EPİLEPSİLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Dilan AKTEPE COŞAR

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU

Yüksek Lisans Tezi-2016

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EPİLEPSİLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Dilan AKTEPE COŞAR

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU

ERZURUM
2016

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

EPİLEPSİLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Dilan AKTEPE COŞAR

Tez Savunma Tarihi: 01.12.2016

Tez Danışmanı :Yrd. Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi :Prof. Dr. Mehtap TAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi :Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA (Balıkkesir Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **VII**

ÖZET ..... **VIII**

ABSTRACT ..... **IX**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **X**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **XI**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Epilepsinin Tanımı ve Tarihçesi 4

2.2. İnsidans / Prevelans 4

2.3. Etiyolojisi 5

2.4. Sınıflandırma 5

2.4.1. Epileptik Nöbetlerin Uluslararası (ILAE) Sınıflaması 6

2.4.1.1. Fokal (Parsiyel) Nöbetler 6

2.4.1.2. Basit Parsiyel Nöbetler (Bilinç Bozukluğu Olmadan) 6

2.4.1.3. Kompleks Parsiyel Nöbetler (Bilinç Bozukluğu ile Giden) 6

2.4.1.4. Sekonder Generalize Nöbete Dönüşen Parsiyel Nöbetler 6

2.4.1.5. Generalize Nöbet 7

2.4.1.6. Sınıflandırılamayan Epileptik Nöbetler 7

2.4.2. Etiyolojik Sınıflandırma 7

2.4.3. Klasik Sınıflandırma 7

2.4.4. Epilepsi Nöbet Şekilleri 8

2.4.4.1. Jeneralize Nöbetler 8

2.4.4.2. Parsiyel Nöbetler 9

2.4.4.3. Sentrensefalik Nöbet…….....10

2.4.4.4. Diffüzserebral Nöbet…….....10

2.4.4.5. Temporal Nöbetler veya Psikomotor Nöbetler…….....10

2.4.4.6. Motor Nöbetler…….....10

2.5. Belirti ve Bulgular 12

2.6. Tanı Yöntemleri 13

2.6.1. Elektro Ensefalografi (EEG) 14

2.6.2. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BT) 14

2.6.3. Manyetik Rezonans(MRI) 14

2.7. Komplikasyonları 14

2.8. Tedavi Yöntemleri 16

2.9. Epilepside Rehabilitasyon 19

2.10. Yaşam Kalitesi Kavramı 19

2.10.1. Epilepsi ve Yaşam Kalitesi. 21

2.10.2. Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı 25

3. MATERYAL VE METOT 28

3.1. Araştırmanın Şekli 28

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 28

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi 28

3.4. Veri Toplama Araçları 28

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu 28

3.4.2. Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLIE-31) 29

3.5. Verilerin Toplanması 29

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 30

3.7. Araştırmanın Değişkenleri 30

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri 30

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği 31

4. BULGULAR 32

5. TARTIŞMA 46

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 52

KAYNAKLAR 54

EKLER 64

EK-1. ÖZGEÇMİŞ 64

EK -2. HASTA TANITICI BİLGİ FORMU 65

EK- 3.YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (OQLIE-31-P) 66

EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU 71

EK-5. ETİK KURUL ONAY FORMU 72

EK-6.KURUM İZİN FORMU 73

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez araştırmamın her aşamasında bana destek veren, bilgisi ve yol göstericiliği ile hem benim hem de araştırmam üzerindeki emekleri için değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Nuray DAYAPOĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

Verilerimi topladığım, Nöroloji Polikliniği çalışanlarına teşekkür ederim. Analiz aşamasında desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a, yazım aşamasında içtenlikle yardım eden kıymetli eşim İkram COŞAR'a ve değerli kardeşim Sidar AKTEPE'ye, sabırlarını eksik etmeyen ve bana her zaman güvenen anneme ve babama teşekkürlerimi sunuyorum.

Hemşire Dilan AKTEPE COŞAR

ÖZET

Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Amaç: Bu araştırma, epilepsili hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı nitelikte olan araştırma, Haziran–Aralık 2015 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğin de kayıtlı, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 150 epilepsi hastası ile yürütülmüştür. Araştırma verilerinin toplanmasında tanımlayıcı bilgi formu ve epilepsiye özel yaşam kalitesi ölçeği (OQLIE-31-P) kullanılmıştır. Veriler değerlendirmesinde sayı, yüzdelik ve ortalamaların incelenmesinin yanı sıra, değişkenlerin istatistiksel karşılaştırması için bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney-U testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskall Wallis ve sperman korelasyon analizi kullanılmıştır

Bulgular: Çalışmaya katılan epilepsili hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin nöbete ilişkin kaygılara ait puan ortalaması 59.88±13.21, toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 59.88±17.78, emosyonel iyilik puan ortalaması 45.55±11.02, enerji/yorgunluk puan ortalaması 56.33±12.96, bilişsel fonksiyon puan ortalaması 49.38±12.96, ilaçların etkileri puan ortalaması 59.45±25.57, sosyal fonksiyon puan ortalaması 60.78±15.28 ve toplam QOLIE-31 puan ortalaması 54.65±7.85 olarak bulunmuştur. Hastaların yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim düzeyine, mesleğine, aile tipine, nöbet tipine ve anti epileptik tedavi şekline göre tüm yaşam kalitesi alanları ve genel OQLIE-31-P yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları yere ve tanı süresine göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, gelir algısına göre nöbete ilişkin kaygılar ve bilişsel fonksiyon puan ortalamaları, başka bir kronik hastalığın bulunma durumuna göre emosyonel iyilik alt boyut puan ortalamaları istatisliksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaların son bir yılda geçirdikleri nöbet sayısı ile toplam yaşam kalitesi ($r=-0.201$, $p<0,05$) ve enerji/yorgunluk ($r=-0.196$ $p<0.05$) alt ölçek puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli istatistiksel ilişkiye sahiptir.

Sonuç: Epilepsili hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu, hastaların son bir yılda geçirdikleri atak sayısı arttıkça yaşam kalitelerinin ve enerjilerinin azaldığı bulunmuştur. Epilepsili hastalara uygulanacak hemşirelik girişimlerinin planlanmasında sosyo demografik özelliklerin dikkate alınması önerilir.

Anahtar kelimeler*:* Epilepsi, Hemşirelik, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Examining the Quality of Life in Patients with Epilepsy and the Effective Factors

Aim: This study was conducted in order to examine the quality of life in patients with epilepsy and the effective factors.

Material and Method: This descriptive study was conducted with 150 epileptic patients who were registered to Atatürk University Training and Research Hospital Neurology Outpatient clinic between June and December 2015 and met inclusion criteria of the study. Descriptive information form and quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-31-P) were used to collect the data of the study. Number, percentage, and means were analyzed to assess the data and independent samples t test, Mann Whitney-U test, one way analysis of variance, Kruskall Wallis and Spearman's correlation analysis were used for statistical comparison of the variables.

Results: It was found that the patients with epilepsy participating in the study had a mean score of 59.88±13.21 in the subscale of worry about seizure, a mean score of 59.88±17.78in the subscale of overall quality of life, a mean score of 45.55±11.02 in the subscale of emotional well-being, a mean score of56.33±12.96 in the subscale ofenergy/fatigue, a mean score of49.38±12.96 in the subscale of cognitive function, a mean score of 59.45±25.57 in the subscale of medication effects, and a mean score of60.78±15.28 in the subscale of social function in the quality of life inventory and a total QOLIE-31 mean score of 54.65±7.85. A significant difference was not found between mean scores of all quality of life subscales and general OQLIE-31-P quality of life mean scores in terms of patient's age, gender, marital status, educational level, occupation, family type, seizure type, and anti-epileptic treatment type ($p>0.05$). Overall quality of life mean scores of patients participating in the study in terms of their residential location and time of diagnosis, their mean scores of worry about seizure and cognitive function in terms of perception of income, andtheir emotional well-being subscale mean scores in terms of presence of another chronic disorder were found to be statistically significant ($p<0.05$). There was a negative low statistical correlation between the number of seizures experienced within last one year and scores of the subscales overall quality of life ($r=-0.201$, $p<0.05$) and energy/fatigue ($r=-0.196$ $p<0.05$).

Conclusion: It was found that the patients with epilepsy had a moderate level quality of life; and as the number of seizures they experienced within last one year increased, their quality of life and energy decreased. It is recommended to consider socio-demographic characteristics in planning nursing interventions to be applied to patients with epilepsy.

Key words*:* Epilepsy, Nursing, Quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devleti

AEİ: Anti-Epileptik İlaç

BT: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EHB: Epilepsi Hastalığa Sahibi Birey

EEG: Elektro Ensefalografi

IBE Uluslararası Epilepsi Bürosu

ILAE: Epilepsinin Sınıflaması Uluslar Arası Epilepsi ile Savaş Derneği

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

MRI: Manyetik Rezonans

NPN: Nonprotein Nitrogen

RF: Rol Kısıtlanmaları

SF-36: Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SİKY: Sağlıkla İlintili Yaşam Kalitesi

QOLIE-31: 31 Maddeli Yaşam Kalitesi Ölçeği

QOLIE-89: 89 Maddeli Yaşam Kalitesi Ölçeği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 4.1. Epilepsili Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı...……...….….32

Tablo 4.2. Epilepsili Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı…..**.....**33

Tablo 4 3. Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımları……...…...34

Tablo4.4. Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi……...……...34

Tablo 4.5. Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi…….……...35

Tablo 4.6. Yaşanılan Yere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi……..……...……...36

Tablo 4.7. Eğitim Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi……..……...……...37

Tablo 4.8. Mesleğe Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi……...……...38

Tablo 4.9. Gelir Algısına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi…….…….**.....**39

Tablo 4.10. Aile Tipine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi…….**....**……..….**.....**…...40

Tablo 4.11. Tanı Süresine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi…….……..…..……...41

Tablo 4.12. Nöbet Türüne Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi……...……..……...42

Tablo4.13. Ek Kronik Hastalık Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi…….....43

Tablo 4.14. Kullanılan Antiepileptik Tedavi Şekline Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi…….....44

Tablo 4.15.Yaş ve Son 6 Ayda Nöbet Geçirme SıklığınaGöre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi…….....45

1.GİRİŞ

Epilepsi; santral sinir sisteminde belirli bir işlevi olan nöron topluluğunun ani, anormal deşarjları sonucu ortaya çıkan ve genellikle tekrarlayan nöbetlerle karakterize klinik bir sendromdur[1].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri dünyada 50 milyon epilepsi hastasının bulunduğunu göstermektedir. Epilepsi tüm dünyada ve ülkemizde yaygın olarak görülmekte olup, Avrupa ülkelerinde 6 milyon epilepsili kişi bulunmaktadır[2,3]. Literatür de dünya çapında epilepsi prevalansının; 3-42/1000 arasında değişmektedir[4,5]. Türkiye'de ise epilepsi prevelansının binde 6.1-10.2 olduğu bildirilmektedir[6].

Epilepsi hastalığının bilinç kaybı, düşme ve kazalar gibi doğrudan etkileri kişinin günlük aktivitelerini etkileyebilmekte, mesleki ve sosyal olarak bağımsızlığını azaltabilmektedir[7-9]. Aynı zamanda epilepside, hastalığın belirsiz doğası ve sosyal dışlanma korkusu gibi tehdit edici unsurlar hastaların birçok psikososyal sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir[8,10]. Epilepsi hastalığında ani şekilde gelişen nöbetler, hastalarda kontrol kaybı oluşturarak benlik saygısını olumsuz bir şekilde etkilemektedir[11]. Tekrarlayan nöbetler hastaların eğitimini, iş hayatını, evlenmelerini ve sosyal ilişkiler kurmalarını engelleye bilmektedir[12].

Kişisel bakım, güvenlik, sosyal ilişkiler ve toplumsal yaşam sorunları bakımından insan hayatını olumsuz bir şekilde etkileyen kronik ve nörolojik hastalıklardan biri olan epilepsi hastaların yaşam kalitesi olumsuz bir şekilde etkilenmektedir[13-15].

Yaşam kalitesi "iyilik hali" olarak tanımlanmakta olup, kişinin kendi durumunu, kendi değerleri içinde algılayış biçimi olarak tarif edilmektedir[16,17]. Farklı bir tanımlamada ise, yaşam kalitesi hastaların var olan fonksiyonel düzeylerine rağmen, algılarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı "doyum" olarak da ifade

edilmektedir[18,19]. Çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesi, fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, bağımlılık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel etmenler ve kişisel inançlardan etkilenmektedir[16,17].

Epilepsi tedavisinde asıl amaç nöbetleri tamamen kontrol altına almak ya da nöbetlerin sayısını en aza indirmek ve ilaçların yan etkilerini minimal düzeyde tutarak hastaların yaşam kalitelerini yükseltmektir. Uygulanan tedavi yöntemlerine ilişkin meydana gelen semptomlar, hastanın yaşam kalitesini ve tedavi sürecini etkileyeceği için, hastalara bakım veren hemşirelerin veya sağlık profesyonellerinin ortaya çıkan bu semptomları önceden tespit etme, önleme ve kontrol etme gibi yükümlülükleri bulunmaktadır[19,20].

Epilepsi uzun süreli tedavi ve izlem gerektiren bir hastalıktır. Bu yüzden sağlık çalışanlarının, epilepsili bireyler ve ailelerinin tüm ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir. Ne yazık ki epilepsi hakkında yetersiz bilgi ve hasta bakımında yetersiz profesyonel destek sık karşılaşılan bir sorundur[21]**.** Ömür boyu süren hastalıkta yaşam kalitesini yükseltmenin sırrı, hastanın, ailesinin ve sağlık çalışanlarının hastalığın özelliklerini iyi bilmesine bağlıdır[22].

Epilepsili bireylere hastalık kadar toplumun önyargı, sosyal damgalama ve ayırımcılık gibi tutum sergilenmesi bireyin diğer insanlardan uzaklaşmalarına sebep olabilmekte ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir[23,24].

Epilepside yaşam kalitesini değerlendiren kısıtlı sayıdaki çalışmalarda hastaların yaşam kalitelerinin genel popülasyona oranla daha düşük olduğu bildirilmektedir[16,25]. Aynı zamanda; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, hastalığın süreci, yaşanılan ortam, stres, bilgi kaynakları, ilaçların düzenli olarak alınıp alınmadığı, yapılan kontrollere düzenli şekilde gidilip gidilmediği, kullanılan anti epileptik ilaç miktarı,

sosyal destek durumu, sosyo-ekonomik durum ve nöbet sayısının yaşam kalitesine dolaylı ya da direkt etki eden faktörlerden olduğu ortaya konmuştur[10,26-29].

Epilepsili bireylerin, hemşirelik bakımını planlama ve uygulamada gereksinimlerin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Planlanan bakım her hastaya özgül ve kişiselleştirilmiş izlenebilir olmalıdır. Bu kişiselleşmeyi sağlayabilmek için öncelikle hastalara özgü yaşam kalitesi değişkenlerinin belirlenmesi gerekmektedir[14,30]. Bu bağlamda araştırmanın amacı epilepsili hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Araştırma Soruları;

1. Epilepsili hastaların yaşam kalitesi düzeyi nedir?
2. Epilepsili hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsinin Tanımı ve Tarihçesi

Epilepsi tüm dünyada en sık görülen kronik hastalıkların başında gelmektedir. Konvülsiyonlu veya konvülsiyonsuz, rekürrent bilinç kaybı ile kendini gösteren paroksismal sinir sistemi hastalığı olarak tanımlanmaktadır[31,32]. Elektro fizyolojik bulgulara göre, merkezi sinir sisteminde anormal nöron deşarjı sonucu ortaya çıkan klinik bir tablodur[33,34].

Tarihsel gelişimi Hipokrat'a kadar dayanan epilepsi ilk kez 1920 yılında Psikiyatri Uzmanı Hans Berger (1873-1941) tarafından EEG'nin keşfedilmesi ile bilimsel olarak tanımlana bilmiştir[31,33,35].

EEG kullanımı ile beyindeki anormal nöron deşarjı anlamlandırılabilmiş ve bu durumun tedavisi için ilk adımlar atılmıştır. 1933-1945 yıllarında epilepsi hastaları için kara yıllar olarak adlandırılmaktadır[36]. Çünkü bu tarihler arasında yaklaşık 350.000 epilepsi hastası genetik geçişi engellemek için kısırlaştırılmıştır. Aynı şekilde bakım evlerinde yaşayanların 70.000'den fazlası öldürülmüştür. 1940 yılında yok edilen epilepsi hastaların 113'ü gaz odalarında öldürülmüştür. 19. yüzyılın sonlarına doğru J.H.Jackson, epilepsinin tanımını "sinir dokusunun ara sıra ve aşırı düzensiz deşarjı" olarak yapmıştır. Bu tarih itibari ile hastalığın tedavisinde ilaçlar kullanılmaya başlanmıştır[37,38].

2.2. İnsidans / Prevelans

Epilepsi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaygın görülen bir hastalıktır. Avrupa ülkelerinde yaklaşık 6 milyon epilepsili kişi bulunduğu bilinmektedir[2,3]. Farklı ülkelerde yapılan araştırmalar sonucunda epilepsi prevalansının; 3/1000-42/1000 arasında değişmektedir[4,5].

Gelişmekte olan ülkelerde beyin travması, sinir sistemi enflamasyonları, obstetrik hizmetlerdeki aksaklıklar gibi faktörlerden dolayı epilepsi prevelansı diğer gelişmiş ülkelerden 4-5 kat daha fazladır[32,33]. Toplum genelinde epilepsinin prevelansı 4-10/1000 (1.5-30/1000) arasında değişmektedir. Az gelişmiş ülkelerde prevelans 6/1000'dir[34].

Türkiye'nin epilepsi prevelansı ise 6.1-10.2/1000 olarak belirtilmiştir[6]. Ülkemizdeki epilepsili vakaların %38'ne etiyolojik faktörler neden olmaktadır[34,38].

2.3. Etiyoloji

Epilepsi santral sinir sistemi fonksiyonlarının anormal elektrik deşarjı ile sonuçlanan patolojik değişikliğidir[31]. Bu durum serebral kortekste veya subkortikaldeki eksitable nöronlarının bir araya gelmesi ile oluşur. Konjenital defektler, gelişme bozuklukları, doğum travmaları, çocukların akut ateşli hastalıkları, menenjitler, ensefalitler, kafa travmaları, granülomalar, sinir sisteminin dejeneratif hastalıkları sonucu oluşabilmektedir[34]. Ayrıca serebral ödem, karbon monoksit zehirlenmesi, anafilaksi, Raynaud hastalığı, Adam-Stokes sendromu, karotid sinüsün aşırı duyarlığı, tetani, insulin şoku, hiperventilasyonın toksikasyonlar, kardiyolojik ve hematolojik hastalıklar nedeni ile gelişmektedir[35]. Beyin lezyonları, tümoral kitleler, apseler, tüberküloz sklerozu, korteksin ilaçlar, alkol, sedatifler gibi nedenlerle de anormal elektrik deşarjı görülmektedir[37,38]. Bir diğer önemli faktör asetilkolindir. Asetilkolin serebralkorteksde anormal bioelektrik deşarjlar gelişimine neden olmaktadır[38].

2.4. Sınıflandırma

Epilepsi nöbetlerinin pek çok çeşidi mevcuttur. Günümüzde kırkın üzerinde tipi tanımlanmıştır[32]. Epilepsi dendiği zaman herkes tarafından anlaşılan, tonik-klonik nöbetlerdir. Bunun yanı sıra hiç farketmeyecek kadar hafif nöbet çeşitleri de vardır.

Tüm bu nöbet tiplerine rağmen geçirilen nöbetler kişilere göre bazı farklılıklar gösterebilir[34,38].

2.4.1. Epileptik Nöbetlerin Uluslararası (ILAE) Sınıflaması

Uluslararası epilepsi ile savaş derneği (ILAE)'nin 1981 yılında yaptığı, epileptik nöbetlerin sınıflandırması aşağıdaki gibidir.

2.4.1.1. Fokal (Parsiyel) Nöbetler

Fokal nöbetler, belirli bir yarı kürede, subkortikal yapılarda da başlayabilen nöbetlerdir ve tercihli yayılma şeklindedir[39].

2.4.1.2. Basit Parsiyel Nöbetler (Bilinç Bozukluğu Olmadan)

Motor semptomlu (hareketlerle ilişkili bulgular söz konusudur), somatosensoryel veya özel duysal semptomlu, otonomik semptomlu ve psişik semptomlu şekilleri mevcuttur[33,37,38].

2.4.1.3. Kompleks Parsiyel Nöbetler (Bilinç Bozukluğu ile Giden)

Bu nöbetlerde şuur etkilenmiştir. Şuurun etkilenmesi ile kastedilen sadece şuurun uyanıklık hali değildir. Kimi zaman uyanıklık korunduğu halde hasta tümüyle etraftan kopmuş ve habersiz bir hale de gelebilir[35].

2.4.1.4. Sekonder Generalize Nöbete Dönüşen Parsiyel Nöbetler

Şuur etkilenmeden önce, hasta nöbetin geleceğini öncü bir belirti ile hisseder.

Bu belirtilere "aura" denir[33]. Bu özellik nöbetin parsiyel kökenli olduğunun anlaşılmasında yardımcıdır. Bu nöbetlerin sıralanışı şu şekildedir:

- Basit parsiyel nöbetin jeneralizeye dönüşmesi,
- Kompleks parsiyel nöbetin jeneralizeye dönüşmesi,
- Basit parsiyelin kompleks parsiyele dönüşmesi, ardından jeneralizeye dönüşmesidir[35].

2.4.1.5. Generalize Nöbet

- Absans nöbetleri (dalma nöbetleri)
- Tipik Absans nöbetleri
- Atipik Absans
- Myoklonik nöbetler
- Klonik nöbetler
- Tonik nöbetler
- Tonik-klonik nöbetler
- Atonik nöbetler (astatik) (ani düşme nöbetleri)[38].

2.4.1.6. Sınıflandırılamayan Epileptik Nöbetler

Yeterli literatür bilgisi olmayışı nedeni ile sınıflandırılamayan epileptik nöbetlerdir. Çiğneme, ritmik göz hareketleri gibi bazı yenidoğan dönemi nöbetleri bunlardandır.

- Parsiyel
- Somato
- Otonomik
- Psişik
- Otomatizm
- Sekonder jeneralize nöbetler sınıflandırılamayan nöbetlerdendir[34,36].

2.4.2. Etiyolojik Sınıflandırma

İdiopatik Epilepsi: Sebebi bilinmeyen epilepsi türüdür. Tetkikler sonucu kesin tanı konulamamış hastalık grubudur.

Semptomatik Epilepsi: Tanı yöntemleri ile netleştirilebilen epilepsi türüdür.

2.4.3. Klasik Sınıflandırma

- Grand Mal

- Petit Mal
- Fokal
- Ekivalan[34,36].

2.4.4. Epilepside Nöbet Şekilleri

2.4.4.1. Jeneralize Nöbetler

Absans Nöbetler

Aniden başlayıp, aniden sonlanan bu nöbetlerdir. Hasta devam etmekte olan aktivitelerini keser ve anlamsız bakışlarla birkaç saniyeden yarım dakikaya kadar hareketsiz kaldıktan sonra hiçbir belirti olmaksızın bıraktığı yerden aktivitesine devam eder. Nöbet sırasında hasta konuşulanlara cevap vermez. Gözlerde yukarı kayma, başın öne düşmesi şeklinde belirtiler izlenebilir. Tipik absanslar ve atipik absanslar olmak üzere ikiye ayrılır[37].

Myoklonik Nöbetler

Bu nöbetler ani, kısa süreli, şok benzeri kas kontraksiyonlarıdır. Kollarda olduğunda hastanın elindeki eşyayı fırlatmasına, bacaklarda olduğunda ise yere düşmesine neden olabilir. Sıklıkla uyanma sırasında ya da yatağa yatma saatlerinde ortaya çıkarlar. Arka arkaya tekrarlama eğilimindedirler[35,37].

Klonik Nöbetler

Postiktal faz kısa süreli olur.

Tonik Nöbetler

Postiktal faz ya olmaz ya da kısa süreli olur.

Tonik-Klonik Nöbetler

En sık karşılaşılan nöbetlerdir. “Grand mal” olarak tanımlanırlar. Bu nöbetler öncesinde aura olmaz. Ani tonik bir kas kontraksiyonu ile başlayan nöbetler sırasında solunum kaslarının kasılmasıyla birlikte başlangıçta epileptik bir çığlık duyulabilir[34,37].

Fokal serebral nöbetler kortekste bir odaktan çıkar. Vücudun yarısında kısa süreli motor bozukluk görülür, bilinç kaybı olmaz jeneralize tonik klonik kasılmalar görülmez[40]. Bu tür nöbetlere kitaplarda petit mal epilepsi denir. Fakat bir odak, fokal bir nöbet yapabildiği gibi, grand mal tipi jeneralize bir nöbete de neden olabilir[35,37].

Atonik Nöbetle (Astatik)

Nöbet sırasında kasların gevşemesine denir[35].

2.4.4.2. Parsiyel Nöbetler

A) Fokal Nöbetler

Beynin sınırlı bir bölgesindeki nöronların aktivasyonudur[41].

Motor Nöbetler

Kortekste motor alanın etkilenen bölgesine bağlı olarak bir veya birden fazla vücut bölgesinde (kol, bacak, yüz) sıklıkla klonik tarzda motor belirtiler izlenebilir. Bu nöbetlerden sonra nöbetin izlendiği beden yarısında dakikalar veya saatler süren geçici felçler izlenebilir[34,36].

Duyu ile İlgili Nöbetler

Korteksin duyu ile ilgili bölgelerinden kaynaklanan nöbetlerdir ve beden yarısında uyuşukluk, iğnelenme, karıncalanma şeklinde hissedilirler. Gözle ilgili halüsinasyonlar, kulakta müzik duyar gibi sesler, burunda kötü koku, metalik, kötü, acı tat hissedilir[35,37].

Psişik Belirtiler

Hasta daha önce hiç görmediği, yaşamadığı bir tecrübeyi yaşamış gibi (dejavu) ya da daha önce tanıdığı, bildiği bir yaşantıyı ilk defa yaşıyormuş gibi hisseder (jamaisvu)[36].

B) Kompleks Parsiyel Nöbetler

Basit parsiyel başlangıcın ardından bilinç bozulması ve/veya otomatizmalar,

Nöbetin başlangıcından itibaren bilinç bozulması var,

Otomatizmalar eşlik eder veya etmez.

C) Sekonder Jeneralize Nöbetlere Dönüşen Parsiyel Nöbetler

Basit parsiyel nöbetlerin sekonder jeneralize olması,

Kompleks parsiyel nöbetlerin sekonder jeneralize olması,

Basit parsiyel nöbetlerin öncesi.

2.4.4.3. Sentrensefalik Nöbet

Sentrensefalon beyin merkezine verilen addır. Buradan kaynaklanan nöbetlere de sentrensefalik nöbet denir. Bioelektrik aktivite kortekste normaldir. Beyin merkezinden anormal deşarjlar çıkmaktadır. Bu tip epilepsi nöbetleri grand mal, petit mal şeklinde nöbetlerdir[35,36].

2.4.4.4. Diffüzserebral Nöbet

Korteks ve subkortikal bölgelerdeki lezyonlar sonucu bu bölgelerden kaynaklı anormal elektriksel deşarjlar görülür. Bu duruma diffüzserebral nöbet denir[37].

2.4.4.5. Temporal Nöbetler veya Psikomotor Nöbetler

Beynin temporal lobundan kaynaklanan epilepsilerdir. Bu nöbetler; psikiyatrik tablo şeklinde görülebilir. Bunlar;

- Görme ile ilgili illüzyonlar,
- Olmayan, hayal mahsulü görüntüler,
- İşitme illüzyonu,
- Olmayan bir müzik duyma,
- Kötü koku veya tat hissetme gibi belirtileri verir[34,36,37].

2.4.4.6. Motor Nöbetler

Motor nöbetler ise iki şekilde görülebilir;

Fokal Motor Nöbetler

Nöbetin bir noktadan başlayıp tüm bölgeye yayılmasıdır. Mesela ayak parmağından başlayan nöbet ayağa, tüm bacağa, devam ederse tüm kola ve yüze yayılabilir. Bu durumda bilinç kaybı görülmez. Nöbet bu şekilde devam ederse Fokal Motor Epilepsi adını alır[35,37].

Eğer konvülsif hareketler vücudun diğer yarısına yayılıyorsa, bilinç kaybı da varsa Grand Mal Nöbetler başlamış olur, fokal başlayıp generalize devam eden bu epilepsi türüne **Jacksonian Epilepsi** denir [37].

Sensoriel Epilepsi Nöbetleri Beş Grupta İncelenir:

Fokal Sensoriel Nöbetler

Duyusal bölgeden başlar. Fokal motor epilepsisi gibi karakteristik özellik gösterir. Mesela parmaktan ön kola, kola, omuza doğru yayılan yanma, uyuşma, karıncalanma görülmesi gibi[38].

Vizüel Nöbetler

Oksipital lobun görme alanındaki lezyonlardan kaynaklanan epilepsi türüdür. Hasta basit görme sorunları belirtir[37,38].

Akustik Nöbetler

Temporal lobda 41.ve 42. alanlardaki lezyonlardan kaynaklanır. Hasta vızırtı gibi basit sesler duyduğunu ifade eder[37,38].

Vertijinöz Nöbetler

Temporal ve parietal bölgeden kaynaklanan epilepsi türüdür. Temporal kaynaklı olanlarda hasta nöbeti sübjektif olarak ifade eder. Hastada anormal bir hareket fark edilmez. Bu tip hastalarda nöbet esnasında kişi başının dönmesinden, oryantasyon duygusunun kaybolduğundan bahsedebilir. Ancak hastalarda dıştan anormal bir durum gözlenmez[37,38].

Parietal kaynaklı nöbetlerde ise, hasta nöbeti sübjektif olarak hisseder, fiziksel olarak ta hastada objektif bulgular görülür.

Koku Nöbetleri

Bu tip epilepsi hastalarında kişiler kötü koku duyduğundan bahsedebilir. Hastanın ifade ettiği bu kokular genelde yanık lastik, çürük yumurta tarzında kokulardır[35,37,38].

2.5. Belirti-Bulgular

Epilepside en önemli belirti bulgu hastaların geçirmiş oldukları konvülsiyonlardır. Bu konvülsiyonlar yaklaşık hastaların % 90'nında görülür. Konvülsiyonların safhaları;[34]

- Aura,
- Devamlı kasılmaların olduğu tonik evre,
- Zıt kas gruplarında kasılıp gevşemelerin görüldüğü klonik evre,
- Uyku evresi (post iktal evre)

Aura evresi kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. Kişi bu evrede bir koku duyduğunu ya da kulak çınlaması olduğunu ifade edebilir [35].

Aura evresinde sonra kişi diyafragma ve larinks kasların spazmı sonucu alçak ya da yüksek tonda ses çıkarabilir. Bunu takiben hastada bilinç kaybı görülür. Bu nedenle kişi olduğu yere yığılır.

Düştükten sonra kısa bir süre opistotonus pozisyonunda kalır (tonik safha), 30-40 saniye süren bu evrede kişinin başı ve gözleri yukarıya ya da bir yana döner. Kolları, gövdesi ve bacakları hiperekstansiyon pozisyonundadır. Diyafragmakasın spazmı sonucu hasta nefes almakta güçlük çeker ve siyanotik bir görüntü alır. Bu sırada ağızda köpükler oluşur. Eğer çene kasların kasıIması sırasında hasta dilini ısırmış ise köpük kanlı olur. Bu esnada hastaya suni solunum yaptırmaya çalışmak ya da ağzını açmaya

çalışmak yanlıştır. Çünkü bu tip uygulamalar hastanın çenesinin kırılmasına neden olabilir[35].

Bu evreden sonra hasta 20-25 saniye süren tonik-klonik evreye geçer. Sık olarak görülen anormal hareketler azalır. Bu fazın başlangıcında soluk alış verişi kesintili ve hırıltılıdır. Hastada idrar veya dışkı inkontinansı görülebilir. Konvülsif hareketlerin bitmesinden sonra hastada gevşeme görülür[34,35]. Bu dönemde hastanın bilinci gelir ve hasta derin bir uykuya dalar. Uyanırken hastada baş ağrısı, mide bulantısı, kaslarda sertleşme ve bitkinlik şikâyetleri görülebilir. Nöbetin süresi ve şiddeti değişiklik gösterebilir. Aura olmayabilir. Evreler kısa olabilir[32,33].

Nöbetlerin süresi bir dakikadan az olduğu gibi bir saat ya da daha fazla sürebilir. Nöbetler bir günde birkaç kez olabileceği gibi, iki nöbet arası yıllarca sürebilir. Bir nöbet bittikten sonra yirmi dört saat içinde tekrar ikinci bir nöbetin gelişmesi olası bir durum değildir. Ancak seyrek nöbet geçiren hastalarda ilk nöbetten bir, iki saat sonra ikinci nöbet görülebilir[34,36]. Bazen de nöbetler o kadar sık olur ki birinci nöbet sonrası oluşan bilinç kaybı düzelmeden, yeni bir nöbet gelişebilir. Bu duruma **Status Epileptikus** denir[35].

2.6. Tanı Yöntemleri

Epilepsinin teşhisi nöbetler objektif olarak görülebiliyorsa zor değildir. Bunun için hastadan detaylı bir ananmnez alınmalıdır. Alınan anamnezde mutlaka hastanın özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri detaylı şekilde sorgulanmalıdır. Hastanın şikâyetlerinin ne zaman başladığı, ilk nöbetin ne zaman fark edildiği, nöbetin ne kadar sürdüğü, nöbetler arası sürenin ne kadar olduğu bilgiler hasta ya da yakını ile görüşülerek alınmalıdır[34,35].

Ardından objektif verilerden olan fiziksel ve nörolojik muayeneleri yapılmalıdır. Aynı zamanda bu tip hastalarda laboratuar bulgusu olarak kanda şeker düzeyi, NPN ve

kalsiyum miktarı ölçülmelidir. Radyoloji tetkiki olarak kafa grafisi, EEG, sintigrafi, pnömoen sefalografi çekilmelidir[37].

2.6.1. Elektro Ensefalografi (EEG)

EEG beynin değişik bölgelerinde görülen patolojik biyoelektrik aktivitelerde epilepsi teşhisi için kullanılan vazgeçilmez bir yöntemdir[36]. EEG sonuçlarına göre tedaviye başlama, tedaviyi izleme ve sonlandırmada gerçekleştirilir. EEG incelendiğinde epilepsi hastalarının %50'sinde, tekrarlanan tetkiklerde %80-85'inde, uyku EEG'sinde ise %90-95'inde epilepsi kaynaklı patolojik bulgular saptanabilir[34].

2.6.2. Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BT)

Epilepsiye neden olan lezyonların teşhisi için tercih edilen bir inceleme yöntemidir[35].

2.6.3. Manyetik Rezonans (MRI)

Küçük boyutlardaki vasküler patolojileri göstermek kolaylıkla mümkün olmaktadır[42].

2.7. Komplikasyonlar

Epilepsi, en eski ve en sık görülen, yaşam kalitesini en olumsuz etkileyen nörolojik hastalıkların başında gelmektedir. Tüm ülkelerde, tüm yaş gruplarında, dünyadaki tüm ırklarda ve tüm sosyal sınıflarda görülmektedir. Tüm dünyada yaklaşık 50 milyon insanın bu hastalıkla baş ettiği bilinmektedir[43].

Ani Ölüm

Hastaların yaşamlarını ve özgürlüklerini bir daha düzelmeyecek şekilde kaybettiklerine inanmaları, ani ölüm korkusu strese neden olmaktadır. Stresin artması da otomatik olarak nöbet görülme sıklığını attırmakta, böylece kısır bir döngü oluşmaktadır[9,44].

Sosyal Sorunlar

Geçirilen her nöbet hastaların yaşam kalitelerine ve fonksiyonlarına, özellikle çalışma, araç kullanma, kişisel ilişkiler kurma ve bağımsız hareket etme yetilerine kısıtlamalar getirmektedir. Hastaların sosyal çevreye uyumda problem yaşaması ya da kısıtlanmaları da bu kısır döngüyü doğuran en önemli sebepler arasındadır[9]. Hastanın bu dönemde çevresinden beklediği olumlu desteği görememesi, hastalığından dolayı dışlanması ya da sosyal hayatta kabul görmemesi gibi nedenler izole edildiğinde kişinin anksiyete ve depresyonu artmakta, böylece istemsiz nöbet görülmektedir [45].

Hastalarda en sık görülen psikososyal sorunların nedenleri; sosyal ve çevresel izolasyon, sosyal adaptasyonda zorluk yaşama, benlik saygısının düşmesi, eğitim başarısında düşme, iş hayatında güçlükler, evlilik yaşamında görülen güçlüklerdir[38,43].

Nöbet Sırasında Kontrol Kaybı

Hastalık nöbet sırasında bilinç kaybı, düşme, kazalar vb. sebeplerle kişilerin günlük yaşamlarını, normal vücut fonksiyonlarını etkileyebilir. Geçirilen her nöbet hastaların yaşam kalitelerine ve fonksiyonlarına, özellikle çalışma, araç kullanma, kişisel ilişkiler kurma ve bağımsız hareket etme yetilerine kısıtlamalar getirmektedir. Nöbet sırasında kontrol kaybı nedeniyle önemli sorun ise işsizliktir. Geçirilen nöbetten dolayı yaralanma olması iş kazaları oranını arttırmakta olup, buna paralel olarak iş kaybı yaşanması ve üretimin düşmesi işverenlerin en önemli kaygılarıdır.

Status Epileptikus

Epilepsi uzun ve tekrarlayan nöbetler nedeniyle kişilerin fiziksel kısıtlamalara, uzun süre ilaç kullanımına, sürekli hastane ziyaretleri ve acil durumlara hazırlıklı olmasına neden olan, bu nedenlerle de yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır[46,47]. Nöbetler sıklığı uzun aralıklara yayılsa bile epilepsi hastaları her an yeni bir nöbet geçireceği korkusu yaşarlar. Tekrarlayan her nöbet hastaların iş hayatını,

sosyal hayatını, eğitim durumunu, araç kullanmasını, aile ve çevre ile ilişkilerini engelleyebilir[48].

İlaçların Yan Etkileri

Epileptik ilaçlar halsizlik, uyku eğilimi, görmede bozulma, konsantrasyonun azalması, koordinasyonun bozulması gibi komplikasyonlara sebep olmaktadır. Bu yan etkilerden dolayı hastaların egzersiz programları olumsuz etkilenmektedir. Bununla birlikte epileptik ilaçlar kiloya sebep olmaktadır[49].

Gebelik Komplikasyonları

Epilepsili olan hamile bireylerin de; gebelikleri boyunca sık sık takip edilmeleri, ilaçlarını kullanımı ve dozun ayarlanması, hastalığın ve tedavi sürecinin gebeliğe ve bebeğe olan etkisi gibi başlıklarda bilgilendirilmesi önemlidir. Hamilelik boyunca oluşan fiziksel, psikolojik değişiklikler hastaların yoğun stres yaşamalarına nöbet geçişmelerine neden olmaktadır. Bunun yanında epilepsili hamile bayanlarda normal hamilelere göre daha fazla komplikasyon görülebilir. Yaşanan bu komplikasyonlar hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı olarak geliştiği için hastalar genellikle ilaçlarını kullanmak istememektedir. Bu sebeplerden dolayı hamile epilepsili bayanların hamilelikleri boyunca nöroloğu ile işbirliği içinde olmalı, ilaç dozları hamileliğin doğal fizyolojisine göre düzenlenmelidir[50,51].

2.8. Tedavi Yöntemleri

- Doğru tanı,
- Sınıflama,
- Doğru ilaç seçimi,
- Etkili rehabilitasyon,
- Doğru bakım,
- Yaşam kalitesinin yükseltilmesidir[43,44].

Epilepsi hastalığının tedavisi için öncelikle tanı doğru konulmalı ilaç tedavisine ihtiyaç olup olmadığı tespit edilmelidir. Farmakolojik tedaviye cevap olmaz ise cerrahisi tedavi yöntemi de bir diğer tercih edilen yöntemdir[9]. Epilepsinin kontrol altına alınmasında eğitim ve sosyal yaşamın düzenlenmesi oldukça önemlidir[42]. Hastaya düzenli ve yeter miktarda uyku uyuması, fazla sigara, alkol almaması, nöbet geçirmesine neden olacak tüm uyaranlardan uzak durması önerilmelidir[48,49].

Tanı netleştikten sonra uygulanması planlanan ilaç tedavisi hasta ve ailesine anlatılmalıdır. Tedavi başladıktan sonra ilk nöbetten sonra tekrar olama olasılığı 6 ayda %50 düzeyindedir. Eğer bir yıl içinde nöbet tekrarlamazsa tekrar olma olasılığı düşmektedir. Bu sebeple uzun sürecek olan epilepsi tedavisine başlamadan önce doğru tanının konması oldukça önemlidir[48,49].

İki nöbet arasındaki süre ne kadar uzunsa bilinçte kayıplar olmadan, yaralanma ve travma vakaları geçirmeden geçen bu sürede hastanın yakın takibi yeterli olacaktır[49,50]. Anti epileptik ilaçlar epilepsinin oluşumunu engellememektedir. Görevi nöbet oluşumunu engellemektir. Onun için ilaçların doğru bir şekilde ve zamanında kesilmeden uygulanmalıdır. Epilepsinin tedavisi nöbetsiz geçirilen 5 yıla kadar devam etmektedir[50].

Genellikle bu süre birçok hastada uzayabilir. Onun için uzun sürecek olan bu tedavide hastanın fizyolojik gelişimini, psikolojisini de göz önünde alarak planlama yapılmalıdır. Tedavi süreci boyunca belirli aralıklarla tetkikler yapılarak ilacın yan etkileri gözlenmelidir[49,50].

Epilepsinin farmakolojik tedavisinde temelinde öncelikle tek tip ve düşük doz ilaç ile başlanır. Bu ilaçlar depakin, convulex, epixx, keppra, trileptal, lamiktal, neurontidir. Nöbet görülmeyene kadar ya da yan etki oluşana dek ilaç dozu arttırılmalıdır. Nöbet engellendiğinde belirli periyotlarla kan ilaç düzeyi ölçümü

yapılmalıdır. Ayrıca EEG ile nöbet oluşum düzeyi ölçülmelidir**.** Tedavi protokolünde nöbetin tipi oldukça önemlidir. Bazen birden fazla ilaç kullanmak gerekebilir[50].

Hasta ve yakınlarına mutlaka kullanılan ilaçların yaratacağı yan etkiler anlatılmalıdır. Çünkü ilaçlar hastalarda değişik semptomlara sebep olmakla birlikte hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir. Hastaların bir çoğunda trileptal, topamax, refinamid, lamiktal, lyrıca gibi ilaçlar tedavi esnasında başta ağrı, uyuşukluk hissi, yorgunluk, ataksi ve diplopi tarzı yan etkiler olabilir. Bazı vakalarda kiloda artış, adet düzensizliği ve saçlarda dökülme, uyku hali daha sık görülen yan etkilerdir. Bütün yeni tedavi başlangıcında ilaç dozuna bağlı bulantı görülebilir.

Son zamanlarda uygulanan tedavi protokolü, çeşitliliği tedavide başarı şansını arttırmaktadır[48].

Uygulanan bu tedavi protokolünün yan etkileri en çok kadınları, yaşlıları ve çocukları etkilemektedir. İlaç dozunun belirli periyodlarla ölçümü ilaca bağlı intoksikasları önlemek açısından oldukça önemlidir. Ayrıca ilaç dozunun fazlası karaciğerde depolandığı için rutin kontroller sırasında mutlaka karaciğer enzimleri mutlaka kontrol edilmelidir[45,48].

Bu ilaçların hormonal dengeyi etkileyebildiği ve infertiliteye sebep olabildiği bilinmektedir. D vitaminin metabolizması üzerindeki etkisi nedeni ile de uzun dönemde osteoporoza neden olabilmektedir[45,48].

Yaşı ileri hastalarda genellikle başka ilaçlar da (antihipertansif, antidiyabetik vb.) kullandığı için ilaçların etkisi düşmektedir. Bunun yanında epileptik ilaçların psikolojik rahatsızlıklarda olumlu etki yaratmaktadır[48].

Her ilacın yararı yanında yan etkilerinin de olduğu unutulmamalıdır. Bunları dengelemek oldukça hassas bir konudur. Bazı hastalarda hiç bir yan etki gözlenmezken

bazen yan etkiler tedavi başlar başlamaz görülebilir. Her bir ilaçta farklı yan etkiler görülebilir. En sık yan etkiler baş dönmesi, dengesizlik, uyku halidir[49].

2.9. Epilepside Rehabilitasyon

Gelişmiş ülkelerde epilepsi yönetiminde karşılaşılan en önemli sorunlardan birisi hastaların sosyal ve mesleki rehabilitasyonlarının sağlanamamasıdır. Hastaya epilepsi tanısı konur konmaz bu hastanın ihtiyaçlarının sağlık çalışanlarınca ele alınması gerekmektedir. Araştırma sonuçları hastalara epilepsi hakkında bilgilendirme yapan hemşirelerin doktorlara göre daha tatmin edici bir bilgilendirme sağladıklarını ortaya koymuştur. Bunun nedeni olarak ise hemşirelerin hastaya doktorlardan daha fazla zaman ayırmaları olarak belirtilmektedir[35].

Sağlık çalışanlarının, hasta veya ailesine epilepsi hakkında yaşayabilecekleri sorunları tanımaları adına bilgi paylaşmaları önemli bir nokta olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin, hastanın hastalıkları hakkında bilgi düzeylerini, hastalığı algılayış biçimlerini, tedavilerine uyumu belirleyen etkenleri ele alarak hasta ve ailelerin ihtiyaçlarını planlamalıdır. Bu gibi ortak iş birliği yapılması, epilepsi hastalarının psikososyal sorunlarını giderecek ve yaşam kalitelerinin artmasını sağlayacaktır[35].

2.10. Yaşam Kalitesi Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme (The World Health Organization Quality of Life Assessment) kuruluşunca yaşam kalitesi, şöyle ifade edilmektedir: "İçinde yaşanılan kültür ve değer yargılarına göre, bireylerin kendilerinin hayata bakış açılarını hangi pencereden değerlendirdiği, hayattan beklenti ve amaçlarını, hayat standartlarını ve gelecek kaygılarını nasıl ele alarak değerlendirmeleridir[51]". Bu tanıma göre yaşam kalitesi insanların hayatı nasıl değerlendirmeleri ile ilgilidir. Yani göreceli bir kavramdır. Fakat yaşam kalitesi ile ilgili bütün çalışmalarda önemli olan ve üzerinde durulması gereken husus, yaşam kalitesinin hastanın kendi tarafınca bir tanım

oluşturmasıdır. Hasta sadece kendisi yaşam kalitesini ölçülendirebilir, değerlendirebilir. Bu kıyaslamayı kendi beklentileri ile ilişkilendirebilir. Ancak hasta kendi beklentileri ile gerçekte olanlar arasında bir dengesizlik olursa bunun farkına varabilir[52].

Yaşam kalitesi kavramı, göreceli olarak yeni bir kavramı oluşturmuşsa da 30 yıl kadar önce ortaya çıkmasına rağmen kullanım olarak hızla literatüre girmiştir[53]. Sağlıklı ilgili olarak yaşam kalitesi, yaşamın birçok alanındaki sağlıkla ilgili sorunları temsil etmektedir. Belli bir hastalık problemine karşı özel konuları ve sağlık alanında daha genel konuları içine almaktadır[54]. En genel tanımı ile hastanın kendisin nasıl hissettiği ve nasıl bir davranış sergilediği olarak ifade edilmiştir[55].

Sağlık alanında, kişilerin kendi durumları hakkında nasıl hissettikleri, günlük yaşamsal faaliyetlerini nasıl idame ettikleri ile ilgili olarak sağlık durumlarını ifade etmek için kullanılan bir kavram olarak ortaya konmuştur. Bu tarif yaşam kalitesi ile ilgili olarak sağlıkla ilgili olan yaşam kalitesi kavramının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (Health related quality of life) ölçümleri ile ilgili bir hastalık ve tedavisinin yaşam üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yılarca araştırmacılar, yaşam kalitesi hakkında farklı tanımlamalar getirmişlerdir. Bu araştırmaların büyük çoğunluğu yaşam kalitesini; doyum, uyum ve mutluluk olarak tarif etmişlerdir[56,57]. Mc Sweeney, bu kavramı emosyonel fonksiyon, günlük yaşam faaliyetlerine iştirak ve eğlence olarak değerlendirmektedir. Depresyon, özsaygı, yaşam memnuniyeti ve doyumu olarak ele almaktadır. Naes'e göre de kişinin etkinliği, diğer insanlarla kurulan iyi ilişkiler, özsaygı ve mutluluk düzeyidir. Sosyolojik açıdan değerlendiren Bertero, bu kavramı bağımsızlık, sevme ve esenlik üzerine oturtmakta, olumlu yaşamsal davranış biçimleri olarak de geniş bir kapsamda değerlendirmektedir[58].

Yaşam kalitesi kavramı köken olarak antik çağlardan bu güne kadar süre gelen süreç içinde değişen hayat koşulları ve bu değişimlerin getirdiği yeniliklerle şekillenmiş bir kavramdır. Bu konuya dolaylı olsa da değinen ilk kişi Aristo'dur. Hayattaki en son amaç Aristo tarafından Eudamania olarak adlandırılmaktadır. Bunun anlamı iyi bir ruh ve enerjiyle kutsanmak ve bu şekilde yaşamaya başlamaktır[59].

ABD'de 1960'lı yıllarda politik bir tartışma kaynaklanan ve o yıllardan sonra kullanımı hızla yaygınlaşmaya başlayan yaşam kalitesi yeni bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır[60]. Bu amaçla kullanılmasının sebebi olarak eğitim, gelir, sağlık ve barınma gibi yaşamsal faaliyetlerle yakından ilişkili olmasına bağlanmaktadır. Ekonomistler de yaşam kalitesini ilk kez Gayri Safi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır[61].

Sonraki yıllarda yaşam kalitesi kavramı sosyoloji bilimlerine girmeye başlamış ve yaşam biçimi şeklinde değerlendirilmeye başlanmıştır. Psikoloji alanında 1970'li yıllarda yapılan çalışmalarda yaşam kalitesini bireyin yaşam hakkında sahip olduğu doğrudan veya dolaylı algının üzerinde temellendirilmektedir[62].

2.10.1. Epilepsi ve Yaşam Kalitesi

Epilepsi kronik bir hastalıktır ve yaşam kalitesi alanındaki çalışmalarının büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. Ne zaman ortaya çıkacağı belli olmayan ve sürekli tekrarlayan nöbetler şeklinde cereyan eden epilepsi, hastaların hayatlarını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Yaşanan nöbetlerin sıklığının, nöbetlerin meydana geleceği endişesinin ve hastalığın hastaya vermiş olduğu belirsizliğin, genel iyilik durumlarındaki etkisi hastanın hayatına büyük oranda sirayet ettiği bildirilmektedir[63,64].

Epilepsili hastalarda sosyal izolasyon oldukça fazla, işsizlik, evlilik oranlarının düşük olması yaşam kalitelerine olumsuz yansımakta ve bu oranların daha da aşağı seviyelere düşmesine neden olmaktadır[65].

Bunun yanında epilepsi tanısıyla birlikte gün yüzüne çıkan stigma, hastaların hem çalışma azmini köreltmekte hem de sosyal faaliyetlere katılma motivasyonlarının azalmasına sebep olmaktadır. Buna ek olarak hastalar zamansız gelişen nöbetlerin, halka açık yerlerde, sosyal ortamlarda gerçekleşme olasılığı ve bunun insanlar tarafından bilinecek olması hastaları bu tür ortamlardan soyutlamaktadır. Doğal olarak bu durum hastaların hayat kalitelerini düşürmektedir. Ayrıca kısıtlı sosyal iletişim, çalışma imkânları, düşük benlik değerleri, algılanan stigma bu tür hastaların evlenme yüzdelerine etki etmektedir[66].

Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi, toplumun diğer fertlerinin sahip olduğu standartların altında olduğu bildirilmektedir. Özellikle de, ilaca dirençli epilepsinin hastaların yaşam kalitesini bozmaya daha fazla etki ettiğini göstermektedir. Bu hastaların stigma düzeyleri yüksek benlik değerleri alt seviyelerdedir. Ayrıca yüksek işsizlik oranlarının olduğu gözlenmektedir. İlaca dirençli epilepsi hastaları, psikolojik ve psikiyatrik hastalıklar; özellikle depresyon ve anksiyete bakımından daha üst oranlara sahiptir[67].

Yapılan bir çalışmada, dirençli epilepsi hastalarının evlilik oranlarının %42 seviyelerinde olduğu tespit edilmiştir[68]. Bu sonuçları destekleyen başka çalışmada ise, nöbetleri kontrol edilebilen hastaların yaşam kalitelerinin normal insanlarla aynı oranlarda olduğu, fakat nöbet aralıklarının artmasının özelliklede fiziksel ve sosyal faaliyetlerde genel sağlık algısında gözle görülür bozulmaların meydana geldiği tespit edilmiştir[16].

Epilepside spesifik değişkenlerin (nöbet başlangıç yaşı, sıklığı, ciddiyeti ve anti epileptik ilaç (AEİ) sayısı) bu varyansa çok küçük değerlerde bir etki yaptığını ortaya koymuşlardır[69]. Nöbet sıklığı, nöbet başlangıç yaşı ve AEİ'lerin etkileri, kendi yaşam kalitesi değerlendirmelerine herhangi bir katkı sağlamadığı anlaşılmıştır[70].

Bunun yanında AEİ'lerin kullanımının hasta yaşamı üzerinde daha farklı olumsuz etkilerinden söz etmek mümkündür. Finlandiya'da yapılan 91 Epilepsi hastası olan birey (EHB) üzerinde 31 yıl boyunca sürdürülen araştırmada, hastaların yaşam kalitelerindeki değişiklikler araştırılmıştır. Elde edilen veriler, AEİ kullanan epilepsi hastaları, nöbet geçiriyor olsun olmasın, bu ilaçları kullanmayan hastalara ve kontrol katılımcılarına nazaran SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde daha düşük değerler aldıklarını ortaya koymuştur[71].

Epilepsi ve sağlıkla ilintili yaşam kalitesi arasındaki ilişkide üzerinde durulması gerekin başkaca bir husus da, hastalara kendi hastalıkları hakkında bilgilendirmek suretiyle yaşam kalitelerinin yükseltilebileceğidir. Yapılan bir araştırmada, hastanın hastalığı hakkında ki bilgisi ne kadar fazla olursa hastalıkla uyumu da o kadar artmaktadır. Yine bu bilgilendirme sonucu stigma ve epilepsinin olumsuz etki değerlerinin azaldığını ortaya koymaktadır[72].

Hastaya hastalığı hakkında bilgi vermenin önemi bu verilerle ortaya çıkmış olmakta ve hastaların eğitim seviyelerinin düzeyleri arttıkça epilepsi hakkındaki bilgilerinin de arttığı gözlenmiştir[73].

Epilepsi hastalarının en çok karşılaştığı kısıtlamalar ise araç kullanımına ilişkindir. Bu kısıtlama hastaların hayatlarını önemli manada olumsuz etkileyen temel faktörlerden birisidir. Gelişmiş batı ülkelerin en önemli sosyal problemlerinin başını çekmektedir. Bu hastaların araçları kullanmalarına ilişkin kısıtlamalar ve bağlayıcı faktörlerin neler olabileceği hala tartışma konusudur. Ülkemizde ve bazı ülkeler Çek Cumhuriyeti, Bulgaristan, Bangladeş, Macaristan'da epilepsi hastalarına ehliyet verilmemektedir. İngiltere, Fransa, İsveç, İsviçre ve Avustralya'da ehliyet için iki yıl nöbet geçirilmeme şartı aranmaktadır[74]. Nöbet kontrollerinin iyi takip edilerek epilepsi

hastalarının araç kullanmalarının sağlanabileceği, bağımsız yaşam kalite düzeylerinin yükseltilebileceği ve yaşam kalitelerinin de arttırılabileceği öngörülmektedir[75].

Epilepsi hastalarının üçte biri gibi bir oranında AEİ tedavi uygulanmasına karşın nöbet kontrolleri tam olarak sağlanamamaktadır. Epilepsi hastaları genel de sosyal izolasyon hissi yaşamakta ve yaşam kalitelerinde genel manada bir düşüş eğilimi göstermektedir. Hastaların sadece kendilerinin izolasyonu söz konusu olmayıp hasta bakıcılarının da bu izolasyondan ve yaşam kalitesi açısından önemli ölçüde etkilenmekte olduğu ortaya konmuştur[76].

Epilepsili hastalarda görülen psikososyal problemler genel popülasyondan çok daha fazla oranda görülmektedir[77] Epilepsi hastalarının özellikle iş imkanı olanaklarının azalması gibi sosyal alanlarda sıkıntı yaşaması çok karşılan bir durumdur. Bu neden olan faktör ise hastanın zamansız meydana gelebilecek nöbetler geçirmesi olarak gösterilmektedir. Nöbet aralıkları ne kadar uzun olsa da yine de hastalar nöbet korkusu yaşamaktadır. Epilepsi hastaları sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında, hastaların bedensel ve ruh sağlıklarının bozuk olduğunu düşünmekte, bunun sonucu olarak yaşama bağlılıklarının azalması ve toplumsal görevlerini yerine getiremedikleri düşünceleri ile meşgul olmaktadırlar[78].

Yapılan bir çalışmada; kontrolü iyi sağlanmış epilepsi hastalarında iş ve evlilikle ilgili sıkıntıların genel popülasyona göre daha az görüldüğünü, sadece üç-beş hastada sosyal aktivitelerde kısıtlılıkların olduğunu, tek başına yaşayan epilepsi hastaların sayısının çok daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır[79]. Başka bir çalışmada ise evlilik ve boşanma oranlarının sağlıklı bireylere nazaran epilepsili erkek ve kadın hastalarda daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır[80].

Epilepsi hastalığının kendisiyle ilişkili olduğu kadar sosyal çevreyle de bağı bulunmaktadır. Hastalığın sosyal çevre tarafından nasıl algılandığının da önemi

büyüktür. Toplumda bu tip hastalar bir damgalanmaya maruz kalmaktadırlar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); 1997 yılında epilepsi ile yanlış düşünce ve önyargılarla mücadele adına Epilepsiye Karşı Uluslararası Lig (The International League Against Epilepsy-ILAE) ve Uluslararası Epilepsi Bürosu (International Bureau for Epilepsy-IBE) gibi uluslararası kuruluşlar tarafından "Epilepside Küresel Aydınlanma" kampanyası başlatılmıştır[81,82].

2.10.2. Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Epilepsi de yaşam kalitesi üç başlık altında değerlendirilebilir:

1- Fiziksel sağlık (Günlük fonksiyonları yerine getirebilme, genel sağlık durumu, nöbet sıklığı ve ciddiyeti, ilaçların yan etkileri, ağrı, güç ve dayanıklılık)

2- Akıl sağlığı (Psikolojik iyilik hali, benlik değeri, anksiyete ve depresyon)

3- Sosyal sağlık (Sosyal aktiviteler, aile ve arkadaşlarla olan ilişkiler)[55].

Son yıllarda epilepsi hastalarının yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmaların yoğunlaştığı görülmektedir. Bu tür hastaların yaşam kalitesi, süresi belirlenemeyen nöbetler, kullanılan ilaçların yan etkileri, hastalık nedeniyle oluşan bir takım sosyal önyargılar ve kısıtlamalar nedeniyle düşmektedir. Uygulanan tedavi alternatiflerinin verimliliğini ve hastalığın kişiye olan etkilerini değerlendirebilmek için, hastanın nöbet geçirme aralığından çok hastanın sosyal iyilik halini, psikolojik durumunu ve fiziksel halleri ile ilgili yaşam kalitesinin ele alınması gerekmektedir[63].

Hemşireler epilepsi hastasının yaşam kalitesini arttırmada ve içinde bulunduğu ekip üyelerini hastayla olan iletişimlerinin düzelmesinde önemli bir rol oynamaktadır[9,42].

Epilepsili hastalara dair belli başlı hemşirelik uygulamaları arasında; epilepsi tipleri, epilepsinin oluşum nedenleri, kullanılan ilaçların etki ve yan etkileri, riskli

durumlar ve bu durumlardan sakınma, hastalığa uyum sağlama, hastanın günlük ihtiyaçlarına ve bireysel değişikliklere göre (hamilelik, doğum kontrolü, araba sürme vb.) bilgi vermek bulunmaktadır[45,48].

Bu açıdan aşağıdaki konular hakkında hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir:

- Hastaların ilacı düzenli kullanmaları birden kesmemeleri oldukça önemlidir.
- Menstrual dönemde nöbet sıklaşır, bu dönemde ilacın dozu arttırılmalıdır.
- Tedavi ömür boyu sürebilir fakat tedavi boyunca 3 yıl nöbet görülmediyse doz azaltılarak kesilebilir.
- Bazı durumlarda tedaviye steroidler de eklenebilir.
- Tedaviye cevap vermiyorsa cerrahi yöntem uygulanır (tümör, gibi).
- Hastaya ve aileye hastalık ve tedavi süreci hakkında açıklamalar yapılmalı, düzenli tedavi ve düzenli yaşantı ile hastalık kontrol altına alınabilir.
- Hastalar mutlaka yanlarında epilepsi olduğuna dair kart taşımalıdırlar.
- Bu hastaların araç kullanması, yalnız başlarına denize girmeleri engellenmelidir. Ayrıca epileptik nöbetlerin aurasını tanımak önlem alabilmek adına oldukça önemlidir. Nöbet esnasında hasta hemen sakin bir ortama alınır, çevredeki çarpıp yaralanabileceği malzemeler kaldırılır.
- Nöbetler başlamadan önce hastanın dişleri arasına rulo yerleştirilir. Aksi halde dil dişlerin arasında sıkışarak ciddi yaralanmalara yol açabilir. İlaçlar düzenli verilmeli, hastanın içtiğinden emin olunmalıdır. Hasta nöbeti tetikleyen unsurlardan uzak tutulmalıdır[44].
- Çok sıcak veya çok soğuk banyo yapmamalıdır.
- Hastaların öğün atlamaları ve çok uzun süre aç kalmaları engellenmelidir.
- Çok yüksek sesle televizyon izlememesine, odasının gürültüden arındırılmış olmasına özen gösterilmelidir.

- Hastanın odası parlak ışıklı olmamalıdır.
- Acil müdahale için gerekli malzemeler hazır bulundurulmalıdır.
- Tonik tip kasılmalarda engel olmak oldukça sakıncalıdır.
- Post iktal dönemde hasta uyandırmamalı, uyumasına izin verilmelidir [9].

Nöbet esnasında;

- Sakin olunmalı, hastanın yanından ayrılmamalıdır.
- Hastanın nöbeti engellenmeye çalışmamalıdır.
- Hasta güvenli ortama alınmalıdır.
- Başına yumuşak bir şey koyulmalıdır.
- Ağızda takma diş varsa çıkarılabilir.
- Yaralanmalara sebep olacak maddeler hastanın çevresinden uzaklaştırılmalıdır.
- Sıkan giysiler gevşetilmelidir.
- Yan tarafa doğru yatırıp, tükürüğünün dışarı akması sağlanmalıdır.
- Nöbet esnasında ilaç verilmemelidir.
- Kolonya, soğan gibi şeyler koklatılmamalıdır[48].

<u>Güvenlik Önlemleri</u>

- Düşme riskine karşı önlemler alınmalıdır.
- Yatak kenarları daima kalkık olmalıdır.
- Hasta yalnız bırakılmamalıdır.
- Yatakta nöbet geçiriyorsa başını vurabileceği için yatak kenarlarına yastıklar konulmalıdır.
- Hastanın tek başına banyo yapması engellenmelidir.
- Tuvaletin ve banyonun kapısı içten kilitlenmemelidir
- Banyoda yerler ve hasta odasının zemini kaygan olmamalıdır.
- Hastanın kaymayan terlikler giymesi sağlanmalıdır [48,49]

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Haziran 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin nöroloji polikliniğinde yapılmıştır. Nöroloji polikliniğinde epilepsi hastaları sadece hafta içi çarşamba günü muayene edilmektedirler. Poliklinikte 3 öğretim üyesi, 4 asistan ve 1 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini, Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin 01.06.2015 ve 01.12.2015 tarihleri arasında nöroloji polikliniğine kayıtlı, en az 1 yıldır epilepsi tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Örneklemini ise araştırma kriterlerine uyan 150 epilepsili hastalar oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri şunlardır;

- 18 yaş ve üzeri olanlar,
- Sözel iletişim kurabilenler,
- Psikiyatrik bir tanı almamış olanlar,
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olanlar,
- Gönüllü olarak araştırmayı kabul edenler alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen Hasta Tanıtım Formu, yaşam kalitesi düzeyini belirlemek amacıyla QQLI-31 Epilepsi Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır**.**

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu, hastaların demografik özelliklerini

içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri, eğitim durumu, meslek, gelir algısı, aile yapısı) toplam 8 soru ve hastalığa ait özelliklerini içeren (tanı süresi, son bir yıl içerindeki nöbet sıklığı, nöbet tipi, ek kronik hastalık varlığı, antiepiletik tedavi şekli) toplam 5 soru olmak üzere 13 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

3.4.2. Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLIE-31)

Bu araştırmada kullanılan QOLIE-31 ölçeği QOLIE-89 Ölçeğinde yer alan 89 maddenin 31 maddesinden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin bu kısa formunda SF-36 ya özgü ve epilepsiye özgü olmayan bulguları sorgulayan bazı maddeler yer almamaktadır. QOLIE-31'de yalnızca epilepsi ile ilgili belirtiler sorgulanmaktadır. QOLIE-31 ölçeği, 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; nöbete ilişkin kaygılar (5 madde), emosyonel iyilik (5 madde), enerji/yorgunluk (4 madde), sosyal fonksiyon (5 madde), bilişsel fonksiyon (6 madde), ilaçların etkileri (3 madde), toplam yaşam kalitesi (2 madde) ve toplam sağlık durumunu değerlendiren ek bir madde olmak üzere toplan 31 maddeden oluşur. Normalde 30 maddeden oluşan QOLIE-31 Ölçeği eklenen bu son madde ile (toplam sağlık durumunu değerlendiren madde) 31 maddelik ölçek özelliği kazanmıştır. Ölçek 0-100 arasında puanlandırılır. Yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Mollaoğlu ve ark.[82] tarafından yapılmış olup ölçek toplam cronbach alfa değeri 0.91 olup, alt boyutlarda alfa değeri 0.67 ile 0.84 arasında değiştiği bulunmuştur. Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0,70'dir (EK-3).

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin özel muayene günü olarak belirlenen çarşamba gününde nöroloji polikliniğine başvuran epilepsili hastalardan muayene öncesi ya da muayene sonrasında randevu alındı. Epilepsili hastaların araştırmaya katılma kriterlerine uygun olup

olmadığı değerlendirildi. Uygun kriterlere sahip olan epilepsili hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veri toplama formları uygulandı. Okur-yazar olan hastalar formları kendileri okuyup doldurdu, okur-yazar olmayan hastalara araştırmacı tarafından okunarak dolduruldu. Veri toplama formlarının bir hastaya uygulanması 15-30 dakika arası sürdü.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada, sayı, yüzdelik, min-max değerler ve ortalamaların incelenmesinin yanı sıra, değişkenlerin istatistiksel karşılaştırması için bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney-U testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskall Wallis ve sperman korelasyon analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde anlamlı çıkan durumlarda anlamlılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için varyansların homojen olduğu durumlarda kullanılan LSD ileri analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir. Veriler SPSS 18 paket programında çözümlenmiştir.

3.7.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Epilepsiye özgü yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasıdır.

Bağımsız Değişkenler: Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalığa ait özellikleridir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma uygulanmadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden Etik Kurul izni (EK-5) ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden kurum izni (EK-6) ve araştırmaya katılan bireylerden aydınlatılmış sözlü onam alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma sadece Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi nöroloji polikiliniğine belirtilen tarihler arasında kontrol amacıyla başvuran epilepsili

hasta grubuna genellenebilir.

3. BULGULAR

Epilepsili hastaların demografik özellikleri Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Epilepsili Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik özellikler		**S**	**%**
Cinsiyet	Kadın	92	61,3
	Erkek	58	38,7
Medeni durum	Evli	88	58,7
	Bekâr	62	41,3
Yaşanılan yer	İl merkezi	79	52,7
	İlçe	42	28,0
	Köy	29	19,3
Eğitim durumu	Okuryazar değil	34	22,7
	Okuryazar	18	12,0
	İlköğretim	25	16,6
	Lise	45	30,0
	Lisans ve üstü	28	18,7
Meslek	Ev hanımı	70	46,7
	Memur	43	28,7
	Çiftçi	11	7,3
	Serbest meslek	26	17,3
Gelir durumu	Gelir giderden az	40	26,7
	Gelir gidere eşit	94	62,7
	Gelir giderden fazla	16	10,6
Aile yapısı	Çekirdek	93	62,0
	Geniş	52	34,7
	Diğer	5	3,3
	Min-Max	**X**	**SS**
Yaş	18-64	30,29 ±	9,67

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi epilepsili hastaların %61,3'ü kadın, %58,7'si evlidir ve %52,7'si şehir yaşamaktadır. Epilepsili hastalarda %18,7,'si üniversite mezunu,

%46,7'si ev hanımıdır. Bunların haricinde epilepsili hastalarda %62,7'sinin geliri giderine eşittir ve %62'si çekirdek ailede yaşamaktadır. Epilepsili hastalarda yaşları 18-64 arasında değişmektedir ve ortalama yaş 30,29±9,67'dir.

Tablo 4.2. Epilepsili Hastalardın Hastalıklarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Hastalık Özellikleri		**S**	**%**
Tanı süresi	0-6 ay	36	24,0
	7-12 ay	23	15,3
	1-3 yıl	33	22,0
	3 yıl üstü	58	38,7
Son bir yıl içerindeki nöbet sıklığı	1 kez	69	46,0
	2 kez	20	13,3
	3 kez	29	19,3
	4 kez	18	12,0
	5 ve üzeri	14	9,3
Nöbet tipi	Jeneralize tonik klonik	77	51,3
	Parsiyel	31	20,7
	Absans	22	14,7
	Myoklonik	20	13,3
Ek kronik hastalık varlığı*	Evet	16	10,7
	Hayır	134	89,3
Antiepiletik tedavi şekli	Monoterapi	42	28,0
	Politerapi	108	72,0
	Min-Max	**X**	**SS**
Ortalama nöbet sıklığı (Son 1 yıl)	1-5	2,25 ±	1,39

*Ek kronik hastalıklar (migren, hipertansiyon, diyabet, KOAH)

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi epilepsili hastaların %38,7'si 3 yıl ve üzerinde tanı almışlardır ve %46'sı son bir yıl içerisinde 1 defa nöbet geçirmişlerdir. Geçirilen nöbetlerin %51,3 Jeneralize tonik klonik tipteki nöbetlerdir. epilepsili hastaların %89,3'ünün başka hastalıklarının olmadığı, tümünün antiepileptik ilaç kullandığı ve

%28'sinin tek ilaçla (monoterapi) tedavi gördüğü belirlenmiştir. Son bir yıldaki nöbet sıklığı 1-5 arasında değişmektedir ve ortalama 2,25±1,39'dur.

Tablo 4.3. Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımları

	S	Min	Max	X		SS
Nöbete ilişkin kaygılar	150	17,34	100	59,88	±	13,21
Toplam yaşam kalitesi	150	17,50	100	59,88	±	17,78
Emosyonel iyilik	150	16	80	45,55	±	11,02
Enerji/yorgunluk	150	20	90	56,33	±	12,96
Bilişsel fonksiyon	150	6,67	80	49,38	±	12,96
İlaçların etkileri	150	0	100	59,45	±	25,57
Sosyal fonksiyon	150	15,00	95	60,78	±	15,28
Toplam QOLIE-31	150	31,36	75,53	54,65	±	7,85

Tablo 4.3'de görüldüğü gibi, epilepsili hastaların toplam QOLIE-31 puanının 54,65±7,85 olduğu, ölçeğin alt boyutları arasında en düşük ortalama emosyonel iyilik boyutunda (45,55±11,02) iken, en yüksek puan ortalamasının sosyal fonksiyon boyutunda (60,78±15,28) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

	Cinsiyet	S	X		SS	Önemlilik*
Nöbete ilişkin kaygılar	Kadın	92	60,35	±	12,90	t=0,543
	Erkek	58	59,14	±	13,78	p=0,588
Toplam yaşam kalitesi	Kadın	92	59,24	±	16,71	t=-0,558
	Erkek	58	60,91	±	19,47	p=0,578
Emosyonel iyilik	Kadın	92	47,00	±	11,06	U=2240,000
	Erkek	58	43,24	±	10,66	p=0,096
Enerji/yorgunluk	Kadın	92	55,60	±	13,46	U=2469,500
	Erkek	58	57,50	±	12,15	p=0,440
Bilişsel fonksiyon	Kadın	92	50,70	±	12,44	t=1,583
	Erkek	58	47,28	±	13,59	p=0,116
İlaçların etkileri	Kadın	92	58,03	±	25,54	U=2412,500
	Erkek	58	61,69	±	25,67	p=0,323
Sosyal fonksiyon	Kadın	92	61,22	±	16,42	t=0,440
	Erkek	58	60,09	±	13,39	p=0,660
Toplam QOLIE-31	Kadın	92	55,13	±	8,05	t=0,950
	Erkek	58	53,88	±	7,52	p=0,343

*. t: Bağımsız guruplarda t testi, U: Mann Whitney-U testi.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi cinsiyete göre nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon ve toplam ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak farksızdır (p>0,05).

Tablo 4. 5. Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		S	X	SS	Önemlilik*
Nöbete ilişkin kaygılar	Evli	88	60,01 ±	12,99	t=0,139
	Bekâr	62	59,70 ±	13,62	p=0,890
Toplam yaşam kalitesi	Evli	88	62,24 ±	18,57	t=1,956
	Bekâr	62	56,53 ±	16,15	p=0,052
Emosyonel iyilik	Evli	88	45,68 ±	10,20	U=2711,000
	Bekâr	62	45,35 ±	12,18	p=0,948
Enerji/yorgunluk	Evli	88	54,83 ±	12,63	U=2278,000
	Bekâr	62	58,47 ±	13,23	p=0,083
Bilişsel fonksiyon	Evli	88	49,50 ±	12,29	t=0,136
	Bekâr	62	49,21 ±	13,95	p=0,892
İlaçların etkileri	Evli	88	58,21 ±	26,40	U=2579,500
	Bekâr	62	61,20 ±	24,43	p=0,570
Sosyal fonksiyon	Evli	88	59,89 ±	16,41	t=-0,825
	Bekâr	62	62,05 ±	13,56	p=0,395
Toplam QOLIE31	Evli	88	54,63 ±	7,91	t=-0,021
	Bekâr	62	54,66 ±	7,83	p=0,983

*. t: Bağımsız guruplarda t testi, U: Mann Whitney-U testi.

Tablo 4.5'de görüldüğü gibi medeni duruma göre nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon ve toplam ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak farksızdır (p>0,05).

Tablo 4.6. Yaşanılan Yere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		S	X		SS	Önemlilik
Nöbete ilişkin kaygılar	İl	79	59,27	±	14,94	F=0,697 p=0,500
	İlçe	42	59,23	±	11,07	
	Köy	29	62,49	±	10,93	
Toplam yaşam kalitesi	İl	79	6,74	±	16,61	F=3,369 p=0,**037**
	İlçe	42	61,37	±	18,18	
	Köy	29	66,29	±	18,86	
Emosyonel iyilik	İl	79	46,58	±	11,57	x^2_{KW}=2,264 p=0,322
	İlçe	42	44,48	±	11,56	
	Köy	29	44,28	±	8,48	
Enerji/yorgunluk	İl	79	57,66	±	14,02	x^2_{KW}=4,197 p=0,123
	İlçe	42	52,62	±	11,96	
	Köy	29	58,10	±	10,39	
Bilişsel fonksyon	İl	79	50,29	±	14,32	F=0,410 p=0,664
	İlçe	42	48,36	±	11,39	
	Köy	29	48,37	±	11,29	
İlaçların etkileri	İl	79	59,71	±	25,36	x^2_{KW}=0,521 p=0,771
	İlçe	42	61,91	±	22,88	
	Köy	29	55,17	±	29,88	
Sosyal fonksiyon	İl	79	60,89	±	16,12	F=0,291 p=0,748
	İlçe	42	61,81	±	13,92	
	Köy	29	59,00	±	15,17	
Genel puan	İl	79	54,75	±	8,87	F=0,100 p=0,905
	İlçe	42	54,21	±	6,91	
	Köy	29	55,00	±	6,18	

*. F: Tek Yönlü Varyans Analizi, x^2_{KW}: KruskallWallik analizi.

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi yaşanılan yere göre nöbete ilişkin kaygılar, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon ve toplam ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak farksızdır (p>0,05). Ölçeğin alt boyutlarından toplam yaşam kalitesi puanının ise yaşanılan yere göre anlamlı olarak değiştiği görülmektedir (p<0,05). Farkın hangi guruptan

kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD) köyde yaşayanların il yaşayanlara göre daha yüksek toplam yaşam kalitesi puanına sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Eğitim Düzeyine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		S	X		SS	Önemlilik
Nöbete ilişkin kaygılar	Okuryazar değil	34	63,37	±	12,76	F=1,124 p=0,347
	Okuryazar	18	59,19	±	11,53	
	İlköğretim	25	61,07	±	12,22	
	Lise	45	57,25	±	12,66	
	Lisans ve üstü	28	59,25	±	16,05	
Toplam yaşam kalitesi	Okuryazar değil	34	62,43	±	19,27	F=0,506 p=0,731
	Okuryazar	18	60,69	±	18,68	
	İlköğretim	25	61,90	±	18,45	
	Lise	45	57,72	±	18,41	
	Lisans ve üstü	28	57,95	±	13,86	
Emosyonel iyilik	Okuryazar değil	34	45,29	±	12,05	x^2_{KW}=1,009 p=0,908
	Okuryazar	18	48,22	±	11,68	
	İlköğretim	25	45,44	±	10,19	
	Lise	45	45,16	±	12,35	
	Lisans ve üstü	28	44,86	±	7,80	
Enerji/yorgunluk	Okuryazar değil	34	57,06	±	11,42	x^2_{KW}=3,479 p=0,481
	Okuryazar	18	53,33	±	12,60	
	İlköğretim	25	54,40	±	12,85	
	Lise	45	57,11	±	14,75	
	Lisans ve üstü	28	57,86	±	12,35	
Bilişsel fonksiyon	Okuryazar değil	34	46,09	±	12,94	F=0,60 p=0,553
	Okuryazar	18	50,31	±	14,96	
	İlköğretim	25	51,17	±	12,37	
	Lise	45	50,44	±	12,53	
	Lisans ve üstü	28	49,46	±	13,04	
İlaçların etkileri	Okuryazar değil	34	59,72	±	27,38	x^2_{KW}=7,377 p=0,117
	Okuryazar	18	53,55	±	26,86	
	İlköğretim	25	58,67	±	27,94	
	Lise	45	66,30	±	23,45	
	Lisans ve üstü	28	52,58	±	22,25	
Sosyal fonksiyon	Okuryazar değil	34	59,18	±	14,16	F=0,439 p=0,780
	Okuryazar	18	58,94	±	16,70	
	İlköğretim	25	63,72	±	16,45	
	Lise	45	61,62	±	13,54	
	Lisans ve üstü	28	59,93	±	17,71	
Toplam QOLIE-31	Okuryazar değil	34	54,11	±	7,74	F=0,233 p=0,919
	Okuryazar	18	54,43	±	8,76	
	İlköğretim	25	55,85	±	8,40	
	Lise	45	54,84	±	7,03	
	Lisans ve üstü	28	54,04	±	8,53	

*. F: Tek Yönlü Varyans Analizi, x^2_{KW}: KruskallWallik analizi.

Tablo 4.7'de görüldüğü gibi eğitim düzeyine göre ölçeğin alt boyutlarından nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri ve sosyal fonksiyon puan ortalamaları ile toplam puan ortalaması istatistiksel olarak farksızdır (p>0,05).

Tablo 4.8. Mesleğe Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		S	X	SS	Önemlilik*
Nöbete ilişkin kaygılar	Ev hanımı	70	61,81 ±	12,68	F=1,872 p=0,137
	Memur	43	58,31 ±	14,24	
	Çiftçi	11	63,55 ±	13,76	
	Serbest meslek	26	55,73 ±	11,89	
Toplam yaşam kalitesi	Ev hanımı	70	60,07 ±	16,37	F=1,974 p=0,121
	Memur	43	56,92 ±	17,74	
	Çiftçi	11	71,36 ±	17,87	
	Serbest meslek	26	59,42 ±	20,36	
Emosyonel iyilik	Ev hanımı	70	46,29 ±	11,33	x^2_{KW}=1,716 p=0,424
	Memur	43	45,21 ±	11,13	
	Çiftçi	11	49,82 ±	9,18	
	Serbest meslek	26	42,31 ±	10,38	
Enerji/yorgunluk	Ev hanımı	70	55,36 ±	13,06	x^2_{KW}=1,153 p=0,562
	Memur	43	56,98 ±	14,60	
	Çiftçi	11	53,18 ±	12,70	
	Serbest meslek	26	59,23 ±	9,56	
Bilişsel fonksiyon	Ev hanımı	70	51,17 ±	13,34	F=1,295 p=0,278
	Memur	43	49,26 ±	12,36	
	Çiftçi	11	44,67 ±	7,76	
	Serbest meslek	26	46,75 ±	14,25	
İlaçların etkileri	Ev	70	61,79 ±	24,66	x^2_{KW}=7,117 p=0,066
	Memur	43	60,27 ±	24,61	
	Çiftçi	11	36,62 ±	29,24	
	Serbest meslek	26	61,44 ±	24,65	
Sosyal fonksiyon	Ev hanımı	70	62,96 ±	15,09	F=1,368 p=0,255
	Memur	43	60,49 ±	14,52	
	Çiftçi	11	54,64 ±	14,58	
	Serbest meslek	26	58,00 ±	16,92	
Toplam QOLIE-31	Ev hanımı	70	55,83 ±	7,85	F=1,125 p=0,341
	Memur	43	54,06 ±	7,50	
	Çiftçi	11	53,56 ±	5,35	
	Serbest meslek	26	52,88 ±	9,09	

*F: Tek Yönlü Varyans Analizi, x^2_{KW}: KruskallWallik analizi.

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi mesleğe göre nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, ilaçların etkileri, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve toplam ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak farksızdır (p>0,05).

Tablo 4.9. Gelir Algısına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		S	X		SS	Önemlilik
Nöbete ilişkin kaygılar	Gelir giderden az	40	63,45	±	13,57	F=3,560 p=**0,031**
	Gelir gidere eşit	94	57,70	±	13,25	
	Gelir giderden fazla	16	63,79	±	9,29	
Toplam yaşam kalitesi	Gelir giderden az	40	63,00	±	17,99	F=1,413 p=0,247
	Gelir gidere eşit	94	58,01	±	16,99	
	Gelir giderden fazla	16	63,13	±	21,24	
Emosyonel iyilik	Gelir giderden az	40	48,90	±	12,50	x^2_{KW}=4,592 p=0,101
	Gelir gidere eşit	94	44,94	±	9,93	
	Gelir giderden fazla	16	40,75	±	11,52	
Enerji/yorgunluk	Gelir giderden az	40	57,63	±	12,76	x^2_{KW}=0,463 p=0,793
	Gelir gidere eşit	94	55,53	±	13,35	
	Gelir giderden fazla	16	57,81	±	11,40	
Bilişsel fonksiyon	Gelir giderden az	40	51,62	±	11,69	F=3,824 p=**0,024**
	Gelir gidere eşit	94	49,79	±	13,21	
	Gelir giderden fazla	16	41,39	±	12,17	
İlaçların etkileri	Gelir giderden az	40	60,84	±	25,22	x^2_{KW}=1,856 p=0,395
	Gelir gidere eşit	94	60,11	±	25,85	
	Gelir giderden fazla	16	52,09	±	25,09	
Sosyal fonksiyon	Gelir giderden az	40	61,73	±	13,64	F=0,404 p=0,668
	Gelir gidere eşit	94	60,90	±	16,16	
	Gelir giderden fazla	16	57,69	±	14,32	
Toplam QOLIE-31	Gelir giderden az	40	56,87	±	6,64	F=2,865 p=0,060
	Gelir gidere eşit	94	54,18	±	8,15	
	Gelir giderden fazla	16	51,84	±	7,88	

*. F: Tek Yönlü Varyans Analizi, x^2_{KW}: KruskallWallik analizi.

Tablo 4.9'da görüldüğü gibi gelir algısına göre toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon ve toplam QOLIE-31 puan ortalamaları istatistiksel olarak farksızdır (p>0,05). Nöbete ilişkin kaygılar ve bilişsel fonksiyon alt boyutları puanları ise gelir algısına göre anlamlı olarak değişmektedir (p<0,05). Farkların hangi guruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD) geliri giderine eşit olanların geliri giderinden az olanlardan yüksek nöbete ilişkin kaygılar puanına sahip oldukları ve geliri giderinden az olanların en yüksek bilişsel fonksiyon puanına sahip oldukları belirlendi.

Tablo 4.10. Aile Tipine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		S	**X**		**SS**	**Önemlilik***
Nöbete ilişkin kaygılar	Çekirdek	93	58,62	±	14,57	F=1,314 p=0,272
	Geniş	52	61,58	±	10,33	
	Diğer	5	65,54	±	12,07	
Toplam yaşam kalitesi	Çekirdek	93	58,28	±	17,96	F=1,369 p=0,258
	Geniş	52	63,13	±	17,50	
	Diğer	5	56,00	±	15,47	
Emosyonel iyilik	Çekirdek	93	46,49	±	11,59	x^2_{KW}=3,691 p=0,158
	Geniş	52	43,54	±	10,10	
	Diğer	5	48,80	±	7,16	
Enerji/yorgunluk	Çekirdek	93	55,43	±	13,90	x^2_{KW}=3,324 p=0,190
	Geniş	52	58,56	±	10,73	
	Diğer	5	50,00	±	14,58	
Bilişsel fonksiyon	Çekirdek	93	49,60	±	13,14	F=0,073 p=0,930
	Geniş	52	48,87	±	13,2	
	Diğer	5	50,55	±	8,97	
İlaçların etkileri	Çekirdek	93	61,53	±	26,10	x^2_{KW}=3,426 p=0,180
	Geniş	52	56,79	±	25,42	
	Diğer	5	48,33	±	9,53	
Sosyal fonksiyon	Çekirdek	93	61,92	±	16,04	F=1,584 p=0,209
	Geniş	52	58,08	±	14,02	
	Diğer	5	67,60	±	9,63	
Toplam QOLIE-31	Çekirdek	93	54,72	±	8,12	F=0,070 p=0,932
	Geniş	52	54,42	±	7,71	
	Diğer	5	55,70	±	4,29	

*. F: Tek Yönlü Varyans Analizi, x^2_{KW}: KruskallWallik analizi.

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi aile tipine göre nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon ve toplam QOLIE-31 puan ortalamaları istatistiksel olarak farksızdır (p>0,05).

Tablo 4.11. Tanı Süresine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		S	X	SS	Önemlilik*
Nöbete ilişkin kaygılar	0-6 ay	36	60,47	± 12,52	F=0,664 p=0,576
	7-12 ay	23	62,22	± 9,50	
	1-3 yıl	33	60,75	± 14,53	
	3 yıl üstü	58	58,09	± 14,16	
Toplam yaşam kalitesi	0-6 ay	36	56,81	± 20,32	F=4,088 p=0**,008**
	7-12 ay	23	69,67	± 17,73	
	1-3 yıl	33	54,32	± 15,54	
	3 yıl üstü	58	61,08	± 15,87	
Emosyonel iyilik	0-6 ay	36	44,11	± 11,61	x^2_{KW}=0,698 p=0,874
	7-12 ay	23	45,57	± 10,63	
	1-3 yıl	33	46,91	± 11,01	
	3 yıl üstü	58	45,66	± 10,99	
Enerji/yorgunluk	0-6 ay	36	56,53	± 13,62	x^2_{KW}=0,960 p=0,811
	7-12 ay	23	55,87	± 12,67	
	1-3 yıl	33	54,55	± 11,62	
	3 yıl üstü	58	57,41	± 13,58	
Bilişsel fonksyon	0-6 ay	36	47,41	± 14,69	F=1,079 p=0,360
	7-12 ay	23	47,38	± 10,21	
	1-3 yıl	33	48,90	± 14,50	
	3 yıl üstü	58	51,67	± 11,77	
İlaçların etkileri	0-6 ay	36	56,10	± 26,74	x^2_{KW}=4,267 p=0,234
	7-12 ay	23	66,91	± 21,48	
	1-3 yıl	33	55,05	± 24,30	
	3 yıl üstü	58	61,07	± 26,77	
Sosyal fonksiyon	0-6 ay	36	58,64	± 16,63	F=0,676 p=0,568
	7-12 ay	23	63,87	± 14,33	
	1-3 yıl	33	59,52	± 15,00	
	3 yıl üstü	58	61,60	± 15,06	
Toplam QOLIE-31	0-6 ay	36	52,99	± 9,07	F=1,571 p=0,199
	7-12 ay	23	56,48	± 6,08	
	1-3 yıl	33	53,40	± 7,32	
	3 yıl üstü	58	55,65	± 7,82	

*. F: Tek Yönlü Varyans Analizi, x^2_{KW}: KruskallWallik analizi.

Tablo 4.11'de görüldüğü gibi tanı süresine göre nöbete ilişkin kaygılar, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri,

sosyal fonksiyon ve toplam ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak farksızdır (p>0,05). Ölçeğin alt boyutlarından toplam yaşam kalitesi puan ortalaması ise tanı süresine göre anlamlı olarak değişmektedir (p<0,05). Farkın hangi guruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde 7-12 aydır tanı alan bireylerin en yüksek toplam yaşam kalitesi puanına sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.12. Nöbet Türüne Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		S	X	SS	Önemlilik
Nöbete ilişkin kaygılar	Jeneralize tonik klonik	77	57,98	± 14,80	F=1,432 p=0,236
	Parsiyel	31	60,12	± 10,69	
	Absans	22	62,87	± 10,23	
	Myoklonik	20	63,54	± 12,54	
Toplam yaşam kalitesi	Jeneralize tonik klonik	77	59,09	± 17,48	F=0,381 p=0,767
	Parsiyel	31	58,55	± 21,33	
	Absans	22	62,84	± 14,13	
	Myoklonik	20	61,75	± 17,30	
Emosyonel iyilik	Jeneralize tonik klonik	77	47,69	± 12,43	x^2_{KW}=5,596 p=0,133
	Parsiyel	31	42,19	± 10,00	
	Absans	22	43,82	± 7,66	
	Myoklonik	20	44,40	± 8,40	
Enerji/yorgunluk	Jeneralize tonik klonik	77	54,61	± 14,18	x^2_{KW}=6,715 p=0,082
	Parsiyel	31	54,68	± 12,11	
	Absans	22	60,45	± 11,43	
	Myoklonik	20	61,00	± 8,83	
Bilişsel fonksiyon	Jeneralize tonik klonik	77	50,46	± 13,89	F=0,964 p=0,411
	Parsiyel	31	46,36	± 12,66	
	Absans	22	51,17	± 11,57	
	Myoklonik	20	47,92	± 10,89	
İlaçların etkileri	Jeneralize tonik klonik	77	60,32	± 25,76	x^2_{KW}=3,730 p=0,292
	Parsiyel	31	52,06	± 26,40	
	Absans	22	64,65	± 24,69	
	Myoklonik	20	61,81	± 23,85	
Sosyal fonksiyon	Jeneralize tonik klonik	77	60,53	± 16,25	F=1,288 p=0,281
	Parsiyel	31	60,00	± 15,38	
	Absans	22	66,05	± 15,59	
	Myoklonik	20	57,15	± 9,24	
Toplam QOLIE-31	Jeneralize tonik klonik	77	54,76	± 8,19	F=1,572 p=0,199
	Parsiyel	31	52,58	± 8,09	
	Absans	22	57,28	± 7,28	
	Myoklonik	20	54,50	± 6,14	

Tablo 4.12'de görüldüğü gibi nöbet tipine göre nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon ve ölçek toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak farksızdır (p>0,05).

Tablo 4.13. Ek Kronik Hastalık Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		S	X	SS	Önemlilik
Nöbete ilişkin kaygılar	Evet	16	61,46 ±	15,45	t=0,505
	Hayır	134	59,69 ±	12,97	p=0,614
Toplam yaşam kalitesi	Evet	16	54,84 ±	13,59	t=-1,201
	Hayır	134	60,49 ±	18,16	p=0,232
Emosyonel iyilik	Evet	16	53,50 ±	14,30	U=722,000
	Hayır	134	44,60 ±	10,22	p=**0,032**
Enerji/yorgunluk	Evet	16	51,25 ±	18,12	U=917,000
	Hayır	134	56,94 ±	12,15	p=0,341
Bilişsel fonksiyon	Evet	16	49,65 ±	15,03	t=0,088
	Hayır	134	49,35 ±	12,75	p=0,930
İlaçların etkileri	Evet	16	51,91 ±	25,61	U=849,000
	Hayır	134	60,35 ±	25,51	p=0,174
Sosyal fonksiyon	Evet	16	56,56 ±	12,60	t= -1,169
	Hayır	134	61,28 ±	15,54	p=0,244
Toplam QOLIE-31	Evet	16	53,61 ±	8,16	t=-0,557
	Hayır	134	54,77 ±	7,83	p=0,579

Tablo 4.13'de görüldüğü gibi başka bir kronik hastalığının olma durumuna göre ölçeğin alt boyutlarından nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon ve toplam QOLIE-31 puan ortalamaları ve sağlık algısı/durumu puan ortalaması istatistiksel olarak farksızdır (p>0,05). Emosyonel iyilik puan ortalaması ise başka bir kronik hastalığın bulunma durumuna göre anlamlı olarak değişmektedir (p<0,05). Ek

kronik hastalığı olan bireylerin emosyonel iyilik puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.14. Kullanılan Antiepileptik Tedavi Şekline Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

	Tedavi şekli	**S**	**X**	**SS**	**Önemlilik**
Nöbete İlişkin Kaygılar	Monoterapi	42	61,28	± 14,32	T=0,809
	Politerapi	108	59,33	± 12,79	P=0,770
Toplam yaşam kalitesi	Monoterapi	42	61,61	± 15,56	t=0,739
	Politerapi	108	59,21	± 18,60	p=0,461
Emosyonel iyilik	Monoterapi	42	46,86	± 12,60	U=2023,500
	Politerapi	108	45,04	± 10,37	p=0,302
Enerji/yorgunluk	Monoterapi	42	56,43	± 12,31	U=2183,500
	Politerapi	108	56,30	± 13,26	p=0,721
Bilişsel fonksiyon	Monoterapi	42	49,91	± 15,31	t=0,314
	Politerapi	108	49,17	± 12,00	p=0,282
İlaçların etkileri	Monoterapi	42	64,02	± 23,67	U=1943,000
	Politerapi	108	57,67	± 26,16	p=0,173
Sosyal fonksiyon	Monoterapi	42	64,19	± 14,38	t=1,715
	Politerapi	108	59,45	± 15,48	p=0,088
Toplam QOLIE-31	Monoterapi	42	56,20	± 8,27	t= 1,524
	Politerapi	108	54,04	± 7,63	p=0,130

Tablo 4.14'de görüldüğü gibi antiepileptik tedavi şekline göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon ve toplam QOLIE-31 toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak farksızdır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Katılımcıların Yaş ve Son Bir Yılda Nöbet Geçirme Sıklığına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının İncelenmesi

		Nöbete ilişkin kaygılar	Toplamyaşam kalitesi	Emosyonel iyilik	Enerji/yorgunluk	Bilişsel fonksiyon	İlaçların etkileri	Sosyal fonksiyon	Toplam QOLIE-31
Yaş	r	0,033	0,005	0,054	-0,020	-0,150	-0,045	-0,039	-0,006
	p	0,689	0,953	0,512	0,808	0,066	0,583	0,632	0,940
Son bir yıldaki nöbet sayısı	r	0,093	-0,201*	0,172*	-0,196*	0,138	-0,089	0,068	0,157
	p	0,256	**0,014**	**0,035**	**0,016**	0,091	0,277	0,406	0,055

Tablo 4.15'de görüldüğü gibi katılımcıların yaş ortalamaları ile QOLIE-31 ölçeğinin tüm alt boyutları ve genel yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak her hangi bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların son bir yılda geçirdikleri nöbet sayısı ile toplam yaşam kalitesi ($r=-0.201$, $p<0,05$) ve enerji/yorgunluk ($r=-0.196$ $p<0.05$) alt ölçek puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli istatistiksel ilişkiye sahiptir (Tablo 4.15).

5.TARTIŞMA

Epilepsili hastaların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan epilepsili hastaların toplam QOLIE-31 puanının 54,65±7,85 olduğu, ölçeğin alt boyutları arasında en düşük puan ortalamasının emosyonel iyilik boyutunda (45,55±11,02), en yüksek puan ortalamasının ise sosyal fonksiyon boyutunda (60,78±15,28) olduğu tespit edilmiştir. QOLIE-31 genel puan ortalamasına göre epilepsili bireylerin yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu görülmektedir (0 puan; en düşük yaşam kalitesi, 100 puan; en yüksek yaşam kalitesini göstermektedir). Mollaoğlu ve ark[82]. ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik ile ilgili yaptıkları çalışmalarında da çalışma sonucuyla benzer şekilde epilepsi hastalarının yaşam kalitesini orta düzeyde bulmuşlardır. Daha önce yapılan birçok çalışma sonucuyla karşılaştırıldığında bu örneklemdeki epilepsili bireylerin yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur[70,83-86].

Çalışma sonucunda epilepsili bireylerin yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları arasında emosyonel iyilik alt boyutu puan ortalaması en düşük olduğu belirlenmiştir. Epilepsi, bireylerin genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır. Literatürde diğer kronik hastalıklarla kıyaslandığında epilepsili bireylerin emosyonel iyilik durumunun ve rol sınırlılıklarının daha ileri düzeyde etkilendiği bildirilmektedir[87]. Yaşar ve ark[46]. çalışmasında ise en düşük skorun nöbet endişesi alt boyutunda olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışma sonucuna göre hastaların en yüksek yaşam kalitesi puan ortalaması alt boyutu ise sosyal fonksiyon alt boyutu alanındaydır. Özellikle nöbetleri yeterince kontrol altına alınamayan, dolayısıyla günlük yaşamda daha çok sıkıntı yaşayan epilepsi hastalarının yaşadıkları en büyük sıkıntı sosyal ilişki alanında olduğu bildirilmektedir[88].

Epilepsili bireylerin yaşam kalitesi ile cinsiyet değişkeni incelendiğinde, kadınların erkeklere göre genel yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Mollaoğlu ve ark.'nın[16] yaptığı çalışmada da benzer şekilde epilepsili erkek hastaların yaşam kalitesinin, kadın hastaların yaşam kalitesinden düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucuna göre kadınların genel yaşam kalitesi puanlarının erkeklerden yüksek olma nedeni olarak, kadınların bireysel baş etme yöntemlerinin ve duygusal paylaşımlarının erkeklerden daha güçlü olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Katılımcıların medeni duruma göre yaşam kalitesinin genel ve tüm alt boyutlarının puan ortalaması istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$) (Tablo 4.5). Evlilerde yaşam kalitesinin nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, emosyonel iyilik ve bilişsel fonksiyon alt boyutları bekârlara göre daha yüksektir. Pascale ve ark[89]. evlilik durumunun ve çocuk sahibi olmanın bireyin işlevselliğini etkileyerek yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgu çalışma sonucunu desteklemektedir. Daha önce yapılan bir çalışmada ise bu sonuçtan farklı olarak evli olan epilepsi hastalarının bekâr hastalara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir[16].

Araştırma kapsamına alınan epilepsili hastalardan köyde yaşayanların ilde yaşayanlara göre daha yüksek toplam yaşam kalitesi puanına sahip oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.6). Çalışma sonucunu destekleyen başka bir çalışmada köyde yaşayanların, ilçe ve şehirde yaşayanlardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur[19]. Köyde yaşayan insanların doğayla iç içe yaşamları, birçok ürünü doğal tüketmeleri, olumsuz fiziksel ve kimyasal etkenlere daha az maruz kalmaları ve şehir stresinden uzak olmalarının sağlığı olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Eğitim düzeyine göre yaşam kalitesinin alt boyutlarından nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon ve genel puan ortalamaları istatistiksel olarak farksızdır ($p>0,05$) (Tablo 4.7). Yaşar ve ark.[46] epilepsili hastalarla yaptıkları çalışma sonuçlarında da benzer şekilde eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulamamıştır. Bu çalışmanın aksine Shakir ve ark[88] ile Bhalla ve ark.[90] eğitimin yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir. Eğitim düzeyi düştükçe yaşam kalitesinin azaldığını saptamışlardır[12].

Hastaların mesleklerine göre yaşam kalitesinin genel ve tüm alt boyutlarının puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.8). İşsizlik düzeyi, epilepsi hastalarında daha yüksektir; bu oran, genel popülasyonda görülen oranın yaklaşık iki ile üç katı fazladır ve diğer rahatsızlıklarla yaşamını sürdüren insanlarda görülen oranların da üzerindedir[91].

İngiltere'de yapılan bir çalışmada, kontrol grubu için işsizlik oranı %19 iken, epilepsi hastalarında bu oranın %46 olduğu görülmüştür[8]. Bazı Avrupa ülkelerinde, epilepsi hastalarını işyerlerinde kısıtlayan yasal engeller de mevcuttur. Bu kurumsal ve soysal kısıtlamalar genellikle, epilepsi hastalarının işyerindeki genel popülasyona kıyasla düşük performans göstermelerine neden olmaktadır[92].

Tablo 4.9'da görüldüğü gibi gelir algısına göre toplam yaşam kalitesi, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon, genel puan ortalamaları ve sağlık algısı/durumu puan ortalaması istatistiksel olarak farksızdır ($p>0,05$). Nöbete ilişkin kaygılar ve bilişsel fonksiyon alt boyutları puanları ise gelir algısına göre anlamlı olarak değişmektedir ($p<0,05$). Farkların hangi guruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD) geliri giderine eşit olanların, geliri giderinden az olanlardan yüksek nöbete ilişkin kaygılar puanına sahip oldukları ve geliri giderinden az

olanların en yüksek bilişsel fonksiyon puanına sahip oldukları belirlendi. Yapılan bir çalışmalarda gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu, gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür[16]. Yapılan bir çalışmada ekonomik düzeyin artması tedavi imkanlarından daha fazla yararlanma, özgüven, iş sahibi olma ve sosyal desteğin artması ile yaşam kalitesini artırmaktadır[46].

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi aile tipine göre nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon, genel puan ortalamaları istatistiksel olarak farksızdır ($p>0,05$). Nöbete ilişkin kaygılar ve sosyal fonksiyon alt boyutları diğer aile tipi; toplam yaşam kalitesi ve enerji/yorgunluk alt boyutu geniş aile tipi; emosyonel iyilik, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri ve genel puan ortalamaları alt boyutunda çekirdek ailelerin yaşam kalitesi puan ortalaması yüksek olduğu bulunmuştur. Aile bireylerinin sayısı arttıkça bireylerin sorumluluğun, görevin ve işlevselliği arttığı, alınan kararlarda aile bireylerinin etkisinin olması, birlik ve beraberlik için daha çok kişi ile muhattap olunmasının düşünülebilir. Ayrıca çocuk ya da evlilik gibi sorumluluklara sahip olmanın da hastanın yaşam kalitesini azalttığı düşünülebilir. Epilepsili hastanın, ailesinin yaşamı üzerinde de olumsuz etkileri vardır[46]. Pascale ve ark.[89] yaptığı çalışmada evlilik ve çocukların bireyin işlevselliğini etkileyen faktörler olarak yaşam kalitesi üzerinde önem sahibi olduğunu belirtmiştir.

Hastaların tanı süresi ile toplam yaşam kalitesi alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.11). Yapılan ileri analizde 7-12 aydır tanı alan bireylerin en yüksek toplam yaşam kalitesi puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışma sonucuyla benzer şekilde daha önce yapılan çalışmalarda tanı alma süresi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamasının düştüğü saptanmıştır[12,88]. Bu sonuç, hastalığın kronikleşmesine bağlı olarak komorbit durumların eklenmesiyle açıklanabilir.

Bu çalışmada nöbet tipi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, parsiyel tipte nöbet geçiren hastaların genel yaşam kalitesi puan ortalaması diğer nöbet tiplerinde daha düşük olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Çalışma bulgusundan farklı olarak Mollaoğlu ve ark.[16] ile Baker ve ark.[93] parsiyel nöbet geçiren hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu bulunmuştur.

Ek kronik hastalık varlığına göre yaşam kalitesinin alt boyutlarından emosyonel iyilik puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Epilepsi dışında ek kronik hastalığı olan bireylerin emosyonel iyilik puan ortalaması bulunmayanlara göre daha yüksektir. Ek kronik hastalığı bulunanların kendilerini daha iyi hissetmeleri; var olan diğer kronik hastalıkla elde ettikleri deneyimlerinin özgüven duygusunu geliştirerek yeni hastalığa daha çabuk uyum sağlamaları ve hastalığı yönetmelerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmada hastaların tamamının antiepileptik ilaçları düzenli olarak kullandığı ve büyük çoğunluğunun (%72,0) çoklu ilaç tedavisi gördüğü bulunmuştur. İlaç kullanma durumuna göre nöbete ilişkin kaygılar, toplam yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, emosyonel iyilik, enerji/yorgunluk, bilişsel fonksiyon, ilaçların etkileri, sosyal fonksiyon alt boyutlarının ve genel puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsızsızdır ($p>0,05$) (Tablo 4.14). Ancak tekli ilaç kullananlarda yaşam kalitesinin genel ve tüm alt boyut puan ortalamaları çoklu ilaç kullananlardan daha yüksektir. Bu sonuç, tekli ilaç kullanan bireylerde nöbet sıklığının daha düşük olmasının ve daha kolay kontrol edilmesinin yaşam kalitesine olumlu etkilediği şeklinde açıklanabilir. Epilepsili bireylerde yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada, düzenli olarak antiepileptik ilaç kullanan bireylerin %70-80'inde nöbetlerin kontrol altında tutulduğu ve yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir[93].

Çalışmaya katılan epilepsili bireylerin yaşam kalitesi ile nöbet geçirme sıklığı değişkeni incelendiğinde, geçirilen nöbet sayısı ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından enerji/yorgunluk puan ortalaması arasında negatif yönlü düşük düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.15). Hastaların nöbet sayısı arttıkça enerjilerinin azaldığı görülmektedir. Çalışma sonucuyla benzer şekilde Cramer ve ark.[94], Harden ve ark.[29] ve Todorova ve ark.[95] da atak ciddiyeti ile yaşam kalitesi arasında negatif bir korelasyon olduğunu saptamışlardır.

Devinsky ve ark.[53], Mollaoğlu ve ark.[16] nöbet sıklığı arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve emosyonel boyutlarının da olumsuz etkilendiğini ve bu bireylerin daha fazla sosyal dışlanma yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada ise özellikle nöbetleri yeterince kontrol altına alamayan, dolayısıyla günlük yaşamda daha çok sıkıntı yaşayan epilepsi hastalarının en büyük problem yaşadıkları alan olarak sosyal ilişkilerini belirttiği görülmüştür[96]. Literatürde nöbet sıklığının artmasının, günlük yaşamda ciddi anlamda sorun oluşturduğu, başa çıkmayı zorlaştırdığı ve hastalığın yükünü arttıran önemli belirleyicilerden biri olduğu bildirilmektedir [16].

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya katılan epilepsili hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin nöbete ilişkin kaygılara ait puan ortalaması 59.88±13.21, toplam yaşam kalitesi puan ortalaması 59.88±17.78, emosyonel iyilik puan ortalaması 45.55±11.02, enerji/yorgunluk puan ortalaması 56.33±12.96, bilişsel fonksiyon puan ortalaması 49.38±12.96, ilaçların etkileri puan ortalaması 59.45±25.57, sosyal fonksiyon puan ortalaması 60.78±15.28 ve toplam QOLIE-31 puan ortalaması 54.65±7.85 olarak bulunmuştur.

Hastaların yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim düzeyine, mesleğine, aile tipine, nöbet tipine ve antiepileptik tedavi şekline göre tüm yaşam kalitesi alanları ve genel OQLIE-31-P yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları yere ve tanı süresine göre toplam yaşam kalitesi puan ortalaması, gelir algısına göre nöbete ilişkin kaygılar ve bilişsel fonksiyon puan ortalamaları, başka bir kronik hastalığın bulunma durumuna göre emosyonel iyilik alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak değişmektedir ($p<0,05$).

Hastaların son bir yılda geçirdikleri nöbet sayısı ile toplam yaşam kalitesi ($r=-0.201$, $p<0,05$) ve enerji/yorgunluk ($r=-0.196$ $p<0.05$) alt ölçek puanları arasında negatif yönlü düşük düzeyli istatistiksel ilişkiye sahiptir (Tablo 4.15).

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Çalışma sonuçlarının ilgili kurumlara bildirilmesi,
- Bakımı planlamada yol göstermesi açısından belirli zaman aralıklarında epilepsili hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi,
- Epilepsili hastalara uygulanacak hemşirelik girişimlerinin planlanmasında sosyo demografik özelliklerin dikkate alınması,

- Epilepsili bireylerin yaşam kalitelerinin daha geniş bir populasyonla değerlendirilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Fisher RS, Van Emde Boas W, Blume W. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia,* 2005, 46: 470–2.
2. Joyce A. Crame Ar, Geneveve Van Hammeeb and the N132 Study Group. *Epilepsy&Behavior*, 2003, 4: 118–123.
3. Dourado M, Alonso N, Martins H, Oliveira A, Vancini R, Lima C, Dubas J, Caboclo L, Guilhoto L, Yacubian E. Quality of Life and the Self-Perception Impact of Epilepsyin Three Different Epilepsy Types**.** *J Epilepsy Clin Neurophysiol*, 2007, 13(4): 191-196
4. İşler A, Tekgül H. Epileptik nöbetlerde alternatif bir sınıflama: Semiyolojik Nöbet Sınıflaması. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi,* 2010, 5(2): 61-68.
5. Aydemir N, Birol L. *İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı*. 11. Baskı. Ankara, Vehbi Koç Vakfı, 2011: 843-848.
6. Durna Z. *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul, Akademi Basım, 2013: 321-314.
7. Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP**.** Social functioning, psychological functioning and quality of, life in epilepsy. *Epilepsia,* 2001, 42(9): 1160-1168.
8. Raguraman J, Wadoo O. Unravelling the psychological shadows of epilepsy. JK- Practitioner 2006: 13: 248-250.
9. Oto R, Apak İ, Arslan S, Yavavlı A, Altındağ A, Karaca EE**.** Epilepsinin psikososyal etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004, 7: 210-214.
10. Au A, Li P, Chan J. Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2002, 3: 350-7.
11. Hermann BP, Trenery MR, Collingan RC. Learned helplessness, attirubitional

style and depression in epilepsy. *Epilepsia*, 1996, 37: 680-6.

12. Fisher RS, Vickrey BG, Gibson P. The impact of epilepsy from the patient's perspective I. Descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy Res*, 2000, 41: 39-51.
13. Karadeniz G. *İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teorilerden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar*. Manisa, Göktüğ Yayıncılık, 2008: 394-395.
14. Baykan B, Gürses C, Gökyiğit A. Nöroloji. Ed: Öge EA, *Epilepsi*, 2.Basım, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2004: 279-308.
15. Değirmenci Y, Karaman HI. O&Bakar C. Perfektion of epilepsy of three Different groups in Türkey. *Epilepsi Behavior*, 2010, 19(3): 315-322.
16. Mollaoğlu M, Durna Z, Kazan E. Epilepsili hastaların yaşam kalitesinin qolıe-89 (Epilepside yaşam kalitesi ölceği) ile değerlendirilmesi. *Epilepsi*, 2001, 7: 73-80.
17. Jacoby A. Stigma, epilepsy and quality of life. *Epilepsy Behav*, 2002, 3: 10-20.
18. Winnie KW. So Ka Ming Chow, Helen YL. Chan, Kai Chow Choi, Rayman WM. Wan, Suzanne SS. Mak, Sek Ying Chair, Carmen WH. Chan. Quality of life and most prevalent unmet needs chinese breast cancer survivors at one year after cancer treatment. *Euro pean Journal of Oncology Nursing.* 2014, 18: 323-328.
19. Mısırlı H. Epilepsili hastada yaşam kalitesi. *Epilepsi*, 2003, 9(1): 42-46
20. Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013, 4(3): 153-158
21. Helde G, Bowim G, Brathen G, Brodtkorb E. A structured, nurseled intervention program improves quality of life patients with epilepsy: a randomized. *Epilepsy* 2005, 7: 451-457.

22. Yaşar H, Tekeli H, Balıbey H, Alay S. Assesment of know ledge and attidudes of patients with epilepsy and health professionals about epilepsy disease. *Epilepsy*, 2013, 19(3): 127-131
23. Jacoby A, Snape D, Baker G. Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. *Lancet Neurol*, 2005, 4: 171–8.
24. De Boer HM, Mula M, Sander JW. The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2008, 12(4): 540–546.
25. Özkara C, Ataklı D, Gökalp PK. Psychosocial evaluation of epileptic patients with Washington psychosocial seizure inventory. *Epilepsi*, 1999, 5: 124-30.
26. Yıldız N. Bir Üniversite Hastanesindeki Epilepsi Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2013.
27. Alanis-Guevara I, Pena E, Corona T, Lopez-Ayala T, Lopez-Meza E, Lopez-Gomez M. Sleep disturbances, socioe conomic status and seizure control as main predictors of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2005, 7(3): 481-5.
28. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starner K, Devinsky O. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology*, 2004, 62(2): 258-61.
29. Harden CL, Maroof DA, Nikolov B. The effect of seizure severity on quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2007, 11: 208-11.
30. Blac JM, Hawks JH. *Medikal Surgical Nursing*: Clinical Management For Positive Outcomes. Saunders, 2009: 1745-1974.
31. Subutay N. Epilepsi Fizyo patolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal Of Neurology* 2.2, 2004, 97-101.
32. Baybek H, Turasay N, Eksen M, Bozyer İ. Epilepsili Hastaların Hastalıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *International Journal Of Human*

Sciences, 2006, 1(1).

33. Durna Z (Editör). *Kronik Hastalıklar Ve Bakım*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2012.
34. Fazlıoğlu K, Hocaoğlu Ç, Sönmez FN. Çocukluk Çağı Epilepsisinin Aileye Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010: 190-205.
35. Görgülü Ü, Fesci H. Epilepsi ile Yaşam: Epilepsinin Psikososyal Etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi*, 2011, 26(1): 27-32, 2011
36. Bingöl Z, Müngen B, Berilgen, M, S Rıkanoğlu A, Özel S, Sürgün F. Status Epileptikus: Etyoloji, Klinik Özellikler, Tedavi ve Prognoz. *Fırat Tıp Dergisi.* 2008, 13(3): 188-190
37. Aykut C, Bingöl C. Grubu, T. N. D. E. Ç. *Epilepsi Rehberi.* Türk Nöroloji Derneği Rehber Yayınları, 2007.
38. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1: 57-72.
39. Pennell B, Thompson P. Gender-specific psychoso cialimpact of living with epilepsy. *Epilepsy&Behavior*, 2009, 15: 20-25.
40. Eşkazan E, Bora İ, Yeni SN, Gürses C. *Tarihte Epilepsi ve Epileptolojinin Kısa Tarihçesi*. Epilepsi Nobel Tıp Kitabevleri, 2008: 3-13.
41. Er DM. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2006; 49: 155-168.
42. Ünal A, Saygı S. Epilepsi hastalarında görülen psikiyatrik bozukluklar Türkiye Klinikleri. *J Int MedSci*. 2005, 1(40): 40-45.
43. Ünlüoğlu İ, Ekşi A, Anık N. Yeni Bir Sağlık Meslek Grubu; Paramedikler. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 2002, 11(4); 308.

44. Yeni SN. Epilepsi Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*, 2008, 1(2): 9-16.

45. Uysal S, Ercan T. Epilepsi, spor, psikososyal yaşam. *Türk Pediatri Arşivi*, 2005, 40: 68-71.

46. Yaşar H, Alay S, Kendirli T, Tekeli H, Şenol M, Türker T, Saraçoğlu M. Genç erkek epilepsi hastalarında yaşam ve uyku kalitesi. *Epilepsi,* 2014, 20(1): 17-22

47. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul, 1.Baskı. Vehbi Koç Vakfı Yayın, 2003: 191-199.

48. Koponen A, Ullamaija S, Kai E, Pirkko N, Antti U, Matti S, Leena H, Reett K. Social functionin gand Psychological well-being of 347 youn gadults with epilepsy only population-based, controlled study from Finland. *Epilepsia*, 2007, 48: 907-912.

49. Gilliam FG, Santos J, Vahle V, Carter J, Brown K, Hecimovic H. Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction. *Epilepsia,* 2004, 45: 28-33.

50. Şenol MG, Gün İ, Toğrol E, Olgun N, Saraçoğlu M. Epilepsi hastalarında anti epileptik ilaç tedavisine uyumu etkileyen etmenler. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi,* 2009, 11: 21-31.

51. Ropper AH, Brown RH, Adams and Victor's. Principles of Neurology. *Mc Graw-Hill Medical Publishing Division,* 2005, 270–83.

52. Kuyken W. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine,* 1995, 41: 10, 1403-1409

53. Devınsky O, Cramer JA. Introduction: quality of life in epilepsy, *Epilepsia*, 1993, 34: 4, 1-3.

54. Hunt SM, Mckenna SP. The measurement of quality of life of people with Epilepsy. İn: Hopkins A, Shorvon S, Cascino G. *Epilepsy*, 2nd ed. Chapman& Hall. 1995: 581-591.
55. Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen G, I, J, M, Ormel J, Suurme Jer, T, P, B, M. The relative contribution of domains of quality of life too verall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research*, 2004, 13, 883-896.
56. Eski S. Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul: Hacettepe Üniversitesi, 1999.
57. Şahin N. Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi. 2001.
58. Bilgin N. Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi. Seminer 3. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları 1985.
59. Eşkazan E. *Tarihte Epilepsi ve Epileptolojinin Kısa Tarihçesi*. Nobel Tıp Kitapevleri, 2008: 3-10
60. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İstanbul: Hacettepe Üniversitesi 1997.
61. Karaagaç N, Yen SN, Senocak M, Bozluolçay M, KaraalıSavrun F, Özdemir H. Prevalence of Epilepsy in Silivri, a ruralarea of Turkey. *Epilepsia,* 1999, 40: 5, 637-642.
62. Kendrıc A. Quality of life. *Handbook of Epilepsy*: *Assessmentand Management.* Ed. Cull, C. Linical Psychologists Routledge, London, UK.1997

63. Devınsky O. Quality of life in epilepsy. *The Treatment of Epilepsy: Princi plesand Practice.* 2nd Ed. Wyllie, E. & Baltimore, M.D. USA: Williams& Wilkins, 1996

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

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

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

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

68. Collıngs JA. Psychosocial well beingand epilepsy: an empirical study. *Epilepsia*, 1990, 31/4: 418-426.

69. Lorıng DW, Meador KJ, Lee GP. Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy&Behavior*, 2004, 5/6: 976-980.

70. Bıshop M, Berven NL, Hermann BP, Chan F. Quality of life amongadults with epilepsy. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2002, 45 (2): 87-95.

71. Aydemir N, Özkara Ç, Canbeyli R, Tekcan A. Changes in quality of life and self perspecti verelated to surgery in patients witht emporallobe Epilepsy. *Epilepsy&Behavior*, 2004, 5: 735-742.

72. Baker GA, Jacoby A, De Boer H, Doughty J, Myon E, Taïeb C. Patients under standing of and adjustment to epilepsy: interim findings from a Euro peansurvey. *Epilepsia*, 1999, 40,9: 26-29.

73. Niedermeyer E. Çevirenler: Zileli T, Ciğer A, Özdemir F. *Epilepsi Rehberi*

Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları/B-9, 1987

74. Salinsky MC, Wegener K. Epilepsy, driving, laws and patients disclosurej to physicians. *Epilepsia,* 1992, 33: 469-472.
75. Drazkowski J. An overview of epilepsy and driving. *Epilepsia*, 2007, 48, 9: 10-12.
76. Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, Psychological functioning and quality of, life in epilepsy. *Epilepsia,* 2001, 42(9): 1160-1168.
77. Raguraman J, Wadoo O. Unravelling the Psychological shadows of epilepsy. *JK- Practitioner*, 2006, 13: 248-250.
78. Wagner AK, Bungay KM, Kosinski M, Bromfield EB, Ehrenberg BL. The health status of adults with epilepsy compared with that of people with out chronic conditions. *Pharma cotherapy*, 1996, 16: 1-9.
79. Jacoby A. Epilepsy and the quality of everyday life. Findings from a study of people with well controlled epilepsy. Social Science and Medicine. http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(92)90193-T. 1992; 34:657-666.
80. Gilliam FG, Santos J, Vahle V, Carter J, Brown K, Hecimovic H. Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction. *Epilepsia,* 2004, 45: 28-33.
81. Hills MD. The psychological and socialimpact of epilepsy. *Neurology Asia*, 2007, 12: 10-12.
82. Mollaoğlu M, Durna Z, Bolayır E. Türkiye'deki epilepsili hastalarda yaşam kalitesi ölçeği'nin (QOLIE-31) geçerlilik ve güvenilirliği. *Arch Neuropsychiatr*, 2015, 289-295.

83. Guekht AB, Mitrokhina TV, Lebedeva AV, Dzugaeva FK, Milchakova LE, Lokshina OB, Feygina AA, Gusev EI. Factors influencing on quality of life in people with epilepsy. *Seizure*, 2006, 16: 128-133.
84. May T, Pfafflin M, Cramer JA. Psychometric properties of the German translation of the QOLIE-31. *Epilepsy Behav*, 2001, 2: 106-114.
85. Piperidou H, Terzoudi A, Vorvolakos T, Davis E, Heliopoulos I, Vadikolias K, Giassakis G, Aggelopoulos P, Georgios G, Karlovasitou A. The greek version of the quality of life in epilepsy ınventory (QOLIE-31). *Qual Life Res*, 2006, 15: 833-839.
86. Hermann BP, Vickrey B, Hays RD, Cramer J, Devinsky O, Meador K, Perrine K, Myers LW, Ellison GW. A comparison of health related quality of life in patients with epilesy, diabetes and multiple sclerosis. *Epilepsy Res*, 1996, 25: 113-118.
87. Toklu Z, Kutlu G, Demirbaş H, Koyuncu G, İnan L, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi epilepsi polikliniğine başvuran epilepsi hastalarının demografik ve klinik bulguları. *Epilepsi*, 2012, 18(1): 13-18.
88. Shakir M, Al-Asadi JN. Quality of life and its determinants in people with epilepsy in basrah, iraq. *Sultan Qaboos Univ Med J*, 2012, 12(4): 449-57
89. Pascale M. Moore Gus A. Baker. The Neurop sychological and emotional consequences of living with intractable temporal lobe Epilepsy İmplications for Clinical Management. *Seizure*, 2002, 11: 224–230
90. Bhalla D, Chea K, Hun C, Vannareth M, Huc P, Chan S. Population-Based Study of Epilepsy in Cambodia Associated Factors, Measures of Impact, Stigma, Quality of Life, Knowledge-Attitude-Practice and Treatment Gap. *Plos One*, 2012, 7(10): 46296

91. Unsworht G. Leving With Epilepsy. *Emplaymant Epilepus.* 2003, 44: 49-50

92. Freal JE, Kraft GH, Coryell JK. Symptomatic fatigue in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 1984, 65: 135-8

93. Baker GA, Jacoby A, Buck D, Stalgis C, Monnet D. Quality of life of people with epilepsy: a european study. *Epilepsia,* 1997, 38: 353-62.

94. Cramer JA, D Blum, M Reed, K Fanning. Epilepsy Impact Project Group. The influence of comorbid depression on seizure severity. *Epilepsia*, 2003, 44, 12: 1578-1584.

95. Todorova K, Tsekov S. The associatıon of seızure severıty, depressıon and qualıty of lıfe ın women wıth epılepsy. *Scripta Scientifica Medica,* 2013, 45, 1: 43-47.

96. Shetty PH, Naik RK, Saroja A, Punith K. Quality of life in patients with epilepsy in India. *J Neurosci Rural Pract,* 2011, 2(1): 33-8.

EKLER

EK 1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Dilan AKTEPE COŞAR

Doğum tarihi: 21.05.1992

Doğum yeri: Ağrı

Medeni hali: Evli

Uyruğu : T.C.

Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM

Tel: 05075935875

Faks: -

E-mail: dilan_aktepe@hotmail.com

Eğitim

Lise: Ağrı Anadolu Lisesi (2010)

Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireiği Anabilim Dalı (2010-2014 Ocak)

Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2014 Şubat-)

Doktora: -

-

Yabancı Dil Bilgisi

İngilizce: Orta derecede

Almanca: ……

Rusça: ……

Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar

Öğrenci Hemşireleri Derneği……

…….

İlgi Alanları ve Hobiler

……

……

EK 2. HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:……

2. Cinsiyetiniz: ( ) kadın ( ) Erkek

3. Medeni durumunuz : ( ) Evli ( ) Bekar

4. Yerleşim yeriniz:

( ) İl merkezi **( )** İlçe **( )** Köy

5. Eğitim durumunuz :

( ) Okur- yazar değil ( )Okur- yazar **( )** İlköğretim **( )** Lise **( )** Lisans **ve** üstü

6. Mesleğiniz : **.....**

7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

( ) Gelirim giderimden az ( ) Gelirim giderime eşit ( ) Gelirim giderimden fazla

8. Aile yapınızı :

( ) çekirdek aile ( ) geniş aile ( ) diğer

9.Kaç ay/yıl önce sara (epilepsi) tanısı konuldu?…….

10. Son 1 yılda kaç kez bayıldınız?

( ) 1 kez ( ) 2 kez ( ) 3 kez ( ) 4 kez ( ) 5 ve üzeri

11. Nöbet tipi nedir? (Kayıtlardan alınacak)

( ) Jeneralize tonik-klonik ( ) Basit parsiyel ( ) Kompleks parsiyel ( ) Absans ( ) Miyoklonik

12. Sara (epilepsi) dışında başka bir hastalığın var mı?

( ) evet ( ) hayır

Evet ise hastalığının ismi …….

13. Hastalığın nedeniyle kullanman gereken ilaçlar var mı?

( ) var ( ) yok

Varsa ismi……

( ) Tek ilaç kullanıyorum ( ) birden fazla ilaç kullanıyorum

EK 3. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (OQLIE-31-P)

EPİLEPSİDE YAŞAM KALİTESİ

QOLIE-31 (1.0 Versiyonu)

Hasta Envanteri

Tarih --------/--------/--------

Adınız----------

Cinsiyet ∗ Kadın ∗ Erkek Doğum Tarihi--------/----------/----------

---

Sayın.....

Epilepsili hastalarla ilgili bir çalışma yapmaktayım Aşağıdaki sorular sağlığınız ve günlük yaşam aktivitelerinizle ilgilidir. Lütfen size uygun olan ifadeyi gösteren sayıyı (1,2,3...) işaretleyiniz.

Teşekkürler

1-Yaşamınızda sizi etkileyen her şeyi düşündüğünüzde genelde yaşam kalitenize kaç puan verirsiniz. Lütfen bir sayı işaretleyiniz.

En iyi yaşam kalitesi ☺ ☺ ☺ ☹ ☹ ☹ En kötü yaşam kalitesi

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Aşağıdaki sorular **son bir ay boyunca** kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği ile ilgilidir.

	Her zaman	**Çoğu zaman**	**Sık-sık**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiçbir zaman**
2-Kendinizi çok canlı mı (güçlü-zinde) hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
3-Çok sinirli bir insan mı oldunuz?	1	2	3	4	5	6
4-Hiç bir şeyden zevk alamayacak kadar keyifsiz mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
5-Sakin ve huzurlu mu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
6-Çok enerjik mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
7-Üzgün ve kederli mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
8-Kendinizi bitkin mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
9-Mutlu bir kişi mi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
10-Kendinizi yorgun mu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
11-"Başka bir nöbet geçiririm"diye endişelendiniz?	1	2	3	4	5	6
12- Akıl yürütmedeve sorun çözmede zorluğunuz oldu?(İş planlama, karar verme,yeni şeyler öğrenme gibi)	1	2	3	4	5	6
13- Sağlık sorunlarınız sosyal ilişkilerinizi (arkadaşlarınızı ya da akrabalarınızı ziyaret gibi) engelledi?	1	2	3	4	5	6

14-Son bir ay içinde **YAŞAM KALİTENİZ** ne durumdaydı (yani;size göre her şey nasıl gitti) ?Lütfen bir sayı işaretleyiniz

	Çok iyi; daha iyi olamazdı	**1**
	Oldukça iyi	**2**
	İyi ve kötü bölümler hemen-hemen eşit	**3**
	Oldukça kötü	**4**
	Çok kötü;	**5**

	daha kötü olamazdı	

Aşağıdaki soru hafıza ile ilgilidir. Bir sayı işaretleyiniz

	Evet;çok fazla	**Evet;biraz**	**Çok az**	**Hayır;hiç**
15-Son bir ayda hafıza güçlüğü yaşadınız mı?	1	2	3	4

Son bir ay içinde yaşadığınız hatırlama zorluğu normal işinizi ya da hayatınızı ne sıklıkta etkiledi? Bir sayı işaretleyiniz.

	Her zaman	**Çoğu zaman**	**Sık-sık**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiçbir zaman**
16-İnsanlar size ne sıklıkla bir şeyler hatırlattı?	1	2	3	4	5	6

Aşağıdaki Sorular **dikkatinizi toplama** sorunları ile ilgilidir.**Son bir ay içinde** ne sıklıkta **dikkat dağınıklığı (konsantrasyon sorunu)** sorununu yaşadınız ya da bu sorununuz normal işinizi ya da yaşantınızı ne sıklıkta etkiledi ?.Bir sayı işaretleyiniz.

	Her zaman	**Çoğu zaman**	**Sıksık**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiç bir zaman**
17-Okuduğunuza dikkatinizi verebilme	1	2	3	4	5	6
18-Bellibir işe dikkatinizi verebilme	1	2	3	4	5	6

Aşağıdaki sorular **bazıaktivitelerle** ilgili sorunlarla ilgilidir. **Son bir ay içinde** ne sıklıkta **epilepsi hastalığınız veya epilepsi için kullandığınız ilaçlar** aşağıdaki aktivitelerinizi etkiledi?Bir sayı işaretleyiniz.

	Çok fazla etkiledi	**Çok etkiledi**	**Biraz etkiledi**	**Çok az etkiledi**	**Hiç etkilemedi**
19-Boş zamanlarınızı (hobi, dışarı çıkmalarınızı)	1	2	3	4	5
20-Araba kullanma	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular **sara nöbetleri** hakkında ne hissettiğinizle ilgilidir.Bir sayı işaretleyiniz

	Çok korkuyorum	**Biraz korkuyorum**	**Fazla korkmuyorum**	**Hiç korkmuyorum**
21-Gelecek ay **nöbet geçirmekten** ne kadar				

korkuyorsunuz?	1	2	3	4

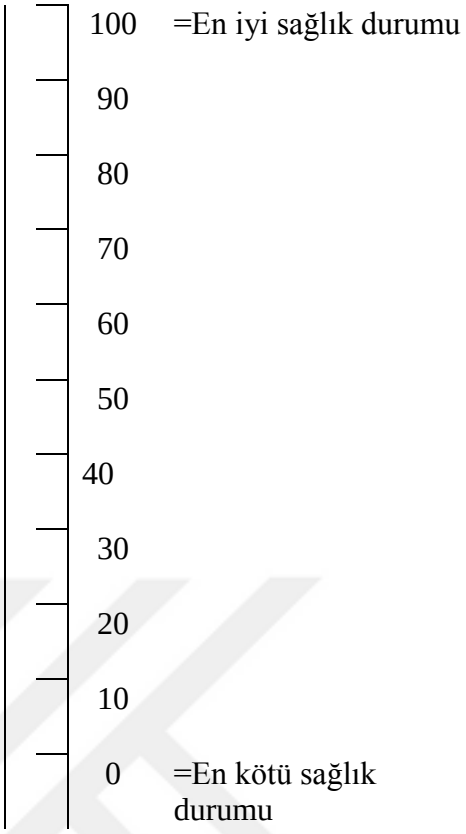
	Çok endişelenirim	**Bazen endişelenirim**	**Hiç endişelenmem**
22-Nöbet sırasında kendinizi yaralayacağınızdan dolayı endişelenir misiniz?	1	2	3

	Çok endişeleniyorum	**Biraz endişeleniyorum**	**Fazla endişelenmiyorum**	**Hiç endişelenmiyorum**
23-Gelecek ay nöbet geçirerek 'etrafa mahçup olurum ya da başka sosyal sorunlar olabilir'diye endişeleniyor musunuz?	1	2	3	4
24-Şu anda kullandığınız ilaçları uzun süre kullanmanız gerekirse size zararlı olacağı konusunda ne kadar endişelisiniz?	1	2	3	4

Aşağıdaki her bir sorunun sizin için ne kadar **rahatsız edici** olduğunu 1-5 arasında işaretleyiniz. 1: Hiç rahatsız edici değil, 5: Son derece rahatsız edici

	1.Hiç rahatsız edici değil	**2**	**3**	**4**	**5.** Son derece rahatsız edici
25-Nöbetler	1	2	3	4	5
26-Unutkanlıklar	1	2	3	4	5
27-İş yapmada sınırlılıklar	1	2	3	4	5
28-Sosyal hayattaki sınırlılıklar	1	2	3	4	5
29-Epilepsi ilaçlarının fiziksel etkileri	1	2	3	4	5
30-Epilepsi ilaçlarının zihinsel etkileri	1	2	3	4	5

31- Sağlığınızla ilgili düşünceniz (ne kadar iyi ya da ne kadar kötü) nedir? Aşağıdaki termometre skalasında düşünülebilir *en iyi sağlık durumu***100,**en *kötü sağlık durumu* ise **0** olarak verilmiştir.Lütfen termometre üzerinde bir sayı işaretleyiniz.Bu soruyu yanıtlarken sara hastalığınızı lütfen sağlığınızın bir parçası olarak değerlendiriniz.



(Varsa)Düşünceleriniz?.....
.....
.....

EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesini gereken 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.

Gönüllünün Adı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya velisinin Adı, İmzası, Adresi (varsa telefon no, faks no)

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı :Dilan AKTEPE COŞAR

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Görevi:

EK 5. ETİK KURUL ONAY FORMU

Sağlık Bilimleri Fakültesi

ETİK KURUL SONUÇ FORMU

Sayı:8 **Tarih**:28.05.2015

Araştırmanın Adı: "Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi "

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur	**(X)**
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur	**( )**
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir	**( )**

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 28.05.2015 tarihinde yapılan toplantısında **"Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi"** konulu Hemşire Dilan AKTEPE ve Yrd.Doç.Dr.Nuray DAYAPOĞLU 'nun çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan

Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye

Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK 6. KURUM İZİN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
AZİZİYE VE YAKUTİYE ARAŞTIRMA HASTANELERİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

İÇ YAZIŞMA FORMU

Bölüm: Nöroloji AB.D *TARİH: 25.06.2015*
SAY1: 42190979-11.14 -157
KONU: Uygulamalı İzin Dilan AKTEPE *EKLER DAHİL TOPLAM SAYFA*

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İLGİ:24.06.2015 tarih ve 7235 sayılı yazınız

ilgideki yazınız ekinde gönderilen "Uygulamalı izin Dilan AKTEPE1' konulu talep tarafımızca uygun görülmüş olup;

Gereği bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr. Hızı
Nöroloji
Anabilini Dalı Başkanı

DAĞITIM :(Gereği için) : *DAĞITIM : (Bilgi için) :*

EKİ: ad

NOT : *Bıı form, üzerinde değişiklik yapılmadan iki nüsha olarak düzenlenmelidir.*

FRM-EYS-003/00/24.0