

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**İDYOPATİK JENERALİZE VE MEZYAL TEMPORAL
LOB EPİLEPSİLİ OLGULARDA SAĞLIKLI KONTROL
GRUPLA KARŞILAŞTIRMALI OLARAK DEPRESYON,
ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE BENLİK SAYGISI
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Evren ÇABUK

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Belma BEKÇİ**

İstanbul, Ağustos 2014

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın verileri İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji bölümünde ayakta tedavi gören epilepsi hastalarından elde edilmiştir. Bu çalışma boyunca araştırmanın planlanma aşamasındaki yardımları ve verileri toplama sürecindeki katkılarından dolayı Prof.Dr. Betül Baykan'a teşekkür ediyorum.

Tez çalışmam boyunca her türlü desteğini eksik etmeyen değerli bilgileri, görüş ve önerileriyle çalışmanın yürütülmesinde, analiz ve rapor aşamasında yol gösterici olan danışmanım Doç. Dr. Belma Bekçi'ye teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara teşekkürlerimi iletiyorum.

Tez yazma sürecim boyunca maddi ve manevi desteğini eksik etmeyen ve sonsuz sevgi ve anlayışıyla beni sürekli destekleyen sevgili eşim Durmuş Çabuk'a teşekkür ederim.

İstanbul, 2014

Evren Çabuk

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
Tablolar Listesi	I
Şekiller Listesi	III
Özet.....	IV
Abstract.....	V
BÖLÜM 1	1
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Epilepsi Tanımı ve Sınıflandırılması.....	1
1.2. Epilepside Sık Görülen Sendromlar.....	5
1.2.1. Mezyal Temporal Lob Epilepsisi (MTLE).....	5
1.2.2. İdyopatik (Genetik) Jeneralize Grup.....	6
1.3. Epilepsinin Epidemiyolojisi.....	6
1.4. Epilepside Nöbetler.....	7
1.4.1. En Sık Görülen Nöbet Tipleri.....	7
1.4.1.1. Jeneralize Tonik-Klonik Nöbet.....	7
1.4.1.2. Absans-Petit Mal Nöbet.....	7
1.4.1.3. Kısmi Basit Tip Nöbetler.....	8
1.4.1.4. Kompleks Kısmi Nöbetler (Psikomotor ya da Temporal Lob Nöbetler).....	8
1.4.1.5. Atonik Nöbetler (Düşme Atakları).....	8
1.4.1.6. Miyoklonik Nöbetler.....	8
1.4.2. Nöbetleri Tetikleyen Durumlar.....	9
1.5. Epilepside Etyolojik Faktörler.....	9
1.6. Epilepsinin Hastaların Sosyal Hayatı Üzerindeki Etkisi.....	10
1.6.1. Stigma.....	10
1.6.2. Epilepsi ve Çocuk Sahibi Olma.....	11
1.6.3. Epilepsi ve Askerlik.....	12
1.6.4. Epilepsi ve Meslek Sahibi Olma.....	12
1.6.5. Epilepsi ve Araba Kullanımı.....	12
1.6.6. Epilepsi ve Gençlik.....	12

1.7. Yaşam Kalitesi ve Epilepsi.....	13
1.7.1. Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	15
1.7.1.1. Depresyon.....	15
1.7.1.2. Benlik Saygısı.....	17
1.7.1.3. Sosyal Destek.....	18
1.8. Amaçlar.....	19
BÖLÜM 2	21
2. YÖNTEM.....	21
2.1. Katılımcılar.....	21
2.2. Veri Toplama Araçları.....	22
2.2.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu.....	22
2.2.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form-36).....	22
2.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	23
2.2.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	23
2.2.5. Beck Depresyon Envanteri.....	24
2.2.6. Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	24
2.3. İşlem Yolu.....	25
BÖLÜM 3	26
3. BULGULAR.....	26
3.1. Sosyo-demografik özellikler.....	27
3.1.1. Betimsel İstatistik Analiz Sonuçları.....	27
3.1.2. Klinik Örneklemde Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırmalar.....	28
3.1.2.1. Cinsiyete Bağlı Farklar.....	28
3.1.2.2. Yaşa Bağlı Farklar.....	30
3.1.2.3. Eğitimi Bağlı Farklar.....	31
3.1.2.4. Medeni Duruma Bağlı Farklar.....	32
3.1.2.5. Gelir Düzeyine Bağlı Farklar.....	33
3.1.2.6. Nöbet Şiddetine Bağlı Farklar.....	35
3.1.2.7. Nöbet Sıklığına Bağlı Farklar.....	36
3.2. Klinik Örneklem ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....	38
3.2.1. Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması.....	38

3.2.2. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	39
3.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Puanlarının Karşılaştırılması	41
3.2.4. Back Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması	42
3.2.5. Klinik Örneklemelerin Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması	43
3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Korelasyon Matrisi	44
3.3.1. Tüm Katılımcılardan Elde Edilen Korelasyon Matrisi	44
3.3.2. İdyopatik Jeneralize Epilepsi Grubundan Elde Edilen Korelasyon Matrisi	45
3.3.3. Mezyal Temporal Lob Epilepsi Grubundan Elde Edilen Korelasyon Matrisi	46
3.3.4. Kontrol Grubu Katılımcılarından Elde Edilen Korelasyon Matrisi	47
3.4. Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesinin Yordanabilirliği	53
BÖLÜM 4.....	54
4. TARTIŞMA	54
4.1. Klinik Örneklemde Sosyo-Demografik Değişkenlere Bağlı Farkların Değerlendirmesi	54
4.1.1. Cinsiyete Bağlı Farkların Değerlendirmesi	54
4.1.2. Yaşa Bağlı Farkların Değerlendirmesi	55
4.1.3. Eğitime Bağlı Farkların Değerlendirmesi	55
4.1.4. Medeni Duruma Bağlı Farkların Değerlendirmesi	55
4.1.5. Gelir Düzeyine Bağlı Farkların Değerlendirmesi	56
4.1.6. Nöbet Şiddetine Bağlı Farkların Değerlendirmesi	56
4.1.7. Nöbet Sıklığına Bağlı Farkların Değerlendirmesi	57
4.2. Klinik Örneklem ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılmasına İlişkin Değerlendirmeler	58
4.2.1. Yaşam Kalitesi-SF36 Puanları Arasındaki Farkların Değerlendirmesi	58

4.2.2. Algılanan Sosyal Destek Puanları Arasındaki Farkların Değerlendirmesi	58
4.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Farkların Değerlendirmesi	59
4.2.4. Beck Depresyon Puanları Arasındaki Farkların Değerlendirmesi	59
4.2.5. Klinik Örneklemelerin Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki Farkların Değerlendirmesi	60
4.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Korelasyonlarına İlişkin Değerlendirmeler	61
4.3.1. Tüm Katılımcılardan Elde Edilen Korelasyonlara İlişkin Değerlendirmeler	61
4.3.2. İdyopatik Jeneralize Epilepsi Grubundan Elde Edilen Korelasyonlara İlişkin Değerlendirmeler	61
4.3.3. Mezyal Temporal Lob Epilepsi Grubundan Elde Edilen Korelasyonlara İlişkin Değerlendirmeler	63
4.3.4. Kontrol Grubu Katılımcılarından Elde Edilen Korelasyonlara İlişkin Değerlendirmeler	64
4.4. Sınırlılıklar	64
BÖLÜM 5.....	66
5.SONUÇ VE ÖNERİLER	66
6.KAYNAKLAR.....	68-78
7.EKLER.....	79-89
8. ÖZGEÇMİŞ.....	90

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1.1. Epilepsilerin Klinik ve Elektroensefalografik Sınıflaması.....	3
Tablo 1.2. Epilepsilerin ve Epileptik Sendromların Uluslararası Sınıflaması....	4
Tablo 3.1. Klinik Örneklem ve Kontrol Gruplarında Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Betimsel İstatistik ve X ² Analiz Sonuçları.....	27
Tablo 3.2. Klinik Örneklemde Cinsiyet Değişkenine Bağlı Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarında Gözlenen Farklar....	29
Tablo 3.3. Klinik Örneklemde Yaş Değişkenine Bağlı Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarında Gözlenen Farklar.....	30
Tablo 3.4. Klinik Örneklemde Yaş Değişkenine İlişkin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	31
Tablo 3.5. Klinik Örneklemde Medeni Durum Değişkenine Bağlı Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarında Gözlenen Farklar.....	32
Tablo 3.6. Klinik Örneklemde Gelir Düzeyi Değişkenine Bağlı Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarında Gözlenen Farklar.....	33
Tablo 3.7. Klinik Örneklemde Gelir Düzeyi Değişkenine İlişkin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	33
Tablo 3.8. Klinik Örneklemde Nöbet Şiddeti Değişkenine Bağlı Yaşam Kalitesi Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarında Gözlenen Farklar.....	35
Tablo 3.9. Klinik Örneklemde Nöbet Şiddeti Değişkenine İlişkin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	36
Tablo 3.10. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarının Nöbet Sıklığı Değişkenine Göre Farklar.....	37
Tablo 3.11. SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarında Hasta ve Kontrol Grupları Farkları.....	38
Tablo 3.12. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarında Hasta ve Kontrol Grupları Çoklu Karşılaştırma Farkları.....	39

Tablo 3.13. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarında Hasta ve Kontrol Grupları Farkları.....	40
Tablo 3.14. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanında Hasta ve Kontrol Grupları Farkları.....	41
Tablo 3.15. Benlik Saygısı Puanlarında Hasta ve Kontrol Grupları Çoklu Karşılaştırma Farkları.....	41
Tablo 3.16. Beck Depresyon Ölçeği Puanında Hasta ve Kontrol Grupları Farkları.....	42
Tablo 3.17. Çalışmanın Tüm Katılımcılarından Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	48
Tablo 3.18. Çalışmanın İdyopatik Jeneralize Epilepsi Grubu Katılımcılarından Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	49
Tablo 3.19. Çalışmanın Mezyal Temporal Lob Epilepsi Grubu Katılımcılarından Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	50
Tablo 3.20. Çalışmanın Sağlıklı Kontrol Grubu Katılımcılarından Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	51
Tablo 3.21. Çalışmada Ölçek Puanları Arasında Anımlı Bulunan Korelasyon Katsayılarına İlişkin Özet Tablo.....	52
Tablo 3.22. Klinik Örnekleimde Yaşam Kalitesi-SF36, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarından Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesinin Yordanabilirliği.....	53

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 3.1. Klinik Örnekleme Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanlarında Cinsiyete Bağlı Gözlenen Farklar.....	29
Şekil 3.2. Klinik Örnekleme Beck Depresyon Envanteri Puanında Cinsiyete Bağlı Gözlenen Farklar.....	30
Şekil 3.3. Klinik Örnekleme Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanında Yaşa Bağlı Gözlenen Farklar.....	31
Şekil 3.4. Klinik Örnekleme Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanında Medeni Duruma Bağlı Gözlenen Farklar.....	32
Şekil 3.5. Klinik Örnekleme Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanında Gelir Düzeyine Bağlı Gözlenen Farklar.....	34
Şekil 3.6. Klinik Örnekleme Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanında Gelir Düzeyine Bağlı Gözlenen Farklar.....	34
Şekil 3.7. Klinik Örnekleme Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanlarında Nöbet Şiddetine Bağlı Gözlenen Farklar.....	36
Şekil 3.8. Klinik Örnekleme Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanlarında Nöbet Sıklığına Bağlı Gözlenen Farklar.....	37
Şekil 3.9. Klinik Gruplar ile Karşılaştırma Grubunda Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanlarında Gözlenen Farklar.....	39
Şekil 3.10. Klinik Gruplar ile Karşılaştırma Grubunda Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarında Gözlenen Farklar.....	40
Şekil 3.11. Klinik Gruplar ile Karşılaştırma Grubunda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanında Gözlenen Farklar.....	42
Şekil 3.12. Klinik Gruplar ile Karşılaştırma Grubunda Beck Depresyon Envanteri Puanında Gözlenen Farklar.....	43
Şekil 3.13. Klinik Gruplarda Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanında Gözlenen Farklar.....	44

ÖZET

İDYOPATİK JENERALİZE VE MEZYAL TEMPORAL LOB EPİLEPSİLİ OLGULARDA SAĞLIKLI KONTROL GRUPLA KARŞILAŞTIRMALI OLARAK DEPRESYON, ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE BENLİK SAYGISI DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu tez çalışmasında, idyopatik jeneralize ve mezyal temporal lob epilepsi tanısı almış bireylerin 'sağlıklı' kontrol grubu ile karşılaştırmalı bir şekilde depresyon, benlik saygısı düzeyleri, algıladıkları çok boyutlu sosyal destek ve yaşam kalitesi seviyeleri incelenmiştir. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Bölümü'nde ayakta tedavi gören 18-50 yaşları arasında toplam 51 idyopatik jeneralize, 34 mezyal temporal lob olmak üzere toplam 85 epilepsi hastası ve 44 sağlıklı gönüllü birey çalışmada yer almıştır. Çalışmanın verileri Sosyo-demografik Bilgi Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36, Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Epilepsiye İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre, Yaşam Kalitesi-SF36 alt boyutlarından ağrı, emosyonel rol ve fiziksel rol ile Benlik Saygısı ve Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Ağrı ve emosyonel rol alt boyutları ve Benlik Saygısı alanlarında her iki klinik örneklem grubu kontrol grubundan anlamlı fark gösterirken; fiziksel rol alanında yalnızca mezyal temporal lob epilepsili grup kontrol grubundan anlamlı bir fark göstermiştir. Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi açısından ise iki klinik grup anlamlı bir fark göstermiş, idyopatik jeneralize grubunun yaşam kalitesi mezyal temporal lob epilepsi grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Literatürle genel olarak uyumluluk sergileyen bu bulgular, uygulama alanına katkılar sağlayacak şekilde literatür bağlamında değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İdyopatik jeneralize epilepsi, mezyal temporal lob epilepsisi, yaşam kalitesi, algılanan sosyal destek, benlik saygısı, depresyon.

SUMMARY

COMPARISON OF DEPRESSION, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND SELF ESTEEM LEVELS IN PEOPLE WITH DIAGNOSIS OF IDIOPATHIC GENERALIZED EPILEPSY AND MESIAL TEMPORAL LOB EPILEPSY IN A COMPARATIVE MANNER WITH HEALTHY PEOPLE

In this study the depression, self-esteem levels, perceived social support and quality of life in a multi-dimensional levels in people with a diagnosis of idiopathic generalized epilepsy and mesial temporal lobe epilepsy were examined. The sampling of the research consisted of 51 people with idiopathic generalized epilepsy, 34 people with mesial temporal lobe epilepsy who is applying for neurology clinic of İstanbul University of Medical Faculty Hospital and 44 healthy volunteer people. The data were collected by using Sociodemographic Information Form, Quality of Life Scale-SF36, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Rosenberg Self-esteem Scale, Beck Depression Inventory and Specific Quality of Life in Epilepsy-10. According to the results of the research, it was found that there were significant differences in the scores of Quality of Life-SF36 subscales of the "pain", "emotional role" and "physical role"; Specific Quality of Life in Epilepsy-10 and Self-Esteem. In the pain and emotional role subscales and Self Esteem Scale while both clinical samples differed significantly from control group; with respect to physical role subscale there was a significant difference among the mesial temporal lobe epilepsy group and control group. In terms of Specific Quality of Life in Epilepsy-10 there was a significant difference between the both clinic group. Idiopathic generalized group had higher quality of life values than mesial temporal lobe group. The findings were generally consistent with the literature and in literature context this findings evaluated to provide contribution to the application area.

Key Words: Idiopathic generalized epilepsy, mesial temporal lobe epilepsy, quality of life, perceived social support, self esteem, depression.

BÖLÜM 1

1. GİRİŞ

1.1. Epilepsi Tanımı ve Sınıflandırılması

Epilepsi, gelişmiş ve gelişme gösteren ülkelerde en sık karşılaşılan gerek tek başına gerekse diğer hastalıklara eşlik eden bir semptom olarak morbiditeyi, mortaliteyi, iş verimini ve ülke ekonomisini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır (Yılmaz, Mavioğlu, Tosun ve Okudur, 2000). Epilepsi sözcüğü eski Yunan dilindeki "epilepsia"dan türemiştir ve nöbet anlamına gelmektedir (Baykan, Bebek, Gürses ve Gökyiğit, 2010). Tüm dünyada yaklaşık 40 milyon kişi üzerine etki eden epilepsi ciddi bir halk sağlık problemidir (Mendez, 2000).

Epilepsi; beyin nöronlarındaki uyarılmanın artmasından (nöronal hiperekstabilite) kaynaklanan klinik bir durumdur. Epilepsi nöbeti; gri maddede oluşan artmış, hızlı ve yerel elektriksel boşalmalar sonucu başlar ve klinikte belirli bir süre için bilinç, davranış, duygu, hareket veya algılama fonksiyonlarında ani başlayan, kısa süreli ve geçici stereotipik değişiklik gözlemlenir. Epilepsi kronik olarak tekrarlayan bir şekilde ortaya çıkan, tetiklenmemiş nöbetlerin eşlik ettiği durumdur, bu sebeple sadece bir tetiklenmemiş nöbet epilepsi tanısını almaz (Baykan, Bebek, Gürses ve Gökyiğit, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 'Epilepsi Sözlüğü'nde' epilepsi, "beyin nöronlarının aşırı boşalmasına bağlı ortaya çıkan, tekrarlayan nöbetlerle seyreden, farklı etiyojileri olan kronik beyin hastalığı olarak tanımlanmıştır" (Duffy, 1998 akt., Cankurtaran, Uluğ ve Saygı, 2004).

Epilepsinin altında yatan birçok neden olmasına karşın vakaların çoğunda kesin bir etiyojisi saptanamaz. Epilepsi tanısı klinik olarak konmakla birlikte elektroensefalografi (EEG) ve nöro-görüntüleme bulguları da tanı ve ayırıcı tanıda çok önemlidir.

Epilepsi tek başına bir hastalık değil (febril konvulsiyon gibi), çeşitli sebeplerden kaynaklanan temelde yatan beyin işlev bozukluklarının bir göstergesidir. Tek ya da ara

sıra olan ve akut bir hastalık sırasında oluşan epileptik nöbetler epilepsi olarak sınıflandırılmamalıdır (Sisodiya ve Duncan, 2004).

J.H. Jackson, 19. yüzyılın sonlarında ilk defa epilepsinin modern tanımını “sinir dokusunun ara sıra, aşırı, düzensiz deşarjı” olarak açıklamıştır (Jackson, 1951; aktaran Wolf, 2000). Epilepsi bugüne kadar çok çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Son olarak nöbetlerin sınıflandırılmasında Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (The International League Against Epilepsy: ILAE) Terminoloji ve Sınıflandırma Komisyonu’nun 1981 yılında yapmış olduğu sınıflandırma ölçütleri temel alınmıştır (Yılmaz, Mavioğlu, Tosun ve Okudur, 2000). Tablo 1.1. ve Tablo 1.2. ilgili komisyonun sırasıyla 1981 ve 1989 yıllarına ait sınıflandırmasını içermektedir.

Korteksin sınırlı bir alanından kaynaklanan nöbetler parsiyel olarak, başlangıçtan itibaren simetrik ve senkron olarak tüm korteksi tutan nöbetler ise jeneralize nöbetler olarak isimlendirilir. Yetersiz veriler nedeniyle şimdiye kadar tanımlanmış olan sınıflandırmaya dâhil edilemeyen nöbetlerin tümü “sınıflandırılmayan epileptik nöbet” grubuna girer. Nöbetlerin tekrarlama özelliklerine veya nöbeti ortaya çıkaran tetikleyici olaylara göre sınıflandırma (örneğin menstrüel siklus veya uyku-uyanıklık) ek sınıflandırma içerisinde yapılır (Baykan, Bebek, Gürses ve Gökyiğit, 2010).

Sınıflamanın gösterdiği gibi epilepsi birbirinden çok farklı klinik sendromlar gösteren, çok farklı etiyolojileri olan heterojen bir tablodur. Bazı epilepsi tabloları (idyopatik jeneralize grup) genetik olarak belirlenmiştir ve grup içinde genel olarak juvenil miyoklonik epilepsi gibi iyi seyrettiği ve tedaviye yanıtı olduğu bilinen sendromlar vardır. Öte yandan mezyal temporal lob epilepsisi gibi bir diğer örnek ise beyinde hipokampal ve diğer mezyal temporal lob yapılarında skleroz ile giden semptomatik ve genelde ilaç tedavisine yanıtı, kötü seyirli bir tablodur (Uysal,2008).

Tablo 1.1. Epilepsilerin Klinik ve Elektroensefalografik Sınıflaması (ILAE, 1981)

I-Parsiyel (fokal, lokal) nöbetler	
A. Basit parsiyel nöbetler (bilinç durumu bozulmaksızın)	
1-Motor semptomlu a) Fokal motor b) Yayılan fokal motor (Jacksonyen) c) Versif d) Postural e) Fonatuvar (vokalizasyon veya konuşmanın durması)	2-Somatosensoryel veya özel duyuusal semptomlu a) Somatosensoryel b) Görsel c) İşitsel d) Olfaktor e) Gustatuvar f) Vertigo hissi
3-Otonomik semptomlu	4-Psişik semptomlu a) Disfazik b) Dismnezik (örn., déjà-vu) c) Kognitif (hayal durumu, zaman hissini bozulması) d) Afektif (korku, öfke vb.) e) İlüzyonlar (örn., makropsi) f) Halüsinasyonlar (örn., müzik parçaları)
B. Kompleks parsiyel nöbetler (bilinç bozukluğu ile giden)	
1-Basit parsiyel başlangıcı izleyen bilinç bozukluğu a) Basit parsiyel özelliklerin ardından bilinç bozukluğu b) Otomatizmlerle giden	2-Bilinç durumunun başlangıçtan itibaren bozulması a) Sadece bilinç bozukluğu ile giden b) Otomatizmlerle giden
C. Sekonder jeneralize nöbete dönüşen	
1-Basit parsiyel nöbetin (A) jeneralize nöbete dönüşmesi 2-Kompleks parsiyel nöbetin (B) jeneralize nöbete dönüşmesi 3-Basit parsiyel nöbetin kompleks parsiyel nöbete dönüşmesi ve ardından jeneralize nöbete dönüşmesi	
II-Jeneralize nöbetler (konvülfif veya non-konvülfif)	
A.1-Absans nöbetleri a) Sadece bilinç bozukluğu ile giden b) Hafif klonik komponentli c) Atonik komponentli d) Tonik komponentli e) Otomatizmlerle f) Otonomik komponentli	2-Atipik absans a) Tonus değişikliği A.1'den daha belirgin olan b) Başlangıç ve/veya sonlanmanın ani olmaması
B. Miyoklonik nöbetler (tek veya çok)	C. Klonik nöbetler
D. Tonik nöbetler	E. Tonik-klonik nöbetler
F. Atonik nöbetler (astatik)	
III-Sınıflandırılmayan epileptik nöbetler (yetersiz bilgi)	

Tablo 1.2. Epilepsilerin ve Epileptik Sendromların Uluslararası Sınıflaması (ILAE, 1989)

I. Lokalizasyona bağlı (fokal, lokal, parsiyel) epilepsiler ve sendromlar
1. İdyopatik (yaşa bağlı başlangıç) * Santrotemporal dikenli selim çocukluk çağı epilepsisi * Oksipital paroksizmlı çocukluk çağı epilepsisi * Primer okuma epilepsisi
2. Semptomatik * Temporal lob epilepsisi * Frontal lob epilepsisi * Parietal lob epilepsisi * Oksipital lob epilepsisi * Çocukluk çağı kronik progresif epilepsia parsiyalis kontinuası * Spesifik faktörlerle uyarılan nöbetlerle karakterize sendromlar
3. Kriptojenik
II. Jeneralize epilepsiler ve sendromlar
1. İdyopatik (yaşa bağlı başlangıç-yaş sırasına göre sıralanmıştır) * Selim ailesel yenidoğan konvülsyonları * Selim yenidoğan konvülsyonları * Süt çocukluğunun selim miyoklonik epilepsisi * Çocukluk çağı absans epilepsisi (piknolepsi) * Jüvenil absans epilepsisi * Jüvenil miyoklonik epilepsi (impulsif petit mal) * Uyanırken gelen grand mal nöbetli epilepsi * Diğer jeneralize idyopatik epilepsiler * Belirli aktivasyon yöntemleriyle uyarılan epilepsiler
2. Kriptojenik veya semptomatik (yaş sırasına göre) * West sendromu (infantil spazmlar, Blitz-Nick-Salaam Kraempfe) * Lennox-Gastaut sendromu * Miyoklonik astatik nöbetli epilepsi * Miyoklonik absanslı epilepsi
3. Semptomatik * Spesifik olmayan etyolojili * Erken miyoklonik ensefalopati * (Supression-burst'lu) Erken infantil epileptik ensefalopati * Diğer semptomatik jeneralize epilepsiler
-Spesifik sendromlar
III. Fokal veya jeneralize olduğu belirlenemeyen epilepsiler
1. Jeneralize ve fokal nöbetli epilepsiler * Yenidoğan konvülsyonları * Süt çocuğunun ağır miyoklonik epilepsisi * Yavaş dalga uykusu sırasında devamlı diken-dalgalı epilepsi * Edinsel epileptik afazi (Landau-Kleffner Sendromu) * Diğer belirlenemeyen epilepsiler
2. Jeneralize veya fokal özelliği ayırdedilemeyenler (uykuda gelen grand mal nöbet olguları gibi)
IV. Özel (ölgün) sendromlar
1. Duruma bağlı nöbetler (Gelegenheitsanfaelle) * Febril konvülsyonlar * İzole nöbet veya izole status epileptikus * Akut metabolik veya toksik nedenlere bağlı nöbetler

1.2. Epilepside Sık Görülen Sendromlar

1.2.1. Mezyal Temporal Lob Epilepsisi (MTLE)

Temporal lob epilepsileri gerek etiyoloji gerekse de başlangıç yaşı, hastalığın seyri (prognoz) ve tedaviye verdikleri cevap açısından heterojen bir hastalık grubudur. Temporal lob epilepsileri, anatomik olarak lateral ve mezyal temporal lob epilepsileri olmak üzere ikiye ayrılır. Bütün epilepsi türleri arasında temporal lob epilepsilerinin toplumda rastlanma sıklığı %30-35'dir. Bu oranın içinde 2/3'ü mezyal temporal lobdadır (Mathern, Babb, Pretorius, Melendez, Levesque, 1995; Akt. Bilginer ve Akalan, 2006).

Mezyal temporal lob epilepsisi, amigdala ve hippokampus gibi beynin mezyal temporal lob kısımlarında meydana gelen nöbetlerdir (Babb, Brown, 1987, aktaran Tudesco ve ark., 2010). Bu sendromun ana özellikleri şunlardır: Çoğu hastanın özgeçmişinde komplike olmuş (yarım saatten uzun süren veya nörolojik lateralizasyon bulgusu veren) ateşli nöbet geçirme öyküsü bulunmaktadır. Ailede epilepsi öyküsü vardır. Genelde ilk 10 yılın son yarısında başlamaktadır. Ergenlik ve genç erişkinlik döneminde nöbetlerde düzelme olmasının ardından tekrar başlayıp ilaç tedavisine dirençli hale gelmesi tipik özelliğidir. İnteriktal davranış özellikleri (sıklıkla depresyon) görülmektedir (Cankurtaran, Uluğ, Saygı, Tiryaki, Akalan, 2005).

Mezyal temporal lob epilepsisinde nöbetlerin özellikleri şunlar olarak sıralanmaktadır: Aura olarak da isimlendirilen, hastanın nöbetten önce farkına vardığı öncü belirti söz konusudur. Bu aura MTS'de en sık olarak mideden yükselen tuhaf bir his şeklinde tarif edilir. Bunun dışında diğer otonom ve psişik semptomlar (de javu vb.) emosyonlar (en sık korku), koku ve tat duyularına ilişkin duyumsamalar da aura olarak görülebilir. Bazen aura denilen bu fokal nöbet kabul edilebilecek durumu, şuur kaybı ve diğer nöbet belirtileri takip etmeyebilir; yani izole aura söz konusu olabilir. En tipik nöbet kompleks parsiyel nöbetlerdir. Genellikle temporal aurayı izleyerek, bazen de aniden durma ve donmayı izleyen ağız şapırdatma ve yutkunma, yalanma hareketleri gibi orolalimenter otomatizmler görülür. Genelde 1-2 dakika sürer. Fokal motor veya spesifik duyuşal semptomlar ile birlikte (örn., görme kaybı veya parestezi vb.) nöbetin başlaması MTS'de görülmez (Baykan, Bebek, Gürses ve Gökyiğit, 2010).

1.2.2. İdyopatik (Genetik) Jeneralize Epilepsi (İJE)

İdyopatik jeneralize grup iki taraflı, senkronize boşalımmlarla karakterize bir durumdur. Nöbet tipleri absans, miyoklonik ve tonik-klonik nöbetlerdir; en sık görülen idyopatik jeneralize sendromları ise çocukluk çağı-juvenil absans epilepsisi ve juvenil miyoklonik epilepsidir. İdyopatik epilepsi genetik yapılı ve çocuklukta ortaya çıkan bir sendromdur (Banerjeea, Filippi, ve Hauser, 2009; Li ve ark., 2012). Çoğu olguda nöbetler genelde çocuklukta veya ergenlikte başlar fakat hastaların nöbetleri yetişkinlik döneminde de devam eder ya da ilaç tedavisine ihtiyaç duyarlar. Bazı olgularda ise başlangıç yaşı 20 yaşından sonra olabilmektedir. Genelde idyopatik jeneralize grup % 54-82 oranında tedaviye yanıt vermektedir (Kharazmi, Peltola, M., Fallah, Keranen,Peltola, J., 2010).

Beyinlerinde altta yatan yapısal bir patoloji veya nörolojik semptom bulunmayan idyopatik jeneralize epilepsi hastaları üzerinde aile çalışmaları da yürütülmüş, elde edilen sonuçlar hastalığın genetik doğasına ilişkin önemli ipuçları vermiştir. Çalışmaların sonuçlarına göre; birinci derecede epilepsi tanısı almış akrabası olan bir bireyin, genel popülasyona oranla epilepsiye yakalanma riski 2.5-4 kat daha fazladır (Annegers ve ark., 1996; Weissbecker ve ark., 1999).

İdyopatik jeneralize epilepsiler (İJE) genellikle yaşamın ilk yirmi yılında ortaya çıkmaktadırlar ve çeşitli alt sendromları bulunmaktadır (Özemir, Baykan, Gürses, Güryiğit, 2012). Başlangıç yaşına ve nöbet tiplerine göre birbirlerinden ayrılan bu sendromlar şu şekilde sıralanmaktadır: İyi huylu ailesel yenidoğan nöbetleri, iyi huylu yenidoğan nöbetleri, bebekliğin iyi huylu miyoklonik epilepsisi, çocukluğun absans epilepsisi (piknolepsi), juvenil absans epilepsisi, juvenil miyoklonik epilepsi, uyanırken grand-mal epilepsisi, diğer jeneralize epilepsiler (Marini, King, Archer, Newton, Berkovic, 2003).

1.3. Epilepsinin Epidemiyolojisi

Epilepsi çok eski çağlardan beri var olan ırk, cins, yaş, cinsiyet ve sınıf farkı olmaksızın her bireyde ortaya çıkabilen, morbiditesi yüksek nörolojik bir hastalıktır (Erdoğan, Yiğit ve Yeni, 2001). Gelişmiş ülkelerde daha çok ortaya çıkan epilepsi en yaygın ciddi nörolojik hastalıktır (Sisodiya ve Duncan, 2004). Epilepsi toplumda çok rastlanan bir hastalık olup, beyin damar hastalıklarından sonra en sık görülen nörolojik

hastalık olarak sınıflandırılmaktadır (Bek ve ark., 2009).Epilepsinin yeni olgu görülme sıklığı toplumdan topluma değişiklik gösterse de, genelde yılda 20-50/100.000'dir. Aktif epilepsi prevalansı ise 4-10/1000 olarak verilmektedir (Baykan ve ark., 2010). Olguların görülme sıklığının cinsiyete göre farklılık gösterdiğini ortaya koyan çalışmalar da vardır. Örneğin, Şenol, Soyuer, Arman ve Öztürk'ün (2007) çalışmasında erkek epilepsi olguların kadın olgulara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. Yine Mollaoğlu'nun (2001) çalışmasında epilepsisi olan erkeklerin oranı %54,4 olarak bulunmuştur.

1.4. Epilepside Nöbetler

Yukarıda yaygın olarak kullanılan sınıflama sistemlerine göre epilepsi türleri belirtilmiştir. Bu başlık altında ise, genel olarak nöral boşalımın beyindeki yerine göre değişen, nöbet tipleri ayrıntılı bir şekilde açıklanacaktır (Baykan, Bebek, Gürses, ve Gökyiğit, 2010).

1.4.1. En Sık Görülen Nöbet Tipleri

Uluslar Arası Epilepsi İle Savaş Birliği'nin (İLAE) önerisiyle nöbetler genel olarak jeneralize ve parsiyel olarak ikiye ayrılmaktadır.

1.4.1.1. Jeneralize Tonik-Klonik Nöbet

Bireyde ani bir ses, çılgılık, düşme, katılaşma, ani ve şiddetli kas seğirmeleri, derinin mavimtrak renge dönüşmesi, solunumun yüzeyselleşmesi ya da geçici olarak durması bu nöbet tipinin özelliklerindedir. Ayrıca nöbetin sonlarında idrar da görülebilmektedir. Bunu izleyen zaman içinde, bazen konfüzyon ya da bitkinlik olabilir. Nöbetin sonunda, bireyin bilinci normale dönmektedir (Baykan, Bebek, Gürses, ve Gökyiğit, 2010).

1.4.1.2. Absans-Petit Mal Nöbet

Çoğunlukla çocuklarda görülür. Sadece bir kaç dakika sürer ve aniden sona eren bir nöbet tipidir. Bu nöbet tipinde kişi genellikle belirli bir noktaya uzun ve sabit bir

şekilde bakar. Ayrıca hızlı göz kırpması ve gelişmiş güzel hareketler nöbete eşlik eder. Çocuk ya da yetişkin kişi nöbet sırasında olanların farkına varmaz. Hızlı bilinç kaybı sonrası hızlı düzelme olur. Kişide görülen belirtiler saptanıp zamanında tedavi edilmediğinde öğrenme güçlükleri oluşabilmektedir (Baykan, Bebek, Gürses, ve Gökyiğit, 2010).

1.4.1.3. Kısmi Basit Tip Nöbetler

Bu nöbet tipinde kişi çevresindekilerin farkındadır, bilinç kaybı yoktur. Vücudun kol, bacak ya da yüz gibi bir alanında ani olarak başlayan kasılmalar vardır ve bu diğer vücut kısımlarına yayılabilir. Birey çevresinde olmayan bir koku duyabilir. Açıklanamayan ruh hali içine girebilir, korku, kızgınlık ya da mutluluk hissedebilir (Uysal, 2008).

1.4.1.4. Kompleks Kısmi Nöbetler (Psikomotor ya da Temporal Lob Nöbetler)

Bu nöbet tipinde birey çevresindekilerin farkında değildir. Bireyde genellikle boş uzun süren bakışları çiğneme hareketleri izler.

Kişide uyumsuz davranışlar kontrol edilemez hale gelebilir. Kişiler, elbiselerini çekiştirme, objeleri kaldırma, toplama gibi davranışlarda bulunabilir. Bu nöbet tipi birkaç dakika sürebilir, nöbet sonrası konfüzyon ise daha uzun sürer ve nöbet periyodu süresince kişi ne olup bittiğini hatırlayamaz (Baykan, Bebek, Gürses, Gökyiğit, 2010).

1.4.1.5. Atonik Nöbetler (Düşme Atakları)

Kişi birdenbire durup düşebilir. Kişinin bilinci 10 saniye ile 1 dakika içinde yerine gelir ve kişi tekrar yürür (Erdinç, Yiğit ve Yeni, 2001). Kafanın öne düşmesi biçiminde ortaya çıkan nöbetler de atonik nöbet olarak kabul edilir (Uysal, 2008).

1.4.1.6. Miyoklonik Nöbetler

Bu nöbette ani kas kasılmaları ve sıklıkla tiklerle birlikte olan konfüzyon vardır. Ani, kısa, yoğun kas kasılmaları vücudun genelinde ya da bir kısmında görülür. Bu durumdan dolayı kişi oturduğu yerden düşebilir ya da tuttuğu bir şeyi düşürebilir. Bu

nöbetler kısa süreli olduğundan dikkat edilmeyebilir. Her yaşta görülebilmektedir (Uysal, 2008).

1.4.2. Nöbetleri Tetikleyen Durumlar

Epilepsi nöbetlerini tetikleyen faktörler literatürde şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Uyku ve Uykusuzluk: Uykusuzluk serebral elektrik aktivasyonuna neden olur ve bu da nöbetleri tetikleyen başka bir faktördür.

2. Alkol: Aşırı alkol tüketimi serebral elektrik aktivasyonuna zarar vermektedir ve nöbet aktivitelerini arttırmaktadır (Leach, Mohanraj, Borland, 2012).

3. Stres ve Üzüntü: Okulda veya işte çok çalışma, evdeki mutsuzluk vb. nöbet sayısındaki artışla genellikle ilişkilidir. Bu durum bir kısır döngüye neden olabilir; stres ve üzüntü nöbetleri tetikler ki bu nöbetler de daha fazla anksiyeteye neden olur, bu durum da nöbet sayısının daha da artmasına neden olur.

4. Duygu Durum: Duygusal değişiklikler nöbetlerin ortaya çıkmasını tetikleyebilir.

5. Diğer Hastalıklar: Zatiirepilepsiye neden olabilir.

6. İlaçlar: Bazı kimyasal bileşimler nöbetlere neden olur. Örneğin, antidepresanlar, antibiyotikler, kemoterapi ilaçları. Ayrıca amfetamin ve kokain gibi bazı maddeler de nöbetleri tetikleyebilmektedir (Sander ve Hart, 1999).

7. Diğer Tetikleyiciler-Refleks Epilepsi: Televizyon, ışık vb. tetikleyiciler ile meydana gelen epilepsiler söz konusudur (Hopkins ve Appleton, 1996).

1.5. Epilepside Etiyolojik Faktörler

Epilepsi hastalığı; etiyoloji, nöbet tipi, başlangıç yaşı, prognozundaki heterojenlik ile nitelenmektedir. Farklı alışkanlıklar ve yaşama koşulları da dâhil olmak üzere çok çeşitli risk faktörleri, çeşitli ülke ve bölgelerdeki insidans ve prevalans oranlarındaki farklılaşmayı açıklamaktadır (Josipovic-Jelic, Sonicki, Soljan ve Demarin, 2011).

Epilepsi vakalarının %75'inin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte epilepsiye yol açan faktörler arasında genetik, bilinen genetik-kromozomal bozukluklar, perinatal hasarlar, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, tümörler, serebrovasküler hastalıklar, kafa travmaları, dejeneratif beyin hastalıkları, metabolik ve hormonal hastalıklar, ilaçlar ve alkol yoksunluğu bulunmaktadır (Baykan, Bebek, Gürses, ve Gökyiğit, 2010).

1.6. Epilepsinin Hastaların Sosyal Hayatı Üzerindeki Etkisi

Dünya Sağlık Örgütüne göre epilepsi, dünya çapında 50 milyon insan üzerinde etki eden beynin ciddi ve en sık görülen hastalıklarından birisidir (Koç ve Akmeşe, 2011).

Epilepsi ile ilişkili psikososyal sorunlar doğrudan epilepsiye, uygulanan tedaviye ya da dolaylı olarak bu hastalık ile yaşamının sonuçlarına bağlı olabilir (Oto ve ark., 2004).

Epilepsi birçok negatif sosyal problemlerin eşlik ettiği bir hastalık olduğu için epilepsiyi sadece nörolojik bir hastalık olarak sınıflandırmak yanlıştır. Epilepsinin sosyal işlevsellik üzerindeki etkisi oldukça geniş çaplı olabilmektedir (Williams ve Wilkins,2000). Epilepsi hastaları çoğunlukla işsizlik, sosyal ayrımcılık, evlenememe gibi sorunlarla karşı karşıya kalırlar (Jalava ve ark., 1997; Strine ve ark., 2005). Epilepsi hastalığı ve hastalığın sonuçları ile ilgili yanlış düşünceler ve toplumun önyargıları epilepsi hastalarının yaşamlarının her alanında farklı zorluklara neden olabilmektedir (Yapıcı, Güvenç, Ceylan, Kılınç ve Oğuz, 2003).

Stigmatizasyon, sosyal yalıtım, düşük sosyo-ekonomik düzey ve ek psikiyatrik bozukluklar bunlardan yalnızca bir kısmıdır. Ne yazık ki sıklıkla da komorbid psikiyatrik bozukluklara dikkat edilmemekte ve bundan dolayı tedavi edilememektedir (Akçalı, Altındağ, Geyik ve Cansel,2009).

1.6.1. Stigma

Epilepsi bireyi nörofizyolojik olarak etkilemesinin yanında psikolojik ve sosyal açıdan da etkileyen kronik bir hastalıktır.

Toplumun önyargıları ve sosyal stigma, hastaların reddedilme korkusu yaşamalarına neden olmaktadır ve hastalar evde, işyerlerinde ya da arkadaşlarına karşı hastalıklarını gizlemektedirler (Mısırlı, 2003).

Epilepsi hastalığı diğer kronik hastalıklardan “stigma” yaratıcı özelliği nedeniyle çok daha olumsuz etkiler de yaratabilmektedir. Bu hastalıkla ilgili bilgi eksikliği kişilerin kısıtlanmasına, dışlanmasına yol açmaktadır. Hastalıkla ilgili yeterli bilgi sahibi olma ve yeterli destek epilepside çok önemlidir, epilepsisi olan bireyler

toplumdaki insanların bazı önyargılı tutumlarıyla, basmakalıp düşünceleriyle ve davranışlarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu gibi durumlar nöbetlerin kendisinden daha zarar verici olabilmekte ve bireylerin yaşantısını kısıtlamaktadır (Suurmeijer, Reuvekamp, ve Aldenkamp, 2001). Epilepsili bireylerin haklarını güvence altına almak amacıyla Avrupa Parlamentosu tarafından “Epilepsi Konusunda Yazılı Deklarasyon” 15 Eylül 2011’de kabul edilmiştir. Deklarasyon Avrupa’da epilepsiye ilişkin problemin boyutları, bu hastalığa ilişkin maliyetin büyüklüğü, epilepsili birçok bireyin tedavisinde yetersizlikler olduğu ve ayrımcılığa (discrimination) uğradıklarının altı çizilmektedir (Mitchell ve ark., 2011).

1.6.2. Epilepsi ve Çocuk Sahibi Olma

Yapılan birçok çalışmada epilepsili hastalarda evlilik ve çocuk sahibi olma oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Shackleton, Westendorp, Kasteleijn-Nolst Trenite, Vandenbroucke, 1999). Günümüzde gebelikte en sık karşılaşılan nörolojik hastalıklar arasında epilepsi migrenden sonra gelmektedir (Madazlı ve ark., 2004). Epilepsi hastası kadın ve erkeklerin sağlıklı bireylere oranla daha az sayıda çocuk sahibi olduğunu gösteren çalışmalar vardır fakat bunların aksine epilepsi hastası olan kadınların ortalama sayısı veya ortalamanın çok az altında evlenme ve çocuk sahibi olma oranları olduğu da bulgulanmıştır (Gökçil, Demirkaya, Eroğlu, Akın, Vural, 1999).

Epilepsi hastası kadınlarda adet düzensizlikleri ve yumurtaların yetersiz olması gibi sorunlar daha fazladır. Epilepsi hastası olan kadınların büyük bir çoğunluğu çocuk sahibi olmaktan korkarlar. Temel amaç nöbetleri kontrol altına almaktır. Hem anne hem de fetus için bazı riskler olmasına rağmen epilepsili gebeler çoğunlukla gebelikte ya da doğumda herhangi bir sorunla karşılaşmamaktadırlar (Ataklı, 2002). Epilepsinin tanı ve tedavisinde meydana gelen gelişmeler sayesinde epilepsili kadınların pek çoğu normal bir hayat sürmekte ve gebe kalabilmektedirler (Madazlı ve ark., 2004).

1.6.3. Epilepsi ve Askerlik

Epilepsiler, Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Yönetmeliği'nin 12. maddesi ile değerlendirilir. Aktif epilepsisi olan hastalar askerlik yapamazlar. Askerlik yoklaması sırasında durumunu bildiren hastalardan takip edildikleri birimlerden tıbbi belgeleri istenerek incelenmekte veya askeri hastaneye yatırılarak ilacı kesilmekte ve nöbeti askeri doktorlarca gözlenmektedir (Bek ve Gökçil, 2007).

1.6.4. Epilepsi ve Meslek Sahibi Olma

Epilepsi hastaları hastalıklarından dolayı yaşadıkları utanç, özgüven eksikliği ve nöbetleri eğitimlerini tamamlayamamalarına, iş hayatına hazırlanamamalarına ve iş bulma konusunda sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Ancak, gerçekte epilepsi hastaları meslek sahibi olabilirler, sorumluluk alabilirler, okula gidebilirler (Yılmaz ve Songu, 2007).

1.6.5. Epilepsi ve Araba Kullanımı

Epilepsi hastalarının karşılaştığı en önemli sosyal sorunlardan biri de nöbetlerin ne zaman geleceği tam olarak belli olmadığı için hayati tehlike yaratabilecek olan araç kullanımınıdır. Ülkemizde epilepsi hastalarının araba kullanmaları kanunen yasaklanmıştır .

Dünyada toplam 16 ülkede epileptiklerin araba kullanımı yasaklanmıştır. Türkiye de bu ülkeler arasında yer almaktadır. Ayrıca, temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından sağlık kurullarınca onaylanacak olan sürücü raporlarının hazırlanmasında esas olan sağlık muayenesinde sürücü adaylarından istenilecek sağlık şartları ile muayenelerine ilişkin esaslarda ruh ve sinir hastalıkları muayenesi kısmının 3. maddesinde “Epilepsi tespitinde sürücü belgesi verilmez. Şüpheli durumlarda klinik gözlem ve EEG tetkiki dikkate alınır” yazısı yer almaktadır (Topçuoğlu, 2011).

1.6.6. Epilepsi ve Gençlik

Ergenlik, ergenlerin bağımsızlık aşamasına geçtikleri ve bu süreçte farklılaşan vücut özellikleriyle baş etmeye çalıştıkları ve pek çok duygusal ve sosyal problemlerin ortaya çıktığı bir dönemdir. Bu süreç içerisinde eğer ergen epilepsi gibi kronik bir hastalık ile yüzleşir ise pozitif benlik saygısını oluşturmada ve devam ettirmede

problemler yaşayabilmektedir (Çavuşoğlu, 2001). Düşük benlik saygısı, düşük psiko-sosyal uyum ve düşük yaşam doyumu ile ilişkilidir (Austin ve ark., 2010). Ayrıca bu hastalık onları ailelerine karşı fiziksel, duygusal ve maddi açıdan bağımlı hale getirmektedir.

Epileptik çocuklar epilepsisi olmayan akranlarına oranla daha çok psikolojik problemler yaşamaktadırlar. Ayrıca epilepsili ergenlerin risk alma davranışları fazladır (Türkbay, Akın ve Söhmen, 2000).

1.7. Yaşam Kalitesi ve Epilepsi

Yaşam kalitesi kavramı çok ilgi gördüğü için üzerine birçok farklı tanım yapılmıştır. Yapılan bu tanımlar; normal yaşam, mutluluk/memnuniyet, kişisel amaçların başarılması, sosyal hizmet ya da doğal yetenek şeklinde sınıflandırılabilir (Arslan ve Bölükbaş, 2003). Yaşam kalitesi kavramı, ilk kez Thorndike tarafından sosyal çevrenin kişiye yansıyan etkisi olarak tanımlanmıştır. Andrews ve Withey yaşam kalitesi kavramını, kişilerin doyumu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi, Weinstein ve Frankel ise, kişinin kendi yaşamında doyuma ulaşması ve mutluluk kapasitesi olarak tanımlamışlardır (Özkan, 1999).

Son 20-25 yıldır, sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar, iyi olma yöntemlerinin hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini test etme, onların iyilik seviyelerini tanımlama konusunda gösterdikleri çaba giderek artmaktadır. Bununla birlikte iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir hale getirme çabaları sonuç vermiştir ve giderek sağlık, ekonomi, toplumsal vb. farklı boyutlar, bu araçların kapsamında yer almaktadır (Eser, 1999).

Sağlığın en önemli göstergelerinden birisi yaşam kalitesidir. Bireylerin sağlık seviyeleri belirlenirken geleneksel mortalite ve morbidite ölçümlerine ek olarak yaşam kalitesi de göz önüne alınması gereken önemli bir faktördür (Koltarla, 2008). Kronik etkisi olan bütün medikal durumlar, kimisi az kimisi çok etkili olabilir, her koşulda yaşam kalitesini etkilemektedir (Baker, 2001).

Günümüzde hastalıkların yaşam kalitesine etkisi çok önemli bir veri olarak ele alınmakta ve tedaviyi yönlendirici en anlamlı belirteç olarak kabul edilmektedir. Yaşam kalitesi ölçümleri ile hastaların hem fiziksel hem mental sağlık düzeyleri değerlendirilmektedir. Çeşitli araştırmalarla bu değerlerin hastalıkların seyri ile ilişkisi

belirlenmektedir. Hastaların mortalite oranları bile bazı ölçek değerleri ile tahmin edilebilmektedir (Garratt, Schmidt, Mackintosh ve Fitzpatrick, 2002). Günlük işlevselliği ve sağlığı değerlendiren yaşam kalitesi ölçümleri klinik uç noktalarını tam kapsamlı yakalamak için yardımcı olmaktadır (Birbeck, Hays, Cui ve Vickrey, 2002).

Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi bireyin fiziksel, sosyal, duygusal sağlığı ile ilgili yaptığı yorumlardır. Yaşanılan hayatta ortaya çıkan hastalıklara ve bu hastalıkların yarattığı fiziksel, ruhsal, sosyal etkilere verilen kişisel tepkilerdir. Ayrıca bu durumda kişinin kişisel doyumu da etkilenmektedir (Akdeniz ve ark., 1999). Genellikle hastanın o anki kendi sağlık fonksiyonlarını nasıl algıladığı anlamına gelmektedir (Ögütmen ve ark., 2006).

Kronik hastalıklar arasında özellikle epilepsi yaşam kalitesi çalışmaları için önemlidir (Aydemir, Özkara, Canbeyli, Tekcan 2004). Günümüzde ruhsal bozuklukların sıklıkla eşlik ettiği epilepsi hastalığının tanı ve tedavisinde meydana gelen gelişmelere rağmen epilepsi hala hastaların yaşam kalitesini etkileyen bir hastalıktır (Cankurtaran, Uluğ ve Saygı, 2004). Epilepsili bireyler etiketlenmenin de bir sonucu olarak birçok sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunlar yaşarlar ve bu da düşük yaşam kalitesine yol açar (Boer, Mula ve Sander, 2008; Jacoby, 2002).

Genellikle epilepsili bireyler tarafından bildirilen çeşitli sosyal problemler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki çok az dikkat çekmiştir ve bunun sonucunda daha az anlaşılmıştır (Bishop, Berven, Hermann ve Chan, 2002). Epilepsi hastalığının doğası gereği epilepsili bireylerin birçoğunun yaşam kaliteleri düşüktür (Neze, Havle, İlnem ve Yener, 2009). Son yıllarda epilepsi tedavisinin birincil amacı nöbet kontrolü sağlamaktan çok hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (Akçalı, Altındağ, Geyik ve Cansel, 2009). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, klinik değişkenlerle karşılaştırıldığında psikososyal faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi daha fazladır. Epilepsinin ciddiyeti önemli bir risk faktörü olmasına rağmen epilepsisi olan bazı kişiler yine de hayatlarına kolayca uyum sağlayabilmektedirler. Önceki çalışmalarda nöbet geçirme sayısından çok sosyal destek eksikliğinin hastalığı kötü yönde etkilediği kanıtlanmıştır (Charyton, Elliott, Lu, Moore, 2009).

Epilepsi sadece basit bir nöbet hastalığı değildir (Yam, Ma, Cherk, 2006). Epilepsi diğer birçok kronik durumlar gibi belirsizlik ile nitelendirilmiştir. Epilepsinin ciddiyeti ve seyri (prognozu) değişkendir ve nöbetler tahmin edilemez. Bazı kronik

hastalıklarda bireyler toplum tarafından etiketlenme ile karşılaşmaktadır ve epilepsi hastaları da bu durumu yaşamaktadırlar. Klinik yönden belirsizliği ve sosyal yönden bireye etkide bulunması nedeniyle epilepsinin bireyin yaşam kalitesine etkisi çok önemlidir (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis ve Monnet, 1997). Epilepsi ile başa çıkmada ana amaç; hastanın normal bir yaşam kalitesine sahip olmasını sağlamaktır (Perucca ve Tomson, 2011; Taylor ve ark., 2011) Araştırmacılar son yıllarda epilepsili bireylerin yaşam kalitesi seviyeleri üzerinde çalışmalarını arttırmakta ve epilepsiye eşlik eden çeşitli psikiyatrik problemlerin önemini vurgulamaktadırlar (Neze, Havle, İlnem ve Yener, 2009.)

Son yıllarda yapılan çalışmalara göre epilepsi hastalarının yaşam kalitesi üzerinde demografik (yaş, cinsiyet, eğitim, sosyo-ekonomik seviye), klinik (nöbet sıklığı, nöbet tipi, hastalığın süresi, başlangıç yaşı, ilaç tipleri ve sayısı), komorbid psikiyatrik hastalıklar (depresyon, anksiyete gibi), ve psikososyal (stigma, sosyal destek, öz yeterlilik ve benlik saygısı gibi) faktörlerin birlikte etkisi söz konusudur (Edefonti ve ark., 2011). Bunların yanı sıra, bilişsel, emosyonel ve davranışsal koşullar; bir işte çalışabilme, sosyal yönden fonksiyonlarını yerine getirebilme, benlik saygısı, etiketlenme ve nöbetlere uyum sağlayabilme epilepsi hastalarının yaşam kalitesine önemli derecede etkide bulunmaktadır (Aydemir, Özkara, Canbeyli, Tekcan 2004). Bu önemli tehditler hastalarda depresyon, anksiyete ve benlik değerinde düşüğe neden olmaktadır. Böylece epilepsi hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği büyük ölçüde etkilenmektedir ve bunun sonucunda hastaların yaşam kaliteleri düşmektedir (Stavem, Lossius, Kvien, Guldvog, 2000).

Ayrıca epilepsili bireylerde yaygın olarak ek hastalıklar (komorbid durumlar) görülmektedir ve bu durum bütün yaşamlarını ve yaşam kalitelerini etkilemektedir. Epilepsi literatürünün önemli bir bölümü epilepsiye ek olarak ortaya çıkan hastalıkları konu almıştır; fakat gerçekte komorbid durumlardan çok epilepsi tek başına yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (Friedman, Islam ve Ettinger, 2013).

1.7.1. Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

1.7.1.1. Depresyon

Epilepsi nöroloji, psikiyatri ve pediatri gibi farklı tıp alanlarının ortak araştırma alanlarından birisi olmuştur. Epilepsinin psikiyatrik yönü özellikle son yıllarda pek çok

araştırmaya konu olmuştur (Neze, Havle, İlnem ve Yener, 2009). Epilepsili bireylerde ani nöbetlerin olması kişinin kontrol algısını kaybetmesine ve bu yüzden de stres altında bulunmasına neden olmaktadır. Nöbet tipi, sıklığı, nöbet başlangıç yaşı, hastalığın süresi, kontrol altına alınıp alınmadığı, ilaç sayısı, epilepsiye eşlik eden bir hastalığın bulunması, cinsiyet, yaş gibi sosyodemografik değişkenler ve bazı psikososyal faktörler epilepsili bireyde psikopatoloji gelişimi ile ilişkili olabilmektedir (Mensah, 2006).

Psikiyatrik hastalıklar özellikle de depresyon epilepsi hastalarında sıkça rastlanan komorbid bir durumdur. Depresyon ve anksiyete bozuklukları epilepsi hastalığının tedavi sürecini ve hastaların yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (Stevanovic, Jancic, ve Lakic, 2011). Antik çağlarda Hipokrat ve Areteus Depresyon ve epilepsi ilişkisini tartışmışlardır (Altshuller, Devinsky, Post, Theodore, 1990 aktaran Kesebir, Güven ve Koç, 2012).

Depresyon, fiziksel hastalıklarda üzüntü gibi semptomatik bir yakınma ya da klinik bir hastalık tablosu şeklinde ortaya çıkmaktadır (Sertöz ve Mete, 2004). Epilepsi hastalarında anksiyete ve depresif belirti şiddetinin sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğunu bildiren yayınlar çoğunluktadır (Beyenburg, Mitchell, Schmidt, Elger, Reuber, 2005). Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, depresyona sahip olma oranı epilepsisi olan hastalarda daha fazladır (Harden ve Goldstein, 2002). Ayrıca depresyon hastaların yaşam kalitesini önemli derecede olumsuz yönde etkilemektedir (Pineda, Shin, Sankar, ve Mazarati 2010).

Depresyon yaşayan epilepsi hastalarında cinsiyet önemli bir değişkendir. Depresyon epilepsili erkeklere oranla epilepsili kadınlarda daha sık görülmektedir (Altshuller, Devinsky, Post, Theodore, 1990 Akt., Kesebir, Güven ve Koç, 2012). Bilgiç ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada; epilepsili kadınlarla karşılaştırıldığında epilepsili erkeklerin depresyon ve anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Epilepsinin etkileri sadece fiziksel kısıtlamalarla sınırlı değildir aynı zamanda epilepsi hastaları sosyal hayatlarında bazı kısıtlamalar yaşarlar ve bu hastalarda anksiyete ve depresyon oranları yüksektir (Acar ve ark., 2011).

Eğer depresyon, epilepsi nöbeti sırasında oluyorsa “iktal”, nöbet öncesinde ya da sonrasında ortaya çıkıyorsa “periiktal” ve nöbetlerden bağımsız olarak oluyorsa “interiktal” depresyon olarak tanımlanır (Kanner ve Nieto, 1990).

1.7.1.2. Benlik Saygısı

Benlik saygısı, kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmaktadır. Benlik saygısı, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir (Çuhadaroğlu, 1986). Benlik saygısı bireyin kendi değeri hakkındaki düşünceleridir (Marcic ve Kobal Grum, 2011). Benlik saygısı, bireyin öz değer algısıdır. Buna göre kişiler sürekli olarak benlik saygılarını korumak ya da artırmak için çaba harcamaktadırlar (Tajfel ve Turner, 1986).

Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarıma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (Yörükoğlu, 1985). Benlik saygısı, zihinsel ve fiziksel sağlığı sürdürmenin temel bileşenidir (Çavuşoğlu, 2001).

Birey kendisini yeterli, değerli, başarılı ve önemli hisseder. Pozitif benlik saygısı, sağlıklılık için bir ön koşuldur ve her insanın evrensel bir ihtiyacıdır. Düşük benlik saygısı ayrıca düşük psiko-sosyal uyum ve düşük yaşam doyumu ile ilişkilidir (Austin ve ark., 2010). Yüksek benlik saygısına sahip olan bireylerin, düşük benlik saygısına sahip olanlara oranla hastalıktan etkilenme oranları daha düşüktür (Kinnunen ve ark., 2008).

Epilepsisi olan bireyler aniden ortaya çıkabilen nöbetler yaşarlar bu durum kişinin kontrol algısının azalmasına ve benlik saygısını kaybetmesine neden olmaktadır. Abramson ve Hermann bu durumu “öğrenilmiş çaresizlik” olarak tanımlanmıştır. Bu durum sonucunda birey iş ve sosyal hayatında sorunlar yaşamaktadır ve buna bağlı olarak bireyin depresyon yaşaması kaçınılmazdır (Abramson ve Seligman, 1978 Akt., Akçalı, Altındağ, Geyik ve Cansel, 2009). Nöbetler arası süre uzun bile olsa epilepsi hastaları sürekli olarak yeni bir nöbet geçirme korkusu yaşarlar. Hastalar antiepileptik ilaçlara bağlı kronik yan etkilerden şikayet edebilirler. Tekrarlayan nöbetler hastaların eğitimini, iş hayatını, araba kullanmasını, aile kurmalarını, sosyal ilişkiler kurmalarını ve geliştirmelerini engelleyebilir (Fisher ve ark. 1994, Fisher ve ark. 2000). Epilepsi bireylerin özsaygısını ve kendilik imajını olumsuz yönde etkileyebilir (Wagner ve ark., 1996).

1.7.1.3. Sosyal Destek

Sosyal ilişkiler insanlar ve hatta çeşitli hayvan türleri için önemli fizyolojik sonuçlara sahiptir. Ayrıca sosyal ilişkiler bireyin sağlığına ve iyi olma durumuna katkıda bulunmaktadır (Cacioppo, Berntson, Sheridan ve McClintock, 2000).

Sosyal destek; kişinin duygusal problemleriyle başa çıkabilmesi için psikolojik dinamiklerini güçlendiren, bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan aile, arkadaşlar, komşular ve kurumlardan aldığı destek olarak tanımlanmaktadır; yaşamdaki stresli olayların ya da kronik bir hastalığın negatif etkilerini azalttığı düşünülmektedir. Genel olarak güç bir durum içindeki bireye sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım görüntüsüyle sosyal destek; bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal ihtiyaçlarını karşılar (Elliott, Charyton, Sprangers, Lu, Moore, 2011).

Sosyal desteği ifade eden dört işlev bulunmaktadır. Bu işlevler şöyle tanımlanmaktadır:

- 1) Duygusal ilgi / duygusal destek: Empatinin, bakımın ve bireye olan ilginin ifade edilmesi ve bireyi duygularını ifade etmesi için desteklenmesidir. Kişiyi sevilme, rahatlık, şefkat, yakınlık gibi duygular sağlar.
- 2) Yardım (araçsal) desteği: Kaygılı bireyin yapmakla yükümlü olduğu günlük işleri (alışveriş, fatura ödemesi, çocuk bakımı vb.) yapmak, ödünç para vermek gibi doğrudan yardımları içermektedir.
- 3) Bilgi desteği: Bilgi, tavsiye, yönlendirme ve öneri içerir. Bireyin ailesinden ya da doktorundan hastalık ve tedavi süreciyle ilgili bilgi edinmesi; hastalığı tanımasını, neden ve sürecini algılamasını ve sunulan destekten yüksek tatmin sağlamasını sağlayacaktır.
- 4) Güven desteği: Çevresindekilerin bireyi desteklemesi, onunla aynı duygu ve düşünceleri paylaştıklarını bildirmeleri ya da kendisinden daha kötü durumda olanlarla karşılaştırılmasına olanak sağlanması gibi davranışları içerir (Elliott, Charyton, Sprangers, Lu, Moore, 2011).

Sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişki sağlık psikolojisinin en önemli konularından biridir (Mazzoni ve Cicognani, 2011). Kronik hastalıklar bireylerin yaşamda sahip oldukları rollerini tekrar düzenlemelerini gerektirmektedir. Kişi çevresinden destek beklemektedir. Sosyal destek ile yaşam kalitesi birbiriyle ilişkilidir

ve sosyal destek kişinin çevresinden aldığı yardım olarak açıklanmaktadır (Akçalı, Altındağ, Geyik ve Cansel,2009).

Desteğin hem pozitif tarafları hem negatif tarafları hem de hiç olmayışı sağlık üzerinde direkt bir etkiye sahiptir. Sosyal destek algısı arttıkça başa çıkabilme algısı ve böylece bireyin hastalığın kısıtlılıklarıyla başa çıkabilme yeteneği artar (Charyton, Elliott, Lu, Moore, 2009).

1.8. Amaçlar

Epilepsili bireylerin haklarını güvence altına almak amacıyla Avrupa Parlamentosu tarafından “Epilepsi Konusunda Yazılı Deklarasyon” 15 Eylül 2011’de kabul edilmiştir. Deklarasyon Avrupa’da epilepsiye ilişkin problemin boyutları, bu hastalığa ilişkin maliyetin büyüklüğü, epilepsili birçok bireyin tedavisinde yetersizlikler olduğu, ayrımcılığa uğradıkları ve epilepsi araştırmalarının yetersiz destek bulabildiği gibi konuların altını çizmektedir.

Epilepsi tedavisinde tam iyileşme söz konusu olmadığından ve ancak remisyon olabildiğinden ana hedef hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Hastanın yaşam kalitesi ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi, hastanın yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik uygulamalara yön verici nitelikte olabilir. Epilepsi hastalarında yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar çoğunluktadır. Fakat sosyal destek, benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar az sayıdadır. Algılanan sosyal destek ve benlik saygısının epilepsi hastalarında yaşam kalitesi ile ilişkisi ortaya konabilirse, ülkemizde epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin yükseltilmesi için medikal tedavinin yanı sıra sağlık psikolojisi alanına yönelik uygulamaların gerekliliği ortaya konabilecektir. Çalışmanın temel amacı, idyopatik jeneralize ve mezyal temporal lob epilepsi tanısı almış olguların depresyon, benlik saygısı düzeylerinin, algıladıkları çok boyutlu sosyal desteğin ve yaşam kalitesi seviyelerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasıdır.

Ayrıca bu çalışmanın bir diğer amacı, epilepsi tanısı almış hastaların cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, eğitim durumu, nöbet sıklığı, nöbet şiddeti gibi sosyo-demografik değişkenlerin algılanan sosyal destek, depresyon seviyeleri, benlik saygısı ve yaşam kalitesi puanları üzerinde fark yaratıp yaratmadığını saptamaktır.

Yukarıda belirtilen temel amaçlar doğrultusunda, çalışma kapsamında şu hipotezler kurulmuştur;

- 1) Klinik örneklem ve sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında, sağlıklı kişilerin epilepsi grubuna göre depresyonu daha düşük; benlik saygısı, algıladıkları sosyal destek ve yaşam kalitesi daha yüksek olacaktır.
- 2) İdyopatik jeneralize ve mezyal temporal lob epilepsi grupları yaşam kalitesi, algıladıkları sosyal destek, benlik saygısı ve depresyon puanları açısından farklılaşacaktır.
- 3) İdyopatik jeneralize gruptaki hastaların yaşam kalitesi puanları mezyal temporal lob epilepsili hastalara oranla daha yüksek olacaktır.
- 4) Klinik örneklemin nöbet sıklığı ve nöbet şiddeti arttıkça, yaşam kalitesi, sosyal destek, benlik saygısı ve depresyon puanları olumsuz yönde etkilenecektir.
- 5) Klinik örneklemin benlik saygısı azaldıkça yaşam kalitesi puanları da azalacaktır.
- 6) Klinik örneklemin algıladıkları sosyal destek seviyesi arttıkça yaşam kaliteleri de doğru orantılı olarak artacaktır.
- 7) Klinik örneklemin depresyon seviyeleri arttıkça yaşam kalitesi puanları azalacaktır.

BÖLÜM 2

2.YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Bu çalışmanın verileri İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji bölümünde toplanmıştır. Çalışmada ayakta tedavi gören yaşları 18-60 arasında değişen toplam 84 gönüllü epilepsi hastasından veri elde edilmiştir. Çalışmaya ayrıca, epilepsi gruplarıyla karşılaştırma yapmaya imkân sağlaması amacıyla herhangi bir nörolojik ya da psikiyatrik hastalığı olmayan 44 yetişkin kontrol katılımcısı alınmıştır. Kontrol katılımcıları, mümkün olduğunca yaş, cinsiyet ve eğitim süresi açısından epilepsi grubuyla eşleştirilmeye çalışılmıştır. Kontrol katılımcılarının hepsi gönüllük esasına göre seçilmiştir. Bunun için katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu okutulmuş, formu okuyup imzalayanlar örnekleme dâhil edilmiştir.

Böylece çalışmanın örneklemini üç gruptan oluşmaktadır. Birinci grup, mezyal temporal lob epilepsisi olan 34 hasta; ikinci grup, idyopatik jeneralize epilepsili 51 hasta ve üçüncü grup, epilepsi ya da herhangi bir kronik hastalığı olmayan ve klinik örneklem ile sosyo-demografik özellikleri açısından eşleştirilen 44 sağlıklı gönüllü kişilerden oluşmaktadır.

Katılımcıların çalışmaya alınma kriterleri şöyle belirlenmiştir; çalışmayı engelleyecek herhangi bir bilişsel bozukluğu olmaması, epilepsi dışındaki diğer merkezi sinir sistemi hastalıklarından herhangi birine sahip olmamaları, çalışmaya katılmaya istekli olmaları, kişilerin klinik ve EEG özellikleri ile klinik tanının bir nöroloji uzmanı tarafından konmuş olması, son bir yıl içerisinde herhangi bir tip epilepsi nöbeti geçirmiş olmaları veya EEG’de aktif epileptiform bulgular bulunması, herhangi bir aktif psikiyatrik bozukluk tanısı almamış ve çalışma sırasında psikiyatrik ilaç kullanmamaları, bilgilendirilmiş onam formunu imzalamaları, madde bağımlılığı olmaması.

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada katılımcılar tarafından araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik bilgi formu, geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form-36), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-10 olmak üzere toplam 6 adet form uygulanmıştır. Ayrıca çalışmaya katılacak hastaları araştırma hakkında bilgilendirmek ve onaylarını almak amacıyla bütün katılımcılardan bilgilendirilmiş onam belgesi alınmıştır (bkz. Ek 1).

2.2.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür bilgileri ışığında hazırlanmıştır. Bu form ile katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi (yıl olarak), medeni durumu, mesleği, gelir düzeyi ve hastalıklarının bazı klinik özellikleri (nöbet tipi, nöbet süresi, hastalık süresi, nöbet zamanları, nöbet sıklığı, kullanılan antiepileptik ilaçlar, ilaçların yan etkileri) kaydedilmiştir.

2.2.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36

Kısa Form-36 (Short Form-36; SF-36) Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır. 1990 yılında başlanan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22.000'ini aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkılarak SF-36 oluşturulmuştur. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve 8 boyut içermektedir. Bu boyutlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları(4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde)'dir.

Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır ve şu an için ölçümde kullanılmamaktadır. Adı geçen madde dışında ölçek son dört haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir. Değerlendirme bazı maddeler dışında

Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabilceği bildirilmektedir (Aydemir, 1999).

2.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Yapılan birçok çalışmada sosyal destek özellikle bireylerin algılarına ve tatminlerine göre ölçülmektedir (Mazzoni ve Cicognani, 2011). Üç farklı kaynaktan alınan desteğin (aile, arkadaş, özel bir kişi) yeterliliğini değerlendiren her biri 4 maddeden oluşan toplam 12 soruyu içerir. Ölçek 1988’de Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Aksüllü ve Doğan, 2004). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğinin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. Her madde 7 aralıklı Likert tipinde değerlendirilir. Alınan toplam sosyal destek puanı 12-35 ise düşük, 36-60 normal, 61-84 yüksek sosyal desteğin olduğu anlamına gelmektedir (Eker, Arkar, Yıldız, 2001).

2.2.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Bu çalışmada 10 maddeden oluşan benlik saygısı alt testi kullanılmıştır. Ölçekteki değerlendirme sistemine göre katılımcıların aldıkları puan 0 ile 6 arasındadır. Alınan toplam puan 0-1 puan ise yüksek, 2-4 puan ise orta ve 5-6 puan ise düşük benlik saygısının olduğunu göstermektedir.

Bugün birçok çalışmada benlik saygısı ölçümü için kullanılan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Rosenberg (1963) tarafından geliştirilen, ergenlerin benlik saygısını ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Ölçeğin orijinali New York şehir merkezinde tesadüfi yöntemle seçilen 10 farklı okulda öğrenim gören toplam 5204 lise öğrencisi üzerinde uygulanarak geliştirilmiştir. Ölçekte Guttman ölçüm şekline göre düzenlenmiş 10 madde yer almaktadır. Likert tipi ölçekte maddelerin cevaplanması dört seçenek arasından yapılmaktadır. Ergenden ölçekteki maddelerin kendisini ne kadar tanımladığını seçmesi ve genel olarak kendisini değerlendirmesi beklenmektedir. Bu beklenti ölçeğin üstünde cevaplama yönergesi olarak verilmektedir.

Ölçekteki maddelerin yarısı “Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum” gibi pozitif (olumlu) cümle yapısıyla, diğer yarısı ise “Bazen kesinlikle kendimin bir işe

yaramadığını düşünüyorum” gibi negatif (olumsuz) düşünce yapısıyla kurulmuştur. Ergenden bu ifadelerin her birini değerlendirerek “çok doğru”, “doğru”, “yanlış” “çok yanlış” şıklarından birini işaretlemesi beklenmektedir. Ölçeğin her maddesi “Hiç Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Katılıyorum” ve “Tamamen Katılıyorum” seçenekleri üzerinden değerlendirilmektedir. Benlik saygısı açısından olumlu maddelerse 0, 1, 2, 3 olumsuz maddeler ise 3, 2, 1, 0 olarak puanlanmıştır.

Çuhadaroğlu (1986) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0.89, geçerliği ise 0.71’dir.

2.2.5. Beck Depresyon Envanteri

Çoktan seçmeli 21 sorudan oluşan, hem normal hem de depresyonu olan örneklemelerin depresyon riskini, seviyelerini ve şiddetini ölçmek için kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hisli (1988) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Her 21 madde, semptom yoğunluğuna göre sıralanmış 4 seçeneği içermektedir. Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Alınan puanların sonuçlarına göre; 01-10 puan arası normal; 11-16 puan arası hafif duygu durumu bozukluğu; 17-20 puan arası borderline klinik depresyon; 21-30 puan arası orta düzeyde depresyon; 31-40 puan arası şiddetli depresyon; 40 ve üzeri aşırı düzeyde depresyon olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. Güvenilirlik çalışmasında Croanbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenilirliğinde $r=0.74$ olarak belirlenmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış ve 6 faktör elde edilmiştir. Bunlardan 4 tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. 1. faktörde umutsuzluk, 2. faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, 3. faktörde bedensel kaygılar ve 4. faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır (Hisli, 1988).

2.2.6. Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-10

Aslan ve arkadaşları tarafından Türkçe için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan bu ölçek özel olarak epilepsi hastalarında yaşam kalitesini ölçmeye yöneliktir. Epilepsi için yaşam kalitesi ölçeği epilepsi hastalarının hastalıkları ile ilgili problemlerinin belirlenmesine olanak sağlamaktadır. 10 maddeden oluşan bu ölçek 3

farklı konu içermektedir: a) ilaç etkileri, b) zihinsel sağlık, c) rol işlevselliği ve nöbet endişesi. Yaşam kalitesi ölçeğinin bu kısa formunun maddeleri uzun formun (epilepsi için yaşam kalitesi ölçeği-89) maddeleri ile ilişkili bulunmuştur. Bu ölçek ile epilepsinin çeşitli alanları kolay bir şekilde değerlendirilebilmektedir. Toplam skor 10 ile 50 arasındadır ve yüksek puan düşük yaşam kalitesini ifade etmektedir. (Cramer, Perrine, Devinsky, Meador, 1996).

2.3. İşlem Yolu

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 51 idyopatik jeneralize ve 34 mezyal temporal lob epilepsili hasta İstanbul Tıp Fakültesi nöroloji bölümünde takip edilmekte olan hastalar arasından seçilmiştir. İlk olarak görüşmelerde çalışmanın amacı ve uygulama sözlü ve yazılı olarak anlatılarak hastalara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Ciddi bir hastalıklarının olup olmadığı kendilerine sorularak öğrenilmiştir. Hastalardan sırasıyla çalışma formlarını (Sosyodemografik Bilgi Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği, Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri) doldurmaları istenmiştir. Formlar sırasıyla araştırmacı tarafından katılımcılara uygulanmıştır. Hastaların anlamadıkları soruları araştırmacıya sormalarına izin verilmiştir.

Sağlıklı kontrol grubu toplam 44 kişiden oluşmaktadır. Öncelikle bu kişilere bilgilendirilmiş onam belgesi verilerek, onayları alınmıştır. Sağlıklı gruba epilepsi için yaşam kalitesi ölçeği hariç diğer bütün formlar araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Epilepsi grupları (idyopatik jeneralize grup ve mezyal temporal epilepsili grup) ve Kontrol grubu katılımcılarına ölçekler rastgele bir sırayla sunulmuştur. Tüm formlar ve ölçekler araştırmacı tarafından uygulanmış ve doldurulmuştur.

BÖLÜM 3

3. BULGULAR

Mevcut çalışmada, 5 adet ölçek kullanılmıştır. Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36 8 alt test; Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 3 alt test puanından oluşmaktadır. Benlik Saygısı, Beck Depresyon ve Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri ise yalnızca toplam puandan oluşmaktadır. Bu ölçeklerin toplam puan veya alt ölçek toplam puanları olmak üzere toplamda 14 puan elde edilmektedir. Bu bölümde, ilgili puanların çeşitli değişkenlere göre fark gösterip göstermediğine yönelik istatistiksel analiz sonuçları rapor edilmiştir.

İstatistik analizlere geçmeden önce, analizlere yönelik bazı konulara değinilmesi gerekmektedir. Öncelikle, puanların normalliğe uygunluğunu incelemek amacıyla Kolomogorov-Smirnov (K-S) testi uygulanmıştır. Söz konusu analiz sonuçlarına göre, Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi toplam puanı dışında, puanların normallik sayıtlısını karşılamadığı tespit edilmiştir.

Normallik sayıtlısı karşılanmadığı için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Grupların ikişerli karşılaştırmaları için Mann-Whitney U testi; üç veya daha fazla karşılaştırmalar için Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Tüm analizler için yanılma düzeyi olarak 0.05 alınmıştır. Bu değerden büyük p değerleri istatistiksel olarak önemsiz, küçük ya da eşit p değerleri ise önemli (anlamlı) şeklinde yorumlanmıştır.

Bu bölümde ilk olarak betimleyici istatistik sonuçları; ardından epilepsi hasta gruplarında sosyo-demografik değişken düzeylerine bağlı olarak yaşam kalitesi, sosyal destek, benlik saygısı ve depresyon puanları açısından bir fark olup olmadığına yönelik karar verici istatistiksel analiz sonuçları aktarılmaktadır. Sonraki aşamada, klinik gruplar ile 'sağlıklı' grup arasında yaşam kalitesi, sosyal destek, benlik saygısı ve depresyon puanları açısından fark olup olmadığına ilişkin karar verici istatistiksel analiz sonuçları aktarılmıştır. Ayrıca ilişkililik durumunun belirlenmesine yönelik korelasyon ve doğrusal regresyon analiz sonuçları da bu bölümün ilerleyen aşamalarında yer almaktadır.

3.1. Sosyo-demografik Değişkenler

3.1.1. Betimsel İstatistik Analiz Sonuçları

Sosyodemografik veri formu ile elde edilen değişken bilgilerine ilişkin betimsel istatistik sonuçları Tablo 3.1’de yer almaktadır. Tablo 3.1’den de takip edilebileceği gibi, çalışmaya katılan katılımcı sayısı toplam 129 olup bunlardan 51’i idyopatik jeneralize, 34’ü mezyal temporal lob, 44’ü sağlıklı kontrol grubunda yer almaktadır.

Sosyodemografik veri formundan elde edilen veriler, üç farklı grup için X² Analizi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre, gruplar cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, nöbet şiddeti yönünden benzer dağılım göstermektedir; ilgili değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 3.1. Klinik Örneklemeler ve Kontrol Gruplarında Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Betimsel İstatistik ve X² Analiz Sonuçları

	IJ (n=51, %39,5)		MTS (n=34, %26,4)		Sağlıklı Kontrol (n=44, %34,1)		P
	N	%	N	%	N	%	
Yaş							19,827 p<0,005
18-29 yaş	38	43,7	13	14,9	36	41,4	
30-39 yaş	8	29,6	15	55,6	4	14,8	
40-65 yaş	5	33,3	6	40,0	4	26,7	
Cinsiyet	N	%	N	%	N	%	0,409 p>0,005
Kadın	32	41,6	19	24,7	26	33,8	
Erkek	19	36,5	15	28,8	18	34,6	
Eğitim	N	%	N	%	N	%	27,260 p<0,005
İlkokul	12	44,4	15	55,6	0	0,0	
Ortaokul	4	36,4	0	0,0	7	63,6	
Lise	11	37,9	8	27,6	10	34,5	
Üniversite	24	38,7	11	17,7	27	43,5	
Medeni Durum	N	%	N	%	N	%	2,465 p>0,005
Evli	21	39,6	16	30,2	16	30,2	
Bekar	29	38,7	18	24	28	37,3	
Boşanmış	1	100	0	0	0	0,0	
Gelir Düzeyi	N	%	N	%	N	%	5,291 p>0,005
Düşük	9	32,1	10	35,7	9	32,1	
Orta	35	41,7	22	26,2	27	32,1	
Yüksek	7	43,8	1	6,2	8	50	
Nöbet Şiddeti	N	%	N	%			4,997 p>0,005
Hafif	15	78,9	4	21,1			
Orta	8	44,4	10	55,6			
Şiddetli	24	54,5	20	45,5			
Nöbet Sıklığı	N	%	N	%			8,075 p<0,005
Nadir	20	76,3	24	23,7			
Sık	29	45,5	9	54,5			

Yaş dilimi yönünden gruplar karşılaştırıldığında yaş açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Tablo 3.1'den de izlenebileceği gibi, grupların yaşlarının 18-29 yaş aralığında kümelendiği görülmüştür. Yaş gruplarına dağılımları farklı olduğu gibi, gruplar yaş ortalamaları açısından da farklılık göstermiştir. IJ grubunun yaş ortalaması 27,31 (Ss.=8,87); MTS grubunun yaş ortalaması 31,50 (Ss.=9,41) ve kontrol grubunun yaş ortalaması 26,95 (Ss.=6,82) olmuştur. Tek yönlü ANOVA sonucuna göre anlamlı bulunan yaş ortalaması farkının ($F_{(2,126)} = 3,40; p=,037$), çoklu karşılaştırma sonucunda MTS ve kontrol grubu arasındaki yaş farkından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Gruplar eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Karşılaştırma grubunda klinik örneklem gruplarına göre ilkokula giden kişi sayısının daha az olduğu görülmüştür. Ayrıca üniversiteye giden kişi sayısı en fazla karşılaştırma grubundadır.

İki klinik örneklem grubu nöbet sıklığı yönünden karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir. İdyopatik jeneralize grupta sık nöbet geçiren epilepsili birey sayısı mezyal temporal lob grubundakilere göre daha fazladır.

3.1.2. Klinik Örneklemde (İdyopatik Jeneralize Epilepsi ve Mezyal Temporal Lob Epilepsi Gruplarında) Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırmalar

Epilepsi hastalarında, sosyo-demografik değişken (eğitim, medeni durum vb.) düzeylerine göre yaşam kalitesi, sosyal destek, benlik saygısı ve depresyon puanları açısından bir fark olup olmadığını belirleyebilmek için iki düzeyi olan sosyo-demografik değişkenler için Mann Whitney U Testi; ikiden fazla düzeyi olanlar içinse Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Ayrıca *post hoc* karşılaştırmalar için de Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

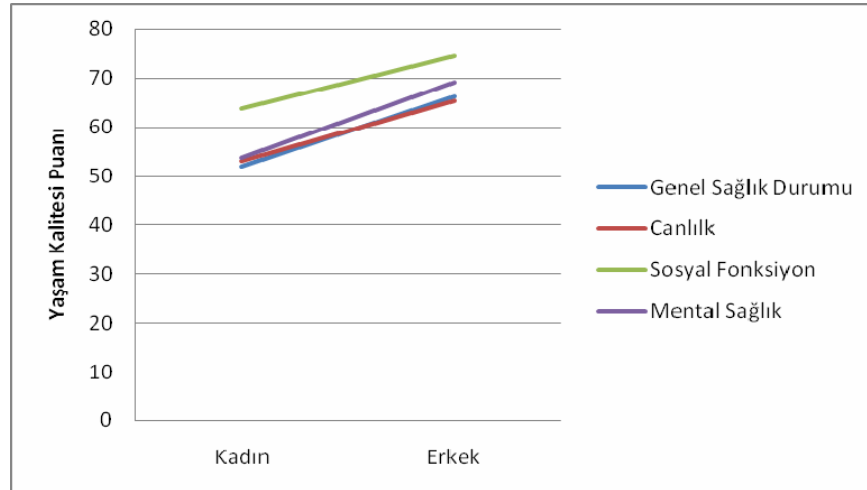
3.1.2.1. Cinsiyete Bağlı Farklar

Cinsiyet değişkeninin düzeylerine göre olan fark Mann Whitney U Testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36'nın "genel sağlık durumu", "canlılık", "sosyal fonksiyon" ve "mental sağlık" alt boyutlarında ve Beck Depresyon Envanterinde klinik örneklemdeki kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar gözlenmiştir. Söz konusu tüm puanlar açısından kadınlar erkeklere göre daha

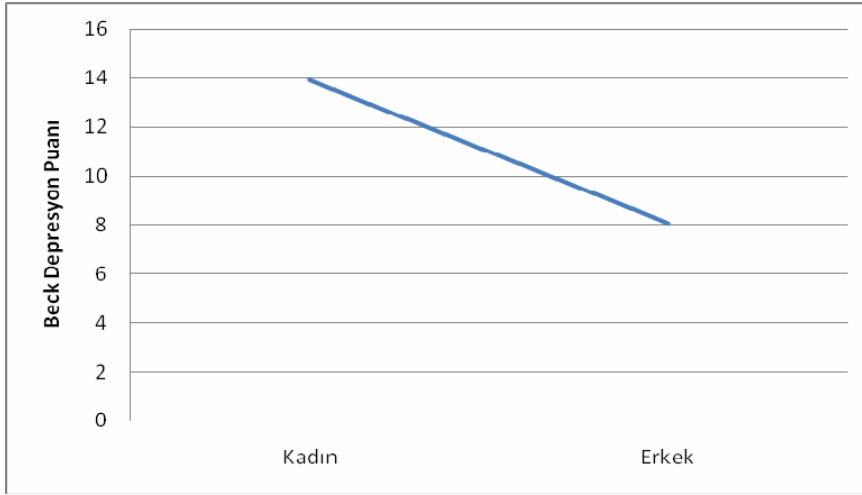
'kötü' durumda olmuştur; kadınların yaşam kaliteleri daha düşük, depresyonları daha yüksek bulunmuştur. Ancak, çalışmada kullanılan Algılanan Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri cinsiyet değişkenine göre fark göstermemiştir. Cinsiyete ilişkin analiz sonuçlarında anlamlı bulunan ölçek puanları Tablo 3.2'de yer almaktadır (ayrıca bkz. Şekil 3.1 ve Şekil 3.2).

Tablo 3.2. Klinik Örnekleme **Cinsiyet** Değişkenine Bağlı Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarında Gözlenen Farklar

Değişkenler	Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Mann-Whitney U
Genel Sağlık Durumu	Kadın	51	36,18	1845,00	U=519,000 P=0,002
	Erkek	34	53,24	1810,00	
Canlılık	Kadın	51	37,87	1931,50	U=605,500 P=0,019
	Erkek	34	50,69	1723,50	
Sosyal Fonksiyon	Kadın	51	38,33	1955,00	U=629,000 P=0,030
	Erkek	34	50,00	1700,00	
Mental Sağlık	Kadın	51	36,58	1865,50	U=539,500 P=0,003
	Erkek	34	52,63	1789,50	
Beck Depresyon	Kadın	51	48,96	2497,00	U=563,000 P=0,006
	Erkek	34	34,06	1158,00	



Şekil 3.1. Klinik Örnekleme Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanlarında Cinsiyete Bağlı Gözlenen Farklar.



Şekil 3.2. Klinik Örneklemde Beck Depresyon Envanteri Puanında Cinsiyete Bağlı Gözlenen Farklar.

3.1.2.2. Yaşa Bağlı Farklar

Yaş değişkeni 18-29 yaş; 30-39 yaş ve 40 ve üzeri yaş olmak üzere üç düzey olarak ele alınmıştır. Yaş değişkeninin düzeylerine göre olan fark Kruskal-Wallis Testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, epilepsi hastalarında sadece Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36'nın "emosyonel rol" alt boyutunda yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir (bkz. Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Klinik Örneklemde Yaş Değişkenine Bağlı Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarında Gözlenen Farklar

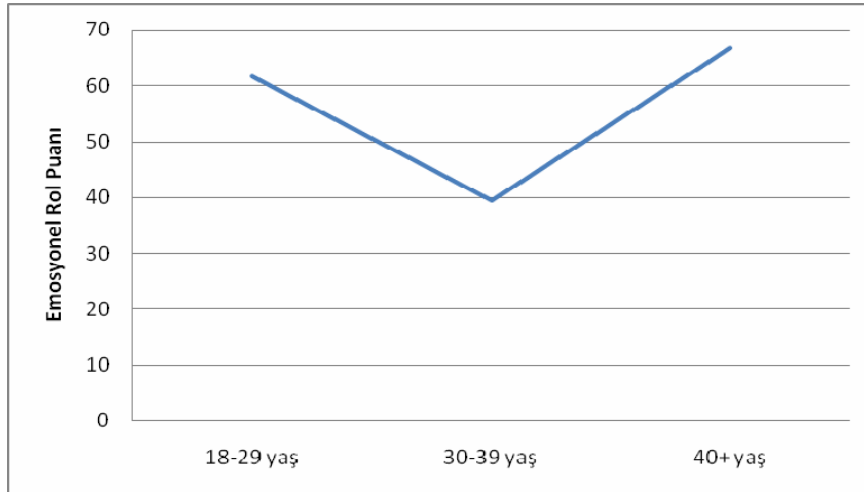
Değişkenler	Grup	N	X	Ss	Min.	Maks.	X Sıralaması	Kruskal-Wallis
Emosyonel Rol	18-29 yaş	53	61,68	36,689	0	100	45,96	$\chi^2_{(2)}=6,834$ p=0,033
	30-39 yaş	22	39,41	36,652	0	100	31,98	
	40+ yaş	10	66,64	36,607	0	100	51,55	

Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, gruplar arasındaki farkın 18-29 ile 30-39 yaş grubu arasında ve 30-39 ile 40 üstü yaş grupları arasında olduğu saptanmıştır. Başka bir deyişle, genç yetişkin ve ileri yetişkinlerin, yetişkin grubuna göre "emosyonel rol" alt

boyutu açısından daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu görüşmüştür (bkz. Tablo 3.4). Ancak, çalışmada kullanılan Algılanan Sosyal Destek, Benlik Saygısı, Depresyon ve Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri yaş grubu değişkenine göre fark göstermemiştir.

Tablo 3.4. Klinik Örnekleme Yaş Değişkenine İlişkin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Değişkenler	Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra toplamı	Mann-Whitney U
Emosyonel Rol	18-29 Yaş	53	41,64	2207,00	U=390,000
	30-39 Yaş	22	29,23	643,00	P=0,020
	30-39 Yaş	22	14,25	313,50	U=60,500
	40+ Yaş	10	21,45	214,50	P=0,043



Şekil 3.3. Klinik Örnekleme Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanında Yaşa Bağlı Gözlenen Farklar.

3.1.2.3. Eğitime Bağlı Farklar

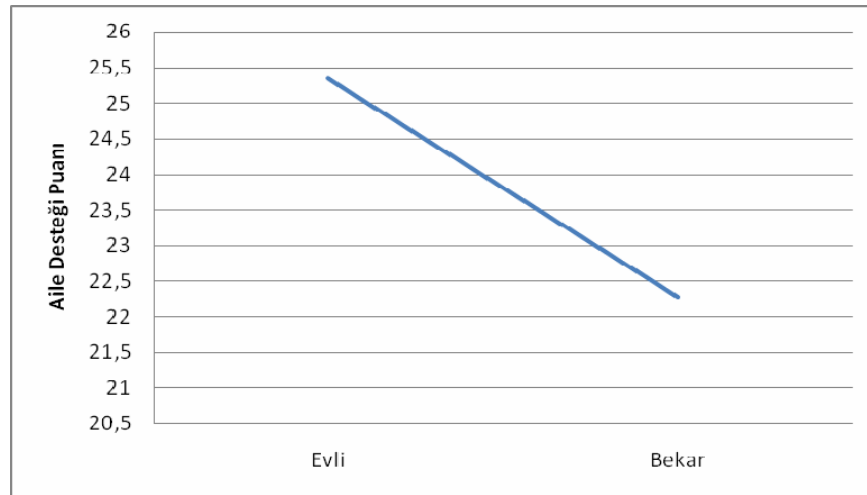
Eğitim değişkeni ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu bireyler olmak üzere dört farklı düzeyde ele alınmıştır. Eğitim değişkeninin düzeylerine göre olan fark Kruskal-Wallis Testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, epilepsi hastalarında eğitim düzeyine bağlı olarak hiç bir ölçek puanında anlamlı fark bulunamamıştır.

3.1.2.4. Medeni Duruma Bağlı Farklar

Medeni durum değişkeninin düzeylerine göre olan fark Kruskal-Wallis Testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, epilepsi hastalarında sadece Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "aile desteği" alt boyutunda medeni duruma bağlı istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir. Tablo 3.5'ten de izlenebileceği gibi, boşanmış grupta sadece 1 denek söz konusu olduğundan, analiz sonuçları güvenilir bulunmamıştır. Bu nedenle, evli ve bekâr epilepsi hastaları Mann-Whitney U Testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda, yine anlamlı bir fark bulunmuş ($U=607,500$, $p=0,019$), evli bireylerin bekâr olanlara göre ailelerinden daha fazla destek algıladıkları saptanmıştır. Ancak, çalışmada kullanılan Yaşam Kalitesi-SF36, Benlik Saygısı, Depresyon ve Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri medeni durum değişkenine göre fark göstermemiştir.

Tablo 3.5. Klinik Örneklemde **Medeni Durum** Değişkenine Bağlı Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarında Gözlenen Farklar

Değişkenler	Grup	N	X	Ss	Min.	Maks.	X Sıralaması	Kruskal-Wallis
Aile Desteği	Evli	37	25,35	3,285	20	28	49,50	$\chi^2_{(2)}=6,508$ $p=0,039$
	Bekâr	47	22,28	6,324	4	28	37,37	
	Boşanmış	1					67,00	



Şekil 3.4. Klinik Örneklemde Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanında Medeni Duruma Bağlı Gözlenen Farklar.

3.1.2.5. Gelir Düzeyine Bağlı Farklar

Katılımcıların gelir düzeyi belirlenirken 1000 lira ve altı gelire sahip olan bireyler düşük, 1000-3000 lira arası gelire sahip olan bireyler orta, 3000 lira ve üzeri geliri olan bireyler yüksek gelir grubuna alınmıştır.

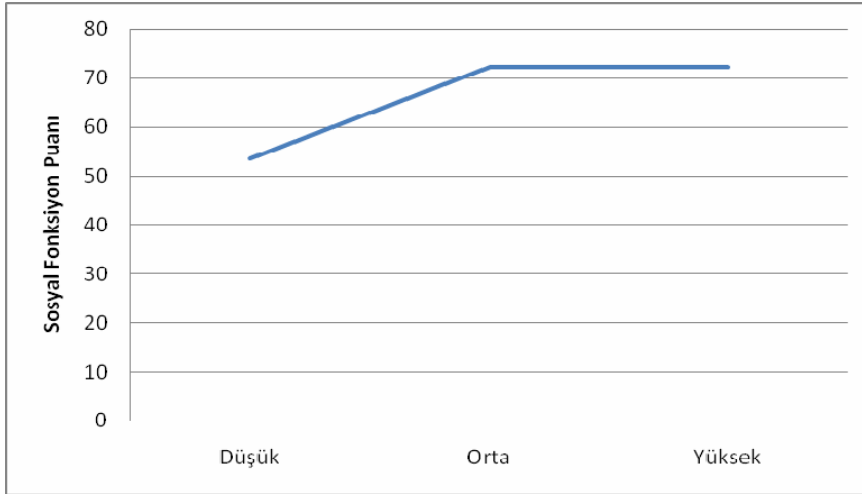
Gelir düzeyi değişkeninin düzeylerine göre olan fark Kruskal-Wallis Testi ile analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; gelir düzeyi değişkeni sadece yaşam kalitesi ölçeğinin “sosyal fonksiyon” alt boyutunda anlamlı bir etki göstermektedir (bkz. Tablo 3.6). Ayrıca Benlik Saygısı Ölçeği’nde anlamlılık derecesine yakın bir değer elde edilmiştir ($\chi^2_{(2)}=5,840$, $p=0,054$). Bu yüzden benlik saygısı ölçeği için de çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır (bkz. Tablo 3.7).

Tablo 3.6. Klinik Örneklemede **Gelir Düzeyi** Değişkenine Bağlı Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarında Gözlenen Farklar

Değişkenler	Grup	N	X	Ss	Min.	Maks.	X Sıralaması	Kruskal-Wallis
Sosyal Fonksiyon	Düşük	19	53,47	30,211	0	100	30,45	$\chi^2_{(2)}=6,177$ $p=0,046$
	Orta	57	72,33	20,988	25	100	46,11	
	Yüksek	8	72,25	21,888	38	100	45,38	
Benlik Saygısı	Düşük	19	1,4505	1,21901	0,00	3,50	50,08	$\chi^2_{(2)}=5,840$ $p=0,054$
	Orta	57	1,0040	0,93516	0,00	3,67	42,38	
	Yüksek	8	0,4062	0,26517	0,00	0,75	25,38	

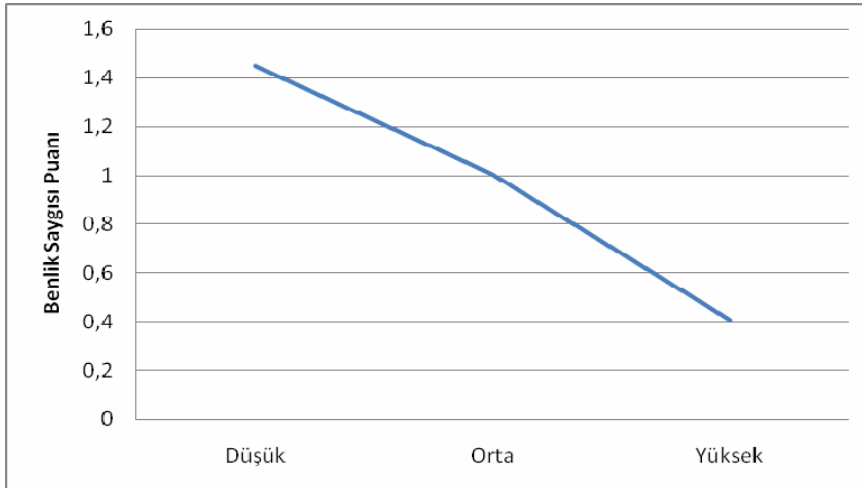
Tablo 3.7. Klinik Örneklemede Gelir Düzeyi Değişkenine İlişkin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Değişken	Gelir Düzeyi	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Mann-Whitney U
Sosyal Fonksiyon	Düşük	19	27,87	529,50	U=339,500
	Orta	57	42,04	2396,50	P=0,014
BS	Düşük	19	16,16	307,00	U=35,000
	Yüksek	8	8,88	71,00	P=0,029



Şekil 3.5. Klinik Örneklemede Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanında Gelir Düzeyine Bağlı Gözlenen Farklar.

Farkın kaynağını araştırmak amacıyla Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre; “sosyal fonksiyon” alt ölçeğinde düşük ve orta gelir düzeyine sahip gruplar arasında anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Ayrıca klinik gruptaki bireylerin Benlik Saygısı Ölçeği’nden aldıkları puanlar, bu sefer düşük ve yüksek gelir düzeyine sahip olan gruplar arasında anlamlı olarak farklılaşmıştır. Ancak, çalışmada kullanılan Algılanan Sosyal Destek, Depresyon ve Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri gelir düzeyi değişkenine göre fark göstermemiştir.



Şekil 3.6. Klinik Örneklemede Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanında Gelir Düzeyine Bağlı Gözlenen Farklar.

3.1.2.6. Nöbet Şiddetine Bağlı Farklar

Nöbet şiddeti değişkeninin düzeylerinin belirlenmesinde, hastaların bildirimlerine dayanılmıştır. Buna göre, bayılgalı nöbet geçirme yani şuurunu kaybetme şeklinde oluşan nöbetler şiddetli; tüm vücutta kasılma olmadan, belirli bölgelerde kasılmaların olduğu ve şuur kaybı olmadan meydana gelen nöbetler orta; sadece göz dalması ve hafif titreme olan nöbetler hafif olarak kabul edilmiştir.

Nöbet şiddeti değişkenine göre fark olup olmadığı Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Test sonuçlarına göre; “fiziksel fonksiyon”, “fiziksel rol”, “ağrı” ve “emosyonel rol” alt boyutları nöbet şiddetine göre farklılaşmaktadır (bkz. Tablo 3.8).

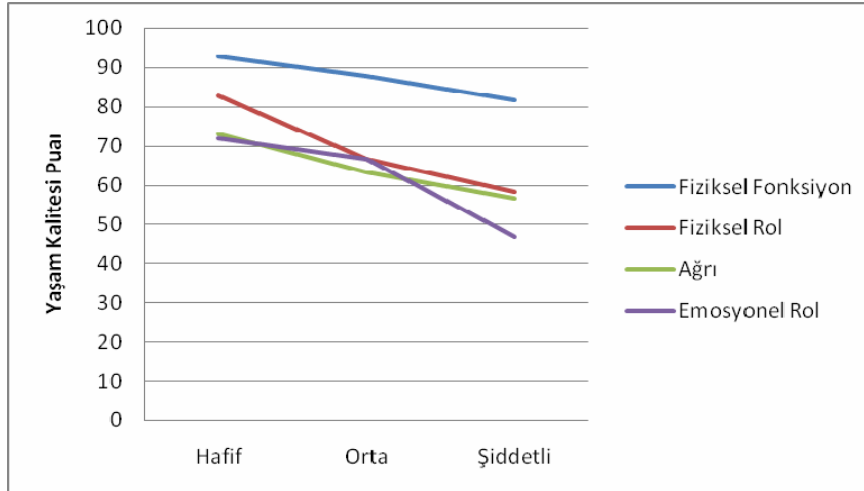
Nöbet şiddeti değişkenine bağlı anlamlı bulunan farkların kaynağı Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yoluyla araştırılmıştır (bkz. Tablo 3.9). Analiz sonucunda farkların hafif ve şiddetli gruplar arasında olduğu gözlenmiştir. Ancak, çalışmada kullanılan Algılanan Sosyal Destek, Benlik Saygısı, Beck Depresyon ve Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri nöbet şiddeti değişkenine göre fark göstermemiştir.

Tablo 3.8. Klinik Örneklemde **Nöbet Şiddeti** Değişkenine Bağlı Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarında Gözlenen Farklar

Değişkenler	Grup	N	X	Ss	Min.	Maks.	X Sıralaması	Kruskal-Wallis
Fiziksel Fonksiyon	Hafif	19	92,89	11,939	50	100	52,82	$\chi^2_{(2)}=7,127$ p=0,028
	Orta	18	87,78	13,309	50	100	41,08	
	Şiddetli	44	81,70	22,098	0	100	35,86	
Fiziksel Rol	Hafif	19	82,89	32,331	0	100	51,84	$\chi^2_{(2)}=6,466$ p=0,039
	Orta	18	66,67	39,295	0	100	40,83	
	Şiddetli	44	58,30	40,043	0	100	36,39	
Ağrı	Hafif	19	73,16	18,872	30	90	52,61	$\chi^2_{(2)}=8,314$ p=0,016
	Orta	18	63,33	28,284	0	90	44,11	
	Şiddetli	44	56,59	21,668	20	90	34,72	
Emosyonel Rol	Hafif	19	71,89	40,516	0	100	50,71	$\chi^2_{(2)}=7,648$ p=0,022
	Orta	18	66,72	30,337	0	100	45,94	
	Şiddetli	44	47,00	37,653	0	100	34,78	

Tablo 3.9. Klinik Örneklemede Nöbet Şiddeti Değişkenine İlişkin Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

Değişken	Nöbet Şiddeti	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Mann-Whitney U
Fiziksel Fonksiyon	Hafif	19	41,13	781,50	U=244,500 P=0,008
	Şiddetli	44	28,06	1234,50	
Fiziksel Rol	Hafif	19	40,32	766,00	U=260,000 P=0,012
	Şiddetli	44	28,41	1250,00	
Ağrı	Hafif	19	42,00	798,00	U=228,000 P=0,004
	Şiddetli	44	27,68	1218,00	
Emosyonel Rol	Hafif	19	40,24	764,50	U=261,500 P=0,015
	Şiddetli	44	28,44	1251,50	



Şekil 3.7. Klinik Örneklemede Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanlarında Nöbet Şiddetine Bağlı Gözlenen Farklar.

3.1.2.7. Nöbet Sıklığına Bağlı Farklar

Nöbet sıklığı sık ve seyrek nöbet geçirme durumuna göre iki düzeyde ele alınmıştır. Buna göre nöbet sıklığı, 3 aylık bir zaman dilimi içerisinde en az bir nöbet geçirme durumu sık, 3 aydan uzun sürelerde nöbet meydana geliyorsa seyrek olarak alınmıştır.

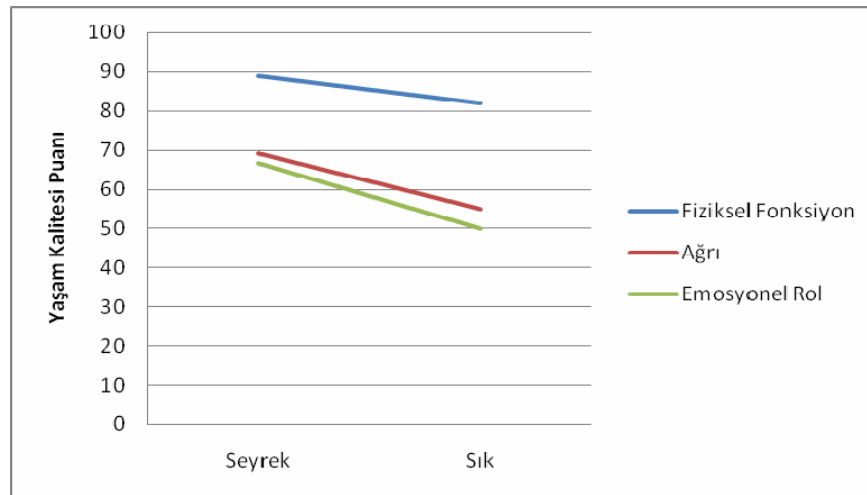
Nöbet sıklığı değişkenine bağlı farkları belirlemek amacıyla Mann Whitney U analizi yapılmıştır (bkz. Tablo 3.10). Analiz sonuçlarına bakıldığında sık veya nadir

nöbet geçirme durumlarında “fiziksel fonksiyon”, “ağrı” ve “emosyonel rol” alt boyutları açısından alınan puanlarda fark görülmektedir.

Tablo 3.10. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutlarının Nöbet Sıklığı Değişkenine Göre Farklar

Değişkenler	Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra toplamı	Mann-Whitney U
Fiziksel fonksiyon	Sık	44	36,41	1602,00	U=612,000
	Seyrek	38	47,39	1801,00	P=0,034
Ağrı	Sık	44	34,84	1533,00	U=543,000
	Seyrek	38	49,21	1870,00	P=0,006
Emosyonel Rol	Sık	44	36,75	1617,00	U=627,000
	Seyrek	38	47,00	1786,00	P=0,044

Sık nöbet geçirenler ile nadir nöbet geçiren hastaların “fiziksel fonksiyon”, “ağrı” ve “emosyonel rol” alt boyutlarında anlamlı bir fark gösterdiği görülmüştür. Ancak, çalışmada kullanılan Algılanan Sosyal Destek, Benlik Saygısı, Beck Depresyon ve Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri nöbet sıklığı değişkenine göre fark göstermemiştir.



Şekil 3.8. Klinik Örneklemde Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanlarında Nöbet Sıklığına Bağlı Gözlenen Farklar.

3.2. Klinik Örneklem ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

3.2.1. Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

İdyopatik jeneralize epilepsi, mezyal temporal lob epilepsi ve karşılaştırma gruplarının Yaşam Kalitesi-SF36 puanları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır (bkz. Tablo 3.11). Elde edilen bulgulara göre, yaşam kalitesi puanları açısından klinik örneklem ve karşılaştırma grupları arasında “fiziksel rol”, “ağrı” ve “emosyonel rol” alt boyutlarında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2_{(2)} = 7,166$, $P < 0,05$).

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için Mann Whitney U testi uygulanarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır (bkz. Tablo 3.12). Sonuçlara göre; fiziksel rol ($U=728,000$, $p=0,185$), ağrı ($U=799,000$, $p=0,536$) ve emosyonel rol ($U=819,000$, $p=0,655$) alt boyutlarında idyopatik jeneralize ve mezyal temporal lob epilepsi grupları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Buna göre, iki farklı epilepsi grubunun SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutları açısından farklılaşmadığı görülmektedir.

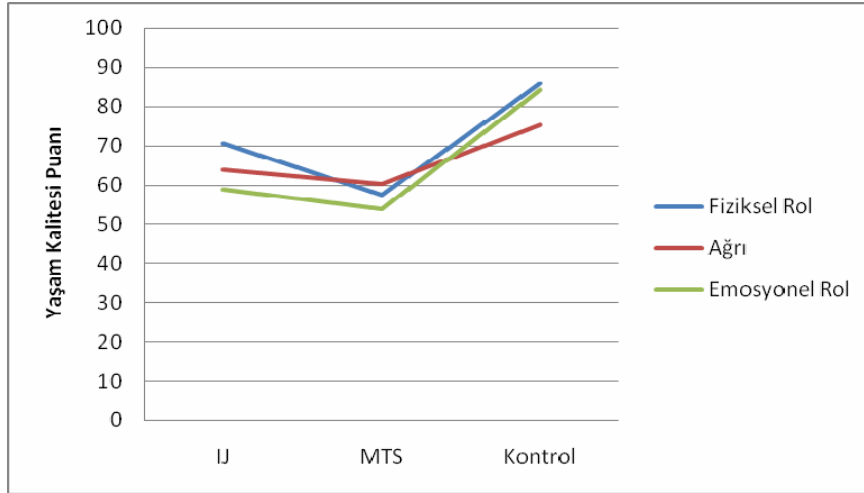
Klinik gruplardan idyopatik jeneralize grup ve karşılaştırma grubu arasında ağrı ($U=822,500$, $p < 0,05$) ve emosyonel rol ($U=664,500$, $p < 0,05$) alt boyutlarında; mezyal temporal lob epilepsi grubu ve yine karşılaştırma grubu arasında ise fiziksel rol ($U=503,500$, $p < 0,05$), ağrı ($U=496,000$, $p < 0,05$) ve emosyonel rol ($U = 443,000$, $p < 0,005$) alt boyutlarında istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (bkz. Tablo 3.12).

Tablo 3.11. SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarında Hasta ve Kontrol Grupları Farkları

Değişkenler	Grup	N	X	Ss	Min.	Maks.	X Sıralaması	Kruskal-Wallis
Fiziksel rol	IJ	51	70,39	37,119	0	100	64,04	$\chi^2_{(2)} = 7,166$ $p = 0,028$
	MTS	34	57,35	42,875	0	100	53,72	
	Kontrol	44	85,80	18,202	50	100	74,83	
Ağrı	IJ	51	63,73	23,062	0	90	60,46	$X^2_{(2)} = 8,103$ $p = 0,017$
	MTS	34	60,29	24,307	20	90	55,59	
	Kontrol	44	75,14	15,858	40	100	77,53	
Emosyonel rol	IJ	51	58,88	35,715	0	100	56,97	$\chi^2_{(2)} = 16,094$ $p = 0,000$
	MTS	34	53,91	41,097	0	100	54,62	
	Kontrol	44	84,16	22,137	33	100	82,33	

Tablo 3.12. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarında Hasta ve Kontrol Grupları Çoklu Karşılaştırma Farkları

Değişkenler	Grup	N	X Sıralaması	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U
Fiziksel Rol	MTS	34	32,31	1098,50	U=503,500 p=0,008
	Kontrol	44	45,06	1982,50	
Ağrı	MTS	34	32,09	1091,00	U=496,000 p=0,010
	Kontrol	44	45,23	1990,00	
Emosyonel Rol	MTS	34	30,53	1038,00	U=443,000 p=0,001
	Kontrol	44	46,43	2043,00	



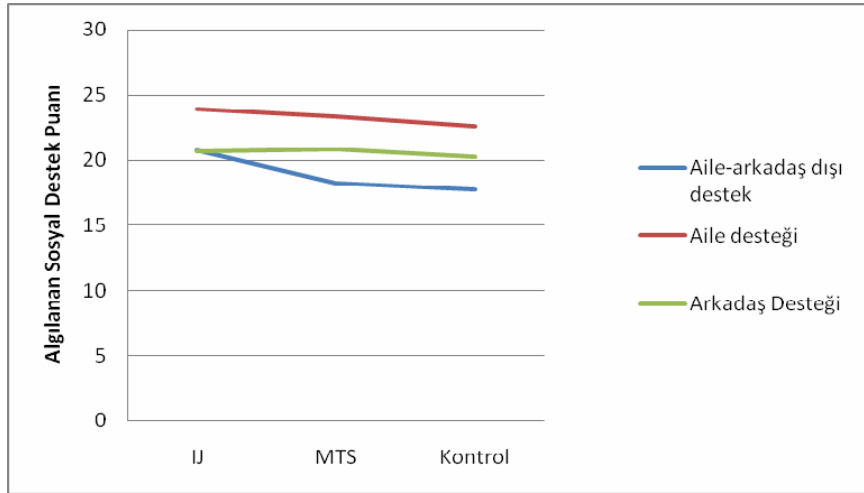
Şekil 3.9. Klinik Gruplar ile Karşılaştırma Grubunda Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36 Puanlarında Gözlenen Farklar.

3.2.2. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyal Destek Ölçeği'nin toplam ve alt ölçek puanları Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldığında (bkz. Tablo 3.13) toplam sosyal destek puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2_{(2)}=2,569$, $p=0,277$).

Tablo 3.13. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarında Hasta ve Kontrol Grupları Farkları

Değişkenler	Grup	N	X	Ss	Min.	Maks.	X Sıralaması	Kruskal-Wallis
Toplam Sosyal Destek	IJ	51	65,69	15,741	24	84	70,94	$\chi^2_{(2)}=2,569$ p=0,277
	MTS	34	62,62	17,364	18	84	64,28	
	Kontrol	44	60,57	14,323	27	84	58,67	
Aile-Arkadaş Dışı Destek	IJ	51	20,78	6,379	4	28	72,79	$\chi^2_{(2)}=3,888$ p=0,143
	MTS	34	18,247	7,978	4	28	61,93	
	Kontrol	44	17,73	7,966	4	28	58,34	
Aile Desteği	IJ	51	23,92	5,110	4	28	70,17	$\chi^2_{(2)}=3,268$ p=0,195
	MTS	34	23,32	5,850	8	28	67,51	
	Kontrol	44	22,59	5,200	8	28	57,07	
Arkadaş Desteği	IJ	51	20,63	6,986	4	28	65,41	$\chi^2_{(2)}=0,544$ p=0,762
	MTS	34	20,82	7,069	4	28	68,22	
	Kontrol	44	20,25	6,288	4	28	62,03	



Şekil 3.10. Klinik Gruplar ile Karşılaştırma Grubunda Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarında Gözlenen Farklar.

Sosyal destek ölçeğinin Aile ve Arkadaş Dışı Destek Alt Ölçeği ($\chi^2_{(2)}=3,888$, p=0,143); Aile Desteği Alt Ölçeği ($\chi^2_{(2)}=3,268$, p= 0,195) ve Arkadaş Desteği Alt Ölçeği açısından da klinik örneklem ve karşılaştırma grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2_{(2)}=0,544$, p=0,762).

3.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Puanlarının Karşılaştırılması

İdyopatik jeneralize epilepsi grubu, mezyal temporal lob epilepsi grubu ve kontrol grubunun Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldıkları puanların farklılaşp farklılaşmadığı Kruskal-Wallis testi ile incelenmiştir (bkz. Tablo 3.14). Analiz sonuçlarına göre, klinik örneklem ve karşılaştırma grupları arasında Benlik Saygısı puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($\chi^2_{(2)}=20,703$, $p<0,05$).

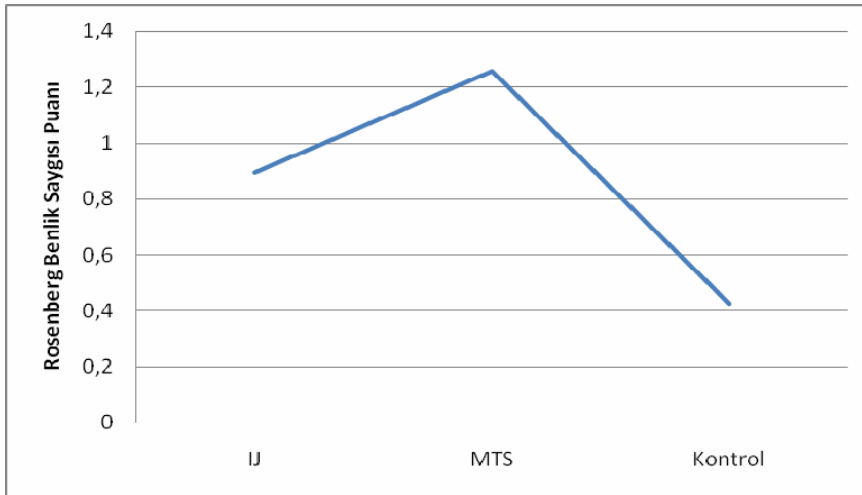
Tablo 3.14. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanında Hasta ve Kontrol Grupları Farkları

Değişkenler	Grup	N	X	Ss	Min.	Maks.	X Sıralaması	Kruskal-Wallis
Benlik Saygısı	IJ	51	0,893	0,858	0,00	3,58	71,12	$\chi^2_{(2)}=20,703$ $p=0,000$
	MTS	34	1,257	1,151	0,00	3,67	81,37	
	Sağlıklı Grup	44	0,425	0,649	0,00	2,33	45,26	

Tablo 3.15. Benlik Saygısı Puanlarında Hasta ve Kontrol Grupları Çoklu Karşılaştırma Farkları

Değişkenler	Grup	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	Mann-Whitney U
BS toplam	IJ	51	56,88	2901,00	U=669,000
	Sağlıklı grup	44	37,70	1659,00	P=0,001
BS toplam	MTS	34	52,25	1776,50	U=314,500
	Sağlıklı Grup	44	29,65	1304,50	P=0,000

Bu farkın kaynağını araştırmak amacıyla Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. Yapılan ileri analizin sonuçlarına göre; idyopatik jeneralize ile kontrol grubu (U=669,000, $p<0,05$) ve mezyal temporal epilepsili grup ile kontrol grubu (U=314,500, $p<0,05$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yani her iki klinik örneklem grubu sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak farklılaşmaktadır (bkz. Tablo 3.15).



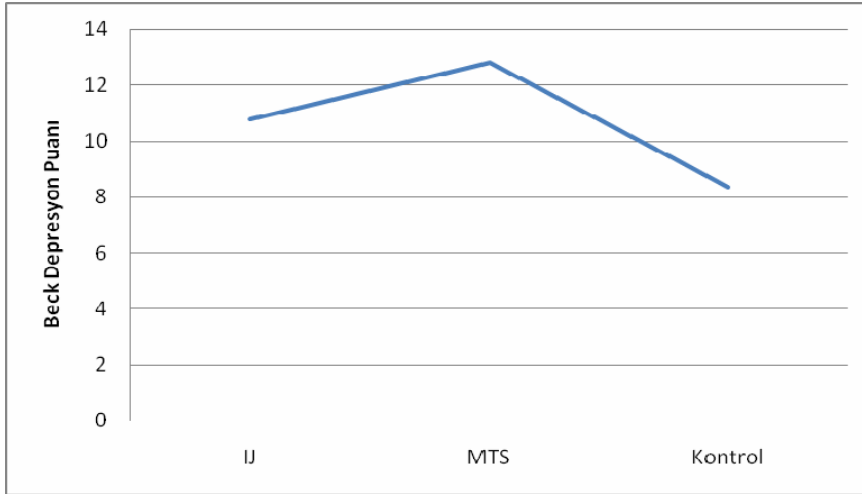
Şekil 3.11. Klinik Gruplar ile Karşılaştırma Grubunda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanında Gözlenen Farklar.

3.2.4. Beck Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

İdyopatik jeneralize epilepsi grubu, mezyal temporal lob epilepsi grubu ve kontrol grubunun Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanın anlamlılık düzeyleri Kruskal-Wallis testi ile incelenmiştir (bkz. Tablo 3.16). Elde edilen bulgulara göre klinik örneklem ve karşılaştırma grupları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2_{(2)}=3,270$, $p=0,195$).

Tablo 3.16. Beck Depresyon Ölçeği Puanında Hasta ve Kontrol Grupları Farkları

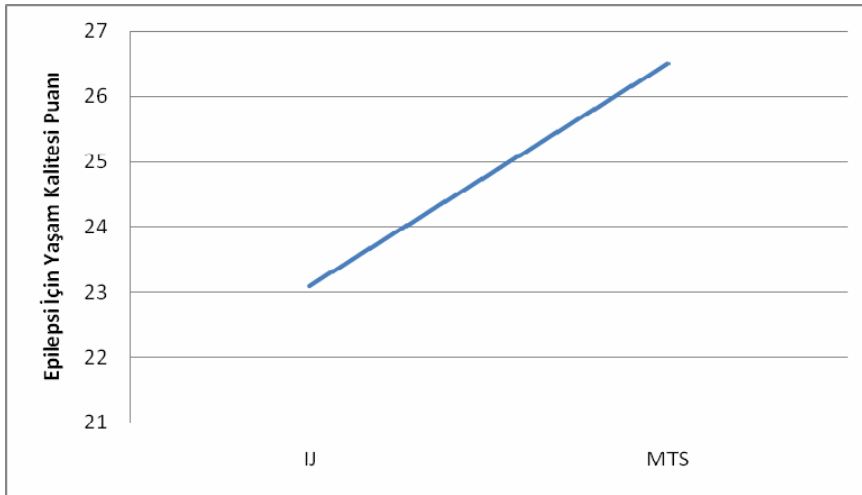
Değişkenler	Grup	N	X	Ss	Min.	Maks.	X Sıralaması	Kruskal-Wallis
BDE	IJ	51	10,76	9,077	0	35	65,61	$\chi^2_{(2)}$ =3,270 p=0,195
	MTS	34	12,79	10,233	0	45	73,26	
	Kontrol	44	8,34	6,938	0	28	57,91	



Şekil 3.12. Klinik Gruplar ile Karşılaştırma Grubunda Beck Depresyon Envanteri Puanında Gözlenen Farklar.

3.2.5. Klinik Örneklemelerin Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Epilepsiye özgü yaşam kalitesi ölçeği normallik sayıtlılarını karşıladığı için normal dağılım için uygulanan parametrik olan testlerden İlişkisiz Örneklemeler İçin T Testi uygulanmıştır. Mezyal temporal lob ve idyopatik jeneralize gruplarında bulunan epilepsi hastalarının epilepsiye özgü yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilen yaşam kalitesi puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ($t=-2,118$, $sd= 83$; $p=0,037$). İJ grubunun ilgili ölçeğin yaşam kalitesi puan ortalaması ($ort.= 23,10$; $Ss.= 6,76$), MTS grubunununkinden ($ort. = 26,50$; $Ss. = 7,99$) düşük bulunmuştur. İlgili testte puan azaldıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Böylece, İJ grubunun MTS grubuna göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur.



Şekil 3.13. Klinik Gruplarda Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanında Gözlenen Farklar.

3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Korelasyon Matrisi

Ölçeklerin alt test puanları arasındaki ilişkilik durumları Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Korelasyon analizleri, çalışmada yer alan tüm katılımcılardan elde edilen puanlar arasında (bkz. Tablo 3.17); idyopatik jeneralize epilepsi grubu katılımcılarından elde edilen puanlar arasında (bkz. 3.18), mesyal temporal lob epilepsi grubu katılımcılarından elde edilen puanlar arasında (bkz. Tablo 3.19) ve kontrol grubu katılımcılarından elde edilen puanlar arasında (bkz. Tablo 3.20) olmak üzere ayrı ayrı yapılmıştır. Tüm bu korelasyon analizlerinden elde edilen sonuçlar ise Tablo 3.21’de özetlenmiştir.

3.3.1. Tüm Katılımcılardan Elde Edilen Korelasyon Matrisi

Tüm katılımcılardan elde edilen puanlar üzerinde yürütülen korelasyon analizi sonuçlarına göre (bkz. Tablo 3.17), Beck Depresyon Envanteri toplam puanı ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı hem birbirleriyle pozitif doğrusal ($r_{spo} = ,390$; $p < 0.01$) hem de Yaşam Kalitesi-SF36 ($r_{spo} = -,338$ ila $-,660$; $p < 0.01$) ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeklerinin tüm puanlarıyla ($r_{spo} = -,238$ ila $-,344$; $p < 0.01$) negatif doğrusal anlamlı korelasyonlar göstermiştir. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin “arkadaş desteği” alt ölçek puanı ile yine Yaşam Kalitesi-SF36’nın tüm alt boyutları arasında ($r_{spo} = ,179$ ila $,352$; $p < 0.05$ ila $p < 0.01$) pozitif doğrusal anlamlı korelasyon

katsayıları elde edilmiştir. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "aile desteği" alt ölçek puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "fiziksel rol", "genel sağlık durumu", "canlılık", "sosyal fonksiyon" ve "mental sağlık" alt boyutları arasında ($r_{spo} = ,191$ ila $,381$; $p < 0.05$ ila $p < 0.01$) pozitif doğrusal anlamlı korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Ayrıca Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "aile ve arkadaş dışı destek" alt ölçek puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "genel sağlık durumu", "canlılık", "sosyal fonksiyon" ve "mental sağlık" alt boyutları arasında ($r_{spo} = ,205$ ila $,317$; $p < 0.05$ ila $p < 0.01$) pozitif doğrusal anlamlı korelasyon katsayıları elde edilmiştir.

3.3.2. İdyopatik Jeneralize Epilepsi Grubundan Elde Edilen Korelasyon Matrisi

İdyopatik jeneralize epilepsi grubu katılımcılarından elde edilen puanlar üzerinde yürütülen korelasyon analizi sonuçlarına göre (bkz. Tablo 3.18), Beck Depresyon Envanteri toplam puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "fiziksel fonksiyon", "ağrı", "genel sağlık durumu", "canlılık", "sosyal fonksiyon", "emosyonel rol" ve "mental sağlık" alt boyutları arasında negatif doğrusal anlamlı korelasyon katsayıları elde edilmiştir ($r_{spo} = -,395$ ila $-,812$; $p < 0.01$). Yine Beck Depresyon Envanteri toplam puanı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı arasında ($r_{spo} = ,504$; $p < 0.01$) anlamlı pozitif korelasyon vardır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin tüm alt ölçek puanı ile negatif korelasyon göstermiştir ($r_{spo} = -,343$ ila $-,416$; $p < 0.05$ ila $p < 0.01$). Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "fiziksel fonksiyon", "ağrı", "canlılık", "sosyal fonksiyon", "emosyonel rol" ve "mental sağlık" alt boyutları arasında ($r_{spo} = -,287$ ila $-,526$; $p < 0.05$ ila $p < 0.01$) anlamlı negatif korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "arkadaş desteği" alt ölçeği ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "fiziksel fonksiyon", "fiziksel rol", "ağrı", "sosyal fonksiyon" ve "mental sağlık" alt boyutu arasında ($r_{spo} = ,276$ ila $,364$; $p < 0.05$ ila $p < 0.01$); "aile desteği" alt ölçeği ile "fiziksel rol", "emosyonel rol" ve "mental sağlık" alt boyutları arasında ($r_{spo} = ,306$ ila $,316$; $p < 0.05$); "aile ve arkadaş dışı destek" alt ölçeği ile de "mental sağlık" alt boyutu arasında ($r_{spo} = ,329$; $p < 0.05$) anlamlı pozitif korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Son olarak sadece klinik örneklemelere uygulanan Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne ilişkin korelasyonlar katsayılarına bakacak olursak; Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri'nin toplam puanı arasında ($r_{\text{spo}} = ,604$; $p < 0.01$) anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "fiziksel fonksiyon", "ağrı", "genel sağlık durumu", "canlılık", "sosyal fonksiyon", "emosyonel rol" ve "mental sağlık" alt boyutu arasında ($r_{\text{spo}} = -,392$ ila $-,626$; $p < 0.01$) anlamlı negatif korelasyon katsayıları elde edilmiştir.

3.3.3. Mezyal Temporal Lob Epilepsi Grubundan Elde Edilen Korelasyon Matrisi

Mezyal temporal lob epilepsi grubu katılımcılarından elde edilen puanlar üzerinde yürütülen korelasyon analizi sonuçlarına göre (bkz. Tablo 3.19), Beck Depresyon Envanteri toplam puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın bütün alt boyutları arasında negatif doğrusal anlamlı korelasyon katsayıları elde edilmiştir ($r_{\text{spo}} = -,487$ ila $-,720$; $p < 0.01$). Beck Depresyon Envanteri toplam puanı ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "aile desteği" ve "arkadaş desteği" alt ölçek puanları ile negatif korelasyon göstermiştir (sırasıyla $r_{\text{spo}} = -,344$ ve $-,369$; $p < 0.05$). Yine Beck Depresyon Envanteri toplam puanı ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı arasında ($r_{\text{spo}} = ,441$; $p < 0.01$) anlamlı pozitif korelasyon vardır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "aile desteği" ve "arkadaş desteği" alt ölçek puanları ile negatif korelasyon göstermiştir (sırasıyla $r_{\text{spo}} = -,364$ ve $-,464$; $p < 0.01$). Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "fiziksel rol", "canlılık" ve "mental sağlık" alt boyutları arasında ($r_{\text{spo}} = -,491$ ila $-,495$; $p < 0.01$) anlamlı negatif korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "arkadaş desteği" alt ölçeği ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "fiziksel fonksiyon", "genel sağlık durumu", "canlılık", "sosyal fonksiyon" ve "mental sağlık" alt boyutu arasında ($r_{\text{spo}} = ,363$ ila $,645$; $p < 0.05$ ila $p < 0.01$); "aile desteği" alt ölçeği ile "genel sağlık durumu", "canlılık", "sosyal fonksiyon" ve "mental sağlık" alt boyutları arasında ($r_{\text{spo}} = ,368$ ila $,467$; $p \square 0.05$ ila $p \square 0.01$); "aile ve arkadaş dışı destek" alt ölçeği ile de "canlılık" ve "mental sağlık" alt boyutu arasında (sırasıyla $r_{\text{spo}} = ,362$ ve $,425$; $p < 0.05$) anlamlı pozitif korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Son olarak sadece klinik örneklemelere uygulanan Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne ilişkin

korelasyonlar katsayılarına bakacak olursak; Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri'nin toplam puanı arasında ($r_{spo} = ,577$; $p < 0.01$) anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "fiziksel fonksiyon", "fiziksel rol", "genel sağlık durumu", "canlılık", "sosyal fonksiyon", "emosyonel rol" ve "mental sağlık" alt boyutu arasında ($r_{spo} = -,366$ ila $-,601$; $p < 0.05$ ila $p < 0.01$) anlamlı negatif korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Yine Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "arkadaş desteği" ve "aile desteği" alt ölçekleri arasında (sırasıyla $r_{spo} = -,434$ ve $-,471$; $p < 0.05$ ve $p < 0.01$) negatif korelasyon katsayıları elde edilmiştir.

3.3.4. Kontrol Grubu Katılımcılarından Elde Edilen Korelasyon Matrisi

Kontrol grubu katılımcılarından elde edilen puanlar üzerinde yürütülen korelasyon analizi sonuçlarına göre (bkz. Tablo 3.20), Beck Depresyon Envanteri toplam puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "fiziksel rol", "genel sağlık durumu", "canlılık", "sosyal fonksiyon", "emosyonel rol" ve "mental sağlık" alt boyutları arasında negatif doğrusal anlamlı korelasyon katsayıları elde edilmiştir ($r_{spo} = -,301$ ila $-,391$; $p < 0.05$ ila $p < 0.01$). Yine Beck Depresyon Envanteri toplam puanı Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "aile desteği" ve "arkadaş desteği" alt ölçek puanı ile pozitif korelasyon göstermiştir (sırasıyla $r_{spo} = -,302$ ve $-,479$; $p < 0.05$ ve $p < 0.01$). Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği toplam puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "genel sağlık durumu" alt boyutu ($r_{spo} = -,330$; $p < 0.05$) ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği "arkadaş desteği" alt ölçeği arasında ($r_{spo} = -,401$; $p < 0.01$) anlamlı negatif korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "arkadaş desteği" alt ölçeği ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın "canlılık" alt boyutu arasında ($r_{spo} = ,347$; $p < 0.05$); "aile desteği" alt ölçeği ile "genel sağlık durumu" ve "mental sağlık" alt boyutları arasında (sırasıyla $r_{spo} = ,342$ ve $,429$; $p < 0.05$ ve $p < 0.01$); "aile ve arkadaş dışı destek" alt ölçeği ile de "genel sağlık durumu" alt boyutu arasında ($r_{spo} = ,328$; $p < 0.05$) anlamlı pozitif korelasyon katsayıları elde edilmiştir.

Tablo 3.17. Çalışmanın Tüm Katılımcılarından Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları

		Yaşam Kalitesi							Algılanan Sosyal Destek			Benlik Saygısı	Beck Depresyon	
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Durumu	Canlılık	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol	Mental Sağlık	Aile ve Arkadaş Dışı Destek	Aile Desteği			Arkadaş Desteği
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	1,000												
	Fiziksel Rol	,352**	1,000											
	Ağrı	,397**	,360**	1,000										
	Genel Sağlık Durumu	,434**	,335**	,384**	1,000									
	Canlılık	,360**	,324**	,447**	,626**	1,000								
	Sosyal Fonksiyon	,370**	,220*	,432**	,482**	,598**	1,000							
	Emosyonel Rol	,432**	,590**	,440**	,390**	,506**	,475**	1,000						
	Mental Sağlık	,388**	,288**	,281**	,548**	,711**	,646**	,475**	1,000					
Algılanan Sosyal Destek	Aile ve Arkadaş Dışı Destek	,071	,089	,033	,225*	,243**	,205*	,087	,317**	1,000				
	Aile Desteği	,140	,191*	,093	,199*	,261**	,233**	,149	,381**	,581**	1,000			
	Arkadaş Desteği	,187*	,202*	,179*	,277**	,352**	,239**	,200*	,343**	,541**	,524**	1,000		
Benlik Saygısı	-,290**	-,344**	-,305**	-,312**	-,442**	-,339**	-,341**	-,381**	-,190**	-,261**	-,347**	1,000		
Beck Depresyon	-,338**	-,389**	-,395**	-,463**	-,660**	-,516**	-,466**	-,644**	-,238**	-,271**	-,344**	,390**	1,000	

* p < 0.05 (2-yönlü); ** p < 0.01 (2-yönlü)

- **Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36:** Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır; **Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:** Puan arttıkça algılanan sosyal destek artmaktadır; **Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği:** Puan azaldıkça benlik saygısı artmaktadır; **Beck Depresyon Envanteri:** Puan azaldıkça depresyon azalmaktadır.

Tablo 3.18. Çalışmanın İdyopatik Jeneralize Epilepsi Grubu Katılımcılarından Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları

		Yaşam Kalitesi								Algılanan Sosyal Destek			Benlik Saygısı	Beck Depresyon	Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi	
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Durumu	Canlılık	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol	Mental Sağlık	Aile ve Arkadaş Dışı Destek	Aile Desteği	Arkadaş Desteği				
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	1,000														
	Fiziksel Rol	,255	1,000													
	Ağrı	,467**	,277*	1,000												
	Genel Sağlık Durumu	,350*	,115	,501**	1,000											
	Canlılık	,436**	,169	,510**	,550**	1,000										
	Sosyal Fonksiyon	,398**	,100	,532**	,371**	,490**	1,000									
	Emosyonel Rol	,465**	,482**	,392**	,225	,386**	,466**	1,000								
	Mental Sağlık	,462**	,143	,376**	,452**	,682**	,654**	,465**	1,000							
Algılanan Sosyal Destek	Aile ve Arkadaş Dışı Destek	,243	,124	,175	,196	,209	,266	,177	,329*	1,000						
	Aile Desteği	,266	,308*	,189	,033	,165	,221	,316*	,306*	,732**	1,000					
	Arkadaş Desteği	,324*	,276*	,364**	,153	,191	,299*	,222	,282*	,740**	,651**	1,000				
Benlik Saygısı	-,338*	-,253	-,322*	-,213	-,505**	-,380**	-,287*	-,526**	-,343*	-,416**	-,406**	1,000				
Beck Depresyon	-,436**	-,240	-,395**	-,465**	-,604**	-,571**	-,440**	-,812**	-,203	-,221	-,261	,504**	1,000			
Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi	-,392**	-,201	-,538**	-,614**	-,626**	-,485**	-,393**	-,538**	-,097	-,005	-,121	,287	,604**	1,000		

* p < 0.05 (2-yönlü); ** p < 0.01 (2-yönlü)

- **Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36:** Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır; **Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:** Puan arttıkça algılanan sosyal destek artmaktadır; **Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği:** Puan azaldıkça benlik saygısı artmaktadır; **Beck Depresyon Envanteri:** Puan azaldıkça depresyon azalmaktadır; **Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-10:** Puan azaldıkça yaşam kalitesi artmaktadır.

Tablo 3.19. Çalışmanın Mezyal Temporal Lob Epilepsi Grubu Katılımcılarından Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları

		Yaşam Kalitesi								Algılanan Sosyal Destek			Benlik Saygısı	Beck Depresyon	Epilepsiye İçin Yaşam Kalitesi	
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Durumu	Canlılık	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol	Mental Sağlık	Aile ve Arkadaş Dışı Destek	Aile Desteği	Arkadaş Desteği				
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	1,000														
	Fiziksel Rol	,439**	1,000													
	Ağrı	,222	,215	1,000												
	Genel Sağlık Durumu	,560**	,668**	,184	1,000											
	Canlılık	,431*	,527**	,404*	,720**	1,000										
	Sosyal Fonksiyon	,415*	,390*	,478**	,490**	,693**	1,000									
	Emosyonel Rol	,335	,585**	,345*	,589**	,721**	,491**	1,000								
	Mental Sağlık	,515**	,549**	,356*	,631**	,842**	,678**	,611**	1,000							
Algılanan Sosyal Destek	Aile ve Arkadaş Dışı Destek	,088	,059	,018	,243	,362*	,268	,127	,425*	1,000						
	Aile Desteği	,131	,300	,176	,368*	,452**	,405*	,157	,467**	,619**	1,000					
	Arkadaş Desteği	,453**	,279	,076	,551**	,645**	,363*	,279	,552**	,601**	,598**	1,000				
Benlik Saygısı	-,037	-,491**	-,172	-,286	-,491**	-,295	-,222	-,495**	-,281	-,364*	-,464**	1,000				
Beck Depresyon	-,568**	-,574**	-,487**	-,505**	-,708**	-,720**	-,504**	-,709**	-,253	-,344*	-,369*	,441**	1,000			
Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi	-,587**	-,546**	-,328	-,601**	-,533**	-,531**	-,370*	-,366*	-,257	-,471**	-,434*	,158	,577**	1,000		

* p < 0.05 (2-yönlü); ** p < 0.01 (2-yönlü)

• Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36: Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Puan arttıkça algılanan sosyal destek artmaktadır; Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği: Puan azaldıkça benlik saygısı artmaktadır; Beck Depresyon Envanteri: Puan azaldıkça depresyon azalmaktadır; Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği-10: Puan azaldıkça yaşam kalitesi artmaktadır.

Tablo 3.20. Çalışmanın Sağlıklı Kontrol Grubu Katılımcılarından Elde Edilen Puanlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları

		Yaşam Kalitesi							Algılanan Sosyal Destek			Benlik Saygısı	Beck Depresyon	
		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Durumu	Canlılık	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol	Mental Sağlık	Aile ve Arkadaş Dışı Destek	Aile Desteği			Arkadaş Desteği
Yaşam Kalitesi	Fiziksel Fonksiyon	1,000												
	Fiziksel Rol	,368*	1,000											
	Ağrı	,399**	,534**	1,000										
	Genel Sağlık Durumu	,382*	,236	,349*	1,000									
	Canlılık	,233	,255	,338*	,634**	1,000								
	Sosyal Fonksiyon	,335*	,136	,220	,618**	,670**	1,000							
	Emosyonel Rol	,449**	,664**	,393**	,297	,440**	,407**	1,000						
	Mental Sağlık	,216	,093	,039	,568**	,632**	,674**	,331*	1,000					
Algılanan Sosyal Destek	Aile ve Arkadaş Dışı Destek	-,036	,226	-,017	,328*	,262	,175	,093	,250	1,000				
	Aile Desteği	,137	,028	,017	,342*	,295	,165	,082	,429**	,344*	1,000			
	Arkadaş Desteği	-,073	,112	,102	,272	,347*	,134	,111	,247	,266	,257	1,000		
Benlik Saygısı	-,276	-,187	-,184	-,330*	-,280	-,260	-,129	-,115	-,168	-,270	-,401**	1,000		
Beck Depresyon	-,081	-,364*	-,245	-,391**	-,639**	-,301*	-,379*	-,334*	-,261	-,302*	-,479**	,148	1,000	

* p < 0.05 (2-yönlü); ** p < 0.01 (2-yönlü)

• Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF36: Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Puan arttıkça algılanan sosyal destek artmaktadır; Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği: Puan azaldıkça benlik saygısı artmaktadır; Beck Depresyon Envanteri: Puan azaldıkça depresyon azalmaktadır.

Tablo 3.21. Çalışmada Ölçek Puanları Arasında Anlamlı Bulunan Korelasyon Katsayılarına İlişkin Özet Tablo

			Yaşam Kalitesi								Algılanan Sosyal Destek			Benlik Saygısı	Beck Depresyon	Epilepsiye İçin Yaşam Kalitesi			
			Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Durumu	Canlılık	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol	Mental Sağlık	Aile ve Arkadaş Dışı Destek	Aile Desteği	Arkadaş Desteği						
Tüm	Algılanan Sosyal Destek	Aile ve Arkadaş Dışı Destek				,225*	,243**	,205*			,317**								
		Aile Desteği		,191*		,199*	,261**	,233**			,381**								
		Arkadaş Desteği	,187*	,202*	,179*	,277**	,352**	,239**	,200*	,343**									
	Benlik Saygısı																		
	Beck Depresyon																		
Epilepsiye İçin Yaşam Kalitesi																			
Kontrol	Algılanan Sosyal Destek	Aile ve Arkadaş Dışı Destek				,328*													
		Aile Desteği				,342*					,429**								
		Arkadaş Desteği								,347*									
	Benlik Saygısı																		
	Beck Depresyon																		
Epilepsiye İçin Yaşam Kalitesi																			
İdyopatik	Algılanan Sosyal Destek	Aile ve Arkadaş Dışı Destek									,329*								
		Aile Desteği		,308*							,316*	,306*							
		Arkadaş Desteği	,324*	,276*	,364**					,299*		,282*							
	Benlik Saygısı																		
	Beck Depresyon																		
Epilepsiye İçin Yaşam Kalitesi																			
Mezjal	Algılanan Sosyal Destek	Aile ve Arkadaş Dışı Destek									,362*	,425*							
		Aile Desteği									,368*	,452**	,405*	,467**					
		Arkadaş Desteği	,453**								,551**	,645**	,363*	,552**					
	Benlik Saygısı																		
	Beck Depresyon																		
Epilepsiye İçin Yaşam Kalitesi																			

3.4. Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesinin Yordanabilirliği

Klinik örnekleme, Yaşam Kalitesi-SF36, Algılanan Sosyal Destek, Rosenberg Benlik Saygısı, Beck Depresyon Envanteri puanlarından Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam puanının yordanabilirliğini incelemek için verilere aşamalı çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda Beck Depresyon Envanteri toplam puanı, Yaşam Kalitesi-SF36'nın “genel sağlık durumu”, “fiziksel fonksiyon”, “mental sağlık” ve “canlılık” alt boyutları, Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanını anlamlı olarak yordayabilmiştir. Modele ilişkin Düzeltilmiş $R^2 = ,59$; $F_{5,79} = 25,20$, $p < ,0005$ olarak elde edilmiş; anlamlı yordayıcı değişkenler Tablo 3.22'de verilmiştir.

Tablo 3.22. Klinik Örnekleme Yaşam Kalitesi-SF36, Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Depresyon Puanlarından Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesinin Yordanabilirliği

Yordayıcı Değişken	Beta	p
Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanı	.453	,000
Yaşam Kalitesi-SF36: Genel Sağlık Durumu	-.271	,006
Yaşam Kalitesi-SF36: Fiziksel Fonksiyon	-.237	,009
Yaşam Kalitesi-SF36: Mental Sağlık	.423	,001
Yaşam Kalitesi-SF36: Canlılık	-.333	,006

BÖLÜM 4

4. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında, idyopatik jeneralize ve mezyal temporal lob epilepsi tanısı almış bireylerin yaşam kalitesi, algıladıkları çok boyutlu sosyal destek, benlik saygısı ve depresyon düzeyleri sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak incelenmiştir. Bu çalışmanın bir diğer amacı olarak epilepsi tanısı almış hastalarda nöbet sıklığı, nöbet şiddeti, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum, eğitim durumu gibi değişkenlerin düzeylerine bağlı olarak yaşam kalitesi, algılanan çok boyutlu sosyal destek, benlik saygısı ve depresyon puanlarında fark olup olmadığı araştırılmıştır.

4.1. Klinik Örneklemde (İdyopatik Jeneralize Epilepsi ve Mezyal Temporal Lob Epilepsi Gruplarında) Sosyo-Demografik Değişkenlere Bağlı Farkların Değerlendirmesi

4.1.1. Cinsiyete Bağlı Farkların Değerlendirmesi

Mevcut çalışmada, Yaşam Kalitesi-SF36'nın "genel sağlık durumu", "canlılık", "sosyal fonksiyon", "mental sağlık" alt boyutları ve Beck Depresyon puanı açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Başka bir deyişle, kadınların yaşam kaliteleri daha düşük, depresyonları daha yüksek bulunmuştur. Erdem ve Ergüney'in (2005) çalışmasında da, kadın hastaların yaşam kalitesi seviyelerinin erkeklere oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Yine, epilepsi hastası kadınların erkek hastalara oranla depresyon yaşama olasılıkları daha yüksektir (Altshuller, Devinsky, Post, Theodore, 1990 Akt., Kesebir, Güven ve Koç, 2012).

Canuet ve arkadaşlarına (2009) göre epilepsi hastası kadınların erkeklere oranla nöbete bağlı sorunlar yaşama olasılığı yüksektir. Ayrıca Elliott ve Mares (2012) epilepsi hastası kadınların epilepsi hastası erkeklere oranlara genellikle daha çok uyku problemleri yaşadıklarını bildirmiştir. Bütün bu bulgular, depresyonun genel olarak

kadınlarda erkeklerde görüldüğünden daha sık olarak görülmesi durumuyla da açıklanabilir.

4.1.2.Yaşa Bağlı Farkların Değerlendirmesi

Çalışmamızda genç yetişkin ve ileri yetişkinlerin, yetişkin grubuna göre “emosyonel rol” alt boyutu açısından daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Yaş ilerledikçe kronik sağlık problemleri artmaktadır ve artan bu problemlerle birlikte epilepsi yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır. Böylece bireylerin fiziksel ve emosyonel işlevselliğinde düşüş meydana gelmektedir (Michelson, Bolund, Brandberg, 2000).

4.1.3. Eğitime Bağlı Farkların Değerlendirmesi

Eğitim arttıkça epilepsinin meydana getirdiği bilişsel zarar azalmaktadır. Böylece araştırmacılara göre eğitim yılı arttıkça yaşam boyu bilişsel zarar azalmaktadır ve yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenmektedir (Jacoby ve Baker, 2008).

Beklenenin aksine çalışmamızda epilepsi hastalarında eğitim düzeyine bağlı olarak hiç bir ölçek puanında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızla benzer olarak Viteva'nın (2014) yaptığı çalışmada da eğitim ve yaşam kalitesi arasında hiçbir fark gözlemlenmemiştir.

4.1.4. Medeni Duruma Bağlı Farkların Değerlendirmesi

Çalışmamızda Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin “aile desteği” alt boyutunda medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Yani evli bireylerin bekâr olanlara göre ailelerinden daha fazla destek algıladıkları saptanmıştır. Evlilik ilişkileri üzerine yapılan çalışmalarda, evlilikte yaşanan zorlanmaların bağışıklık sistemi hastalıkları, kalp-damar hastalıkları ve mide rahatsızlıklarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Evlilik birçok yetişkin için en önemli ilişkidir ve sağlık için yararlı etkilere sahiptir (Robles ve Kiecolt-Glaser, 2003).Düşük sosyal destek epilepside evlenme oranlarının düşük olması ile ilişkili bulunmuştur (Charyton, Elliott, Lu, Moore, 2009). Bu bilgiye dayanarak çalışmamızda evli olan bireylerin aileden algıladıkları desteğin yüksek olması literatürle aynı doğrultudadır. Evli olan epilepsi hastası

bireylerin eşinin ailesi ve kendi ailesi olmak üzere daha fazla ailesel ilişkileri olduğu için evli olma durumunda ailesel desteğin daha fazla algılanması söz konusu olabilir.

Eliot, Charyton, Sprangers, Lu ve Moore (2011) tarafından yapılan bir çalışmada evli olmayan epilepsi hastalarının düşük sosyal desteğe sahip olduğu ve bununla birlikte yaşam doyumlarının da düşük olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada bekâr bireylerin sosyal izolasyona maruz kaldığı vurgulanmıştır.

4.1.5. Gelir Düzeyine Bağlı Farkların Değerlendirmesi

Ekonomik ve sosyal durum, insan hayatını etkileyen ve ruh sağlığına etki eden önemli bir faktördür. Ekonomik ve sosyal durumu kötü ya da iyi olma durumu ve farklı fiziksel şartlarda yaşayan insanların ruhsal sağlıkları ve ruhsal tedavi almak için başvurdukları merkezler ya da kişiler ve de başvuru sıklıkları farklılaşmaktadır (Paykel, Abbott, Jenkins, Brugha ve Meltzer, 2000).

Çalışmamızda ekonomik düzey değişkenine göre Yaşam Kalitesi-SF36'nın "sosyal fonksiyon" alt boyutunda düşük ve orta gelirli bireyler arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir. Daha önceki çalışmalara bakıldığında, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve canlılık alt boyutları arasında ekonomik düzey değişkenine göre anlamlı farklar bulunmuştur. Katılımcılar arasında ekonomik düzey azaldıkça fiziksel fonksiyon ve canlılık alanlarında daha düşük sonuçlar saptanmıştır (Koltarla, 2008).

Başka bir çalışmada ise epilepsi hastalarında gelir düzeyi açısından yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır (Neze, Havle, İlnem ve Yener, 2009).

4.1.6. Nöbet Şiddetine Bağlı Farkların Değerlendirmesi

Nöbet şiddeti değişkeninde "fiziksel fonksiyon", "fiziksel rol", "ağrı" ve "emosyonel rol" alt boyutlarında anlamlı bir farklılaşma saptanmıştır. Nöbet sıklığı ve nöbet şiddeti epilepside yaşam kalitesini etkileyen önemli klinik faktörlerdendir. Viteva (2014) yaptığı bir çalışmada nöbet şiddetinin yaşam kalitesinin neredeyse tüm alt boyutlarına etki ettiğini ortaya koymuştur. Nöbet şiddeti değişkeninde nöbet sıklığından farklı olarak yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel rol alt boyutu da etkilenmektedir. Özetle, nöbet şiddeti arttıkça yaşam kalitesi de olumsuz olarak etkilenmektedir.

4.1.7. Nöbet Sıklığına Bağlı Farkların Değerlendirmesi

Nöbet sıklığı değişkeninin Yaşam Kalitesi-SF36 alt boyutlarından “fiziksel fonksiyon”, “ağrı” ve “emosyonel rol” alt boyutlarından alınan puanı etkilediği bulunmuştur. Yani daha sık nöbet geçiren epilepsili bireylerin daha nadir nöbet geçirenlere oranla “fiziksel fonksiyon”, “ağrı” ve “emosyonel rol” alt boyutlarından daha düşük puan aldıkları tespit edilmiştir. Sık nöbet geçiren hastalar nöbetlerin her an geleceği korkusunu yaşarlar ve bu durum onlarda rahatsızlık yaratır. Bu yüzden dışarı çıkmaktan, sosyal ve/veya kalabalık ortamlarda bulunmaktan kaçınırlar. Hatta işe gitmekten korkarlar, kariyerlerinden vazgeçmeyi bile göze alırlar. Bu durumla alakalı olarak yaşam kalitelerinde düşüş yaşarlar (Norsadah, Zainab, Knight, 2013). Bizim çalışmamızda yaşam kalitesinin alt boyutlarından “emosyonel rol” alt boyutunun etkilenmesinin sebebi bu bulgulardan kaynaklanabilir. Ayrıca epilepsi hastası bireyler nöbet sırasında bir kaza geçirip yaralanmaktan çekinirler (Norsadah, Zainab, Knight, 2013). Çalışmamızda “fiziksel fonksiyon” alt boyutunun etkilenmesinin sebebi bu çekincelerinden kaynaklanmış olabilir. Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer bulgular bulunmuştur. Çeşitli nöbet tiplerine sahip olmak ve daha sık nöbet geçirmek düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Baker, Jacoby, Buck, Stalgis, Monnet, 1997). Ayrıca yine aynı çalışmada daha sık nöbet geçiren epilepsi hastalarının nadir nöbet geçirenlere ya da hiç nöbet geçirmeyenlere oranla yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu gösterilmiştir. Nöbet sıklığı yaşam kalitesine en çok etki eden faktör olarak bulunmuştur. Viteva (2014) çalışmasında nöbet sıklığını Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi-89 ölçeğinin alt boyutlarından bazıları üzerinde etkili olduğunu bulmuştur. Nöbet sıklığı ve nöbet sıklığındaki artış yaşam kalitesi puanlarıyla negatif olarak ilişkilidir (Taylor R.S., Sander, Taylor R.J. ve Baker, 2011). Nöbet geçirme sıklığı azaldıkça yaşam kalitesinden alınan puanlar artış göstermektedir (Birbeck, Hays, Cui, Vickrey, 2002).

Yaşam kalitesini etkileyen temel faktörlerden birisi nöbet sıklığının fazla olmasıdır (Acar ve ark., 2011). Yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyonun nöbet sıklığı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Epilepsi ameliyatından sonra yılda üç nöbetten az nöbet geçiren epilepsi hastalarının fiziksel fonksiyon puanlarının arttığı gözlemlenmiştir. Bu bulguya göre nöbet sıklığının epilepsi hastalarının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca, fiziksel

fonksiyonun nöbet sıklığının yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarına oranla yaşam kalitesi üzerindeki etkisini saptamada daha duyarlı olduğu tespit edilmiştir (Aydemir, Özkara, Canbeyli ve Tekcan, 2004). Bizim çalışmamızda da fiziksel fonksiyon nöbet sıklığı ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Yine Hessen, Lossius ve Gjerstad (2009)'ın çalışmalarından elde ettikleri bulgular şöyledir: az nöbet geçiren ya da nöbetsiz epilepsili bireylerin yaşam kalitesi ölçөгünden aldıkları puanlar yüksektir.

4.2.Klinik Örneklem ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılmasına İlişkin Değerlendirmeler

4.2.1. Yaşam Kalitesi-SF36 Puanları Arasındaki Farkların Değerlendirmesi

Mevcut çalışmada üç farklı gurubun yaşam kalitesinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre, klinik örneklem ve karşılaştırma gruplarının yaşam kalitesi puanları açısından “fiziksel rol”, “ağrı” ve “emosyonel rol” alt boyutlarında farklılaştığı bulunmuştur. Yaşam Kalitesi-SF36'nın “ağrı”, “fiziksel rol” ve “emosyonel rol” alt boyutlarında mezyal temporal lob epilepsili bireylerin sağlıklı bireylerden farklılaştığı bulunmuştur. Ayrıca klinik gruplardan biri olan idyopatik jeneralize grup ve kontrol grubu arasında “ağrı” ve “emosyonel rol” alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Fakat mezyal temporal grup ve idyopatik jeneralize grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yine Akçalı, Altındağ, Geyik ve Cansel (2009)'in yaptıkları bir çalışmada Yaşam Kalitesi-SF36'nın alt boyutlarında “ağrı” boyutu hariç tüm boyutlarda anlamlı farklılaşmalar bulunmuştur. Yapılan bir diğer çalışmada “emosyonel rol” ve “mental sağlık” dışında Yaşam Kalitesi-SF36'nın tüm alt boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Aydemir, Özkara, Ünsal ve Canbeyli, 2011).

4.2.2. Algılanan Sosyal Destek Puanları Arasındaki Farkların Değerlendirmesi

Toplam sosyal destek puanı açısından gruplar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Çalışmanın başında özellikle sağlıklı grupta sosyal desteğin daha fazla olacağı düşünülmüştü. Bu beklentinin sebebi klinik örneklem grubuna göre sağlıklı grubun sosyal ağının daha geniş olacağını düşünülmesidir. Epilepsi hastaları sosyal izolasyona uğradıkları için algıladıkları sosyal destek kısıtlıdır. Literatürde epilepsi hastası olan bireylerin sağlıklı bireylere oranla sosyal destek seviyelerinin daha

düşük olduğu vurgulanmıştır (Vonneilich ve ark., 2012). Fakat mevcut çalışmada bu yönde bir sonuç elde edilememiştir.

Ayrıca epilepsi hastalarının genellikle evlenme oranları düşük olduğu için eşten algılanan desteğin de epilepsili grupta düşük çıkacağı beklenmiştir. Çalışmamıza katılan klinik örneklem ve sağlıklı gruplar arasında evlenme oranları açısından fark yoktur. Gruplar arasında algılanan sosyal destek puanları açısından farklılaşma olmamasının sebeplerinden biri de bu olabilir. Bizim çalışmamız kapsamındaki epilepsi hastalarının aile bireyleri sosyal açıdan destek sağlamayı öğrenmiş ve duygusal açıdan epilepsi hastası olan aile bireyelerine kaliteli destek sağlıyor olabilirler.

4.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Puanları Arasındaki Farkların Değerlendirmesi

Çalışmamızda benlik saygısı puanları arasındaki farklar incelendiğinde gruplar açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. İdyopatik jeneralize ile kontrol grubu ve mezyal temporal epilepsili grup ile kontrol grubu arasında benlik saygısı puanları açısından anlamlı bir fark elde edilmiştir. Yani epilepsi grupları sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Literatürü incelediğimizde benlik saygısı ve epilepsi ilişkisinin fazla üzerinde durulmadığı görülmektedir. Gauffin, Landtbloma, ve Raty (2010) tarafından yapılan bir çalışmada sık nöbet geçiren epilepsi hastalarının daha az nöbet geçirenlere oranla düşük benlik saygısına sahip oldukları saptanmıştır. Bu çalışmada da mezyal temporal lob epilepsili hastaların benlik saygısı idyopatik jeneralize gruba göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Mezyal temporal lob epilepsi hastaların daha çok ve daha sık nöbet geçirdikleri düşünüldüğünde bu bulgu önceki bulgularla tutarlıdır. Daha önceki çalışmalarda farklı hastalıklarda da örneğin, testis kanseri olan erkeklerin benlik saygısı düzeylerinin genel topluma oranla daha düşük olduğu bulunmuştur (Tuinman, Hoekstra Fleeer, Sleijfer, Hoekstra-Weebers 2006).

4.2.4. Beck Depresyon Puanları Arasındaki Farkların Değerlendirmesi

Depresyon puanları değişkenler açısından incelendiğinde; hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Bu çalışmada da daha önceki çalışmalar gibi mezyal temporal lob epilepsi grup ve idyopatik jeneralize grup arasında depresyon açısından farklılaşma beklenmekteydi. Quiske, Helmstaedter, Lux ve Elger (2000)'in yaptığı bir çalışmada, mezyal temporal bir bozukluk ve depresif duygu durumu arasında

ilişki saptanmıştır ve mezyal temporal lob epilepsili hastaların depresyon seviyelerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca depresif duygu durumunun MTS için belirleyici olduğu, fakat MTS'nin depresif duygu durumu için belirleyici olmadığı bulunmuştur. Yine Goracci ve arkadaşlarının (2008) yürüttüğü bir çalışmada psikiyatrik bozukluklar genel örnekleme oranla epilepsili bireylerde daha yüksek bulunmuştur.

Mevcut çalışmanın bulguları bu noktada literatürle çelişmektedir. Daha önceki çalışmalarda da bahsedildiği gibi nöbet değişkeni epilepsili hastaların depresyon seviyeleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bizim çalışmamızda da nöbet geçirmese bile EEG'sinde epileptiform özellikler taşıyan hastalar araştırmaya katılmıştır. Bu sebeple bizim çalışmamızda depresyon seviyeleri diğer gruplardan farklılaşmamış olabilir.

4.2.5. Klinik Örneklemelerin Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki Farkların Değerlendirmesi

Elde edilen sonuçlara göre mezyal temporal lob ve idyopatik jeneralize epilepsili grup arasında epilepsiye özgü yaşam kalitesi puanı anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Yaşam Kalitesi-SF36 ile karşılaştırdığımızda, farklı olarak, Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi puanında iki klinik örneklem grubu arasında fark saptanmıştır. Aslında bu bulgu, Yaşam Kalitesi-SF36'nın epilepsi hastalarının yaşam kalitesini ile ilgili genel maddeler içerdiği; Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ise "epilepsi ilaçlarının etkileri", "nöbet kaygısı" gibi durumlarla ilgili özgül maddeler içermesi ile ilgili olabilir. Bu maddeler epilepsi hastası için yaşam kalitesine önemli derecede etki edebilecek olan konulardır. İki klinik örneklem arasındaki fark özellikle nöbet etkileri ve ilaçlar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Epilepsiye özgü yaşam kalitesi ölçeği epilepsi (nöbetler, ilaçlar ve yan etkileri gibi) ile ilgili daha spesifik maddeler içerdiği için iki klinik örneklem arasındaki farkı daha iyi ortaya çıkardığını söyleyebiliriz.

Klinik örneklem ve sağlıklı kontrol grup arasında yaşam kalitesi açısından farklılıklar saptanmıştır. Fakat depresyon ve algılanan sosyal destek puanları açısından gruplar farklılaşmamaktadır. Bu durum bize arada başka bir aracı değişkenin olabileceği olasılığını düşündürdü. Bireylerin kullandıkları farklı başa çıkma stratejileri depresyon ve algıladıkları sosyal destek seviyelerini olumsuz etkilememiş olabilir. Klinik örneklemde yer alan bireyler kullandıkları başa çıkma stratejileri ile hastalığın olumsuz etkilerinden kurtulmuş olabilirler. Bu varılan sonuç ilerideki yapılacak çalışmalar için

önemli bir katkıdır. İleride yapılacak olan çalışmalar için başa çıkma yöntemleri aracı değişken olarak ele alınması daha iyi bulgular elde edilmesini sağlayacaktır.

4.3.Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Korelasyonlarına İlişkin Değerlendirmeler

4.3.1. Tüm Katılımcılardan Elde Edilen Korelasyonlara İlişkin Değerlendirmeler

Tüm katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlarla yapılan korelasyon analizine göre, Beck Depresyon Envanterinden alınan toplam puan ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinden alınan toplam puanlar birbiriyle pozitif yönde ilişkilidir. Bireylerin depresyon puanları arttıkça benlik saygısı puanları da artmaktadır. Aynı zamanda tüm katılımcıların depresyon puanları ve benlik saygısı puanları arttıkça yaşam kalitesi ve sosyal destek puanları azalmaktadır. Yani bireylerin depresyon seviyeleri arttıkça yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek azalır. Aynı şekilde benlik saygısı seviyeleri azaldıkça yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek azalır. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "aile desteği" alt ölçek puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın fiziksel rol, genel sağlık durumu, canlılık, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutları arasında pozitif doğrusal anlamlı korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Buna dayanarak bireylerin sahip olduğu sosyal ağ içindeki kişilerin fazla sosyal destek sağlamaları bireylerin zihinsel durumlarını da iyi yönde etkilemektedir. Ayrıca beklenildiği gibi aileden alınan destek yaşam kalitesinin sosyal işlevsellik gösterebilme aile alt boyutu ile pozitif ilişkilidir.

Epilepsili bireylerin arkadaşlarından aldıkları sosyal destek arttıkça hayata da umutlu baktıkları ve bunun da tedaviye uyumu arttırdığı böylece sağlık durumunun daha iyi etkilendiği söylenebilir.

4.3.2. İdyopatik Jeneralize Epilepsi Grubundan Elde Edilen Korelasyonlara İlişkin Değerlendirmeler

Yapılan korelasyon sonuçlarına göre Beck Depresyon Envanteri toplam puanı ile Yaşam Kalitesi-SF36'nın fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık durumu, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutları arasında negatif ilişki çıkmıştır. Yani beklenildiği gibi idyopatik epilepsi hastası bireylerin depresyon seviyeleri arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel rol alt boyutu hariç tüm alt boyutlarından alınan puanlar

azalmaktadır. Stevanovic, Jancic ve Lakic (2011) çalışmasında depresyon veya anksiyete semptomlarının yaşam kalitesi üzerinde çok güçlü bir etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Yine beklediğimiz gibi idyopatik jeneralize epilepsi hastası bireylerin depresyon seviyeleri arttıkça benlik saygısı azalmaktadır.

Ayrıca idyopatik jeneralize epilepsi hastası bireylerin aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek azaldıkça benlik saygısı sevileri de azalmaktadır. Hastalığın doğasından ötürü nöbete bağlı olarak hastaların eğitimi, iş hayatı, araba kullanması, aile kurmaları, sosyal ilişkiler kurmaları ve bunu devam ettirmeleri olumsuz yönde etkilenebilir (Fisher ve ark. 1994 ve 2000). Buna ek olarak bireylerin benlik saygısı azaldıkça yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, ağrı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutlarından aldıkları puanlar azalır. Çavuşoğlu (2001) benlik saygısının fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda da literatürle tutarlı olarak benlik saygısı bireylerin sosyal, fiziksel işlevselliğini, fiziksel iyi olma haline ve ruhsal durumuna etki ediyor diyebiliriz.

Arkadaştan algılanan sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyutlarından alınan puanlar artış göstermektedir. Daha önceki çalışmalarda da sosyal destek ve yaşam kalitesinin özellikle psikolojik ve fiziksel bileşenleri arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (Belvis ve ark., 2008). Aileden algılanan sosyal destek puanları arttıkça fiziksel rol, emosyonel rol ve mental sağlık puanları da artmaktadır. Aile ve arkadaş dışından algılanan sosyal destek puanları arttıkça mental sağlık puanları artmaktadır.

Son olarak sadece klinik örneklemelere uygulanan Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne ilişkin korelasyonlar katsayılarına bakacak olursak; idyopatik jeneralize epilepsi hastası olan bireylerin depresyon seviyeleri arttıkça yaşam kaliteleri de artar. Ayrıca epilepsi için yaşam kalitesinden alınan puanlar ile fiziksel rol hariç Yaşam Kalitesi-SF36'nın fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık durumu, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt ölçekleri ilişkilidir. Epilepsiye özgü yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rolle bağlantılı konu içermediği için SF36'nın fiziksel rol alt boyutu ile ilişkili çıkmamış olabilir.

4.3.3. Mezyal Temporal Lob Epilepsi Grubundan Elde Edilen Korelasyonlara İlişkin Değerlendirmeler

Mezyal temporal lob epilepsi grubu katılımcılarından elde edilen puanlar açısından değerlendirdiğimizde mezyal temporal lob epilepsi grubunun depresyon sevipleri arttıkça Yaşam Kalitesi-SF36'nın bütün alt boyutlarından alınan puanlar azalmaktadır. İdyopatik jeneralize epilepsi grubundan farklı olarak mezyal temporal lob epilepsi grubunun depresyon seviyeleri yaşam kalitesini önemli oranda etkilemektedir. Çalışmanın başında da tahmin edildiği gibi mezyal temporal lob epilepsi hastaları idyopatik jeneralize epilepsi hastalarına göre depresyondan daha çok etkilenmektedirler.

Ayrıca mezyal temporal gruptaki epilepsi hastalarının depresyon sevipleri yükseldikçe arkadaştan ve aileden algılanan destek azalmaktadır. Buna ek olarak bireylerin depresyonları arttıkça benlik saygısı azalmaktadır. Mezyal temporal epilepsi hastalarının aileden ve arkadaştan algıladıkları destek azaldıkça benlik saygısı seviyeleri de azalmaktadır. Bununla birlikte bireylerin benlik saygısı seviyeleri azaldıkça fiziksel rol, canlılık ve mental sağlık alt boyutlarından alınan puanlar da azalmıştır.

Arkadaştan algılanan sosyal destek arttıkça fiziksel fonksiyon, genel sağlık durumu, canlılık, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt boyut puanları da artmaktadır. Ayrıca aileden algılanan sosyal destek arttıkça genel sağlık durumu, canlılık, sosyal fonksiyon ve mental sağlık puanları, aile ve arkadaş dışından algılanan sosyal destek arttıkça canlılık ve mental sağlık puanları artmaktadır. Akçalı, Altındağ, Geyik ve Cansel (2009) çalışmasında yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek seviyeleri ilişkili bulunmuştur.

Son olarak sadece klinik örneklemelere uygulanan Epilepsi İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne ilişkin korelasyon katsayılarına bakacak olursak; mezyal temporal lob epilepsi hastası bireylerin depresyon seviyeleri arttıkça epilepsiye özgü yaşam kalitesine göre elde edilen yaşam kalitesi azalmaktadır. Ayrıca beklediğimiz üzere epilepsi için yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlar ile SF-36 yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, genel sağlık durumu, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt boyutları ilişkili çıkmıştır.

Arkadaştan ve aileden algılanan sosyal destek puanları yükseldikçe epilepsiye özgü yaşam kalitesine göre yaşam kalitesi de artmaktadır. Epilepsiye özgü yaşam

kalitesi ölçeği Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği hariç tüm ölçeklerle anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

4.3.4. Kontrol Grubu Katılımcılarından Elde Edilen Korelasyonlara İlişkin Değerlendirmeler

Klinik örnekleme olduğu gibi kontrol grubunda da bireylerin depresyonları arttıkça yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından fiziksel rol, genel sağlık durumu, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık puanları azalmaktadır. Fakat mezyal temporal lob epilepsi hastalarında olduğu gibi depresyon bütün yaşam kalitesi alt boyutlarına etki etmemektedir.

Aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek azaldıkça bireylerin depresyon seviyeleri artmaktadır. Benlik saygısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından sadece genel sağlık durumu ile ilişkilidir. Arkadaştan algılanan destek puanları yüksek olan sağlıklı kişiler yaşam kalitesinin canlılık alt boyutundan da yüksek puanlar almışlardır. Aileden algılanan sosyal destek puanları da sağlıklı bireylerin genel sağlık durumu ve mental sağlıkları ile olumlu yönde ilişkilidir. Arkadaş ve aile dışından aldıkları destek bireylerin genel sağlık durumu ile olumlu yönde ilişkilidir.

4.4. Sınırlılıklar

Araştırmanın önemli bir sınırlılığı katılımcı sayısının hedeflenenden az olmasıdır. Özellikle mezyal temporal lob epilepsi grubunun idyopatik jeneralize grup epilepsiye göre daha az olması çalışmamızda sıkıntı yaratmıştır. Hastalara ulaşmak için araştırmanın yapıldığı kliniklere hastaların başvurularının beklenilmesi katılımcı sayısını sınırlamaktadır. Ayrıca, daha önceden başka çalışmalar için anket uygulanan hastaların ve eğitim seviyesi yüksek hastaların araştırmaya katılmak istememesi katılımcı sayısının az olmasına neden olmuştur. Örneklem boyutunu sınırlayan bir başka faktör de depresyon tanısı almış ve bir yıl içerisinde nöbet geçirmemiş ya da EEG’inde epileptik bulgulara rastlanmamış kimselerin çalışmamıza alınmaması oldu.

Çalışmanın bir diğer sınırlılığı, epilepsi hastası ve kontrol grubunun sosyo-demografik değişkenler açısından birbirlerine göreli olarak az ‘benzer’ olmasıdır.

Gelecekte, benzer çalışmalarda sosyo-demografik değişkenler açısından olabildiğince eşdeğer grupların oluşturulmasına dikkat edilmesi gerekmektedir.

BÖLÜM 5

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşam Kalitesi-SF36 alt boyutlarından “ağrı”, “emosyonel rol” ve “fiziksel rol”; Benlik Saygısı ve Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Ağrı ve emosyonel rol ve Benlik Saygısı alanlarında her iki klinik örneklem grubu kontrol grubundan anlamlı fark gösterirken; fiziksel rol alanında yalnızca mezyal temporal lob epilepsili grup kontrol grubundan anlamlı bir fark göstermiştir. Epilepsiye Özgü Yaşam Kalitesi açısından ise her iki klinik grup anlamlı bir fark göstermiştir; idyopatik jenerelize grubunun yaşam kalitesi mezyal temporal lob epilepsi grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Günümüzde nörolojik hastalıklar içinde önemli bir yer tutan epilepsinin bireyin yaşam kalitesine etki ettiği gösterilmiştir. Epilepsi kronik ve sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalıktır ve bu sebeple epilepsili bireyler bazı sosyal ve psikolojik zorlanmalar yaşamaktadırlar.

Hastaların durumlarıyla başa çıkabilmeleri için bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır. Hastaların hastalık hakkında bilgilendirilmesi, hastaların ilaçlarını düzenli kullanmasını, kontrollere düzenli gitmesini, hastalığıyla daha etkili biçimde baş etmesini sağlayarak yaşam kalitesini artıracaktır (Şenol, Gün, Toğrol, Olgun, Saraçoğlu, 2009).

Doktorlar daha çok epilepsi hastalarının ne kadar sıklıkla nöbet geçirdikleri ve kullanılan ilaçların yan etkileri üzerinde yoğunlaşmaktadırlar. Bir epilepsili birey açısından bakıldığında, yaşamının birçok alanında problemlerle karşılaşmaları yüksek olasılıklıdır; epilepsi, bireylerin hayatlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Özellikle geçirilen nöbet sayısı ve nöbet sıklığı hastaların yaşam kalitesini büyük oranda olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca kişinin hayatında sosyal açıdan kısıtlanmaya neden olmaktadır. Bu nedenle hastaların yaşam kalitelerine daha çok odaklanılmalı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler tanımlanmalıdır. Böylece hastanın tedaviye yanıt süreci hızlanacaktır. Çünkü epilepside tam bir iyileşme söz konusu olmadığı için amaç hastaların yaşam kalitesini yükseltmek olmalıdır. Bu amaçla hastaların yaşam

kalitelerini arttırmaya yönelik çalışmalar yapılmalı ve sık sık yaşam kalitesi ile ilgili değerlendirmeler yapılmalıdır. Bunun yanında depresyon ve anksiyete epilepside en sık karşılaştığımız komorbid durumlardandır. Özellikle nöbetlerin her an olabilme olasılığı hastaların anksiyete seviyesini arttırmaktadır. Bu yüzden hastaların depresyon ve anksiyete seviyeleri de göz ardı edilmemelidir. Hastalar hastalıklarıyla ilgili ayrıntılı olarak bilgilendirmelidir. Bireylerin hastalıklarını iyi tanımaları anksiyete seviyelerini düşürmeye yardımcı olabilir.

Toplum tarafından epilepsi hastalığının tam olarak anlaşılabilmesi epilepsili bireylerin etiketlenmeye maruz kalmalarına ve toplumdan dışlanmalarına neden olabilmektedir. Bu problemlerin üstesinden gelebilmek için çeşitli eğitim programları hazırlanmalıdır. Bu sorunları yaşayan hastaların psikososyal problemleri ile ilgilenecek, sosyal hayata kazandırılmaları için çalışacak kurum ve kuruluşlara gerek duyulmaktadır.

6.KAYNAKLAR

- Akdeniz, C., Aydemir, Ö., Akdeniz, F., Gülseren, Ş. ve Kültür, S. (1999). Sağlık Düzeyi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji*, 9(2): 104-108.
- Acar G, Acar F, Gedik, B., Yılmaz, A., Altuğ, F., Aras, D., Baklan, B. (2011). Quality of Life and Cost Analysis Following Epilepsy Surgery in Turkish Patients. *Epilepsi*, 17(2): 39-45.
- Akçalı, A., Altındağ, A., Geyik, S., Cansel, N. (2009). Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46: 91-97.
- Aksüllü, N. Ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 5:76-84.
- Arslan, S., Bölükbaş, N. (2003). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (3): 38-47.
- Ataklı, D. A. (2003). Gebelik ve Epilepsi. *Epilepsi* ;8(2):113-119.
- Austin, J. K., Perkins, S. M., Johnson, C. S., Fastenau, P. S., Byars, A. W., Grauw, T. J., Dunn, D. W. (2010). Self-esteem and symptoms of depression in children with seizures: Relationships with neuropsychological functioning and family variables over time. *Epilepsia*, 51(10): 2074-2083.
- Aydemir, Ö. (1999). Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısa Form-36. 3-P dergisi, (7) 14-22.
- Aydemir, N., Özkara, Ç., Canbeyli, R. ve Tekcan, A. (2004). Changes in quality of life and self-perspective related to surgery in patients with temporal lobe epilepsy . *Epilepsy & Behavior*: 5; 735-742
- Aydemir, N., Özkara, Ç., Ünsal, P., Canbeyli R. (2011). A comparative study of health related quality of life, psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure*, 20: 679-685.

- Baker, G., A. (2001). Assessment of Quality of Life in People with Epilepsy: Some Practical Implications. *Epilepsia*, 42(3): 66-69.
- Baker, G., A., Jacoby, A., Buck, D., Stalgis, C., Monnet, D. (1997). Quality of Life of People with Epilepsy: A European Study. *Epilepsia*, 38(3): 353-362.
- Baykan, B., Bebek, N., Gürses C. ve Gökyiğit, A. (2010). Epilepsi. Nöroloji Ders- e-Kitabı. 2 Ed: A. Emre Öge, Betül Baykan. <http://www.itfnoroloji.org/ekitap.htm>, İstanbul, Türkiye.
- Bek, S. ve Gökçil, Z. (2007). Epilepsi ve Askerlik. *Epilepsi* ;13(1):12-16.
- Belvis, A.G., Avolio, M., Spagnolo, A., Damiani, G., Sicuro, L., Cicchetti, A., Ricciardi, W., Rosano, A. (2008). Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health*, 122.(8): 784-793.
- Banerjee, P.N., Filippi, D., Hauser, W.A. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy-A review. *Epilepsy Research*, 85(1): 31-45.
- Bek, S. Kaşıkçı, T., Koç, G., Genç, G., Gökçil, Z. ve Odabaşı, Z. (2009). Epilepsi Tedavisinde Klasik ve Yeni Antiepileptik İlaç Seçimi. *Türk Nöroloji Dergisi*;15:71-77.
- Beyenburg, S., Mitchell, A. J., Schmidt, D., Elger, C. E., Reuber, M. (2005). Anxiety in patients with epilepsy: Systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy & Behavior* 7,161–171.
- Bilgiç, A., Yılmaz, S., Tıraş, S., Deda, G., Kılıç, E.Z. (2006). Bir Grup Epilepsili Çocukta Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3):165-172.
- Birbeck, G., L., Hays, R., D., Cui, X. ve Vickrey, B., G. (2002). Seizure Reduction and Quality of life Improvements in People with Epilepsy. *Epilepsia*, 43(5): 535-538.
- Bishop, M., Berven, N. L., Hermann, B. P. ve Chan, F. (2002). Quality of Life Among Aduşts with Epilepsy: An exploratory Model. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45(2): 87-95, 113.

- Bilginer, B., Akalan, N. (2006). Temporal Lob Epilepsileri. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 16 (3): 156-159.
- Boer, H. M., Mula, M., Sander, J. W. (2008). The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 12(4):540–546.
- Cacioppo JT, Berntson GG, Sheridan JF, McClintock MK.(2000). Multilevel integrative analyses of human behavior: social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychol Bull* ;126:829– 43.
- Cankurtaran, E.Ş., Uluğ, B. ve Saygı, S. (2004). Epilepsiye Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 14(2):97-106.
- Canuet, L., Ishii, R., Iwasea, M., Ikezawaa, K., Kurimotoa, R., Azechi, M., Takahashi, H., Nakahachi, T., Teshimac, Y. ve Takeda, M. (2009). Factors associated with impaired quality of life in younger and older adults with epilepsy. *Epilepsy Research*: 83, 58-65.
- Charyton, C., Elliott, J., Lu, B. Ve Moore, L. (2009). The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 16(4): 640–645.
- Comission on Classification and Terminology on the International League Against Epilepsy. (1989). Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia*, 30: 389-399.
- Cramer, J.A., Perrine, K., Devinsky, O., Meador, K. (1996). A brief questionnaire to screen for quality of life in epilepsy: the QOLIE-10. *Epilepsia*, 37(6); 577-582.
- Çavuşoğlu, H. (2001). Self-esteem in Adolescence: A Comparison of Adolescents with Diabetes Mellitus and Leukemia. *Pediatric Nursing*. 27(4):355-364.
- Çuhadaroğlu, F.(1986). “Adölesanlarda Benlik Saygısı”, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Edefonti, V., Bravi, F., Turner, K., Beghi, E., Canevini, M., P., Ferraroni, M. ve Piazzini, A. (2011). Health-related quality of life in adults with epilepsy: the effect of age, age at onset and duration of epilepsy in a multicentre Italian study. *BMC Neurology* , 11:33 doi:10.1186/1471-2377-11-33

- Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1): 17-25.
- Eker, D., Arkar, H. (1995). Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 12(1):17-25.
- Elliott, J.O., Charyton, C., Sprangers, P., Lu, B. ve Moore, J.L. (2011). The impact of marriage and social support on persons with active epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 20(3):533–538.
- Elliott, J. O. Ve Mares, A. S. (2012). Gender differences in quality of life among Canadian adults with epilepsy. *Epilepsy Research*;100,1-2, 42-48.
- Erdem, N. ve Ergüney, S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(2), 1-11.
- Erdinç O, Yiğit A, Yeni N. Epilepsi. Ed: Özkara Ç, Ataklı D, 1. Basım, 5US Yayın, İstanbul, 2001.
- Eser, E. (1999). Türkler için sağlık ve sosyal bilim araştırmalarında kullanılan linert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları, 3P Dergisi Özel Sayısı: 7:(2).
- Fisher RS, Parsonage M, Beaussart M ve ark. (1994). Epilepsy and driving: an international perspective. Joint Commission on Drivers' Licensing of the International Bureau for Epilepsy and the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*, 35: 675-684.
- Fisher RS, Vickrey BG, Gibson P ve ark. (2000). The impact of epilepsy from the patient's perspective I. Descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy Res*, 41: 39-51.
- Friedman, D.E., Islam, S. ve Ettinger, A.B. (2013). Health-related quality of life among people with epilepsy with mild seizure-related head injuries. *Epilepsy & Behavior*, 27; 492-496.

- Garratt,A., Schmidt, L., Mackintosh, A. ve Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *bjm* volume 324.
- Gauffin, H., Landtblom, A. M. ve Raty, L. (2010). Self-esteem and sense of coherence in young people with uncomplicated epilepsy:A 5-year follow-up. *Epilepsy & Behavior*, 17: 520–524.
- Goracci, a., Fagiolini, A., Martinucci, M., Calossi, S., Rossi, S., Santomauro, T., Mazzi, A., Penza, F., Fossi, A., Bargagli, E., Pieroni, M. G., Rottoli, P. Ve Castrogiovanni, P. (2008). Quality of life, anxiety and depression in Sarcoidosis. *General Hospital Psychiatry* 30, 441–445.
- Gökçil, Z., Demirkaya, Ş., Eroğlu, E., Akın, R., Vural, O. (1999). Epilepsili Gebelerde Nöbetlerin Seyri ve Teratojenite Riski. *Epilepsi*, 5(1): 8-11.
- Harden, C. Ve Goldstein, M. (2002). Mood Disorders in Patients with Epilepsy. *CNS Drugs*, 16 (5): 291-302.
- Hessen, E., Lossius, M. I. Ve Gjerstad L. (2009). Health concerns predicts poor quality of life in well-controlled epilepsy. *Seizure*, 18, 487–491.
- Hisli, N.(1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7 (23); 3-13.
- Hopkins, A., Appleton, R. (1996). Epilepsy: The fact. New York: Oxford University Pres.
- Jacoby A. Stigma, epilepsy, and quality of life. *Epilepsy Behav* 2002; 3:S10–S20.
- Jacoby, A. ve Baker, G., A. (2008). Quality-of-life trajectories in epilepsy: A review of the literature. *Epilepsy & Behavior* 12, 557–571.
- Jalava M, Sillanpaa M, Camfield C, Camfield P (1997). Social Adjustment and Competence 35 Years After Onset of Childhood Epilepsy: a Prospective Controlled study.*Epilepsia*.38(6):708–15.
- Josipovic-Jelic,Z., Sonicki, Z., Soljan, I. ve Demarin, V.(2011). Prevalence and socioeconomic aspects of epilepsy in the Croatian county of Sibenik–Knin: Community-based survey. *Epilepsy & Behavior* 20, 686–690.

- Kanner AM, Nieto JC. (1999). Depressive disorders in epilepsy. *Neurology*; 53(2);26-31.
- Kasteleijn- Nollst Trenité, D. G. A., Trimble, M., Tyrliková, I. ve Korczyn, A. D. (2013). Epilepsy, behavior, and art (Epilepsy, Brain, and Mind, part 1). *Epilepsy & Behavior* 28, 261–282.
- Kesebir, S., Güven, S. ve Koç, İ. (2012). Epilepsi ve Duygudurum Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*; 4(1):51-68 doi:10.5455/cap.20120403.
- Kharazmi, E., Peltola M., Fallah, M., Keranen, T. ve Peltola, J. (2010). Idiopathic generalized epilepsies: a follow-up study in a single-center. *Acta Neurol Scand*: 122: 196–201 DOI: 10.1111/j.1600-0404.2009.01292.x
- Koç, E. R. ve Akmeşe, P. P. (2011). Epilepsili ve Sağlıklı Bireylerin Kaygı, Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Türk Nöroloji Dergisi*;17:189-194.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N. ve ark. (1999). SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12, 6-102.
- Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye.
- Leach, J. P., Mohanraj, R. ve Borland W. (2012). Alcohol and drugs in epilepsy: Pathophysiology, presentation, possibilities, and prevention. *Epilepsia*, 53(Suppl. 4):48–57, doi: 10.1111/j.1528-1167.2012.03613.x.
- Li, M., Heng, X., Tao, R., Liu, J., Zhang, L., Sun, X., Wang, L., Wu, Q., Che, F. ve Xue, F. (2011). A genetic epidemiological survey of idiopathic epilepsy in the Chinese Han population. *Epilepsy Research, Shandong, China*, 199-205.
- Luoni, C., Bisulli, F., Canevini, M., P., De Sarro, G., Fattore, C., Galimberti, C., A., Gatti, G., La Neve, A., Muscas, G., Specchio, L., M., Striano, S. ve Perucca, E. (2011). Determinants of health-related quality of life in pharmaco-resistant epilepsy: Results from a large multicenter study of consecutively enrolled patients using validated quantitative assessments. *Epilepsia*, 52(12): 2181–2191.

- Madazlı, R., Öncül, M., Albayrak, M., Uludağ, S., Eşkazan, E. ve Ocak, V. (2004). Gebelik Ve Epilepsi: 44 Olgunun Değerlendirilmesi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*; 35: 126-130
- Marcic, R. ve Kobal Grum, D. (2011). Gender Differences In Self-Concept And Self-Esteem Components. *Studĭa Psychologĭca*, 53(4):373-384.
- Marini, C., King, M. A., Archer, J. S., Newton, M. R., Berkovic, S. F. (2003). Idiopathic Generalised Epilepsy of Adult Onset Clinical Syndromes and Genetics. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*; 74, 2; ProQuest Psychology Journals pg. 192.
- Mazzoni, D. ve Cicognani, E. (2011). Social support and health in patients with systemic lupus erythematosus: A literature review. *Lupus* 20, 1117–1125.
- Mendez MF Neuropsychiatric aspects of epilepsy. Kaplan & Sadock's. (2000). Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition, Sadock BJ, Sadock VA (Ed), Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 261-273
- Mensah SA, Beavis JM, Thapar AK, Kerr M. (2006). The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy. *Epilepsy Behavior*;8:213-9.
- Michelson H, Bolund C, Brandberg Y. (2000). Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQOL) irrespective of age. *Qual Life Res*,9(10):1093-1094.
- Mitchell, G., Deva, N., Harkin, M., Skinner, P. Ve Werthmann, A. (2011). Written Declaration on Epilepsy. European Parliament. Pe464.670v01-00, dc\865022en.doc,
- Mısırlı, H. (2003). Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Epilepsi*;9(1):42-46.
- Neze, H., Havle, N., İlnem, C. ve Yener, F. (2009). Epilepsi Tanısı ile Takip Edilen Kişilerde Psikiyatrik Hastalıklar ve Bunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Yeni Symposium Journal*, Cilt 47, Sayı 3.
- Norsadah, B., Zainab, J., Knight, A. (2013). The quality of life of people with epilepsy at a tertiary referral centre in Malaysia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11:143 <http://www.hqlo.com/content/11/1/143>

- Oto, R., Apak, İ., Arslan, S., Yavavlı, A., , Altındağ, A. Ve Karaca, E. E. (2004). Epilepsinin Psikososyal Etkileri. *Klinik Psikiyatri* ;7:210-214
- Özemir, Z., A., Baykan, B., Gürses, C. Ve Gökyiğit, A. (2012). Kırk Yaşın Üstündeki İdyopatik Jeneralize Epilepsi Olgularında Klinik Özellikler ve Prognoz. *Journal of Neurological Sciences*, 29:(1):30; 032-041.
- Özkan, S. (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BFEF *Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformokoloji Dergisi*, 7(2); 5-13 .
- Öğütmen, B., Yildirim, A., Sever M.S., Bozfakioğlu S., Ataman R., Erek, E., Cetin O. ve Emel, A. (2006). “Heath-Related Quality of Life After Kidney Transplantation in Comparison Intermittent Hemodialysis, Peritoneal Dialysis and Normal Controls”, *Transplantation Proceedings*, 38:419-421.
- Paykel E. S., Abbott R., Jenkins R., Brugha T. S., Meltzer H.(2000). Urban-rural mental health differences in Great Britain: findings from the National Morbidity Survey. *Psychol. Med.*;30:269-280.
- Pineda, E., Shin, D., Sankar, R. ve Mazarati, A. M. (2010). Comorbidity between epilepsy and depression: Experimental evidence for the involvement of serotonergic, glucocorticoid, and neuroinflammatory mechanisms. *Epilepsia*, 51(Suppl. 3): 110-114, doi: 10.1111/j.1528-1167.2010.02623.x.
- Quiske, A., Helmstaedter, C., Lux, S. ve Elger, C. E. (2000). Depression in patients with temporal lobe epilepsy is related to mesial temporal sclerosis. *Epilepsy Research* 39 ; 121-125.
- Robles, T.F. ve Kiecolt-Glaser, J.K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79, 409- 416.
- Sander, J.W. ve Hart, Y.M. (1999). *Epilepsy Questions and Answers*. Merit Publishing International Hampshire/England.
- Sertöz, Ö.Ö. ve Mete, H.E. (2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri*; Ek 2: 63-69.
- Shackleton, D.P., Westendorp, R.G.J., Kasteleijn-Nolst Trenite, D.G.A ve Vandenbroucke, J.P. (1999). Mortality in patients with epilepsy: 40 years of follow up in a Dutch cohort study. *Neurol Neurosurg Psychiatry*; 66:636-640 6.

- Sisodiya, S. M. ve Duncan, C.(2004). Epilepsy: epidemiology, clinical assessment, investigation and natural history. *Medicine* 32:10.
- Stavem, K., Lossius, M. I., Kvien, T. K. ve Guldvog, B. (2000). The health-related quality of life of patients with epilepsy compared with angina pectoris, rheumatoid arthritis, asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Quality of Life Research* 9: 865-871.
- Stevanovic, D., Jancic, J. ve Lakic, A. (2011). The impact of depression and anxiety disorder symptoms on the health-related quality of life of children and adolescents with epilepsy. *Epilepsia*, 52(8):e75–e78, doi: 10.1111/j.1528-1167.2011.03133.x.
- Strine T.W., Kobau R., Chapman D. P., Thurman D.J., Price P., Balluz L. S. (2002). Psychological Distress, Comorbidities, and Health Behaviors Among U.S. Adults With seizures: results from the 2002 National Health Interview Survey. *Epilepsia* ;46(7):1133–9.
- Suurmeijer, T.P. B. M., Reuvekamp, M. F. ve Aldenkamp, B. P. (2001). Social Functioning, Psychological Functioning, and Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsia*, 42(9): 1160–1168.
- Şenol, V., Soyuer, F., Arman, F. ve Öztürk, A. (2007). Influence of fatigue, depression, and demographic, socioeconomic, and clinical variables on quality of life of patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 10: 96–104.
- Şenol, M., G., Gün, İ., Toğrol, E., Olgun, N. Ve Saraçoğlu, M. (2009). Epilepsi Hastalarında Antiepileptik İlaç Tedavisine Uyumu Etkileyen Etmenler. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1): 21-31.
- Tajfel, H. ve Turner, J.C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. Worchel, S. ve Austin, W.G. *Psychology of intergroup relations* (İkinci Baskı, s. 7-24). Chicago: Nelson-Hall.
- Taylor, R.S., Sander, J.W., Taylor, R.J. ve Baker, G.A. (2011). Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: A systematic review. *Epilepsia*, 52(12): 2168–2180.
- Topçuoğlu, Ö., B. (2011). Türkiye’de Epilepsi ve Araç Kullanımı. *Yeni Symposium Journal*. Cilt 49, Sayı 4.

- Tudesco, I.S.S., Vaz, L.J., Mantoan, M.A.S., Belzunces, E., Noffs, M.H., Caboclo, L.O. S.F., Yacubian, E.M.T., Sakamoto, A.C. ve Bueno, O.F.A. (2010). Assessment of working memory in patients with mesial temporal lobe epilepsy associated with unilateral hippocampal sclerosis. *Epilepsy & Behavior*, 18: 223–228,
- Tuinman, M.A., Hoekstra, H.J., Fler, J., Sleijfer, D.T., Hoekstra-Weebers, J.E.H.M. (2006). Self-esteem, social support, and mental health in survivors of testicular cancer: A comparison based on relationship status. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* 24, 279–286.
- Türkbay, T., Akın, R. ve Söhmen, T. (2000). A Comparative Study Inattentiveness, Hyperactivity, Impulsivity, Self-Esteem, Depressive Symptomatology, and Behavioral Problems in Epileptic Children. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10: 9-15.
- Uysal, P. (2008). İlk kez Afebril Konvülsiyon Geçiren Çocuklarda Etiyolojik ve Prognostik Faktörler. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul, Türkiye.
- Viteva, E., I. (2014). Seizure frequency and severity: How really important are they for the quality of life of patients with refractory epilepsy. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 17: 35-42.
- Vonneilich, N., Jöckel, K., Erbel, R., Klein, J., Dragano, N., Siegrist, J., Knesebeck, O. The mediating effect of social relationships on the association between socioeconomic status and subjective health results from the Heinz Nixdorf Recall cohort study. *BMC Public Health*, 12:285 1471-2458.
- Yam, W. K. L., Ma, D. K. H. ve Cherk, S. W. W. (2006). Factor structure and construct validity of the Chinese Health-Related Quality of Life Measure for Youth with Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 9: 606–618.
- Yapıcı, A., Güvenç, C., Ceylan, M. E., Kılınç, E. Ve Oğuz, N. (2003) Epilepsili hastalarda psikiyatrik bozukluklar. *Düşünen Adam*, 16(4): 240-248.
- Yılmaz H, Mavioğlu H, Tosun C, Okudur İ. Epilepsi olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: poliklinik tabanlı bir çalışma. *Düşünen Adam*. 13(3): 180-4, 2000.

- Yılmaz, H. ve Songu, S. Ö. (2007). Epilepsi ve İş Hukuku. *Epilepsi*;13(2-3): 60-65.
- Weissbecker, K.A., Elston, R.C., Greenberg, D., Delgado-Escueta, A.V., 1999. Genetic epidemiology and the search for epilepsy genes. *Adv. Neurol.* 79, 323—340.
- Wagner AK, Bungay KM, Kosinski M ve ark. (1996). The health status of adults with epilepsy compared with that of people without chronic conditions. *Pharmacotherapy*, 16:1-9.
- Williams, L. Ve Wilkins, I. (2000). Social Aspects of Epilepsy in the Adult in Seven European Countries. *Epilepsia*, 41(8):998-1004.
- Wolf, P. (2000). Epilepsy and catalepsy in Anglo-American literature between romanticism and realism: Tennyson, Poe, Eliot and Collins. *J. Hist. Neurosci*, 9(3): 286-293.

EK 1

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

I- Araştırmayla İlgili Bilgi Verilmesi

Epilepsi hastalarında benlik saygısı ve algılanan çok boyutlu sosyal desteğin hastaların yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla yüksek lisans tezimi için bu araştırmayı yapmaktayım.

Araştırmamın ismi “İdyopatik Jeneralize ve Mezyal Temporal Lob Epilepsili Olgularda Sağlıklı Kontrol Grupla Karşılaştırılmalı Olarak Depresyon, Algılanan Sosyal Destek ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Karşılaştırılması”dır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Araştırma ile ilgili bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu tez çalışmasının amacı; idyopatik jeneralize ve mezyal temporal lob epilepsi tanısı almış hastaların benlik saygısı düzeylerinin ve algıladıkları çok boyutlu sosyal desteğin yaşam kalitesi ile ilişkisinin araştırılması ve sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılmasıdır. Ayrıca, epilepsi tanısı almış hastalarda nöbet tipinin, hastalığın süresinin, nöbet sıklığının, nöbet zamanının, algılanan sosyal destek, benlik saygısı ve yaşam kalitesine olan etkilerini saptamaktır.

Eğer bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizden şu ölçeklerin doldurulması istenecektir; Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Algılanan Çok boyutlu Sosyal Destek Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Epilepsi Hastaları için Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Skalası (SF-36).

Uygulama yaklaşık 30 dakika sürecektir. Çalışmamızdaki katılımcı grubu, idyopatik jeneralize epilepsili 50 ve mezyal temporal lob epilepsili 50 hasta ve 50 sağlıklı kontrol olmak üzere en az 150 katılımcıdan oluşması planlanmaktadır.

II- Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgi Verilmesi

- Gönüllü araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahiptir.
- Gönüllü, istediği anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilir.
- Gönüllünün araştırmayı kabul etmemesi durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkarılması veya çıkması halinde hastalığı ile ilgili tedavisinde hiçbir aksama olmayacaktır.
- Gönüllüden alınacak bilgiler yalnızca bu çalışmada kullanılacaktır.
- Gönüllünü kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

(Katılımcının/ Hastanın Beyanı)

Araştırmacı Evren Çabuk tarafından İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı’nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-soyadı:

Adresi:

Telefon no:

İmzası:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-soyadı:

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı:

Görevi:

İmzası:

EK-2

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Ad-Soyad:

Cinsiyet:

Doğum tarihi:

Eğitim durumu (yıl olarak):

Medeni durum:

Gelir düzeyi:

Mesleği:

Epilepsi tanısını aldığınız tarih:

Nöbet tipi:

Bugüne kadar kaç tane nöbet geçirdiniz?

Nöbet sıklığı (ayda kaç nöbet geçiriyorsunuz?):

Nöbet şiddeti:

Nöbetlerin zamanı: sabah/öğlen/gece

Son nöbet tarihi:

Kullanılan antiepileptik ilaçlar:

Kullanılan ilaçların herhangi bir yan etkisi:

Bu hastalığa ek olarak herhangi bir tanı var mı?

EK-3
YAŞAM KALİTESİ-SF36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?	Mükemmel (5)	Çok iyi (4)	İyi (3)	Orta (2)	Kötü (1)
2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	Bir yıl öncesine göre çok daha iyi (5)	Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi (4)	Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı (3)	Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü (2)	Bir yıl öncesine göre çok daha kötü. (1)

Aşağıdaki maddeler her gün boyunca yaptığımız aktivitelerle ilgilidir. Sağlık durumunuz bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

3. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	Evet, oldukça kısıtlıyor (1)	Evet, biraz kısıtlıyor (2)	Hayır, hiç kısıtlamıyor (3)
4. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	Evet, oldukça kısıtlıyor (1)	Evet, biraz kısıtlıyor (2)	Hayır, hiç kısıtlamıyor (3)
5. Günlük alışverişte alınanları kaldırmak ve taşımak	Evet, oldukça kısıtlıyor (1)	Evet, biraz kısıtlıyor (2)	Hayır, hiç kısıtlamıyor (3)
6. Merdivenle çok sayıda kat çıkmak	Evet, oldukça kısıtlıyor (1)	Evet, biraz kısıtlıyor (2)	Hayır, hiç kısıtlamıyor (3)
7. Merdivenle bir kat çıkmak	Evet, oldukça kısıtlıyor (1)	Evet, biraz kısıtlıyor (2)	Hayır, hiç kısıtlamıyor (3)
8. Eğilmek ve diz çökmek	Evet, oldukça kısıtlıyor (1)	Evet, biraz kısıtlıyor (2)	Hayır, hiç kısıtlamıyor (3)
9. Bir-iki kilometre yürümek	Evet, oldukça kısıtlıyor (1)	Evet, biraz kısıtlıyor (2)	Hayır, hiç kısıtlamıyor (3)
10. Birkaç sokak öteye yürümek	Evet, oldukça kısıtlıyor (1)	Evet, biraz kısıtlıyor (2)	Hayır, hiç kısıtlamıyor (3)
11. Bir sokak öteye yürümek	Evet, oldukça kısıtlıyor (1)	Evet, biraz kısıtlıyor (2)	Hayır, hiç kısıtlamıyor (3)
12. Kendi kendine banyo yapmak ve giyinmek	Evet, oldukça kısıtlıyor (1)	Evet, biraz kısıtlıyor (2)	Hayır, hiç kısıtlamıyor (3)

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz ya da diğer günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

13. İş veya diğer aktiviteler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	Evet (0)	Hayır (1)
14. Hedeflediğinizden daha azını başardınız mı?	Evet (0)	Hayır (1)

15. İş veya diğer aktivitelerinizde kısıtlanma oldu mu?	Evet (0)	Hayır (1)
16. İş veya diğer aktiviteleri yaparken güçlük çektiniz mi? (daha fazla çaba gerektirdi mi?)	Evet (0)	Hayır (1)

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

17. İş veya diğer aktiviteler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	Evet (0)	Hayır (1)
18. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	Evet (0)	Hayır (1)
19. İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	Evet (0)	Hayır (1)

20. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız; aileniz, arkadaşlarınız veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?	Hiç etkilemedi (5)	Biraz etkiledi (4)	Orta derecede etkiledi (3)	Oldukça etkiledi (2)	Aşırı etkiledi (1)	
21. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?	Hiç (6)	Çok hafif (5)	Hafif (4)	Orta (3)	Şiddetli (2)	Çok şiddetli (1)
22. Son 4 hafta boyunca ağrınız normal işinizi (hem ev hem de ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?	Hiç etkilemedi (5)	Biraz etkiledi (4)	Orta derecede etkiledi (3)	Oldukça etkiledi (2)	Aşırı etkiledi (1)	

Aşağıdaki sorunlar sizin 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi tarifleyen yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önünde bulundurarak seçiniz.

23. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	Her zaman (6)	Çoğu zaman (5)	Oldukça (4)	Bazen (3)	Nadiren (2)	Hiçbir zaman (1)
24. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	Her zaman (1)	Çoğu zaman (2)	Oldukça (3)	Bazen (4)	Nadiren (5)	Hiçbir zaman (6)
25. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	Her zaman (1)	Çoğu zaman (2)	Oldukça (3)	Bazen (4)	Nadiren (5)	Hiçbir zaman (6)
26. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	Her zaman (6)	Çoğu zaman (5)	Oldukça (4)	Bazen (3)	Nadiren (2)	Hiçbir zaman (1)
27. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	Her zaman (6)	Çoğu zaman (5)	Oldukça (4)	Bazen (3)	Nadiren (2)	Hiçbir zaman (1)
28. Kendinizi kederli ve	Her	Çoğu	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir

hüzünlü hissettiniz mi?	zaman (1)	zaman (2)	(3)	(4)	(5)	zaman (6)
29. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	Her zaman (1)	Çoğu zaman (2)	Oldukça (3)	Bazen (4)	Nadiren (5)	Hiçbir zaman (6)
30. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	Her zaman (6)	Çoğu zaman (5)	Oldukça (4)	Bazen (3)	Nadiren (2)	Hiçbir zaman (1)
31. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	Her zaman (1)	Çoğu zaman (2)	Oldukça (3)	Bazen (4)	Nadiren (5)	Hiçbir zaman (6)
32. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkta etkiledi?	Her zaman (1)	Çoğu zaman (2)	Oldukça (3)	Bazen (4)	Nadiren (5)	Hiçbir zaman (6)

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için uygun olanını işaretleyiniz.

33. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.	Kesinlikle doğru (1)	Çoğunlukla doğru (2)	Bilmiyorum (3)	Çoğunlukla yanlış (4)	Kesinlikle yanlış (5)
34. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.	Kesinlikle doğru (1)	Çoğunlukla doğru (2)	Bilmiyorum (3)	Çoğunlukla yanlış (4)	Kesinlikle yanlış (5)
35. Sağlığımın kötüye gideceğinizi düşünüyorum.	Kesinlikle doğru (1)	Çoğunlukla doğru (2)	Bilmiyorum (3)	Çoğunlukla yanlış (4)	Kesinlikle yanlış (5)
36. Sağlığım mükemmel.	Kesinlikle doğru (1)	Çoğunlukla doğru (2)	Bilmiyorum (3)	Çoğunlukla yanlış (4)	Kesinlikle yanlış (5)

EK-4

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin yanında cevaplarınızı işaretlemeniz için boşluklar bulunuyor. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki boşluklardan yalnız bir tanesine çarpı işareti yapınız. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan seçeneği işaretleyiniz.	Hiç katılmıyorum (1)	Çoğunlukla (2) katılmıyorum	Katılmıyorum (3)	Kararsızım (4)	Katılıyorum (5)	Çoğunlukla (6) Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum (7)
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan, sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var							
3. Ailem (örn: annem, babam, eşim, çocukları, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örn: annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim							
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim (örn: annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle)	-						
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örn: flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var							
11. Kararlarımı vermede ailem (örn: annem, babam, eşim, çocukları, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim							

EK-5
ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

	ÇOK DOĞRU	DOĞRU	YANLIŞ	ÇOK YANLIŞ
1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.				
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.				
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.				
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
7. Genel olarak kendimden memnunum.				
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.				
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.				

EK-6

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her guruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Bugün dâhil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Birden fazla işaretlemeniz gerekiyorsa işaretleyebilirsiniz.

- 1 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
1 Gelecek hakkında karamsarım.
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görüyorum.
1 Çevremdeki bir çok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum
2 Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3 Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3 Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 0 Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1 Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7 0 Kendimden memnunum.
1 Kendi kendimden pek memnun değilim.
2 Kendime çok kızıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.
- 8 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1 Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3 Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum
- 9 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur fakat yapmıyorum.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm
- 10 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2 Çoğu zaman ağlıyorum.
3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- 11 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sınırlı değilim
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor yada sinirleniyorum.
2 Şimdi hep sınırlıyım.
3 Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.
- 12 0 Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.
2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3 Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.
- 13 0 Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum
1 Eskiden olduğu gibi kolay karar veremiyorum.
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3 Artık hiç karar veremiyorum.
- 14 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2 Herhangi bir şey yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3 Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16 0 Her zaman ki gibi iyi uyuyabiliyorum
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve uyuyamıyorum.
- 17 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2 Yaptığım her şey beni yoruyor.
3 Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18 0 İştahım her zamanki gibi .
1 İştahım her zamanki kadar iyi değil
2 İştahım çok azaldı.
3 Artık hiç iştahım yok
- 19 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
1 İki kilodan fazla kilo verdim.
2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
3 Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 20 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu ve kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim
1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim

EK-7

QOL-10:

Son 4 hafta içerisinde ne kadar süre ile aşağıda bahsedildiği şekilde hissettiniz?

1. Kendinizi çok enerjik hissettiniz mi?	1. Her Zaman	2. Çoğu Zaman	3. Bazı Zamanlar	4. Çok Nadiren	5. Hiçbir Zaman
2. Kendinizi çökkün ve cesaretsiz hissettiniz mi?	1. Her Zaman	2. Çoğu Zaman	3. Bazı Zamanlar	4. Çok Nadiren	5. Hiçbir Zaman
3. Epilepsi hastalığınız veya epilepsi ilacınız araba kullanmanızda problem yaratıyor mu?	1. Hiç Engel Olmuyor	2. Çok Nadir	3. Biraz	4. Çoğu Zaman	5. Her Zaman

Son 4 hafta içerisinde aşağıdaki konular hakkında ne kadar sıkıntı hissettiniz?

4. Hafızada (hatırlamada) zorluk	1. Hiç Zorlanmadım	2. Çok Nadir	3. Biraz	4. Çoğu Zaman	5. Her Zaman
5. İş hayatında zorluk	1. Hiç Zorlanmadım	2. Çok Nadir	3. Biraz	4. Çoğu Zaman	5. Her Zaman
6. Sosyal yaşamınızda kısıtlılık	1. Hiç Zorlanmadım	2. Çok Nadir	3. Biraz	4. Çoğu Zaman	5. Her Zaman
7. Epilepsi ilacınızın fiziksel gücünüz üzerindeki etkileri	1. Hiç Zorlanmadım	2. Çok Nadir	3. Biraz	4. Çoğu Zaman	5. Her Zaman
8. Epilepsi ilaçlarınızın zihinsel etkileri	1. Hiç Zorlanmadım	2. Çok Nadir	3. Biraz	4. Çoğu Zaman	5. Her Zaman
9. Geçen ay geçirdiğiniz nöbet ne kadar şiddetliydi?	1. Önemsizmeyecek Kadar Hafif	2. Hafif Derecede Şiddetli	3. Orta Derecede Şiddetli	4. Oldukça Şiddetli	5. Çok Şiddetli
10. Son 4 hafta içerisinde yaşam kaliteniz istediğiniz gibi miydi ? Her şey istediğiniz gibi yolunda gitti mi?	1. Kesinlikle Çok İyi	2. Oldukça İyi	3. İyi Ve Kötü Koşullar Eşit Düzeydeydi	4. Oldukça Kötü	5. Çok Kötü

8. ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında, İzmir’de doğdu. Lise öğrenimini İzmir Vali Erol Çakır Lisesinde, üniversite eğitimini İzmir Ekonomi Üniversitesi Psikoloji bölümünde tamamladıktan sonra 2010-2013 yılları arasında Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde klinik sağlık yüksek lisans eğitimini tamamladı.

Üniversite eğitimi boyunca Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ergen ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, ESHOT Genel Müdürlüğü Psikoteknik Laboratuvarı, İzmir Ekonomi Üniversitesi Psikoloji Laboratuvarında staj yaptı.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde bir yıl boyunca gönüllü olarak epilepsi hastalarıyla çalışmıştır. 2012-2013 yılı arasında Egemer Özeleğitim ve Rehabilitasyon Merkezi’nde psikolog olarak çalışmıştır.

İleri düzeyde Microsoft Office, orta-ileri düzeyde Statistical Package for Social Sciences, Visual Basic ve Superlap yazılımlarını kullanabilmektedir. İleri seviyede İngilizce ve orta seviyede İspanyolca konuşmaktadır.