



**T.C.  
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EPİLEPSİ HASTALARINDA YORGUNLUK VE UYKU  
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YASEMİN ZEYREK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**SIVAS-2019**

**T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EPİLEPSİ HASTALARINDA YORGUNLUK VE UYKU  
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YASEMİN ZEYREK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU**

**SİVAS-2019**

**“Epilepsi Hastalarında Yorgunluk Ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi”** adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **İç Hastalıkları Hemşireliği** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Prof.Dr. Hatice TEL AYDIN

Üye (Danışman) Prof.Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

Üye Doç.Dr. Sevilay HİNTİSTAN

ONAY

Bu tez çalışması, .....tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmamın hazırlanma sürecinde bilgi, deneyim, düşünce ve önerileri ile bana yol gösteren, elinden gelen her türlü desteği sağlayan, kıymetli vaktini harcayan saygıdeğer danışman hocam Prof.Dr. Mukadder MOLLAOĞLU'na,

Yüksek Lisans tez çalışmamın veri toplama araçlarının uygulanması sürecinde, bana destek olan, emeğini esirgemeyen, muayene odasını benimle paylaşan değerli hocam Dr.Öğretim Üyesi Burhanettin ÇİĞDEM'e,

Hayatımın her alanında olduğu gibi tez çalışmam boyunca bana güvenip destek olan, anlayış gösteren, varlığıyla bana her zaman güç veren sevgili eşim Kadir ZEYREK'e ve hayatıma renk katan çocuklarım Cafer Yağız ve Aybüke ZEYREK'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

## ÖZET

### EPİLEPSİ HASTALARINDA YORGUNLUK VE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yasemin ZEYREK

Yüksek Lisans Tezi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

2019, 76+xi sayfa

Bu araştırma, epilepsi hastalarının yorgunluk ve uyku kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne başvuran 291 epilepsi hastası oluşturmuştur. Örneklem gücü analizi yapılarak ( 0.95 testin gücü ile 0.05 hata payı ve 0.95 güven) 166 hasta alınmıştır. Araştırma 15 Aralık 2017 – 15 Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmada verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) kullanılmıştır.

Yorgunluk durumuna yönelik tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, ortalamanın  $4.44 \pm 1.72$  olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet ve nöbet sıklığı ile yorgunluk arasında anlamlı ilişki bulunurken; eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, medeni durum, epilepsi nöbetinin tipi - zamanı, ilaç kullanımı, epilepsi dışında başka hastalığın olması ile arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

PUKİ algısına yönelik tanımlayıcı bulgular incelendiğinde, ortalama  $13.05 \pm 4.35$  olarak tespit edilmiştir. Cinsiyet, medeni durum, nöbet sıklığı, epilepsi dışında hastalığın olması ve ilaç kullanımı ile uyku arasındaki ilişki anlamlı bulunurken; eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, epilepsi nöbet tipi - zamanı arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur.

Sonuç olarak, epilepsi hastalarında yorgunluk ve uyku kalitesinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Uyku ve yorgunluk durumları arasındaki ilişki pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ( $p < 0.05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Epilepsi, Yorgunluk, Uyku Kalitesi.

## **ABSTRACT**

### **EVALUATION OF FATIGUE AND SLEEP QUALITY IN EPILEPSY**

#### **PATIENTS**

Yasemin ZEYREK

Master Thesis

Department of InternalDiseasesNursing

Supervisor: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

2019, 74+xi pages

This research was conducted as descriptive research in order to evaluate the fatigue and sleep quality of epilepsy patients.

The study population consisted of 291 epilepsy patients who applied to Sivas Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital Neurology outpatient clinic. A sampling power analysis (0.05 error margins of 0.95 test and 0.95 confidence) was performed on 166 patients. The research was conducted between 15 December 2017 - 15 May 2018.

Data were collected using the Patient Information Form, Fatigue Severity Scale (FSS), Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI).

When the descriptive statistics for fatigue status were examined, it was found that the mean was  $4.44 \pm 1.72$ . There was a significant relationship between gender and seizure frequency and fatigue; No significant relationship was found between education level, employment status, income level, marital status, type - time of epilepsy seizure, drug use, presence of any other disease except epilepsy.

When the descriptive findings about the PSQI perception were examined, the mean was found to be  $13.05 \pm 4.35$ . Gender, marital status, frequency of seizures, presence of disease other than epilepsy, and the relationship between sleep and drug use were found significant; The relationship between education level, working status, income level, epilepsy seizure type - time was meaningless.

In conclusion, fatigue and sleep quality were found to be low in epilepsy patients. The relationship between sleep and fatigue was positive and statistically significant ( $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Epilepsy, Fatigue, Sleep Quality.





# İÇİNDEKİLER

|   | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| <b>TEŞEKKÜR</b> .....   | <b>iv</b>       |
| <b>ÖZET</b> .....   | <b>v</b>        |
| <b>ABSTRACT</b> .....   | <b>vi</b>       |
| <b>İÇİNDEKİLER</b> .....                                      | <b>viii</b>     |
| <b>TABLolar DİZİNİ</b> .....                                  | <b>x</b>        |
| <b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....                               | <b>xi</b>       |
| <b>1. GİRİŞ</b> .....   | <b>1</b>        |
| <b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....                                | <b>5</b>        |
| 2.1. Epilepsi Kavramı.....                                    | 5               |
| 2.1.1. Tanımı .....   | 5               |
| 2.1.2. Etiyolojisi .....                                      | 7               |
| 2.1.3. Epilepsi Çeşitleri .....                               | 7               |
| 2.1.3. Tedavisi .....   | 14              |
| 2.1.4. Hemşirelik Bakımı .....                                | 18              |
| 2.2. Yorgunluk ve Epilepsi .....                              | 19              |
| 2.2.1. Yorgunluk Kavramı.....                                 | 19              |
| 2.2.2. Epilepsi Hastalarında Yorgunluk .....                  | 20              |
| 2.2.3. Epilepside Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı .....        | 21              |
| 2.3. Uyku ve Epilepsi .....                                   | 22              |
| 2.3.1. Uyku Kavramı .....                                     | 22              |
| 2.3.2. Uyku Fizyolojisi .....                                 | 22              |
| 2.3.3. Uyku Bozuklukları ve Epilepsi .....                    | 24              |
| 2.3.3.1. Obstrüktif Uyku Apnesi (OUA) ve Epilepsi .....       | 25              |
| 2.3.3.2. Parasomniler ve Epilepsi .....                       | 26              |
| 2.3.3.3. İnsomni ve Epilepsi .....                            | 27              |
| 2.3.3.4. Sirkadiyan Ritim Uyku Bozuklukları ve Epilepsi ..... | 28              |
| 2.3.4. Epilepside Uyku ve Hemşirelik Bakımı .....             | 28              |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....                               | <b>31</b>       |
| 3.1. Araştırmanın Tipi .....                                  | 31              |
| 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....                   | 31              |
| 3.3. Araştırmaya Alınacak Hasta Seçim Ölçütleri .....         | 31              |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.4. Veri Toplama Araçları .....   | 31        |
| 3.4.1. Hasta Bilgi Formu (EK-I).....   | 31        |
| 3.4.2. Yorgunluk Şiddet Ölçeği (Fatigue Severity Scale-FSS) (EK-II) .....  | 32        |
| 3.4.3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ( Ek-III) .....  | 32        |
| 3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....   | 32        |
| 3.6. İstatistiksel Analiz.....   | 33        |
| <b>4. BULGULAR.....</b>  | <b>34</b> |
| 4.1. Hasta Bilgilerine İlişkin İstatistikler .....   | 34        |
| Yorgunluk Durumuna Yönelik Bulgular .....  | 36        |
| Uyku Durumuna Yönelik Bulgular.....  | 38        |
| Uyku ve Yorgunluk Arasındaki İlişki.....   | 41        |
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>  | <b>42</b> |
| 5.1. Epilepsi Hastalarında Yorgunluğa Yönelik Bulguların Tartışılması .....  | 42        |
| 5.2.Epilepsi Hastalarında Uyku Kalitesine Yönelik Bulguların Tartışılması .....                                    | 43        |
| 5.3. Epilepsi Hastalarında Yorgunluk ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkiye<br>Yönelik Bulguların Tartışılması ..... | 46        |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>   | <b>48</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR .....</b>  | <b>51</b> |
| Ek-1. Hasta Bilgi Formu .....  | 64        |
| Ek-2. Yorgunluk Şiddet Ölçeği.....   | 66        |
| Ek-3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi .....  | 67        |
| Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu .....  | 70        |
| Ek-5. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar<br>Etik Kurulu Karar Formu .....        | 73        |
| Ek-6. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Karar Formu.....                                      | 75        |
| <b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>  | <b>76</b> |

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 2.1.</b> ILAE 2017 Epilepsi Nöbetleri Sınıflandırılması .....                                       | 6  |
| <b>Tablo 4.1.</b> Epilepsi Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....                             | 34 |
| <b>Tablo 4.2.</b> Epilepsi Hastalarının Klinik Özelliklerinin Dağılımı .....                                 | 35 |
| <b>Tablo 4.3.</b> Epilepsi Hastalarının Yorgunluk Puan Ortalamaları .....                                    | 36 |
| <b>Tablo 4.4.</b> Epilepsi Hastalarının Demografik Özelliklere Göre Yorgunluk Puan Ortalamaları .....        | 36 |
| <b>Tablo 4.5.</b> Epilepsi Hastalarının Klinik Özelliklerine Göre Yorgunluk Puan Ortalamaları .....          | 37 |
| <b>Tablo 4.6.</b> Epilepsi Hastalarının PUKİ Puan Ortalamaları .....   | 38 |
| <b>Tablo 4.7.</b> Epilepsi Hastalarının Demografik Özelliklere Göre PUKİ Puan Ortalamaları .....             | 39 |
| <b>Tablo 4.8.</b> Epilepsi Hastalarının Klinik Özelliklere Göre PUKİ Puan Ortalamaları .....                 | 40 |
| <b>Tablo 4.9.</b> Epilepsi Hastalarının Yorgunluk Puan Ortalamaları ve PUKİ Puan Ortalamaları İlişkisi ..... | 41 |

## KISALTMALAR DİZİNİ

|              |  |
|--------------|--|
| <b>AASM</b>  | American Academy of Sleep Medicine (Amerikan Uyku Tıp Akademisi)                         |
| <b>BMEI</b>  | Süt Çocuğunun Benign Miyoklonik Epilepsisi   |
| <b>CPAP</b>  | Continuous Positive Airway Pressure Treatment (Sürekli Pozitif Havayolu Basınç Tedavisi) |
| <b>ÇAEE</b>  | Çocukluk Çağı Absans Epilepsisi  |
| <b>EEG</b>   | Elektroensefalografi   |
| <b>ESNA</b>  | Epilepsy Specialist Nursing Association (Epilepsi Uzmanlık Hemşireliği Derneği)          |
| <b>FLE</b>   | Frontal Lop Epilepsileri   |
| <b>FSS</b>   | Yorgunluk Şiddet Ölçeği  |
| <b>ILAE</b>  | International League Against (Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği)                   |
| <b>İJE</b>   | İdiyopatik Jeneralize Epilepsi   |
| <b>JAE</b>   | Juvenil Absans Epilepsisi  |
| <b>JME</b>   | Juvenil Miyoklonik Epilepsisi  |
| <b>JTKN</b>  | Jeneralize Tonik-Klonik Nöbetler   |
| <b>KYS</b>   | Kronik Yorgunluk Sendromu  |
| <b>LTLE</b>  | Lateral (Neokortikal) Temporal Lop Epilepsisi  |
| <b>NFLE</b>  | Nokturnal Frontal Lop Epilepsisi   |
| <b>NREM</b>  | 'Non-rapid eye movement'   |
| <b>OUA</b>   | Obstrüktif Uyku Apnesi   |
| <b>OUAS</b>  | Obstrüktif Uyku Apne Sendromu  |
| <b>PUKİ</b>  | Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi  |
| <b>PSG</b>   | Polisomnografi   |
| <b>RDB</b>   | Uyku Davranış Bozukluğu  |
| <b>REM</b>   | 'Rapid eye movement'   |
| <b>SUDEP</b> | 'Sudden Unexpected Death in Epilepsy' (Epilepside Beklenmeyen Ani Ölüm)                  |
| <b>TLE</b>   | Temporal Lop Epilepsisi  |
| <b>VNS</b>   | Vagus Nerve Stimulation (Vagus Sinir Stimülasyonu)                                       |

# 1. GİRİŞ

Epilepsi; kortikal nöronlar kapsamında şiddetli ve olağandışı elektriksel deşarj neticesinde açığa çıkan yineleyici, ani, tanımlanabilen bir olayla birlikte tetiklenmemiş epilepsi nöbetleriyle ele alınan bir rahatsızlıktır (Bora ve ark., 2008). Bulunan topluluğa bağlı olarak epilepsi insidansı farklılık göstermekle birlikte çoğunlukla yıl içinde 20-50/100.000 olarak ifade edilmektedir. Bununla birlikte aktif epilepsi prevalansının 4-10/1000 olduğu belirtilmektedir (Baykan ve ark., 2010). Epilepsi insidansının en fazla rastlandığı iki süreç hayatın ilk yılı ile 60 yaş sonrasındaki dönemdir. Yetişkinlerde beyin rahatsızlıklarından sonra ikinci sırada yer almakla birlikte çocukluk ile ergenlik döneminde en fazla rastlanan hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (Akdağ ve ark., 2016).

Yapısal olarak kronik nitelik sergileyen epilepsi, hayatın önemli bir bölümüne etki etmekte; entelektüel, fiziksel, ruhsal ve sosyal hayatta önem arz eden problemleri açığa çıkarmakta ve bireylerin günlük faaliyetlerinde travmatik farklılıklar ortaya çıkarmaktadır (Mollaoğlu ve ark., 2001; Tülek 2013). Yorgunluk, epileptik hastalarda sık görülen bir şikayettir. Hamelin ve ark. (2011) yapmış olduğu çalışmada, epileptik hastalarda epilepsi tipine, nöbet sıklığına ve antiepileptik ilaç sayısına bakılmaksızın yüksek kronik yorgunluk elde etmişlerdir. Lizbeth Hernandez-Ronquillo ve ark. (2010) yapmış olduğu araştırmada, epilepsi hastalarının yorgunluk skorlarının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek çıktığı belirlenmiştir. Yorgunluğun birey üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yönlerden pek çok yıkıcı etkileri vardır. Hastalar tarafından halsizlik, bitkinlik, tükenmişlik, ağırlık hissi, çabuk yorulma, yavaşlama, enerji azlığı ya da yokluğu, uyuşukluk, dermansızlık gibi kelimelerle tanımlanabilen yorgunluk, bireyin günlük aktiviteleri ile birlikte mesleki yaşamını, aile ve arkadaşlık ilişkilerini, cinsel yaşamlarını ve tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Hamelin ve ark., 2011). Bunun yanında yorgunluk, bireylerin fiziksel yeterliliklerini azaltıp, bağımlılık düzeylerini arttırarak, birey ve aileyi ekonomik olarak yıpratmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Tuncay 2018). Hastalığın nöbetler ile seyrediyor olması bireylerin sosyal yaşantısını olumsuz yönde etkilemektedir (Oto ve ark., 2004). Yinelenen nöbetler hastaların iş ve eğitim yaşamlarını, aile kurabilmelerini, toplumsal ilişkilerini oldukça güçleştirmektedir (Mollaoğlu ve ark., 2001; Saraçoğlu 2013). Epilepsi olan kişilerin toplumsal yaşamda genel olarak dışlanmaya maruz kaldıkları

gözlemlenmektedir (Demirci ve ark., 2007). Sosyal yaşamda insanların negatif davranışları, ön yargılı tutumları sebebiyle pek çok epilepsi hastası hastalığını saklamayı tercih etmektedir. Epilepsi hastaları genel olarak nöbetler arası süre fazla bile olsa devamlı olarak nöbet geçirme korkusu içinde olmakta (Fisher ve ark., 2000; Mollaoğlu ve ark., 2013) ve insanlar tarafından damgalanmaktan, dışlanmaktan korkmaktadırlar (Görgülü ve Fesci, 2011). Epilepsi hastası bireyler ile onların ailelerinde; epilepsinin tam bilinmeyen yapısı, epilepsinin prognozu, beyin işlevlerinin bozulması, antikonvülsan ilaçları yan etkileri ve ilerleyen dönemdeki yaşama tesir etmesi (kariyer, evlilik vb.) gibi olaylar ruhsal yüke ve strese sebep olmaktadır (İpek 2013; Mollaoğlu ve ark., 2001). Epilepsi hastalarının; özgürlükleri ile sağlıklarını tamamen yitirdiklerini düşünmeleri, ölüm korkusu ile karşı karşıya gelmelerine ve epilepsinin kronik olması kronik veya akut stres yaşamalarına sebep olabilmektedir (Görgülü ve Fesci, 2011).

Epilepsinin etkilediği günlük yaşam faaliyetlerinden bir tanesi de uyku sürecidir. Günlük hayatta, ruhsal ve fiziksel sağlığın korunması açısından uyku önemli gereksinimlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Karadağ 2007). Epilepsi interiktal epileptik aktive ve nöbetlerin açığa çıkması ile uykunun bozulmasına sebep olmakta ve sık nokturnal nöbetler uyku bölünmesi yaparak uyku düzeninin farklılaşmasına neden olmaktadır (İsmayılova 2014). İsmayılova'nın da belirttiği gibi; Back'in (1890) yapmış olduğu çalışmada, epilepsi hastalarının uykularının daha hafif olduğunu ve uykuya zor daldıklarını ifade etmiştir. Janz 1962 yılında yaptığı çalışmalarda, gündüz nöbet geçiren hastaların gece uykuya dalmakta zorlandıklarını, NREM evre 1-2'de yükselme ile NREM evre 3-4'de düşme olduğunu gözlemlemiştir (İsmayılova 2014). Farklı araştırmalarda da NREM uyku sırasında temporal lob nöbetlerin fazlaştığı, REM uykusunda azalmaların olduğu söylenmektedir (Crespel ve ark., 1998; Shouse ve ark., 1996). Crespel ve arkadaşlarının belirttiği gibi; Weiser 1984'te temporal lobdan köken alan epileptiform deşarjların ilk uyku siklusunda, pariyetal ve frontal kökenli deşarjların ise değişik siklusların NREM evresinde çıkabildiğini göstermektedir. Sekonder jeneralize nöbetlerin genellikle NREM'de geliştiği gösterilmiştir (Crespel ve ark., 1998). Temporal lob kaynaklı nöbetlerin %19'unda, ekstraporal lob kaynaklı nöbetlerinse %41'nin uyku sürecinde ortaya çıktığı görülmüştür (Pavlova ve ark., 2004). Bununla birlikte temporal lob epilepsisi olan hastalarda ekstraporal nöbetleri olan hastalara oranla uyku düzeninin oldukça değiştiği ve nöbet görülen gecelerde

nöbetin görülmediği gecelere göre uyku yapısında bozulmanın olduğu belirtilmiştir (Bazil 2003).

Epilepsi hastalığı sürecinde epileptik deşarjlar ile nokturnal nöbetler uykunun devam ettirilmesi ile düzenlenmesinde etkili olmaktadır. Uyku sürecinde yinelenen ve jeneralize parsiyel nöbetler total uyku süresini etkilemekte, REM yüzdesini yarı yarıya düşürerek uyku bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Touchon ve ark., 1991). Nöbet oluşumu beynin nörokimyasal dengesinde akut değişiklikler yaratarak, uyku ve uyanma ile ilişkili semptomları ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Alan ve ark., 1998). İsmayılova (2014) epilepsi hastalarında yapmış olduğu çalışmada; Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksini kullanarak hastaların uyku kalitesini değerlendirmiştir. Araştırma sonucunda hastaların %30'unda, kontrol grubunun %16'sında uyku kalitesinin kötü olduğunu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu belirlemiştir.

Epilepsi hastalarının uyku sürecine etki eden etmenlerden bir tanesi de antiepileptik ilaçların yan etkileridir. Yararlanılan ilaçlar beyine etki ederek uyanıklık ile uyku evrelerinin bozulmasına neden olmaktadır (Durna ve ark., 2014). Antiepileptik ilaçların sebep olduğu bir diğer etki de yorgunluktur (Alan ve ark., 1998). Salinsky ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan bir araştırmada; karbamazepin, valproik asit, fenitoin, ve fenobarbitalinin sersemlik hissine sebep olduğu ortaya konulmuştur. Fenitoin, fenobarbital ve karbamazepinin REM uykusunun baskılanmasına sebep olduğu (Wolf ve ark., 1984; Decklerk 1991), karbamazepinin REM uykusunun süresini azalttığı ve evre kaymalarına neden olduğu ortaya koyulmuştur (Gigli ve ark., 1997). Tüm bu bulgular değerlendirildiğinde; epilepsi hastalarında sıklıkla uyku problemlerinin yaşandığı ve yaşanan uyku sorunları, nöbet öyküleri, kullanılan antiepileptik ilaçlar ve hastalığın getirdiği farklı yüklerden dolayı çeşitli düzeylerde yorgunluk yaşandığı söylenebilir. Uyku bozuklukları ve yorgunluk semptomu, bireyin günlük yaşam aktivitelerini önemli düzeyde etkileyen ve çözümünde planlı hemşirelik müdahalelerini gerektiren durumlardır.

Kronik hastalıklarda yaygın olarak görülen yorgunluk ve uyku sorunlarına yönelik çalışmalar yapılmakla birlikte, epilepside bu sorunların birey üzerindeki etkisini araştıran sınırlı çalışmalar bulunmaktadır. Epilepsi hastalarının yaşadığı önemli sorunlar arasında yorgunluk ve uyku kalitesinde kötüleşme, çeşitli yöntemlere rağmen önlenmesi ve kontrol altına alınması bazen mümkün olamamaktadır. Hastalar

deneyimledikleri bu durumlar nedeni ile biyopsikososyal alanlarda sorunlar yaşamakta, günlük yaşam aktivitelerinde ve bireysel bakımlarında yetersizliklere maruz kalmaktadırlar (İsmayılova, 2014; Durna ve ark., 2014). Yorgunluk ve uyku bozuklukları bireylerin iş gücü kaybına ve iş terklerine yol açmaktadır. Bu nedenle bireyin yaşam kalitesi ve yaşam sürecini olumsuz yönde etkilenmektedir (Fisher ve ark., 2000).

Bu bağlamda, epilepsi hastalarında yorgunluk ve uyku kalitesinde etkilenme durumunun belirlenmesi ve çıkan sonuçlar doğrultusunda epilepsi hastalarına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmesi açısından oldukça önemlidir.





## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Epilepsi Kavramı**

Epilepsi, kendini kişilerde bazı ataklarla gösteren kronik hastalık durumu olarak ele alınmaktadır. Bu bölümde bu kavramın tanımı, etiyojisi, çeşitleri, tedavisi ve hemşirelik bakımı konularına yer verilecektir.

#### **2.1.1. Tanımı**

Epilepsi, provake olmayan ve tekrarlayan, bu açıdan metabolik bir bozukluk benzeri sebeplerle ortaya çıkmayan kendini nöbetlerle gösteren bir durumdur. Epilepsi kavramı Yunanca bir kelime olan “Epilambanien” kelimesinden türemiş olup, anlamsal açıdan “tutma” ya da “ele geçirme” anlamlarına gelmektedir. Geçmiş dönemlerde epilepsi şeytani ruh ve inançlarla ifade edilmiştir. Bununla birlikte antik çağda M.Ö. 5. yüzyılda Hipokrat, epilepsiyi bilimsel eserinde “Kutsal Hastalık” olarak ifade etmiştir. Geçmişte bireyler epilepsi nöbetlerinin tanrılar veya kötü ruhlarca yapıldığını düşünürlerdi. Ayrıca yunan hekimlerinden biri olan Galen, epilepsi ataklarının ve hastalığının ayın kontrolünde olduğunu ifade etmiş ve bu durum yunanlıların epilepsi hastalarını “lunatic” olarak isimlendirmesine sebep olmuştur. Söz konusu dönemlerde epilepsi hastalığı, kötü ruhların uzaklaştırılmasına yönelik büyüler ve ayinlerle tedavi edilmeye çalışılmıştır (Riva ve ark., 2011).

Epilepsi, santral sinir sisteminde belli işlevleri yerine getirmekte olan nöronların artan tetiklenebilirliğinden dolayı olağandışı, ani ve eş zamanlı deşarji ortaya çıkan ve söz konusu nöronların psikolojik ya da somatik fonksiyonları ile ilgili yineleyici ve geçici bozukluklar olarak ifade edilen nörolojik bir hastalıktır (Görgülü ve Fesci, 2011:27). Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (International League Against Epilepsy (ILAE) epilepsi kavramını, iki nöbet arasında en az 24 saat olmak üzere, en az iki tetikleyicisiz nöbetin görülmesi hali olarak ifade etmektedir (ILAE, 2017). Epilepsi, farklı etiyojistik sebepler neticesinde açığa çıkan, tekrarlayan bazı durumlarda kendiliğinden görülen, nöbetlerle kendini gösteren bir rahatsızlık olarak ifade edilmektedir (Üçer ve ark., 2016). Bir diğer tanım da epilepsi; nörofizyolojik tesirleriyle birlikte sosyal ve ruhsal boyutları olan süregen bir hastalık olarak tanımlanmıştır (Yücel ve ark., 2009:258).

Epilepsi nöbetleri ilk defa 1969 yılında ILAE tarafından sınıflandırılmıştır. Söz konusu bu sınıflandırma geliştirilerek 1981 yılından tekrar düzenlenmiştir. Bunu izleyen süreç içerisinde ILAE 1989 yılında epileptik sendromların hepsini bir araya getiren bir sınıflama ortaya koymuştur. Günümüzde sınıflandırmanın değiştirilmesiyle ilgili olarak görüşler bulunmaktadır (Berg ve ark., 2010). Bununla birlikte 2017 yılında ILAE yeni bir sınıflama yayınlamıştır. Bu sınıflamaya Tablo 2.1’de yer verilmiştir.

**Tablo 2.1. ILAE 2017 Epilepsi Nöbetleri Sınıflandırılması<sup>1</sup>**

|   |
|---|
| <b>Fokal Başlangıçlı</b>  |
| Farkındalık – Engellenen Farkındalık  |
| Motor Başlangıçlı <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otomatizmler</li> <li>• Atonik<sup>1</sup></li> <li>• Klonik</li> <li>• Epileptik spazmlar<sup>1</sup></li> <li>• Hiperkinetik</li> <li>• Miyoklonik</li> <li>• Tonik</li> </ul> Motor Başlangıçlı Olmayan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otonom</li> <li>• Davranış tutukluğu</li> <li>• Bilişsel</li> <li>• Duygusal</li> <li>• Duyusal</li> </ul>   |
| İkili odaklı tonik-klonik   |
| <b>Jeneralize Başlangıç</b>   |
| Motor <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tonik-klonik</li> <li>• Klonik</li> <li>• Tonic</li> <li>• Miyoklonik</li> <li>• Miyoklonik- tonik-klonik</li> <li>• Miyoklonik- atonik</li> <li>• Atonik</li> <li>• Epileptik spazmlar<sup>2</sup></li> </ul> Motor Olmayan (Absans) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipik</li> <li>• Atipik</li> <li>• Miyoklonik</li> <li>• Göz kapağı miyoklonikleri</li> </ul> |
| <b>Bilinmeyen Başlangıçlı</b>   |
| Motor <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tonik-klonik</li> <li>• Epileptik spasm</li> </ul> Motor Olmayan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Davranış tutukluğu</li> </ul>  |
| <b>Sınıflandırılmayan<sup>2</sup></b>   |

<sup>1</sup>Bunlar bilinç değişikliği ve bilinç değişikliği olmadan odak veya genelleştirilmiş olabilir.

<sup>2</sup> Diğer kategori yerleştirilememesi veya yeterli bilgi olmayışı sebebiyle sınıflama yapılamamıştır.

Kaynak: ILAE, 2017.

### 2.1.2. Etiyolojisi

Epilepside etiyoloji üç kapsamda ele alınmaktadır. Bunlar (Ayaz ve ark., 2016);

- Semptomatik epilepsi,
- İdiyopatik epilepsi,
- Kriptojenik epilepsi.

İdiyopatik sendromları çoğunlukla farklı bir nörolojik fonksiyon bozukluğu izlememektedir. Bununla birlikte sebep gösterilebilecek patolojik bir problem olmamaktadır. Bu nedenle nörolojik görüntüleme ve muayeneler normal gözükmemektedir. Genel itibariyle genetik faktörler ön plandadır. Nöbet sayısı daha az olmakla birlikte tedaviye daha pozitif cevap vermektedir. Semptomatik epilepsi, genel itibariyle altta bir nörolojik hastalık bulunduğu epilepsi türüdür. Bu epilepsi türünde elektroensefalografinin (EEG) ana faaliyetlerinde bir yavaşlama söz konusu olmaktadır. Nöbetler; geçirilmiş kafa travması, bir santral sinir sistemi hastalığı, büyümekte olan tümör ve enfeksiyon gibi sebeplere dayalı ortaya çıkmaktadır. Hastalığın tedavisine verilen cevap parametrik olmaktadır. Kriptojenik epilepsi, nörolojik bir eksiklik ya da kognitif etkilenme ve edinsel bir sebep olması gerektiği düşünülmekte olan fakat sebebi belirlenemeyen epilepsiler açısından kullanılan bir kavramı ifade etmektedir (Simon, 2011).

Son dönemlerde yapılan araştırmalar neticesinde epilepsinin etiyolojik sınıflandırılması kapsamında şu terimlerin kullanılmaya başladığı görülmüştür (Simon, 2011);

- İdiyopatik yerine genetik
- Semptomatik yerine yapısal/metabolik
- Kriptojenik yerine bilinmeyen

### 2.1.3. Epilepsi Çeşitleri

İLAE tarafından sınıflandırılan epilepsi çeşitleri farklı özellikler gösterebilmektedir. Tablo 2.1’de gösterildiği gibi epilepsi fokal, jeneralize, bilinmeyen ve sınıflandırılmayan ana başlıklarında sınıflandırılmaktadır. Buna göre fokal epilepsiler şu şekildedir;

### *Temporal Lop Epilepsisi (TLE)*

Temporal lop nöbetleri başlangıç olarak aynı bölgeye bağlı olmalarına rağmen prognozu, etiyojisi, başlama yaşı ve tedaviye verdiği cevap gibi faktörler açısından farklılık göstermektedir. Tüm epilepsi vakalarının yaklaşık %30 ile %35 arasına denk gelmektedir. Temporal lop epilepsilerinde basit parsiyel nöbet, sekonder jeneralize tonik-klonik nöbet, kompleks parsiyel nöbet, sekonder jeneralize konvulsif status epileptikus ve fokal non-konvulsif status epileptikus görülebilmektedir. TLE'nin nöbet ilgili semptomları koku ve tat halüsinasyonları, işitsel ilizyonlar ya da halüsinasyonlar, tat ve koku halüsinasyonları ya da ilizyonları, artan epigastrik aurayı kapsamaktadır. TLE'nin en çok rastlanan semptomları, korku mesiyal ve epigastrik auradır. TLE'nin nesnel nöbetle ilgili semptomları çoğunlukla şuur bozukluğu ile birlikte açığa çıkmaktadır. İktal kusma, göz ve kafa deviasyonu, otomatizmalarla birlikte motor duraklama, distonik postür, göz kırpması ve tek taraflı iktal parezi gibi semptomlar bunlara dahil edilebilecektir (Freeman, 2008).

### *Mesial Temporal Lop Epilepsileri*

Mesial temporal lop epilepsileri hipokampal skleroz ya da bunun dışındaki etmenlere bağlı olarak açığa çıkmaktadır. TLE hastalarının yalnızca üçte ikisi hipokampal skleroz mesialli hastalardan meydana gelmektedir. Mesial TLE problemi olan hastalarda genel olarak beş yaşından evvel geçirilen hipoksi, travma, intrakranial enfeksiyon ve hipoksi gibi bir hikaye olmaktadır. Hastanın beş yaşından önce febril konvülsiyon durumuyla karşılaşmış olması, onun unilateral hipokampal atrofi ile karşılaşma riskine neden olmaktadır. Ancak bu durumdaki hastalar cerrahi tedaviye oldukça iyi yanıt verebilmektedir (Wieser, 2004).

Mesial temporal lop epilepsi nöbetlerinde, çoğunlukla pupillerin genişlemesi, dalma, bilinç değişikliği ve donma kalma gibi durumlar görülmektedir. Yalanma, dudak şapırdatma, diş gıcırdatma ve çiğneme biçiminde oral otomatizmalar; eşya toplama formlarında farklı el hareketlerine rastlanabilir, fakat bu semptomlar mesial temporal lop epilepsilerine özel durumlar değildir. Hipokampal skleroz sebebiyle görülen mesial temporal lop epilepsilerde EEG'de bir olağandışılık olmayabilir ya da yalnızca temporal bölgeler kapsamında bir yavaşlığa rastlanabilir. Bilateral bağımsız epileptiform deşarjlara hastalarda %40 rastlanabilmekte ve söz konusu bu hastaların yaklaşık olarak %80'inde nöbetlerin başlangıçları tek yönlü olmaktadır. Bu hastalar ise cerrahi tedaviye

oldukça pozitif tepki vermektedir (Alarcon ve ark., 2001). Nöbetlerle ilgili EEG fokal, biteral asimetrik ya da biteral simetrik başlangıç sergileyebilecektir. Basit parsiyel nöbetlerde genel olarak EEG normal sonuç göstermektedir (Alarcon ve ark., 2001).

#### *Lateral (Neokortikal) Temporal Lop Epilepsisi (LTLE)*

Lateral temporal lop epilepsisi, limbik epilepsi olmaktadır. Mesial TLE'den LTLE'i semiyolojik açıdan ayırt edebilmek pek mümkün olmamaktadır (Maillard ve ark., 2004). Erken çocukluk ve bebeklik döneminde geçirilen febril konvülsiyonun etkisi kısmi olarak düşük de olsa, doğum travması ve kafa travması, santral sinir sistemi enfeksiyonları mesial TLE'lere kıyasla daha fazla rastlanmaktadır. Kompleks auralar, görsel, işitsel vertijinöz LTLE'de daha fazla görülmektedir (Schulz ve ark., 2000). Mesial TLE'de benzer bir şekilde bilinç bozukluğu pek belirgin olmamaktadır (CE, 2000).

#### *Frontal Lop Epilepsileri (FLE)*

Frontal lop epilepsilerinin idiyopatik, semptomatik ve kriptojenik temelli olabilmesi mümkündür. Sinir sistemi cerrahilerinde hastaların üçte ikisinin semptomatik oldukları ortaya konulmuştur. EEG ve klinik bulgular ise genel olarak farklılık göstermektedir (Sinclair, Wheatley ve Snyder, 2004). Frontal lop epilepsilerinde motor semptomlara sık rastlanmaktadır. Kompleks parsiyel nöbet, basit parsiyel nöbet, sekonder jeneralize nöbetlerin birleşimi nöbetlere rastlanmaktadır. Oldukça farklılık arz etmekle birlikte klonik, tonik ve tonik-klonik motor semptomları tek kol ya da bacakta ve dört uzuvda birden olabilmektedir. Asimetrik tonik postür çoğunlukla rastlanan nöbet biçimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Nöbetler çoğunlukla hastaların uykusu sırasında görülmektedir. İlk olarak boşluk hissi, elektriklenme, baş ağrısı ve benzeri hisler beyan edilmektedir (Oxbury ve Polkey, 2000).

#### *Pariyetal Lop Epilepsisi*

Bu tip epilepsiye ender rastlanmaktadır. Bu açıdan tüm fokal epilepsilerin yaklaşık %6'sını pariyetal lop epilepsisi oluşturmaktadır. Bu epilepsi tipi idiyopatik, semptomatik ve kriptojenik biçimlerde ortaya çıkabilmektedir (Salanova ve ark., 1995). En bilinmekte olan sebebi kortikal gelişim anomalileridir. Bu hastalığa sahip kişilerin yaklaşık yarısında birden çok nöbet türüne rastlanmaktadır. Nöbet türlerinde sekonder jeneralize, kompleks parsiyel ve basit parsiyele rastlanmaktadır. Ancak en fazla rastlanani somatosensoriyel nöbetlerdir (Kim ve ark., 2004). Uyuşma, karıcanlanma,

iğnelenme, elektriklenme, ürperme, yanma gibi farklı ağrı, dizestik, parestetik duyuşsal belirtiler ifade edilmektedir. Somatik ilizyonlar ve beden şeklinde değişiklik bu epilepsi türünde ikincil en çok görülen belirtilerdir. Söz konusu belirtiler; ekstremite pozisyonu ile hareketinde bozulma, postürde bozulma, beden bölgesinin yabancılaşması veya yokluğu hissi, bedenin bir bölümünü yanlış algılama şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Nöbetle ilgili somatik ilizyonların inferior pariyetal lobul, non-dominant hemisfer ile postsantral girusu superior kısmından kaynaklı deşarjları ortaya çıkardığı düşünölmektedir. Pariyetal lop nöbetlerinde posterior pariyetal bölgeden kaynaklandığı tahmin edilen fantom ekstremite hissi ile iktal ekstemite agnozisi görölebilmektedir. Bununla birlikte inferior pariyetal bölge sebebiyle ortaya çıkan nöbetler kapsamında baş dönmesiyle ilgili auralar ifade edilmektedir. Jelastik nöbetlerin ise sağ pariyetal loptan kaynaklandığı ifade edilmektedir (Shin ve ark., 2006). Nöbetlerin dağılımları doğrultusunda klonik, frontal hipermotor ve tonik nöbetler; temporal loba yayılım doğrultusunda ise otomatizmalı temporal lop nöbetleri görölebilmektedir (Kim ve ark., 2004). Agrafi ile beraber akalkuli, aleksi benzeri lisan bozuklukları dominant temporopariyetal lop nöbetlerinde açığa çıkabilmektedir.

#### *Oksipital Lop Epilepsileri*

Bu epilepsi görsel uyarılar ya da gelişigüzel tetiklenen epilepsi türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Kriptojenik, idiyopatik ve semptomatik biçimde olabilirler. Semptomatik olanlarının her yaşta görölebilmesi mümkündür. Bununla birlikte idiyopatik olanlar ise çoğunlukla çocukluk döneminde başlamaktadır. Tüm epilepsi türlerinin yaklaşık %5 ile %10 arasını oluşturmaktadır (Kim ve ark., 2006). Özellikle okömotor ve görsel belirtilere sahiptir. Subjektif okuler belirtiler genel olarak okuler ağrıyı kapsamaktayken subjektif görsel belirtiler ise görsel ilizyonlar, halüsinasyonlar ve görme kaybını kapsamaktadır. Objektif okulomotor belirtileri nigtagmus ya da okuloklonik hareketler, gözlerin tonik deviasyonu, flutter ya da tekrarlayıcı göz kapatma biçimde olabilmektedir. Nöbetle ilgili en fazla rastlanan bulgusu ise basit görsel halüsinasyonlardır. Bu açıdan farklı noktalar ve renkler; toplar ve daireler; parlayan ve titreyen ışıklara sık rastlanmaktadır. Genel olarak temporal görme alanının yarısında ve epileptik odağın karşısında görölmektedir (Foldvary ve ark., 2001).

Buraya kadar anlatılanlar doğrultusunda fokal epilepsi türlerine yer verilmiştir. Jeneralize epilepsi tiplerinin ise şu şekilde ifade edilmeleri mümkündür;

### *Absans Nöbetleri*

Absans nöbetler türünde kısa süreli bilinç kaybı, EEG’de jeneralize diken dalgaların eşlik ettiği, yaşla ilgili nöbetler yer almaktadır (Hirsch, 2005). Atipik ve tipik olarak iki kolu bulunmaktadır. Tüm nöbet tiplerinin %10’undan azını meydana getirmekle birlikte erkeklere kıyasla kadınlarda daha fazla görülmektedir. Absans nöbetlerinde cevapsızlık, tamamen bilinç kaybı, motor aktivitenin durması ile bilincin ani bir şekilde açılmasıyla birlikte nöbetin son bulması söz konusu olmaktadır.

### *Miyoklonik Nöbetler*

Miyoklonik nöbetler değişken kas grupları ya da kasların ani, kısa süreli, istem dışı multipl ya da tek kontraksiyonları olarak kendini göstermektedir (Blume ve ark., 2001). Miyoklonik nöbetlerin kümeler ya da izole biçimde açığa çıkmakla birlikte ritmik bir düzen izlememektedir. Miyoklonik nöbetler yapısal açıdan patognomonik özellikte olmamaktadır. Bununla birlikte miyoklonik nöbetler pek çok epilepsi türü ile etkileşimli olabilmektedir.

### *Klonik Nöbetler*

Klonik nöbetler aynı kas gruplarını kapsayan, saniyede yaklaşık olarak 2-3 kez tekrarlanan, ritmik, tekrar eden miyoklonus olarak ifade edilmektedir (Blume ve ark., 2001). Yetişkin bireylere göre çocuklarda daha fazla rastlanmaktadır. Klonik nöbetler bir kas grubunda görülse de yüz, boyun ve ekstremiteler kaslarını da etkilemektedir. Klonik nöbetlerin jeneralize ya da fokal olması mümkündür. Klonik nöbetlerde bilinç değişiklikleri görülmektedir. Bununla birlikte klonik nöbetler başka bir epileptik sendromun etkisinde değildir (Selvitelli ve ark., 2009).

### *Tonik Nöbetler*

Tonik nöbetler, bir veya birkaç saniyeden bir dakikaya kadar devam eden kas kontraksiyonları olarak ifade edilmektedir (Blume ve ark., 2001). Otonom değişiklikler ve bilinç bozuklukları izlenebilmektedir. Tonik nöbetler başta ekstansör kasları tutmaktadır. Çoğunlukla hızlıca başlamakta ve hızlıca ilk duruma dönüş söz konusu olmaktadır. Hızlı göz hareketlerinin ve uykululuk olmadığı uyku hali NREM’de görülebilmektedir. Uyanıklık esnasında beklenmeyen düşmeler kişinin yaralanmasına neden olabilmektedir. Diffüz ensefalopatisi olan hastalarda tonik nöbetlere sık rastlanmaktadır (Bernard ve Maria, 2005).

### *Jeneralize Tonik-Klonik Nöbetler (JTKN)*

Bu nöbet türleri nonkonvülsif ya da jeneralize konvülsif nöbet tipi içerisinde ele alınmaktadır (Engel, 2001). JTKN'in kliniksel özellikleri beş süreçte gerçekleşir. Bu beş sürecin hepsi tüm nöbetlerde ya da aynı hastada görülmeyebilir. İlk süreç, nöbetin ortaya çıkacağını belli belirsiz hisle ortaya koyan önsezidir. İkinci süreç, tonik-klonik fazdan önce gelmektedir. Kısa klonik nöbetler ya da birkaç miyoklonik nöbetler ortaya çıkabilir. Üçüncü süreç, tonik süreç 10 veya 30 saniye arası devam eder, çoğunlukla siyanoz, apne, gaita inkontinansı ya da idrar, gözlerin yukarı deviasyonu ve midriyazis görülmektedir. Tonik süreçten dördüncü yani klonik süreç geçiş kademeli olarak gerçekleşmektedir. Saniyede ortalama olarak sekiz kasılma ortaya çıkmaktadır. Klonik sışramalar giderek şiddetlenir ve frekansı saniyede dörde iner. Bu süreçte idrar ve nadiren gaita inkontinansı görülebilmektedir. Beşinci süreçte hasta çoğunlukla cevapsız olmaktadır. Hasta kısa dönemde uyanabilmekte ve ardından uykuya dalabilmektedir. Hasta uyanık olsa bile letarjiktir.

### *Atonik Nöbetler*

Saf atonik nöbetlere oldukça az rastlanmakta ve yalnızca bir veya iki saniye devam eden ani tonus kaybı ile karakterize edilmektedir. Çoğunlukla hızlı bilinç kaybı ve hızla iyileşmeye rastlanmaktadır. Tonus kaybı kendini bir kas grubu ile sınırlı ya da beklenmedik, ani düşmeyle gösterebilmektedir. Bu açıdan düşüp yaralanmalar gözlemlenebilmektedir (Gardiner, 2005).

### *Jeneralize Epilepsi Sendromları*

Bu tip epilepsilerin belirtileri ve etiyolojisi değişkenlik göstermektedir. Bu tip epilepsilerin pek çoğunda genetiğin önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Bazı sendrom tiplerinde yalnızca tek bir nöbet tipi ağır basmakta, fakat birkaç farklı nöbet türü de görülebilmektedir (Gardiner, 2005).

### *İdiyopatik Jeneralize Epilepsi (İJE)*

İdiyopatik jeneralize epilepsi, neredeyse her nöbetin jeneralize olduğu EEG'de jeneralize bilateral senkron simetrik deşarjların sürdüğü epilepsi türü olarak ele alınmaktadır. Hastalarda genel olarak nöroradyolojik veya nörolojik farklı semptomlara rastlanabilmekte ve hasta interiktal duruma sahip olmaktadır. Bu hastalıkta genetik yatkınlıkla ilgili bir bulguya rastlanmamıştır (Kim ve ark., 2006).



### *Çocukluk Çağı Absans Epilepsisi veya Piknolepsi*

Bu epilepsinin başlangıç yaşı genel olarak 5 ile 10 yaş arasında değişmektedir. Ancak bazı durumlarda 3 yaşına kadar düştüğü görülmüştür (Wheless ve Kim, 2002). Erkeklerle göre kızlarda daha fazla görülmekle birlikte yapısal açıdan herediter bir hastalıktır. İdiyopatik jeneralize epilepsi ile ilişkili olabilmektedir. Çocukluk Çağı Absans Epilepsisi (ÇAE) olan bireyler ergenlik dönemine geldiklerinde Jeneralize Tonik-Klonik Nöbetler (JTKN) geçirmektedir. Hastaların yaklaşık %50'sinde nöbetler başlangıcından 10 yıl sonra durmaktadır. İlerleyen dönemlerde JME'ye dönüşmesi mümkündür. (Bernard ve Maria, 2005).

### *Juvenil Absans Epilepsi (JAE)*

Tüm epilepsi tiplerinin %5 - %10 arasını oluşturmaktadır. Çoğunlukla 12 - 18 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır. Zeka düzeyi ile gelişim normal olmaktadır. Uyanmayı izleyen kollar ve omuzda ani, hafif veya orta düzeyde miyoklonik sızramalarla karakterizedir. Hastaların yaklaşık üçte birinde absans nöbetleri görülmekte ve %90'ında JTKN gözlemlenmektedir. Yorgunluk, uyku deprivasyonu ve alkol alımı nöbetleri tetiklemektedir (Bernard ve Maria, 2005).

### *Süt Çocuğunun Benign Miyoklonik Epilepsisi (BMEI)*

Genel olarak 2 yaşından önce ortaya çıkmaktadır. Jeneralize, farklı şiddetlerde, kısa ve miyoklonik nöbetlere rastlanır. Şiddetli ekstremite ve aksiyel tutulumu düşmelere sebep olabilmektedir. Fakat nöbetlerin büyük bölümü göz kırpması ve baş düşürme ile karakterize olmaktadır. Nöbetlerin 10 saniye sürmesi mümkün olmaktadır. Nöbetlerde tam bilinç kaybı yaşanmamaktadır. Gelecekte JTKN ortaya çıkabilmektedir (Bernard ve Maria, 2005).

### *Uyanmayla Olan Jeneralize Tonik-Klonik Nöbetlerle Giden Epilepsi*

Nöbetlerin %90'ı uykuda ortaya çıkmakla beraber gün içinde de her zaman açığa çıkabilmektedir. Miyoklonik ve absans nöbetlerin görülmesi de mümkündür. Genetik biçimi bilinmemekle birlikte familial bir sendromdur (Wheless ve Kim, 2002).

### *Absanslı veya Absanssız Gözkapağı Miyoklonisi (Jeavons Sendromu)*

Bu sendrom 2 ile 14 yaş arasındaki çocuklarda göz kapamakla indüklenen nöbetler, gözkapağı miyoklonisi, absans ve fotosensitiviteyle ilgili olabilecek EEG paroksizmleri ile prezente olmaktadır. Dikkat çeken özelliği gözkapağı miyoklonisidir.

Başta geriye doğru çekilme ve gözlerin yukarı doğru sıçrayıcı deviasyonu görülmektedir (Panayiotopoulos, 2005).

Yukarıda ifade edilen epilepsi türlerinin dışında semptomatik ve kriptojenik epilepsi türleri de bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde ifade edilebilir;

#### *West Sendromu*

Psikomotor gelişme geriliği, intantil spazm ve EEG’de hipsaritmi triadından meydana gelmektedir. Başlangıç olarak bir yaşından önce görülmekte ve 4 ile 6. aylarda en tepe noktaya ulaşmaktadır. Postnatal, perinatal ve prenatal etmenlerin etiyolojik olarak etkili oldukları düşünülmektedir.

#### *Lennox-Gastaut Sendromu (LGS)*

Semptomatik ve kriptojenik jeneralize epilepsilerin en iyi örneği olarak karşımıza çıkmaktadır. Nöbetler genel olarak 1 ile 7 yaş arasında başlamaktadır. Birden fazla tipi bulunmaktadır. Yaygın bilişsel bozukluk ve interiktal EEG bozukluğu ile karakterizedir. Nöbetlerin başlangıçlarında çocukların yaklaşık %40’ı bilişsel açıdan normal olmaktadır (Bernard ve Maria, 2005).

### **2.1.3. Tedavisi**

Epilepsi hastalığının tedavi süreci iki kısımda ele alınabilecektir. Bunlardan biri antiepileptik tedavi iken diğeri cerrahi tedavidir. Antiepileptik tedavi hastalığın kimyasallar kullanılarak tedavisini ifade etmektedir. Geçmişte dinsel ayinlerle tedavi edilmeye çalışılan bu hastalık, 19.yüzyılla birlikte kullanmaya başlayan kimyasal madde ile bilimsel bir nitelik kazanmıştır. Sir Charles Locock 1857 yılında 14 epilepsi hastası üzerinde denediği potasyum bromür isimli molekülün neredeyse tüm hastaların nöbetlerinin durdurulmasında etkili olduğunu ifade etmiştir (Emre, 2013). Antiepileptik ilaçların, epilepsinin ortaya çıkmasına sebep olan etmenlere engel olamadığı, yalnızca kullanılmaları halinde nöbet sayısını azalttığı ya da nöbetlere engel olduğunu bilmek önemli olacaktır. Bununla birlikte epilepsi tanısı almış bireylerde antiepileptik ilaç tedavisine geçilmeden önce nöbetlerin tekrarlanma olasılığı, geçirilen nöbet tipi, nöbetin doğal seyri gibi risklerin belirlenmesi son derece önemli olmaktadır (Turanlı, 2010). Epilepsi teşhisinin konulması durumunda tedavi sürecine geçilmesiyle birlikte epilepsinin nedeni bilinmekte ve bu kapsamda tedavi edilmesi mümkün oluyorsa tedavinin planlanması ve nöbetlerin ortaya çıkmasına neden olan etmenlerden uzak durulması gerekmektedir (Emre, 2013).

Epilepsi tedavisiyle birlikte hedeflenen, davranışsal ve bilişsel sorunlar oluşmadan en az yan etki ile birlikte yaşamı sürdürme ve yaşam kalitesini koruyarak nöbet kontrolünü temin edebilmektir. Antiepileptik ilaçların seçimi sırasında, güvenli, nöbet tipine bağlı etkinliği olan, başlama ve sürdürme dozajları bilinen, diğer antiepileptik ilaçlarla etkileşimi bilinmekte olan ve daha az laboratuvar tetkikine ihtiyaç duyan ilaçların seçilmesi önemli olacaktır (National Institute for Health Clinical Excellence, 2012). Antiepileptik tedavi süreci hastaların çoğunluğunda hayat boyu sürmesinden dolayı, tedavi süreçleri kapsamında alınan bir karar hastanın tüm yaşamını etkilemektedir. Bu sebepten dolayı tedavi süreci planlanırken hastanın parasal ve sosyal problemleri göz önünde bulundurulmalı ve hasta ile işbirliği yapılmalıdır. Hastaların düzenli takibi ve bununla birlikte hastanın düzenli kontrollere gitmesi son derece önemlidir. Tedavi süresince olabildiğince tek ilaç kullanılmalıdır. İlk dönemlerde antiepileptik ilaca küçük dozlarda başlanması gerekmektedir. Nöbetler denetim altına alınan ya da toksisitesi ortaya çıkana kadar ilacın dozu yükseltilmektedir. Toksik belirtilerin ortaya çıkması halinde ise doz azaltılmaktadır. Ancak toksisite olmaksızın nöbetler kontrol altına alınamamaktaysa farklı bir antiepileptik ilaca geçilmektedir. Bu süreç kapsamında monoterapi uygulaması yapılır ve diğer ilacın dozajı azaltılarak ilaç hastaya bırakılır. Yeni ilacın nöbetleri kontrol altına almasına kadar bu ilacın dozu artırılır. Ancak bu ilaç da yetersiz kalırsa ikinci bir ilacın kullanımına geçilir. Fakat bazı hastalarda iki ilacın beraber kullanılması ilaç etkileşimine neden olarak daha çok nöbetin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Birden fazla ilacın kombine edilerek kullanılmasına genel olarak parsiyel nöbetlerde daha çok ihtiyaç duyulmaktadır. Kullanılan ilaçların serum düzeylerinin kesinliği olmamakla birlikte bunlar yol gösterici nitelik taşımaktadır. Hastaların bazılarında nöbetlerin terapötik düzeyin altındaki dozlarda denetim altına alınabilirken, bazılarında bu düzeyin üstündeki dozlarda toksisite semptomları ortaya çıkmadan denetim altına alınabilmektedir. Antiepileptik ilaçların metabolize olma nitelikleri hamilelerde, yaşlılarda, kronik böbrek ve karaciğer hastalarında ve gençlerde farklılıklar göstermektedir. Antiepileptik ilaç tedavisi kapsamında önem arz eden bir diğer öge ilaçların nöbet türüne göre verilmiş olmasıdır (Baykan ve ark., 2004; Tanrıverdi ve ark., 2013).

Epilepsinin antiepileptik tedavisi kapsamında günümüzde 25 üzerinde ilaçtan yararlanılmaktadır. Genel olarak 1975 yılından önce bulunan ve günümüzde kullanılmaya devam eden antiepileptik ilaçlara birinci jenerasyon, 1975 yılı sonrasında

kullanılmaya başlayan ilaçlara ise ikinci jenerasyon antiepileptik ilaçlar denilmektedir. Bununla birlikte 2005 yılı sonrasında kullanılmaya başlayan ilaçlara ise üçüncü jenerasyon antiepileptik ilaçlar adı verilmektedir. Genel olarak antiepileptik ilaçlar etkilerini nörotransmitter seviyelerini ya da reseptörlerini etkileyerek ya da iyon kanallarını modüle ederek göstermektedir. İlk olarak nöbetlerin denetim altına alınması istense de ilaçların en az yan etkilere sahip olmasının sağlanması ikincil olarak arzu edilen bir durumdur.

Antiepileptik ilacın ideal nitelikte olabilmesi açısından şu özellikleri taşıması gerekmektedir (Öge ve Baykan, 2011):

- Emilim sürecinin taşıyıcı bir moleküle bağlı olmaksızın yerine getirilmesi,
- Metabolizmaya uğramaması,
- Plazma proteinlerine üst düzeyde bağlanmaması,
- Önceden belirlenmiş bir epileptik sendrom için etkili olması,
- İlaç etkileşiminin olmaması.
- Yan etkilerinin bulunmaması,
- Basit bir lineer kinetiğinin bulunması,
- Gün içinde bir ya da en az iki kerede kullanılabilmesi
- Oral biyoyararlanımının iyi düzeyde olması,
- Maliyetinin az olmasıdır.

Antiepileptik ilaçların etkinlikleri açısından yeni kuşak ilaçların eski kuşak ilaçlara göre bir üstünlüğünün olduğu ortaya konulamamıştır. Fakat yapısal açıdan yeni kuşak antiepileptik ilaçların daha az ilaç etkileşimlerinin bulunması, daha az yan etkiye sebep olması ile daha az enzim indüksiyonuna sebep olması daha avantajlı olarak ifade edilmelerine neden olmaktadır.

Epilepsi hastalığının tedavi sürecinin hastaların çoğunluğunda hayat boyu devam edecek olması, yaşlanma, görülmesi mümkün diğer hastalıklar ve bireylerin yaşam biçimleri gibi farklı nitelikler bakımından da antiepileptik ilaçların seçimi ile tedavi sürecinin hastalara özel bir şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Epilepsi hastalığının tedavisinde ilaç tedavisi, sürecin yalnızca bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu açıdan hastaların eğitim, ruhsal ve sosyal sorunlarının da dikkate alınması gerekmektedir (Kelemen ve ark., 2006).

Epilepsi hastalığının tedavi sürecinde hastaların %25 ile %30'u ilaca dirençli olmaktadır (Öge ve Baykan, 2011). Dirençli epilepsisi olan hastalarda tedavi sürecinde cerrahiden yararlanılması; EEG bulguları, epilepsinin tipi, eşlik eden hastalıklar, nöbeti meydana getiren etken varlığı gibi özellikler ele alınarak değerlendirilebilecektir (Turanlı, 2010). Epilepsi cerrahisi kapsamında farklı disiplinlerin bir arada çalıştığı bir süreç gerekli olmaktadır. Beyin ve sinir hastalıkları cerrahisi, nörolog ve nöroradyolog hastayı beraber değerlendirmek durumundadır. Hastaların nöbet takvimi tutmalarını talep etmek ve onların nöbet öykülerini almak önemli olmaktadır. Hastaya kognitif test, psikiyatrik görüşme ile nöbet anı ve nöbetler arası EEG kayıtları dijital, uzun süreli senkron video EEG çekimleriyle yerine getirilmelidir. İfade edilen detaylı değerlendirmeler sonrasında veriler birbirleriyle uyumlu olması halinde hastaya operasyon yapılabilmesi mümkün olmaktadır. Cerrahi müdahale sonrasında hastalarda ortaya çıkan epilepsi sendromlarında %70'in üzerinde iyileşme beklentisi söz konusu olmaktadır (Emre, 2013). Cerrahi tedavinin hedefi, nörolojik morbiditeyi engellemek, nöbetlerin sıklığını azaltmak veya ortadan kaldırmak ve antiepileptik ilaçların yan etkilerini azaltarak hastanın kaliteli bir yaşam sürmesini sağlamaktır. ILAE'nin ifade ettiğine göre, epilepsi sendromuna veya nöbet türüne göre en iyi uymakta olan iki antiepileptik ilaca tolere edilebilecek dozun en üst düzeyine çıkılmasına rağmen denetim altına alınamayan nöbetler söz konusu ise hasta dirençli olarak kabul görmektedir. Fakat ilaçların etkisiz olduğunu ifade edebilmek için ilaçların ne kadar süre kullanılması gerektiğinin de bilinmesi önem arz etmektedir. İlaçların kullanım süreleriyle ilgili net bir görüş bulunmamaktadır. Ancak hastaların ilaçları 3 ile 6 ay arasında kullanmaları tavsiye edilmektedir. İlaçların faydalı olduğunun anlaşılması açısından nöbet geçirmeme süresinin en az bir yıl olması veya tedaviden önce nöbetler arasındaki sürenin tedaviyle birlikte en az üç katına çıkmış olması gerekmektedir (Jain ve Glauser, 2014).

Cerrahi tedavisinde nöbetlerin ortadan kaldırılması hedeflendiği için rezektif cerrahi uygulaması yapılmaktadır. Palyatif cerrahi ise nöbet şiddeti ve sıklığının düşürülmesini hedeflemektedir. Bu girişim tipi, epileptojenik alanın bilateral ya da yaygın olduğu ve tedaviye yönelik cerrahi girişimlerin yerine getirilemediği hastalarda uygulanmaktadır. Bu sayede nöbetler ortadan kaldırılarak veya azaltılarak hastanın yaşam kalitesi yükseltilmektedir. Türkiye'de de epilepsinin cerrahi ile tedavisinde çalışmalar yürütülmektedir (Öge ve Baykan, 2011).

#### 2.1.4. Hemşirelik Bakımı

İlk epilepsi hemşiresi 1988 yılında görev yapmış ancak 1992 yılına kadar olan dönemde bu hemşirelerin görev ve sorumlulukları tam olarak ortaya çıkmamıştır. 1992 yılındaysa epilepsi hemşireleri bir araya gelerek 'Epilepsy Specialist Nursing Association (ESNA)' kurmuştur. Bu sayede epilepsi ile ilgili olarak hemşirelerin görev alanları ve sorumlulukları tayin edilmiştir. ESNA tarafından tespit edilen epilepsi hemşirelerinin temel rolleri şunlardır:

- Özel epilepsi servislerinin verimliliğini yükseltmek
- Sağlık personelleri arasındaki etkileşimi ve iletişimi artırmak
- Epilepsi hastalarının takibinin multidisipliner biçimde olmasını sağlamaktır.

Epilepsi hastalığının kronik bir özellik taşıması, hastanın gün içinde birkaç defa ilaç almak zorunda olması, uzun süreli tedavi görmesi, ilaçların yan etkisine maruz kalması gibi etkenler kişinin ruhsal yaşamının kötü etkilenmesine sebep olabilmektedir. Epilepsi hastası bireylerin iş bulma imkanları, kariyerleri ve sosyal yaşamları sınırlanabilmektedir. Bununla birlikte epilepsi hastası bireylerde; kısıtlamalara ve ayrımcılığa destek veren aile bireyleri, bağımlılık, düşük benlik saygısı ile toplumsal tutulumlar görülebilmektedir. Bu sebepten dolayı epilepsi hastalarında fiziksel problemlerle birlikte davranışsal ve ruhsal problemlere de dikkat edilmesi gerekmektedir (Hopkins ve Irvine, 2014).

Hemşirelerin epileptik bir nöbetin tüm aşamalarını takip etmesi ve değerlendirmesi oldukça önemlidir. Hemşire epileptik nöbetin değerlendirmesini yaparken şunları göz önünde bulundurmalıdır (Hopkins ve Irvine, 2014):

- Epileptik nöbetin; ilaç kullanımı, kafa travması, ailede epilepsi öyküsü ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonu gibi bir risk faktörüne bağlı olup olmadığı,
- İlaç kullanımının atlanması, uykusuzluk ve farklı bir hastalığın var olması benzeri sebeplerin nöbeti tetikleyip tetiklemediği,
- Nöbet esnasında dil ısırması, bilinç değişikliği, otomatik hareketler, inkontinas ve konvülsiyon olup olmadığı,
- Nöbetin ne kadar devam ettiği ve postikal konfüzyon durumu.

Epilepsi hemşirelerinin önemli bir diğer görevi eğitim programlarını düzenlemeleridir. Bu eğitim programlarının ana hedefi hastanın yakınlarının ve ailesinin bakım sürecine katılması ve süreçle ilgili beklentilerin tespit edilmesidir. Hemşire diğer sağlık personellerini kapsayan bir ekiple birlikte hastaya ve hastanın ailesine sürecin yönetilmesiyle ilgili olarak bir eğitim programı sunması gerekmektedir. Bu eğitim programı içerisinde olabilecek konulardan bazıları şunlardır (Görgülü ve Fesci, 2011):

- Hastalığın özellikleri,
- İlaç tedavisi süreci,
- Nöbet sırasında olabilecek yaralanmalar,
- Nöbetin sebep olabileceği komplikasyonlar,
- Antiepileptik ilaçların olası yan etkileri ve bunların çözümleri,
- Menstrüal döneme ilişkin nöbet kontrolleri,
- Anksiyete sorunuyla başa çıkma,
- Nöbet sıklığının azaltılması,
- Cerrahi prognoz,
- Tedavi ile ilgili tavsiyeler

## **2.2. Yorgunluk ve Epilepsi**

### **2.2.1. Yorgunluk Kavramı**

Yorgunluk, kişinin çalışması gibi nedenlere bağlı olarak bireyin beden ve ruh etkinlikleri açısından verim seviyesinin düşmesidir. Yorgunluk, denetim altına alınmadığında kişinin yaşam kalitesini ve yaşam aktivitelerini negatif yönde etkileyen belirtilerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde sık sık değerlendirilmeye başlayan bu semptom hayatımızda sürekli olarak karşılaştığımız düzeyi ve süresi kişisel farklılıklar gösteren subjektif bir veridir (Sarıtaş, 2010).

Yorgunluk yapısal açıdan sağlıklı ve sağlıklı olmayan bireyleri ilgilendiren bir semptomdur. Sağlığı yerinde olan kişilerde rastlanan yorgunluk, yararlandıkları enerjiye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle sağlıklı bireylerdeki yorgunluk genel olarak kısa süreli olmaktadır. Bu geçici yorgunluğa ise akut yorgunluk adı verilmektedir. Dengesiz beslenme, uykusuzluk, sosyal ve iş yaşamındaki sorumlulukları kısa dönemli olarak artış göstermesi, günlük yaşam aktivitelerinin yeterli olmaması gibi sebepler yorgunluğa neden olabilecektir. Akut yorgunluğun dengeli beslenerek, düzenli

uyuyarak ve stresle başa çıkarak belli bir süre içinde ortadan kaldırılması mümkün olmaktadır (Sarıtaş, 2010).

Kronik Yorgunluk Sendromu (KYS) yapısal açıdan kronik yorgunluk kavramından farklı bir kavramdır. Günümüzde bu sendrom oldukça önemli hale gelmiş olsa da bu kavram yeni olmamakla birlikte oldukça eskiye dayanmaktadır. Geçmişte bu kavram, miyaljik ensefalomiyetis, postviral yorgunluk sendromu, nevrasteni, epidemik nöromiyasteni gibi isimlerde ifade edilmiştir. Fakat Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention) bu sorunu kronik yorgunluk sendromu olarak ifade etmiştir (Campling ve Sharpe, 2008). KYS, ciddi psikiyatrik ya da psikiyatrik hastalıklar olmaksızın ve en az altı ay devam eden ve yatak istirahati ile bir düzelme kaydetmeyen bir yorgunlukla birlikte uyku bozukluğu, baş ağrısı, kas ve iskelet ağrısının sürdüğü doğuştan ve sakatlayıcı olmayan tedavi edilmesi güç bir rahatsızlıktır (Aslan, Tanrıverdi ve Bucaktepe, 2014).

KYS’de kesin olarak ispatlanan bir ilaç tedavisi bulunmamaktadır. İlaçların yalnızca semptomların tedavisinde kullanılması söz konusu olmaktadır. Günümüzde spesifik bir tedavisi olmayan KYS’de hastanın sakatlık değerlendirmesi ve hastanın yönetimi psikiyatristleri de kapsayan birden çok disiplinin bir arada çalışmasını gerektiren bir süreçtir. Bu bakımdan hastanın yaşam biçimi değişiklikleri, eğitimi, uykunun maksimize edilmesi, makul beden hareketleri, stres azaltma ve gevşeme teknikleri, dengeli beslenme ve çevresel zorlayıcılardan uzak durulması temel tedavi biçimi olmaktadır (Aslan, Tanrıverdi ve Bucaktepe, 2014).

### **2.2.2. Epilepsi Hastalarında Yorgunluk**

Epilepsi yapısal olarak hastalarda çeşitli nöbetlere sebep olan bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalık sürecinde hastalar çeşitli sorunlarla karşılaşabilmekte ve bu durum uyku sorunlarını beraberinde getirmektedir. Uyku sorunlarının var olması bu hastaların başlı başına yorgunluk yaşamalarında etkilidir. Epilepsi tedavisi sırasında kullanılan ilaçların sebep olduğu etkiler ve yan etkilerde yorgunluğa neden olabilmektedir. Epilepsinin hastalar üzerindeki ruhsal ve fiziksel etkileri de hastaların yorgunlukla karşı karşıya kalmalarına etki eden bir durum olmaktadır.



Literatürde epilepside yorgunluğun kendini gösterdiği bilinmesine rağmen bu konuyla ilgili olarak yeterli sayıda araştırma yapılmadığı gözlemlenmiştir (Erdoğan ve ark., 2006).

### **2.2.3. Epilepside Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı**

Yorgunluk hasta birey tarafından kontrol altına alınamadığında, hastanın yaşam kalitesini ve günlük aktivitelerini olumsuz şekilde etkileyecektir. Hastalarda yorgunluğa neden olan faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlere yönelik gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir (Kudubeş, 2014).

Yorgunlukta hemşirelik bakımının temel amaçları şu şekilde sıralanmaktadır (Biol, 2005; Karakoç, 2008):

- Hastanın yorgunluğunun sebeplerinin saptanması
- Hastanın yorgunluğu ile ilgili duygusal durumunun paylaşılması
- Hastanın günlük ve haftalık aktiviteleri için önceliklerin saptanması
- Yorgunluğun özelliklerinin belirlenmesi
- Hastaya yönelik belirlenen semptomların özelliğini tanımlamak
- Öz bakım gücünü arttırmak
- Fiziksel, mental ve sosyal aktivitelerinde dengeyi sağlamak

Hemşireler tarafından hastaların yorgunluklarının azaltılmasında ve hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesinde çeşitli hemşirelik yaklaşımları önem kazanmaktadır. Hastaların genel olarak yorgunluklarını azaltmak adına hemşirelerin uyguladıkları hemşirelik girişimleri şu şekilde özetlenebilir (Kudubeş, 2014):

- Yorgunluğun nedenlerinin belirlenmesi ve hastayla beraber tartışılması,
- Bakımın sağlanabilmesinde hastanın teşvik edilmesi,
- Uykusuzluğa neden olabilecek çeşitli çevresel faktörlere yönelik önlemlerin alınması (yüksek ses, odanın ışığı, odanın sıcaklığı vb.),
- Hastanın uyku periyodlarının belirlenmesi,
- Uykunun rutin prosedürler içermesine yönelik planlamaların yapılması,
- Tedaviye uygun olarak egzersizlerin seçilmesi ve hastaya uygulanması,
- Hastanın günlük rutin aktivitelerini özellikle enerjisi yüksek olduğu zamanlarda gerçekleştirmesi sağlanabilir.

- Stres ve anksiyete hastada uyku problemlerine neden olabilir. Bu nedenle gevşeme terapisi egzersizleri uygulanabilir.

## **2.3. Uyku ve Epilepsi**

### **2.3.1. Uyku Kavramı**

Uyku yapısal olarak bilincin geri dönüşümlü olarak yaşamış olduğu süreci ifade eden bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Aristo, yiyeceklerin dönüştüğü ısının uykuya dönüştüğünü belirtmişken Hipokrat uykunun bedenin içinde yer alan ısının kanla birlikte soğuması açısından ortaya çıktığını ifade etmiştir (Harris, 2005). Yapılan çalışmalar ve araştırmalar açısından uyku, solunum, dolaşım ve farklı hayati işlevlerin otomatik olarak sürerken, bilinçli bir şekilde yapılan fonksiyonların yapılmadığı, duysal halin geçici şekilde kullanılmadığı durumu ifade etmektedir (Steriade, 2003).

Uyku fizyolojik olarak hızlı göz hareketlerinin söz konusu olmadığı 'Non - Rapid Eye Movement (NREM)' ve hızlı göz hareketlerinin var olduğu 'Rapid Eye Movement (REM)' uykularından meydana gelmektedir. Bu uyku tipleri kapsamında farklı değişiklikler ortaya çıkmakta ve sonucunda farklı fizyolojik, anatomik olaylar oluşmaktadır.

### **2.3.2. Uyku Fizyolojisi**

Uyku sürecinin fizyolojisinin ilk adımını "uyanıklık" hali oluşturmaktadır. Uyanıklık hali içinde EEG'de ritmik bir şekilde 8-13 Hz alfa aktivitesi olmakla birlikte gözler kapalı halde olmaktadır. Söz konusu ritmik aktiviteler beyin arka kısımlarından gelen dalgalarla birlikte olmaktadır. Gözlerin açılması halinde ise EEG'de daha az amplitüdü kompleks aktivitede beta ritimleri görülmekte ve alfa ritimleri de seyrekleşmektedir. Bireylerin yaklaşık %10 ile %15'inde alfa ritmi ortaya çıkmazken irregüler hızlı ve düşük voltajlı dalgalara rastlanabilmektedir (Harris, 2005).

NREM uykusu elektroensefalografik ölçülere bağlı olarak dört evrede ele alınmaktadır. NREM uykusu ile REM uykusu dönüşümlü şekilde devam etmekte ve bu nedenle yaklaşık olarak 90 ile 100 dakikada bir birbirlerini takip etmektedirler. Olağan uyku süreci içerisinde bu döngüler 4 ile 6 kez arasında tekrarlanmaktadır. İlk döngülerde genel olarak Evre 3 ve 4 NREM uykusu (yavaş dalga uykusu) baskın olmaktadır. Devam eden döngülerde ise bu evrelerin süresi azalmaktayken REM uykusu giderek artmaktadır. Olağan bir uyku sürecinde ilk 1/3'lik dönemde yavaş dalga uykusu,

son 1/3'lük dönemde ise REM uykusu baskın olmaktadır (Harris, 2005).

Yetişkinler için uyku evreleri ile skorlama sistemi Rechtschaffen ve Kales tarafından 1968 yılında tasarlanmıştır. Bunun ardından ise 2007 yılında Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (American Academy of Sleep Medicine-AASM) tarafından yeniden düzenlenerek standart hale getirilmiştir (Iber, Chesson ve Quan, 2007).

NREM uykusu yetişkin bireylerde tüm uyku sürecinin yaklaşık olarak %75 ile %80'ini içermektedir. NREM uykusu dört evreye ayrılmakta olup bu evreler şu şekildedir:

- Evre 1: Tüm uyku süresinin yaklaşık %3 ile %8'i arasını oluşturmaktadır. Polisomnografi (PSG) kayıtları kapsamında teta (4 ile 7 Hz arası), beta (13 Hz fazla) ve alfa ritmi (8 ile 13 Hz arası) 30 saniyelik sürece %50'de az oranda takip edilmektedir. Bu uyku sürecinde elektromiyografik açıdan aktivite azalmaktadır.
- Evre 2: Tüm uyku süresinin %45 ile %55 arasını oluşturmaktadır. Delta (4 Hz'den az) aktivitesi (% 20'den düşük) ve teta aktivitesi söz konusu olmaktadır. NREM uykusunun 10 ile 12 dakikası sonrasında Evre 1 başlamaktadır. Bu evre kapsamında K kompleksleri, uyku içciklerine (12 ile 18 Hz arası) EEG bulgularında rastlanmaktadır. Uyku içcikleri olarak ifade edilen fizyolojik senkronize ritimler, artan ve yavaş bir şekilde azalan amplitütteki 11- 15 Hz frekansındaki 25 mikrovolttan daha fazla amplitüdü 0.5 saniyeden daha fazla süren ritimleri ifade etmektedir.
- Evre 3: Tüm uykunun %4 ile %6'sını oluşturmaktadır. Bu evrede delta dalgaları %20 ile %50 oranında görülmektedir.
- Evre 4: Tüm uyku sürecinin %12 ile %15'ini meydana getirmektedir. Delta aktivitesi %50'den fazla gözlemlenmektedir.

REM uykusu, uykunun başlamasından sonraki yaklaşık 60 ile 90 dakika içerisinde başlamaktadır. Tüm uyku süresinin %20 ile %25'ini meydana getirmektedir. EMG, EEG ve elektrookülografik niteliklere bağlı olarak REM uykusu fazik ve tonik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Monosinaptik ve polisınaptik reflekslerin baskı altına alınması, kas atonisi, hipotonisi süreçleri tonik evrede ortaya çıkmaktadır. Fazik REM uykusu, kan basıncı ile kalp hızı değişiklikleri, her yöne doğru göz hareketleri, orta kulak aktivitesi, düzensiz solunum ve dil hareketleri olarak kendini ortaya koymaktadır.

Rüyaların %20'si NREM döneminde %80'si ise REM döneminde görülmektedir. NREM evresinde görülen rüyalar genelde daha gerçeğe uygun olmaktadırken REM döneminde görülen rüyalar daha kompleks bir yapı sergilemektedir. Çoğunlukla REM uykusunda uyanmış bireylerin eğilimleri daha pozitif olmaktadır, NREM uykusundan kalkan bireyler daha konfüze biçimde uyanmaktadır (Harris, 2005).

Uyku evrelerinin dağılımları ile süreleri yaşa göre farklılık göstermektedir. Özellikle yenidoğan bebeklerin uykularının yaklaşık %50'si REM uykusunda geçmektedir. Çocuklar 6 yaşına ulaştıklarında ise bu oran yaklaşık olarak %25'e kadar inmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte REM uykusu oranı yükselmekte yavaş dalga uykusu ise giderek düşmektedir (Iber, Chesson ve Quan, 2007).

### **2.3.3. Uyku Bozuklukları ve Epilepsi**

Epilepsi, nöbetlerinin ortaya çıkmasıyla birlikte interiktal epileptik aktivitenin varlığıyla birlikte uykuda bozulmalara neden olmaktadır. Özellikle sık nokturnal nöbetlerin uykuyu bölmesi uyku düzeninde değişmelere neden olmaktadır (Vaughn, 2004). Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalarda, epilepsi hastalarının uykularının daha hafif olduğu ve bu hastaların daha güç uykuya daldıkları ifade edilmiştir. İzleyen dönemlerde gündüz nöbeti geçiren hastaların daha zor uydukları, NREM evre 3 ve 4'de azalma, NREM evre 1-2'de ise artma yaşadıkları ortaya konulmuştur (Mendez ve Radtke, 2001). İzleyen süreçlerde nöbetlerin uykuya olan etkilerinin belirlenebilmesi için hem havyan modeller hem de epilepsi hastası kişiler üzerinde klinik çalışmalar yapılmıştır. Bununla ilgili olarak elektriksel biçimde ortaya çıkarılan nöbetlerin kedilerde REM uykusunda baskı oluşturduğu ortaya konmuştur (Vaughn, 2004).

Epilepsi, epileptik deşarjlar ve nokturnal nöbetler uykunun sürdürülmesi ve düzenlenmesine etki etmektedir. Özellikle nöbet oluşumunda beynin nörokimyasal dengesinde akut değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Söz konusu bu değişikliklerin uyanma ve uyku ile ilgili bazı semptomları açığa çıkabilecektir. Uyku sırasında ortaya çıkan tekrarlayan ve jeneralize olan nöbetler genel uyku süresinin kılmasına neden olmaktadır. Burada REM yüzdesinin yarıya inmesiyle birlikte uyku bozukluğunun kötüleşmesi söz konusu olmaktadır. Bunun dışında epilepsi için kullanılan ilaçlar da beyne etki etmekte ve uyanıklığı ve uyku evrelerini bozmaktadır. Epilepsi hastalarının antiepileptik tedaviye bağlı olarak genelde uyanmalar ve spontan uyarılmalarla birlikte uyku düzenlerinin farklılığa uğradığı ortaya konulmuştur (Iber, Chesson ve Quan,

2007). Neticede epilepsi hastalarında uyku evrelerinde kaymalar ve sık uyanmalar gözlemlenmektedir.

Epilepsinin en önemli semptomlarından biri nöbetlerdir. Fakat epileptik odak nöbetler kapsamında, yani interiktal dönem içerisinde de aktif halde olmaktadır. Epilepsi hastalarında nöbet olmadığı geceler kapsamında da uyku düzeninin bozulduğu ortaya konulmuştur. Bu bireylerde olağan kontrollerle kıyaslandığında uyku evrelerinde kaymalar, uyanıklık sürecinde artma ve verimde düşme durumuna rastlanmaktadır (Mendez ve Radtke, 2001).

### **2.3.3.1. Obstrüktif Uyku Apnesi (OUA) ve Epilepsi**

Epilepsi hastalarında ortaya çıkan ve detaylıca ele alınan uyku bozukluklarından biri obstrüktif uyku apnesidir. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) ve epilepsi birlikteliği genel olarak erkek ve yaşlı hastalarda daha fazla olmaktadır (Malow ve ark., 2008). Epilepsi hastalarında 2003 yılında yürütülen klinik, sistemik ve PSG araştırması kapsamında OUA prevalansı (%5.4 kadın ve %15.4 erkek) belirlenmiştir. Semptomlar olağan OUA belirtileriyle benzerlik göstermektedir. OUAS ve epilepsi birlikteliği genel olarak ortaya çıktığından bazı durumlarda bunlar birbirleriyle karıştırılabilmektedir. Uyku apnesinin sebep olduğu senkop, uyku apnesi ile etkileşim içinde olan apne ve siyanoz sonrası uyanmaya ilişkili paroksizmal motor tutulumlar hatayla nöbet olarak algılanabilmektedir. Saf uyku ile ilişkilendirilen tonik nöbetler ve nokturnal FLE apne olarak yorumlanabilmektedir (Bialasiewicz ve Nowak, 2009). OUAS'da nöbetlerin kontrol süreçleri, bilişsel işlevler, duygu durum bozuklukları ve yaşam kalitesi gibi farklı yönlerden epilepsi hastalarında negatif etkilere sebep olabilecektir. OUAS'ın epilepsi sürecini direkt ya da dolaylı yoldan etkileyerek, nöbetlerin artmasına neden olduğuyla ilgili olarak pek çok çalışma bulunmaktadır (Parrino ve ark., 2006). Olağan kontrollerle kıyaslandığında ilaca dirençli epilepsi hastalarında OUAS prevalansının daha yüksek oranda olduğu ortaya konmuştur. Bununla birlikte OUAS ve epilepsi birlikteliği olan hastalar, aynı yaştaki OUAS'ı olmayan hastalar ile kıyaslandıklarında ise OUAS'ı olan hastalarda nöbet kontrollerinin daha kötü durumda oldukları ortaya konmuştur (Chihorek, Abou-Khalil ve Malow, 2007).

OUAS ve epilepsi birlikteliği olan hastalarda devamlı pozitif havayolu basıncı tedavisinin EEG'de interiktal epileptiform aktiviteyi düşürdüğü ortaya konulmuştur. OUAS ile ilaca dirençli epilepsi hastalığı olan bireylerin değerlendirildiği bir

araştırmada, bireylere plasebo ve Continuous Positive Airway Pressure Treatment (CPAP) uygulanmıştır. Terapötik CPAP uygulanan hastaların %28'inde plasebo CPAP tedavisi alan hastaların %15'inde nöbetlerin en az yarı yarıya düştüğü gözlemlenmiştir (Malow ve ark., 2008). OUA farklı metotlarla nöbetlerin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir. Gündüz uykululuğu ile NREM uykusundan uyanmalarının fazlaľařmasının etkili olabileceği ifade edilmektedir (Manni ve Tartara, 2000).

Epilepsi hastalarında genel olarak bilişsel problemlere rastlanmakla birlikte bu problemlere farklı faktörler sebep olabilmektedir. OUAS'ı olan bireylerde uzaysal öğrenme, dikkat ve planlama gibi bilişsel işlevlerde kalıcı bozukluklar olduğu ifade edilmektedir. Epilepsi ile OUAS olan hastalar yalnızca OUAS olan hastalarla kıyaslandıklarında birlikteliği olan hastalarda bilişsel fonksiyonların daha kötü durumda oldukları gözlemlenmiştir (Piperidou ve ark., 2008).

OUAS hastalığı ve refrakter epilepsisi olan bireylerde kötü nöbet kontrolü ve disotonomik mekanizmalara bağlı olarak Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP) riski yükselebilmektedir (Nasherf ve Ryvlin, 2009). OUAS'ı olan epilepsi hastalarının OUAS'ı olmayan hastalarla karşılaştırıldıklarında, vücut kitle indekslerinin daha çok olduğu, nöbet başlangıçlarının daha geç olduğu ve daha fazla uykulu oldukları ortaya konulmuştur (Manni ve ark., 2003).

OUA üzerinde antiepileptik tedavinin negatif etkileri olduğu ifade edilmiştir (173). Antiepileptik tedaviler üst solunum yolu tonusu düşürebilmekte ve solunum merkezlerinin reaktifliğini azaltabilmekte ve ayrıca kilo alımının artmasına sebep olabilirler. İfade edilen bu unsurlar ise OUAS'ı negatif yönde etkilemektedir. Vagus Nerve Stimulation (VNS), stimulasyon sürati doğrultusunda bazı bireylerde uyku esnasında havayolu direncinin artmasına neden olabilmektedir. Santral sinir sisteminde solunum regulasyonuna etki ederek uyku sırasında uyku apnesine ve solunum bozukluğu sebebiyle uyanmalara neden olabilir (Holmes, Chang ve Kapur, 2003).

### **2.3.3.2. Parasomniler ve Epilepsi**

Epileptik nöbetler ve parasomniler farklı ya da eşzamanlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Söz konusu birliktelik hastanın epileptik sendromuna ve hastanın yaşına göre değişebilmektedir. Çocukluk döneminde NREM uyanma parasomnileri (gece terörü, uykuda yürüme, konfüzyonel uyanmalar) ve epilepsi uykuda ritmik hareket bozukluğu (bedeni sallama, başını çarpma), enürezis arasındaki ilişki sebebiyle

ortaya çıktığı ifade edilmiştir. Epilepsi ile NREM uykusundaki konfüzyonel uyanmalar ve epilepsi ile uyku davranış bozukluğu (RDB) arasındaki ilişkilerin yaşlı bireylerde daha çok olduğu ifade edilmiştir (Manni ve Terzaghi, 2010).

NREM uyanma parasomnileri, ileri Nokturnal Frontal Lop Epilepsisi (NFLE) ve TLE arasındaki ilişki oldukça fazla raporlanmıştır. Yüzeysel EEG'nin istenen düzeyde bilgi verici olmaması sebebiyle ve NFLE'de klinik özellikleri sebebiyle NREM uykusundan uyanma ile ilgili parasomnilerin ayırt edilmesi zor olmaktadır. İnteriktal EEG ile iktal EEG, NFLE'lerde epileptiform anomalileri sergilemeyebilir. Ailesel NFLE'si olanlar dışında sporadik NFLE'si olan hastalarda NREM parasomnilerinin daha fazla oldukları ortaya konulmuştur (Manni ve Terzaghi, 2010). Aile öyküsü ve NFLE'si olan hastalarda NREM parasomnileri ile %34-%39 ilişki bulunmuştur (Bisulli ve ark., 2005).

İlerleyen yaşla birlikte REM uyku davranış bozukluğu ile epilepsi birlikteliğine sık rastlanmaktadır (Manni ve Terzaghi, 2010). Bununla ilgili olarak video-EEG yapılarak yürütülen bir çalışma kapsamında, epilepsisi olan 60 yaşındaki hastalarda RDB birlikteliğinin %12.5 dolaylarında olduğu ortaya konmuştur. Söz konusu birlikteliğin vasküler değişiklikler ya da beyindeki nörodejeneratif süreçlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca RBD'nin REM uykusunun kesintiye uğraması ve kısmi deprivasyonu ile nokturnal nöbetleri daha kolay hale getirdiği iddia edilmiştir (van Golde, Gutter ve Weerd, 2011). RDB'nin uyku sırasında fokal epileptik nöbetlerle benzerlik gösterebileceği, bu nedenle bireyler frontal ya da temporal lop nöbet tanısının yanlışlıkla konabileceği söylenmektedir (Bazil, 2004). İdiyopatik RDB'si olan ve aile hikâyesi ile epilepsi hastalığı olmayan bireylerin uyanıklık ve uyku EEG'sinde interiktal epileptiform anomalinin var olduğu görülmüştür. Söz konusu bu durum ise ayırıcı tanı yapılmasını güçleştirmektedir (Manni, Terzaghi ve Zambrelli, 2007). Uyku ile etkileşmiş nöbetleri olan kriptojenik epilepsisi olan erkek hastalarda RDB'ye daha fazla rastlanmıştır. Bu bireylerin uzun yıllar boyunca yanlış tanı aldıkları ya da tanı alamadıkları gözlemlenmiştir (Manni, Terzaghi ve Zambrelli, 2007).

### **2.3.3.3. İnsomni ve Epilepsi**

İnsomni prevalansının epilepsi hastalarında fazla oranda olduğunu ortaya koyan ankete dayalı birçok çalışma bulunmasına rağmen söz konusu ilişkiyi ele alan literatür bilgisi bulunmamaktadır (van Golde, Gutter ve Weerd, 2011). Epilepsi hastalarında

yinelenen nöbetler sebebiyle lamotrijin, uyku bölünmeleri, levitirasetam, lamotrijin ve felbamat gibi antiepileptik ilaçların etkisiyle birlikte ortaya çıkabilen depresyon ve anksiyete gibi farklı sebeplere bağlı olarak insomni ortaya çıkabilmektedir. İnsomniye sebep olan uyku bölünmeleri TLE ve NFLE'de daha sık ifade edilmektedir (Manni ve Terzaghi, 2010). Birçok hasta dinlendirici olmayan ve kötü uykudan yakınmasına rağmen insomni konusu ile ilgili fazla araştırma yapılmamıştır. Bu durum bu konuyla ilgili olarak yeterli verinin olmamasına da sebep vermektedir. Epilepsi hastası olan 100 kişi üzerinde yapılan prospektif bir çalışmada, uykunun sürdürülmesi ile ilgili insomni hastalar (%52) sağlıklı kontrol grubundaki kişilerle (%38) kıyaslandıklarında anlamsal olarak yüksek bir fark belirlenmişken, uyku başlangıcıyla etkileşimli insomni sıklığı iki grup için ise birbirlerine yakın bulunmuştur (Khatami ve ark., 2006). Farklı bir çalışmada, 124 epilepsi hastasında insomni prevalansının %24.6 olduğu görülmüştür (Piperidou ve ark., 2008).

#### **2.3.3.4. Sirkadiyan Ritim Uyku Bozuklukları ve Epilepsi**

Nöbetlerin ortaya çıkışı yalnızca uyku-uyanıklık hali ile ilgili olmamakta, aynı zamanda sirkadiyan ritimle ilişkili olmaktadır. Epilepsi ile sirkadiyan ritim arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir (Hofstra ve ark., 2009). Nörogelişimsel hastalıkları ve epilepsisi olan bireyler sirkadiyan ritim bozuklukları sık sık olmaktadır. Nöbetlerin gelişimlerinde endojen kaynaklı sirkadiyan paternin etkisinin olduğu devamlı olarak karanlıkta bırakılan fareler üzerinde yapılan deneylerde ortaya konmuştur (van Golde, Gutter ve Weerd, 2011). Fakat epilepsi hastalarında sirkadiyan ritim uyku bozukluklarının prevalansını ortaya koyan araştırmalar bulunmamaktadır.

#### **2.3.4. Epilepside Uyku ve Hemşirelik Bakımı**

Hemşirelik, hastaların gereksinimleri gidermeyi hedef alan mesleklerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Uyku da yapısal olarak hastaların temel gereksinimlerinden biridir. Bu açıdan hemşirelerin bütüncül olarak hastalara yardımcı olabilmeleri açısından uyku ile ilgili temel bilgileri bilmeleri, uykuya zarar veren hastalıkları ve sorunların farkında olmaları ve bu sorunları ortadan kaldırmak adına kullanabilecekleri yöntemleri bilmeleri gerekmektedir. Hastaların uyku kalitesinin öğrenilmesi ve bunun değerlendirilmesi, uyku sorunlarına müdahale edebilmek açısından önemli olacaktır. Bu açıdan hemşirelerin hastaların uyku takibini yapmaları gerekmektedir (Çakırcalı, 2000).



Uyku problemleri olan hastaların bakımlarının planlanmasının hedefi, uyku değişimlerini denetim altında tutmak ve bunları ortadan kaldırmaktır. Uyku tedavisinin başarılı olabilmesi, hastanın uyku bozukluğuna yönelik geliştirilen yaklaşıma ve hastanın yaşam biçimine bağlı olmaktadır. Hastaların uyanıklık ve uyku siklusunda bir sorun ortaya çıkmışsa, faaliyetlerin hastanın gün içinde uyanık kalacak biçimde düzenlenmesi ve gece uykusunu temin edecek rahatlatıcı faaliyetlere yöneltilmesi yerinde olacaktır (Uzun, Kara ve İşcan, 2009). Temel uyku hijyeni ilkelerinin uygulanması, çevredeki uyaranların kontrolü uykunun kolay hale getirilmesi açısından yapılması gereken ilk hemşirelik faaliyetleri olmaktadır. Bununla birlikte hemşireler uyguladıkları girişimler kapsamında hastanın normal uyku düzenlerini korumasını hedeflemelidirler.

Hastaların sahip oldukları uyku problemleri; gün içi uykuya dalmak, uyanma sıklığı, uykuyu devam ettirme ve uyanma zamanına ilişkin problemler ile bunlarla ilgili geliştirmiş olduğu çözüm yöntemlerinin hastayla tartışılması gerekmektedir. Ayrıca hastanın genel hali, göz çevresinde siyah halkaları, gün boyu uyuklama, yorgun görüntü, algıda düşüş, sık esneme gibi belirtilerin de takip edilmesi önemli olmaktadır (Uzun, Kara ve İşcan, 2009).

Hasta ve hasta yakınlarına, dinlenme ve uykunun öneminin belirtilmesi hemşirelik görevleri arasında bulunmaktadır. Söz konusu eğitim kapsamında uyku düzenindeki değişiklikleri, uykuyu bozan alışkanlıkları, gevşeme ve uykuyu sağlayan uygulamaları içermelidir. Uyku bozuklukları bir problem olmaya ve hemşirelik faaliyetleri yetersiz olmaya başladığında hemşirenin hastayı bu problemleri çözebilecek psikiyatrist ya da psikolog gibi birimlere yönlendirmesi gerekmektedir. Bununla birlikte hastalık hallerinin uykuya ne biçimde etki ettiğinin ifade edilmesi gerekmektedir. Hastaya verilecek eğitim kapsamında uyku ilaçlarının bağımlılık ve yan etkilerinin açıklanması gerekmektedir. Uykunun gelmesini sağlayacak gevşeme ve egzersiz teknikleri hastaya öğretilmelidir (Uluşahin ve Öztürk, 2000).

Hastanın uyuması sağlayan ve uyumasına engel olan öğelerin belirlenmesi önemlidir. Hemşirelerin uyku problemlerini değerlendirmesi açısından şu ölçütlerden yararlanması mümkündür (Deniz, 2014):

- Hastanın kendini dinlenmiş olarak ifade etmesi,
- Hastanın 20 ile 30 dakika içinde uyuduğunu söylemesi,

- Hastanın uyanmasının ardından uykusunu bir önceki gecede uykusu ile kıyaslanmasının istenmesi,
- Hastanın uyanmasının ardından birkaç dakika içinde yeniden uyduğunu ifade etmesi,
- Hastanın ona bir müdahale yapılmadan önceki uykularına kıyasla uyanma sıklığının düştüğünü ifade etmesi,
- Hastanın her zamanki kadar uyduğunu ve uyku gereksinimini sağladığı söylemesi,
- Hastanın kaygı, huzursuzluk ve depresyon dönemlerinin azaldığını söylemesi,
- Hastanın uykusunun bozulmasına neden olan etmenleri ifade edebilmesi.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu araştırma; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğinin’de ayaktan tedavi olan epilepsi hastalarının yorgunluk ve uyku kalitelerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, epilepsi hastalarının yorgunluk ve uyku kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran 291 epilepsi hastası oluşturmuştur. Örneklem gücü analizi yapılarak (0.95 testin gücü ile 0.05 hata payı ve 0.95 güven) 166 hasta alınmıştır. Araştırma 15 Aralık 2017 – 15 Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmaya Alınacak Hasta Seçim Ölçütleri**

Çalışma örneklemini iletişim kurma güçlüğü ve zihinsel problemi olmayan, en az bir yıldır epilepsi tanısı almış olan, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur.

#### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Hasta Bilgi Formu (Ek-1), Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS) (Ek-2), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Ek-3) kullanılmıştır.

##### **3.4.1. Hasta Bilgi Formu (EK-I)**

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, bireylerin sosyodemografik özelliklerini, hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgilerini sorgulayan soruları içermektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve sosyal güvencesi olmak üzere toplam yedi soru bireyin sosyodemografik özelliklerini belirlerken; hastalığın başlangıç yaşı, tanı süresi, son bir yıldaki nöbet sıklığı, en son nöbeti geçirme zamanı, nöbeti tetikleyen faktörler, nöbet zamanı, nöbetin tipi, kullanılan epilepsi ilaçları, başka bir kronik hastalığın olup olmadığı ve epilepsi dışında

kullanılan ilaçları kapsayan 10 soru bireyin hastalığa ve tedaviye ilişkin durumunu belirtmektedir. Hasta Bilgi Formu toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

### **3.4.2. Yorgunluk Şiddet Ölçeği (Fatigue Severity Scale-FSS) (EK-II)**

Krup (1989) tarafından geliştirilen ölçek, günlük aktiviteler üzerine yorgunluğun genel etkisini değerlendiren dokuz bölümlü bir ölçektir. Her bir soru 1 (hiç katılmıyorum) -7 (tamamıyla katılıyorum) arasında skorlanır. FSS skoru dokuz bölümün ortalama değeridir. Yüksek skor, artmış yorgunluk şiddetini gösterir (Krup 1989). Ölçeğin ülkemiz için geçerliliği Armutlu ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçek puanı 5 ve 5'in üzerinde ise birey yorgun, ölçek puanı 5'in altında ise birey yorgun değil olarak değerlendirilmektedir (Armutlu 2007, Kaya 2009). Ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri 0,804 olarak tespit edilmiştir.

### **3.4.3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ( Ek-III)**

PUKİ, son bir ay içerisindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda bilgi sağlayan bir ölçektir. Toplam 24 sorudan oluşan ölçekte 19 soru kişi tarafından cevaplanırken, 5 soru kişinin yatak arkadaşı tarafından doldurulmaktadır. Kişi tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınırken yatak arkadaşı tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınmamaktadır. Kişi tarafından cevaplanan 19 soru ile öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu olmak üzere 7 alt boyut değerlendirilmektedir. Ölçekteki her bir madde 0 (hiç sıkıntı olmaması) - 3 (ciddi sıkıntı) puan arasında bir değer almaktadır. Yedi alt boyuta ilişkin puanların toplamı ise toplam PUKİ puanını vermektedir. Toplam PUKİ puanı ise 0 - 21 arasında değişmektedir. Toplam puanı 5 ve 5'in altında olanların uyku kalitesi "iyi", 5 puandan fazla olanların uyku kalitesi 'kötü' olarak değerlendirilir (Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH.1989; 1991). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Agargün ve arkadaşları tarafından yapılmış olup (1996) iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri 0,836 olarak tespit edilmiştir.

### **3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Anketler poliklinikte uygun olan muayene odasında, araştırma hakkında hastaya bilgi verilerek, izni alınarak ve soru cevap şeklinde yüz yüze görüşme yapılarak uygulanmıştır. Anketler hastalara ortalama 10-15 dakikada uygulanmıştır.

### 3.6. İstatistiksel Analiz

Araştırmada veri analizi SPSS 22 paket programında yapılmıştır. Anket özümlemesi sırasında katılımcıların demografik verilerinin incelendiği frekans ve tanımlayıcı istatistik tablolarının yanı sıra ankete verilen cevaplarda demografik verilerin etkisi fark analizleri ile araştırılmıştır. Ölçeklerin arpıklık ve basıklık değerlerine göre normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Anket ortalamaları demografik verilere göre test edilirken; normal dağılıma uygun verilerde iki kategorili karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla kategorili karşılaştırmalarda F testi uygulanmıştır. Uygulama aşamasında yapılacak tüm analizlerde güven seviyesi %95 olarak belirlenmiştir.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Hasta Bilgilerine İlişkin İstatistikler

**Tablo 4.1.** Epilepsi Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=166)

|   | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Yaş (min-max; ort (ss)): 17-89; 29.79 (12.048)</b> |     |      |
| <b>Cinsiyet</b>                                       |     |      |
| Erkek   | 60  | 36.1 |
| Kadın   | 106 | 63.9 |
| <b>Eğitim Düzeyi</b>                                  |     |      |
| Okuryazar   | 6   | 3.6  |
| İlkokul   | 33  | 19.9 |
| Ortaokul  | 26  | 15.7 |
| Lise  | 73  | 44.0 |
| Üniversite ve üstü                                    | 28  | 16.9 |
| <b>Çalışma Durumu</b>                                 |     |      |
| Çalışıyor   | 32  | 19.3 |
| Ev hanımı   | 64  | 38.6 |
| Öğrenci   | 42  | 25.3 |
| Emekli  | 4   | 2.4  |
| İşsiz   | 18  | 10.8 |
| Diğer   | 6   | 3.6  |
| <b>Gelir Düzeyi</b>                                   |     |      |
| İyi   | 28  | 16.9 |
| Orta  | 121 | 72.9 |
| Kötü  | 17  | 10.2 |
| <b>Sosyal güvence</b>                                 |     |      |
| Var   | 163 | 98.2 |
| Yok   | 3   | 1.8  |
| <b>Medeni durum</b>                                   |     |      |
| Evli  | 72  | 43.4 |
| Bekar   | 94  | 56.6 |

Araştırmaya katılanların %63.9'u kadın ve %36.1'i erkektir. Katılımcıların %56.6'sı bekindir. %44'ü lise mezunu, %38.6'sı ev hanımıdır. En düşük yaş 17 ve en yüksek yaş 89'dur. Katılımcıların %72.9'unun geliri orta düzeydedir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2.** Epilepsi Hastalarının Klinik Özelliklerinin Dağılımı (n=166)

|  | n   | %    |
|--|-----|------|
| <b>Son Bir Yıldaki Nöbet Sıklığı</b>                                     |     |      |
| Nöbet geçirmemiş   | 54  | 32.5 |
| Ayda ikiden az nöbet   | 64  | 38.6 |
| Ayda ikiden fazla nöbet  | 34  | 20.5 |
| Diğer  | 14  | 8.4  |
| <b>Nöbeti Tetikleyen Faktörler*</b>                                      |     |      |
| Stres  | 96  | 58.2 |
| Yorgunluk  | 52  | 31.5 |
| Uykusuzluk   | 54  | 32.7 |
| Gürültü  | 6   | 3.6  |
| Adet dönemi  | 10  | 6.1  |
| TV izleme, bilgisayar  | 17  | 10.3 |
| Kitap okuma  | 2   | 1.2  |
| Yok  | 45  | 21.1 |
| Diğer  | 12  | 7.3  |
| <b>Nöbet zamanı</b>  |     |      |
| Genellikle sabah   | 19  | 11.4 |
| Genellikle öğle  | 7   | 4.2  |
| Genellikle akşam   | 12  | 7.2  |
| Genellikle gece  | 27  | 16.3 |
| Değişken   | 101 | 60.8 |
| <b>Epilepsi Dışında Başka Bir Hastalık</b>                               |     |      |
| Var  | 24  | 14.5 |
| Yok  | 142 | 85.5 |
| <b>Epilepsi Dışında İlaç Kullanma</b>                                    |     |      |
| Evet   | 24  | 14.5 |
| Hayır  | 142 | 85.5 |
| <b>Kullanılan Epilepsi İlacı</b>   |     |      |
| Monoterapi   | 25  | 15,1 |
| Politerapi   | 141 | 84,9 |
| <b>Epilepsi Nöbetinin Tipi</b>   |     |      |
| Kompleks Parsiyet Nöbet  | 36  | 21.7 |
| Jeneralize Tonik-Klonik Nöbet  | 110 | 66.3 |
| Her ikisi birden   | 20  | 12.0 |
| <b>Tanı Süresi (ay)(min-max; ort (ss)): 12-540; 12.11 (9.48)</b>         |     |      |
| <b>Hastalığın Başlangıç Yaşı(min-max; ort (ss)): 0-86; 17.23 (12.94)</b> |     |      |

\* Nöbeti tetikleyen faktörler birden fazladır.

Katılımcıların %32.5'i hiç nöbet geçirmemişken, %38.6'sı ayda ikiden az, %20.5'i ise ayda ikiden fazla nöbet geçirmiştir. Nöbeti tetikleyen faktörler incelendiğinde %58.2 oranında stres ilk sırada yer alırken, %32.7 ile ikinci sırada uykusuzluk ve %31.5 ile üçüncü sırada yorgunluk yer almaktadır (Tablo 4.2).

Katılımcıların %60.8'i nöbet zamanının değişken olduğunu, %85.5'i epilepsi dışında başka hastalığının olmadığını belirtmiştir. Hastaların %15,1'i monoterapi %84,9'u politerapi kullanmaktadır. Katılımcıların %66.3'ü Jeneralize Tonik-Klonik Nöbet geçirmektedir (Tablo 4.2).

Katılımcıların tanı süreleri incelendiğinde, en az 12 ay önce tanı konulmuş ve en fazla 540 ay önce tanı konulmuş hastalar mevcuttur. Hastalığın başlangıç yaşı, yeni doğandan 86 yaşına kadar olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).

### Yorgunluk Durumuna Yönelik Bulgular

**Tablo 4.3.** Epilepsili Hastaların Yorgunluk Puan Ortalamaları

|                  | Min-Max   | Ortalama | Std. Sapma | Çarpıklık | Basıklık |
|------------------|-----------|----------|------------|-----------|----------|
| <b>Yorgunluk</b> | 1.07-7.00 | 4.44     | 1.72       | 0.395     | 0.931    |

Yorgunluk durumuna yönelik tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde ortalamanın  $4.44 \pm 1.72$  olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Epilepsi Hastalarının Demografik Özelliklere Göre Yorgunluk Puan Ortalamaları (n=166)

| Cinsiyet           | Ortalama $\pm$ ss | t     | p     |
|--------------------|-------------------|-------|-------|
| Erkek              | 4.02 $\pm$ 1.77   | 2.376 | 0.019 |
| Kadın              | 4.68 $\pm$ 1.66   |       |       |
| Eğitim Düzeyi      |                   | F     | p     |
| Okuryazar          | 3.70 $\pm$ 1.82   | 0.914 | 0.457 |
| İlkokul            | 4.80 $\pm$ 1.77   |       |       |
| Ortaokul           | 4.62 $\pm$ 1.76   |       |       |
| Lise               | 4.28 $\pm$ 1.71   |       |       |
| Üniversite ve üstü | 4.27 $\pm$ 1.60   |       |       |
| Çalışma Durumu     |                   | F     | p     |
| Çalışıyor          | 4.22 $\pm$ 1.72   | 0.280 | 0.923 |
| Ev hanımı          | 4.61 $\pm$ 1.74   |       |       |
| Öğrenci            | 4.33 $\pm$ 1.71   |       |       |
| Emekli             | 4.46 $\pm$ 2.20   |       |       |
| İşsiz              | 4.37 $\pm$ 1.60   |       |       |
| Diğer              | 4.12 $\pm$ 2.22   |       |       |
| Gelir Düzeyi       |                   | F     | p     |
| İyi                | 4.62 $\pm$ 1.59   | 0.566 | 0.569 |
| Orta               | 4.36 $\pm$ 1.71   |       |       |
| Kötü               | 4.76 $\pm$ 1.81   |       |       |
| Medeni Durum       |                   | t     | p     |
| Evli               | 4.59 $\pm$ 1.72   | 0.954 | 0.342 |
| Bekar              | 4.33 $\pm$ 1.72   |       |       |



Cinsiyete göre yorgunluk puanı incelendiğinde, cinsiyete göre yorgunluk puanı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Kadınların yorgunluk puanları ( $4.68\pm 1.66$ ), erkeklere göre ( $4.02\pm 1.77$ ) daha yüksektir. Bu durum kadınların erkeklere göre daha fazla yorulduğunu belirtmektedir (Tablo 4.4).

Eğitim düzeyine, çalışma durumuna, gelir düzeyine, sosyal güvence durumuna ve medeni durumuna göre yorgunluk puanı incelendiğinde yorgunluk puanının istatistiksel açıdan farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Epilepsi Hastalarının Klinik Özelliklerine Göre Yorgunluk Puan Ortalamaları (n=166)

| <b>Son Bir Yılda Nöbet Sıklığı</b>         | <b>Ortalama<math>\pm</math>ss</b> | <b>F</b> | <b>p</b> |
|--|-----------------------------------|----------|----------|
| Nöbet geçirmemiş                           | 3.91 $\pm$ 1.86                   | 2.806    | 0.042    |
| Ayda ikiden az nöbet                       | 4.65 $\pm$ 1.63                   |          |          |
| Ayda ikiden fazla nöbet                    | 4.89 $\pm$ 1.64                   |          |          |
| Diğer                                      | 4.22 $\pm$ 1.44                   |          |          |
| <b>Nöbet zamanı</b>                        |                                   | <b>F</b> | <b>p</b> |
| Genellikle sabah                           | 3.76 $\pm$ 1.88                   | 1.377    | 0.244    |
| Genellikle öğle                            | 3.90 $\pm$ 1.59                   |          |          |
| Genellikle akşam                           | 4.01 $\pm$ 1.92                   |          |          |
| Genellikle gece                            | 4.64 $\pm$ 1.68                   |          |          |
| Değişken                                   | 4.60 $\pm$ 1.68                   |          |          |
| <b>Epilepsi Dışında Başka Bir Hastalık</b> |                                   | <b>t</b> | <b>p</b> |
| Var  | 4.99 $\pm$ 1.26                   | 1.692    | 0.093    |
| Yok  | 4.34 $\pm$ 1.78                   |          |          |
| <b>Epilepsi Dışında İlaç Kullanma</b>      |                                   | <b>t</b> | <b>p</b> |
| Evet                                       | 4.80 $\pm$ 1.48                   | 1.333    | 0.184    |
| Hayır                                      | 4.35 $\pm$ 1.77                   |          |          |
| <b>Epilepsi Nöbetinin Tipi</b>             |                                   | <b>F</b> | <b>p</b> |
| Kompleks Parsiyet Nöbet                    | 4.41 $\pm$ 1.92                   | 0.032    | 0.969    |
| Jeneralize Tonik-Klonik Nöbet              | 4.40 $\pm$ 1.66                   |          |          |
| Her ikisi birden                           | 4.52 $\pm$ 2.01                   |          |          |
| <b>İlaç Kullanımı</b>                      |                                   | <b>t</b> | <b>p</b> |
| Tek İlaç (Monoterapi)                      | 4.55 $\pm$ 1.65                   | 1.395    | 0.178    |
| Birden Fazla İlaç (Politerapi)             | 4.78 $\pm$ 1.74                   |          |          |

Son bir yılda nöbet sıklığına göre yorgunluk puanı incelendiğinde nöbet geçirme sıklığına göre yorgunluk puanı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır. Test sonuçlarında göre hiç nöbet geçirmemiş olan hastaların

yorgunluk puanları ( $3.91 \pm 1.86$ ) diğerlerine göre düşüktür. Epilepsi hastalarının nöbet geçirme sıklıkları, yorgunluk durumları üzerinde olumsuz şekilde etkili olmaktadır (Tablo 4.5).

Nöbet zamanına, epilepsi dışında başka ilaç kullanma durumuna, başka hastalığın olma durumuna, epilepsi nöbet tipine ve kullanılan ilaç sayısına göre yorgunluk puanı incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). (Tablo 4.5)

### Uyku Durumuna Yönelik Bulgular

**Tablo 4.6.** Epilepsi Hastalarında PUKİ Puan Ortalamaları

|                                 | Min-Max    | Ortalama | Std. Sapma | Çarpıklık | Basıklık |
|---------------------------------|------------|----------|------------|-----------|----------|
| <b>PUKİ</b>                     | 3.00-21.00 | 13.05    | 4.35       | 0.665     | 0.165    |
| <b>Geceleri Yatış Saati</b>     | 9.00-1.00  | 22.10    | 3.22       |           |          |
| <b>Uykuya Dalış (Dakika)</b>    | 0-120      | 22.96    | 10.65      |           |          |
| <b>Sabah Kalkış Saati</b>       | 5.00-13.00 | 8.52     | 1.61       |           |          |
| <b>Bir Gecedeki Uyku Süresi</b> | 2-13       | 8.45     | 1.69       |           |          |

PUKİ algısına yönelik tanımlayıcı bulgular incelendiğinde, PUKİ puan ortalaması  $13.05 \pm 4.35$  olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

Epilepsi hastalarının uyku durumları incelendiğinde, geceleri yatış saati ortalama olarak  $22.10 \pm 3.22$ , uykuya dalış süreleri ortalama olarak  $22.96 \pm 10.65$ , sabah kalkış saatleri ortalama olarak  $8.52 \pm 1.61$  ve bir gecedeki uyku süreleri ortalama olarak  $8.45 \pm 1.69$ 'dur (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7.** Epilepsi Hastalarının Demografik Özelliklere Göre PUKİ Puan Ortalamaları (n=166)

| <b>Cinsiyet</b>       | <b>Ortalama±ss</b> | <b>t</b> | <b>p</b> |
|-----------------------|--------------------|----------|----------|
| Erkek                 | 11.61±5.51         | 3.751    | 0.000    |
| Kadın                 | 15.51±6.40         |          |          |
| <b>Eğitim Düzeyi</b>  |                    | <b>F</b> | <b>p</b> |
| Okuryazar             | 12.66±5.57         | 1.583    | 0.182    |
| İlkokul               | 13.41±6.58         |          |          |
| Ortaokul              | 14.50±.17          |          |          |
| Lise                  | 13.32±6.36         |          |          |
| Üniversite ve üstü    | 15.45±6.27         |          |          |
| <b>Çalışma Durumu</b> |                    | <b>F</b> | <b>p</b> |
| Çalışıyor             | 13.68±7.26         | 2.071    | 0.073    |
| Ev hanımı             | 14.89±6.20         |          |          |
| Öğrenci               | 11.70±6.17         |          |          |
| Emekli                | 13.00±6.78         |          |          |
| İşsiz                 | 14.31±3.94         |          |          |
| Diğer                 | 12.75±7.13         |          |          |
| <b>Gelir Düzeyi</b>   |                    | <b>F</b> | <b>p</b> |
| İyi                   | 13.04±6.79         | 0.255    | 0.775    |
| Orta                  | 12.21±6.27         |          |          |
| Kötü                  | 14.92±5.78         |          |          |
| <b>Sosyal Güvence</b> |                    | <b>t</b> | <b>p</b> |
| Var                   | 11.90±6.26         | 2.496    | 0.014    |
| Yok                   | 14.00±0.00         |          |          |
| <b>Medeni Durum</b>   |                    | <b>t</b> | <b>p</b> |
| Evli                  | 14.92±5.96         | 3.178    | 0.002    |
| Bekar                 | 11.65±6.31         |          |          |

Cinsiyete göre PUKİ puanı incelendiğinde cinsiyete göre PUKİ puanı arasında ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kadınların PUKİ puanları ( $15.51\pm6.40$ ), erkeklere göre ( $11.61\pm5.51$ ) daha yüksektir. Bu durum kadınların erkeklere göre daha fazla uyku problemi yaşadığını ifade etmektedir (Tablo 4.7).

Medeni duruma göre PUKİ puanı incelendiğinde medeni duruma göre PUKİ puanı anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Evlilerin PUKİ puanları ( $14.92\pm5.96$ ), bekarlara göre ( $11.65\pm6.31$ ) daha yüksektir. Bu durum evlilerin bekarlara göre daha fazla uyku problemi yaşadığını göstermektedir (Tablo 4.7).

Eğitim durumuna, çalışma durumuna ve gelir düzeyine göre PUKİ puanı incelendiğinde PUKİ puanı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8.** Epilepsi Hastalarının Klinik Özelliklere Göre PUKİ Puan Ortalamaları (n=166)

| <b>Son Bir Yılda Nöbet Sıklığı</b>         | <b>Ortalama±ss</b> | <b>F</b> | <b>p</b> |
|--|--------------------|----------|----------|
| Nöbet geçirmemiş                           | 12.06±5.60         | 3.264    | 0.023    |
| Ayda ikiden az nöbet                       | 14.98±6.26         |          |          |
| Ayda ikiden fazla nöbet                    | 15.31±7.10         |          |          |
| Diğer                                      | 15.23±6.31         |          |          |
| <b>Nöbet zamanı</b>                        |                    | <b>F</b> | <b>p</b> |
| Genellikle sabah                           | 14.47±5.97         | 0.548    | 0.701    |
| Genellikle öğle                            | 13.42±3.40         |          |          |
| Genellikle akşam                           | 12.54±6.21         |          |          |
| Genellikle gece                            | 13.41±5.32         |          |          |
| Değişken                                   | 13.29±6.70         |          |          |
| <b>Epilepsi Dışında Başka Bir Hastalık</b> |                    | <b>t</b> | <b>p</b> |
| Var  | 16.76±5.93         | 2.963    | 0.004    |
| Yok  | 12.43±6.23         |          |          |
| <b>Epilepsi Dışında İlaç Kullanma</b>      |                    | <b>t</b> | <b>p</b> |
| Evet                                       | 16.62±6.07         | 2.367    | 0.019    |
| Hayır                                      | 12.47±6.29         |          |          |
| <b>Epilepsi Nöbetinin Tipi</b>             |                    | <b>F</b> | <b>p</b> |
| Kompleks Parsiyet Nöbet                    | 12.82±6.72         | 0.423    | 0.656    |
| Jeneralize Tonik-Klonik Nöbet              | 13.58±6.14         |          |          |
| Her ikisi birden                           | 14.50±6.29         |          |          |
| <b>İlaç Kullanımı</b>                      |                    | <b>t</b> | <b>p</b> |
| Tek İlaç (Monoterapi)                      | 12.42±6.02         | 2.451    | 0.015    |
| Birden Fazla İlaç (Politerapi)             | 16.81±6.11         |          |          |

Son bir yılda nöbet sıklığına göre PUKİ puanı incelendiğinde nöbet geçirme sıklığına göre PUKİ puanı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır. Test sonuçlarında göre hiç nöbet geçirmemiş olan hastaların PUKİ puanları (12.06±5.60) nöbet geçirenlere göre düşüktür. Epilepsi hastalarının nöbet geçirme sıklıkları, uyku durumları üzerinde etkili olmaktadır (Tablo 4.8).

Epilepsi dışında başka bir hastalığı olma durumuna göre PUKİ puanı incelendiğinde, başka bir hastalığın olması durumuna göre PUKİ puanının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Epilepsi dışında başka bir hastalığı olanların PUKİ puanları (16.76±5.93), başka bir hastalığı olmayanlara göre (12.43±6.23) daha yüksektir. (Tablo 4.8)

Epilepsi dışında başka ilaç kullanma durumuna göre PUKİ puanı incelendiğinde, başka bir ilaç kullanma durumuna göre PUKİ puanı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Epilepsi dışında başka bir ilaç kullananların PUKİ puanları ( $16.62\pm6.07$ ), başka bir ilaç kullanmayanlara göre ( $12.47\pm6.29$ ) daha yüksektir (Tablo 4.8).

Kullanılan ilaç sayısına göre PUKİ puanı incelendiğinde kullanılan ilaç sayısına göre PUKİ puanı arasında farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Birden fazla ilaç kullanan hastaların PUKİ puanları ( $16.81\pm6.11$ ), tek ilaç kullananlara göre ( $12.42\pm6.02$ ) daha yüksektir (Tablo 4.8).

Nöbet zamanına ve epilepsi nöbet tipine göre PUKİ puanı incelendiğinde PUKİ puanı arasında farklılık görülmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.8).

### Uyku ve Yorgunluk Arasındaki İlişki

**Tablo 4.9.** Epilepsi Hastalarının Yorgunluk Puan Ortalamaları ile PUKİ Puan Ortalamaları İlişkisi

|           |   | PUKİ   | Yorgunluk |
|-----------|---|--------|-----------|
| PUKİ      | r | 1      | .544**    |
|           | p |        | .000      |
|           | N | 166    | 166       |
| Yorgunluk | r | .544** | 1         |
|           | p | .000   |           |
|           | N | 166    | 166       |

Epilepsi hastalarının uyku ve yorgunluk durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, uyku ve yorgunluk arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki söz konusudur ( $p<0.05$ ). Epilepsi hastalarında yorgunluk ve uyku kalitesi birbirleriyle pozitif yönde ve güçlü şekilde ilişkilidir (Tablo 4.9).

## 5. TARTIŞMA

Epilepsi, kronik bir hastalık olarak hastanın fiziksel, emosyonel, entelektüel ve sosyal yaşamı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (Tülek, 2013). Epileptik hastalarda özellikle tekrarlayan nöbetler ve beraberinde kullanılan ilaçlar, hastalarda yorgunluğa (Oto ve ark., 2004; LizbethHernandez-Ronquillo ve ark., 2010) ve uyku (Bazil 2003; Pavlova ve ark., 2004; Karadağ 2007; İsmayılova 2014) problemlerine neden olabilmektedir. Epileptik hastalarda yorgunluk ve uyku problemleri, fiziksel yeterliliklerini olumsuz şekilde etkileyerek, yaşam kalitelerini düşürmektedir. Yorgunluk ve uyku problemleri, epileptik hastaların eğitim ve iş hayatlarını olumsuz şekilde etkilerken, onların sosyal dışlanmaya maruz kalmalarına neden olmaktadır (Demirci ve ark., 2007). Epileptik hastalarda yorgunluk ve uyku problemlerine çözüm üretebilmek adına hemşirelik bakımı önem kazanmaktadır. Bununla beraber literatürde epileptik hastalarda yorgunluk ve uyku problemlerinin incelendiği çalışma sayısı sınırlıdır.

Bu araştırmada epilepsi hastalarının yorgunluk ve uyku kalitesi durumları araştırılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

### 5.1. Epilepsi Hastalarında Yorgunluğa Yönelik Bulguların Tartışılması

Epilepsi hastalarında yorgunluk önemli problemlerin başında yer almaktadır. Nöbet, interiktal epileptiform aktivite ve antiepileptik ilaçlar epilepside yorgunluğa neden olmaktadır. Aynı zamanda yorgunluğun da nöbetleri provoke ettiği belirtilmiştir (Erdoğan ve ark., 2006). Yorgunluk, bireylerin fiziksel yeterliliklerini azaltıp, bağımlılık düzeylerini artırarak bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir (Tuncay 2018). Ettinger ve ark. (1999) çalışmalarında, epilepsi hastalarının %44'ünde ciddi yorgunluk olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Soyuer ve ark. (2006) çalışmalarında da epilepsi hastalarının %48.6'sının yorgunluk yaşadığını saptamıştır. Carpay ve ark. (2005) çalışmalarında, antiepileptik tedavinin sinir sistemi ile ilgili en sık yan etkisinin yorgunluk olduğunu, politerapinin bu oranı artırdığını ileri sürmektedirler. Bu araştırmada yorgunluk durumuna yönelik tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, ortalamanın  $4.44 \pm 1.72$  olduğu bulunmuştur. Ortalamanın 5'in altında olması yorgunluk durumunun yüksek olmadığını göstermekle beraber ortalama puan

5'e yakındır.

Piccinelli ve Wilkinson (2000) çalışmasında, epileptik yetişkinlerde yorgunluğun kadınlarda daha yüksek olduğunu belirlemişken, Lambert ve ark. (1999) çalışmalarında erkeklerde daha yüksek olduğunu saptamış, Mensah ve ark. (2005) ise çalışmalarında cinsiyete göre farklılık göstermediğini tespit etmişlerdir. Bu araştırmada cinsiyete göre yorgunluk puanı incelendiğinde, cinsiyete göre yorgunluk puanının farklılık gösterdiği bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kadınların yorgunluk puanları ( $4.68\pm1.66$ ), erkeklere göre ( $4.02\pm1.77$ ) daha yüksektir. Bu durum kadınların erkeklere göre daha fazla yorulduğunu göstermektedir. Kadınların ev ve aile sorumluluklarının daha yüksek olması, çalışan kadın sayısının giderek artması, iş yükünün fazlalığı yorgunluk yaşamalarında önemli kriterler olarak görülebilir.

Eğitim, çalışma, gelir, sosyal güvence, medeni durumuna göre yorgunluk puanı incelendiğinde yorgunluk puanı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Nöbet sıklığı, epilepsi hastalarında yorgunluğa neden olmaktadır (Durna ve ark., 2014). Oğuz ve ark.(2002) çalışmalarında, nöbet sıklığının epilepsi hastalarında önemli bir yorgunluk nedeni olduğunu ifade etmişlerdir. Bu araştırmada son bir yılda nöbet sıklığına göre yorgunluk puanı incelendiğinde, nöbet geçirme sıklığına göre yorgunluk puanı arasında ilişki saptanmıştır. Hiç nöbet geçirmemiş olan hastaların yorgunluk puanları ( $3.91\pm1.86$ ) diğerlerine göre düşüktür. Epilepsi hastalarının nöbet geçirme sıklıkları, yorgunluk durumları üzerinde olumsuz şekilde etkili olmaktadır.

Epilepsi dışında başka bir hastalığı olmasına, başka ilaç kullanma durumuna, nöbet zamanına ve epilepsi nöbet tipine göre yorgunluk puanı incelendiğinde, yorgunluk puanı arasında farklılık görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Benzer şekilde Gündoğdu (2015) çalışmasında nöbet türüne ve zamanına göre yorgunluk puanının farklılaşmadığını belirtmiştir.

## **5.2.Epilepsi Hastalarında Uyku Kalitesine Yönelik Bulguların Tartışılması**

Uyku ve epilepsinin birbiri üzerine etkisi karşılıklıdır. Epilepsi hastalarında nöbet sıklığı ve kullanılan ilaçlar uyku problemlerine neden olmaktadır. Aynı zamanda uyku yetersizliği gibi uyku problemleri de nöbetleri tetiklemektedir (Alp ve Altındağ, 2014). İsmayılova'nın (2014) epilepsi hastalarında yapmış olduğu çalışmada; PUKİ kullanmış ve uyku kalitesi değerlendirilmiştir. Araştırmada hastaların %30'unda,

kontrol grubunun ise %16'sında uyku kalitesinin kötü olduğunu saptamış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu belirlemiştir. Chenve ark. (2011) çalışmalarında, epilepsi hastalarının uyku latansı, uyku süresi, uyku verimi ve genel olarak uyku kalitesinin kötü olduğunu tespit etmiştir. Salzarua ve Chevalier (1983) çalışmalarında katılımcıların %23'ünün uykuya dalma sorununun olduğunu saptamışlardır. Pizzattove ark. (2013) yaptığı çalışmalarında, epilepsi hastalarında uyku süresi, uyku bozukluğu ve uyku kalitesine yönelik problemlerin sıklıkla yaşandığını belirtmiştir. Bu çalışmada epilepsi hastalarının uyku durumları incelendiğinde, geceleri yatış saati ortalama olarak  $22.10 \pm 3.22$ , uykuya dalış süreleri ortalama olarak  $22.96 \pm 10.65$ , sabah kalkış saatleri ortalama olarak  $8.52 \pm 1.61$  ve bir gecede uyku süreleri ortalama olarak  $8.45 \pm 1.69$  bulunmuştur.

Epilepsi hastalarında uyku problemi, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli sorunlar arasında yer almaktadır (Cortesi ve ark., 1999; Chan ve ark., 2011). Bu çalışmada PUKİ puanına yönelik tanımlayıcı bulgular incelendiğinde ortalama  $13.05 \pm 4.35$  olarak tespit edilmiştir. Ortalamanın 5'in üzerinde olması, çalışmaya katılan epilepsi hastalarında uyku problemlerinin olduğunu göstermektedir.

Daha önce yapılan farklı çalışmalarda genellikle kadınlarda uyku problemlerinin daha sıklıkla belirtildiği ifade edilmiştir (Xu ve ark., 2006; Pizzatto ve ark., 2012; Vendrame ve ark., 2013). Pizzatto ve ark. (2013) 117 epilepsi ve 30 kontrol grubu üzerinde yürüttüğü çalışmada, kadınların uyku problemlerinin erkeklere göre daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada cinsiyete göre PUKİ puanı incelendiğinde cinsiyete göre PUKİ puanı farklılık göstermektedir ( $p < 0.05$ ). Kadınların PUKİ puanları ( $15.51 \pm 6.40$ ), erkeklere göre ( $11.61 \pm 5.51$ ) daha yüksektir. Bu durum kadınların erkeklere göre daha fazla uyku problemi yaşadığını göstermektedir. Toplumumuzda kadınların erkeklere göre daha fazla ev ve çocuk sorumluluğunu üstleniyor olmaları, bu duruma neden olarak belirtilebilir. Günay ve Bener (2011) araştırmalarında kadının ev içi sorumluluklarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu ve bu durumun toplumsal cinsiyet kalıplarının bir parçası olduğunu ifade etmişlerdir. Özaydınlık (2014) araştırmasında kadının aile ve ev yaşamındaki emeğinin yüksek olduğunu ve bu durumun kadına önemli bir sorumluluk yüklediğini ifade etmiştir. Bu durum kadınların uyku ve yorgunluk algılarını etkileyen önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. Kadının hasta olmasına karşın ev ve çocuk sorumluluğunun yüksek olması, kadınların uyku ve yorgunluk algılarını yükseltiyor



olabilir.

Eğitim, alışma, gelir durumuna göre PUKİ puanı incelendiğinde eğitim PUKİ puanı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ). Benzer şekilde Yaşar ve ark. (2014) erkek epilepsi hastalarında yaptıkları çalışmalarında eğitim durumuna göre PUKİ puanının farklılık göstermediğini saptamışlardır.

Medeni duruma göre PUKİ puanı incelendiğinde ise evlilerin PUKİ puanları ( $14.92\pm5.96$ ), bekarlara göre ( $11.65\pm6.31$ ) daha yüksektir. Bu durum evlilerin bekarlara göre daha fazla uyku problemi yaşadığını göstermektedir. Evli bireylerin aile ve eşlerine yönelik sorumluluklarının daha yüksek olması, bu durumun nedeni olarak açıklanabilir.

Epilepsi hastalarının nöbet geçirme sıklıkları, uyku durumları üzerinde etkili olmaktadır. Farklı araştırmalarda da epilepsi hastalarında nöbet sayılarının artmasının önemli uyku problemlerine neden olduğu ifade edilmiştir (Crespel ve ark., 1998; Parrino ve ark., 2001; Xu ve ark., 2006). Parrino ve ark. (2001) alışmasında, özellikle sık nöbet geçiren hastaların uyku problemlerinin olumsuz olarak etkilendiğini ifade etmiştir. Bu araştırmada son bir yılda nöbet sıklığına göre PUKİ puanı incelendiğinde nöbet geçirme sıklığına göre PUKİ puanı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Farklılığın hangi değişkenden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey testi yapılmıştır. Test sonuçlarında göre hiç nöbet geçirmemiş olan hastaların PUKİ puanları ( $12.06\pm5.60$ ) diğerlerine göre düşüktür. Nöbet zamanına göre PUKİ puanı incelendiğinde nöbet zamanına göre PUKİ puanı arasında ilişkinin anlamsız olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Jain ve Glauser (2014) alışmasında ise geçirilen nöbet sayısının ve nöbet zamanının, hastaların günlük uyku sürelerini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir.

Epilepsi dışında başka bir hastalığı olma durumuna göre PUKİ puanı incelendiğinde, başka bir hastalığın olması durumuna göre PUKİ puanı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Epilepsi dışında başka bir hastalığı olanların PUKİ puanları ( $16.76\pm5.93$ ), başka bir hastalığı olmayanlara göre ( $12.43\pm6.23$ ) daha yüksektir. Kronik hastalıklar bireylerin yaşam düzenlerini olumsuz yönde etkilemektedir, bu durum epilepsiyle beraber daha fazla uyku problemine neden olabilir. Epilepsi dışında başka ilaç kullanma durumuna göre PUKİ puanı incelendiğinde başka bir ilaç kullanma durumuna göre PUKİ puanı arasında ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Epilepsi

dışında başka bir ilaç kullananların PUKİ puanları ( $16.62 \pm 6.07$ ), başka bir ilaç kullanmayanlara göre ( $12.47 \pm 6.29$ ) daha yüksektir.

Literatürde, jeneralize epilepsisi olan hastalarda uyku bozukluğunun daha sık olduğu ifade edilmektedir (Chen ve ark., 2011, Derry ve Duncan, 2013). Bu durum ilişkilendirilirken özellikle jeneralize epilepsisi olan hastaların popülasyon olarak daha fazla olmaları ön plana çıkarılmaktadır (Bazil, 2002; Bazil, 2003). Uyku bozuklukları üzerine nöbet tipinin etkisini araştırmak için yapılan bir anket çalışmasında, jeneralize ve parsiyel nöbet geçiren olgular arasında uyku bozuklukları semptomları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Abbas ve ark., 2004). Bu araştırmada da epilepsi nöbet tipine göre PUKİ puanı incelendiğinde epilepsi nöbet tipine göre PUKİ puanının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Epilepsi de uyku döngüsünü etkileyen faktörlerden biri de antiepileptik ilaçların yan etkileridir. Kullanılan ilaçlar beyni etkileyerek uyku evrelerini ve uyanıklılığı bozmaktadır (Durna ve ark., 2014). Bu araştırmada kullanılan ilaç sayısına göre PUKİ puanı incelendiğinde kullanılan ilaç sayısına göre PUKİ puanı arasında ilişki görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Birden fazla ilaç kullanan hastaların PUKİ puanları ( $16.81 \pm 6.11$ ), tek ilaç kullananlara göre ( $12.42 \pm 6.02$ ) daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle hemşirelerin polifarmasi uygulanan hastaların uyku kalitelerini yakından izlemesi ve bu hastaların uyku aktivitelerinin olabildiğince sürdürülmesi için gereken planlamaları yapması önemlidir.

### **5.3. Epilepsi Hastalarında Yorgunluk ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması**

Epileptik vakalarda oldukça sık şekilde karşılaşılan komorbidite yorgunluktur. Uyku problemleri %9-55 arasında değişiklik gösterirken (Jacoby ve ark 1994, Asadi-Pooya ve Sperling 2011); yorgunluk %35-48.6 arasında değişiklik göstermektedir (Soyuer ve ark 2006, Senol ve ark 2007, Hamelin ve ark 2010).

Epilepsi hastalığında tedavi sürecinin uzun ve zorlu olması, hastaların fiziksel ve psikolojik durumlarını etkileyebilmekte ve bu durum uyku problemlerine neden olabilmektedir (Van Mill, 2010; Stefanello ve ark., 2010). Epilepsi hastalarında, geçirilen nöbetler veya kullanılan ilaçlar yorgunluğa neden olabilmektedir (Keskin ve ark., 2011). Ayrıca nöbet geçirme durumunda hastada fiziksel ve ruhsal yorgunluk meydana gelebilmektedir (Aktekin vd., 2012).

Bu araştırmada epilepsi hastalarında yorgunluk ve uyku kalitesinin birbirleriyle pozitif yönde ve güçlü şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Bureau (1999) yaptığı araştırmasında epilepsi hastalarının kaliteli uyku süresinin yeterli olmadığını ve bunun hastalarda yorgunluğa neden olduğunu belirtmiştir. Yine Yaşar ve ark. (2014) araştırmalarında, epilepsi hastalarında demografik özelliklerin, nöbet sayısının ve kullanılan ilçların hastalarda uyku problemine neden olduğunu ve bu durumun yorgunluğu arttırdığını ifade etmişlerdir.

Epilepsi hastalarında yorgunluk ve uyku önemli sorunlar arasında yer almakta ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Epilepsi hastalarının yaşam kalitelerinin artırılmasında hemşireler tarafından yorgunluk ve uyku problemlerinin önlenmesine yönelik olarak yürütülecek girişimsel çalışmalar önem kazanmaktadır. DiPierro ve Giannos (2012) araştırmalarında epilepsi gibi kronik rahatsızlıklarda uyku ve yorgunluk yönetimine ilişkin eğitim programlarının önemi vurgulanmıştır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenmektedir:

- Araştırmaya katılanların %63.9'u kadın ve %36.1'i erkektir. Katılımcıların %44'ü lise mezunuyken, %38.6'sı ev hanımıdır. Katılımcıların %72.9'unun geliri orta düzeydedir. Katılımcıların %56.6'sı bekarıdır. Araştırmaya katılanların yaş durumları incelendiğinde en düşük yaş 17 ve en yüksek yaş 89'dur. Katılımcıların yaş ortalaması ise  $29.76 \pm 12.048$ 'dir.
- Katılımcıların %32.5'i hiç nöbet geçirmemişken, %38.6'sı ayda ikiden az, %20.5'i ise ayda ikiden fazla nöbet geçirmiştir. Nöbeti tetikleyen faktörler incelendiğinde %58.2 oranında stres ilk sırada yer alırken, %32.7 ile ikinci sırada uykusuzluk ve %31.5 ile üçüncü sırada yorgunluk yer almaktadır. Bununla beraber katılımcıların %21.1'i nöbeti tetikleyen faktör olmadığını belirtmiştir.
- Katılımcıların %60.8'i nöbet zamanının değişken olduğunu, %16.3'ü genellikle gece olduğunu ve %11.4'ü ise genellikle sabah olduğunu belirtmiştir. Epilepsi dışında başka bir hastalık olma durumu incelendiğinde ise katılımcıların %85.5'i olmadığını belirtmiştir. Hastaların kullandıkları epilepsi ilaçları incelendiğinde %24.7'si Valporik Asit, %21.7'si ise Levetirasetam kullanmaktadır. Katılımcıların %66.3'ü Jeneralize Tonik-Klonik Nöbet geçirmektedir.
- Katılımcıların tanı süreleri incelendiğinde, en az 12 ay önce tanı konulmuş ve en fazla 540 ay önce tanı konulmuş hastalar mevcuttur. Tanı süresinin ortalaması  $12.11 \pm 9.48$ 'dir. Hastalığın başlangıç yaşı incelendiğinde ise yeni doğandan 86 yaşına kadar olduğu görülmektedir. Katılımcıların ortalama olarak hastalığa yakalanma yaşları  $17.23 \pm 12.94$  arasında değişiklik göstermektedir.
- Yorgunluk durumuna yönelik tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde ortalamanın  $4.44 \pm 1.72$  olduğu tespit edilmiştir. Ortalamanın 5'in altında olması yorgunluk durumunun yüksek olmadığını göstermekle beraber ortalama puan 5'e yakındır.

- Cinsiyete göre yorgunluk puanı incelendiğinde, cinsiyete göre yorgunluk puanı farklılık göstermektedir. Kadınların yorgunluk puanları ( $4.68 \pm 1.66$ ), erkeklere göre ( $4.02 \pm 1.77$ ) daha yüksektir.
- Son bir yılda nöbet sıklığına göre yorgunluk puanı incelendiğinde nöbet geçirme sıklığına göre yorgunluk puanı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.
- Epilepsi hastalarının uyku durumları incelendiğinde, geceleri yatış saati ortalama olarak  $22.10 \pm 3.22$ , uykuya dalış süreleri ortalama olarak  $22.96 \pm 10.65$ , sabah kalkış saatleri ortalama olarak  $8.52 \pm 1.61$  ve bir gecede uyku süreleri ortalama olarak  $8.45 \pm 1.69$  bulunmuştur.
- PUKİ algısına yönelik tanımlayıcı bulgular incelendiğinde ortalama  $13.05 \pm 4.35$  olarak tespit edilmiştir. Ortalamanın 5'in üzerinde olması, araştırmaya katılan epilepsi hastalarında uyku problemlerinin olduğunu göstermektedir.
- Cinsiyete göre PUKİ puanı incelendiğinde cinsiyete göre PUKİ puanı farklılık göstermektedir. Kadınların PUKİ puanları ( $15.51 \pm 6.40$ ), erkeklere göre ( $11.61 \pm 5.51$ ) daha yüksektir.
- Medeni duruma göre PUKİ puanı incelendiğinde medeni duruma göre PUKİ puanı arasında ilişki saptanmıştır. Evlilerin PUKİ puanları ( $14.92 \pm 5.96$ ), bekarlara göre ( $11.65 \pm 6.31$ ) daha yüksektir. Bu durum evlilerin bekarlara göre daha fazla uyku problemi yaşadığını göstermektedir.
- Son bir yılda nöbet sıklığına göre PUKİ puanı incelendiğinde nöbet geçirme sıklığına göre PUKİ puanı arasında ilişki belirlenmiştir. Hiç nöbet geçirmemiş olan hastaların PUKİ puanları ( $12.06 \pm 5.60$ ) diğerlerine göre düşüktür.
- Epilepsi dışında başka bir hastalığı olma durumuna göre PUKİ puanı incelendiğinde başka bir hastalığın olması durumuna göre PUKİ puanının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.
- Epilepsi dışında başka ilaç kullanma durumuna göre PUKİ puanı incelendiğinde başka bir ilaç kullanma durumuna göre PUKİ puanında farklılık olduğu saptanmıştır.

- Epilepsi hastalarının uyku ve yorgunluk durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, uyku ve yorgunluk arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki söz konusudur.

Araştırmadan elde edilen verilere göre sunulan öneriler aşağıda yer almaktadır:

- Epilepsi hastalarının yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde ve nöbet sıklığını azaltılmasında nöbetlerin artışına neden olabilecek uyku sorunlarının saptanması, epilepsi tedavisinde önemli bir basamak oluşturacaktır.
- Epilepsi hastalarında uyku hijyenine dikkat edilmelidir. Uyku kalitesinin artırılmasına yönelik, özellikle hemşireler tarafından düzenlenecek girişimsel faaliyetler önem kazanmaktadır. Bu konuda hemşirelere hizmet içi eğitimler planlanmalıdır.
- Epilepsi hastalığının kontrol altında tutulabilmesi için hasta eğitimleri de ön plana çıkarılmalıdır.
- Hemşireler özellikle kadın cinsiyet, evli, çoklu ilaç kullanan riskli grubu uyku kalitesi yönünden sık izlemeli ve uyku kalitesini arttırmak için gereken önlemleri almalıdırlar.
- Epilepsi hastalarında uyku problemleri ve yorgunluk ilişkilidir. Hastaların uyku problemlerine yönelik hemşirelik yaklaşımları, yorgunluk tedavisinde de önemli olacaktır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Abbas A, Hosny H, Fathy S, El-Naseer MA, Hassanin A, Atef M, et al. Sleep disorders in epileptic patients. *Egypt J Neurol Psychiat Neurosurg* 2004; 41(1): 161–9.
2. Agargun MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(2): 107-115.
3. Akdağ G., Algın D.İ., Erdiñç O.O. (2016). Beyin Farkındalığı Özel Sayısı/ Brain Awareness Special 1 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Epilepsi Issue; 38 (Special Issue 1): 35-4.
4. Aktekin, B, Agan K, Arman F, Aslan K, Aykutlu E, Baklan B, & Bozdemir H. Epilepsi rehberi: Turk noroloji derneği epilepsi calisma grubu. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 2012; 18(1): 26-39.
5. Alan Bettinger A, Deborah M, Weisbrot B, Lauren B, Krupp A, Patricia K. Coyle AN, LinaJandorf C. Fatigue and Depression in Epilepsy. *Journal of Epilepsy* 1998; 11(2): 105 – 109.
6. Alarcon G, Kissani N, Dad M, Elwes RD, Ekanayake J, Hennessy MJ. Lateralizing and localizing values of ictal onset recorded on the scalp: evidence from simultaneous recordings with intracranial foramen ovale electrodes. *Epilepsia*, 2001; 42 (11): 1426-1437.
7. Alp R, Altindag E. Uyku ve Epilepsi. *Epilepsi Dergisi*, 2014; 20(Supp: Ek-1), 46-49.
8. Armutlu K, Keser I, Korkmaz NC, Akbıyık DI, Sümbüloğlu V, Güney Z, Karabudak R. Psychometric study of Turkish version of Fatigue Impact Scale in multiple sclerosis patients, *Journal of the Neurological Sciences*, 2007; 255, 64-68.
9. Asadi-Pooya AA, Sperling MR. Depression and anxiety in patients with epilepsy, with or without other chronic disorders. *Iran Red Crescent Med J*. 2011 Feb;13(2):112-6.

10. Aslan İ, Tanrıverdi MH, Bucaktepe EPG. Birinci Basamakta Kronik Yorgunluk Sendromu Yönetimi. *Eurasian Journal of Family Medicine* 2014; 3(2): 65-68.
11. Ayaz E, Türkoglu SA, Orallar H. Toxoplasma gondii and Epilepsy. *Türkiye Parazitolojii Dergisi*, 2016; 40(2), 90.
12. Baykan B, Bebek N, Gürses C, Gökyiğit A. Epilepsi, 2010, [www.itfnoroloji.org/epilepsi/Epilepsi.htm](http://www.itfnoroloji.org/epilepsi/Epilepsi.htm), s:1.
13. Baykan B, Gürses C, Gökyiğit A. Nöroloji. Öge EA. (Editör) Epilepsi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004; 279-308
14. Bazil CW. Sleep and epilepsy. *Semin Neurol*, 2002; 22 (3), 321-327.
15. Bazil CW. Epilepsy and sleep disturbance. *Epilepsy Behav*, 2003; 4(2):39-45.
16. Bazil CW. Nocturnal seizures. *Semin Neurol*, 2004; 24 (3): 293-300.
17. Bazil CW. Effects of antiepileptic drugs on sleep structure : are all drugs equal? *CNS Drugs*, 2003; 17(10): 719-728.
18. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*, 2010; 51 (4), 676-685.
19. Bialasiewicz P, Nowak D. Obstructive sleep apnea syndrome and nocturnal epilepsy with tonic seizures. *Epileptic Disord*, 2009; 11 (4): 320-323.
20. Birol L. Hemşirelik süreci. İzmir: Etki Matbaacılık; 2005; s. 301-19.
21. Bisulli F, Naldi I, Vignatelli L, Ferrioli S, Plazzi G, Vetrugno R, Montagna P, Tinuper P. Paroxysmal motor phenomena during sleep: study of the frequency of parasomnias in patients with nocturnal frontal lobe epilepsy and their relatives. *Epilepsia*, 2005; 46 (6), 284.
22. Blume WT, Luders HO, Mizrahi E, Tassinari C, van Emde Boas W, Engel J, Jr. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: report of the ILAE task force on classification and terminology. *Epilepsia*, 2001; 42 (9), 1212-1218.
23. Bora S, Yeni SN, Gürses C. Epilepsi. (1. Basım), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2008; s: 707-734.



24. Bureau M. Electro-clinical aspects and evolution of the syndrome of epilepsy with continuous spikes and waves during slow sleep (CSWS). *Epilepsia* (Turkey), 1999; 3, 102-10.
25. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*; 1989; 28(2):193-213.
26. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep*; 1991; 14(4):331–338.
27. Campling F, Sharpe M. *Chronic Fatigue Syndrome*. Second Edition, New York: 2008; s. 7-35. 52.
28. Carpay JA, Aldenkamp AP, van Donselaar CA. Complaints associated with the use of antiepileptic drugs: results from a community-based study. *Seizure* 2005;14:198–206.
29. CE E. Semiology of temporal lobe seizures. P. C. Oxbury JM, Duchowny M, eds (Ed.). *Intractable focal epilepsy* (s. 63–68). London: W. B. Saunders, 2000.
30. Chan B, Cheong EYK, Ng SFG, Chan YC, Lee QU, Chan KY. Evaluation of sleep disturbances in children with epilepsy: a questionnaire-based case-control study. *Epilepsy & Behavior*. 2011;21:437-40.
31. Chen NC, Tsai MH, Chang CC, Lu CH, Chang WN, Lai, SL. ve diğerleri. Sleep quality and daytime sleepiness in patients with epilepsy. *Acta Neurol Taiwan*, 2011; 20 (4), 249-256.
32. Chihorek AM, Abou-Khalil B, Malow BA. Obstructive sleep apnea is associated with seizure occurrence in older adults with epilepsy. *Neurology*, 2007; 69 (19): 1823-1827.
33. Cortesi F, Giannotti F, Ottaviano S. Sleep problems and daytime behavior in childhood idiopathic epilepsy. *Epilepsia*. 1999;40(11):1557-65.
34. Crespel A, Baldy-Moulinier M, Coubes P. The relationship between sleep and epilepsy in frontal and temporal lobe epilepsies: practical and physiopathologic considerations. *Epilepsia*, 1998; 39 (2): 150-157.

35. Crespel A, Baldy-Moulinier M, Coubes P. The relationship between sleep and epilepsy in frontal and temporal lobe epilepsies: practical and physiopathologic considerations. *Epilepsia*, 1998; 39(2), 150-157.
36. Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. Nobel Tıp Kitabevleri, İzmir, 2000
37. Declerk AC, Influence of antiepileptic drugs on sleep patterns. R. E. Edited by Degen R (Ed.). *Epilepsy, Sleep, and Sleep Deprivation*, edn 2. (s.:153–162.). Amsterdm: Elsevier, 1991.
38. Demirci S, Dönmez CM, Gündoğar D, Baydar ÇL. Public awareness of attitudes toward, and understanding of epilepsy in Isparta, Turkey. *Epilepsy and Behavior*. 2007; 11:427-433.
39. Deniz SY. Hastanede Yatan Hastaların Uyku Kalitesi ve Uyku Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Prof. Dr. Ahsen Şirin), 2014; 3-120.
40. Derry CP, Duncan S. Sleep and epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2013; 26 (3), 394-404.
41. DiPierro G,& Giannos SA. Biosynchronous transdermal drug delivery for longevity, anti-aging, fatigue management, obesity, weight loss, weight management, delivery of nutraceuticals, and the treatment of hyperglycemia, alzheimer's disease, sleep disorders, parkinson's disease, aids, epilepsy, attention deficit disorder, nicotine addiction, cancer, headache and pain control, asthma, angina, hypertension, depression, cold, flu and the like. U.S. Patent No. 8,252,321. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office, 2012.
42. Durna Z, Karadakovan A, Topçuoğlu M. Nörolojik Bilimler Hemşireliği Kanıta Dayalı Uygulamalar, Nobel Tıp Kitapevi, 2014.
43. Emre M. Nöroloji Temel Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2013.
44. Engel, J, Jr,International League Against, E. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia*, 2001; 42 (6), 796-803.

45. Erdoğan F, Soyuer F, Şenol V, & Arman F. Epilepsi Hastalarında Yorgunluğun Yaşam Kalitesine Etkisi, *Epilepsi* 2006;12(1):21-26
46. Ettinger AB, Weisbrot DM, Krupp LB, Coyle PK, Jandorf L, & Devinsky O. Fatigue and depression in epilepsy. *Journal of Epilepsy*, 1999; 11(2), 105-109.
47. Fisher RS, Vickery BG, Gibson P, Hermann B, Penovich P, Scherer A, Walker S, The impact of epilepsy from the patient's perspective 1. descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy Res.* 2000; 41:39-51.
48. Foldvary N, Klem G, Hammel J, Bingaman W, Najm I, Luders H. The localizing value of ictal EEG in focal epilepsy. *Neurology*, 2001; 57 (11), 2022-2028.
49. Freeman JL. Gelastic seizures. P. T. e. Engel J Jr (Ed.). *Epilepsy: a comprehensive textbook*, 2nd edn. (s. pp 619–623). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
50. Gardiner M. Genetics of idiopathic generalized epilepsies. *Epilepsia*, 2005; 46(9): 15-20.
51. Gedaly-Duff V, Lee KA, Nail L, Nicholson HS, Johnson KP. Pain, sleep disturbance, and fatigue in children with leukemia and their parents: a pilot study. *Oncol Nurs Forum* 2006;33(3):641-6
52. Gigli GL, Placidi F, Diomedi M, Maschio M, Silvestri G, Scalise A. et al. Nocturnal sleep and daytime somnolence in untreated patients with temporal lobe epilepsy: changes after treatment with controlled-release carbamazepine. *Epilepsia*, 1997; 38(6), 696-701.
53. Görgülü Ü, Fesci H. Epilepsi ile yaşam: Epilepsinin psikososyal etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi*, 2011; 26(1), 27-32.
54. Gülay B. Epilepsi Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 2014.
55. Gün İ. Epilepsi Hastalarında Antiepileptik İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2006.

56. Gündoğdu A. Epilepsi Hastalarında Yorgunluk Ve Depresyonun Eser Element Düzeyleri İle İlişkisi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2015.
57. Hamelin S, Kahane P, Vercueil L. Fatigue in epilepsy: A prospective inter-ictal and post-ictal survey, *Epilepsy Research* 2010; 91(2-3): 153-160.
58. Harris CD. Neurophysiology of sleep and wakefulness. *Respir Care Clin N Am*, 2005; 11(4), 567-586.
59. Hirsch E. Childhood absence epilepsy and related syndromes. B. M. Roger J, Dravet Ch, Jallon P, Tassinari CA, Wolf P (eds) (Ed.). *Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence*, 4th edn. (s. pp 315–335). France,,: John Libbey Eurotext Ltd, 2005.
60. Hofstra WA, Spetgens WP, Leijten FS, van Rijen PC, Gosselaar P, van der Palen J. ve diğeri. Diurnal rhythms in seizures detected by intracranial electrocorticographic monitoring: an observational study. *Epilepsy Behav*, 2009; 14 (4), 617-621.
61. Holmes MD, Chang M, Kapur V. Sleep apnea and excessive daytime somnolence induced by vagal nerve stimulation. *Neurology*, 2003; 61 (8), 1126-1129.
62. Hopkins J, Irvine F. Qualitative insights into the role and practice of Epilepsy Specialist Nurses in England: a focus group study. *Journal of advanced nursing*, 2012; 68(11), 2443-2453.
63. Iber C, Chesson AL, Quan SF. *The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology, and Technical Specifications*, 1st edn. American Acedemy of Sleep Medicine, WestchesterI, 2007.
64. International League Against Epilepsy (ILAE). Guidelines for epidemiological studies on epilepsy. *Epilepsia*. 2017;34(4): 592-596
65. İpek M, Epilepsinin psikososyal yaşam üzerine etkisinin ‘Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği ile’ değerlendirilmesi, Denizli, 12013.
66. İsmayılova V. Epilepsi hastalarında rastlanılan uyku bozuklukları: Anketle vaka-kontrol çalışması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2014.

67. Jacoby A, Baker GA, Steen N, Potts P, Chadwick DW. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a U.K. Community study. *Epilepsia*. 1994 Feb;37(2):148-61.
68. Karadağ M. Uyku Bozuklukları Sınıflandırması, *Akciğer Arşivi*; 2007, 89 – 91.
69. Karakoç T. Kanser hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3(8).
70. Kaya T, Karatepe AG, Demirhan A, Günaydın R, Gedizlioğlu M. Multipl sklerozlu hastalarda yorgunluk ve ilişkili faktörler, *Journal of Neurological Sciences* 2009, 26(2), 190-197.
71. Kelemen A, Barsi P, Eross L, Vajda J, Czirják S, Borbély C, Rásonyi G, Halász P. Long-term outcome after temporal lobe surgery--prediction of late worsening of seizure control. *Seizure*. 2006;15(1):49-55
72. Keskın G, Gümüş AB, & Engın E. Epilepsi hastalarının aleksitimi, uyku kalitesi ve ruhsal belirtiler yönünden incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011, 12(2).
73. Khatami R, Zutter D, Siegel A, Mathis J, Donati F, Bassetti CL. Sleep-wake habits and disorders in a series of 100 adult epilepsy patients--a prospective study. *Seizure*, 2006; 15 (5), 299-306.
74. Kim DW, Lee SK, Yun CH, Kim KK, Lee DS, Chung .K. ve diğerleri. Parietal lobe epilepsy: the semiology, yield of diagnostic workup, and surgical outcome. *Epilepsia*, 2004; 45 (6), 641-649.
75. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus, *Archive Neurology*, 1989; 46, 1121-1123.
76. Kudubeş AA. Çocuğun kansere bağlı yaşadığı yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 2014; 29(3).
77. Lambert MV, Robertson MM. Depression in epilepsy: etiology, phenomenology, and treatment. *Epilepsia* 1999;40(10):21-47.
78. Hernandez-Ronquillo L, Moien-Afshari F, Knox K, Britz J, & Tellez-Zenteno JF. How to measure fatigue in epilepsy? The validation of three scales for clinical use. *Epilepsy research*, 2011; 95(1-2): 119-129.

79. Maillard L, Vignal JP, Gavaret M, Guye M, Biraben A, McGonigal A. ve diğeri. Semiologic and electrophysiologic correlations in temporal lobe seizure subtypes. *Epilepsia*, 2004; 45 (12), 1590-1599.
80. Malow BA, Foldvary-Schaefer N, Vaughn BV, Selwa LM, Chervin RD, Weatherwax KJ. ve diğeri. Treating obstructive sleep apnea in adults with epilepsy: a randomized pilot trial. *Neurology*, 2008; 71 (8), 572-577.
81. Manni R, Terzaghi M, Arbasino C, Sartori I, Galimberti CA, Tartara A. Obstructive sleep apnea in a clinical series of adult epilepsy patients: frequency and features of the comorbidity. *Epilepsia*, 2003; 44 (6), 836-840.
82. Manni R, Terzaghi M, Zambrelli E. REM sleep behaviour disorder in elderly subjects with epilepsy: frequency and clinical aspects of the comorbidity. *Epilepsy Res*, 2007; 77 (2-3), 128-133.
83. Manni R, Tartara A. Evaluation of sleepiness in epilepsy. *Clin Neurophysiol*, 2000; 111(2):111-114
84. Manni R, Terzaghi M. Comorbidity between epilepsy and sleep disorders. *Epilepsy Res*, 2010; 90 (3), 171-177.
85. Mendez M, Radtke RA. Interactions between sleep and epilepsy. *J Clin Neurophysiol*, 2001; 18 (2), 106-127.
86. Mensah SA, Beavis JM, Thapar AK, Kerr M. The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2006 Feb;8(1):213-9. Epub 2005 Dec 6.
87. Mollaoğlu M, Durna Z, Eşkazan E. Epilepsili Hastaların Yaşam Kalitesinin QOLIE-89 (Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği) ile Değerlendirilmesi. *Epilepsi*. 2001;7:73-80
88. Mollaoğlu M, Durna Z, Bolayır E, Türkiyedeki epilepsili hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin (QOLIE-31) geçerlilik ve güvenilirliği, Sivas, Nöropsikiyatri arşivi, 2013; 289-295
89. Nashef L, Ryvlin P. Sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP): update and reflections. *Neurol Clin*, 2009; 27 (4), 1063-1074.

90. National Institute for Health and Clinical Excellence. "Chapter 4: Guidance". The Epilepsies: The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Guideline Centre. 2012:57–83.
91. Oguz A, Kurul S, Dirik E. Relationship of epilepsy-related factors to anxiety and depression scores in epileptic children. *J Child Neurol.* 2002;17(1):37-40.
92. Oto R, Apak İ, Arslan S, Yavavlı A, Altındağ A, Karaca EE. Epilepsinin psikososyal etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004;7:210-214.
93. Oxbury DM, Polkey CE. Intractable focal epilepsy Text: W.B. Saunders, 2000.
94. Öge EA, Baykan B. Nöroloji. 2. Basım. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri, 2011
95. Panayiotopoulos CP. Idiopathic generalized epilepsies: a review and modern approach. *Epilepsia*, 2005; 46(9):1-6.
96. Parrino L, Halasz P, Tassinari CA, Terzano MG. CAP, epilepsy and motor events during sleep: the unifying role of arousal. *Sleep Med Rev*, 2006; 10 (4), 267-285.
97. Parrino L, Smerieri A, Terzano MG. Combined influence of cyclic arousability and EEG synchrony on generalized interictal discharges within the sleep cycle. *Epilepsy Res*, 2001; 44 (1), 7-18.
98. Pavlova MK, Shea SA, Bromfield EB. Day/night patterns of focal seizures. *Epilepsy Behav*, 2004; 5(1), 44-49.
99. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry.* 2000 177:486-92.
100. Piperidou C, Karlovasitou A, Triantafyllou N, Terzoudi A, Constantinidis T, Vadikolias K. ve diğerleri. Influence of sleep disturbance on quality of life of patients with epilepsy. *Seizure*, 2008; 17 (7), 588-594.
101. Pizzatto R, Lin K, Watanabe N, Campiolo G, Bicalho MA, Guarnieri R. ve diğerleri. Excessive sleepiness and sleep patterns in patients with epilepsy: a case-control study. *Epilepsy Behav*, 2013; 29 (1), 63-66.

102. Riva MA, Tremolizzo L, Spicci M, Ferrarese C, De Vito G, Cesana G.C. ve diğeri. The disease of the moon: the linguistic and pathological evolution of the English term "lunatic". *J Hist Neurosci*, 2011; 20 (1), 65-73.
103. Salanova V, Morris HH, Van Ness P, Kotagal P, Wyllie E, Luders H. Frontal lobe seizures: electroclinical syndromes. *Epilepsia*, 1995; 36 (1), 16-24.
104. Salinsky MC, Oken BS, Binder LM. Assessment of drowsiness in epilepsy patients receiving chronic antiepileptic drug therapy. *Epilepsia*, 1996; 37(2), 181-187.
105. Salzarulo P, Chevalier A. Sleep problems in children and their relationship with early disturbances of the waking-sleeping rhythms. *Sleep*. 1983;6:47-51.
106. Saraçoğlu G, Mesleki sağlık ve gúvenlik uygulamalarında epilepsili bireyler için sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi, Türk tabipler birliği Mesleki Sağlık Ve Gúvenlik Dergisi, 2013; 13(47): 39-45.
107. Saritaş SÇ. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Egzersizin Dispne ve Yorgunluk Úzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, 2010; 11-39.
108. Schulz R, Luders HO, Hoppe M, Tuxhorn I, May T, Ebner A. Interictal EEG and ictal scalp EEG propagation are highly predictive of surgical outcome in mesial temporal lobe epilepsy. *Epilepsia*, 2000; 41 (5), 564-570.
109. Gúnay G & Bener Ó. Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde aile içi yaşamı algılama biçimleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2011; 153(153), 157-171.
110. Ózaydınlık K. Toplumsal cinsiyet temelinde Türkiye'de kadın ve eğitim. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2014; (33), 93-112.
111. Selvitelli MF, Krishnamurth, KB, Herzog AG, Schomer DL, Chang BS. Sleep spindle alterations in patients with malformations of cortical development. *Brain Dev*, 2009; 31 (2), 163-168.



112. Senol V, Soyuer F, Arman F, Oztürk A. Influence of fatigue, depression, and demographic, socioeconomic, and clinical variables on quality of life of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2007 Feb;10(1):96-104.
113. Shin HY, Hong SB, Joo EY, Tae WS, Han SJ, Cho JW. ve diğ erleri. Gelastic seizures involving the right parietal lobe. *Epileptic Disord*, 2006; 8 (3), 209-212.
114. Shouse MN, da Silva AM, Sammaritano M. Circadian rhythm, sleep, and epilepsy. *J Clin Neurophysiol*, 1996; 13(1), 32-50
115. Simon D Shorvon. The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia*. 2011;52(6):1052–1057
116. Sinclair DB, Wheatley M, Snyder, T. Frontal lobe epilepsy in childhood. *Pediatr Neurol*, 2004; 30 (3), 169-176.
117. Soyuer F, Erdogan F, Senol V, Arman F. The relationship between fatigue and depression, and eventrelated potentials in epileptics. *Epilepsy Behav* 2006;8:581–7.
118. Stefanello S, Marin-Leon L, Fernandes PT, Li LM, Botega NJ. Psychiatric comorbidity and suicidal behavior in epilepsy: a community-based case-control study. *Epilepsia*, 2010; 51 (7), 1120-1125.
119. Tanrıverdi G, Gürsoy MY, Ş en HM. & Karaman HIÖ. Epilepside geleneksel tıp uygulamaları: Ç anakkale örneğ i. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 2013; 19(1): 29-33.
120. Touchon J, Baldy-Moulinier M, Billiard M, Besset A, Cadilhac J. Sleep organization and epilepsy. *Epilepsy Res Suppl*, 1991; 2, 73-81.
121. Tuncay FÖ. Multipl Sklerozda yorgunluk yönetiminde farklı bir girişim: Soğutucu giysi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2018; 32(1), 41-46.
122. Turanlı G. Epilepsi Tedavisi, İç inden: Temel Pediatri. Hasanoğ lu E, Düşünsel R, Bideci A.(Editörler). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2010:1257-1261
123. Tülek Z. İç Hastalıkları Hemşireliğ i, (Editör: Durna Z.), Akademi yayınları, 2013; 312-314.
124. Uluşahin A, Öztürk MO. Ruh Sağ lığı ve Bozuklukları.Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2000

125. Uzun Ş, Kara B, İşçan B. Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Uyku Sorunları. *TürkNefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2009,12 (1):61-11.
126. Üçer H, Sucaklı MH, Çelik M, Keten HSS. İlkokul öğretmenlerinin epilepsi konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2016; 41(3), 491-495.
127. van Golde EG, Gutter T, de Weerd AW. Sleep disturbances in people with epilepsy; prevalence, impact and treatment. *Sleep Med Rev*, 2011; 15 (6), 357-368.
128. van Mill JG, Hoogendijk WJ, Vogelzangs N, van Dyck R, Penninx BW. Insomnia and sleep duration in a large cohort of patients with major depressive disorder and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 2010; 71 (3), 239-246.
129. Vaughn B, D'Cruz OF. Sleep and epilepsy. *Semin Neurol*, 2004; 24 (3), 301-313.
130. Vendrame M, Yang B, Jackson S, Auerbach SH. Insomnia and epilepsy: a questionnaire-based study. *J Clin Sleep Med*, 2013; 9 (2), 141-146.
131. Weiser H. Temporal lobe epilepsy, sleep, and arousal: stereo-EEG findings. . N. DegenR, eds. (Ed.). *Epilepsy, sleep, and sleep deprivation*. Amsterdam Elsevier Science, 1984. (s. pp. 137–167.).
132. Wheless JW, Kim HL. Adolescent seizures and epilepsy syndromes. *Epilepsia*, 2002, 43(3): 33-52.
133. Wieser HG, Epilepsy I.C.o.N.o. ILAE Commission Report. Mesial temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis. *Epilepsia*, 2004; 45 (6), 695-714.
134. Wolf P, Roder-Wanner UU, Brede M. Influence of therapeutic phenobarbital and phenytoin medication on the polygraphic sleep of patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1984; 25(4), 467-475.
135. Xu X, Brandenburg NA, McDermott AM, Bazil CW. Sleep disturbances reported by refractory partial-onset epilepsy patients receiving polytherapy. *Epilepsia*, 2006; 47 (7), 1176-1183.

136. Yaşar H, Alay S, Kendirli T, Tekeli H, Şenol MG, Türker T, Saraçoğlu M. Genç Erkek Epilepsi Hastalarında Yaşam ve Uyku Kalitesi. Epilepsi Dergisi, 2014; 20(1), 17-22.
137. Yıldız N. Bir Üniversite Hastanesindeki Epilepsi Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
138. Yücel M, Bek S, Kaşıkçı T, Gökçil Z, Odabaşı Z. İntrakraniyal dev lipom ve epilepsi: olgu sunumu. Gülhane Tıp Dergisi, 2009; 51, 256-258.



## EKLER

### Ek-1. Hasta Bilgi Formu

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. Yaş                            |   |
| 2. Cinsiyet                       | a. Erkek<br>b. Kadın  |
| 3. Eğitim Düzeyi                  | a. Okur – yazar<br>b. İlkokul<br>c. Ortaokul<br>d. Lise<br>e. Üniversite ve üstü              |
| 4. Çalışma Durumu                 | a. Çalışıyor ( iş.....)<br>b. Ev hanımı<br>c. Öğrenci<br>d. Emekli<br>e. İşsiz<br>f. Diğer    |
| 5. Gelir Düzeyi                   | a. Kötü<br>b. Orta<br>c. İyi  |
| 6. Sosyal Güvence                 | a. Var<br>b. Yok  |
| 7. Medeni Durum                   | a. Evli<br>b. Evli değil  |
| 8. Tanı süresi: (ay)              |   |
| 9. Hastalığın başlangıç yaşı      |   |
| 10. Son bir yıldaki nöbet sıklığı | a. Nöbet geçirmemiş<br>b. Ayda ikiden az nöbet<br>c. Ayda ikiden fazla nöbet<br>d. Diğer..... |
| 11. En son nöbeti geçirme zamanı  |   |

|  |   |
|--|---|
| 12. Nöbeti tetikleyen faktörler<br>(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) | a. Stres<br>b. Yorgunluk<br>c. Uykusuzluk<br>d. Gürültü<br>e. Adet dönemi<br>f. Alkol<br>g. TV izleme, bilgisayar<br>h. Kitap okuma<br>ı. Yok<br>j. Diğer ..... |
| 13. Nöbet zamanı   | a. Genellikle sabah<br>b. Genellikle öğle<br>c. Genellikle akşam<br>d. Genellikle gece<br>e. Değişken   |
| 14. Epilepsi dışında başka bir hastalığınız var mı?                            | a.Var .....<br>b.Yok  |
| 15. Kullanılan epilepsi ilaçları   |   |
| 16. Epilepsi ilacı dışında ilaç kullanıyor musunuz?                            | a. Evet<br>b. Hayır   |
| 17. Epilepsi nöbetinin tipi  |   |

## Ek-2. Yorgunluk Şiddet Ölçeği

**Bugün de dahil olmak üzere geçen ay içerisinde** ne derece yorgun olduğunuzu öğrenmek istiyoruz. Lütfen **tüm ifadeleri dikkatlice** okuyunuz. Size en uygun seçeneğin solundaki parantezin içine çarpı (x) işareti koyunuz.

### 1. Yorgun olduğumda motivasyonum azalır.

- 1. Kesinlikle katılmıyorum
- 2. Katılmıyorum
- 3. Katılmama eğilimindeyim
- 4. Kararsızım
- 5. Katılma eğilimindeyim
- 6. Katılıyorum
- 7. Kesinlikle katılıyorum

### 2. Egzersiz beni yorar.

- 1. Kesinlikle katılmıyorum
- 2. Katılmıyorum
- 3. Katılmama eğilimindeyim
- 4. Kararsızım
- 5. Katılma eğilimindeyim
- 6. Katılıyorum
- 7. Kesinlikle katılıyorum

### 3. Kolay yorulurum.

- 1. Kesinlikle katılmıyorum
- 2. Katılmıyorum
- 3. Katılmama eğilimindeyim
- 4. Kararsızım
- 5. Katılma eğilimindeyim
- 6. Katılıyorum
- 7. Kesinlikle katılıyorum

### 4. Yorgunluk fiziksel fonksiyonumu etkiler.

- 1. Kesinlikle katılmıyorum
- 2. Katılmıyorum
- 3. Katılmama eğilimindeyim
- 4. Kararsızım
- 5. Katılma eğilimindeyim
- 6. Katılıyorum
- 7. Kesinlikle katılıyorum

### 5. Yorgunluk benim için sıklıkla problemlere neden olur.

- 1. Kesinlikle katılmıyorum
- 2. Katılmıyorum
- 3. Katılmama eğilimindeyim
- 4. Kararsızım
- 5. Katılma eğilimindeyim
- 6. Katılıyorum
- 7. Kesinlikle katılıyorum

### 6. Yorgunluk fiziksel fonksiyonumu sürdürmemi engeller.

- 1. Kesinlikle katılmıyorum
- 2. Katılmıyorum
- 3. Katılmama eğilimindeyim
- 4. Kararsızım
- 5. Katılma eğilimindeyim
- 6. Katılıyorum
- 7. Kesinlikle katılıyorum

### 7. Yorgunluk belirli görev ve sorumluluklarımı yerine getirmeyi etkiler.

- 1. Kesinlikle katılmıyorum
- 2. Katılmıyorum
- 3. Katılmama eğilimindeyim
- 4. Kararsızım
- 5. Katılma eğilimindeyim
- 6. Katılıyorum
- 7. Kesinlikle katılıyorum

### 8. Yorgunluk beni yetersiz bırakan en önemli üçşikayetten birisidir.

- 1. Kesinlikle katılmıyorum
- 2. Katılmıyorum
- 3. Katılmama eğilimindeyim
- 4. Kararsızım
- 5. Katılma eğilimindeyim
- 6. Katılıyorum
- 7. Kesinlikle katılıyorum

### 9. Yorgunluk iş, aile ya da sosyal yaşamımı etkiler.

- 1. Kesinlikle katılmıyorum
- 2. Katılmıyorum
- 3. Katılmama eğilimindeyim
- 4. Kararsızım
- 5. Katılma eğilimindeyim
- 6. Katılıyorum
- 7. Kesinlikle katılıyorum

### Ek-3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?  
.....genel yatış saati
2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?  
.....dakika
3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?  
.....genel kalkış saati
4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)  
.....saat (bir gecede ki uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Geçen hafta aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

#### **A. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya ↑

#### **B. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya ↑

#### **C. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya ↑

#### **D. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya ↑

#### **E. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya ↑

#### **F. Aşırı derecede üşüdünüz**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya ↑

#### **G. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya ↑

### **H. Kötü rüyalar gördünüz**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya↑

### **İ. Ağrı duyduunuz**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya↑

### **J.Diğer nedenler lütfen belirtiniz.....**

**6.** Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

- a) Çok iyi
- b) Oldukça iyi
- c) Oldukça kötü
- d) Çok kötü

**7.** Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya↑

**8.** Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya↑

**9.** Geçen hafta bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- a)Hiç problem oluşturmadı
- b)Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
- c)Bir dereceye kadar problem oluşturdu
- d)Çok büyük bir problem oluşturdu

**10.** Bir yatak partneriniz var mı?

- a)Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
- b)Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
- c)Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
- d)Partner aynı yatakta

**11.** Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun

### **A. Gürültülü horlama**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya↑

### **B. Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya↑

### **C. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama**



- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya ↑

**D. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık**

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya ↑

**E. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız;** lütfen belirtiniz

.....

- a)Geçen hafta boyunca hiç
- b)Haftada 1'den ↓
- c)Haftada 1 veya 2 kez
- d)Haftada 3 veya ↑



#### Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu



### CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın .....

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “EPİLEPSİ HASTALARINDA YORGUNLUK VE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” dir. Bu araştırmanın amacı, epilepsi hastalarının yorgunluk ve uyku kalitesini değerlendirmektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada sizin uyku kaliteniz ve yorgunluk düzeyiniz belirlenecektir. Bunun için yalnızca size soracağımız soruları doğru bir şekilde yanıtlamanız yeterli olacaktır. Eğer sizde herhangi bir risk durumu saptanırsa (örn. İleri düzeyde uyku problemleri ya da aşırı yorgunluk) bunların ortadan kaldırılması ya da kontrol altına alınması için size gerekli bilgiler verilecek ya da uygun birimlere yönlendirileceksiniz. Bu araştırmada yer almanız için bir defa sizinle görüşmemiz yeterli olacaktır. Çalışma 5 ay sürecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen sorulan sorulara doğru bir şekilde yanıt vermektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar, yaşanan uyku kalitesi ve yorgunluktan etkilenme durumunun belirlenmesi ve çıkan sonuçlar doğrultusunda epilepsi hastalarının bu sorunlarına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasını ve uygulanması, hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirmesi açısından yarar sağlamaktadır. Bununla birlikte çalışma ile epilepsi hastalarının yaşadığı uyku problemlerini ve yorgunluk düzeylerini belirleyerek sağlık çalışanlarının bu konuda duyarlılığının artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Anketleri doldurmak için ortalama 10-15 dk. zaman ayırmanız yeterli olacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz hemşireYasemin ZEYREK size anketleri uygulayacak ve yanıtlarınızı kaydedecektir. Size uygulanacak anketlerden ilki bireysel

özelliklerinizle ilgili olup, 17 sorudur. İkinci anket yorgunluk düzeyinizi ölçmek için kullanılacaktır ve 9 sorudan oluşmaktadır. Son anket uyku kalitenizi belirlemek için uygulanacaktır ve 24 sorudan oluşmaktadır. Toplam 50 soruya cevap vermeniz gerekmektedir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 541 225 08 18 numaralı telefonda araştırmacınız hemşire Yasemin ZEYREK'e başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamındaki tüm işlemler için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununuzun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahale sizden ücret talep edilmeden ve sosyal güvenceniz kullanılmadan sağlanacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş  
görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Ek-5. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu**

|   |   |
|---|---|
|  | <b>CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK<br/>ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU</b> |
|---|---|

|                       |  |
|-----------------------|--|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Epilepsi Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yorgunluğun Değerlendirilmesi |
|-----------------------|--|

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER       | Belge Adı   | Tarihi                   | Versiyon Numarası | Dili   |
|--------------------------------|---|--------------------------|-------------------|--|
|                                | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ   |                          |                   | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU   |                          |                   | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                | OLGU RAPOR FORMU  |                          |                   | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>            |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı   | Açıklama                 |                   |  |
|                                | SİGORTA   | <input type="checkbox"/> |                   |  |
|                                | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ   | <input type="checkbox"/> |                   |  |
|                                | BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU   | <input type="checkbox"/> |                   |  |
|                                | İL AN   | <input type="checkbox"/> |                   |  |
|                                | YILLIK BİLDİRİM   | <input type="checkbox"/> |                   |  |
|                                | SONUÇ RAPORU  | <input type="checkbox"/> |                   |  |
| DİĞER:                         | <input type="checkbox"/>  |                          |                   |  |
| KARAR BİLGİLERİ                | Karar No: 2018-01/18  | Tarih: 10.01.2018        |                   |  |
|                                | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. |                          |                   |  |

| KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |   |
|---------------------------------|---|
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI      | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Prof. Dr. Muhittin Sönmez   |

| Unvanı/Adı/Soyadı             | Uzmanlık Alanı           | Kurumu  | Cinsiyet                              |                                       | Araştırma ile ilişki       |                                       | Katılım *                             |                            | İmza                   |
|-------------------------------|--------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| Prof. Dr. Muhittin Sönmez     | Anatomi                  | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>Muhittin Sönmez</i> |
| Prof. Dr. Yalçın Karagöz      | Biyoistatistik           | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>Yalçın Karagöz</i>  |
| Doç. Dr. Hatice Özer          | Patoloji                 | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input type="checkbox"/>            | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>Hatice Özer</i>     |
| Doç. Dr. Ercan Özdemir        | Fizyoloji                | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>Ercan Özdemir</i>   |
| Doç. Dr. Gülay Yıldırım       | Tıp Tarihi ve Etik       | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input type="checkbox"/>            | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>Gülay Yıldırım</i>  |
| Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataç     | Farmasötik Mikrobiyoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi        | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>Mehmet Ataç</i>     |
| Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı    | Beslenme ve Diyetetik    | Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi | E <input type="checkbox"/>            | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>Binnur Bağcı</i>    |
| Yrd. Doç. Dr. Engin Altınkaya | İç Hastalıkları          | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi              | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>Engin Altınkaya</i> |

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Epilepsi Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yorgunluğun Değerlendirilmesi |
|-----------------------|--|

|                                 |                  |   |
|---------------------------------|------------------|---|
| <b>ETİK KURUL<br/>BİLGİLERİ</b> | ETİK KURULUN ADI | Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu                                    |
|                                 | AÇIK ADRESİ:     | Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı,<br>Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı<br>TR-58140 Merkez/Sivas |
|                                 | TELEFON          | 0 346 219 10 10 / Dahili: 2092  |
|                                 | FAKS             | -   |
|                                 | E-POSTA          | gokaek2014@gmail.com  |

|                          |   |  |                                       |                                 |                                       |
|--------------------------|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b> | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI   | Prof. Dr. Mukadder Mollaoğlu   |                                       |                                 |                                       |
|                          | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI   | Hemşirelik   |                                       |                                 |                                       |
|                          | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,<br>Hemşirelik Bölümü |                                       |                                 |                                       |
|                          | DESTEKLEYİCİ  | -  |                                       |                                 |                                       |
|                          | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ                    | -  |                                       |                                 |                                       |
|                          | ARAŞTIRMANIN TÜRÜ                                   | Yüksek lisans tezi   |                                       |                                 |                                       |
|                          | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER                       | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>                           | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:

## Ek-6. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Karar Formu



T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimliği

Sayı : 93596471-010.99-E.370808  
Konu : Uygulama İzni

22/03/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 29.05.2018 tarih ve E.309257 sayılı yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden *Yasemin ZEYREK*'in "*Epilepsi Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yorgunluğunun Değerlendirilmesi*" başlıklı tezini (*Nöroloji Servisi ve Polikliniğinde*) ve *Ayşe TOKER*'in "*Multiple Sklerozlu Kadınlarda Özgürlük ve Cinsel Fonksiyon Durumunun İncelenmesi*" (*Nöroloji Polikliniğinde*) başlıklı çalışmaya ait anket formlarını belirtilen tarihler arasında Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz Nöroloji Polikliniği ve Servisinde uygulamaları anket yapılacak kişilerinde onayının alınması şartıyla uygun görülmüştür.  
Gereğini rica ederim

**e-İmzalıdır**  
Prof.Dr. Ömer Tamer DOĞAN  
Başhekim

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas  
Telefon : 0 346 2581326 Belgegeçer : 0 346 258 0024  
e-Posta : hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ : www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için : Elif KILIÇ  
Unvanı : :

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

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Adı Soyadı</b>           | Yasemin ZEYREK   |
| <b>Doğum Yeri ve Tarihi</b> | SİVAS – 19.09.1984   |
| <b>Medeni Hali</b>          | Evli   |
| <b>Yabancı Dil</b>          | ----   |
| <b>İletişim Adresi</b>      | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Servis 7. Kat/SİVAS |
| <b>E-posta Adresi</b>       | <a href="mailto:y_zeyrek@hotmail.com">y_zeyrek@hotmail.com</a>   |

### EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Lise</b>          | Sivas Kongre Lisesi                                  |
| <b>Lisans</b>        | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu |
| <b>Yüksek Lisans</b> | ----   |
| <b>Unvan</b>         | Hemşire  |

### İŞ TECRÜBESİ

**2005 – 2019:** Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi