuklarda, özellikle süt çocuklarında daha sık görülür (Atagün, 2016:9).

1.15. Tonik Nöbetler

Yaygın olarak kas tonusunun arttığı, kaybolduğu, klonik hareketlerin izlenmediği nöbetler olarak tanımlanır. Genellikle baş ve gözler bir tarafa deviye olur, ardından tüm vücut aynı yöne dönebilir (Bozkaya, 2006).

1.16. Miyoklonik Nöbetler

Kısaca anlık kas sarsılarıdır. Vücudun herhangi bir yerini etkilemekle birlikte bilateral el veya kol sarsıları çok yaygındır. Kortikal, subkortikal veya omurilik yapılarından kaynaklanmayan tüm miyoklonik hareketler nöbet değildir. Sadece kortikal miyoklonik hareketler nöbet sayılır.

1.17. Atonik Nöbetler

Kas tonusunun ani kaybı ile yere kontrolsüz bir şekilde düşme veya yığılma izlenir. Çok kısa süreli olan bu nöbetlerden, düşme atakları olarak da bahsedilir (Atagün, 2016:9)

1.18. İnfantil Spazmlar (West Sendromu)

Hayatın ilk bir yılında başlar. Başın öne doğru hafif bir düşmesi görülebileceği gibi gövde ve ekstremitelerde şiddetli fleksiyon görülür. Kısa süreli ataktan sonra hasta normal postürüne geri döner. Aynı gün içinde yüzlerce atak izlenebilir. İnfantil spazmlar, mental reterdasyon ve EEG’de hipsaritmi karakteristik triadı oluşturur (Gilroy ve Karabudak, 2002).

2. SPOR ve EPİLEPSİ

2.1. Spor

Spor Latin kökenli bir sözcüktür. Latin dilinde güzel vakit geçirmek, eğlenmek ve oylanmak anlamına gelen kelimeler İsportus ve Desportare’dır. Bu sözcükler İngilizceye geçtiğinde sport yani eğlenmek, boş vakit geçirmek ve hobi anlamını almıştır. Daha sonraki süreçte tüm dünyaya yayılmıştır. Spor dünyadaki insanları ve toplumları doğrudan veya dolaylı olarak kendine bağlayarak kişilerin yaşamlarına girmiştir. Spor öncelikle vücudun kullanıldığı bir fiziksel faaliyet olup hem de günlük yaşamın stresinden uzaklaşmak için bir fırsat olmuştur (Afacan ve Bal, 2001).

Spor, bedeni veya zihni geliştirmek amacıyla bazı kurallar bütününe göre isteğe bağlı olarak kişisel veya toplu olarak gerçekleştirilen, hareketlerin bütünüdür (Savaş, 1993).

Spor, çok yönlü bir kavram olmasından dolayı, birçok yazar tarafından değişik şekillerde tanımlanmıştır. Bu tanımlara göre;

Spor bireylerin daha mutlu olmalarını, rahatlamalarını ve gevişmelerini sağlamanın yanı sıra bir hedefe ulaşmanın vermiş olduğu mutluluğu yaşamalarına olanak sağlamaktadır. Spor ile insanların günlük yaşantıda karşısına çıkan sıradan olayları ve anlayış tarzını değiştirmek mümkündür (Güçlü, 2005:283-289).

Spor, kültürel, sosyal ve ekonomik kalkınmanın temel unsuru olan insanın kişiliğin gelişimine, karakter gelişimine katkıda bulunacak bilgi, beceri ve yetenek kazandırarak içinde olduğu zemine uygun davranmasına yardımcı olmak, ruh ve beden sağlığını geliştirmek, insanın çaba gösterme ruhunu geliştirmek, vücut ve ruh sağlığını iyileştirmek, toplumlar ve uluslararası dayanışmayı, barış ve sevgiyi ön plana çıkararak belirlenmiş kurallar çerçevesinde galip olma dürtüsüyle yapılan faaliyetler bütünüdür.

Spor, bireylerin doğal çevresini beşeri ve sosyal evre haline getirirken elde etmiş olduğu beceri gelişimini ileriye taşımak, bazı kurallar çerçevesinde, kişisel veya hep beraber gerçekleştirdikleri boş zaman faaliyet bütünü içinde veya profesyonelce meslekleştirerek yaptığı, beden ve ruhunu geliştiren, rekabet duygusunu artıran, dayanışmacı, sosyalleştirici, toplumsal bütünlüğü sağlayan, kültürel bir olgudur (Erkal, Güven ve Ayan, 1998).

2.2. Spor ve Epilepsi

Spora katılım önemli bir olgudur. Bireylerin sosyal ve fizyolojik gelişimi özellikle öğrenme döneminde olan çocuklar ve gençler için sporun rolü oldukça önemlidir. Egzersizin epilepsili hastalarda birden fazla faydasının olduğu görülmüştür. Fakat uygun görülen teklifler yapılmadan önce farklı faktörler dikkate alınmalıdır. Spor faaliyetleri esnasında nöbet aralığı azdır. Sporun çok hızlı bir şekilde antiepileptik tesiri bulunabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple epilepsi hastalarının kendisine olan güven duygusunu kazanması, sosyal yaşantıya uyum sağlamalarını kolaylaştırmak maksadı ile spor faaliyetlerinde bulunmaları için özendirilmelidir. Hastaların çok fazla psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamasının altında epilepsi krizlerinin belirsiz ve ani bir şekilde meydana gelmesidir (Uysal ve Ercan, 2005:68-71).

Epilepsi ile ilişkilendirilen sosyal problemler hastalığı meydana getiren nedenlere, hastanın genç veya yaşlı olmasına, nöro patolojisine, süresine, nöbet aralığına, şiddetine ve çeşidine, antiepileptik ilaçlara, EEG deşarjına ve farklı psikolojik etmenlere bağlı olabilmektedir (Koponen ve diğ., 2007:907-912).

Epilepsili hastalarda çok sık görülebilen sosyal sorunlar bulunmaktadır. Bu sosyal sorunlar; kişinin kendini tüm dünyadan ve insanlardan ayrı hissetmesi, sosyal uyum sorunları, kendisine olan saygısında eksilme, okul derslerinde ve performansında düşme, hayatını idame ettirebilmesi için gerekli işi bulmada zorlanma, insan ilişkilerinde ve evlilik hayatının kötü yönde bozulmasıdır. Epilepsi direkt olarak kişinin hayatını etkileyebilir, sosyal hayatını ve mesleki hayatındaki işlevselliği azaltabilir (Raguraman ve Wadoo, 2006:248-250).

Amerikan Akademisi ve Spor Tıbbı Komitesi çocuklar üzerine, hastaların özellikle baş yaralanmalarına neden olarak epilepsi nöbetlerini fazlaştırtılabileceği

nedeniyle, tüm temas gerektiren sporlarından uzak durulması gerektiğini açıklamıştır. Yapılan bu açıklama 1983 yılında değiştirilmiştir. Epilepsili hastaların futbol, basketbol, baseboll, hokey gibi bazı sporları yapmasında sakınca bulunmadığı yönünde bir açıklama yapılmıştır (Fremont ve diğ., 1983). Bununla beraber tüm bu açıklamaları doğrulayan, hiçbir laboratuvar ve istatistiki veri yoktur.

Şuandaki mevcut literatür, çarpışmadan sonra epilepsi nöbetlerinde çok fazla bir risk olmadığını ve temasla birlikte epilepsi nöbetlerinde bir değişikliğin olmayacağı istikametindedir (O'Donohoe, 1983:934).

Livingston ve Berman, kronik baş travmasının ve baş temasının epilepsi üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu görüşüne karşı durmuşlardır. Livingston ve Berman'ın fikirleri tamamiyle 36 yılı geçen laboratuvar çalışmalarına dayanmaktadır. Araştırma yaptıkları yüzlerce epilepsi hastalarında futbol, güreş gibi aktivitelerin kafa travmasına bağlı nöbetlerde bir artışın olmadığını gözlemlediklerini duyurmuşlardır. Her hastanın geçirmiş olduğu nöbetlerinin şiddeti, tipi ve etkisi farklı olduğundan, epilepsili hastalara hiçbir zaman genelleme yapılamaz. Bu nedenle, epilepsili bir hastaya fiziksel bir aktivite önerilecekse o hastanın hikâyesini çok iyi bilmesi gerekmektedir. Fiziksel aktivitenin olumlu etkilerinden dolayı, sporun ve aktivitelerin nöbetleri artırabileceği tartışmalarına son verilmeli ve hastalar spora ve fiziksel aktivitelere yönlendirilmelir (Soyuer ve Erdoğan, 2011:77-81).

Epilepsi hastaları, nöbetleri tetikleyebileceği ve nöbetlerde bir artma olabileceği endişesi ile spordan ve fiziksel aktivitelerden kaçınma yoluna gitmişlerdir. Spor branşına ve fiziksel aktivitenin türüne göre gereken önlemler alındığında bu etkinliklerde bulunabilirler. Bu önlemler alındığında hastaların zarar görme ihtimali çok azdır. Ancak bazı sporlar yasaklanmıştır. Yasaklanan bu sporlar: Tek Başına Yamaç Paraşütü, Paraşütle

Atlama, Tüplü Dalış, Serbest Tırmanış, Karate, Kayak, Araba veya Motosiklet Yarışları, Boks, Denetimsiz Dağa Tırmanma, Denetimsiz Dalgıçlıktır. Bu sebeple hastalar spora yönlendirilmelidir. Epilepsi hastası bir kişi spor yapmak istediğinde epilepsi nöbetini tetikleyebilecek ya da nöbete sebebiyet verecek nedenler gözönüne alınması gerekmektedir. Bazı durumlar nöbeti tetiklemeye sebebiyet vermektedir. Bu durumlar; uykusuzluk hali, aşırı yorgunluk, rakımı yüksek olan yerlerde yapılan sporsal faaliyetlere bağlı hipoksi, elektrolit kaybı sonucunda oluşan hiponatremi, çok yoğun fiziksel etkinlik, dehidratasyona bağlı oluşan hipernatremi ve sıcak nedeniyle meydana gelen hipertermidir (Soslu, Özkan, ve Elçi, 2018).

Tüm kronik hastalığı olanlara çevresinin uyguladığı aşırı koruyuculuk bu kişileri toplumdan izole edip yalnızlığa ve fiziksel inaktiviteye itmektedir. Epilepsili kişinin hiperventilasyon ile ortaya çıkan absans nöbetleri yok ise atletizm, basketbol, voleybol, futbol, vb. sporları yapabilirler. Yüzme konusunda sahilden fazla uzaklaşmamak ve yanında yüzmeyi bilen biriyle beraber izin verilebilir (Gün, 2006).

Epilepsi hastalarda diğer insanlar gibi hayatlarını normal bir şekilde yaşamaya ve kendi istedikleri sporu yapmaya teşvik edilmelidirler. Özgüven gelişimi, metabolik kontrolün sağlanması, stres seviyesinin azaltılması, obezitenin önlenmesi, kardiyovasküler kapasitenin artırılması ve aynı zamanda nöbet kontrolü sporun faydalı etkilerindendir. Ayrıca fiziksel etkinlikler ve spor, antiepileptik ilaçların osteoporoz ve kilo alma gibi yan etkilerini önleme ve mücadele yönünden de klinisyene yardımcı olmaktadır (Soslu, Özkan, ve Elçi, 2018).

Devamlı ve düzenli olarak yapılan spor veya egzersizlerin epilepsi nöbetlerini artırmadığı farklı çalışmalarda görülmüştür. Bu çalışmaların birisinde 20 dirençli epilepsi hastasına 4 hafta boyunca haftanın 6 günü günde üç defa 45 dakikalık süre ile egzersiz

yaptırılmış ve bu sürenin sonunda nöbet sıklığında bir artış olmadığı gösterilmiştir (Taşkiran ve Özkara, 2015:21).

3. İLK YARDIM

3.1. İlk Yardımın Tarihçesi

İlk yardım insanlık tarihi ile başlar. Ne var ki bununla ilgili belge yoktur. Yazılı belge olmaması ilk yardımın yapılmadığı anlamına gelmez. İlk yardım savaşlarla birlikte gelişmiş ve önem kazanmıştır. Savaş hekimliği ve cerrahisinin gelişmesi ilk yardımında gelişmesini sağlamıştır ve bu konuya yönelik çalışmalar başlatılmıştır. İlk yardımın çıkış tarihini kesin olarak söylemek mümkün değildir (Dramalı ve Kaymakçı, 2003).

3.2. İlk Çağlarda İlk Yardım

İlk yardımın ilk uygulandığı ülke ve zaman kesin olarak bilinmemektedir. Ancak ilk yardımın, insanlık tarihi kadar eski olduğu bir gerçektir. Çünkü ilkel toplumlarda yaralanan bir insanın yarasını geniş yaprak ile örttüğü donmakta olan bir insanın mağara içine alındığı dikkate alınırsa, yapılan işlemlerin bir ilk yardım uygulaması olduğu anlaşılmaktadır.

Mısır Firavunları, günümüzden 5000 yıl önce savaşta yaralananları cephe gerisine taşıyıp belirli merkezlerde tedavi etmişlerdir. Tarihin ilk çağlarından zamanımıza kadar ulaşan yazılı ve resimli belgeler, toplumların savaşçı ve avcı olduklarını ortaya koymaktadır.

Savaş, avlanmak, doğal afetler ve salgınlar, ilk yardıma en çok ihtiyaç duyulan olaylardır. Milattan önce 2000’li yıllar ve daha önceki yıllardan kaldığını bildiğimiz

Ebers Papirüsü'nde 48 farklı türde yaralanmalar olduğu ve bu yaralanmaların sonucunda nasıl bir girişimde bulunulacağı ve yaralının o andaki durumu hakkında bilgiler bulunmaktadır. Bulunan Ebers Papirüsündeki girişimlerin acil yardım, tedavi ve ilk yardım parçalarından oluştuğu görülmüştür (Uçar, 2008).

3.3. Yakın Çağlarda İlk Yardım

Tarihçeye göre ilk yardımın kurucusu Esmarsch'dır. Alman asıllı Esmarsch Schleswing, Holstein'da doğmuş ve 1823- 1908 yılları arasında yaşamış tanınmış bir cerrahdır. Özellikle askeri cerrahi alanında büyük ün yapmıştır. İlk yardımın bilimsel temeller üzerine oturtulmasında ve ilk yardımın öneminin kabul edilmesinde katkısı büyük olmuştur. Almanya – Fransa arasındaki savaşta Alman ordusunda sıhhiyenin reisliğine kadar ilerlemiştir. İlerleyen zamanlarda askeri bir hastanede idareci ve müşavir operatör olarak görev yapmıştır. Sağlık alanındaki birçok hizmetleri ile birlikte ‘‘savaş alanında ilk yardım’’ ve ‘‘yaralılara ilk yardım ‘’ ismindeki iki kitapçığı insanlığın yararına sunmuştur. Bunlar literatüre kazandırdığı en önemli yapıtlardır (Ege, 1995).

1831 yılında Dr. Mayor tarafından geliştirilen ve ilk yardım uygulamalarında çok kullanılan üçgen sargının yaygın olarak kullanılması Esmarsch tarafından sağlanmıştır.

1863'de İsviçre'de Kızılhaç teşkilatı kurulmuş, 1864'de Cenevre sözleşmesi yapılmış ve Osmanlı Hanedanlığı bu sözleşmeyi 1865'de imzalamıştır.

Terim olarak ilk yardım ilk kez 1879 yılında İngiltere'de ‘‘St. John Sıhhi İmdat Teşkilatı’’ tarafından kabul görmüştür.

İskoçya'da 1882 yılında hasta ve yaralılara bakım ve ilk yardım amacıyla ‘‘St. Andrew Sıhhi İmdat Teşkilatı’’ kurulmuştur.

1912’de Sör J.Contile ‘nin hazırladığı “İlk Yardım İlkeleri ve Yönetmeliği” o tarihlerde dünyada büyük ilgi görmüştür (Çil, 2007).

3.4. Türkiye’de İlk Yardım

Osmanlı döneminde 1868’de ilk yardım derneği “Osmanlı Askerlerine Yardım Derneği” olarak kurulmuş 1867’de Hüsnü Paşa’nın yardımlarıyla “Hilal-i Ahmer Cemiyeti” kurulmuştur. Cumhuriyet döneminde büyük aşamalar yapan Hilal-i Ahmer’in adı 28 Nisan 1935’de Atatürk tarafından “Kızılay” olarak değiştirilmiştir (Savaşer, 2001).

Ülkemizde ilk yardım eğitimi, ilköğretimde Talim Terbiye Kurulu’nun 07.09.1992 tarih ve 274 sayılı kararı ile kabul edilen çevre, sağlık, trafik okuma dersi içinde bir ünite olarak birinci sınıftan sekizinci sınıfa kadar verilmektedir. Lisede ise, Talim Terbiye Kurulu’nun 31.08.1984 tarih ve 102 sayılı kararı ile kabul edilen sağlık bilgisi dersi ile ilk yardım eğitimi verilmektedir (Ateş, 2005).

3.5. İlk Yardımın Tanımı

Herhangi bir sebepten dolayı hastalık, kaza ya da yaşamın tehlikeli bir sonuç verebileceği durumlarında; bir sağlık personeli gelinceye kadar ya da bir sağlık kuruluşuna ulaşınca kadar o canlının hayatını kurtarmak veya hayati durumunun kötüye gitmesini önleyebilmek için olay yerinde tıbbi bir araç gereç aranmaksızın eldeki mevcut imkânlarla yapılan ilaç kullanılmadan yapılan uygulamadır (Cücen ve Yüksel, 2016).

İlk yardım, ölümle sonuçlanabilecek bir durumdan veya canlının daha fazla zarar görmesini ve zedelenmeyi engeller. Ağrının azalmasına ya da ağrının tamamen yok olmasına yardımcı olur. Şoka girmeyi engeller (Güler, Bilir ve Baskı, 1994).

3.6. İlk Yardımın Önemi ve Amaçları

3.6.1. İlk Yardımın Önemi

Ülkemizin büyük sorunlarından birisi olan trafik kazalarında her yıl yaklaşık olarak 6 bin ila 8 bin kişi hayatını kaybetmekte, 150 bin ila 160 bin kişi yaralanarak zarar görmektedir. Sonucu ölümle biten kazaların %10' u ilk beş dakikada, % 54'ü ilk 30 dakikada meydana gelmektedir. Bu kazalardaki ölümlerin yaklaşık yarısını kaza yerinde ilk 5 dakikada müdahale ederek önleme imkânı bulunmaktadır.

Volkanik patlama, çığ, kasırga, sel gibi doğal afetler; savaş, böcek istilası, salgın hastalıklar, trafik kazaları, sabotaj, nükleer ve kimyasal kazalar gibi afetler olmadan önce önlem almak, bu tür afetler ve olar meydana geldikten sonra ise hayat kurarabilmek için en ince ayrıntısına kadar ilk yardım bilgisine ihtiyaç duyulmaktadır (Çil, 2007).

Ülkemizde içinde bulunduğumuz yüzyılda depremlerde hayatını kaybeden kişi sayısı yaklaşık 98 bin'dir. Bu durum Dünya genelinde 650 bin kişi, yaralanan kişi sayısı ise 1.600.000'dir. Verilen rakamlardan da görüldüğü gibi, trafik kazalarında ölen ve sakatlanan kişi sayısı çok üzücü bir seviyededir. Trafik kazalarında ölüm oranı depremdeki can kayıplarına oranla 6 kat fazladır. Bu konuda ne kadar çok haklı olduğumuz, 1999 yılında ülkemizde meydana gelen kötü sonuçlar ile dolu olan olağan dışı olaylar ve afetlerde görülmüştür. Olağanüstü olaylarda en fazla hayat kurtaranlar halkın bizzat kendisi olmuştur. Ülkemizde meydana gelen trafik kazalarında ölen ve sakat kalan insanların sayısı çok vahim durumdadır.

İlk yardım sadece doğal afetler ve olağan dışı durumlarda değil bize hayatımızın her safhasında lazım olabilmektedir. İlk yardım müdahalesini, tanımadığımız bir kişiye yapabileceğimiz gibi sevdiğimiz kişilere ya da ailemizden birisine hatta kendimize dahi yapmak durumunda kalabiliriz. Boğulma, zehirlenme, yaralanma, kaza,

doğal afetler, ani hastalıklar vb. gibi durumlarda ilk yardım eğitimi almamış olmak ve ilk yardım bilincine sahip olunmaması sonucu bilgisizlikle, tedbirsizlikle, nakil esnasındaki yanlış davranışla, sorumsuz davranış ve ihmalkârlıkla kişi ikinci bir kez daha kurban edilerek sakat kalan ya da en kötüsü ölen insanlara karşı ve en önemliside kendimize karşı sorumlu olmalıyız (Uçar, 2008).

3.6.2. İlk Yardım yapmanın Amaçları

1. Ölüm tehlikesini ortadan kaldırmak (Uçar 2008)
2. Hayati öneme sahip yaşamsal organların fonksiyonlarını yerine getirmesini sağlamak.
3. Hasta ya da yaralının o anki durumunun daha kötüye gitmesini önlemek.
4. Daha hızlı İyileşmesini kolaylaştırmalıdır (Coşkun, Özkan ve Maral, 2008)

3.7. İlk Yardımcının Tanımı ve Özellikleri

İlk yardımcı, gereken eğitimleri tamamlamış profesyonel tıbbi yardım müdahale edene kadar, eldeki imkânlarla hastaya müdahale eden kişidir. Nadir olarak ilk yardım kitaplarından ve belgelerinden alınan bilgiler ile uyumlu ilk yardım yapılabilir.

Lakin iyi bir ilk yardımcı olabilmek için teorik bilginin yanında pratik bilgi ve becerilerinde kazandırıldığı ilk yardım kurslarına giderek bu kursları başarıyla bitirip sertifika sahibi olmak gereklidir (Umur, 2012). Olayın veya kazanın yaşandığı yerde insanların genellikle heyecanlı ve telaşlı oldukları bilinmektedir. Böyle bir durumda ilk yardımcı sakin, soğukkanlı ve kararlı bir şekilde sorumluluğu üzerine alarak gereken müdahaleyi uygulamalıdır.

Böyle bir durumda ilk yardım yapacak kişide aşağıdaki özelliklerin bulunması gerekmektedir:

- İnsan vücudu ve hayati bölgeleri ile ilgili alt yapısı ve bilgisi olmalı,
- İlk yardımcı öncelikle kendisinin can güvenliğini korumaya almalı,
- Pratik, sakin, soğukkanlı ve özgüven sahibi olmalı,
- Mevcut imkânları değerlendirebilmeli,
- İlk yardım kurallarına göre davranarak olayı gerekli mercilere en kısa sürede haberdar etmeli (112’yi aramak),
- Çevrede başka insanlar var ise onları yönlendirebilmeli, organize edebilmeli ve onlardan yararlanabilmeli,
- Diğer insanlarla iletişimi iyi olmalı (İnan, Kurt, ve Kubilay, 2011).

3.8. SPORDA İLK YARDIM

Spor sahalarında ilk yardım ihtiyacı öncelikle saha koşullarında giderilmelidir. Bu nedenle sağlık ekiplerinin ve bulunması gereken ve kullanılması öngörülen tıbbi malzemenin temini gereklidir. Birçok spor branşında o branşa ait oyun kuralları ile ilk yardımın sahada nasıl uygulanacağı belirlenmiştir. Spor esnasında meydana gelen sakatlanmaların büyük bir bölümü ön tedavi ile kontrol altına alınabilen sorunlardandır (Kanbir, 2001).

Ön tedavi şekilleri;

Kompresyon bandajı, elevasyon, soğuk ve dinlenme uygulaması şeklindedir. Yaralanma esnasından hemen sonra devreye giren vücudun yenileme ve kendisini onarma özelliği ön tedavi yöntemleri ile desteklenir (Gülaçtı, 2010).

Yapılan spor gereği yaralanma ve sakatlanmalarda tedaviye erken başlayabilmek harcanacak emek, iyileşme süresini ve istenmeyen komplikasyonların oluşma riskini an aza indirir. Sporcunun spora erken dönmesini hızlandırır. Sakatlanma risklerine karşı, sporcu ile direkt olarak ilgilenen kimsenin ilk yardım ve acil yardım bilgileri verilmelidir. Bu durum hayat kurtarıcı olabilmektedir.

Spor hekimliğinde ilk yardım ilkeleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Yaşam desteğinin sağlanması
2. Yaralanmanın veya sakatlanmanın daha ileri boyutlara ve ciddi bir durum almasının engellenmesi,
3. Tedavi yapılacak ortam ve olanakları yetersiz ve uygun değilse yaralının veya sakatlanmış kişinin en uygun durumda hastaneye taşınması gerekmektedir,
4. Hastanın toparlanması için uygun olan tedavinin en kısa zamanda başlanması gerekmektedir (Ergen, 1986:203).

Sporcuların güvenliği başta motor sporları olmak üzere, kayak, yüzmeye, bisiklet yarışları ve diğer tüm spor dallarında kaza ve yaralanmalara karşı alınmalıdır. Böylece sporcunun tekrar bir geçirmesi ya da sakatlanması engellenmiş olur (Kılıç ve diğ., 2012).

3.8.1. Ön Tedavi

Ön tedavinin hedefi; ağrıyı azaltmak, şişliği veya ezikliği minime indirmek ve ağrıyı azaltmak ya da sakatlanmış veya yaralanmış bölüme gelebilecek yüklenmenin önüne geçmek için kesin olan bir derecede, immobilizasyon sağlamaktır (Gülaçtı, 2010).

3.8.2. Ön Tedavi Uygulama Yöntemleri

Buz: Soğuk uygulama ya da genel olarak buz uygulaması spor sakatlıklarında, tedavi amaçlı olarak ilk uygulanan girişim olarak uzun yıllardır yapılmaktadır. Burada

öncelikle bilinmesi gereken akut sakatlanmalarda ilk yardım olarak uygunan buz tedavisi ile (ilk 24-49 saat için de 15 - 30 dakikalık sürelerde) sakatlanmadan 2 ya da 3 gün sonra başlatılması gereken buz uygulamayla karıştırılmamasını vurgulamak gerekmektedir (Ergen, 1986:203).

İmmobilizasyon: Sakatlığın olduğu ilk aşamada antrenör veya sağlık çalışanı tarafından uygulanabilecek çok fazla kullanılan bir yöntemdir. Sakatlığın meydana geldiği alanda daha fazla ezilme, yırtılma ve deforme olmayı önlemek amacıyla kullanılan hareketi kısıtlama yöntemidir. Bu yöntem ağrıyı, şişmeyi ve kas spazmını azaltır ve iyileşme sürecini başlatır (İmren, 2010).

Kompresyon: Şişmeleri önlemek veya azaltmak ve önlemini almak için kompres tedavi gereklidir. Şişliklerin uzun sürmesi nedeniyle yaraların oluşmasına, fibröz doku oluşumuna ve eklemlerde hareket kısıtlanmasına yol açmaktadır. Şişlik tamamen inene kadar, buz bandajları, sargılar ve kompres bandajlar kullanmak gerekmektedir (Karahan, 2002:81-87).

Elevasyon: Elevasyon, ön tedavi yöntemlerinden birisidir. Yaralanan kısmın ya da bölgenin kalp seviyesinin üzerine bir seviyeye çıkarılmasıdır. Özellikle alt ve üst ekstremité sakatlanmalarında ya da yaralanmalarında şişliklerin önlenmesinde dolaşım sistemine destek verilmesinde bu şekilde pozisyonlama önemlidir. Elevasyon; iki, üç gün süre ile yaralanmalardan sonra soğuk uygulama ve kompresyon bandajı ile birlikte yapılır. Yaralanmanın hemen başında 2 saatte bir kez 20 dk yukarıda tutmak gerekir. Alt ekstremité yaralanmalarında ise yatar vaziyette 45°C yükseltmek yeterli olacaktır. Kol

yaralanmalarında ise oturma pozisyonunda omuz seviyesinden 45°C yukarıda bulundurmak ve desteklemek yeterli gelecektir. Ayak bölgesinde meydana gelen bir yaralanma için oturma esnasında ayağın omuz seviyesinden yukarıya kadar kaldırılması uygun olacaktır (Kanbir, 2001).

İstirahat: Sporcu, sportif faaliyete ve aktiviteye dönene kadar etkili bir istirahat programı uygulanır. Sporcunun fiziksel performansı ve uygunluğunu koruması için çeşitli aktivite formları yapılmalı ancak iyileşmekte olan kısma zarar vermemeye dikkat edilmelidir (Ergun ve Baltacı, 1997:310).

4. EPİLEPSİ VE İLK YARDIM

4.1. Konvülsif Nöbetler İçin İlk Yardım

Genelleştirilmiş tonik klonik (eski adıyla "büyük mal") nöbetlerine ilk yardım sağlarken, hatırlanması gereken önemli şeyler vardır:

- Sakin olun ve yakınınızda olabilecek diğer kişilere yavaşça güven verin.
- Kişiyi fiziksel olarak tutmayın (veya hareketlerini durdurmaya çalışın).
- Nöbet süresi saatinizle veya cep telefonunuzla yapılır.
- Sert veya keskin herhangi bir şeyin çevresindeki alanı temizleyin.
- Solunumu zorlaştırabilecek bağları (veya boynun etrafındaki herhangi bir şeyi) gevşetin.
- Başlarının altına düz ve yumuşak bir şey (katlanmış bir ceket gibi) koyun.
- Hava yollarını temiz tutmaya yardımcı olacak, ele geçiren birini yanlarına çevirin.

— Ağzı herhangi bir sert aletle veya parmaklarla açmaya zorlamayın. Nöbet geçiren bir kişi dilini yutamaz. Dilini tutmak için gösterilen çabalar dişlerini veya çenesini zedeleyebilir.

— Bir kişinin nöbet durduktan sonra tekrar nefes almaya başlamaması ihtimali dışında, suni teneffüs yaptırmaya çalışmayınız.

— Nöbet doğal olarak sona erene kadar kişiyle birlikte kalın.

— Dostça olun ve bilincin geri dönüşü olarak güven verici olun.

— Kafası karışmış veya kendi başına eve gidemiyorsa, kişinin eve gitmesine yardımcı olmak için taksi, arkadaş veya akraba çağırmaı önerin.

4.2. Konvülsif olmayan nöbetler için ilk yardım

— Bir insanın uzuvları kısa süre izlemesi veya sallaması durumunda herhangi bir şey yapmak zorunda hissetmenize gerek yoktur. Birisi şaşkınlık veya karışıklık hali üreten bir tür kriz geçiriyorsa, en iyi strateji:

— Kişiyi dikkatlice izleyin ve neler olduğunu başkalarına anlatın. Genellikle bu tür davranışları tanımayan insanlar, ele geçiren kişinin sarhoş olduğundan (veya uyuşturucudan) şüphelenir.

— Sessizce ve sakince dostça konuşun.

— Kişiyi, dik bir adımda uçmak, yoğun bir otoyol veya sıcak soba gibi herhangi bir tehlikeden uzaklaştırın. Bununla birlikte, güvenlikleri için acil bir tehlike söz konusu olmadıkça bunlardan kaçmayın. Bu nedenle, iç güdülerini onları tutmaya çalışan kişide mücadele etmelerini veya çarpmalarını sağlayabilir.

— Tam bilinç geri gelene kadar kişiyle birlikte kalın ve bir eve geri taşınması için yardım sunun.

4.3. Ambulans ne zaman çağırılır

- Nöbet suda gerçekleşir.
- Tıbbi kimlik yok ve nöbetin doğasını bilmenin bir yolu yok.
- Kişi hamile, yaralı veya diyabetik.
- Nöbet beş dakikadan uzun sürüyor.
- İlk nöbet sona erdikten kısa bir süre sonra başka bir nöbet başlıyor.
- Çalkalama bittikten sonra bilinç geri dönmeye başlamaz.

(<http://www.epilepsyidaho.org/about-epilepsy/first-aid/>, 2019)

II. BÖLÜM

II- 1. YÖNTEM

II- 1.1. Araştırma Grubu

Araştırmamız Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesinin 27.09.2018 tarih ve 25819 sayılı yazısı, MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 22/08/2017 tarih ve 212/25 sayılı genelegelerine istinaden Karaman İl Milli Eğitim Müdürlüğünün 99371540-44-E.19349501 sayılı izni ile yapılmıştır.

2018-2019 Eğitim Öğretim yılında Karaman ilinde yaşayan antrenör, beden eğitimi öğretmenleri ve sınıf öğretmenleridir. Toplam 224 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcıların 137 si erkek, 87 si ise kadındır. Araştırmaya katılanların 84'ü Beden Eğitimi Öğretmeni, 78'i Sınıf Öğretmeni ve 62'si ise Antrenördür.

II- 1.2. Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada kullanılan epilepsi bilgi düzeyi ölçeği katılanlar ile yüzyüze görüşme yöntemi epilepsi bilgi düzeyi ölçeği uygulanarak elde edilmiştir. Çalışmada epilepsi ile ilişkili Bilgi, Tutum ve Davranışları Ölçeği kullanılmıştır (Bilgen ve Özpulat, 2013:19). Katılımcıların testten başarılı olabilmeleri için toplam soruların en az %70'ini doğru olarak yanıtlamaları gerekmektedir (Castelli ve Williams, 2007:3-19)

II- 1.3. Epilepsi Bilgi Düzeyi Ölçeği

Beden Eğitimi öğretmenleri, antrenörler ve sınıf öğretmenlerine uygulandı. Beden eğitimi öğretmenleri, antrenörler ve sınıf öğretmenlerinin bilgi düzeylerini tespit etmeye yönelik hazırlanmış olan bu epilepsi bilgi düzeyi ölçeği formu için katılım

sağlayanlara yeterli zaman verilerek araştırma verilerinin toplanması sağlandı. Epilepsi bilgi düzeyi ölçeği formu iki bölüm olmak üzere hazırlandı. Birinci kısımda, “Kişisel Bilgi Formu” başlığı adı altında katılanların kişisel ve tanıtıcı özelliklerini, epilepsi ile ilgili bilgileri nereden edindikleri, epilepsili bir hasta ile karşılaşp karşılaşmadıklarını, tespit edebileceğimiz sorulardan oluştu. İkinci kısımda ise “Beden eğitimi öğretmenlerinin, Antrenörlerin ve Sınıf öğretmenlerinin Epilepsiye İlişkin Bilgi Düzeyi Formu” adı altında epilepsiyle alakalı bilgi seviyelerini tespit etmeye yönelik 10 soru bulunmaktadır. Epilepsi ile ilgili genel bilgileri içeren ifadelerinin bir kısmının yanına “Evet”, “Hayır”, “Bilmiyorum” tercihleri yazılırken, bir kısım sorularda çoktan seçmeli olarak hazırlandı ve sadece tek bir seçeneğin işaretlenmesi istendi. Katılımcıların bilgi puanlarını saptamak ve hesaplamak için oluşturulan 10 sorudan her biri, 10 puan olarak değerlendirildi ve bilgi puanları hesaplandı (Bilgen ve Özpulat, 2013:19; Soslu, Özkan, ve Elçi, 2018).

II-1.4. Verilerin analizi

Araştırmada elde edilen veriler Windows için SPSS 23 programı kullanılarak analiz edilmiş, verilerin değerlendirmesinde sayı, yüzde, frekans, ortalama, standart sapma metotları kullanılmıştır.

III- BÖLÜM

III- 1. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcılara ait epilepsi bilgi ölçeği sorularının cevap yüzde dağılımı

SORULAR	CEVAP	N	%
Aşağıdakilerden hangisi/hangileri epilepsi (Sara) hastalığının belirtisidir?	Doğru	106	47.3
	Yanlış	118	52.7
Aşağıdakilerden hangisi/hangileri epilepsi (Sara) hastalığının belirtisidir?	Doğru	108	48.2
	Yanlış	116	51.8
Aşağıdakilerden hangisi/hangileri Epilepsi (Sara) hastalığına neden olabilir?	Doğru	84	37.5
	Yanlış	140	62.5
Epilepsi hastalığının tedavisi var mı?	Doğru	60	26.8
	Yanlış	164	73.2
Epilepsi kalıtsal bir hastalık mıdır?	Doğru	69	30.8
	Yanlış	155	69.2
Epilepsi hastalığı ömür boyu sürer mi?	Doğru	88	39.3
	Yanlış	136	60.7
Epilepsi hastası bilincini kaybetmeden nöbet geçirebilir mi?	Doğru	68	30.4
	Yanlış	156	69.6
Aşağıdakilerden hangisi Epilepsi (Sara) nöbetinde yapılan ilk yardım uygulamalarından biridir?	Doğru	78	34.8
	Yanlış	146	65.2
Epilepsi (Sara) nöbetiyle ilgili yazılanlardan hangisi yanlıştır?	Doğru	103	46.00
	Yanlış	121	54.00
Epilepsi 'de hastayı hangi pozisyona getirmek uygundur?	Doğru	124	55.4
	Yanlış	100	44.6

Tablo 1 incelendiğinde; “Aşağıdakilerden hangisi/hangileri epilepsi (Sara) hastalığının belirtisidir?” sorusuna katılımcılarımızın % 47,3’ü doğru cevap verirken, % 52,7’si yanlış

cevap vermiştir. “ Aşağıdakilerden hangisi/hangileri epilepsi (Sara) hastalığının belirtisidir?” sorusuna katılımcılarımızın %48,2’si doğru cevap verirken %52,8 yanlış cevap vermiştir. “Aşağıdakilerden hangisi/hangileri “Epilepsi (Sara) hastalığına neden olabilir?” Sorusuna katılımcılarımızın % 37,5’i doğru cevap verirken, %62,5’i yanlış cevap vermiştir. “Epilepsi hastalığının tedavisi var mı?” sorusuna katılımcılarımızın % 26,8’i doğru cevap verirken, % 73,2’si yanlış cevap vermiştir. “Epilepsi kalıtsal bir hastalık mıdır?” sorusuna katılımcılarımızın % 30,8’i doğru cevap verirken, % 69,2’si yanlış cevap vermiştir. “Epilepsi hastalığı ömür boyu sürer mi?” sorusuna katılımcılarımızın % 39,3’ü doğru cevap verirken, % 60,7’si yanlış cevap vermiştir. “Epilepsi hastası bilincini kaybetmeden nöbet geçirebilir mi?” sorusuna katılımcılarımızın % 30,4’ü doğru cevap verirken, % 69,6’sı yanlış cevap vermiştir. “Aşağıdakilerden hangisi Epilepsi (Sara) nöbetinde yapılan ilk yardım uygulamalarından biridir?” sorusuna katılımcılarımızın % 34,8’i doğru cevap verirken, % 65,2’si yanlış cevap vermiştir. “Epilepsi (Sara) nöbetiyle ilgili yazılardan hangisi yanlıştır?” sorusuna katılımcılarımızın % 46,00’si doğru cevap verirken, % 54,00’ü yanlış cevap vermiştir. “Epilepsi ’de hastayı hangi pozisyona getirmek uygundur? Sorusuna katılımcılarımızın % 55,4’ü doğru cevap verirken, % 44,6’sı yanlış cevap verdiği tespit edilmiştir.

Tablo 2. Antrenörlerin Epilepsi Hakkında Bilgi Edinme Kaynakları

Branş	Kaynaklar	(N)	%
Antrenör	Televizyon	8	12,9
	Kitap	2	3,2
	İnternet	31	50
	Gazete- Dergi	3	4,8
	Çevreden	9	14,5
	Yakınımdan	3	4,8
	Doktordan	6	9,7
	Toplam	62	100

Tablo 2 incelendiğinde; antrenörler epilepsi hakkında bilgi edinme kaynağı olarak %12,9 ‘u televizyondan, %3,2’si kitaplardan, %50,00’si internetten, %4,8’i gazete-dergiden, %14,5’i çevreden, %4,8’i yakınımdan, %9,7’si ise doktordan bilgi aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 3. Sınıf Öğretmenlerinin Epilepsi Hakkında Bilgi Edinme Kaynakları

Branş	Kaynaklar	(N)	%
Sınıf Öğretmeni	Televizyon	19	24,4
	Kitap	6	7,7
	İnternet	30	38,5
	Gazete- Dergi	1	1,3
	Çevreden	11	14,1
	Yakınımdan	4	5,1
	Doktordan	7	9,00
	Toplam	78	100

Tablo 3 incelendiğinde; sınıf öğretmenlerinin epilepsi bilgi edinme kaynağı olarak, % 24,4 ‘ü televizyondan, %7,7’si kitaplardan, %38,55’i internetten, %1,3’ü gazete-

dergiden, % 14,1'i çevreden, %5,1'i yakınımından, %9,00'u ise doktordan bilgi aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4. Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Epilepsi Hakkında Bilgi Edinme Kaynakları

Branş	Kaynaklar	(N)	%
Beden Eğitimi Öğretmeni	Televizyon	21	25,00
	Kitap	2	2,4
	İnternet	40	47,6
	Gazete- Dergi	4	4,8
	Çevreden	6	7,1
	Yakınımından	7	8,3
	Doktordan	4	4,8
	Toplam	84	100

Tablo 4 incelendiğinde; Beden Eğitimi Öğretmenlerinin epilepsi bilgi edinme kaynağı; %25,00 'i televizyondan, %2,4'ü kitaplardan, %47,6'sı internetten, %4,8'i gazete-dergiden, %7,1'i çevreden, %8,3'ü yakınımından,%4,8'i ise doktordan bilgi aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 5. Branşlara göre katılımcıların epilepsi bilgi puanı ortalaması ve standart sapması

Branşlar	(N)	Ortalama
Beden Eğitimi Öğretmeni	84	3,64±1.83
Sınıf Öğretmeni	78	4,19±2.10
Antrenör	62	4,09±2.52

Tablo 5 incelendiğinde; beden eğitimi öğretmenlerinin epilepsi bilgi puanı ortalaması $3,64 \pm 1.83$, Sınıf Öğretmeninin epilepsi bilgi puanı ortalaması $4,19 \pm 2.10$, Antrenörlerin epilepsi bilgi puanı ortalaması $4,09 \pm 2.52$ olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6. Branşlara göre ilk yardım bilgi puanı ortalamasını ve standart sapması

Branşlar	(N)	Ortalama
Beden Eğitimi Öğretmeni	84	$1,52 \pm 0,50$
Sınıf Öğretmeni	78	$1,53 \pm 0,50$
Antrenör	62	$1,25 \pm 0,44$

Tablo 6 incelendiğinde; beden eğitimi öğretmenlerinin ilk yardım bilgi puanı ortalaması $1,52 \pm 0,50$, Sınıf Öğretmeninin ilk yardım bilgi puanı ortalaması $1,53 \pm 0,50$, Antrenörlerin ilk yardım bilgi puanı ortalaması $1,25 \pm 0,44$ olduğu tespit edilmiştir.

IV- BÖLÜM

IV- 1. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, antrenörler, Beden eğitimi öğretmenleri, sınıf öğretmenlerinin karşılaşılabileceği epilepsi nöbeti karşısında nasıl davranmaları gerektiği ve ilk yardım konusunda bilinçli olmaları oldukça önemlidir. Bu çalışma beden eğitimi öğretmenleri, sınıf öğretmenleri ve antrenörlerin epilepsi bilgi düzeylerini belirlemek, belirlemiş olduğumuz bu sonuçlar neticesinde uygulanabilir öneriler geliştirebilmek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen bulgular araştırma hipotezleri rehberliğinde tartışılarak ve kuramsal çerçeve doğrultusunda yorumlanmıştır.

Yaptığımız çalışmada yer alan Tablo 1 incelendiğinde; “Aşağıdakilerden hangisi/hangileri epilepsi (Sara) hastalığının belirtisidir?” sorusuna katılımcılarımızın % 47,3’ü doğru cevap verirken, % 52,7’si yanlış cevap vermiştir. “ Aşağıdakilerden hangisi/hangileri epilepsi (Sara) hastalığının belirtisidir?” sorusuna katılımcılarımızın %48,2’si doğru cevap verirken %52,8 yanlış cevap vermiştir. “Aşağıdakilerden hangisi/hangileri “Epilepsi (Sara) hastalığına neden olabilir?” Sorusuna katılımcılarımızın % 37,5’i doğru cevap verirken, %62,5’i yanlış cevap vermiştir. “Epilepsi hastalığının tedavisi var mı?” sorusuna katılımcılarımızın % 26,8’i doğru cevap verirken, % 73,2’si yanlış cevap vermiştir. “Epilepsi kalıtsal bir hastalık mıdır?” sorusuna katılımcılarımızın % 30,8’i doğru cevap verirken, % 69,2’si yanlış cevap vermiştir. “Epilepsi hastalığı ömür boyu sürer mi?” sorusuna katılımcılarımızın % 39,3’ü doğru cevap verirken, % 60,7’si yanlış cevap vermiştir. “Epilepsi hastası bilincini kaybetmeden nöbet geçirebilir mi?” sorusuna katılımcılarımızın % 30,4’ü doğru cevap verirken, % 69,6’sı yanlış cevap vermiştir. “Aşağıdakilerden hangisi Epilepsi (Sara) nöbetinde yapılan ilk yardım uygulamalarından biridir?” sorusuna katılımcılarımızın % 34,8’i doğru cevap verirken, %

65,2'si yanlış cevap vermiştir. "Epilepsi (Sara) nöbetiyle ilgili yazılanlardan hangisi yanlıştır?" sorusuna katılımcılarımızın % 46,00'si doğru cevap verirken, % 54,00'ü yanlış cevap vermiştir. "Epilepsi 'de hastayı hangi pozisyona getirmek uygundur? Sorusuna katılımcılarımızın % 55,4'ü doğru cevap verirken, % 44,6'sı yanlış cevap verdiği tespit edilmiştir. Millogo ve Siranyan'ın yaptığı öğretmenlerin epilepsi hastalığı hakkındaki bilgileri ve yaklaşımlarıyla ilgili çalışmada 260 öğretmenin %98'i epilepsi hastalığını duymuş ancak %43.2'si epilepsiyi santral sinir sistemi bozukluğuyla ilişkilendirmiş. %85.8'i epilepsiyi sadece konvulzif kasılma ve bilinç kaybıyla karakterize olduğunu belirtmiş ve ancak %57'si absansla ilgili bulgulardan bahsetmiş. Öğretmenlerin en az %40'ı yanındaki nesneleri uzaklaştırmak, başını korumak ya da hastaneye götürmek gibi nöbet esnasında yapılması gereken ilk yardım konusunda bazı bilgilere sahipmiş(Millogo, Towards ve Siranyan, 2004:21-26). Şahin'in Karaman il merkezindeki beden eğitimi öğretmenlerinin ve sınıf öğretmenlerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerini karşılaştırdığı çalışmasında öğretmenlerin "Epilepsi/sara nöbeti geçiren bir öğrenciye hangisi yapılmamalıdır?" Sorusuna verdikleri cevaplar incelenmiş; %65,7 sinin "kol ve bacaklara bastırarak kasılmalar önlenmeye çalışılır" seçeneğini, %19,2 sinin "Kasılma henüz tam anlamı ile gerçekleşmemiş ise dişler arasına rulo sargı, kalem vs. Konulabilir" seçeneğini işaretlediği görülmüştür (Şahin, 2011). Yaman ve arkadaşlarının Erzurum İl Merkezinde bulunan 10 okulda görev yapan 167 öğretmen ile yaptıkları çalışmada ise öğretmenlerin %39,0'ının nöbet sırasında yapılacak uygulamaları bildiği, %12,5'inin kısmen bildiği, %48,5'inin bilmediği saptanmıştır (Yaman ve diğ., 2001). Sudan'da yapılan bir çalışmada epilepsi hakkında bilgili olma durumu yüksek olsa da tedavi ve toplumsal yaşam içerisinde nasıl davranılması gerektiği konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (Elhassan, ve diğ., 2017). Berhe ve arkadaşlarının 135

öğretmenle yürüttükleri kesitsel bir çalışmada öğretmenlerin yalnızca %41'inin epilepsi hakkında bilgi sahibi olduğu bildirilmiştir. Diğer birçok çalışmada da genel bilgi düzeyinin nispeten çok düşük olduğu vurgulanmıştır (Berhe ve diğ., 2017:). Üçer ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, öğretmenlerin %6.9'u epilepsi hastalığı hakkında bir eğitim aldığını, %9.7'si epilepsi konusunda bilgi düzeyini yeterli bulduğunu ifade etti. "Epilepsili çocuklar hangi sporları yapabilir?" sorusuna katılımcıların sırasıyla %48.8'i tenis, %46.9'u futbol, %36.7'si bisiklet ve %27.9'u yüzme gibi aktiviteleri yapabileceğini belirtti. İlkokul öğretmenlerinin çocukluk çağı epilepsileri konusunda bilgi, tutum ve davranış eksikliklerinin olduğu, ayrıca öğretmenlerin epilepsi müdahale konusunda ciddi tutum ve davranış yanlışlıklarının olduğunu tespit etmişlerdir (Üçer ve diğ., 2016). Benzer bir çalışmada öğretmenlerin %85'i tarafından epilepsili çocukların futbol oynayabileceği, başka bir çalışmada %7.8'inin futbol oynayabileceği, %33.5'inin bisiklet kullanabileceği, %21'inin ise yüzme gibi aktiviteleri yapabileceği ifade edilmiştir (Yaman ve diğ., 2001). Bunun aksine başka bir araştırmada öğretmenlerin %17'si futbol, %19,7'si bisiklet, %29,6'sı yüzme sporlarından uzak durmaları gerektiği belirtilmiştir (Mecarelli, ve diğ., 2011). Literatür incelendiğinde epilepsi hakkında yeterli bilgi düzeyinin olmadığı bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bunun nedeni olarakta hem sağlık bilgisi eğitiminin hemde ilk yardım konusunda yeterli düzeyde bilginin olmadığı düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada yer alan Tablo 2 incelendiğinde, antrenörler epilepsi hakkında bilgi edinme kaynağı olarak %12,9 'u televizyondan, %3,2'si kitaplardan, %50,00'si internetten, %4,8'i gazete-dergiden, %14,5'i çevreden, %4,8'i yakınımdan, %9,7'si ise doktordan bilgi aldıkları tespit edilmiştir. Tablo 3 incelendiğinde; sınıf öğretmenlerinin epilepsi bilgi edinme kaynağı olarak, % 24,4 'ü televizyondan, %7,7'si

kitaplardan, %38,55'i internetten, %1,3'ü gazete-dergiden, % 14,1'i çevreden, %5,1'i yakınımından, %9,00'u ise doktordan bilgi aldıkları tespit edilmiştir. Tablo 4 incelendiğinde; Beden Eğitimi Öğretmenlerinin epilepsi bilgi edinme kaynağı; %25,00 'i televizyondan, %2,4'ü kitaplardan, %47,6'sı internetten, %4,8'i gazete-dergiden, %7,1'i çevreden, %8,3'ü yakınımından, %4,8'i ise doktordan bilgi aldıkları tespit edilmiştir. Soslu ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları bir çalışmada "Epilepsi ile ilgili olarak hangi kaynaktan bilgi edinme yolunu seçersiniz?" Sorusuna verilen cevapla; öğrencilerin %42,6'si internetten, %16,9' u televizyondan, %7,8' i kitap ve gazeteden, %23,3' ü çevresinden,%9,3' ü ise doktordan bilgi edindiği tespit edilmiştir (Soslu, Özkan, ve Elçi, 2018). Bilgen ve Özpulat'ın yapmış olduğu çalışmada, öğretmenlerin %46,6'sı epilepsi hakkında bilgiyi televizyondan, %22,68'inin kitap, dergi, gazeteden elde ettiği bulunmuştur (Bilgen ve Özpulat, 2013:19). Aydın ve Yıldızın yapmış olduğu çalışmada öğretmenlerin %32,4' ünün epilepsi ile ilgili kitap-yazı, broşür, ansiklopedi okuduğu tespit edilmiştir (Aydın ve Yıldız, 286-290). Öğretmenlerin yalnızca %1,1'nin epilepsi ile alakalı bir kursa gittiği ve yalnızca %32,4'ünün epilepsi ile ilgili kitap-yazı-broşür ve ansiklopedi okuduğu görülmüştür. Kankirawatana'nın çalışmasında öğretmenlerin %57,8'i, Mielke ve arkadaşlarının çalışmasında ise öğretmenlerin %89' unun epilepsi hakkında birşeyler okuduğunu tespit etmişleridir (Kankirawatana, 1999:497-501;Mielke ve diğ., 1997). Başka bir çalışmada, öğrencilerin %62,5'i epilepsi hakkındaki bilgi edinme kaynaklarının okul, %26,5'i de televizyon, internet vb. olduğunu belirtmiştir (Özdemir, 2012). Literatür incelendiğinde epilepsi hakkındaki bilgi edinme kaynaklarının bizim çalışmamızla paralellik gösterdiği görülmektedir. Bunun nedeni olarakta günümüzdeki internet kullanımının ve televizyon izleme oranlarının çok yüksek olması düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada yer alan Tablo 5 incelendiğinde; beden eğitimi öğretmenlerinin epilepsi bilgi puanı ortalaması $3,64 \pm 1.83$, Sınıf Öğretmeninin epilepsi bilgi puanı ortalaması $4,19 \pm 2.10$, Antrenörlerin epilepsi bilgi puanı ortalaması $4,09 \pm 2.52$ olduğu tespit edilmiştir. Tablo 6 incelendiğinde; beden eğitimi öğretmenlerinin ilk yardım bilgi puanı ortalaması $1,52 \pm 0,50$, Sınıf Öğretmeninin ilk yardım bilgi puanı ortalaması $1,53 \pm 0,50$, Antrenörlerin ilk yardım bilgi puanı ortalaması $1,25 \pm 0,44$ olduğu tespit edilmiştir. Aydın ve Yıldız'ın çalışmasında da yalnızca öğretmenlerin %1.2'nin epilepsiyle ilgili bir kursa gittiği, Erkan ve Göz'ün çalışmasında öğretmenlerin büyük bir kısmının (%68.4) daha önce ilk yardım ile ilgili eğitim almadıkları belirlenmiştir (Erkan ve Fügen, 2006:63-68). Öğretmenlerin ilk yardım bilgi sorularından aldıkları puan ortalaması $11,9 \pm 2,9$ olarak saptanmıştır. Afyonkarahisar'da yapılan çalışmada okul öncesi öğretmenlerinin ilk yardım bilgi puanlarının ortalaması 100 üzerinden 54,4 olarak bulunmuştur (Yurumez ve diğ., 2007). Isparta'da ilköğretim ve lise öğretmenlerinde yapılan çalışmada ise ilk yardım bilgi puanı ortalaması 12 üzerinden 7,07 olarak saptanmıştır (Nayir, ve diğ., 2011). Literatür incelendiğinde ilk yardım konusunda antrenör, sınıf öğretmenleri ve beden eğitimi öğretmenlerinin yeterli bilgi düzeyinin olmadığı bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bunun nedeni olarakta hem sağlık bilgisi eğitiminin hemde ilk yardım konusunda yeterli düzeyde bilginin olmadığı düşünülmektedir.

IV- 2. ÖNERİLER

— Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda öğretmenlik bölümü öğrencileri ve farklı sınıf düzeylerindeki (ilkokul, ortaokul, lise) öğretmenlere yönelik çalışmalara odaklanılması önerilmektedir.

— Çalışmakta olan öğretmen ve antrenörlerin epilepsi ile ilgili bilgi düzeylerini ve ilk yardım bilgi düzeylerini artıracak hizmet içi eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

— Özellikle beden eğitimi derslerinde epilepsi nöbetinin oluşma riskinin yüksek olması sebebiyle beden eğitimi öğretmenlerinin ilk yardım konusunda daha donanımlı ve tecrübeli olmaları için, eğitim programlarının içeriğinin düzenlenmesi önerilmektedir.

— İlköğretim öğrencileri için her an kaza riskinin olmasından dolayı sınıf öğretmenlerinin ilk yardım konusunda daha donanımlı olabilmeleri için Milli eğitim bakanlığı bünyesinde görsel ve interaktif eğitimlerin yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Afacan, E. (2001). *Futbolcuların profesyonellik anlayışları üzerine sosyolojik bir çözümleme (Manisa örneği)*. Yüksek lisans tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa.
- Akdemir, V. (2014). *Dirençli epilepsi olgularında yaşam kalitesini etkileyen faktörler*.
- Atagün, B. (2016). *Epilepsi Hastaları Ve Epilepsi Dışında Kalan Nörolojik Hastaların Ve Sağlıklı Bireylerin İnternet, Sigara Ve Alkol Bağımlılığı Açısından Karşılaştırılması*. Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ateş, Ç. (2005). *Gaziantep ili devlet ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerin ilk yardım uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi. Gaziantep.
- Aydemir, N. Özkara, Ç. Ünsal, P. & Canbeyli, R. (2011). A comparative study of health related quality of life, psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure*, 20(9), 679-685.
- Aydin, K. & Yildiz, H. (2007). Teachers' perceptions in central Turkey concerning epilepsy and asthma and the short-term effect of a brief education on the perception of epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 10(2), 286-290.
- Banerjee, P. N. Filippi, D. & Hauser, W. A. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy—a review. *Epilepsy research*, 85(1), 31-45.
- Berg, A. T. & Scheffer, I. E. (2011). New concepts in classification of the epilepsies: entering the 21st century. *Epilepsia*, 52(6), 1058-1062.
- Berg, A. T. Berkovic, S. F. Brodie, M. J. Buchhalter, J. Cross, J. H. van Emde Boas, W. & Moshé, S. L. (2010). Revised terminology and concepts for organization of

- seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009. *Epilepsia*, 51(4), 676-685.
- Berhe, T., Yihun, B., Abebe, E., & Abera, H. (2017). Knowledge, Attitude, and Practice About Epilepsy Among Teachers at Ethio-National School, Addis Ababa, Ethiopia. *Epilepsy Behav (Cilt 70, s. 150-153)*.
- Bozkaya, İ. O. (2006). *Ankara İlindeki Üç İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Epilepsiye Yaklaşımı Ve Hastalık Hakkındaki Bilgi Düzeyleri*. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Blume, W. T. (2003). Diagnosis and management of epilepsy. *Cmaj*, 168(4), 441-448.
- Bilgen Sivri, B. & Özpulat, F. (2013). İlköğretimde Görevli Öğretmenlerin Epilepsiye İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 19(2).
- Castelli, D. ve Williams, L. (2007). Sağlıkla ilgili uygunluk ve beden eğitimi öğretmenlerinin içerik bilgisi. *Beden Eğitiminde Öğretim Dergisi* , 26 (1), 3-19.
- Cockerell, O. C., Sander, J. W. A. S., Hart, Y. M., Shorvon, S. D., & Johnson, A. L. (1995). Remission of epilepsy: results from the National General Practice Study of Epilepsy. *The Lancet*, 346(8968), 140-144.
- Coşkun, C.Özkan, S. & Maral, I. (2008). Çankırı - Eldivan İlçe Merkezinde 0-14 Yaşlar Arasında Çocuğu Olan Annelerin İlk Yardım Bilgi Düzeyleri ve İlk Yardım Gerektiren Durumların Sıklığı. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2(3), 11-18.
- Cücen, Z., & Yüksel, S. (2016). *İlk Yardım ve Temel Uygulamalar*. Ankara: 4. Baskı, Nobel, Ankara .

- Çil, S. (2007). *Pansiyonlu ilköğretim okullarında ilk yardım eğitim programının geliştirilmesi.*
- Dervent, A. & Gökyiğit, A. (2014). Çocukluk ve Ergenlikte Başlayan İdiyopatik Jeneralize Epilepsiler. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 20.
- Dobrin, S. (2012). Seizures and Epilepsy in Adolescents and Adults. *Elsevier*, 708-729.
- Dramalı, A., & Kaymakçı, Ş. (2003). *Temel İlk Yardım Uygulamaları.* İzmir, Ege Üniversitesi.
- Duncan, J. S. Sander, J. W, Sisodiya, S. M. & Walker, M. C. (2006). Adult epilepsy. *The Lancet*, 367(9516), 1087-1100.
- Ege, R. (1995). *Kaza, hastalık ve yaralanmalarda ilk ve acil yardım.* Türk Hava Kurumu Basımevi.
- Elhassan, M.A., Alemairy, A.A., Amara, Z.M. et al. Epilepsy: Knowledge, Attitude, and Practice Among Secondary School Teachers in Khartoum State. *Neurol Ther* 6, 225–235 (2017)
- Ergen, E. (1986). *Spor Hekimliği. Spor Hekimliği* (s. 203).
- Ergun, N. & Baltacı, G. (1997). *Spor Yaralanmalarında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yöntemleri.* Ofset Fotomat, Ankara, 310s.
- Erkal, M. E. Güven, Ö. & Ayan, D. (1998). *Sosyolojik açıdan spor.* Der Yayınları.
- Erkan, M. & Fügen, G. Ö. Z. (2006). Öğretmenlerin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 63-68.
- Fisch, B. (1997). *Spehmann'ın EEG El Kitabı* (s. 591-605).
- Forsgren, L. (2004). *Epidemiology and prognosis of epilepsy and its treatment. In The treatment of epilepsy* (pp. 21-42). Blackwell Science Oxford, Malden.

- Forsgren, L. Beghi, E. Oun, A. & Sillanpää, M. (2005). *The epidemiology of epilepsy in Europe—a systematic review*. European journal of neurology, 12(4), 245-253.
- Fremont, A. C., Johen, H. J., Coker, J., & Healy, A. (1983). Sports and the Child with Epilepsy. *American Academy Of Pediatrics*, 72:884-5.
- Genç, Ü. (2009). *Samsun il merkezindeki lise ve dengi okullarda çalışan öğretmenlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Gilroy, J. & Karabudak, J. (2002). *Temel nöroloji. Çeviren: Karabudak R, Güneş Kitabevi, Ankara.*
- Goldman, M. D.,& Bennet, C. (2000). Menstrual cycle and infertility. *Cecil text book of medicine*, 21st ed.,WB Saunders Company, 1327-1341.
- Güçlü, S. (2005). *Eğitim kurumu*. Kurumlara sosyolojik bakış içinde, 283-289.
- Gün, İ. (2006). *Epilepsili Hastalarda Antiepileptik İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Gülaçtı, M. M. (2010). *Kahramanmaraş Bölgesindeki Amatör Futbolcuların Spor Yaralanmalarında İlk Yardım, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Uygulamalarındaki Görüşünün İncelenmesi*.Yüksek Lisans Tezi. Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.
- Güler, Ç. Bilir, N. & Baskı, B. (1994). Herkes için ilk yardım. Directorate General of Basic Health Services of the Ministry of Health. *Ankara: Ministry of Health.*

- Huff, J. S. & Fountain, N. B. (2011). Pathophysiology and definitions of seizures and status epilepticus. *Emergency Medicine Clinics*, 29(1), 1-13.
- [Http://www.epilepsyidaho.org/about-epilepsy/first-aid/](http://www.epilepsyidaho.org/about-epilepsy/first-aid/), 2019.
- İmren, A. G. (2010). *Kahramanmaraş Bölgesindeki Ortaöğretim Düzeyindeki Sporcuların Spor Yaralanmalarında İlk Yardım, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Uygulamalarındaki Görüşlerinin İncelenmesi* (Doctoral dissertation, Master's Thesis. Department of Physical Education and Sports, Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam University Institute of Health Sciences).
- İnan, H. F. Kurt, Z. & Kubilay, İ. (2011). *Temel ilk yardım uygulamaları eğitim kitabı. TC Sağlık*.
- Kanbir, O. (2001). *Sporda sağlık bilinci ve ilkyardım*. Ekin Kitapevi.
- Kankirawatana, P. (1999). Epilepsy awareness among school teachers in Thailand. *Epilepsia*, 40(4), 497-501.
- Karahan, M. (2002). Spor Travmatolojisinde Bandaqlama. 7. *Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi*, (s. 81-87).
- Kılıç, M. N. Özbayraktar, F. Kurt, T. Yücel, E, Kıvanç, C. Han, A. & Kılıç, M. Spor Kazalarından Korunma ve İlk Yardım.
- Koponen, A. Seppälä, U. Eriksson, K. Nieminen, P. Uutela, A. Sillanpää, M. & Kälviäinen, R. (2007). Social Functioning and Psychological Well- Being of 347 Young Adults with Epilepsy Only—Population- Based, Controlled Study from Finland. *Epilepsia*, 48(5), 907-912.
- Marangoz, A. H. (2010). *Deneyisel epilepside kolinerjik ve nitrerjik maddelerin etkileşimi*. Doktora Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoloji Anabilim Dalı, Samsun.

- Mecarelli, O., Capovilla, G., Romeo, A., Rubboli, G., Tinuper, P., & Beghi, E. (2011). Knowledge and attitudes toward epilepsy among primary and secondary schoolteachers in Italy. *Epilepsy & Behavior*, 22(2), 285-292.
- Mahrer-Imhof, R., Jaggi, S., Bonomo, A., Hediger, H., Eggenschwiler, P., Krämer, G., & Oberholzer, E. (2013). Quality of life in adult patients with epilepsy and their family members. *Seizure*, 22(2), 128-135.
- Mielke, J. Adamolekun, B. Ball, D. & Mundanda, T. (1997). Knowledge and attitudes of teachers towards epilepsy in Zimbabwe. *Acta Neurologica Scandinavica*, 96(3), 133-137.
- Millogo, A. towards, & Siranyan, A. S. (2004). Knowledge of epilepsy and attitudes the condition among schoolteachers in Bobo- Dioulasso (Burkina Faso). *Epileptic disorders*, 6(1), 21-26.
- Mollaoğlu, M. (2000). *Epilepsili hastalarda yaşam kalitesi ve sağlık bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi* . Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Nayir, T., Uskun, E., Türkoğlu, H., Uzun, E., Öztürk, M., & Kişioğlu, N. (2011). Isparta il merkezinde görevli öğretmenlerin ilkyardım bilgi düzeyleri ve tutumları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(4), 123-127.
- O'Donohoe, N. V. (1983). What should the child with epilepsy be allowed to do?. *Archives of disease in childhood*, 58(11), 934.
- Özdemir, Ö. (2012). *Öğrenci hemşirelerin epilepsiye ilişkin bilgi ve tutumlarının değerlendirmesi* (Master's thesis, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.).

- Raguraman, J., & Wadoo, O. (2006). Unravelling the psychological shadows of epilepsy. *JK-Practitioner*, 13, 248-250.
- Roffman, J. L., & Stern, T. A. (2006). A complex presentation of complex partial seizures. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 8(2), 98.
- Ropper, A. H., Adams, R., Victor, M., & Samuels, M. A. (2005). *Adams and Victor's principles of neurology*. McGraw Hill Medical,.
- Rudzinski, L. A., & Shih, J. J. (2010). The classification of seizures and epilepsy syndromes. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 16(3), 15-35.
- Savaş, İ. (1993). *Spor Sözlüğü*.
- Savaşer, F. (2001). *Çankırı ilinde görev yapan hekim dışı sağlık personeli ile lise öğretmenlerinin ilk yardım konusunda bilgi düzeylerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara üniversitesi, sağlık bilimleri enstitüsü, Ankara.
- Shneker, F. B., & Fountain, B. N. (2003). *Epilepsy. Disease-a-Month*, 49(7), 426-478.
- Shorvon, S. D. (2011). The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia*, 52(6), 1052-1057.
- Simith, M. C., & Buelow, J. M. (2003). *Disease-a-Month. Elsevier*, 49(7), 426-478.
- Soslu, R. (2015). *Penisilin İle Deneysel Epilepsi Oluşturulan Sıçan Beyin Dokusuna Yüzme Egzersizi Ve Üzüm Çekirdeği Ekstresinin Oksidatif Stres Parametreleri Üzerine Etkisi*. Doktora tezi, 2015. Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırıkkale.

- Soslu, R., Elçi, G., & Özkan, A. (2018). Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Epilepsiye İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 13(1), 106-114.
- Soyuer, F. & Erdoğan, F. (2011). Fiziksel aktivite ve epilepsi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 77-81.
- Şahin, A. (2011). *Karaman İl Merkezindeki Beden Eğitimi Öğretmenlerinin ve Sınıf Öğretmenlerinin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Karaman.
- Taşkıran, E.,& Özkara, Ç. (2015). Epilepsi ve Spor. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsy Society*, 21(3).
- Toklu, Z., Kutlu, G., Demirbaş, H., Koyuncu, G., & İnan, L. E. (2012). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi Polikliniğine başvuran epilepsi hastalarının demografik ve klinik bulguları. *Epilepsi*, 18, 13-18.
- Uçar, M. (2008). *Hepimiz için A'dan Z'ye İlk yardım*. Atlas Kitapçılık.
- Umur, Y. F. (2012). İlk Yardım. *TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İkinci Baskı, İstanbul: Nakış Ofset*.
- Uysal, S.,& Ercan, T. (2005). Epilepsi, spor, psikososyal yaşam. *Türk Pediatri Arşivi*, 40, 68-71.
- Üçer, H., Sucaklı, M. H., Çelik, M., & Keten, H. S. S. (2016). İlkokul öğretmenlerinin epilepsi konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Çukurova Med J*, 41(3), 491-497.

- Yaman, S., Arıkan, D., Çelebioğlu, A., Özyazıcıoğlu, N., & Güdücü, F. Öğretmenlerin Epilepsiye İlişkin Bilgileri ve Davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1).
- Yapıcı, Z., Topaloğlu-tektürk, P., & Uludüz, D. (2014). Çocukluk çağının semptomatik nöbetleri.
- Yeni, K., Tülek, Z., & Bebek, N. (2020). Epilepsi Özyönetim Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 26(1).
- Yurumez, Y., Yavuz, Y., Sağlam, H., Köken, R., & Tunay, K. (2007). Evaluation of the level of knowledge of first aid and basic life support of the educators working in preschools. *Academic emergency medicine journal*, 5(3), 17-20.
- Zupec- Kania, B. A.,& Spellman, E. (2008). An overview of the ketogenic diet for pediatric epilepsy. *Nutrition in Clinical Practice*, 23(6), 589-596.

EKLER

1. Epilepsi Bilgi Düzeyi Ölçeği.

Bu anket formu Antrenörler, Beden Eğitimi Öğretmen ve öğrencilerinin epilepsi bilgi düzeyini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde demografik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise sizlerin epilepsili bireylere hastalıkları anındaki tutum ve davranışlarınızı belirlenmeye çalışılacaktır.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Hasan Hüseyin EVCI

I. DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyet

- a) Erkek b) Kadın

2. Medeni Durumunuz

- a) Evli b) Bekar

3. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

- a) Yalnız b) Sadece eşinizle c) Eş ve çocuklar d) Anne ve baba e) Diğer

4. Eğitim düzeyiniz?

- a) İlköğretim b) Lise c) Yüksek okul veya üniversite d) Lisansüstü

5. Branşınız

.....

6. Şu an yaşadığınız yer?

- a) Köy b) Kasaba c) Şehir d) Büyükşehir

7. Meslekte çalıştığınız süre nedir?

- a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl arası c) 5-10 yıl d) 11 yıl ve üzeri

8. Epilepsi hakkında bilgi edinme kaynakları olarak hangisini kullanıyorsunuz?

- a) Televizyon
b) Kitap
c) İnternet
d) Gazete-Dergi
e) Cevreden
f) Yakınımdan
g) Doktordan

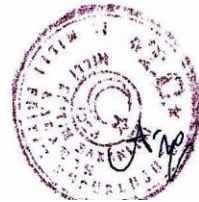
9. Epilepsi nöbeti geçiren biriyle daha önce kaç kez karşılaştınız?

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri e) hiç

10. Karşılaştı iseniz kaç kez müdahalede bulundunuz?

11. İlk yardım eğitimi aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır



EPİLEPSİ BİLGİ DÜZEYİ SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi/hangileri epilepsi (Sara) hastalığının belirtisidir?
 - a) Bayılma bilinç kaybı
 - b) Kollarda, bacaklarda ya da vücutta kasılma
 - c) Yalanma ve/veya bir noktaya sabit bakma
 - d) Hepsi
2. Aşağıdakilerden hangisi/hangileri Epilepsi (Sara) hastalığının belirtisidir?
 - a) İdrar kaçırma
 - b) Nobetten sonra bir şey hatırlamama
 - c) Ağızdan salya ve tükürük akması
 - d) Hepsi
3. Aşağıdakilerden hangisi/hangileri Epilepsi (Sara) hastalığına neden olabilir?
 - a) Kafa travmaları
 - b) Beyin tümörleri
 - c) Beyindeki bazı damar ve enfeksiyon hastalıkları
 - d) Anne karnında geçirilen bazı enfeksiyonlar
 - e) Hepsi
4. Epilepsi hastalığının tedavisi var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Bilmiyorum
5. Epilepsi kalıtsal bir hastalık mıdır?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Bilmiyorum
6. Epilepsi hastalığı omur boyu sürer mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Bilmiyorum
7. Epilepsi hastası bilincini kaybetmeden nöbet geçirebilir mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Bilmiyorum
8. Aşağıdakilerden hangisi Epilepsi (Sara) nöbetinde yapılan ilkyardım uygulamalarından biridir?
 - a) Hasta bir yerini çarpmasın diye gerekirse bağlanmalıdır
 - b) Hastanın kendine gelmesi için kolonya koklatılır
 - c) Kilitlenmiş çene açılır
 - d) Kriz kendi sürecini tamamlamaya bırakılır
9. Epilepsi (Sara) nöbetiyle ilgili yazılanlardan hangisi yanlıştır?
 - a) Uzun süreli açlık, uykusuzluk, aşırı yorgunluk sara krizinin ortaya çıkmasına neden olabilir
 - b) Hastada normalde olmayan kokuları alma, adale kasılmaları gibi on belirtiler oluşur
 - c) Sara hastaları kriz geçirirken kendilerini koruyarak yere düşerler
 - d) Bazen hasta bağırır şiddetli ve ani bir şekilde bilincini kaybeder
10. Epilepsi 'de hastayı hangi pozisyona getirmek uygundur?
 - a) Yavaşça yüzüstü
 - b) Yavaşça oturur pozisyon
 - c) Yavaşça ayağa kaldırmak gerekir
 - d) Yavaşça yan pozisyon verilmelidir



2. Karaman İl Milli Eğitim Müdürlüğü izin belgesi.



T.C.
KARAMAN VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 99371540-44-E.19349501
Konu : Anket İzni

16/10/2018

VALİLİK MAKAMINA
KARAMAN

İlgi : a) Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesinin 27.09.2018 tarih ve 25819 sayılı yazısı.
b) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 22/08/2017 tarih ve 2012/25 sayılı genelgeleri.

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi 170481101 numaralı Hasan Hüseyin EVCİ'nin "**Ortaöğretimde Görev Yapan Beden Eğitimi ve Öğretmenlerinin Epilepsi Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi**" konulu tezi ile ilgili olarak merkez ve ilçelerde bulunan bakanlığımıza bağlı özel ve resmi tüm okullarda çalışma yapma isteği belirtilmiştir.

Söz konusu proje çalışması komisyonumuzca incelenmiştir ve projenin Müdürlüğümüze bağlı okullarımızda görev yapan beden eğitimi ve sınıf öğretmenlerine anket uygulanmasında herhangi bir sakınca görülmemiştir. Anket inceleme komisyonunca onaylanmış ve isteğe bağlı olarak anket uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Mevlüt KUNTOĞLU
İl Milli Eğitim Müdürü

OLUR
16/10/2018

Mehmet GÖZE
Vali a.
Vali Yardımcısı V.

Sakabaşı Mh.Yeni Hükümet Konağı C BLKARAMAN

Bilgi İçin :M.NUR

Web : <http://karaman.meb.gov.tr>

Telefon : (0 338) 213 16 66 / 178 Fax : (0 338) 212 27 83

e-mail : strateji70@meb.gov.tr

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden b8e5-9d56-3ab2-b49d-14fc kodu ile teyit edilebilir.

