



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EPİLEPSİLİ HASTALARIN HASTALIKLARINA DAİR
TUTUMLARININ RUHSAL SAĞLIK VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

TUĞBA AKYOL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi SEVGİ NEHİR TÜRKMEN

MANİSA-2018



**EPILEPSİLİ HASTALARIN HASTALIKLARINA DAİR
TUTUMLARININ RUHSAL SAĞLIK VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

TUĞBA AKYOL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi SEVGİ NEHİR TÜRKMEN

JÜRİ ÜYELERİ:

Dr. Öğr. Üyesi: Sevgi Nehir Türkmen

Dr. Öğr. Üyesi: Nurgül Güngör Tavşanlı

Dr. Öğr. Üyesi: Ayça Gürkan

MANİSA-2018

BEYAN

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

TUĞBA AKYOL



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ders dönemi ve tez aşaması boyunca yardımını, desteğini, güvenini, sabrını ve hoşgörüsünü, bilgi ve deneyimlerini hiçbir zaman esirgemeyen çok kıymetli tez danışmanım ve hocam Dr. Öğretim Üyesi Sevgi NEHİR TÜRKMEN' e,

Araştırmanın yürütülmesine izin veren Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi yönetimine ve Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Deniz SELÇUKİ' ye,

Yüksek lisans ders döneminde ve çalışma aşamalarında bana her türlü kolaylığı sağlayan Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Servisi sorumlu hemşiresi Bahar ERDELİKANLI' ya ve bütün Nöroloji Servisi ekip arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında, her ne olursa olsun desteklerini esirgemeyen aileme, bu hayattaki en büyük şansım onun kızı olduğum canım anneme, hepsi birbirinden kıymetli olan kardeşlerime,

İyi günde, kötü günde diyerek hayatlarımızı birleştirdiğimiz ve iyiki dediğimiz, her anımda arkamda değil yanımda olduğunu bildiğim, hayatıma anlam katan eşim Orçun AKYOL'a,

Ve Dünya'daki herşeyden daha kıymetlim, bu süreçte işimi zorlaştırsa da hayatıma mutluluk katan, şükürler ettiren, gözlerimin içini güldüren, bana anneliği tattıran canım oğlum Rüzgar AKYOL'a

Sonsuz teşekkür ederim.

TUĞBA AKYOL

MANİSA 2018

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLOLAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
1.ÖZET.....	1
2.SUMMARY.....	2
3.GİRİŞVE AMAÇ.....	5
3.1. GİRİŞ.....	5
3.2. Araştırmanın Amacı.....	9
3.2.1. Araştırma soruları.....	10
4.GENEL BİLGİLER.....	11
4.1. EPİLEPSİ.....	11
4.1.1. Epilepsinin Tanımı	11
4.1.2. Epilepsinin Tarihçesi.....	12
4.1.3. Epilepsinin Görülme Sıklığı.....	13
4.1.4. Etiyolojisi.....	14
4.1.5. Epilepsinin Sınıflandırılması.....	16
4.1.5.1. Epilepsi nöbetinin uluslararası sınıflandırılması (1981).....	17
4.2. YAŞAM KALİTESİ.....	23
4.2.1. Tanımı.....	23

4.2.2. Yaşam Kalitesinin Objektif Göstergeleri.....	24
4.2.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	25
4.2.3.1.Psikolojik esenlik	26
4.2.3.2. Fiziksel esenlik	26
4.2.3.3. Sosyal ve bireysel esenlik	26
4.2.3.4. Maddi (parasal) esenlik	26
4.2.4. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SYK)'nin Ölçümü.....	26
4.3. EPİLEPSİLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ	28
4.4. EPİLEPSİ VE RUHSAL SORUNLAR.....	29
4.4.1.Epilepsi Ve Depresyon.....	30
4.4.1.1.Tarihçe.....	30
4.4.2. İntihar.....	30
4.4.3.Epilepsi ve Psikoz	31
4.5. EPİLEPSİDE SOSYAL YAŞAM.....	31
4.6. EPİLEPSİDE HEMŞİRELİK.....	32
4.6.1.Hastanın Nöbet Geçirdiği Esnada Yapılması Doğru Olan Uygulamalar.....	33
4.6.2. Hastanın Nöbet Geçirdiği Esnada Yapılması Yanlış Olan Uygulamalar.....	34
5.GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
5.1. Araştırmanın Türü.....	35
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	35
5.3. Araştırmanın Evreni.....	36
5.4. Araştırmanın Örnekleme.....	37
5.4.1. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	37
5.5. Araştırmanın Yaşadığı Zorluklar.....	37

5.6. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	37
5.7. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	38
5.7.1. Veri Toplama Aracı.....	38
5.7.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	38
5.7.1.2.Epilepsinin Etkisi Ölçeği.....	39
5.7.1.3.Epilepsi Bilgi Envanteri - Epilepsi Tutum Envanteri.....	39
5.7.1.4. Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği).....	40
5.7.1.5. Kısa Semptom Envanteri	41
5.7.1. Verilerin Toplanması.....	42
5.7.2. Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
5.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	43
6.BULGULAR.....	44
6.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	44
6.2. Ölçek Ve Alt Boyutların İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	46
6.3. Epilepsi Envanterinin Klinik Özelliklerine Göre Puan Dağılımı.....	48
6.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Klinik Özelliklerine Göre Puan Dağılımı.....	53
6.5. Kısa Semptom Envanteri'nin Klinik Özelliklerine Göre Puan Dağılımı.....	60
6.6.Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi.....	67
7.TARTIŞMA.....	70
7.1. Epilepsili Hastaların Demografik Bulgularına Göre Tartışılması.....	70
7.2. Epilepsili Hastaların Ölçekler ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	71
8.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
8.1.SONUÇLAR.....	74
8.2.ÖNERİLER.....	75
9.KAYNAKLAR.....	78

10.EKLER.....	90
11.ÖZGEÇMİŞ.....	118
Tez Çalışması Orjinallik Raporu.....	119



TABLolar DİZİNİ

Tablo1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 2. Ölçek ve Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler.....	46
Tablo 3. Epilepsi Envanteri Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması.	48
Tablo 4. Epilepsi Envanteri Puanlarının Epilepsi Dışında Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 5. Epilepsi Envanteri Puanlarının Yaşamı Stresli Algılama Göre Karşılaştırılması.....	49
Tablo 6. Epilepsi Envanteri Puanlarının Kontrollere Düzenli Gitme Durumuna Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 7. Epilepsi Envanteri Puanlarının Hastalıkla Mücadelede Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 8. Epilepsi Envanteri Puanlarının Nöbet Sıklığına Göre Karşılaştırılması....	52
Tablo 9. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	53
Tablo 10. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Epilepsi Dışında Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 11. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Yaşamı Stresli Algılama Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 12. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Kontrollere Düzenli Gitme Durumuna Göre Karşılaştırılması	56
Tablo 13. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Hastalıkla Mücadelede Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	57
Tablo 14. Yaşam Kalitesi Puanlarının Nöbet Sıklığına Göre Karşılaştırılması.....	58

Tablo 15. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	60
Tablo 16. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Epilepsi Dışında Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması	61
Tablo 17. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Yaşamı Stresli Algılama Göre Karşılaştırılması	62
Tablo 18. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Kontrollere Düzenli Gitme Durumuna Göre Karşılaştırılması	63
Tablo 19. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Hastalıkla Mücadelede Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	64
Tablo 20. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Nöbet Sıklığına Göre Karşılaştırılması.....	65
Tablo 21. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	67

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma Zaman Çizelgesi



EKLER DİZİNİ

Ek-1. Epilepsi Hastaları İçin Tanıtıcı Bilgi Formu

Ek-2. Epilepsinin Etkisi Ölçeği

Ek-3. Epilepsi Bilgi Envanteri

Ek-4. Epilepsi Tutum Envanteri

Ek-5. Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)

Ek-6. Kısa Semptom Envanteri

Ek-7. Gönüllü Onam Formu

Ek-8. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu İzni

Ek-9. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzin Yazısı

Ek-10. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimlik İzin Yazısı

Ek-11. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı İzin Yazısı

Ek-12. Epilepsinin Envanterleri İzin Yazısı

Ek-13. Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği) İzin Yazısı

Ek-14. Kısa Semptom Envanteri İzin Yazısı

KISALTMALAR DİZİNİ

EEG: Elektroensefalografi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESNA: Epilepsy Specialist Nursing Association

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

ICE: Epileptik Sendromların Sınıflaması

ILAE: International League Against Epilepsy (Epilepsiyle Savaş Derneği)

JTKN: Jeneralize Tonik–Klonik Nöbetler

KSE: Kısa Semptom Envanteri

Maks: Maksimum

Min: Minimum

Ort: Ortalama

SİYK: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Ss: Standart Sapma

Başlık: Epilepsili Hastaların Hastalıklarına Dair Tutumlarının Ruhsal Sağlık Ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Öğrencinin Adı: Tuğba AKYOL

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sevgi NEHİR TÜRKMEN

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Araştırma, epilepsi tanısı almış hastaların ruhsal sağlıklarının değerlendirilmesi, epilepsi hastalığı hakkındaki tutumlarının değerlendirilmesi ve yaşam kalitesiyle ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Nisan 2015-Ağustos 2018 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapıldı. Araştırmanın örneklemini 182 hasta oluşturdu. Veriler, Epilepsi Hastaları İçin Tanıtıcı Bilgi Formu, Epilepsinin Etkisi Ölçeği, Epilepsi Bilgi Envanteri, Epilepsi Tutum Envanteri, Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği), Kısa Semptom Envanteri kullanılarak toplandı. Veri analizi için SPSS 21 paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde t testi, Anova, Scheffe post hoc testi, Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $36,39 \pm 13,44$ 'tür. Katılımcıların %54,9'u kadın, %46,7'si çalışmakta, %84,6'sı yaşamını stresli bulmakta, %68,7'si kontrollere düzenli olarak gitmekte, %35,2'sinin epilepsi dışında hastalığa sahip, %83,5'i hastalık ile baş etmede destek almaktadır. Katılımcıların epilepsi tutum ölçek puanı $48,66 \pm 13,13$ olarak hesaplanıp tutumları olumsuz yöndedir. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğinde alt boyutlarından aldıkları puanlar düşük tespit edildi. Epilepsiye ilişkin tutumu yüksek düzeyde olumlu olan epilepsi hastalarının yaşam kalitesi algısı yüksektir. Epilepsiye ilişkin tutumu olumlu olan epilepsi hastalarının psikolojik belirtileri azalmaktadır.

Sonuç: Epilepsi etkisini yüksek düzeyde olumsuz olarak algılayan epilepsi hastalarının yaşam kalitesi düştüğü ve psikolojik belirtileri yükseldiği belirlendi. Yaşam kalitesi algısı yüksek düzeyde olumlu olan epilepsi hastalarının psikolojik belirtileri azaldığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, yaşam kalitesi, tutum, psikolojik belirti, hemşire.



Title: The Impact of Attitudes regarding Diseases of Epilepsy Patients on Mental Health and Quality of Life

Name of student: Tuğba AKYOL

Supervisor: Dr. Sevgi NEHİR TÜRKMEN

Department: Department of Nursing

2.SUMMARY

Aim: Research, evaluation of mental health patients who have been diagnosed with epilepsy, evaluation of their attitudes about epilepsy and is aimed to investigate the relationship of the quality of life.

Material and Method: The study was carried out between April 2015 and August 2018 in descriptive and cross-sectional type in the neurology clinic of Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital. The sample of the study consisted of 182 patients. Data were collected using descriptive information form for epilepsy patients, Epilepsy Effect Scale, Epilepsy Information Inventory, Epilepsy Attitude Inventory, Short Form-36 (Life Quality Scale), Brief Symptom Inventory. SPSS 21 software was used for data analysis. In the analysis of the data, t test, Anova, Scheffe post hoc test, Pearson correlation analysis were used.

Findings: The average age of the individuals participating in the survey is $36,39 \pm 13,44$. 54.9% of participants were women, 46.7% are working, 84.6% think his or her life stressful, 68.7% are regularly attends to the controls, 35.2% have a disease other than epilepsy, 83.5% of them get support to deal with the disease. Participants' epilepsy attitude scale score was calculated to be 48.66 ± 13.13 and their attitudes were negative. Participants' scores on the subscale of the quality of life scale were low. The quality of life of epileptic patients with a high level of positive attitude about epilepsy is high. Psychological statements of epileptic patients with positive attitudes related epilepsy are decreasing.

Results: It has been determined that epileptic patients who perceive epilepsy as negative at high level have decreased quality of life and increased psychological symptoms. It was determined that psychological symptoms of epileptic patients with a high level of life quality perception decreased.

Key words: Epilepsy, quality of life, attitude, psychological symptom, nurse.



3.GİRİŞ VE AMAÇ

3.1. GİRİŞ

Epilepsi, korteksten kaynaklanan anormal biyoelektrik deşarjlara bağlı olarak bilinçte, davranışlarda, duygulanımda, motor aktivitede, algılama ve duyumlarda meydana gelen bozulmalarla kendini gösteren her ırk, yaşı ve cinsiyette gözlenebilen, iki ya da daha fazla epileptik nöbetle karakterize nörolojik bir hastalıktır (Aydemir 2008, Soyuer ve Erdoğan 2011). Diğer bir deyişle, epilepsi; epileptik nöbetler ortaya çıkarmaya meyilli bir beyin yapısı ve bunun yol açtığı nörobiyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçlarla karakterize bir beyin hastalığıdır. Epilepsi de, tıpkı kanser gibi, tek bir hastalık bütünü değildir; beynin normal fonksiyonlarında bozulmaya yol açan, pek çok farklı sebepten kaynaklanabilen, birbirinden farklı nöbetlerle karakterize tabloların genel adıdır. Epilepsi nöbeti de, beyinde meydana gelen, normal olmayan aşırı veya senkronize aktiviteden kaynaklanan, geçici belirtiler ve/veya semptomlardır (Fisher ve ark. 2005, Aydemir 2008).

Epilepsi hastalığına; tüm ırk, sosyal sınıf, yaş ve bütün ülkelerde rastlanmaktadır. İnsidansı toplumlara göre değişebilmekte, çoğunlukla yüz binde 20–120; prevalansı ise binde 4–10 olarak verilmektedir ve gelişmekte olan ülkelerde görece yüksek seyretmektedir (Şenol ve ark. 2011). Epilepsi tüm dünyada en yaygın rastlanan nörolojik hastalıklardan biridir ve tüm dünyada yaklaşık 50 milyon epilepsi hastası vardır (Aydemir ve ark. 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini “Bireyin; beklentilerinin, standartlarının, hedeflerinin ve kaygılarının olduğu ve içinde bulunduğu kültür ve değerler sistemindeki pozisyonunu algılama biçimidir” biçiminde tanımlamıştır (Yaşar ve ark. 2014). DSÖ’ nün yapmış olduğu bu tanımda fiziksel sağlık, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, psikolojik durum, çevresel özellikler ve ruhsal özellikler olmak üzere 6 alanı içermektedir (Göçgeldi ve ark. 2008, Yıldız 2013).

Epilepsi; kişinin fiziksel değişikliklerine, düzenli ilaç kullanımında tedavi biçimine uyma, sürekli tekrarlayan doktor muayenelerine ve akut tıbbi acil durumlara

her an hazır bulunmasını gerektiren ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır (Görgülü ve fesci 2011, Yıldız 2013). Epilepsili hastalarının genel popülasyona göre yaşam kalitelerinin düşük olduğu yapılan çalışma sonuçlarının göstergesidir (Toklu ve ark. 2012, Yıldız 2013).

Epilepsi hastalarının hastalıktan utanıp nöbetlerini istemli engelleyememe ve kalabalıkta nöbet geçirme; eşini, arkadaşlarını veya işini kaybetme korkusu, araç kullanımındaki kısıtlılıklar yaşamlarındaki önemli sorunları oluşturur. İş bulamama, evlilik oranlarındaki düşüklük, düşük eğitim düzeyleri ve okul başarısızlıkları epeyce fazladır. Bunlarla ilişkili olarak kişilerde özgüven duygusunda eksiklik ortaya çıkmaktadır. Depresyon ve diğer psikolojik bozukluklar da epilepsiye hastalığına eşlik eden önemli komorbid durumlardır (Bora ve ark. 2008).

Yapılan araştırmalarda sosyo-ekonomik durumun kötü olması, uyku bozuklukları, depresyon, sık nöbet geçirme gibi durumlar epilepsi hastalarının yaşam kalitesinde düşmeye sebep olacağından, bu etkenlerin bilinmesi tedavi başarısını ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmek açısından oldukça önemlidir (Yaşar ve ark. 2014).

Yaşam kalitesi, epilepsinin biyopsikososyal etkilerinin anlaşılabilmesi amacıyla önerilen kapsamlı fenomenolojik bir modeldir ve pek çok araştırmada kullanılmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SİYK) hastaların fiziksel, mental ve sosyal alanda kendi iyilik hallerini algılamaları konusunda bilgiler sağlar. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hastanın hastalığıyla ilgili deneyimler ve geleneksel tedavinin değerlendirilmesi dışında tedavisiyle ilgili deneyimlerini açığa çıkarır. Epilepside, tedavinin SİYK üzerine etkisinin değerlendirilmesi esastır, çünkü iyiliği hissetme ve fonksiyonel olma hastaları etkileyen en önemli sonuçlardır (Erdoğan ve ark. 2014).

Genel olarak, epilepside SİYK üç ögeden oluşmaktadır: 1) fiziksel sağlık (günlük fonksiyonları yerine getirebilme, genel sağlık durumu, nöbet sıklığı ve ciddiyeti, ilaçların yan etkileri, ağrı, güç ve dayanıklılık), 2) akıl sağlığı (psikolojik iyilik hali, benlik değeri, anksiyete ve depresyon), 3) sosyal sağlık (sosyal aktiviteler, aile ve arkadaşlarla olan ilişkiler). Ancak, su da unutulmamalıdır ki, farklı hastalıklar hastanın yaşam kalitesi öğelerini farklı şekillerde etkileyebilirler. Bu sebeple de, yaşam kalitesini oluşturan spesifik öğelerin genel yaşam kalitesine olan etkileri, her hastalık için birbirinden farklı olabilir. Örneğin, epilepside sosyal sağlık ve akıl sağlığı, genel

yaşam kalitesine daha fazla etkide bulunabilirken, astımda fiziksel sağlık daha fazla etkide bulunabilir (Aydemir 2008).

Kronik bir hastalık olarak epilepsi, yaşam kalitesi çalışmalarının oldukça önemli bir kısmını teşkil etmektedir. Tekrarlayan bir yapıda ve önceden tahmin edilemeyen bir şekilde ortaya çıkan nöbetler, kuşkusuz epilepsi hastalarının yaşamını olumsuz yönde etkileyen en önemli faktördür. Nöbet sıklığının, nöbetlerden duyulan korkunun ve hastanın hastalığına dair kendi değerlendirmesinin, epilepsi hastalarının genel iyilik durumlarında önemli bir etkiye sahip olduğu önceki çalışmalarla gösterilmiştir. Genel olarak bakıldığında, epilepside yaşam kalitesini etkileyen faktörleri üç başlık altında toplamak mümkündür: 1) Tıbbi faktörler (nöbetler, anti-epileptik ilaçlar ve bunların yan etkileri, hastanın ayakta ya da hastanede yatarak tedavi görüyor olması), 2) Sosyal faktörler (stigma, aile içi dinamikler, iş bulmaya dair güçlükler ve yasal kısıtlamalar), 3) Psikolojik faktörler (bilişsel problemler, zeka geriliği ve psikiyatrik hastalıklar). Başka bir deyişle, bilişsel, duygusal ve davranışsal koşullar, çalışabilme, sosyal fonksiyonları yerine getirebilme, aile içi tutarlılık, benlik değeri ve nöbetlere uyum sağlayabilme epilepsi hastalarının yaşam kaliteleri açısından son derece önemli faktörler olarak görünmektedir (Aydemir 2008).

Epilepsi hastalarının hastalıklarının günlük hayatlarında nasıl etkiye sahip olduğu, hastanın hastalığını nasıl algıladığı ve tedavi uygulama şekli az ilgi gösterilen konu olup, yetersiz bilgi ve yetersiz profesyonel destek sık karşılaşılan bir sorundur (Şenol ve ark. 2009).

Epilepsi hastalarında gözlenen işsizlik, düşük evlilik oranları ve sosyal izolasyon, yaşam kalitelerinin daha da düşmesine neden olmaktadır. Günümüzde, pek çok epilepsi hastası birey, sahip oldukları niteliklere ve hedeflere rağmen bir işte çalışmamakta, çalıştıkları takdirde ise epilepsi hastası olmayan kişilere oranla daha düşük bir statüye ve maaşa sahip olmaktadır. Bu durum da, çalışmama, niteliklerinin altında çalışma veya kısıtlı alanlarda çalışma ile ifade edilmektedir. Buna ek olarak, epilepsi tanısıyla birlikte ortaya çıkan stigma, hastada hem çalışmaya hem de sosyal aktivitelere dair motivasyonu azaltmaktadır. Aynı zamanda, dışardan gözlenebilen nöbetlerin varlığı kişiye ek bir takım kısıtlamalar getirmekte (halka açık yerlere gitmemek gibi), bu da hastanın yaşamında ek bir takım sıkıntılar doğurmaktadır. Epilepsi hastalarında gözlenen düşük düzeyde ki evlenme ve çocuk sahibi olma

oranları da, hastanın yaşam kalitesini etkileyen önemli sosyal konular arasında yer almaktadır. Zira düşük sosyal iletişim, düşük benlik değeri, algılanan stigma ve kısıtlı çalışma imkanları hastaların eş bulma fırsatlarını da azaltmaktadır. Tüm bunlara ek olarak, epilepsi hastalarının sürücü ehliyeti almalarına dair yasal sınırlamalar, özellikle gelişmiş ülkelerde, hastanın günlük yaşamı üstünde son derece önemli bir fonksiyon kaybına yol açmakta ve hastanın seyahat, eğitim, iş ve sosyal faaliyetlerine dair özgürlüğünü kısıtlamaktadır (Aydemir 2008).

Epilepsili hastalar birçok aktiviteye katılmaktan mahrum kalırlar, bu durum onların duygusal olarak iyi hissetmelerini önler ve sosyal ilişkilerini de tehlikeye sokar. Kişinin yaşamı nöbetlerin düzensizliğinden çok etkilenebilir. Bu aşamada, esas ilgi problemin kaynağı olan stres faktörüne odaklanmalı, bununla baş edebilme yöntemleri hastayla tartışılmalıdır. Hastalar nöbetleri sırasında, beyinlerinin hasar görmesinden veya ölmekten; herkesin ortasında kontrolü kaybedip nöbet geçirmekten; arkadaşlarını, işlerini kaybetmekten korkarlar. Kadınlar nöbet sırasında güvende olma korkusunu daha yoğun yaşar; ayrıca çocuk doğurma ve yetiştirme konusunda endişe duyarlar. Epilepsi hastaları öfke, inkar, utanma, hüsrana duygularını sıkça yaşarlar. Eğer reaksiyonlar geçici ise; hasta zamanla mücadele etmeyi öğrenir. Bu duygular kronikleşip tedavi edilmezse hastada özgüven azalması, sosyal izolasyon, bağımlılık ile sosyal yeteneklerde yıkım görülür. Hasta kendini sınırlı ve reddedilmiş hisseder, problemlerinde başkalarını suçlar (Görgülü ve ark. 2011, Yıldız 2013).

Epilepsi ve SİYK arasındaki ilişkide, belirtilmesi gereken diğer bir nokta da, hastaların yaşam kalitelerinin, hastalara hastalıkları hakkında bilgi vermek yoluyla arttırılabileceğidir. Çalışmalar, hastanın epilepsi hakkında daha fazla bilgi sahibi olması halinde, epilepsiye dair uyumunun arttığını, stigmanın ve epilepsinin olumsuz etkisi değerlerinin düştüğünü göstermektedir. Bu veriler, hastalara bilgi vermenin önemini son derece net bir şekilde ifade etmektedir. Ayrıca, beklendiği üzere hastaların eğitim düzeyleri arttıkça, epilepsi hakkındaki bilgilerinin de arttığı görülmüştür. Bilginin, oldukça uzun süredir epilepsi hastası bireylerde ve hatta komorbid bir hastalığı olanlarda bile son derece olumlu sonuçlar gösterdiği tespit edilmiştir (Theodor ve ark. 2002, Aydemir 2008).

Yeni başlangıçlı epilepsi hastalar ile yapılan bir çalışmada %35,8 oranında Anksiyete Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk, Özgül Fobi, Sosyal Fobi, Yaygın

Anksiyete Bozukluğu, Seperasyon Anksiyetesi ve Post Travmatik Stres Bozukluğu) ve %22,6 oranında Depresif Bozukluk saptanmıştır (Beyoğlu 2008).

Türkiye’de yapılan ve 5–18 yaş arası 64 epilepsili çocuk ve ergenlerdeki psikiyatrik başvuruyu araştıran bir başka çalışmada ise %14 (9hasta) oranında Depresif Bozukluk tespit edilmiş ve bunların %44,4’unun (4 hasta) psikiyatrik başvurusunun bulunduğu öğrenilmiştir. Ayrıca %10,9 oranında (8 hasta) Anksiyete Bozukluğu bulunduğu ve bunların %37,5’inin (3 hasta) psikiyatrik başvurusu bulunduğu tespit edilmiştir (Gürkan ve ark. 2006, Beyoğlu 2008).

Epilepsinin önemli sosyal ve psikolojik etkileri olduğu görülmektedir. Nöbet tekrarı ve sosyal dışlanma korkusu epilepsi hastalarını ömür boyu tehdit eden unsurlardır. Bu güçlükler yüksek oranda anksiyete, depresyon, benlik değerinde düşüklüğe yol açarak hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Depresyon ve anksiyete epilepside yaygın olarak görülmekte ve tekrarlayan nöbetleri olan çoğu epilepsi hastasında bir ya da daha çok psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır (Erdoğan ve ark. 2006).

3.2. Araştırmanın Amacı

Epilepsi önemli kronik hastalıklardan birisidir ve hastanın yaşamında önemli değişiklikler yaratmaktadır. Hastanın yaşam kalitesinde olumsuz etkileyen hastalık belirtileri yüzünden hastaların yaşamdan doyum alamamasına, düşük benlik saygısına sahip olmalarına ve ruhsal hastalıklara eğilimlerinin artmasına neden olmaktadır. Bu durum hastalığa uyumu zorlaştırmaktadır ve hastanın hastalığı kabullenme ve baş etmesinde zorlanmasına neden olur. Hastanın, özellikle yeni tanı almış epilepsi hastasının hastalığı kabullenmesine, duygularını ifade edebilmesine yardımcı olabilmek çok önemlidir ve bu konuda yapılacak eğitimler, hastanın bilgilendirilmesi, hastalık konusunda doğru tutumlara sahip olması, hastanın ruhsal sağlığını korumasında, iyi yaşam kalitesine sahip olmasında ve yaşamdan doyum almasında önem arz etmektedir.

Hastaların ruhsal sağlıklarının ve yaşam kalitelerini inceleyen kısıtlı çalışma bulunması nedeniyle bu tip araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışma epilepsi tanısı almış hastaların ruhsal sağlıklarının değerlendirilmesini, hastalık konusundaki tutumlarının değerlendirilmesini, hastalığın yaşam kalitelerinde meydana getirdiği değişimleri ortaya çıkarmak, eksikleri görmek ve bu konuda yapılacak olan eğitim planlarında taslak oluşturma adına önemli etki sağlayacaktır.

3.2.1.Araştırma soruları

1. Epilepsi hastalarının yaşam kalitesi düşük müdür?
2. Epilepsili hastaları hastalıklarına dair olumsuz tutumları var mıdır?
3. Epilepsili hastaların kendilerine dair tutumları olumsuzlařtıķça yaşam kaliteleri düşmekte midir?
4. Epilepsili hastaların hastalıklarına dair tutumları olumsuzlařtıķça ruhsal sağlıkları kötüleşmekte midir?
5. Epilepsili hastaların yaşam kaliteleriyle ruhsal sağlıkları arasında ilişki var mıdır?

4.GENEL BİLGİLER

4.1. EPİLEPSİ

4.1.1. Epilepsinin Tanımı

Epilepsi, merkezi sinir sisteminde belirli görevlere sahip bir nöron topluluğunun ani, anormal ve hipersenkron deşarjıdır. Birincil veya ikincil artmış nöronal uyarılabilirlik sonucunda beyin gri maddesinde ani, düzensiz ve yoğun elektrik deşarjı sonucu ortaya çıkan, motor, duysal, otonom, bilişsel veya efektif bileşenlerden oluşan, bilinç düzeyinde bozulmanın eşlik edebildiği beyin fonksiyonlarının geçici ve tekrarlayıcı bozukluklarını kapsar (Yıldırım 2016; Adams R.D ve Ark. 2001).

Epilepsi, kafa travmaları, genetik, beyin enfeksiyonları ve metabolik hastalıklar da dahil, doğuştan ya da sonradan oluşmuş bozukluklardan kaynaklanan santral sinir sistemi işlevsel bozukluğunun neden olduğu, tekrarlayan nöbetlerle seyreden bir beyin hastalığıdır (Lee 2002).

Nöbet, beyindeki bir grup nöronun istemsiz ve plansız olarak ortaya çıkan sınırlı süreli, aşırı veya hipersenkron aktivitesinin klinik göstergesidir. Bu klinik bulgular, kendisinin bir görgü tanığının veya hastanın kendisinin fark ettiği, bilinç bozulması veya motor, duysal, otonomik ya da psişik gibi, ani ve geçici anormal olaylar şeklindedir. Bu tanımlamaya göre, nöbet zamansal olarak kesin bir başlangıcı ve bitişi olan, kalıcı olmayan bir durumdur. Elektroensefolografı (EEG) ve klinik bulguları, nöbet aktivitesinin başlayıp devam ettiği bölgelere göre farklılık göstermektedir. Nöbet esnasında ortaya çıkan bilinç bozukluğu, normal olmayan duysal ve motor aktivite, entelektüel ve vejetatif davranış bozukluğu, yineleyici özellikte ise “epilepsi” tanımı kullanılmaktadır. Bu tanıma göre tek bir nöbet epilepsi kabul edilmez (Fisher ve ark. 2014; Fisher 2015; Başpınar 2017). Başka tanıma göre epilepsi herhangi bir etken tarafından uyarılmadan ortaya çıkan iki ve daha fazla nöbet geçirilmesi ve nöbetler arasında 24 saatten uzun süre olması şeklinde tanımlanmıştır (Başpınar 2017).

Epilepsi hastalığı; hastada meydana gelen fiziksel değişikliklere, düzenli ilaç kullanımına ve tedavi türüne uyum sağlama, tekrarlayan doktor kontrollerine ve aniden gelişen acil tıbbi durumlara hazır olmayı gerektiren ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır (Görgülü ve Fesci 2011).

4.1.2. Epilepsinin Tarihçesi

İnsanlık tarihi kadar eski olan epilepsi , hala dünyanın birden fazla bölgesinde dinsel ayin, büyü gibi bilimle alakası olmayan metotlarla tedavi edilmeye çalışılmaktadır.

Tarihte epilepsi ile alakalı ilk bilgiye; milattan önce (M.Ö.) 2080’de, Hammurabi Kanunları’nda konvülsiyon ile ateş arasında bir bağ olduğu bilgisiyle rastlanmıştır (Yıldız 2013).

Epilepsi tahmini 3 bin yıllık tarihi geçmişiyile bilinen en eski hastalıklardan biridir. Eski Yunanlılar döneminde epilepsi hastalarının tanrının cezalandırmış kişiler olduğu düşünülürdü. Epilepsi hastalarının hemen her dönem tanrıyla bir ilişkilerinin olduğu düşünülmüştür.

Önceleri epileptik nöbetlerin sıklığının, ay tarafından karar verildiğine inanılmıştır. Eski Yunan dönemlerinde epilepsili hastalarla sınırlı kalan, günümüzde (delilik veya aya ait) anlamında kullanılan “lunatic” tabiri vardır. “Maniac” terimi ise, daha çok akıl hastalığıyla aynı anlamda kullanılmıştır. Ancak inanışa göre, nöbetler uzun süreli olursa, bu hastalar “lunatic” ve “maniac” olarak kabul edilirler. Yunanca “epi” (üstünde, üstünden) ve “lepsia” (tutmak, tutup yakalamak)sözcüklerinden geldiği, İngilizce’de “seizure” sözcüğü tutmak, yakalamak anlamına gelen “toseize”, “Sar’a” sözcüğü ise Arapça’da yere vurmak anlamına gelen “sar” yükleminden türediği bilinmektedir (Chadwick 1994).

Epilepsi ile alakalı ilk doğru tanımlamayı Hipokrat, bundan yaklaşık 2400 yıl önce yapmış olduğu bilinmekte ve epilepsi ile ilgili yazdığı ‘Kutsal Hastalık’ kitabında epilepsinin beyinden kaynaklandığını belirtmektedir. Hipokrat’ın yapmış olduğu bu tanımlama uzun yıllar geçerli olmuştur. 19. yüzyılda Huglings Jackson tarafından

yapılan bilimsel ilk tanıma göre epilepsi, beyindeki gri cevherde meydana gelen deşarjlar olarak tanımlanmıştır (Yazıcı 2010; Yıldız 2013).

Maymun ve tavşanların kafataslarına çeşitli elektrotlar yerleştiren Caton bu hayvanlarda 1875'te bir dizi araştırma yapmıştır. Hans Berger ilk defa insanlarda EEG uygulayan alman bir psikiyatristtir. Daha sonrasında Adrian ve Matthews de EEG ile ilgili çalışmalar yapmışlar, spesifik EEG bulgularını ortaya çıkaran Gibbises epilepsi tanı ve tedavisinde önemli bir adım atmıştır (Yazıcı 2010; Yıldız 2013).

Epilepsi vakalarında ilk sistemli tedaviyi uygulayan 1857 yılında hastalara potasyum bromür veren Sir Charles Locock olmuştur. Aynı yıllarda Esquirol epilepsi hastalarının akıl hastanelerinde yatmalarını doğru bulmayıp itiraz etmiştir. Bromidler 1912 yılına kadar tek antiepileptik ilaç adı altında kullanılmaktayken, 1912 yılında fenibarbitalin sentezi ile etkin tedavi dönemine girilmiştir. 1938 de ise Putnam ve Merritt difenilhidantoini epilepsinin tedavisinde uygulamaya başlamışlardır. Trimethadione'nun geliştirilmesiyle 1944'te petit mal tarzı epilepsi tedavisine önemli katkı sağlanmıştır. Bugün nöbetlerin % 75-80'inin kontrol altında olmasının nedeni kullanılan modern antikonvülzanlardır (Yazıcı 2010; Yıldız 2013).

4.1.3. Epilepsinin Görülme Sıklığı

Epilepsi hastalığı dünyada yaklaşık olarak 50 milyon bireyi etkileyen, en yaygın kronik nörolojik hastalıklardan biridir (Yılmaz ve ark. 2000; Aksun 2011).

Epilepsinin insidansı, toplumlar arasında değişmekle beraber sıklıkla yılda 20-50/100.000 olarak bildirilmekteyken, aktif epilepsi prevalansı 4-10/1000 olarak verilmektedir (Topalkara ve ark. 1999; Baykan ve ark. 2004; Aksun 2011).

Yaşam süresince birikmiş insidans ise yaklaşık %3 olarak saptanmaktadır ki bu farklılığın nedeninin bazı hastalarda epilepsinin kalıcı olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Epilepsi insidansının en yüksek olduğu dönemler, hayatın ilk yılı ve 60 yaş sonrası olduğu bildirilmektedir. Epilepsi hastalığı, çocukluk ve ergenlik döneminde rastlanılan en yaygın, yetişkinlerde ise beyin damar hastalıklarından sonra gelen ikinci en yaygın görülen nörolojik hastalık olarak belirtilmektedir (Aksun 2011).

4.1.4. Etiyolojisi

Epilepsi etiolojisinde etkili olan faktörler aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

1. Genetik faktörler

- a. Resesif geçişli lipid ve aminoasit metabolizması bozuklukları
- b. Resesif geçişli gelişme bozuklukları
- c. Tuberoskleroz ve nörofibromatozis gibi dominant geçişli hastalıklar

2. Konjenital anormallikler

- a. Sturge-Weber sendromu
- b. Fokal kortikaldisplaziler

3. Antenatal ve prenatal etkilenmeler

- a. Anoksi
- b. İntraserebralhemoraji
- c. İnfarktlar ve porenselalik kistler

4. Uzayan ve tekrarlayan febrilkonvülsiyonlar

5. Travma

- a. Aksidental
- b. Nöroşirürjik müdahaleler sonrası

6. İnfeksiyonlar

- a. Bakteriyel menenjit
- b. Serebral apseler
- c. Viral ansefalitler (herpesimpleks ansefaliti gibi)

d. Kronik viralinfeksiyonlar (HIV gibi)

e. Parazitikinfeksiyonlar

7. Metabolik sebepler

a. Hipoglisemi

b. Hiperglisemi

c. Hipoksi

d. Hiperbarikoksijenasyon

e. Hipokalsemi

f. Hiperkalsemi

8. Vasküler sebepler

a. İnfarktlar

b. Hipertansifansefalopati

c. Serebralvenöztrombozlar

d. Arteriovenözmalformasyonlar

e. Anoksikansefalopati

9. Serebral Tümörler

a. Primergliomalar

b. Menenjiomlar

c. Hipofiz adenomları

d. Sekonder metastazlar

10. Alzheimer hastalığı ve diğer nörodejeneratif hastalıklar

11. Toksik sebepler

a. Alkol alımı ve bırakılması

b. Kronik alkolik ansefalopati

c. Ağır metaller; özellikle kurşun (Yurttaş 2005; Bozkaya 2006; Yıldız 2013).

4.1.5. Epilepsinin Sınıflandırılması

1989 yılında yapılan epilepsi tipleri ve Epileptik Sendromların Sınıflaması'nda (International Classification of Epilepsies ve Epileptic Syndromes, ICE) ilk ayırım, jeneralize ve parsiyel (Fokal veya lokal nöbetler) epilepsiler arasında yapılmıştır. Bilinçte bir bozulmaya yol açıp açmamaları bu iki grup arasındaki en temel ayırımdır. Fokal veya parsiyel epilepsiler ve sendromlar hem küçük epileptik odak lezyonlarını, hem de daha az tanımlanabilmiş lezyonları içerir. Fokal veya parsiyel nöbetlerde ortaya çıkan anormal biyoelektrik deşarjı, karşı hemisfere yayılmaz; sadece serebral korteksin sınırlı bir bölgesiyle sınırlı kalır. Parsiyel nöbetler kendi içerisinde; basit parsiyel, kompleksparsiyel ve jeneralize tonik-klonik nöbetlere dönüşen parsiyel nöbetler olarak üç gruba ayrılmaktadır. Basit parsiyel nöbetler bilinç kaybına sebep olmazlar ve nöbetler dışarıdan farkedilebilir bir bulgu verebilir ya da vermeyebilir. Kompleks parsiyel nöbetler ise, fokal olarak başlar, daha sonra nöbet diğer hemisfere yayılması nedeniyle bilinçte bozulma veya bilinç kaybına sebep olurlar.

Jeneralize tonik-klonik nöbetlere dönüşen parsiyel nöbetler de bilinç kaybına sebep olurlar ve nöbetler dışardan farkedilebilir yapıdadır. Jeneralize nöbetler ise, her iki hemisferin de etkilendiği nöbetlerdir. Jeneralize bir nöbet sırasında ilk klinik değişimler her iki hemisferin katılımını da içerir ve epileptik nöbetin geçirildiği zaman EEG'de, bilateral paternler görünür. Jeneralize nöbetler de kendi aralarında, absans nöbetleri, miyokloniler, klonik nöbetler, tonik nöbetler, tonik-klonik nöbetler ve atonik nöbetler olarak altıya ayrılmaktadır. Bu nöbet tiplerinin hepsi bilinçte bozulma ve bilinç kaybına neden olurlar. Absans nöbetleri dışardan farkedilebilen bir semptom her zaman vermeyebilirler, ama onun dışındakilerin hepsi mutlaka dışardan fark edilebilen yapıda olan nöbetlerdir (Aydemir 2008).

Semptomatik (sekonder), idiyopatik (primer) ve kriptojenik epilepsiler ICE'nin sınıflamasında yapılan ikinci ayırımdır. Semptomatik epilepsi, merkezi sinir sisteminde görülen veya şüphelenilen bir bozukluğa bağlı olarak oluşan epileptik nöbetleri ve sendromlarını ifade etmektedir. Bu sınıf ayrıca temporal, frontal, pariyetal ve oksipital

lob nöbetlerini de kapsamaktadır. İdiyopatik epilepsiler ise, nedeni belli olmayan nöbetleri ve sendromları ifade etmektedir. İdiyopatik epilepsiler, yaşla ilişkili nöbet başlangıcı, EEG özellikleri belli bazı klinik özellikler ve olduğu düşünülen bazı genetik sebeplerle karakterizedir. Kriptojenik epilepsi ise, temelde semptomatik olduğu düşünülen fakat etiyojisi bilinmeyen epilepsi çeşitleri ve sendromları ifade etmektedir (Aydemir 2008).

Gowers'in epilepsi sınıflamasını grand mal, petit mal ve histerik nöbet şeklinde yapmıştır. Jackson ise, nöbetleri jeneralize ataklar ve fokal ataklar olarak sınıflandırarak, fonksiyon bozukluğu, anatomik ve patolojik temele dayandırmıştır. Bu tarihsel gelişime rağmen 1969 yılında International League Against Epilepsy (ILAE) toplantısına kadar nöbetleri fokal ve jeneralize olarak sınıflandırmak tercih edilmemiştir. 1969 yılında yapılan sınıflamanın esas amacı nöbetleri baştan itibaren jeneralize nöbetler ve fokal başlayıp jeneralize devam eden nöbetler tarzında sınıflamaktır. ILAE'nin 1975, 1977 ve 1979 ve son olarak 1981 yılında yapmış oldukları toplantılar sonucunda nöbetlerin, nöbet türü ve EEG bulguları ile birlikte değerlendirilerek sınıflanmasında karar kılınmıştır (Neze 2006; Gün 2006; Toklu ve ark. 2012; Yıldız 2013). Bu şekilde sınıflama birçok kolaylık sağlamıştır. Bu kolaylıklar arasında hangi sendromla karşı karşıya olduğumuzu anlayabilme, nöbet şekillerini tek bir kalıp haline getirip hasta verilerinin toplanabilmesi, dünyanın her yerinde belirli tip nöbetten söz edildiğinde herkes tarafından anlaşılabilmesi, nöbetler için uygun ilaç ve tedavi yöntemi belirleme ve yeni antiepileptik ilaçlar geliştirilmesi gibi konularda yapılacak çalışmalara kolaylık sağlanması sayılabilir (Gün 2006; Yıldız 2013).

4.1.5.1. Epilepsi nöbetinin uluslararası sınıflandırılması (1981)

I. Parsiyel (Fokal) Nöbetler

A) Basit Parsiyel Nöbetler

1. Motor semptomlarla seyreden basit parsiyel nöbetler

* Klonik motor nöbetler

* Tonik motor nöbetler

* Versif motor nöbetler

* Fonatuar nöbetler

* Postural nöbetler

2. Somatosensoriyal veya özel duyuşal semptomlu nöbetler

* Somatosensoriyal nöbetler

* Görsel nöbetler

* İşitsel nöbetler

* Olfaktör nöbetler

* Vertijinöz nöbetler

*Gustatuar nöbetler

3. Otonomik belirti ve bulgularla seyreden nöbetler

4. Psişik belirtilerle seyreden nöbetler

* Disfazik

* İllüzyonlar

* Dimnezik

* Yapılanmış varsanılar

* Kognitif

* Affektif

B) Kompleks Parsiyel Nöbetler

1-Basit parsiyel başlayıp bilinç bozukluğuyla devam eden nöbetler

2-Bilinç bozukluğuyla başlayan nöbetler

C) Jeneralize Nöbetlere Dönüşen Parsiyel Nöbetler

1-Jeneralize nöbetlere dönüşen basit parsiyel nöbetler

2-Jeneralize nöbetlere dönüşen kompleksparsiyel nöbetler

3-Basit başlayıp önce kompleksparsiyel daha sonra jeneralize nöbetlere dönüşen parsiyel nöbetler

II. Jeneralize nöbetler

A. Absans nöbetler

B. Myoklonik nöbetler

C. Jeneralize tonik – klonik nöbetler

D. Tonik nöbetler

E. Klonik nöbetler

F. Atonik nöbetler

III. Sınıflandırılmayan Epilepsi Nöbetleri. (Neze 2006; Gün 2006; Bozkaya 2006; Yazıcı 2010; Toklu ve ark. 2012; Yıldız 2013).

Parsiyel Nöbetler: Nöbet beynin belirli bir bölgesinde başlar ve basit ve kompleks olmak üzere ikiye ayrılır. Bu ayrımın en önemli faktörü bilinçtir. Basit parsiyel nöbetlerde hastanın bilinci bozulmaz, nöbet esnasında hasta çevresinde olan biteni duyar ve konuşabilir. Nöbet sonrasında, nöbet sırasında olanları, söylenenleri hatırlar; bellek korunmuştur. Kompleks parsiyel nöbetlerin farkı ise bilinin bozulmasıdır, hasta nöbet geçtikten sonra olayı hatırlamaz; yaptıklarının ve yaşadıklarının farkına varamaz. Parsiyel nöbetlerin hepsi sekonder jeneralize nöbetlere dönüşebilirler (Gün 2006; Yıldız 2013).

Basit Parsiyel Nöbetler

1- Motor Semptomlarla Seyreden Basit Parsiyel Nöbetler

Klonik Motor Nöbet: Beynin motor korteksinden başlar ve jerkler şeklinde ritmik hareketlere dönüşür; genellikle 1-2 dakika sürer.

Tonik Motor Nöbet: Herhangi bir ekstremitenin çeşitli postürlerde kasılmasıdır.

Versif Motor Nöbet: Göz ve baş kaslarının kasılması sonucunda herhangi bir yöne sürekli ve güçlü deviasyonuna neden olan nöbetlerdir. Versiyon esnasında bilinç kaybı olabilir.

Fonatuvar Nöbet: Bu tip nöbetlerde konuşma etkilenir. Hasta bazen bir kelime veya heceyi farkında olmadan tekrar eder (Bozkaya 2006; Yıldız 2013).

2. Somatosensoriyel veya Özel Duyusal Semptomlu Nöbetler

Tanı, hastanın yakınmalarının sadece hastanın kendisinin bildiği bir öykü ile konur.

Somatosensoriyel Nöbetler: Basit duyuşsal nöbetlerin en çok görülen çeşidi olup, belli bir zaman için hissedilen duygular olup, hasta uyuşma, ağrı, batma, iğnelenme, hareket ettirme isteğı gibi şikayetler tanımlar.

Görsel Nöbetler: En çok karşılaşılan ikinci basit duyuşsal nöbet olup, en sık görülen belirtileri görme bulanıklığı, renkli ışıklar görme ve tam körlük yaşama şeklindedir.

İşitsel Nöbetler: Çok sık görülmeyen, Basit sesler tarzında tanımlanmakla beraber vızıltı, gümbürtü, uğultuya benzer sesler tarzında olduğı tanımlanır.

Olfaktör Nöbetler: Nöbet sırasında hoşa gitmeyen kötü koku duyma olarak tanımlanır.

Gustatuvar Nöbetler: Nöbet esnasında kötü tat alma olarak tanımlanmakla beraber; tuzlu, ekşi, acı gibi basit tatlar dışında duman tadı, safra tadı, sigara, olarak da tanımlanır.

Vertijinöz Nöbetler: Dengesizlik, baş dönmesi, sendeleme gibi şikayetlerle ortaya çıkmakla beraber rotasyonel hareketlerle de izlenebilir (Yurttaş 2005).

3. Otonomik Belirti ve Bulgularla Seyreden Nöbetler

Nöbet esnasında en çok karşılaşılan semptomlardan biri abdominal ve epigastrik semptomlar olmakla beraber terleme, piloereksiyon, epigastrik duyular, yüzde kızarma, kusma, karın gurultusu, solukluk, inkontinans, pupiller dilatasyon olur. Bulantı, açlık hissi, ağrı, belli belirsiz duygular hissedilebilir(Gün, 2006). Basit parsiyel ve kompleksparsiyel nöbetlerde sinüs taşikardisi olmakla beraber bradikardiler ve aritmiler de oluşabilir, apne veya hiperventilasyon görülebilir.

Pupilla ile ilgili midriyazis, miyozis; genital semptomlarla ilgili erotik duygular, orgazm gibi nadir görülen belirtiler bildirilmiştir. Nöbet esnasında sararma, siyanoz, eritem, yüzde kızarma, gibi vazomotor semptomlar görülebilir. Sararma ve solukluğa çoğunlukla bulantı eşlik edebilir (Yurttaş 2005; Bozkaya 2006).

4. Psşik Belirtilerle Görülen Nöbetler

Disfazik: Afazik konuşmaları ve Konuşmanın durmasına kadar giden nöbetleri içerir.

Dimnezik: Zamanı algılamada bozulma, hafızanın etkilenmesi, olayları daha önce yaşamış olma hissi, önceden yaşanmış bir olayı hiç yaşanmamış gibi hissetmesidir.

Kognitif: Zamanı algılamada bozulma, rüya halleri, gerçek değilmiş hissini yaşanmasıdır.

Affektif: Hiddet, değersizlik hissi, korku, aşırı zevk, sebepsiz öfke patlamalarının tanımlanmasıdır.

İllüzyonlar: Algıda azalma görülür. Objeler deforme olup, ölçümler doğru değildir. Objeye olduğundan farklı tanımlanır.

Yapılanmış varsanılar: Dışarıdan herhangi bir uyarı olmadan ortaya çıkıp somotasensoryel, işitsel, tat, görsel veya koku varsanıları tarzında görülebilir (Oğul 1996; Yurttaş 2005; Bozkaya 2006).

Kompleks Parsiyel Nöbetler (KPN): Bilinç kaybına neden olabilen nöbetlerdir. KPN'lerin %70'i temporal lob, %30'u frontal lob, %10'u diğer loblardan kaynaklanırken, KPN'ler genel olarak tüm parsiyel nöbetlerin %42'sini, tüm nöbet tiplerinin %26'sını oluşturur (Yurttaş 2005).

Jeneralize Nöbetler

Absans Nöbetler: Bu nöbetlerin en önemli özelliği devam halinde olan aktivitenin durmasıdır. Hasta etrafında olanı fark etmez, sorulara yanıtlamaz, sabit bakması olur. Konuşuyorsa durur, yemek yiyorsa boğulma riski vardır. Nöbetler aniden başlayıp

sonlanması nedeniyle aura ya da post iktal konfüzyon görülmez (Yurttaş 2005;Gün 2006;Toklu ve ark. 2012).

Basit Absans: Başka hiçbir aktivitenin olmadığı sadece bilincin etkilendiği nöbetlerdir (Bozkaya 2006; Toklu ve ark. 2012).

Hafif Klonik Komponentli Absans: Ağız kenarında çekilmeler, kollarda, omuzlarda ve parmaklarda klonik hareketler, ritmik göz kırpma şeklinde seyreden, EEG’inde diken dalga olarak görülen nöbetlerdir.

Atonik Komponentli Absans: Postür kaslarında veya ekstremitelerde tonus azalması olan bu nöbetlerde hastanın kolları veya başı düşebilir. Fakat bu belirgin tonus kaybı nadiren hastayı düşürecek derecede olur (Oğul 1996; Bozkaya 2006).

Otomatizmlerli Absans: Dudağını yalama, üzerini çekiştirme, bazen çevresindeki eşyaları cebine koyma hissi, yutkunma gibi basit otomatizm olarak adlandırılan hareketlerin izlendiği, atak esnasında amaçlı izlenim uyandıran, farkına varmadan yapılan hareketler gözlenir.

Otonomik Bulgularla Seyreden Absans: Pupillerde dilatasyon, renkleri farklı algılama, taşikardi, salivasyon, idrar kaçırma, piloereksiyon gibi otonomik belirtiler görülür (Yıldız 2013).

Miyoklonik Nöbetler: Hızlı, istemsiz, ani gelişen aritmik hareketler şeklinde görülür. Bu hareketler, simetrik veya asimetric olabilir, ekstremiteler veya tüm vücut etkilenebilir. Hafif sıçramalarda bilinç bozulmaz; fakat hızla ilerleyip status epileptikus formuna çeşidine dönüşürse bilinçte bozulma görülebilir (Yurttaş 2005; Yıldız 2013).

Jeneralize Tonik–Klonik Nöbetler (JTKN): En fazla bilinen ve en ağır geçirilen nöbetlerdir. Grand mal nöbetler olarak da adlandırılır. Jeneralize nöbetlerin en sık görülen tipidir. Tüm epilepsi hastalarında prevalansı %20,6 olarak bildirilmiştir (Bozkaya 2006; Yıldız 2013).

Tonik Nöbetler: Kas tonusunun azalıp arttığı nöbetler olup klonik hareketler izlenmez. Genellikle baş ve gözler bir tarafa devriye olur, sonrasında tüm vücut aynı yöne dönebilir (Bozkaya 2006; Yıldız 2013).

Klonik Nöbetler: Tonik dönem gözlenmeden direkt klonik dönem gözlenebilir.

Atonik Nöbetler: Kas tonusunda azalma ile karakterize olup Bu nöbetler kısmi olduğunda hastanın başının veya bir ekstremitenin düşmesine, çenenin açılmasına, tam kas tonusu kaybı olduğunda ise hastanın düşmesine neden olabilir. Bilinç kaybı olmuşsa bile bu çok kısa sürebilir. Ani düşmeler yaralanmalara neden olabilir (Gün 2006).

Sınıflandırmayan Epilepsi Nöbetleri: Nöbetlerin diğer nöbet türlerine benzemediği ve veri yetersizliği durumlarında geçerlidir. Yenidoğan döneminde pedal çevirme, çığneme gibi nöbet çeşitleri de bu nöbet çeşidi olarak tanımlanmaktadır (Yurttaş 2005; Toklu ve ark. 2012).

4.2. YAŞAM KALİTESİ

4.2.1. Tanımı

Yaşam kalitesi yeni bir kavram olmayıp ilk olarak Yunan felsefesinde, insanların memnuniyeti olarak tanımlanmış ve Aristo mutsuzluğu tanımlarken yaşam kalitesine değinmiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası, ekonomik gelişme ve yaşam standartlarının gelişmesi sonucu, refah durumu, memnuniyet düzeyi ve psikolojik doyuma ilişkin beklentiler yükselmiştir (Mandzuk ve ark. 2005; Ercan 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı yalnızca hastalığın olmaması olarak değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Sağlık alanındaki ilerlemeler yaşam süresini uzatmış ve buna bağlı olarak sağlık bakımının amacı bireyin hayat süresini uzatmak değil bağımsızlığını, bilgi ve becerisini artırarak kaliteli bir hayat sürmesini sağlamak olmuştur (Ergün ve ark. 2013; Karahan 2016). Dünya Sağlık Örgütü ise yaşam kalitesini; bireyin bulunduğu kültür ve değer sistemleri içinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgilerine orantılı bir biçimde yaşamındaki yerini benimsemesi olarak tanımlamaktadır (Karahan 2016; http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en (Erişim: 15.06.2016)).

Yaşam kalitesi nesnel olmaktan ziyade öznel bir kavramdır ve bu yüzden yaşam kalitesi kavramı için ortak bir düşünce bulunmamaktadır (Mandzuk ve ark. 2005; Lin ve ark. 2008; Ercan 2010). Yaşam kalitesi kavramı ilk olarak sosyoloji alanında kullanılmış ve günümüzde diğer disiplinlerde de kullanılmasının uygun olduğu düşünülmüştür (Lin ve ark. 2008; Ercan 2010). Yaşam kalitesi, mutlu olmayı ve yaşadığı hayattan doyum almayı amaçlayan, “iyi olma hali” olarak kullanılan bir terimdir (Eser 2006; Ercan 2010).

Yaşam kalitesini tanımlamada yaşanan sıkıntıların bir çoğu bu alanda çalışan bireylerin farklı açılardan olaya bakmalarından kaynaklanmaktadır. Sosyal bilimler alanında yaşam kalitesinin psikolojik ve sosyal iyilik hali üzerinde durulurken sağlık alanında ise biyolojik, psikolojik ve klinik sonuçlar açısından daha ön planda değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesinin yaşamın hangi boyutlarını içermesi gerektiği tartışılan bir konudur. Kişinin inançları, fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, sosyal ilişkileri ve ekonomik etkenler yaşam kalitesini etkilemektedir. Burchardt’a göre yaşam kalitesi, bireyin yaşamdan doyum alabilmesi, ekonomik ve fiziksel açıdan iyi olması, diğer kişiler ile sağlıklı ilişkiler içerisinde olması, toplumsal davranışlarında sosyal güç yeterliliğine sahip olabilmesi, kendisini geliştirebilmesi ve eğlenmeye vakit ayırabilmesidir. Yaşam kalitesi göstergeleri objektif ve subjektif olarak iki bölümde incelenmektedir ve yaşam kalitesi ölçümünde bunların birlikte kullanılması önerilmektedir (Güven 2010; Yıldız 2013).

4.2.2. Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri

Bireyin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) ve öz bakımını yerine getirebilmesi ve kişinin bu durumdan tatmin olabilmesi ile ilgilenmektedir. Bunlar;

- Fiziksel iyilik durumu
- Kendine yetebilme (beslenme, giyinme, banyo ve tuvaleti kullanma, uyku)
- İşlevsel Hareket (evin içinde ve dışında hareket etme)
- Fiziksel aktivite (yürüme, merdiven çıkma, eğilme, doğrulma, yorgunluk)

- Rol etkinliği (aile ve işle bağlantı, sosyal roller)
- Sağlık ve hastalık inancı (Coşkun 2005; Dilek 2008).

4.2.3. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

DSÖ'nün 1948'de, sağlığı “sadece hastalığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak da tam bir iyilik hali” olarak tanımlamasının ardından, sağlıkla ilişkili iyilik halinin ölçülebilmesinde, yaşam kalitesi kavramı, büyük önem kazanmıştır. Yaşam kalitesinin vurgulandığı ilk çalışmalar 1973'te bildirilmiş, son zamanlarda ise sayıları giderek artmıştır (Testa ve ark. 1996; Ercan 2010).

Sağlık, genel yaşam kalitesinin en önemli boyutlarından biridir. Yaşam kalitesi sağlık literatüründe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi olarak adlandırılmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin veya grubun bedensel ve ruhsal sağlık algılayışıdır (Eser 2006; Ercan 2010).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı içinde, birbirleriyle yakından ilgili fiziksel, sosyal ve psikolojik olmak üzere üç temel boyut bulunmaktadır (Telatar 2004; Ercan 2010).

Bireyin enerjisini harcayarak günlük aktivitelerinin ne kadarını gerçekleştirebildiğini algılaması, yaşam kalitesinin fiziksel boyutu ile ilgilidir. Psikolojik boyutunda, anksiyete, depresyon, kızgınlık, korku, mutluluk gibi ruhsal ve duygusal durumları içermektedir. Sosyal boyutta ise, bireyin aile fertleri, arkadaşları ve toplumun diğer bireyleriyle nasıl ilişki kurabildiğini algılamasını kapsamaktadır (Ercan 2010; [http:// www. who.int /ageing/primary_health_care /en/index.html](http://www.who.int/ageing/primary_health_care/en/index.html). Erişim: 10.09.2009).

Yaşam kalitesi geniş bir kavram olup; tıbbi tanı ve laboratuvar işlemleriyle ölçülemeyen, subjektif olarak yaşantılanan; kişinin fiziksel sağlığını, ruhsal durumunu, bireysellik düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevre koşullarından etkilenen bir kavramdır. Yaşam kalitesi; psikolojik esenlik, fiziksel esenlik, sosyal ve bireysel esenlik ile parasal/maddi esenlik olarak dört temel başlık altında değerlendirilmektedir. (Eser 2006; Ergün ve ark. 2013; Karahan 2016).

4.2.3.1. Psikolojik esenlik

Beden imajı, hayattan doyum alma, anksiyete, faydalılık, otonomi, dinlenme ve bir şeylerle meşgul olma gibi durumlar, herhangi bir işi tamamlama, hayatın anlam ve önemi, hayatın normal olması ve mutluluk gibi duygular psikolojik esenliği oluşturur (Ergün ve ark. 2013; Karahan 2016).

4.2.3.2. Fiziksel esenlik

Fonksiyonel yeterlilik, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme, yemek yeme, iştahın olması, cinsellik, yorgunluk, zinde güçlü olma, sağlık algısı ile tanı-tedavi sonucu fiziksel esenliği oluşturur (Ergün ve ark. 2013; Karahan 2016).

4.2.3.3. Sosyal ve bireysel esenlik

Bireysel fonksiyona sahip olma, sosyal aktivitelere katılma, başkalarından destek görme, çevresi tarafından benimsenme, mahremiyet, reddedilme, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi ve rol işlevi gibi sosyal durumlar bu alanda değerlendirilmektedir (Ergün ve ark. 2013; Karahan 2016).

4.2.3.4. Maddi (parasal) esenlik

Mevcut durumdaki gelecekle ilişkili güven duyma, barınma imkanı, sağlık ve iş güvencesi ve ev sahibi olma gibi durumlar bu alanda yer almaktadır (Ergün ve ark. 2013; Karahan 2016).

Yaşam kalitesi ölçümünde asıl amaç; bireylerin ruhsal, sosyal ve fiziksel işlevsellik açısından ne kadar memnun olduklarının ve hayatlarında bu özellikleriyle ilgili ne kadar yeterli olduklarının ve yetersizliklerinin onları ne oranda rahatsız ettiğinin belirlenmesidir (Eser 2006; Ergün ve ark. 2013; Karahan 2016).

4.2.4. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SYK)'nin Ölçümü

Sağlık kaynaklarının ölçülmesinde genel olarak semptomlar ve ortalama ömür dikkate alınmaktayken, yaşam kalitesi ölçümünde bireyin yaşamdaki rolü, ruhsal yapısı, hastalık halindeki deneyimleri, genel ruhsal yapısı, mutluluk ve hayattan aldığı doyum gibi faktörleri temel almaktadır. Yaşam kalitesinin değerlendirmesinin önemi her gün artmasına rağmen ölçülebilmesi çok zor olan bir kavramdır. Bir hemşire

tarafından hastaya sorulan “Nasılsınız?” sorusu ve buna verilen cevap hastanın o andaki yaşam kalitesi değerlendirmesini sağlayabilmektedir. Ancak bu durumun yorum ve istatistiksel analizinin yapılması için ölçeklendirilmesi gerekir. Sosyal fonksiyon veya ruhsal durum gibi bileşenler doğrudan gözlemlenemez ve kolay yorumlanamaz (Bozkaya 2006; Bora 2008; Güven 2010).

Yaşam kalitesi kavramının gelişmesi her toplumda insanların yaşama bakışını değiştirmiştir. Socrates’in “yaşamayı değil, iyi yaşamayı sağlamalıyız” sözünde olduğu gibi toplam yaşam beklentisinden çok, sağlıklı yaşam beklentisi daha önemli hale gelmiştir. Yaşam kalitesi analizleri tedavi ve hastalık süreçlerinin günlük yaşamdaki toplumsal, fiziksel ve ruhsal etkilerini değerlendirerek, insanlara ihtiyaç duydukları sosyal, ruhsal ve fiziksel desteği belirlemede yardımcı olmaktadır (Mısırlı 2003; Bozkaya 2006; Kaplan 2007; Güven 2010; Yıldız 2013).

Sağlığın ölçülmesinin gerekçeleri şunlardır:

- Bireylerin kendi sağlık durumlarını etkileyen değişik etkinliklerin göreceli yararları hakkında, kendi değerlendirmelerini oluşturmalarına yardım etmek,
- Sağlık hizmetlerinde var olan kaynakların kullanımında önceliklerin ne olduğu konusunda bir görüş oluşmasını sağlamak,
- Hekimlerin, yöneticilerin ve politika belirleyicilerin etkinlik ve kararlarının daha iyi izlenebilmesini sağlamak,
- Tedavinin olumsuz fizyolojik ve psikolojik sonuçlarına yakalanma riski daha yüksek hastaları belirlemek,
- Hekimlik uygulamalarının kalitesi, tedavi yönteminin etkililiği ve örgütsel verimliliği değerlendirmek,
- Ülkelerin sağlık düzeyini ve zaman içindeki değişimini karşılaştırmak,
- Bölgeler arası kaynak dağılımı konusunda karar verebilmek için bir ülkenin değişik bölgelerindeki sağlık düzeylerini karşılaştırmak (Coşkun 2005; Olgun 2006; Bora 2008; Güven 2010).

4.3. EPİLEPSİLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ

Epilepsili hastalarda hastalıktan utanma, nöbetleri engelleyememe ve toplum içinde nöbet geçirme; eşini, işini veya arkadaş çevresini kaybetme korkusu, araba kullanım engelleri hayatlarındaki esas problemleri oluşturur. İş bulamama, evlenememe, eğitim düzeyindeki düşüklük ve okul hayatındaki başarısızlıklar oldukça fazla görülür. Bütün bunların sonucunda bu kişilerde özgüven duygusunda azalmaya sebep olur. Özellikle depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar da epilepsiye eşlik eden önemli sorunlardır (Bora 2008).

Epilepsi, yaşam kalitesiyle ilgili çalışmaların büyük bir kısmını oluşturan kronik seyirli olmakla birlikte ne zaman ortaya çıkacağı belli olmayan ve sürekli tekrarlayan nöbetler şeklinde süregelen, hastaların hayatlarını olumsuz olarak etkileyen bir hastalıktır. Nöbetlerin meydana geleceği korkusunun, hastalığın hastaya vermiş olduğu belirsizliğin ve nöbet geçirme sıklığının genel iyilik durumlarındaki etkisi hastanın hayatını olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Hermann 1993; Devinsky 1996; Coşar 2016).

Epilepsili hastalarda sosyal izolasyon oldukça fazla olmakla birlikte, işsizlik, evlilik oranlarının düşük olması yaşam kalitelerini olumsuz etkilemekte ve bu oranların gittikçe düşmesine sebep olmaktadır (Jacoby ve ark. 1996; Coşar 2106). Bunun yanı sıra epilepsi tanısıyla birlikte ortaya çıkan stigma, hastaların hem çalışma azmini azaltmakta hem de sosyal etkinliklere katılma isteklerinin azalmasına neden olmaktadır. Buna ek olarak hastalar bir anda geçirilen nöbetlerin, sosyal ortamlarda herkesin görebileceği yerlerde gerçekleşme olasılığı ve bunun insanlar tarafından farkedilecek olması hastaları bu tür ortamlardan soyutlamakta ve uzak kalmalarına sebep olmaktadır. Doğal olarak bu durum hastaların yaşam kalitelerini düşürmekte ve ayrıca sosyal iletişimde kısıtlama, çalışma imkanlarının yetersizliği, düşük benlik değerleri ve algılanan stigma bu tür hastaların evlenme yüzdelerine de olumsuz etki etmektedir (Cramer 1994; Coşar 2016).

Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi, toplumun diğer bireylerinin sahip olduğu standartlardan düşük olduğu bildirilmektedir. Özellikle ilaca dirençli epilepsi hastalarının yaşam kalitesi daha düşük, algıladıkları stigma düzeyleri yüksek, benlik değerlerinin alt seviyelerde olduğu bildirilmekle birlikte yüksek işsizlik oranlarının

olduğu da gözlenmektedir. İlaça dirençli epilepsi hastalarının, özellikle depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalık oranlarının da yüksek olduğu bildirilmektedir (Kellett ve ark. 1997; Coşar 2016).

Epilepsi hastalarının en sık karşılaştığı kısıtlamalardan biri de hastaların hayatlarını önemli derecede olumsuz etkileyen, gelişmiş batı ülkelerin en önemli sosyal problemlerinden biri olan araç kullanımına ilişkindir. Bu hastaların araçları kullanmalarına ilişkin kısıtlamalar ve bu kararı vermeyi etkileyen faktörlerin neler olabileceği hala tartışma konusudur. Ülkemizde ve Çek Cumhuriyeti, Bulgaristan, Bangladeş, Macaristan gibi bazı ülkelerde epilepsi hastalarına ehliyet verilmemektedir. İngiltere, İsveç, İsviçre, Fransa ve Avustralya'da ise ehliyet için iki yıl nöbet geçirmeme şartı aranmaktadır (Salinsky ve ark. 1992; Coşar 2016). Nöbet takiplerinin iyi yapılarak epilepsi hastalarının araç kullanma kısıtlamasının kaldırılabilceği, bağımsız yaşam düzeylerinin yükseltilebileceği ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin de arttırılabileceği öngörülmektedir (Drazkowski 2007; Coşar 2016).

4.4. EPİLEPSİ VE RUHSAL SORUNLAR

Ruhsal hastalıklarla epilepsi hastalığı arasında eski çağlardan beri bir ilişki olduğu bilinmektedir. M.Ö. 4. yy.'da Hipokrat çoğunlukla melankolik olanların epileptik, epilepsi tanısı alanların ise melankolik olduklarını belirtmiştir. Hastalığın gidişatının bunlardan hangisinin olacağını belirlediğini; eğer hastalık tüm vücutta olursa epilepsi, sadece zihinde olursa melankoli olduğunu bildirmiştir. On dokuzuncu yüzyılın başında Emil Kraepelin epilepsi hastalarında kişilik değişikliği olduğunu ve psikoz olma ihtimallerinin yüksek olduğunu yazmıştır (Duffy 1998; Cankurtaran ve ark. 2004). Epilepsinin nörobiyolojik temelini anlaşılmaya başlanmasıyla, temporal lob yapılarının ve limbik sistemin psikiyatrik belirtilerle ilişkili olduğunun öğrenilmesiyle epilepsiye eşlik eden psikiyatrik hastalıklar daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır (Mendez 2000; Cankurtaran ve ark. 2004).

Anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar epilepsi hastalarında sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardır. Özellikle temporal lob epilepsili hastalarda psikiyatrik komorbiditeye daha sık rastlandığı bildirilmektedir. Ancak epilepsili hastaların

yaklaşık yarısında belirgin anksiyete ve depresyon ortaya çıkmasına karşın, hekimlerin bu hastaların ancak üçte birinde ruhsal sorunlar olduğunu fark etmesi dikkat çekicidir (Barry ve ark. 2001; Bora 2008). Epilepsiye eşlik eden bu bozuklukların tanınması ve tedavi edilmesi, hem hastanın yaşam kalitesinin artırılması hem de epilepsi tedavisinin daha başarılı yürütülmesi açısından çok önemlidir (Bora 2008).

4.4.1.Epilepsi Ve Depresyon

4.4.1.1.Tarihçe

Depresyon ve epilepsi arasındaki ilişkiden ilk defa Hipokrat M.Ö. 5. yy. da söz etmiştir: “Melankolikler genellikle epileptik, epileptikler de genellikle melankolik olurlar. Bu iki durum arasında tercihi belirleyen hastalığın aldığı yöndür; bedeni tutarsa epilepsi, zekayı tutarsa, melankoli ortaya çıkar”. Daha sonra Galen “Epilepsi ve Melankoli” başlıklı bir inceleme yazmıştır. Kraepelin, epilepsi tanısı almış hastalarda nöbetler halinde gelen disforik bozukluğu tanımlamıştır. Morel de Kraepelin gibi, periyodik olarak değişen depresyon ve coşku üzerinde durmuştur. Reynolds, nöbetlerle duygudurum arasındaki ilişkiye değinmiştir (Barry ve ark. 2001; Bora 2008).

4.4.2. İntihar

Epilepsili hastalarının intihar etme olasılıklarının fazla olması nedeniyle bu hastalarda intihar düşüncesi ya da girişimlerinin sorgulanmasının yaşamsal öneme sahip olduğu söylenebilir. Değişik çalışmalarda epilepsili hastaların intihar girişimi ve bu kaynaklı ölüm oranının genel popülasyondan oldukça fazla olduğu bildirilmiştir. Özellikle, epilepsinin yanında depresyonun da olması intihar girişimi riskini en fazla arttıran mental hastalıklardan biri olduğu bildirilmiştir (Hesdorffer ve ark. 2006; Blumer 2008).

Takip ettikleri 10739 hastanın sadece 5'inin intihar sebebiyle öldüğünü tespit eden Blumer ve arkadaşları; bu hastalarda, tamamında erken başlayan ve uzun süreli devamlı olan kompleks parsiyel nöbetler olduğunu, intihar girişiminin nöbetler kontrol altına alındıktan kısa zaman sonra (yaklaşık 13 ay) gerçekleştiğini bildirmiştir (Blumer 2008; Bora 2008).

Epilepsi hastalarındaki intihar girişimlerinin %80-90'ı aşırı miktarda antiepileptik ilaç içerek gerçekleştirilmektedir. Fenobarbital alan hastaların, karbamazepin alan hastalara göre daha fazla intihar fikrine sahip olduklarına rastlanmıştır (Brent ve ar. 1987; Bora 2008).

4.4.3.Epilepsi ve Psikoz

Hipokrat; epilepsiyi hava eksikliğine bağlı olarak beyin etkilenmesi olarak tanımlamış; epilepsiyi beyinle alakalı bir hastalık olarak söyleyen ilk kişi olmuştur. Yine epilepsili kişilerde ortaya çıkan psikotik bulgular, kişilik değişiklikleri ve diğer psikopatolojiler yıllardır tanınmaktadır. Epilepsiye yakalanan kişilerin sosyal damgalanmaya maruz kalmasında, dışlanmasında ya da suçlanmalarında da psikiyatrik belirtilerin rolü olmuştur. Epilepsi ve mental hastalıklar arasındaki bağlantının nedenleri, klinik görünümleri uzun süredir araştırılmaktadır (Bora 2008).

4.5. EPİLEPSİDE SOSYAL YAŞAM

Epilepsi hastalarının diğer sağlıklı bireyler gibi normal yaşam sürmeleri birtakım basit ayrıntılarla mümkündür. Fakat toplumdaki düşük eğitim düzeyi bu kişilerin yaşamını gereksiz yere zorlaştırmaktadır. Bu konuda yapılacak olan bütün girişimler, bu bireylerin normal bir yaşam sürmesine yönelik yani evlenme, meslek ve çocuk sahibi olma, eğitim gibi birtakım sosyal olaylarda uygun şekilde değerlendirilmesi amacıyla yapılmalıdır (Öge ve Baykan 2015).

4.6. EPİLEPSİDE HEMŞİRELİK

1970'li yıllarda İngiltere' de ortaya çıkan özel dal hemşireliği 1973 yılında Doncaster' de özel dal olarak epilepsi hemşireliği uygulamaya koyulmuş, 1990'lı yıllarda teknolojinin ve medikal sektörün gelişmesiyle epilepsi hastalarına bakımda birtakım gelişme sağlanmış ve Epilepsi Özel Dal Hemşireleri Birliği kurulmuştur ((ESNA:Epilepsy Specialist Nursing Association) (Zararsız 2009).

Acil servis ve psikiyatri konsültanları ile disiplinlerarası iletişimle bağlantı kuran epilepsi hemşiresi, hastaların gereksinim duyduğu şeyleri hemşirelik tanı formu ile belirler ve nöbet esnasında nasıl müdahale edilebileceği hususunda eğitim görmeye isteklidir. Epilepsi hemşiresi hastaların tedavi ve bakımını yaparken doktorlar ve hasta yakınlarıyla işbirliği içerisinde olmalıdır (Greenhill ve ark. 2000; Hosking 2004; Zararsız 2009).

Epilepsili hastaların bakımında, hastalıklarına ilişkin farkındalıklarını geliştirmek, tedaviye uyum sağlamalarını ve sağlıklı hayat biçimini yaşamlarına geçirmelerini sağlamak oldukça önemlilik arz etmektedir (Fitzsimons ve ark. 2012; Adadioğlu ve ark. 2016). Bakımda, hastalığın sosyal ve fiziksel etkisi, hastalık belirtisi ve tedavisi ile hayatında meydana gelen değişiklikler de dahil hastanın kendine uyguladığı yönetim stratejisi olarak tanımlama yapılabilir (Smithson ve ark. 2013; Adadioğlu ve ark. 2016). Bu hastaların bakımında ihtiyaçları belirlenip, ihtiyaçları doğrultusunda girişimler tanımlanmalı ve destek stratejisi geliştirilmelidir (Miller ve ark. 2014; Adadioğlu ve ark. 2016).

Sağlık profesyoneli olarak, hastalığı öz yönetimde hasta ile beraber uygulanabilir teknikler belirleyerek, öğretim stratejileri oluşturmak, bu stratejileri düzenli kullanımının önemini vurgulamak, kişinin kendini değerlendirmesini yapabilmesini sağlamak, kendi kendine yetebilmeyi sağlamak, kendini daha güçlü hissetmek için bir takım yol belirleme gibi desteğin yanında çevresel desteği içine alan bir yaklaşımın üzerinde durulmalıdır (Pramuka ve ark. 2007; Adadioğlu ve ark. 2016).

Epilepsi hastalığında uzmanlaşan hemşireler, sosyal ve tıbbi konularda hastaları eğiterek epilepsinin öz yönetiminde önemli bir rol üstlenirler. Bu konuda eğitim alan epilepsi hastalarında, hastalıktan utanma, damgalanma korkusunun azalmasının

yanında tedavi uyumu, tedaviden memnun olmanın da artmasıyla yaşam kaliteleri de artmaya başladığı gibi; ölümden korkma, nöbet nedeni ile gerçekleşebilecek beynin zarar görmesi korkusu ve depresyon bulgularında azalma gerçekleştiği görülmüştür (Fitzsimons ve ark. 2012; Pramuka ve ark. 2007).

Epilepsi hastalığında güvenliğin sağlanması açısından hasta ve yakınlarının eğitim ihtiyacı olan konular şöyledir:

- Nöbete sebep olan etkenleri belirleme ve önleme,
- Hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçlar ve ilaç uygulama standartları,
- Günlük hayatta dikkatli olunması gereken hususlar,
- Acil durumlarda uygulanması gerekenler (Mısırlı 2003).

4.6.1. Hastanın Nöbet Geçirdiği Esnada Yapılması Doğru Olan Uygulamalar

- Sakin olunmalı,
- Bireyin güvenli bölgeye yatırılmalı,
- Kişiye zarar verebilecek sivri veya sert cisimlerden kişinin uzak tutulması, yumuşak bir malzeme ile hasta başı desteklenmeli,
- Bireyin soluk yolu kapalı kalmayacak biçimde yan yatırılıp sekresyonların dışarı akması sağlanmalı, rahat soluması için uygun pozisyona getirilmeli ve başı yana bakacak şekilde yatırılmalı,
- Elbiseleri gevşetilmeli, kullanıyorsa gözlükler çıkarılmalı,
- Nöbet esnasında; süresi, derinin rengi, kasılmaların özelliği, gözlerin aldığı pozisyon, nöbetin kişinin vücudundaki nöbetin etkileri dikkatli gözlenmeli ve doğru kaydedilmeli,
- 10 dakikadan fazla süren nöbetlerde ya da hemen tekrarlayan nöbetlerde en yakın bir sağlık kurumuna başvuru gerekmektedir.
- Ayrıca nöbet sonrası birey yorgun olabileceğinden bu durumda sakın olunup hastanın durumunun düzelmesi beklenmeli ve hastanın güven duyması sağlanmalıdır (Wong 2002; Çavuşoğlu 2004; Goodwin ve ark. 2004; Zararsız 2009).

4.6.2. Hastanın Nöbet Geçirdiği Esnada Yapılması Yanlış Olan Uygulamalar

Nöbet esnasında hastanın çevresindeki kişiler doğru olmayan, hatalı ve yeterli olmayan müdahaleleri sebebiyle hastalar fayda yerine zarar görebilmektedirler. Örnek olarak; nöbet esnasında bireyin çenesini ısrarla açmaya çalışarak çene eklemlerinin çıkmasına sebep olup vücudu yan çevirmemeye bağlı aspirasyon oluşabilmektedir.

Nöbet geçirildiği esnada uygulanması doğru olmayan uygulamalar şöyledir:

- Nöbet geçiren bireyi kendi haline bırakmak,
- Bireyin kasılmalarını engellemeye çalışıp masajla rahatlatmaya çalışmak,
- Dil ısırması olmaması için hastanın ağzını zorla açmaya uğraşmak,
- Kasılma esnasında hastanın ağzına ilaç ya da başka gıdalar koymaya çalışmak,
- Nöbet geçiren bireyin yüzünü suyla yıkamak,
- Hasta bireye birtakım maddeler koklatıp, sarsarak ya da vurarak uyandırmaya çalışmak,
- Kalp masajı yapıp suni solunum uygulamak, nöbet esnasında kesinlikle uygulanmaması gereken davranışlardır (Wong 2002; Çavuşoğlu 2004; Goodwin ve ark. 2004; Zararsız 2009).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, epilepsi tanısı almış hastaların ruhsal sağlıklarının değerlendirilmesi, epilepsi hastalığı hakkındaki tutumlarının değerlendirilmesi ve yaşam kalitesiyle ilişkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, etik kurul onayı ile Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Polikliniği'nde yapıldı.

Şekil 1. Araştırma Zaman Çizelgesi

Yapılan çalışmalar	Tarih								
	Şbt 15	Mrt 15	Mrt 15	Nis 15	Nis 15	Ni 15	Ni 16	Mrt 18	Ni 18
Literatür incelemesi									
Araştırma konusunun belirlenmesi									
Tez önerisinin hazırlanması									
Soru formlarının hazırlanması									
Etik kurul onayının hazırlanması									
Araştırma verilerinin toplanması									
Doğum izni									
Verilerin analizi									
Tez raporunun yazılması									

5.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; 2015 yılında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde Nöroloji polikliniğinde takip edilen epilepsi yakınması olan 320 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü epi-info istatistik paket programı kullanılarak %95 güven aralığında %5 hata payı 1.0 desen etkisiyle minimum 175 hasta olarak belirlenmiştir.

5.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini belirtilen tarihlerde, araştırmaya kabul edilme ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden basit tesadüfi yöntemle seçilmiş 182 hasta oluşturmuştur.

5.4.1. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkeni hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özelliklerdir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; epilepsinin hastalar üzerindeki etkisi, hastaların epilepsi bilgi ve tutumları, hastaların yaşam kaliteleri ve ruhsal sağlıklarıdır.

5.5. Araştırmanın Yaşadığı Zorluklar

Araştırmaya başlanmadan önce Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Polikliniği'nde Epilepsi Polikliniği ayrı olarak yapılmaktayken araştırmaya başlandığında bu poliklinik kapatılıp sadece Nöroloji polikliniği yapıldı. Dolayısıyla hedeflenen evren ve örneklemin belirtildiği tarihlerde yetersiz kalması ve anketlerin planlanan tarihlerden daha geç tamamlanması olmuştur.

5.6. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Okur-yazar olan,
- Görme ve işitme problemi olmayan,
- 18-65 yaş arasında olan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan,

- Soruların tamamını yanıtlayabilecek,
- En az 1 yıldır epilepsi tanısı konmuş olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul edip yazılı onam alınan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

5.7. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

5.7.1. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri, Nisan 2015- Nisan 2016 tarihleri arasında yüzyüze görüşülerek anket yöntemiyle toplandı.

Veri toplamak amacıyla 6 form kullanıldı.

- Epilepsi Hastaları İçin Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1)
- Epilepsinin Etkisi Ölçeği (Ek-2)
- Epilepsi Bilgi Envanteri (Ek-3)
- Epilepsi Tutum Envanteri (Ek- 4)
- Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği) (Ek-5)
- Kısa Semptom Envanteri (Ek-6)

5.7.1.1. Tanıtıcı bilgi formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatürler incelenerek hazırlanmış 32 sorudan oluşan anket formunda; kişisel özellikler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, çalışıyorsa nasıl bir işte çalıştığı, nerede yaşadığı, kimlerle birlikte yaşadığı, aylık geliri, sosyal güvencesi, sosyal güvencesi yoksa sağlık hizmeti alabilmek için ne yaptığı) hastalıkla ilgili özellikler (kronik hastalığı olup olmadığı, ne kadar süredir epilepsi hastası olduğu, yaşamının stresli olup olmadığı, stresli ise nedenleri, hastalığı ile ilgili olarak kimden bilgi aldığı, kontrollerine düzenli olarak gidip gitmediği, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, nöbet geçirip geçirmediği, ne

sıklıkta nöbet geçirdiği, hastalık hakkındaki kaygılarının olup olmadığı, epilepsi hakkındaki duygu ve düşünceleri, hastalığı ile baş etmede destek olan kişilerin varlığı, baş etmede destek olan kişilerin kimler olduğu, günlük aldığı ilaçlar,) yer almaktadır.

5.7.1.2.Epilepsinin etkisi ölçeği

Epilepsinin etkisini ölçmek için Jacoby ve diğ. (1993) tarafından geliştirilen ve 10 sorudan oluşan Epilepsinin Etkisi Ölçeği (Impact of Epilepsy Inventory) uygulanmıştır. Bu ölçek, hem genel hem de epilepsiye spesifik maddeler içermektedir. Tüm maddeler, günlük yaşamın en önemli alanlarını kapsamaktadır. İtemler, eş ya da birlikte olunan partnerle, yakın aile üyeleriyle ve yakın arkadaşlarla ilişkiyi, sosyal yaşam/sosyal aktiviteleri, işi, sağlığı, kişinin kendi hakkındaki duygularını ve gelecekle ilgili hedef ve arzularını kapsamaktadır. Ölçeğin güvenilirliği 0,82 gibi yüksek bir Cronbach alfa değeri göstermektedir. Bu ölçekte yüksek puan, yüksek epilepsi etkisini ifade etmektedir (Aydemir 2008).

5.7.1.3. Epilepsi bilgi envanteri - Epilepsi tutum envanteri

Türk toplumunun epilepsiye dair sahip olduğu bilgi ve tutumu tespit amacıyla 613 yetişkine uygulanarak Aydemir (2008) tarafından geliştirilen, Epilepsi Bilgi ve Epilepsi Tutum Ölçekleri kullanılmıştır. Bilgi ölçeğindeki maddeler, epilepsinin nedenlerini, tedavi yöntemlerini, nöbeti tetikleyen sebepleri, epilepsinin yarattığı sosyal kısıtlamaları ve uygun nöbet müdahalesini kapsamaktadır. Tutum ölçeğindeki maddeler de, epilepsiye ve epilepsi hastası olan bireylere yönelik katılımcıların sahip oldukları olumlu ya da olumsuz tutumu ve bunun derecesini tespit etmek amacıyla oluşturulmuştur.

Bilgi ölçeği 16 (Ek 3), tutum ölçeği (Ek 4) ise 14 maddeden oluşmaktadır. Bilgi ölçeği için yapılan faktör analizi, bilgiyi açıklayan üç ayrı faktör olduğunu ve bunların da toplam varyansın %35,7'sini açıkladığını ortaya koymuştur. 1. Faktör: 39pilepsy hastalarının bilişsel-davranışsal özelliklerine dair bilgi; 2. Faktör: epilepsinin nedenlerine, tedavisine, 39pilepsy39 sendromlara dair bilgi ve 3. Faktör: nöbete dair semptomlara ve uygun nöbet müdahalesine dair bilgi olarak adlandırılmıştır. Bilgi ölçeğinin güvenilirlik değeri olarak Kuder-Richardson-20 Katsayısı: 0,72 olarak

bulunmuştur. Tutum ölçeği için ise, faktör analizi tüm varyansın %46,3'ünü açıklayan iki faktör olduğunu göstermiştir.

Bunlardan birincisi: kişisel korku, sosyal kaçınma ve stigma; ikincisi ise: 40pilepsy hastalarına dair olumlu tutum, olarak isimlendirilmiştir. Tutum ölçeğinin güvenilirliği $\alpha=0,84$ olarak bulunmuştur (Aydemir 2008).

5.7.1.4. Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)

SF-36 genel sağlık ölçekleri içerisinde en yaygın kullanılanıdır. Genel amaçlı (jenerik) ve geniş açılı ölçüm sağlayan, ilk kez 1988'de Ware tarafından geliştirilmiş, ardından 1990'da "40pilepsy" formu oluşturulmuş bir ölçektir. Bu ölçek ABD'deki Sağlık Sigortası Çalışmaları Deneyi / Tıbbi Sonuçlar Çalışması (Health Quality-Adjusted Time Without Symptoms or Toxicity HIS / MOS)'nda kullanılmak üzere düşünülmüştür, bu nedenle ilk yayınlanan kaynak da dahil olmak üzere pek çok kaynakta bu kısaltmalar ölçeğin adına eklenmiş olarak görülmektedir. SF-36 yaşam kalitesini değerlendirmede çok sık kullanılan bir ölçüttür. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içermektedir. Klinik araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, duygusal rol kısıtlaması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere sekiz alt boyutun ölçümünü sağlayan 36 soru içermektedir.1) Fiziksel işlevler (Fİ); 2) fiziksel sağlık problemlerinden kaynaklanan rol kısıtlanmaları (FK); 3) Vücut ağrısı (VA); 4) sosyal işlevler (Sİ); 5) genel ruh sağlığı (psikolojik sıkıntı ve psikolojik iyilik hali); (RS) 6) Duygusal sıkıntılardan kaynaklanan rol kısıtlanmaları (DK); 7) Canlılık (enerjik olma/ yorgun olma) (CA) ve 8) Genel sağlık algısı (SA). Ölçekten alınabilecek puanlar 0-100 arasında olup, yüksek puan daha iyi bir SİYK'yı temsil etmektedir.

SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0,7324-0,7612 arasında değerler elde edilmiştir. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklerle bulunanlara göre daha düşük

düzeyde elde edilmiştir. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda, SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilir olduğu 41pile edilmiştir (Yıldız 2013).

5.7.1.5. Kısa Semptom Envanteri

KSE, 53 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Maddeler “hiç” ve “çok fazla” ifadelerine karşılık gelen 0- 4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Dokuz alt ölçek, üç global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalinde yer alan alt ölçekler, “somatizasyon”, “obsesif-kompulsif bozukluk”, “kişilerarası duyarlılık”, “depresyon”, “anksiyete”, “hostilite”, “fobik anksiyete”, “paranoid düşünceler” ve “psikotizm” dir. Global indeksler ise “rahatsızlık ciddiyeti indeksi”, “belirti toplamı” ve “semptom rahatsızlık indeksi” olarak adlandırılmaktadır.

Ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği ile ilgili yapılmış pek çok araştırma mevcuttur. Derogatis (1992), 719 psikiyatrik hasta üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada, dokuz alt ölçek için iç tutarlılık katsayılarının 0,71 (psikotizm) ile 0,85 (depresyon) arasında değiştiğini belirtmektedir. Ayrıca 60 normal yetişkin üzerinde iki hafta ara ile yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayıları, $r=0,68$ (somatizasyon) ve $r = 0,91$ (fobik anksiyete) arasında değişmektedir. Üç global rahatsızlık ölçeğinde ise bu katsayıların $r= 0,90$ (GSI), $r= 0,87$ (PSDI) ve $r= 0,80$ (PST) oldukları görülmüştür. KSE'nin ölçüt bağıntılı geçerliği için çok sayıda çalışma yapılmış ve bu çalışmalar sonucunda KSE ile MMPI klinik ölçekleri, MMPI içerik ölçekleri ve küme ölçekleri arasındaki korelasyonların 0,30'un üzerinde bulunduğu; bu korelasyonların da SCL-90'dan elde edilen korelasyonlar ile bazı ölçeklerde tümüyle özdeş, diğerlerinde ise çok yakın olduğu belirtilmektedir.

KSE'nin Türkiye uyarlaması üç ayrı çalışma ile Şahin ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar sonucunda ölçeğin “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “hostilite” adı verilen beş faktörden oluştuğu bildirilmekte ve geçerlik güvenilirlik bilgilerine ayrıntılı bir biçimde yer verilmektedir. (Şahin ve ark. 2002, Demirel ve ark. 2011).

5.7.2. Verilerin Toplanması

Hazırlanan anket formu, belirtilen tarihler arasında epilepsili hastalarla yüzyüze görüşülerek dolduruldu.

5.7.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 21.0 programı kullanılmıştır. Epilepsi hastalarının demografik bilgileri frekans ve yüzde analizi olarak sunulmuştur. Ölçek puanlarının normallik sınavında Çarpıklık (Skewness) katsayısı kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (Skewness) ± 1 sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir (Büyüköztürk, 2011:40). Normallik sınavında ölçek ve alt ölçek puanları normal dağılım gösterdiğinden puanların iki gruplu demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testinden; ikiden fazla gruplu demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında ANOVA testinden yararlanılmıştır. ANOVA testinde anlamlı farklılık görüldüğünde farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Scheffe post hoc testinden yararlanılmıştır. Epilepsi etkisi, bilgi ve tutum puanları ile yaşam kalitesi boyutları ve psikolojik belirtiler arası ilişki analizi için Pearson korelasyon tekniğinden yararlanılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 ($p < 0,05$) olarak belirlenmiştir.

Epilepsinin etkisi ölçeğinde tüm puanlar ters kodlanmıştır. Böylece ölçekten alınan yüksek puan (en düşük 14, en yüksek 42 puan) epilepsinin olumsuz etkisinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Epilepsi bilgi envanterinde doğru seçenekler 1; diğer seçenekler 0 olarak kodlanmıştır. Böylece ölçekten alınan yüksek puan (en düşük 0, en yüksek 16 puan) epilepsi bilgisinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Epilepsi tutum envanterinde olumlu ifadeler ters kodlanmıştır. Böylece ölçekten alınan yüksek puan (en düşük 14, en yüksek 70 puan) epilepsi tutumunun yüksek düzeyde olumlu olduğunu ifade etmektedir.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Polikliniği' nde toplandı. Bu nedenle araştırmanın sonuçları Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Polikliniği' ne başvuran katılımcılar ile sınırlıdır. Ayrıca araştırmanın verileri ;

- Epilepsinin Etkisi Ölçeği
- Epilepsi Bilgi Envanteri
- Epilepsi Tutum Envanteri
- Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)
- Kısa Semptom Envanteri' nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

5.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu 13.04.2015 tarih 164 sayılı (EK- 8), Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği 13.04. 2015 tarih ve 61804347-100/2560 sayılı (EK-10) ve Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı'ndan (EK-11) yazılı izinler alındı. Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçek geliştiricileri tarafından ölçeklerin kullanımıyla ilgili izinler alındı (EK-12,13,14). Ayrıca katılımcılardan da bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alındı (EK-7).

6. BULGULAR

6.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	100	54,9
	Erkek	82	45,1
Yaş (36,39±13,44)	30 yaş ve altı	74	40,7
	31-40 yaş	39	21,4
	41-50 yaş	35	19,2
	51 yaş ve üzeri	34	18,7
Öğrenim düzeyi	İlkokul	45	24,7
	Ortaokul	20	11,0
	Lise	76	41,8
	Üniversite	41	22,5
Medeni durum	Evli	90	49,5
	Bekar	92	50,5
Çalışma durumu	Evet	85	46,7
	Hayır	97	53,3
Yaşadığı yer	Büyükşehir	82	45,1
	Şehir	29	15,9
	İlçe/kasaba	49	26,9
	Köy	22	12,1
Epilepsi dışında hastalık	Evet	64	35,2
	Hayır	118	64,8

Yaşamı stresli algılama	Evet	154	84,6
	Hayır	28	15,4
Kontrollere düzenli gitme	Evet	125	68,7
	Hayır	57	31,3
Hastalık ile baş etmede destek olan	Var	152	83,5
	Yok	30	16,5
TOPLAM		182	100

Çalışmaya katılan 182 epilepsi hastasının %54,9'u kadın, %45,1'i erkektir. Katılımcıların %40,7'si 30 yaş ve altı, %21,4'ü 31-40 yaş, %19,2'si 41-50 yaş aralığında, %18,7'si 51 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %24,7'si ilkokul, %11'i ortaokul, %41,8'i lise, %22,5'i üniversite düzeyinde öğrenim görmüştür. Katılımcıların %49,5'i evli, %50,5'i bekdir. Katılımcıların %46,7'si herhangi bir işte çalışmaktadır. Katılımcıların %45,1'i büyükşehirde, %15,9'u şehirde, %26,9'u ilçe/kasabada, %12,1'i köyde yaşamaktadır. Katılımcıların %35,2'sinin epilepsi dışında hastalığı vardır. Katılımcıların %84,6'sı yaşamını stresli bulmaktadır. Katılımcıların %68,7'si kontrollere düzenli olarak gitmektedir. Katılımcıların %83,5'i hastalık ile baş etmede destek almaktadır.

6.2. Ölçek Ve Alt Boyutların İstatistiksel Değerlendirilmesi

Tablo 2. Ölçek ve Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler

Alt Boyutlar	\bar{X}	SS	Skewness
Epilepsinin Etkisi	22,03	7,26	-0,27
Epilepsi Bilgi	11,42	3,70	-0,93
Epilepsi Tutum	48,66	13,13	-0,88
Fiziksel Fonksiyon	87,83	23,79	-0,75
Fiziksel Rol Güçlüğü	60,03	44,97	-0,43
Emosyonel Rol Güçlüğü	49,54	45,35	0,00
Vitalite	52,88	14,06	-0,20
Mental Sağlık	56,66	13,13	-0,05
Sosyal Fonksiyon	66,69	21,76	-0,38
Ağrı	81,80	21,78	-1,00
Genel Sağlık Algısı	43,04	21,43	-0,18
Somatizasyon	0,91	0,81	1,28
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,42	0,96	0,31
Kişilerarası Duyarsızlık	1,17	1,01	0,68
Depresyon	1,22	1,01	0,57
Anksiyete	1,09	0,90	0,76
Hostilite	1,01	0,89	0,82
Fobik Anksiyete	0,83	0,82	1,12
Paranoid Düşünce	1,25	1,03	0,57
Psikotizm	0,91	0,88	0,94

Katılımcıların epilepsinin etkisi ölçek puanı $22,03 \pm 7,26$ olarak hesaplanmıştır. Alınabilecek en düşük (10) ve en yüksek (42) puanlara göre epilepsi hastalarına göre epilepsinin etkisi “biraz – çok az” düzeyindedir.

Katılımcıların epilepsi bilgisi ölçek puanı $11,42 \pm 3,70$ olarak hesaplanmıştır. Alınabilecek en düşük (0) ve en yüksek (16) puanlara göre epilepsi hastalarının bilgi düzeyinin “yüksek” düzeyde olduğu söylenebilir.

Katılımcıların epilepsi tutum ölçek puanı $48,66 \pm 13,13$ olarak hesaplanmıştır. Alınabilecek en düşük (14) ve en yüksek (70) puanlara göre epilepsi hastalarının epilepsi tutumunun olumsuz olduğu söylenebilir (yüksek puan olumlu tutumu ifade etmektedir).

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğinde fiziksel fonksiyon ($87,83 \pm 23,79$), ağrı ($81,80 \pm 21,78$), sosyal fonksiyon ($66,69 \pm 21,76$), fiziksel rol güçlüğü ($60,03 \pm 44,97$) boyut puanları yüksek, mental sağlık ($56,66 \pm 13,13$), vitalite ($52,88 \pm 14,06$), emosyonel rol güçlüğü ($49,54 \pm 45,35$) alt boyutlarından aldıkları puanlar düşük; genel sağlık algısı ($43,04 \pm 21,43$) alt boyutlarından aldıkları puanlar oldukça düşük düzeyde tespit edildi. Elde edilen puanlara göre epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin genel olarak düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

Katılımcıların kısa semptom envanterinde en yüksek puanları obsesif kompulsif bozukluk ($1,42 \pm 0,96$), paranoid düşünce ($1,25 \pm 1,03$) ve depresyon ($1,22 \pm 1,01$) alt boyutlarından aldıkları ancak tüm boyutların puanlarının oldukça düşük olduğu görüldüğünden elde edilen puanlara göre epilepsi hastalarının olumsuz duygu durumlarının çok düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

6.3. Epilepsi Envanterinin Klinik Özelliklerine Göre Puan Dağılımı

Tablo 3. Epilepsi Envanteri Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Çalışma Durumu	n	\bar{X}	SS	t	p
Epilepsinin Etkisi	Çalışıyor	85	22,21	7,82	0,31	0,757
	Çalışmıyor	97	21,88	6,78		
Epilepsi Bilgi	Çalışıyor	84	11,64	3,00	0,73	0,464
	Çalışmıyor	97	11,24	4,23		
Epilepsi Tutum	Çalışıyor	84	51,93	11,45	3,19	0,002
	Çalışmıyor	97	45,84	13,86		

Epilepsinin etkisi ve epilepsi bilgisi puanlarının çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Epilepsi tutum puanlarının çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi ($t=3,19$; $p<0,05$). Çalışan epilepsi hastalarının epilepsi tutumu, çalışmayan epilepsi hastalarının tutumundan anlamlı düzeyde daha olumludur.

Tablo 4. Epilepsi Envanteri Puanlarının Epilepsi Dışında Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Epilepsi Dışında Hastalık	n	\bar{X}	SS	t	p
Epilepsinin Etkisi	Evet	64	22,52	6,85	0,66	0,511
	Hayır	118	21,77	7,49		
Epilepsi Bilgi	Evet	64	10,52	4,70	-2,48	0,014
	Hayır	117	11,92	2,93		
Epilepsi Tutum	Evet	64	48,36	11,69	-0,23	0,819
	Hayır	117	48,83	13,89		

Epilepsinin etkisi ve epilepsi tutum puanlarının epilepsi dışında hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Epilepsi bilgisi puanlarının epilepsi dışında hastalık durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi ($t=-2,48$; $p<0,05$). Epilepsi dışında hastalığı olmayan epilepsi hastalarının epilepsi bilgisi, epilepsi dışında hastalığı olan epilepsi hastalarının bilgisinden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 5. Epilepsi Envanteri Puanlarının Yaşamı Stresli Algılama Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Yaşamı Stresli Algılama	n	\bar{X}	SS	t	p
Epilepsinin Etkisi	Evet	154	22,50	7,31	2,05	0,042
	Hayır	28	19,46	6,57		
Epilepsi Bilgi	Evet	153	11,69	3,73	2,24	0,026
	Hayır	28	10,00	3,28		
Epilepsi Tutum	Evet	153	48,24	13,66	-1,01	0,314
	Hayır	28	50,96	9,56		

Epilepsinin etkisi ($t=2,05$; $p<0,05$) ve epilepsi bilgi ($t=2,24$; $p<0,05$) puanlarının yaşamı stresli algılama durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Yaşamı stresli algılayan epilepsi hastalarının epilepsinin etkisi ve epilepsi bilgisi puanları, yaşamı stresli algılamayan epilepsi hastalarının puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Epilepsi tutum puanlarının yaşamı stresli algılama durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 6. Epilepsi Envanteri Puanlarının Kontrollere Düzenli Gitme Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Kontrollere Düzenli Gitme	n	\bar{X}	SS	t	p
Epilepsinin Etkisi	Evet	125	21,30	7,12	-2,04	0,042
	Hayır	57	23,65	7,38		
Epilepsi Bilgi	Evet	124	11,34	2,81	-0,46	0,644
	Hayır	57	11,61	5,17		
Epilepsi Tutum	Evet	124	51,20	11,14	3,99	0,000
	Hayır	57	43,14	15,35		

Epilepsinin etkisi ($t=-2,04$; $p<0,05$) ve epilepsi tutum ($t=3,99$; $p<0,05$) puanlarının kontrollere düzenli gitme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Kontrollere düzenli gitmeyen epilepsi hastalarının epilepsinin etkisi puanları, kontrollere düzenli giden epilepsi hastalarının puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Kontrollere düzenli giden epilepsi hastalarının epilepsi tutumu, kontrollere düzenli gitmeyen epilepsi hastalarının tutumundan anlamlı düzeyde daha olumludur.

Epilepsi bilgi puanlarının kontrollere düzenli gitme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 7. Epilepsi Envanteri Puanlarının Hastalıkla Mücadelede Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Destek Alma	n	\bar{X}	SS	t	p
Epilepsinin Etkisi	Evet	152	21,84	7,01	-0,82	0,411
	Hayır	30	23,03	8,50		
Epilepsi Bilgi	Evet	151	11,62	3,22	1,61	0,109
	Hayır	30	10,43	5,52		
Epilepsi Tutum	Evet	151	49,77	12,23	2,60	0,010
	Hayır	30	43,07	16,03		

Epilepsi tutum puanlarının hastalıkla mücadelede destek alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi ($t=2,60$; $p<0,05$). Hastalıkla mücadelede destek alan epilepsi hastalarının epilepsi tutumu, hastalıkla mücadelede destek almayan epilepsi hastalarının tutumundan anlamlı düzeyde daha olumludur.

Epilepsi etkisi ve epilepsi bilgi puanlarının hastalıkla mücadelede destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 8. Epilepsi Envanteri Puanlarının Nöbet Sıklığına Göre Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyut	Nöbet Sıklığı	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı
							Fark
Epilepsinin Etkisi	A-Yılda bir	76	20,39	6,33	8,19	0,000	D>A
	B-Ayda bir	28	24,61	6,96			
	C-Haftada bir	30	24,50	8,48			
	D-Her gün	11	29,82	5,02			
Epilepsi Bilgi	A-Yılda bir	76	11,61	3,68	0,60	0,619	
	B-Ayda bir	28	12,25	3,86			
	C-Haftada bir	30	10,90	4,46			
	D-Her gün	11	11,91	4,28			
Epilepsi Tutum	A-Yılda bir	76	51,68	12,69	5,55	0,001	A>C
	B-Ayda bir	28	43,54	15,73			
	C-Haftada bir	30	41,30	11,82			
	D-Her gün	11	46,00	14,72			

Epilepsinin bilgisi puanlarının nöbet sıklığına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Epilepsinin etkisi puanlarının nöbet sıklığına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi ($F=8,19$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Scheffe post hoc testi sonuçlarına göre her gün nöbet geçiren epilepsi hastalarının epilepsinin etkisi puanı, yılda bir nöbet geçiren epilepsi hastalarının puanlarından anlamlı düzeyde daha olumludur.

Epilepsi tutum puanlarının nöbet sıklığına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi ($F=5,55$; $p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Scheffe post hoc testi sonuçlarına göre yılda bir nöbet geçiren epilepsi hastalarının epilepsi tutum puanı, haftada bir nöbet geçiren epilepsi hastalarının puanlarından anlamlı düzeyde daha olumludur.

6.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği' nin Klinik Özelliklerine Göre Puan Dağılımı

Tablo 9. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Çalışma Durumu	n	\bar{X}	SS	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Çalışıyor	85	94,94	12,71	4,45	0,000
	Çalışmıyor	97	81,60	29,01		
Fiziksel Güçlüğü	Çalışıyor	85	67,06	41,05	1,99	0,048
	Çalışmıyor	97	53,87	47,51		
Emosyonel Güçlüğü	Çalışıyor	85	57,25	45,02	2,18	0,031
	Çalışmıyor	96	42,71	44,77		
Vitalite	Çalışıyor	85	54,94	9,86	1,86	0,064
	Çalışmıyor	97	51,08	16,74		
Mental Sağlık	Çalışıyor	85	58,45	9,40	1,73	0,086
	Çalışmıyor	97	55,09	15,57		
Sosyal Fonksiyon	Çalışıyor	85	70,88	20,63	2,47	0,015
	Çalışmıyor	97	63,02	22,16		
Ağrı	Çalışıyor	85	83,79	20,50	1,16	0,248
	Çalışmıyor	97	80,05	22,80		
Genel Sağlık Algısı	Çalışıyor	85	47,76	19,96	2,83	0,005
	Çalışmıyor	97	38,92	21,93		

Fiziksel fonksiyon ($t=4,45$; $p<0,05$), fiziksel rol güçlüğü ($t=1,99$; $p<0,05$), emosyonel rol güçlüğü ($t=2,18$; $p<0,05$), sosyal fonksiyon ($t=2,47$; $p<0,05$), genel sağlık algısı ($t=2,83$; $p<0,05$) puanlarının çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Çalışan epilepsi hastalarının fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve genel sağlık algısı puanları, çalışmayan epilepsi hastalarının puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Yaşam kalitesi ölçeğinin diğer boyutlarına ait puanların çalışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 10. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Epilepsi Dışında Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Epilepsi Dışında Hastalık	n	\bar{X}	SS	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Evet	64	75,31	32,65	-5,66	0,000
	Hayır	118	94,62	13,01		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	64	39,06	43,84	-4,92	0,000
	Hayır	118	71,40	41,51		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	64	30,73	41,28	-4,33	0,000
	Hayır	117	59,83	44,32		
Vitalite	Evet	64	49,53	14,30	-2,40	0,017
	Hayır	118	54,70	13,64		
Mental Sağlık	Evet	64	54,94	12,91	-1,31	0,194
	Hayır	118	57,59	13,21		
Sosyal Fonksiyon	Evet	64	58,79	21,33	-3,73	0,000
	Hayır	118	70,97	20,86		
Ağrı	Evet	64	67,97	25,48	-7,12	0,000
	Hayır	118	89,30	14,92		
Genel Sağlık Algısı	Evet	64	32,97	20,39	-4,97	0,000
	Hayır	118	48,52	20,04		

Fiziksel fonksiyon ($t=-5,66$; $p<0,05$), fiziksel rol güçlüğü ($t=-4,92$; $p<0,05$), emosyonel rol güçlüğü ($t=-4,33$; $p<0,05$), vitalite ($t=2,40$; $p<0,05$), sosyal fonksiyon ($t=-3,73$; $p<0,05$), ağrı ($t=-7,12$; $p<0,05$) ve genel sağlık algısı ($t=-4,97$; $p<0,05$) puanlarının epilepsi dışında hastalık durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Epilepsi dışında hastalığı olmayan epilepsi hastalarının fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık algısı puanları, epilepsi dışında hastalığı olan epilepsi hastalarının puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Mental sağlık boyutuna ait puanların epilepsi dışında hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 11. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Yaşamı Stresli Algılama Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Yaşamı Stresli Algılama	n	\bar{X}	SS	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Evet	154	86,98	24,20	-1,13	0,260
	Hayır	28	92,50	21,15		
Fiziksel Güçlüğü	Evet	154	57,47	45,02	-1,81	0,072
	Hayır	28	74,11	42,75		
Emosyonel Güçlüğü	Evet	154	47,84	45,08	-1,21	0,228
	Hayır	27	59,26	46,53		
Vitalite	Evet	154	50,49	13,16	-5,88	0,000
	Hayır	28	66,07	11,41		
Mental Sağlık	Evet	154	55,43	11,74	-3,03	0,003
	Hayır	28	63,43	17,88		
Sosyal Fonksiyon	Evet	154	65,91	21,11	-1,14	0,258
	Hayır	28	70,98	25,01		
Ağrı	Evet	154	79,76	22,04	-3,03	0,003
	Hayır	28	93,04	16,46		
Genel Sağlık Algısı	Evet	154	40,68	21,24	-3,61	0,000
	Hayır	28	56,07	17,81		

Vitalite ($t=-5,88$; $p<0,05$), mental sağlık ($t=-3,03$; $p<0,05$), ağrı ($t=-3,03$; $p<0,05$) ve genel sağlık algısı ($t=-3,61$; $p<0,05$) puanlarının yaşamı stresli algılama durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Yaşamı stresli algılamayan epilepsi hastalarının vitalite, mental sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı puanları, yaşamı stresli algılayan epilepsi hastalarının puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Yaşam kalitesi ölçeğine ait diğer alt boyut puanlarının yaşamı stresli algılama durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 12. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Kontrollere Düzenli Gitme Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Kontrollere Düzenli Gitme	n	\bar{X}	SS	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Evet	125	92,32	17,57	3,92	0,000
	Hayır	57	77,98	31,65		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	125	67,80	42,22	3,56	0,000
	Hayır	57	42,98	46,47		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	124	55,11	44,59	2,47	0,014
	Hayır	57	37,43	45,02		
Vitalite	Evet	125	55,32	14,59	3,57	0,000
	Hayır	57	47,54	11,19		
Mental Sağlık	Evet	125	58,30	14,04	2,54	0,012
	Hayır	57	53,05	10,07		
Sosyal Fonksiyon	Evet	125	70,00	21,30	3,11	0,002
	Hayır	57	59,43	21,17		
Ağrı	Evet	125	86,84	19,13	4,91	0,000
	Hayır	57	70,75	23,28		
Genel Sağlık Algısı	Evet	125	48,64	19,05	5,64	0,000
	Hayır	57	30,79	21,42		

Fiziksel fonksiyon ($t=3,92$; $p<0,05$), fiziksel rol güçlüğü ($t=3,56$; $p<0,05$), emosyonel rol güçlüğü ($t=2,47$; $p<0,05$), vitalite ($t=3,57$; $p<0,05$), mental sağlık ($t=2,54$; $p<0,05$), sosyal fonksiyon ($t=3,11$; $p<0,05$), ağrı ($t=4,91$; $p<0,05$) ve genel sağlık algısı ($t=5,64$; $p<0,05$) puanlarının kontrollere düzenli gitme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Kontrollere düzenli giden epilepsi hastalarının yaşam kalitesi puanları, kontrollere düzenli gitmeyen epilepsi hastalarının puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 13. Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Hastalıkla Mücadelede Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Destek Alma	n	\bar{X}	SS	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Evet	152	91,12	17,91	4,41	0,000
	Hayır	30	71,17	38,97		
Fiziksel Güçlüğü	Evet	152	62,99	44,01	2,02	0,045
	Hayır	30	45,00	47,52		
Emosyonel Güçlüğü	Evet	151	51,43	44,84	1,26	0,208
	Hayır	30	40,00	47,46		
Vitalite	Evet	152	54,38	14,11	3,31	0,001
	Hayır	30	45,33	11,21		
Mental Sağlık	Evet	152	57,50	13,25	1,96	0,052
	Hayır	30	52,40	11,85		
Sosyal Fonksiyon	Evet	152	67,93	21,13	1,74	0,084
	Hayır	30	60,42	24,14		
Ağrı	Evet	152	84,01	20,60	3,16	0,002
	Hayır	30	70,58	24,39		
Genel Sağlık Algısı	Evet	152	45,89	20,10	4,20	0,000
	Hayır	30	28,67	22,55		

Fiziksel fonksiyon ($t=4,41$; $p<0,05$), fiziksel rol güçlüğü ($t=2,02$; $p<0,05$), vitalite ($t=3,31$; $p<0,05$), ağrı ($t=3,16$; $p<0,05$) ve genel sağlık algısı ($t=4,20$; $p<0,05$) puanlarının hastalıkla mücadelede destek alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Hastalıkla mücadelede destek alan epilepsi hastalarının fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, ağrı ve genel sağlık algısı puanları, hastalıkla mücadelede destek almayan epilepsi hastalarının puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Yaşam kalitesi ölçeğine ait diğer alt boyut puanlarının hastalıkla mücadelede destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 14. Yaşam Kalitesi Puanlarının Nöbet Sıklığına Göre Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyut	Nöbet Sıklığı	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı
							Fark
Fiziksel Fonksiyon	A-Yılda bir	76	90,53	22,78	1,03	0,380	
	B-Ayda bir	28	83,75	28,37			
	C-Haftada bir	30	84,17	27,17			
	D-Her gün	11	80,00	31,14			
Fiziksel Rol Güçlüğü	A-Yılda bir	76	64,14	45,70	1,59	0,195	
	B-Ayda bir	28	48,21	42,99			
	C-Haftada bir	30	45,83	46,92			
	D-Her gün	11	59,09	45,10			
Emosyonel Rol Güçlüğü	A-Yılda bir	76	58,33	45,26	2,42	0,069	
	B-Ayda bir	28	42,86	45,23			
	C-Haftada bir	30	38,89	44,71			
	D-Her gün	11	30,30	40,70			
Vitalite	A-Yılda bir	76	53,88	9,99	3,47	0,018	A>D
	B-Ayda bir	28	50,71	13,59			
	C-Haftada bir	30	47,83	12,71			
	D-Her gün	11	44,09	15,62			
Mental Sağlık	A-Yılda bir	76	58,16	9,34	4,27	0,006	A>D
	B-Ayda bir	28	52,71	13,25			
	C-Haftada bir	30	53,07	11,21			
	D-Her gün	11	48,73	9,26			
Sosyal Fonksiyon	A-Yılda bir	76	69,74	19,07	3,85	0,012	A>D
	B-Ayda bir	28	63,39	21,50			
	C-Haftada bir	30	59,17	22,96			
	D-Her gün	11	51,14	21,98			
Ağrı	A-Yılda bir	76	81,38	22,68	0,36	0,781	
	B-Ayda bir	28	79,29	21,86			
	C-Haftada bir	30	76,42	23,50			
	D-Her gün	11	81,14	22,48			
Genel Sağlık Algısı	A-Yılda bir	76	45,79	18,67	3,86	0,011	A>D
	B-Ayda bir	28	37,68	23,35			
	C-Haftada bir	30	31,67	22,68			
	D-Her gün	11	35,45	21,62			

Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve ağrı puanlarının nöbet sıklığına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Vitalite ($F=3,47$; $p<0,05$), mental sağlık ($F=4,27$; $p<0,05$), sosyal fonksiyon ($F=3,86$; $p<0,05$) ve genel sağlık algısı ($F=3,86$; $p<0,05$), puanlarının nöbet sıklığına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Scheffe post hoc testi sonuçlarına göre yılda bir nöbet geçiren epilepsi hastalarının vitalite, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve genel sağlık algısı puanları, her gün nöbet geçiren epilepsi hastalarının puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.



6.5. Kısa Semptom Envanteri'nin Klinik Özelliklerine Göre Puan Dağılımı

Tablo 15. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Çalışma Durumu	n	\bar{X}	SS	t	p
Somatizasyon	Çalışıyor	85	0,72	0,73	-2,98	0,003
	Çalışmıyor	97	1,07	0,84		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Çalışıyor	85	1,21	0,97	-2,80	0,006
	Çalışmıyor	97	1,60	0,91		
Kişilerarası Duyarsızlık	Çalışıyor	85	0,91	0,91	-3,33	0,001
	Çalışmıyor	97	1,40	1,05		
Depresyon	Çalışıyor	85	0,92	0,92	-3,94	0,000
	Çalışmıyor	97	1,48	1,00		
Anksiyete	Çalışıyor	85	0,84	0,79	-3,58	0,000
	Çalışmıyor	97	1,30	0,93		
Hostilite	Çalışıyor	85	0,84	0,74	-2,47	0,014
	Çalışmıyor	97	1,16	0,98		
Fobik Anksiyete	Çalışıyor	85	0,66	0,72	-2,64	0,009
	Çalışmıyor	97	0,97	0,88		
Paranoid Düşünce	Çalışıyor	85	1,02	0,95	-2,82	0,005
	Çalışmıyor	97	1,45	1,06		
Psikotizm	Çalışıyor	85	0,69	0,80	-3,22	0,002
	Çalışmıyor	97	1,10	0,90		

Somatizasyon ($t=-2,98$; $p<0,05$), obsesif kompulsif bozukluk ($t=-2,80$; $p<0,05$), kişilerarası duyarsızlık ($t=-3,33$; $p<0,05$), depresyon ($t=-3,94$; $p<0,05$), anksiyete ($t=-3,58$; $p<0,05$), hostilite ($t=-2,47$; $p<0,05$), fobik anksiyete ($t=-2,64$; $p<0,05$), paranoid düşünce ($t=-2,82$; $p<0,05$), psikotizm ($t=-3,22$; $p<0,05$) puanlarının çalışma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Çalışmayan epilepsi hastalarının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarsızlık, depresyon,

anksiyete, hostilite, fobik, anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm puanları, çalışan epilepsi hastalarının puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 16. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Epilepsi Dışında Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Epilepsi Dışında Hastalık		n	\bar{X}	SS	t	p
	Evet	Hayır					
Somatizasyon	Evet		64	1,05	0,76	1,75	0,081
	Hayır		118	0,83	0,83		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet		64	1,59	0,86	1,80	0,074
	Hayır		118	1,33	1,00		
Kişilerarası Duyarsızlık	Evet		64	1,30	1,02	1,31	0,193
	Hayır		118	1,10	1,01		
Depresyon	Evet		64	1,38	0,95	1,64	0,103
	Hayır		118	1,13	1,03		
Anksiyete	Evet		64	1,14	0,80	0,52	0,607
	Hayır		118	1,06	0,95		
Hostilite	Evet		64	0,99	0,76	-0,28	0,782
	Hayır		118	1,03	0,96		
Fobik Anksiyete	Evet		64	0,77	0,75	-0,68	0,494
	Hayır		118	0,86	0,86		
Paranoid Düşünce	Evet		64	1,25	1,03	0,05	0,961
	Hayır		118	1,25	1,03		
Psikotizm	Evet		64	0,93	0,83	0,25	0,801
	Hayır		118	0,90	0,90		

Kısa semptom envanteri puanlarının epilepsi dışında hastalık durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 17. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Yaşamı Stresli Algılama Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Yaşamı Stresli Algılama	n	\bar{X}	SS	t	p
Somatizasyon	Evet	154	0,97	0,82	2,29	0,023
	Hayır	28	0,59	0,66		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	154	1,48	0,97	1,98	0,049
	Hayır	28	1,09	0,81		
Kişilerarası Duyarsızlık	Evet	154	1,26	1,03	2,85	0,005
	Hayır	28	0,68	0,80		
Depresyon	Evet	154	1,31	1,01	2,87	0,005
	Hayır	28	0,73	0,86		
Anksiyete	Evet	154	1,16	0,91	2,40	0,017
	Hayır	28	0,72	0,74		
Hostilite	Evet	154	1,05	0,90	1,42	0,156
	Hayır	28	0,79	0,84		
Fobik Anksiyete	Evet	154	0,88	0,85	2,10	0,038
	Hayır	28	0,53	0,56		
Paranoid Düşünce	Evet	154	1,32	1,02	2,38	0,018
	Hayır	28	0,83	1,00		
Psikotizm	Evet	154	0,97	0,89	2,29	0,023
	Hayır	28	0,56	0,72		

Somatizasyon ($t=2,29$; $p<0,05$), obsesif kompulsif bozukluk ($t=1,98$; $p<0,05$), kişilerarası duyarsızlık ($t=2,85$; $p<0,05$), depresyon ($t=2,87$; $p<0,05$), anksiyete ($t=2,40$; $p<0,05$), fobik anksiyete ($t=2,10$; $p<0,05$), paranoid düşünce ($t=2,38$; $p<0,05$), psikotizm ($t=2,29$; $p<0,05$) puanlarının yaşamı stresli algılama durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Yaşamı stresli algılayan epilepsi hastalarının somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarsızlık, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm puanları, yaşamı stresli algılamayan epilepsi hastalarının puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 18. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Kontrollere Düzenli Gitme Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Kontrollere Düzenli Gitme		n	\bar{X}	SS	t	p
	Evet	Hayır					
Somatizasyon	Evet		125	0,75	0,79	-4,19	0,000
	Hayır		57	1,27	0,75		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet		125	1,35	1,02	-1,50	0,135
	Hayır		57	1,58	0,80		
Kişilerarası Duyarsızlık	Evet		125	0,97	1,00	-4,15	0,000
	Hayır		57	1,61	0,91		
Depresyon	Evet		125	1,04	1,03	-3,60	0,000
	Hayır		57	1,60	0,84		
Anksiyete	Evet		125	0,93	0,91	-3,68	0,000
	Hayır		57	1,44	0,75		
Hostilite	Evet		125	0,89	0,90	-2,76	0,006
	Hayır		57	1,28	0,81		
Fobik Anksiyete	Evet		125	0,73	0,84	-2,27	0,025
	Hayır		57	1,03	0,76		
Paranoid Düşünce	Evet		125	1,11	1,01	-2,73	0,007
	Hayır		57	1,55	1,02		
Psikotizm	Evet		125	0,79	0,86	-2,86	0,005
	Hayır		57	1,18	0,85		

Somatizasyon ($t=-4,19$; $p<0,05$), kişilerarası duyarsızlık ($t=-4,15$; $p<0,05$), depresyon ($t=-3,60$; $p<0,05$), anksiyete ($t=-3,68$; $p<0,05$), hostilite ($t=-2,76$; $p<0,05$), fobik anksiyete ($t=-2,27$; $p<0,05$), paranoid düşünce ($t=-2,73$; $p<0,05$), psikotizm ($t=-2,86$; $p<0,05$) puanlarının kontrollere düzenli gitme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Kontrollere düzenli gitmeyen epilepsi hastalarının somatizasyon, kişilerarası duyarsızlık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik, anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm puanları, kontrollere düzenli giden epilepsi hastalarının puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 19. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Hastalıkla Mücadelede Destek Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Destek Alma	n	\bar{X}	SS	t	p
Somatizasyon	Evet	152	0,83	0,77	-3,06	0,003
	Hayır	30	1,31	0,91		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Evet	152	1,36	0,96	-1,97	0,051
	Hayır	30	1,73	0,92		
Kişilerarası Duyarsızlık	Evet	152	1,05	0,96	-3,69	0,000
	Hayır	30	1,78	1,09		
Depresyon	Evet	152	1,12	0,99	-3,07	0,002
	Hayır	30	1,72	0,96		
Anksiyete	Evet	152	1,00	0,88	-3,00	0,003
	Hayır	30	1,53	0,84		
Hostilite	Evet	152	0,96	0,90	-1,63	0,105
	Hayır	30	1,25	0,82		
Fobik Anksiyete	Evet	152	0,78	0,82	-1,87	0,064
	Hayır	30	1,08	0,83		
Paranoid Düşünce	Evet	152	1,18	1,01	-1,95	0,052
	Hayır	30	1,58	1,09		
Psikotizm	Evet	152	0,82	0,84	-3,01	0,003
	Hayır	30	1,34	0,96		

Somatizasyon ($t=-3,06$; $p<0,05$), kişilerarası duyarsızlık ($t=-3,69$; $p<0,05$), depresyon ($t=-3,07$; $p<0,05$), anksiyete ($t=-3,00$; $p<0,05$), psikotizm ($t=-3,01$; $p<0,05$) puanlarının hastalıkla mücadelede destek alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Hastalıkla mücadelede destek almayan epilepsi hastalarının somatizasyon, kişilerarası duyarsızlık, depresyon, anksiyete ve psikotizm puanları, hastalıkla mücadelede destek alan epilepsi hastalarının puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Obsesif kompulsif, hostilete, fobik anksiyete, paranoid düşünce boyutlarına ait puanların hastalıkla mücadelede destek alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 20. Kısa Semptom Envanteri Puanlarının Nöbet Sıklığına Göre Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyut	Nöbet Sıklığı	n	Ort.	SS	F	p	Anlamlı
							Fark
Somatizasyon	A-Yılda bir	76	0,84	0,87	1,31	0,274	
	B-Ayda bir	28	1,12	0,85			
	C-Haftada bir	30	1,09	0,76			
	D-Her gün	11	1,16	0,81			
Obsesif Kompulsif Bozukluk	A-Yılda bir	76	1,23	0,98	3,54	0,016	C,D>A
	B-Ayda bir	28	1,46	1,00			
	C-Haftada bir	30	1,69	0,84			
	D-Her gün	11	2,06	0,76			
Kişilerarası Duyarsızlık	A-Yılda bir	76	1,05	0,95	4,10	0,008	B,C,D>A
	B-Ayda bir	28	1,51	1,10			
	C-Haftada bir	30	1,61	1,04			
	D-Her gün	11	1,84	0,79			
Depresyon	A-Yılda bir	76	1,07	0,98	4,51	0,005	B,C,D>A
	B-Ayda bir	28	1,52	0,99			
	C-Haftada bir	30	1,62	1,02			
	D-Her gün	11	1,94	0,62			
Anksiyete	A-Yılda bir	76	0,93	0,91	5,09	0,002	B,C,D>A
	B-Ayda bir	28	1,38	0,86			
	C-Haftada bir	30	1,51	0,82			
	D-Her gün	11	1,70	0,91			
Hostilite	A-Yılda bir	76	0,86	0,90	4,98	0,003	C,D>A
	B-Ayda bir	28	1,13	0,80			
	C-Haftada bir	30	1,47	0,76			
	D-Her gün	11	1,56	0,84			
Fobik Anksiyete	A-Yılda bir	76	0,73	0,86	2,75	0,045	C,D>A
	B-Ayda bir	28	0,97	0,75			

	C-Haftada bir	30	1,08	0,84			
	D-Her gün	11	1,36	0,91			
Paranoid Düşünce	A-Yılda bir	76	1,04	0,95	6,45	0,000	B,C,D>A
	B-Ayda bir	28	1,47	0,98			
	C-Haftada bir	30	1,69	1,08			
	D-Her gün	11	2,16	0,69			
Psikotizm	A-Yılda bir	76	0,72	0,84	6,54	0,000	C,D>A
	B-Ayda bir	28	1,17	0,87			
	C-Haftada bir	30	1,26	0,85			
	D-Her gün	11	1,67	0,77			

Somatizasyon puanlarının nöbet sıklığına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Obsesif kompulsif bozukluk ($F=3,54$; $p<0,05$), kişilerarası duyarsızlık ($F=4,10$; $p<0,05$), depresyon ($F=4,51$; $p<0,05$), anksiyete ($F=5,09$; $p<0,05$), hostilite ($F=4,98$; $p<0,05$), fobik anksiyete ($F=2,75$; $p<0,05$), paranoid düşünce ($F=6,45$; $p<0,05$) ve psikotizm ($F=6,54$; $p<0,05$), puanlarının nöbet sıklığına göre anlamlı farklılık gösterdiği bulgusu elde edildi. Farkın hangi gruplar arasında olduğuna ilişkin yapılan Scheffe post hoc testi sonuçlarına göre;

- Haftada bir ve her gün nöbet geçiren epilepsi hastalarının obsesif kompulsif bozukluk, hostilite, fobik anksiyete ve psikotizm puanları, yılda bir nöbet geçiren epilepsi hastalarının puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Ayda bir, haftada bir ve her gün nöbet geçiren epilepsi hastalarının kişilerarası duyarsızlık, depresyon, anksiyete ve paranoid düşünce puanları, yılda bir nöbet geçiren epilepsi hastalarının puanından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

6.6. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi

Tablo 21. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Epilepsinin Etkisi	-0,01**	-	-	-0,24**	-	-0,25**	-0,27**	-0,42**	-0,17*	-	0,36**	0,40**	0,45**	0,45**	0,47**	0,38**	0,40**	0,47**	0,46**
		0,34**	0,18**		0,29**					0,39**									
2. Epilepsi Bilgi	1	-	0,21**	0,11	0,19*	0,14	0,07	0,08	0,16*	0,16*	-0,08	-0,15*	0,03	-0,09	0,01	0,03	0,03	-0,06	0,04
		0,26**																	
3. Epilepsi Tutum		1	0,06	0,10	0,07	0,15*	0,25**	0,24**	-0,10	0,26**	-0,28**	-0,26**	-	-0,30**	-	-0,39**	-	-0,34**	-
													0,38**	0,39**	0,39**	0,36**	0,41**		
4. Fiziksel Fonksiyon			1	0,54**	0,43**	0,40**	0,20**	0,35**	0,54**	0,48**	-0,24**	-0,20**	-	-0,30**	-	-0,05	-0,13	-0,15*	-
													0,28**	0,22**					0,22**
5. Fiziksel Rol Güçlüğü				1	0,64**	0,38**	0,30**	0,47**	0,53**	0,45**	-0,28**	-0,27**	-	-0,36**	-	-0,17*	-	-0,23**	-
													0,34**	0,29**	0,20**			0,29**	
6. Emosyonel Rol Güçlüğü					1	0,39**	0,30**	0,47**	0,39**	0,44**	-0,28**	-0,33**	-	-0,35**	-	-0,14	-0,16*	-0,27**	-
													0,30**	0,23**				0,23**	
7. Vitalite						1	0,69**	0,34**	0,31**	0,53**	-0,30**	-0,33**	-	-0,48**	-	-0,24**	-	-0,33**	-
													0,40**	0,38**	0,29**			0,35**	
8. Mental Sağlık							1	0,36**	0,16**	0,42**	-0,32**	-0,30**	-	-0,43**	-	-0,32**	-	-0,38**	-
													0,38**	0,40**	0,28**			0,40**	
9. Sosyal Fonksiyon								1	0,50**	0,49**	-0,37**	-0,46**	-	-0,47**	-	-0,32**	-	-0,42**	-
													0,47**	0,48**	0,38**			0,44**	

10. Ağrı	1	0,51**	-0,36**	-0,31**	-	-0,36**	-	-0,19**	-	-0,22**	-
					0,38**		0,31**		0,23**		0,27**
11. Genel Sağlık Algısı	1	-0,43**	-0,41**	-	-0,53**	-	-0,37**	-	-0,44**	-	
					0,52**		0,45**		0,35**		0,45**
12. Somatizasyon			1	0,70	0,76**	0,75**	0,82**	0,68**	0,78**	0,71**	0,75**
13. Obsesif Kompulsif Bozukluk				1	0,74**	0,80**	0,77**	0,66**	0,69**	0,80**	0,75**
14. Kişilerarası Duyarsızlık					1	0,90**	0,88**	0,74**	0,79**	0,81**	0,85**
15. Depresyon						1	0,87**	0,70**	0,77**	0,84**	0,85**
16. Anksiyete							1	0,85**	0,86**	0,84**	0,89**
17. Hostilite								1	0,74**	0,74**	0,78**
18. Fobik Anksiyete									1	0,77**	0,87**
19. Paranoid Düşünce										1	0,83**
20. Psikotizm											1

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

Epilepsinin etkisi puanı ile yaşam kalitesi puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Epilepsinin etkisi puanı ile psikolojik belirtiler puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Epilepsi etkisini yüksek düzeyde olumsuz olarak algılayan epilepsi hastalarının yaşam kalitesi düşmekte ve psikolojik belirtileri yükselmektedir.

Epilepsi bilgisi puanı ile fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Epilepsi bilgisi puanı ile psikolojik belirtiler puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Epilepsi bilgisi yüksek olan epilepsi hastalarının fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık puanları da yüksek düzeyde olumlu olmaktadır. Epilepsi bilgisi ile psikolojik belirtiler arasında ilişki bulunmamaktadır.

Epilepsi tutum puanı ile vitalite, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve genel sağlık puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Epilepsi tutum puanı ile psikolojik belirtiler puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Epilepsiye ilişkin tutumu yüksek düzeyde olumlu olan epilepsi hastalarının vitalite, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve genel sağlık algısı da yüksek düzeyde olumludur. Epilepsiye ilişkin tutumu yüksek düzeyde olumlu olan epilepsi hastalarının psikolojik belirtileri azalmaktadır.

Yaşam kalitesi puanları ile psikolojik belirtiler puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Yaşam kalitesi algısı yüksek düzeyde olumlu olan epilepsi hastalarının psikolojik belirtileri azalmaktadır.

7.TARTIŞMA

Epilepsi, ani ve tekrarlayan nöbetlerle karakterize bir durumdur. Dünya çapında tahmini 70 milyon insanı etkilemektedir (Ngugi ve ark. 2010, Elafros ve ark. 2013). Gelişmekte olan ülkelerde %80 oranında Epilepsisi olan insanlar yaşamakta, tedavinin büyük ölçüde mümkün olmadığı ve sonuç olarak, nöbet kontrolü genellikle zayıftır (WHO 2005). Epilepsi ile ilişkili damgalanma devam etmekte, hastalık sosyal ve ekonomik olarak önemli ölçüde hastalara yük getirmekte ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Baskind ve ark. 2005).

Epilepsili hastaların hastalıklarına dair tutumlarının ruhsal sağlık ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

7.1. Epilepsili Hastaların Demografik Bulgularına Göre Tartışılması

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun 30 yaş ve altı yaş grubunda, kadın, lise mezunu, bekâr ve işsiz olduğu, şehir merkezinde yaşadığı tespit edilmiştir. Yıldız'ın epilepsi hastalarında yaptığı çalışmada; hastaların %45'inin 18-25 yaş arasında, %58'inin bekâr, %94'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %68'i şehir merkezinde yaşadığı belirlenmiştir (Yıldız 2013). Bu sonuçlar değerlendirildiğinde her iki çalışmanın örnekleminde daha çok genç yaş grubundaki hastaların yer aldığı görülmektedir. Gülay tarafından yapılan çalışmada: hastaların %65'inin erkek, %38'inin üniversite mezunu ve %25'inin işsiz olduğu tespit edilmiştir (Gülay 2014). Epilepsi hastalığının epidemiyolojik özellikleri ile ilişkili yapılan çalışmalarda, epilepsi hastalığının başlama zamanının gelişmiş ülkelerde genç yaş ve yaşlılar olmak üzere iki dönemde eşit oranda görüldüğü, ancak gelişmekte olan ülkelerde ise daha sıklıkla, geç çocukluk dönemi ve genç erişkinlikte görüldüğü ifade edilmektedir (Newton 2012). Bizim çalışmamızda hastaların ortalama yaşının 36 olduğu düşünüldüğünde, hastalık başlangıç yaşı açısından literatürle uyumlu olarak değerlendirilebilir. Yapılan birçok çalışmada epilepsi hastalığının erkekler arasında

daha sık rastlandığı belirtilmekle birlikte (Newton 2012,Gülay 2014, Akoluk 2017), bizim hastalarımızın %54,9'u kadınlar oluşturmuştur.

Eğitim durumunu içeren çalışmalar incelendiğinde; Ateş'in çalışmasında; epilepsili hastaların %78,1'inin lise ve daha düşük seviyede eğitim aldığı görülmüştür (Ateş 2016). Koç ve ark.'nın bir araştırmasında; 57 epilepsi hastasının 52'sinin lise ve daha düşük eğitim seviyesine sahip olduğu bulunmuştur. Yine Neze ve ark. 2006 yılında yaptığı 93 hastadan oluşan çalışmasında, 58 hastanın lise ve daha düşük eğitim seviyesinde olduğunu ortaya konmuştur. Xinjun Li ve ark. da 2008'de yaptıkları geniş çaplı bir çalışmada, epilepsi hastalarının %80'inin lise ve daha düşük eğitim düzeyinde olduğu bildirilmiştir (Li 2008). Akçalı ve ark.'larının yaptığı 139 epileptik hastayı içeren çalışmalarında eğitim düzeyi (5-8 yıl) düşük olanlarda Beck depresyon değerleri daha yüksek bulunmuştu (Akçalı 2009). Yine aynı çalışmada nöbeti olan grupta Beck depresyon ölçek değerleri en yüksek saptanmıştı (Akçalı 2009). Bizim çalışmamızda da hastaların %77,5'nin lise ve daha düşük seviyede eğitim aldığı görüldü. Bu açıdan çalışmamızın sosyodemografik bulguları incelendiğinde, yapılan diğer çalışmalara benzer özellikler taşıdığı görüldü.

7.2. Epilepsili Hastaların Ölçekler ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışan katılımcıların epilepsi tutumu, çalışmayan katılımcılara göre anlamlı bulunmuştur. Bu durum, çalışan epilepsi hastalarının iş ortamındaki sosyal çevresinden aldığı destek, iş doyumunun hastalığa uyumunu etkilemesi olarak düşünülebilir. Aydemir'in 2008'de yapmış olduğu çalışmada ise epilepsi bilgisi düşük olanların, çalışanların ve erkek epilepsi hastalarının epilepsiye karşı tutumunu daha olumsuz olarak bulmuştur (Aydemir 2008). Bu farklılığın farklı bölgelerdeki popülasyondan, yetersiz evrenden ya da katılımcılarının iş hayatında hastalıkla ilgili sorun yaşamaları ya da damgalanmalarının etkilediği düşünülebilir.

Epilepsi hakkında daha fazla bilgi sahibi olan katılımcıların epilepsiye karşı daha pozitif bir tutumda oldukları da gösterilmiştir (Aydemir 2008). Bu sonuçlar da çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Sosyoekonomik düzeyin düşük olması, imkanlara ulaşmada zorluk, sosyokültürel düzeyde eksiklik, yanlış bilgilerin yanlış tutumla doğru orantılı olmasından kaynakladığı düşünülebilir.

Çalışmamızda epilepsi etkisi puanı arttıkça psikolojik belirtiler arttığı ortaya çıkmıştır. Epilepsi hastaları arasında en sık rastlanan psikiyatrik semptom depresyondur. Ayrıca epilepsi hastalarında depresyonun, diğer kronik hastalıklardan daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (Hermann 1984, Robertson 1987). Epilepsi hastalarında nöbetlerin aniden oluşması, kişinin kendisini kontrol edememesine ve bundan dolayı kendisine saygısını yitirmesine ve utanmasına sebep olmakta, öğrenilmiş çaresizlik olarak tanımlanan bir durum içine sokmakta ve bu da iş ve sosyal çevresini etkileyerek depresyonun kaçınılmaz hale gelmesine neden olmaktadır (Akçalı 2009). Çalışmalar, epilepsili hastaların içselleştirilmiş stigma yaşadıklarında, psikolojik sorunlara sahip olduklarını göstermektedir (Westbrook 1992). Epilepsili çocuk ve ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, algılanan stigmanın daha kötü benlik kavramı ve daha fazla depresyon belirtileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Austin 2004). Bir başka çalışma da, epilepsili hastaların damgalanma duygularının artan anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu bulmuştur (Adewuya 2005). Araştırmalar çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Jacoby ve ark. bildirdikleri bir çalışmada halen nöbet geçirmekte olan 168 epilepsi hastasının %21'inde depresyon tespit edilmiştir (Jacoby 1996). Baker 1996 yılında yaptığı bir çalışmada 696 epilepsi hastasından %25'inde depresyon saptamıştır (Baker 1996).

Çalışmamızda psikolojik belirtileri yüksek olan epilepsi hastalarının yaşam kalitesi algısı belirtileri azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda, epilepsi dışında hastalığı olmayan epilepsi hastalarının yaşam kalitesi daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Şehir merkezinde yaşamak hastaların nöbet geçirme durumu olduğunda sağlık imkânlarına rahatlıkla ulaşmaları kontrollerini yaptırılmaları bakımından hastalar için avantaj sağladığı söylenebilir. Epilepsi; kronik bir hastalık olması nedeni ile hastanın yaşam kalitesini negatif etkileyen bir durumdur. Epilepsi hastalığına sahip bireyler, genel toplumla karşılaştırıldığında yaşam kalitesi algılarının düşük olduğu gözlenmiştir (Uysal 2005). Hastaların durumları incelendiğinde; çalışmamızda nöbet sıklığı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü görülmektedir, özellikle nöbet sıklığı ve nöbet tipinin yaşam kalitesi üzerine en etkili faktörler olarak ortaya konulduğu birtakım çalışmalarda da görülmektedir (Leidy 1999, Baker 1998, Baker 1997). Leidy'nin 1999' da yapmış olduğu çalışmada nöbet geçirmeyen hastaların yaşam kalitesinin normal bireylerle aynı olduğu, nöbet sıklığı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Bu sonuç da çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Koç 2009).

Epilepsi hastalarında ruhsal ve bilişsel bozukluklar yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olan faktörler arasında önemli yer tutmaktadır (Ünal 2005). Psikolojik belirtilerin yaşam kalitesini etkilediği ve bu nedenle sağlık çalışanlarının hastaların psikososyal işleyişinin öneminin farkında olması gerektiği gözlenmiştir. Epilepsi hastalarında yapılan çalışmalarda depresyon ve anksiyetenin birlikte görülmesi önemli derecede yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir (Leaffer 2014, Suurmeijer 2001, Boling 2018). Bu sonuçlar, çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızla benzerlik gösteren bir başka çalışma da; Oğuz A. ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada nöbet sıklığı ile anksiyete ve depresyon puanları arasında ilişki saptanmıştır (Oguz ve ark. 2002).

Çalışmamızda epilepsiye ilişkin tutumu yüksek düzeyde olumlu olan epilepsi hastalarının yaşam kalitesi yüksek düzeyde olumlu olduğu ortaya çıkmıştır. Epilepsiye ilişkin tutumu yüksek düzeyde olumlu olan hastaların psikolojik belirtileri azaldığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda hastaların stigma yaşamaları hastaların yaşam kalitesini azaltmaktadır. Stigma, epilepsi hastalarının kişisel, eğitsel ve sosyal olanaklarını kısıtlar hem epilepsi hastası hem de aile fertlerinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler (Boling 2018, Yang 2011). Hastaların hastalığına karşı tutumu yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu konuda sağlık çalışanlarının hastaları bilinçlendirme, hastalığı kabul etme ve olumlu tutum oluşturmada sorumluluk getirdiği söylenebilir.

8.SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. SONUÇLAR

- Epilepsi hastalarında epilepsi etkisinin ortalamanın üstünde, epilepsi konusunda bilgilerinin ortalamanın üstünde, tutumlarının ise olumsuz olduğu saptandı.
- Epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin genel olarak düşük düzeyde olduğu saptandı.
- Epilepsi hastalarının olumsuz duygu durumlarının çok düşük düzeyde olduğu görüldü.
- Yaşamı daha stresli bulan katılımcıların epilepsinin etkisi ve epilepsi bilgisi puanları, yaşamı stresli algılamayanların ortalama puanlarından daha yüksek bulundu.
- Hastalıkla mücadelede destek alan katılımcıların destek almayanlara göre daha olumlu tutumları olduğu saptandı.
- Epilepsi dışında hastalığı olmayan katılımcıların yaşam kalitesi epilepsi dışında başka bir hastalığı olan katılımcılardan yüksek bulundu.
- Yaşamı stresli algılamayan katılımcıların yaşam kalitesi yaşamı stresli algılayanlara göre yüksek bulundu.
- Kontrollere düzenli giden katılımcıların yaşam kalitesi kontrollere düzenli gitmeyen katılımcılara göre yüksek bulundu.
- Hastalıkla mücadelede destek alan katılımcıların yaşam kalitesi destek almayanlara göre yüksek olduğu saptandı.
- Yaşamı stresli algılayan katılımcıların psikiyatrik belirtilerinin yaşamı stresli algılamayanlara göre daha fazla olduğu saptandı.
- Kontrollere düzenli gitmeyen katılımcıların psikiyatrik belirtilerinin düzenli gidenlere göre daha fazla olduğu saptandı.
- Hastalıkla mücadelede destek almayan katılımcıların psikiyatrik belirtilerinin destek alanlara göre daha fazla olduğu saptandı.
- Epilepsi etkisini ortalamanın üzerinde olumsuz olarak algılayan epilepsi hastalarının yaşam kalitesi düşmekte ve psikolojik belirtileri yükselmektedir.

- Epilepsi bilgisi ortalamanın üzerinde olan epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin yüksek olduğu saptandı. Epilepsi bilgisi ile psikolojik belirtiler arasında ilişki bulunmamaktadır.
- Epilepsiye ilişkin tutumu ortalamanın üzerinde olumlu olan epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin arttığı , epilepsiye ilişkin tutumu olumlu olan epilepsi hastalarının psikolojik belirtileri azaldığı belirlendi.
- Yaşam kalitesi algısı yüksek düzeyde olumlu olan epilepsi hastalarının psikolojik belirtileri azalmaktadır.

8.2.ÖNERİLER

Epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin artırılması ve epilepsi tedavisinin daha başarılı yürütülmesi amacıyla psikiyatrik durumların erken tanınması ve tedavi edilmesi gerektiği kanısındayız. Hemşireler, epilepsi hastalığının hastaları nasıl etkilediğinin farkında olmalı, hastaları ve aileleri ile olası psikolojik sonuçları ve bunların nasıl ele alınabileceğini tartışmalıdır. Hemşireler, epilepsi ile ilgili yanlış anlamalar ve yanlış anlaşılmalara için uyanık olmalı ve hastanın, ailenin tüm üyelerinin doğru bilgi ile durumun tamamen farkında olduklarından emin olmalıdır. Her toplumun epilepsi hastalığına olan tutumu değerlendirmesi, olumsuz tutumu azaltmak için stratejiler geliştirmeye çalışmak için kendi çalışmalarını yapması önemlidir. Ayrıca, hastaların hastalığına olan olumsuz tutumların kökenlerini ve sonuçlarını, önyargılı inançların nasıl oluşturulduğunu, nasıl ve ne zaman olumsuz tutumlara dönüştüğünü inceleyen sistematik ve kapsamlı araştırmalar yapılması önerilmektedir. Olumsuz tutumun sağlık hizmetlerine ve tıbbi tedaviye erişimi nasıl etkilediği, başka bir araştırma alanı olmalıdır. Epilepsi ile ilişkili tutumlarda, sağlık çalışanlarının epilepsili bireylere yönelik hükümlerin iyileştirilmesine yönelik çalışmaların yapılmasının farkında olmaları ve daha iyi anlaşılması da gereklidir. Bu adımlar epilepsili hastaların yaşam kalitesini geliştireceğini düşünmekteyiz. Bu sonuçlar doğrultusunda, epilepsi hastalarının hastalığa olan tutumu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belli aralıklarla değerlendirilmesi önerilebilir.

Epilepsi hastalarının yaşam kalitesinde ve psikiyatrik belirtilerde eğitimin önemli etkisi olduğu sonuçlarımızla desteklenip; bu konuda hastalara daha fazla eğitim verme,

danışmanlık etme ve uygun desteği vermeye ihtiyaçları olduğunu ve buna yönelik olarak nöroloji uzmanları, psikiyatristler, psikologlar ve bu konuda uzmanlaşmış hemşireler tarafından multidisipliner anlayış içinde hastaları değerlendirerek gerekli yönlendirme ve tedavi planı yapmalarının gerekliliğini düşünmekteyiz.

Kurumlara yönelik öneri olarak; çalışanlarının (hemşire, doktor, hasta bakıcı, teknisyen vb.) epilepsi hastalığı konusunda bilgilendiren eğitimler düzenlenmeli, epilepsi nöbeti sırasında acil duruma müdahale edebilecek kapasiteye ulaştırması önerilebilir. Ayrıca tüm sağlık kuruluşlarında Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Birimi kurulması, alanında uzmanlaşmış kişilerce özellikle hemşire tarafından sadece hasta merkezli değil, ailesini ve çevresel faktörleri de içine alarak bütüncül bakım verilmesini kolaylaştıracaktır. Bu açıdan hemşirelerin en az lisans ve yüksek lisans düzeyinde olması, hemşirelerine mesleki doyumu sağlaması, mesleğini severek ve verimli olarak çalışmasına imkan verecek düzenlemelerin yapılması önerilebilir.

Epilepsi ile ilgili bilincin artırılması adına ulusal kampanyalar düzenlenmeli, daha fazla derneklerin kurulması, medyada epilepsi konusunda daha fazla bilgilendirme reklamlarının yapılması, epilepsinin korkulacak, utanılacak bir hastalık olmadığını benimsetilmesi, birtakım yasal düzenlemelerle epilepsili bireylerin iş hayatında aktif rol oynamaları bir başka önerimiz olabilir.

9.KAYNAKLAR

Adams R.D, Victor M, Ropper AH. Epilepsy and disorder of consciousness: Principles of Neurology. Newyork, International Edition2001:329-404.

Adadioğlu Ö, Oğuz S. Epilepsi ve Öz Yönetim (Derleme). Epilepsi 2016; 22(1): 1-4.

Adewuya AO, Ola BA. Prevalence of and risk factors for anxiety and depressive disorders in Nigerian adolescents with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2005; 6:342–7.

[PubMed: 15820341]

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

Akoluk S. Epilepsi Hastalarının Tedaviye Uyumları ve Etkileyen Faktörler. Gaziantep Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2017. Yüksek Lisans Tezi. (Prof. Dr. Nimet OVAYOLU)

Aksun Ö. Z. 2011. Epilepsi Hastalarının Yakınlarının Nöbet Sırasındaki Davranışları ve Bunun Epilepsi Hakkındaki Bilgileri ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Ankara.

Austin JK, MacLeod J, Dunn DW, Shen J, Perkins SM. Measuring stigma in children with epilepsy and their parents: instrument development and testing. Epilepsy & behavior: E&B. Aug; 2004 5(4):472–82. PubMed PMID: 15256183.

Aydemir aylı N. , (2008). Kronik Epilepsi Hastalarında Psikososyal Faktörlerin Ve Zaman İçerisinde Epilepsiye Dair Atıflarda Gözlenen Değişimin Niceliksel Ve Niteliksel Yöntemlerle İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Aydemir N., Ünsal P., Özkara . (2011). Epilepsisi Olan Bireylerin Epilepsiye Dair Sahip Oldukları Tutum, Bilgi ve Bilgi Kaynakları. *Epilepsi* 2011;17(3):90-96.

Baker, G.A., A. Jacoby, and D.W. Chadwick, The associations of psychopathology in epilepsy: a community study. *Epilepsy Res*, 1996. 25(1): p. 29-39.

Baker, G.A., D. Gagnon, and P. McNulty, The relationship between seizure frequency, seizure type and quality of life: findings from three European countries. *Epilepsy Res*, 1998. 30(3): p. 231-40.

Baker, G.A., et al., Quality of life of people with epilepsy: a European study. *Epilepsia*, 1997. 38(3): p. 353-62.

Barry JJ, Lembke A, Huynh N. Affective disorders in epilepsy. *Psychiatric Issues in Epilepsy*. Ettinger AB, Kanner AM, ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2001; 5: 45-71.

Baskind R, Birbeck GL. Epilepsy-associated stigma in sub-Saharan Africa: the social landscape of a disease. *Epilepsy Behav* 2005;7:68–73.

Baykan B, Gurses C, Gokyigit A. In: Oge EA, editor. *Epilepsi*. 2nd ed. Istanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. p. 279–308.

Beyoğlu E., (2008). Epilepsi Tanılı Ergenlerde Psikiyatrik Komorbiditenin Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Uludađ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa.

Blumer D. Epilepsy and suicide: a neuropsychiatric analysis. The Neuropsychiatry of Epilepsy. Trimble M, Schmitz B, ed. Cambridge University Press. 2002; 8: 107-117.

Boling W, Means M, Fletcher A. Quality of Life and Stigma in Epilepsy, Perspectives from Selected Regions of Asia and Sub-Saharan Africa. Brain Sci. 2018, 8, 59

Bora E. (2008) Erişkin Nöropsikiyatrisi ve Epilepsi: Jüvenil Myoklonik Epilepsi ve Frontal Lob Epilepsiyle ilişkili Davranışsal Semptomlar Nöropsikiyatri Arşivi 2008; 45: 46-50.

Bora İ, Yeni S, Gürses C. Epilepsi. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. şti., İstanbul; 2008, s:707-734.

Bozkaya O.İ. (2006) Ankara İlindeki Üç İlk Öğretim Okulu Öğrencilerinin Epilepsiye Yaklaşımı ve Hastalık Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. Ankara. Uzmanlık Tezi. (Danışman: Prof. Dr. Ayşe SERDAROĞLU).

Brent DA, Crumrine PK, Varma RR, ve ark. Phenobarbital treatment and majör depressive disorder in children with epilepsy. Pediatrics, 1987; 80: 909-917.

Büyük öztürk, ř. (2011). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstask, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum (Ondördüncü baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Chadwick D. Epilepsy, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 57 ed. 1994, syf:264-277.

Coşar A. D. Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Erzurum.

Coşkun Y. (2005) Epilepsili Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Yrd.Doç.Dr.Meral BAYAT).

Cramer J.A. Quality of life for people with Epilepsy. *Neurologic Clinics*, 1994, 12/1, 1-13.

Çavuşoğlu H. Nörolojik Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı. Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği Cilt:1. 8.Baskı, Ankara: Düzgi Baskı, 2004: 331-348.

Demirel S. A., Eğlence R., Kaçmaz E.,(2011). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. *Neü Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 1 (2011) 18-29.

Devinsky O. Quality of life in epilepsy. *The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice*. 2nd Ed. Wyllie, E. & Baltimore, M.D. USA: Williams & Wilkins, 1996 .

Dilek F.(2008) Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi , Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR).

Drazkowski J. An overview of epilepsy and driving. *Epilepsia*, 2007, 48, 9: 10-12.

Duffy JD The shifting paradigm of epilepsy. Psychiatric Comorbidity in Epilepsy, McConnell HW, Snyder PJ (Ed), Washington, DC: American Psychiatric Press Inc, 1998:1-14.

E. Ş. Cankurtaran, B. Uluğ, S. Saygı.(2004) Epilepsiye Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004;14:97-106.

Elafros MA, Sakubita-Simasiku C, Atadzhanov M, Haworth A, Chomba E Gretchen L. Birbeck. Stigma and psychiatric morbidity among mothers of children with epilepsy in Zambia. Int Health 2013; 5: 288–294. doi:10.1093/inthealth/iht028

Ercan N. 2010, Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Erdoğan F., Soyuer F., Şenol V., Arman F.. (2006). Epilepsi Hastalarında Yorgunluğun Yaşam Kalitesine Etkisi. Epilepsi Cilt 12, Sayı 1.

Ergün, A., Eti Aslan, F., Varan, F., Olgun, N. ve Kuğuoğlu, S. (2013). Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan (Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (s.3-23). Adana: Nobel Kitabevi.

Eser, E. (2006). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temeli Ve Ölçümü. *Sağlıkta Birikim Dergisi*, 5,1-5.

Eşit Üstün M., Karadeniz G. (2006). Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:1.

Fisher, R.S., Wan Emde Boas., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., Engel, Jr. J. (2005). "Epileptic Seizures And Epilepsy: Definitions Proposed By The International League Against Epilepsy (Ilae) And The International Bureau For Epilepsy (Ibe)". *Epilepsia*, 46/4, 470-472.

Fisher RS, Aceveda C, Arzimonoglov A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE. ILAE Official Report: a practical clinical definition of epilepsy, *Epilepsia*.2014; 55:475-482.

Fisher RS. Redefining Epilepsy. *Curr Opin Neurol*.2015; 28:130-5.

Fitzsimons M, Normand C, Varley J, Delanty N. Evidencebased models of care for people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2012;23(1):1-6.

Goodwin M, Higgns S, Lanfear HJ, Lewis S, Winterbottom J. The Role of The Clinical Nurse Specialist in Epilepsy. A National Survey. *Seizure*, 2004; 13: 87-94.

Göçgeldi E., Babayiğit M., A., Hassoy H. , Açikel C. H., Taşçı İ., Ceylan S.. (2008). Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*; 50: 172-179.

Görgülü Ü., Fesci H.. (2011). Epilepsi İle Yaşam: Epilepsinin Psikososyal Etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi* 26(1):27-32.

Greenhill L, Betts T, Pickard N. The Epilepsy Nurse Specialist-Expendable Handmaiden or Essential Colleague *Seizure*, 2000;10:615-624.

Gülay B. Epilepsi Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. 2014, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 92 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. M. Tansel Kendirli)

Gün İ. (2006) Epilepsili Hastalarda Antiepileptik İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. (Danışman Prof. Dr. Nermin OLGUN).

Gürkan K, Tüzün Ü. Epileptik Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Başvuru ve Tedavi(2006). Klinik Psikofarmakoloji Bülteni;16:22-30.

Güven N. (2010) Diabetes Mellituslu Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul. (Danışman Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN).

Hermann BP. Developing a model of quality of life in epilepsy: The contribution of neuro psychology. *Epilepsia*, 1993, 34, 4: 14-21.

Hermann, B.P. and S. Whitman, Behavioral and personality correlates of epilepsy: a review, methodological critique, and conceptual model. *Psychol Bull*, 1984. 95(3): p. 451-97.

Hesdorffer DC, Hauser WA, Olafsson E, ve ark. Depression and suicide attempt as risk factors for incident unprovoked seizures. *Ann Neurol*, 2006; 59:35-41.

Hosking GP. The Specialist Nurse Role in The Treatment of Refractory Epilepsy. *Seizure*, 2004;13(5):307-307.

Jacoby A, Baker GA, Sten N, Potts P, Chad wick DW. The clinical course of epilepsy and it's psychosocial correlates: findings from a U.K. community study. *Epilepsia*, 1996, 37/2, 148-161.

Kaplan Y. (2007) Epilepsi ve Parkinsonizm Arasındaki İlişki.Nöropsikiyatri Arşivi. 44: 91-4.

Karahan S. 2016. Yanık Hastasının Yaşam Kalitesinin Bakım Veren Bakım Verme Yükü ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Koç S. 2009. Epileptik Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Ülkü TÜRK BÖRÜ).

Kellett MW, Smith DF, Chadwick DW. 1997. Quality of life after Epilepsy surgery. *Journal of Neurology, Neurosur Geryand Psychiatry*, 1997, 63: 52-58.

Leaffer, E.; Hesdorffer, D.; Begley, C. Psychosocial and sociodemographic associates of felt stigma in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2014, 37, 104–109.

Lee P. Epilepsy in the World: The Social Point of the View. *Epilepsia* 2002;43(6):14-15.

Leidy, N.K., et al., Seizure frequency and the health-related quality of life of adults with epilepsy. *Neurology*, 1999. 53(1): p. 162-6.

Lin, P-C., Yen, M., Fetzer Sj. (2008). Quality Of Life Ğn Elders Living Alone Ğn Taiwan. *Journal Of Clinical Nursing*, 17, 1610–1617.

Li, X., J. Sundquist, and K. Sundquist, Socioeconomic and occupational risk factors for epilepsy: a nationwide epidemiological study in Sweden. *Seizure*, 2008. 17(3): p. 254-60.

Mandzuk, L L., McMillan, D E. (2005). A Concept Analysis Of Quality Of Life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9, 12–18.

Mendez MF Neuropsychiatric aspects of epilepsy. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition, Sadock BJ, Sadock VA (Ed), Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 261-273.

Mısırlı H. (2003) Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi. Epilepsi; cilt 9 s:(1):42-46

Miller WR, Bakas T, Buelow JM. Problems, needs, and useful strategies in older adults self-managing epilepsy: implications for patient education and future intervention programs. Epilepsy Behav 2014;31:25–30.

Mollaoğlu M. , Durna Z. , Efikazan E. ,(2001). Epilepsili Hastaların Yaşam Kalitesinin Qoie-89 (Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği) İle Değerlendirilmesi. Epilepsi ;7(3):73-80.

Newton, C.R. and H.H. Garcia, Epilepsy in poor regions of the world. Lancet, 2012. 380(9848): p. 1193-201.

Neze H., (2006). Epilepsi Hastalarında Psikiyatrik Komorbidite Ve Bunun Yaşam Kalitesine Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I et al. Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. Epilepsia 2010;51:883–90.

Oguz A, Kurul S, Dirik E. Relationship of epilepsy-related factors to anxiety and depression scores in epileptic children. J Child Neurol 2002 Jan;17(1):37-40.

Oğul E. (1996) Temel ve Klinik Nöroloji. Uludağ Üniversitesi Basım Evi. Bursa. s:171 188

Olgun S. (2006) Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Doç. Dr. Gülten KARADENİZ)

Öge A.E, Baykan B. Nöroloji. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2015, s:352.

Pramuka M, Hendrickson R, Zinski A, Van Cott AC. A psychosocial self-management program for epilepsy: a randomized pilot study in adults. *Epilepsy Behav* 2007;11(4):533–45.

Robertson, M.M., M.R. Trimble, and H.R. Townsend, Phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia*, 1987. 28(4): p. 364-72.

Salinsky MC, Wegener K. Epilepsy, driving, laws and patients disclosurej to physicians. *Epilepsia*, 1992, 33: 469-472.

Smithson WH, Hukins D, Buelow JM, Allgar V, Dickson J. Adherence to medicines and self-management of epilepsy: a community- based study. *Epilepsy Behav* 2013;26(1):109–13.

Soyuer F., Erdoğan F., (2011). Fiziksel Aktivite Ve Epilepsi. Sağlık Bilimleri Dergisi 20(1) 77-81.

Suurmeijer, T.P.B.M.; Reuvekamp, M.F.; Aldenkamp, B.P. Social Functioning, Psychological Functioning, and Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsia* 2001, 42, 1160–1168.

Şahin N. H., Batıgün Durak A., Uğurtaş S.(2002). Kısa Semptom Envanteri (Kse): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik Ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(2):125-135.

Şenol Güney M, Gün İ, Saraçoğlu M., (2011). Hasta Bakış Açısı: Epilepsi Hakkında Bilgi Ve Anlayış. *Nobel Medicus* ; 7(1): 94-101.

Şenol Güney M., Gün İ., Toğrol E., Olgun N., Saraçoğlu M.(2009). Epilepsi Hastalarında Antiepileptik İlaç Tedavisine Uyumu Etkileyen Etmenler. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;11(1):21-31.

Telatar, T G., Özcebe, H. (2004). Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3), 162–165.

Testa, M A., Simonson, DC. (1996). Assessment Of Quality-Of-Life Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-40.

TheodorW. May, Margarete P. (2002). The efficacy of an educational treatment program for patients with epilepsy (MOSES) : results of a controlled, randomized study. *Epilepsia*, 43(5): 539-549.

Toklu Z., Kutlu G., Demirbaş H., Koyuncu G., İnan L. E. (2012). Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Epilepsi Polikliniğine Başvuran Epilepsi Hastalarının Demografik Ve Klinik Bulguları. *Epilepsi*;18(1):13-18.

Topalkara K, Akyuz A, Sumer H, Bekar D, Topaktas S, Dener S. Sivas il merkezinde tabakalı örneklem yöntemiyle gerçekleştirilen epilepsi prevalans çalışması. *Epilepsi* 1999;5:24–9.

Uysal, S.E., T., Epilepsi, spor, psikososyal yaşam. Türk Pediatri Arşivi 2005. 40: p. 68-71.

Ünal, A.S., S., Epilepsi Hastalarında Görülen Psikiyatrik Bozukluklar. Türkiye Klinikleri 2005. 40(J Int Med Sci): p. 40-45.

Westbrook LE, Bauman LJ, Shinnar S. Applying stigma theory to epilepsy: a test of a conceptual model. Journal of pediatric psychology. Oct; 1992 17(5):633-49. PubMed PMID: 1432485. [PubMed: 1432485]

WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF).
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en (Erişim: 15.06.2016).

WHO. Global campaign against epilepsy atlas. WHO: Geneva; 2005.

Wong DL. The Child with Cerebral Dysfunction. Wong's Essential of Pediatric Nursing. Sixth Edition. Toronto: Mosby, 2002:1098-1106.

World Health Organization. (2007). Older people and Primary Health Care. Erişim: 10.09.2009. [http:// www. who.int /ageing/primary_health_care /en /index.html](http://www.who.int/ageing/primary_health_care/en/index.html).

World Health Organization. WHOQOL Measuring quality of life Division of Mental Health and prevention of substance abuse. Geneva: WHO; 1997.

Yang, R.; Wang, W.; Snape, D.; Chen, G.; Zhang, L.; Wu, J.Z.; Baker, G.A.; Zheng, X.Y.; Jacoby, A. Stigma of People with Epilepsy in China: Views of health

professionals, teachers, employers and community leaders *Epilepsy Behav.* 2011, 21, 261–266.

Yaşar H., Alay S., Kendirli T., Tekeli H., Şenol M. G., Türker T, Saraçoğlu M. (2014). Genç Erkek Epilepsi Hastalarında Yaşam Ve Uyku Kalitesi. *Epilepsi* 2014;20(1):17-22.

Yazıcı E. (2010) Epilepsi Hastalarında Kişilik Özellikleri ve İlişkili Etmenler. Uzmanlık Tezi. Erzurum. (Danışmanı Prof. Dr. Nazan AYDIN)

Yıldırım Z. Türk Toplumunda Epilepsi ve Stigmanın Değerlendirilmesi, Epilepsi Hastalarında Stigma ve Depresyon İlişkisinin Araştırılması.2016.

Yıldız N., (2013). Bir Üniversite Hastanesindeki Epilepsi Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yılmaz H, Mavioglu H, Tosun C, Okudur I. Epilepsi olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: poliklinik tabanlı bir çalışma. *Dusunen Adam* 2000;13:180–4.

Yurttaş O. (2005-2003) İç Hastalıkları, Bölüm 17-Nörolojik Hastalıklar, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. s:3657-3671.

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

10. EKLER

EK-1.TANITICI BİLGİ FORMU

1. Cinsiyeti:

1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız:.....

3. Eğitim Durumunuz Nedir?

1. Okur-Yazar
2. İlkokul
3. Ortaokul
4. Lise
5. Üniversite
6. Lisans üstü

4. Medeni Durumunuz Nedir?

1. Evli
2. Bekar
3. Eşinden Ayrılmış
4. Eşi Ölmüş
5. Diğer.....

5. Çalışıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

6. 5.soruya cevabınız evet ise nasıl bir işte çalışıyorsunuz?

1. Memur
2. İşçi
3. Esnaf
4. Köylü/Çiftçi
5. Diğer

7.Nerede Yaşıyorsunuz?

- 1.Büyük Şehir 2.Şehir 3.İlçe/Kasaba 4.
)Köy

8. Kiminle Birlikte Yaşamaktasınız?

1. Yalnız
2. Eşimle
3. Eşim veya Çocuklarımla
4. Anne veya Babamla
5. Diğer.....

9. Gelir durumunuz nasıldır ?

1. Gelir giderden az
2. Gelir gider dengeli
3. Gelir giderden fazla

10.Sosyal güvenceniz var mı?

1. Var
2. Yok

11.Sağlık güvenceniz yoksa sağlık hizmeti alabilmek için ne yapıyorsunuz?

(.....)

12. Epilepsi hastalığı dışında sürekli olan başka bir hastalığınız var mı?

1. Evet
2. Hayır(ise diğer soruya geçiniz)

13. 12. soruya cevabınız evet ise belirtiniz?

.....

14. Ne Kadar Zamandır Epilepsi Hastasıdır?

.....

15. Yaşamınız Stresli midir?

1. Evet
2. Hayır

16.15.soruya cevabınız evet ise stres neden(leri) nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Aile içi ilişkiler nedeni ile
2. İş yerindeki ilişkiler nedeni ile
3. Sosyal çevre ilişkileri nedeni ile
4. Hastalığımla ilgili
5. Diğer.....

17. Epilepsi hastası olduğunuzu ilk öğrendiğinizde epilepsi hakkındaki bilgi veya düşünceleriniz nelerdi?

.....

18. Epilepsi hastalığınızın tedavisinde başka herhangi uygulamalara başvurduunuz mu? Başvurduysanız hangi yöntemlere başvurduunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Başvurmadım
2. Muska takma
3. Dua okutma
4. Kurşun döktürme
5. Diğer

19. Epilepsi hastası olduğunuz için sizi en çok kaygılandıran durumlar nelerdir?

.....

20. Epilepsi size göre hayatınızda en çok neyi etkiliyor?

.....

21. Epilepsi hastası olmasaydınız hayatınızda nasıl değişiklikler olurdu? Epilepsi hastası olmasaydım şimdi şöyle olurum dediğiniz düşüncelerinizi açıklayınız.

.....

22. Epilepsi İle ilgili Olarak Kimden Bilgi Aldınız?

1. Hekim
2. Hemşire
3. Sağlık Personeli Dışında (Arkadaş, aile, v.b.)
4. İnternet, kitap, gazete, vb.
5. Bilgi Almadım

23. Kontrollerinize Düzenli Olarak Gider misiniz ?

1. Evet
2. Hayır

24. İlaçlarınızı Düzenli Kullanıyor musunuz ?

1. Evet
2. Hayır

25. Nöbet geçiriyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

26. 25.soruya cevabınız evet ise ne sıklıkta nöbet geçiriyorsunuz?

.....

27. En son ne zaman nöbet geçirdiniz?

.....

28.Epilepsi hastalığı ile baş etmede size destek olan kişiler var mı?

1. () Evet
2. () Hayır

29.Cevabınız evet ise bunlar kimlerdir?

1. () Aile üyeleri (eş veya çocuklar)
2. () Komşu
3. () Akraba
4. () Arkadaş
5. () Sağlık Personeli (doktor, hemşire, vs)
6. () Diğer.....

30. Epilepsi için aldığımız ilaç sayısı günde kaç tanedir?

1. () Günde 1 tane
2. () Günde 2 tane
3. () Günde 3 tane
4. () Günde 3 den fazla

31. ilaçlar nedeniyle herhangi bir yan etki yaşıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

32. cevabınız evetse yaşamınızı nasıl etkiliyor?

.....

EK-2. Epilepsinin Etkisi Ölçeği

Yapmakta olduğumuz bir araştırma için epilepsinizin (sara) ve epilepsi tedavinizin sizce günlük hayatınızı ne kadar etkilediğini öğrenmek istiyoruz. Bu nedenle aşağıda yer alan her soru maddesinin seçenekleri arasından size en uygun olanı daire içine almanızı rica ediyoruz.

a) Epilepsi ve epilepsi tedaviniz esiniz/birlikte olduğunuz kişiyle olan ilişkinizi etkiliyor mu?

Çok fazla 1

Biraz 2

Çok az 3

Hiç etkilemiyor 4

Evli değilim/birlikte
olduğum kimse yok. 5

b) Epilepsi ve epilepsi tedaviniz yakın aile çevrenizle olan ilişkinizi etkiliyor mu?

Çok fazla 1

Biraz 2

Çok az 3

Hiç etkilemiyor 4

c) Epilepsi ve epilepsi tedaviniz sosyal hayatınızı ve sosyal aktivitelerinizi etkiliyor mu?

Çok fazla 1

Biraz 2

Çok az 3

Hiç etkilemiyor 4

d) Epilepsi ve epilepsi tedaviniz para kazanabileceğiniz bir işte çalışıp/çalışmamanızı etkiliyor mu?

Çok fazla 1

Biraz 2

Çok az 3

Hiç etkilemiyor 4

e) Epilepsi ve epilepsi tedaviniz yaptığımız paralı işin türünü etkiliyor mu?

Çok fazla 1

Biraz 2

Çok az 3

Hiç etkilemiyor 4

Çalışmıyorum 5

f) Epilepsi ve epilepsi tedaviniz genel sağlığınızı etkiliyor mu?

Çok fazla 1

Biraz 2

Çok az 3

Hiç etkilemiyor 4

g) Epilepsi ve epilepsi tedaviniz arkadaşlarımızla olan ilişkinizi etkiliyor mu?

Çok fazla 1

Biraz 2

Çok az 3

Hiç etkilemiyor 4

h) Epilepsi ve epilepsi tedaviniz kendiniz hakkındaki duygularınızı etkiliyor mu?

Çok fazla 1

Biraz 2

Çok az 3

Hiç etkilemiyor 4

i) Epilepsi ve epilepsi tedaviniz planlarınızı ve gelecekle ilgili hedeflerinizi etkiliyor mu?

Çok fazla 1

Biraz 2

Çok az 3

Hiç etkilemiyor 4

j) Epilepsi ve epilepsi tedaviniz hayat standardınızı etkiliyor mu?

Çok fazla 1

Biraz 2

Çok az 3

Hiç etkilemiyor 4

EK-3. Epilepsi Bilgi Envanteri

Bu kısımda 16 farklı cümle göreceksiniz. Öncelikle lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyunuz ve daha sonra cevabınızı aşağıdaki puanlamaya bakarak yapınız. Eğer cümle;

Sizin için tamamen doğruysa: Doğru

Bu konuda bir fikriniz yoksa: Fikrim yok

Sizin için tamamen yanlışsa: Yanlış

seçeneklerinden sizin için en uygun olanını işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz.

	Doğru	Fikrim Yok	Yanlış
1. Epilepsi hastalığının pek çok türü vardır.			
2. Epilepsi hastalarının çoğu çalışabilir.			
3. Epilepsi hastalarının çoğu normal okullara giderler.			
4. Epilepsi hastaları nöbet sırasında tehlikelidirler.			
5. Bazı epilepsi nöbetleri birkaç saniye sürer.			
6. Epilepsi hastalarının çoğunun nöbetleri ilaçlarla kontrol edilebilir.			
7. Beyin ameliyatı, epilepsi nöbetlerini durdurmak için bazı durumlarda kullanılan bir yöntemdir.			
8. Epilepsi hastalarının çoğu normal bir zekaya sahiptir.			
9. Epilepsi hastaları is yaşamlarında en az diğer insanlar kadar başarılı olabilir.			
10. Epilepsi nöbeti, beyindeki sinir hücrelerinin anormal fonksiyon göstermesinden kaynaklanır.			
11. Epilepsi, tedavisi olmayan bir hastalıktır.			
12. Yetersiz uyku, stres ve alkol gibi sebepler nöbet geçirme ihtimalini artırabilir.			
13. Nöbet geçiren birini gördüğümüzde nöbetin bitmesi için soğan koklatmalıyız.			
14. Epilepsi hastaları, normal bir hayat sürdürebilirler.			
15. Bazı epilepsi nöbetlerinin başkaları tarafından fark edilmesi zordur.			
16. Epilepsi nöbeti geçiren birini gördüğümde nöbetin bitmesi için yüzüne su dökmeliyiz.			

EK-4. Epilepsi Tutum Envanteri

Bu kısımda 14 farklı cümle göreceksiniz. Öncelikle lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyunuz ve daha sonra cevabınızı aşağıdaki puanlamaya bakarak yapınız. Eğer cümle;

Sizin için tamamen doğruysa : Tamamen katılıyorum

Sizin için kısmen doğruysa : Katılıyorum

Bu konuda bir fikriniz yoksa : Fikrim yok

Sizin için kısmen yanlışsa : Katılmıyorum

Sizin için tamamen yanlışsa : Hiç katılmıyorum

seçeneklerinden sizin için en doğru olanı işaretleyiniz. Lütfen hiçbir soru atlamamaya özen gösteriniz.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Epilepsi hastası olsaydım, bunu arkadaşlarımdan gizlerdim.					
2. Bir arkadaşım epilepsi hastası olsaydı, ondan uzak dururdum.					
3. Epilepsi hastası olan biriyle flört ederdim.					
4. Epilepsi hastası olan birinin ise alınmasına karşı çıkardım.					
5. Ailemden birinin epilepsi hastası olması bana utanç verirdi.					
6. Çocuğumun epilepsi hastası olan biriyle evlenmesine karşı çıkardım.					
7. Epilepsi hastası olan biriyle evlenirdim.					
8. Eğer bir doktorun epilepsi hastası olduğunu bilseydim, ona daha az güvenirdim.					
9. Epilepsi hastası olan birinden uzak durmayı tercih ederim.					
10. Epilepsi hastası olmak utanılacak bir durumdur.					
11. Epilepsi hastası olan biriyle birlikte çalışmak beni rahatsız eder.					
12. Epilepsi hastası olan birinin yanında kendimi rahat hissederim.					
13. Epilepsi hastalarının ürkütücü olduklarını düşünürüm.					
14. Epilepsi hastalarının fiziksel olarak çekici olmadıklarını düşünürüm.					

EK-5. SF-36 Yasam Kalitesi Envanteri

YÖNERGE: Bu tarama formu size sağlığınızla ilgili g6r6şlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. B6t6n soruları belirtildiği Şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne Şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız, l6tfen en yakın cevabı işaretleyin.

1. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? (Birinin etrafına daire 6zizin).

1. M6kemmел 2. 6ok iyi 3. İyi 4. Fena değil
5. K6t6

2. Ge6en seneye karşılaştırıldığında, Şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1. Bir yıl 6nceye g6re 6ok daha iyi
2. Bir yıl 6nceye g6re daha iyi
3. Hemen hemen aynı
4. Bir yıl 6nceye g6re daha k6t6
5. Bir yıl 6nceye g6re 6ok daha k6t6

3. AŐađıdakiler normal olarak g6n i6erisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Őu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (Her satırda bir sayının etrafına daire 6zizin).

FAALİYETLER	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hi6 kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler , 6rneğin ağır eŐyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler , 6rneğin masa	1	2	3

kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak			
c. Çarşı-pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d. Birkaç merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	1	2	3
g. Bir kilometre'den fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
i. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak ya da giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde isinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kıstamak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde ya da faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş ya da diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde isinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. İş ya da diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak	1	2

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin).

1. Hiç 2. Biraz 3. Orta derecede 4. Epeyce
5. Çok fazla

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu? (Birinin etrafına daire çizin).

1. Hiç 2. Çok hafif 3. Hafif 4. Orta hafiflikte
5. Aşırı derecede 6. Çok aşırı derecede

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin).

1. Hiç Olmadı 2. Biraz 3. Orta derecede 4. Epeyce 5.
Çok fazla

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. (Her satırda bir sayının etrafına daire çizin). Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu? (Birinin etrafına daire çizin).

1. Her zaman 2. Çoğu zaman 3. Bazen 4. Çok ender 5. Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin).

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çok kere Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığı mı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
b. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir.	1	2	3	4	5

EK-6. KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda insanların bazen yaşadığı belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölççeğe göre değerlendirin:
Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0=Hiç yok 1=Biraz var 2=Orta derecede var. 3=Epey var 4=Çok fazla var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

	Hiç yok	Biraz var	Orta derecede	Epey var	Çok fazla var
1-İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2-Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3-Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4-Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5-Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6-Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7-Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8- Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9-Yaşamanıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10-İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11-İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12-Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13-Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14-Başka insanlarla beraber iken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15-İşleri bitirmek konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16-Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17-Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18-Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19-Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20-Kolayca incinebilmek, kırılmak	0	1	2	3	4

21-İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22-Kendini diğerlerinden aşağı görmek	0	1	2	3	4
23-Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24-Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25-Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26-Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27-Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28-Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29-Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30-Sıcak, soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31-Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32-Kafanızın "bomboş" kalması	0	1	2	3	4
33-Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34-Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35-Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36-Konsantrasyon da (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorluk çekme	0	1	2	3	4
37-Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38-Kendini gergin ya da tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39-Ölme ya da ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40-Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41-Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42-Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43-Kalabalıklarda rahatsızlık duyma	0	1	2	3	4
44-Başka bir insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45-Dehşet panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46-Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47-Yalnız bırakıldığında / kırıldığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48-Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49-yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50-Kendinizi değersiz görmek, değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51-Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52-Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53-Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

EK-7. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

CALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2'de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Epilepsili Hastaların Hastalıklarına Dair Tutumlarının Ruhsal Sağlık Ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Epilepsi önemli kronik hastalıklardan birisidir ve hastanın yaşamında önemli değişiklikler yaratmaktadır. Hastanın yaşam kalitesinde olumsuz etkileyen hastalık belirtileri yüzünden hastaların yaşamdan doyum alamamasına, düşük benlik saygısına sahip olmalarına ve ruhsal hastalıklara eğilimlerinin artmasına neden olmaktadır. Bu durum hastalığa uyumu zorlaştırmaktadır ve hastanın hastalığı kabullenme ve baş

etmesinde zorlanmasına neden olur. Hastanın, özellikle yeni tanı almış epilepsi hastasının hastalığı kabullenmesine, duygularını ifade edebilmesine yardımcı olabilmek çok önemlidir ve bu konuda yapılacak eğitimler, hastanın bilgilendirilmesi, hastalık konusunda doğru tutumlara sahip olması, hastanın ruhsal sağlığını korumasında, iyi yaşam kalitesine sahip olmasında ve yaşamdan doyum almasında önem arz etmektedir. Bu araştırma; Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran epilepsi hastalarının epilepsiye dair tutumlarını incelemek, ruhsal sağlıklarını değerlendirmek ve yaşam kalitesiyle ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Size altı bölümden oluşan 161soru içeren anketsel bir çalışma uygulanacaktır. Lütfen ankette yer alan soruları rahat ve herhangi bir endişe hissetmeden cevaplayınız. Formları rahat ve sakin bir ortamda doldurmanız uygun olacaktır. Uygun ortam araştırmacı tarafından sağlanacaktır. Anketleri okumakta zorluk çektiğiniz yerlerde size yardım edilecektir. İstedığınız soruları cevaplamama hakkınız bulunmaktadır. Anketlerin doldurulması 35-40 dakika arasında sürmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma epilepsi tanısı almış hastaların ruhsal sağlıklarının değerlendirilmesini, hastalık konusundaki tutumlarının değerlendirilmesini, hastalığın yaşam kalitelerinde meydana getirdiği değişimleri ortaya çıkarmak, eksikleri görmek ve bu konuda yapılacak olan eğitim planlarında taslak oluşturma adına önemli etki sağlayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur

Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya vereceğiniz cevaplarınız araştırma amacıyla kullanılacak ve bilgiler saklı tutulacaktır. Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Hemşire Tuğba Akyol Tel: 05074711924

2. Sevgi Nehir Türkmen Tel: 05334117402

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartışım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		


<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi


2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-8. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul
İzni

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	13 / 05 / 2015 / 20478486 - 214					
ARAŞTIRMANIN ADI	Epilepsili Hastaların Hastalıklarına Dair Tutumlarının Ruhsal Sağlık Ve Yaşam Kalitesine Etkisi					
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Sevgi Nehir TÜRKMEN - CBÜ. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD					
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Tuğba Akyol					
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	15 / 04 / 2015 / 164 – Tarih ve sayılı Araştırma dosyası					
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası görüşülmüş, Bilimsel ve etik açıdan oy birliği ile UYGUN bulunmuştur.					
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Erhun KASIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Derviş KILIÇ Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.						
 Doç. Dr. Peyker TEMİZ Başkan						

EK-9. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzin Yazısı


 CELAL BAYAR
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı :66459836-3-2.14.01/471
Konu : İh/da/2015

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Anabilim Dalınızın Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba AKYOL'un Tez Danışmanı olarak Yrd. Doç. Dr. Sevgi TÜRKMEN'in atanmasına, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Epilepsili Hastaların Hastalıklarına dair Tutumlarının Ruhsal Sağlık ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tez konusunun kabul edilmesine 10.04.2015 tarihli Enstitü Yönetim Kurulu'nda karar verilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

EK-10. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimlik İzin
Yazısı



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği

Başhekimlik Yazı İşleri

SAYI : 61804347-100/2560

KONU: Araştırma izni

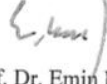
14/04/2015

Sayın Tuğba Akyol,

İLGİ: 13/04/2015 tarihli dilekçeniz.

İlgi yazınızda belirtilen "Epilepsili hastaların hastalıklarına dair tutumlarının ruhsal sağlık ve yaşam kalitesine etkisi" konulu araştırmanın gerçekleştirilmesi ve Nöroloji Anabilim Dalı kliniğine başvuran epilepsili bireylerle çalışmanız Bilimsel Etik Kurul süreci tamamlanması kaydıyla Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereği için bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Emin KURT
Başhekim

EK-11. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji
Anabilim Dalı İzin Yazısı


CBÜ Hafsa Sultan Hastanesi Nöroloji ABD
Başkanlığı'na,

CBÜ Sağlık Yüksekokulu'nda yüksek lisans yapmaktayım.

"Epilepsili Hastaların Hastalıklarına Dair Tutumlarının
Ruhsal Sağlık ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu
tezimi Nöroloji Polikliniği'ne başvurmuş epilepsili bireylerle
çalışmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

İznilenildi.


13.04.2015
Tuğba AKYOL


EK-12. Epilepsinin Envanterleri İzin Yazısı



tuğba akyol <tgbakyl@gmail.com>

ölçek izin

2 ileti

tuğba akyol <tgbakyl@gmail.com>
Alıcı: aydemirn@gmail.com

2 Ekim 2017 13:25

Merhaba Nuran Hanım,
Ben Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Hemşirelik'te yüksek lisans yapmakta olan bir öğrenciyim. "Epilepsili Hastaların Hastalıklarına Dair Tutumlarının Ruhsal Sağlık ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli tez çalışmamda sizin yapmış olduğunuz "Epilepsinin Etkisi Ölçeği, Epilepsi Bilgi Envanteri, Epilepsi Tutum Envanteri" ölçeklerini kullanmak için izninizi istiyorum.
Gereğini arz ederim.

Tuğba Akyol

nuran aydemir <aydemirn@gmail.com>
Alıcı: tuğba akyol <tgbakyl@gmail.com>

3 Ekim 2017 19:50

Tuğba Hanım merhaba,

Ekte size epilepsi bilgi, tutum ve en son geliştirdiklerimizden epilepsi kaygı ölçeğini yolluyorum. Impact (etki) ölçeği İngilizlerin geliştirdiği bir ölçektir ve bizde çalışmadığı için bunu geliştirmek zorunda kaldık.

Umarım yardımcı olurlar.

Simdiden çok kolay gelsin,

Nuran Aydemir

[Alınılan metin gizlendi]

2 eklenti

EPİLEPSİ KAYGI ÖLÇEĞİ.pdf
561K

EK-13. Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği) İzin Yazısı



tuğba akyol <tgbakyol@gmail.com>

ölçek izin

2 ileti

tuğba akyol <tgbakyol@gmail.com>
Alıcı: rukiye.boluktas@izu.edu.tr

2 Ekim 2017 14:32

Merhaba Rukiye Bölüktaş Hocam,
Ben Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Hemşirelik'te yüksek lisans yapmakta olan bir öğrenciyim. "Epilepsili Hastaların Hastalıklarına Dair Tutumlarının Ruhsal Sağlık ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli tez çalışmamda sizin geliştirip uyarlamış olduğunuz "SF-36 Yaşam Kalitesi Envanteri" ölçeğini kullanmak için izninizi istiyorum.
Gereğini arz ederim.

Tuğba Akyol

Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ <rukiye.boluktas@izu.edu.tr>
Alıcı: tuğba akyol <tgbakyol@gmail.com>

6 Ekim 2017 11:23

Sayın Akyol

Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyacağım. İyi çalışmalar dilerim.

Gönderen: tuğba akyol <tgbakyol@gmail.com>

Gönderildi: 2 Ekim 2017 Pazartesi 15:32:44

Kime: Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ

Konu: ölçek izin

[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-14. Kısa Semptom Envanteri İzin Yazısı



tuğba akyol <tgbakyol@gmail.com>

ölçek izin

2 ileti

tuğba akyol <tgbakyol@gmail.com>
Alıcı: nesrins@baskent.edu.tr

2 Ekim 2017 13:33

Merhaba Nesrin Hanım,
Ben Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Hemşirelik'te yüksek lisans yapmakta olan bir öğrenciyim. "Epilepsili Hastaların Hastalıklarına Dair Tutumlarının Ruhsal Sağlık ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli tez çalışmamda sizin geliştirdiğiniz uyarlanmış olduğunuz "Kısa Semptom Envanteri" ölçeğini kullanmak için izninizi istiyorum. Gereğini arz ederim.

Tuğba Akyol

Handan Deniz Ayalp <hdenizayalp@gmail.com>
Alıcı: tgbakyol@gmail.com

6 Ekim 2017 14:17

Aşağıda bulunan izin yazısı ve söz konusu ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Akyol,

Kısa Semptom Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak, Ölçeğin orijinalinin Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş olduğuyla ilişkili gerekli referansı da çalışmanızda vermeniz gerektiğini de lütfen ihmal etmeyiniz. Ekte ölçeğin kullanılacak formunu ve ilgili literatürü gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

2 Ekim 2017 17:14 tarihinde Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com> yazdı:
:):)

Begin forwarded message:

From: tuğba akyol <tgbakyol@gmail.com>
Subject: ölçek izin
Date: October 2, 2017 at 7:33:27 AM EDT
To: nesrins@baskent.edu.tr

[Alıntılanan metin gizlendi]

--
This message has been scanned for viruses and dangerous content by MailScanner, and is believed to be clean.

4 eklenti

KSE ÖLÇEK (TEK SAYFA).pdf
201K

11. ÖZGEÇMİŞ

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Tuğba	Soyadı	AKYOL
Doğum Yeri	Rize	Doğum Tarihi	03.03.1989
Uyruğu	T.C.	Tel	05074711924
E-mail	tgbakyol@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Sağlık Yüksek Okulu	2011
Lise	Rize Anadolu Lisesi	2007

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Manisa CBÜ Hafsa Sultan Hastanesi	2011- halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	orta

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	41							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	75,95	77,29	67,35

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Excel,...)	iyi

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HEMŞİRELİK ANABİLİM BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: Epilepsili Hastaların Hastalıklarına Dair Tutumlarının Ruhsal Sağlık Ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Tezime ilişkin 09/08/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinalite raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 27'tir.

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

Tarih ve İmza
09.08.2018

Adı Soyadı : TUĞBA AKYOL
Öğrenci No : 131346001
Anabilim Dalı : HEMŞİRELİK
Programı : TEZLİ YÜKSEK LİSANS

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

(Unvan, Ad Soyad, İmza)

Dr.Öğr.Üyesi Sevgi Nehir TÜRKMEN

Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orjinalite Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-**İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik oranı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinalite Raporu" formuna işlenir.

7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinalite Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>