

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**EPİLEPSİ HASTALARINDAKİ NÖBET GEÇİRME
KORKUSUNUN SOSYAL YAŞAMLARINA ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Nilay KAYA

İstanbul, 2018

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

EPİLEPSİ HASTALARINDAKİ NÖBET GEÇİRME KORKUSUNUN SOSYAL YAŞAMLARINA ETKİSİ

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Nilay KAYA

Öğrenci No:

1207460602

Danışman:

Doç. Dr. İlyas SÖZEN

İstanbul, 2018

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum **“EPİLEPSİ HASTALARINDAKİ NÖBET GEÇİRME KORKUSUNUN SOSYAL YAŞAMLARINA ETKİSİ”** başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.15.01.2018

Nilay KAYA



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

09.04.2018

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 1207460602 numaralı Nilay KAYA'nın "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "Epilepsi Hastalarındaki Nöbet Geçirme Korkusunun Sosyal Yaşamlarına Etkisi" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 23.01.2018 tarih ve 2018/04 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (62.) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında oyçokluğu/oybirliği ile Kabul/~~Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
Doç. Dr. İlyas SÖZEN
(İstanbul Kayram MYO)

ÜYE
Doç. Dr. Volkan ÖNGEL
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Sıtkı SÖNMEZER
(Beykent Üniversitesi)

Adı Soyadı : Nilay KAYA
Danışmanı : Doç. Dr. İlyas SÖZEN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2018
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Epilepsi, Epilepside Stigma, Epilepside Sosyal Yaşam, Nöbet Korkusu,

ÖZ

EPİLEPSİ HASTALARINDAKİ NÖBET GEÇİRME KORKUSUNUN SOSYAL YAŞAMLARINA ETKİSİ

Bu çalışmada Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği Epilepsi Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üzeri olan ve epilepsi hastalığına sebep olan herhangi bir hastalığı bulunmayan 182 epilepsi hastası üzerinde anket uygulanmıştır. Çalışmanın amacı epilepsi hastalarının nöbet geçirme korkusunun sosyal yaşamları üzerine etkilerini belirlemek ve olumsuz etkilenen sosyal yaşam düzeylerinin optimum seviyeye ulaştırılabilmesi için farkındalık sağlamaktır. Yapılan çalışmada hastalara korkuları ve sosyal yaşamları üzerine sorular sorulmuştur. Alınan cevapların istatistiksel çalışma sonuçlarına ulaşabilmek için Spss yöntemi kullanılmıştır. Bunun sonucunda hastaların sosyal yaşamlarının nöbet geçirmekten korktukları için olumsuz etkilendiği ve aynı zamanda sosyal damgalanmanın da etkisi sonucu yapmak istedikleri etkinliklerden ve hayata dair planlarından vazgeçtikleri belirlenmiştir. Epilepsi hastalığının bireylerin eğitim ve öğretim hayatından, eş seçimine, iş yaşamına ve sosyal yaşam gibi birçok alanını olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bu hususta toplumsal farkındalık yaratılması ve bireylerin sosyal yaşamlarına kazandırılması adına yapılan ve yapılacak olan çalışmalar önemlidir.

Name and surname : Nilay KAYA
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. İlyas SÖZEN
Degree and Date : Master, 2018
Major : Hospitals and Health Institutions Management
Key Words : Epilepsy, Stigma in Epilepsy, Social life in Epilepsy, Fear of Seizures

ABSTRACT

THE EFFECT OF FEAR OF SEIZURES IN EPILEPTIC PATIENTS ON THEIR SOCIAL LIVES

In this research, it has been carried out a poll among 182 epilepsy patients older than aged 18 who applied to epilepsy polyclinic of neurology clinic of Haseki Training and Research Hospital and have no any underlying diseases that will be able to cause epilepsy. The objective of research is to specify effects of seizures fear on social lives of epilepsy patients and to provide awareness in order to optimize their adversely affected social life standart. It has been asked questions to them regarding their fears and social lives in this research. In an attempt to attain statistical work results of taken responses, SPSS method has been used. Thus, it has been determined that patients social lives have been influenced negatively because of seizures fear and also them to give up their plans about life, activities whose they would like to do, as a result of effect of social stigma. It has been detected that epilepsy disease has been unfavorably affecting individuals education and training life, mate selection, business life and social live. Works that both have been carried out and will carry out on behalf of creating social awareness in this regard and providing individuals to gain their social life are crucial.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

EPİLEPSİ TANIMI VE SOSYAL HAYAT ÜZERİNE ETKİSİ

1. EPİLEPSİ	3
1.1.Epilepsi Tanımı	5
1.2.Epilepsinin Tarihçesi.....	5
1.3.Epilepsinin Görülme Sıklığı.....	6
1.4.Epilepsiyi Presipite Edebilen Faktörler.....	8
2. EPİLEPSİNİN HASTALARIN SOSYAL HAYATI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ.....	12
2.1.Stigma.....	13
2.2.Epilepsi ve Çocuk Sahibi Olma	14
2.3.Epilepsi ve Askerlik	14
2.4.Epilepsi ve Meslek Sahibi Olma	14
2.5.Epilepsi ve Araba Kullanımı	15
2.6.Epilepsi ve Gençlik	15
3. YAŞAM KALİTESİ VE EPİLEPSİ.....	16
3.1.Epilepside Kaygı	19
3.2.Nöbet Kaygısı.....	21
3.3.Epilepsi Ve Anksiyete Bozuklukları	23
3.4.Risk Faktörleri.....	23

3.5. Hastalığın Psikososyal Etkileri.....	24
---	----

İKİNCİ BÖLÜM

EPİLEPSİ HASTALARINDAKİ NÖBET GEÇİRME KORKUSUNUN SOSYAL YAŞAMLARINA ETKİSİ ARAŞTIRMASININ MODELİ VE YÖNTEMİ

1.ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	33
1.1.Araştırmanın Hipotezleri.....	34
1.2.Evren ve Örneklem	34
1.3.Veri Toplama Araçları	35
1.4.Verilerin İstatistiksel Analizi.....	39
2.ARAŞTIRMADA KULLANILAN ANALİZ YÖNTEMLERİ	40
2.1.Regresyon Analizi.....	40
2.2.Korelasyon Analizi.....	41
2.3.T-Testi.....	41
2.4.Varyans Analizi (Anova).....	42

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EPİLEPSİ HASTALARINDAKİ NÖBET GEÇİRME KORKUSUNUN SOSYAL YAŞAMLARINA ETKİSİ ARAŞTIRMASINA AİT BULGU VE YORUMLAR

1.EPİLEPSİ HASTALARINDAKİ NÖBET GEÇİRME KORKUSUNUN SOSYAL YAŞAMLARINA ETKİSİ ÇALIŞMASI İLE BENZER ARAŞTIRMALARIN İNCELENMESİ	43
1.1.Epilepsi ve Yaşam Kalitesi ile ilgili Benzer Literatür Çalışmaları.....	43
2.ÇALIŞMANIN BULGULARI VE BULGULARIN YORUMLANMASI	47
2.1.Çalışmaya Katılan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	47
2.2.Çalışmaya Katılan Hastaların Anksiyete ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puan Ortalamaları ve Arasındaki İlişki.....	53

2.3.Çalışmaya Katılan Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırması.....	64
SONUÇ	85
KAYNAKÇA.....	90
EKLER	98



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo1. Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesine Yönelik Ölçek Faktör Yapısı	38
Tablo2. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	47
Tablo3. Cinsiyete Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....	50
Tablo4. Hastaların Anksiyete ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puan Ortalamaları	53
Tablo5. Hastaların Anksiyete ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi	54
Tablo6. Anksiyetenin Sosyal ve Fiziksel Aktivite Engeli Üzerine Etkisi	59
Tablo7. AnksiyeteninYakın İlişkilerde Zorlanma Üzerine Etkisi.....	60
Tablo8. Anksiyetenin Eğitim ve Meslekte Zorlanma Üzerine Etkisi	61
Tablo9. Anksiyetenin Güvensiz Yaklaşım Üzerine Etkisi.....	61
Tablo10. Anksiyetenin Sosyal İzolasyon Üzerine Etkisi.....	62
Tablo11. Anksiyetenin Huzursuzluk Üzerine Etkisi.....	63
Tablo12. Anksiyetenin Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel Üzerine Etkisi.....	64
Tablo13. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Yaşa Göre Ortalamaları	65
Tablo14. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Cinsiyete Göre Ortalamaları	69
Tablo15. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Medeni Duruma Göre Ortalamaları	70
Tablo16. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının ÇalışmaDurumuna Göre Ortalamaları	71
Tablo17. Hastaların Anksiyete Ve SosyalYaşamınOlumsuz Etkilenmesi Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları	72
Tablo18. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Kiminle Yaşandığına Göre Ortalamaları	73

Tablo19. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Sosyal Güvenceye Göre Ortalamaları.....	75
Tablo20. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının En Son Ne Zaman Sağlık Kuruluşuna Başvurulduğuna Göre Ortalamaları	77
Tablo21. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Kaç Yıldır Epilepsi Hastası Olunduğuna Göre Ortalamaları.....	79
Tablo22. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Düzenli Kontrole Gitme Durumuna Göre Ortalamaları	80
Tablo23. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının En Son Ne Zaman Nöbet Geçirildiğine Göre Ortalamaları	82
Tablo24. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Kaç Çeşit Antiepileptik İlaç Kullanıldığına Göre Ortalamaları	84

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırma Modeli	33
Şekil 2. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül	34
Şekil 3. Anksiyetenin Sosyal ve Fiziksel Aktivite Engeli Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli	60
Şekil 4. Anksiyetenin Yakın İlişkilerde Zorlanma Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli	60
Şekil 5. Anksiyetenin Eğitim Ve Meslekte Zorlanma Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli	61
Şekil 6. Anksiyetenin Güvensiz Yaklaşım Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli	62
Şekil 7. Anksiyetenin Sosyal İzolasyon Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli ...	62
Şekil 8. Anksiyetenin Huzursuzluk Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli	63
Şekil 9. Anksiyetenin Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli	64

GİRİŞ

Epilepsi dünyada yaygın olarak görülen nörolojik bir hastalıktır. İlk belirti ve bulguların ortaya çıkması ile başlayan bu hastalık süreci düzenli takip ve sorumluluk üstlenmeyi gerektirmektedir. Günümüzde epilepsi hastaları toplumdan soyutlanma başta olmak üzere birçok sosyal olumsuzlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bu süreçte toplumun bilgilendirilmesi, epilepsi hastalarının her yönden desteklenmesi ve sosyal yaşamlarının olumsuz etkilenmemesi için gerekli adımlar atılmalıdır.

Epilepsi ile yaşamak zorunda kalan bireyler, eğitim ve öğretim hayatında aksaklıklar ile eş seçiminde olumsuzluklar yaşayabilmekte, yaşamını istediği gibi sürdürebilmesi adına kurduğu hayallerinden ve planlarından vazgeçmeye kadar gidebilen olumsuzluklarla karşı karşıya kalmakta ve hatta bunları kendileri tercih etmek zorunda kalabilmektedir. Buna göre epilepsi sadece fizyolojik bir hastalık olarak değerlendirilmemelidir. Hastalık psikososyal, çevresel ve psikiyatrik boyutlarda da incelenmelidir.

Epilepsi hastalarını toplumdan uzaklaştıran en önemli özellik hastaların hastalık sürecinde geçirdiği epileptik nöbetlerdir. Bu nöbetleri yaşamak bireyleri fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumsuz etkilemektedir. Bireyler bir sonraki nöbetin olma ihtimali oldukça ciddi korkular yaşamaktadır. Nöbet geçirme korkusu kişileri sosyal yaşamdan uzaklaştırabilmektedir. Bu çalışma nöbet geçirme korkusunun bireylerin sosyal yaşamları üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Yapılan çalışmada epilepsi hastalarıyla yüz yüze görüşülmüş ve hazırlanmış olan anket soruları onamları alındıktan sonra kendilerine sorulmuştur.

Çalışmanın birinci bölümünde epilepsi hastalığı ile ilgili tıbbi bilgiler verilmiş, hastalığın hastaların sosyal yaşamlarına etkisi ve yaşam kalitesi ile epilepsi arasındaki ilişki incelenmiştir. Epilepsi ile ilgili bilgilerin verilmesinin içeriğinde hastalığın tanımı, belirti ve bulguları, bakımı ve tedavisi, etkileyen faktörlere yer verilmiştir. Epilepsinin hastaların sosyal yaşamlarına etkisi incelenirken hastalığın çocuk sahibi olma, askerlik, meslek sahibi olma, araç kullanımı gibi durumları etkileme düzeyine değinilmiştir. Bu durumlar hastaların sosyal yaşamları ile doğrudan ilişkilidir. Aynı zamanda sosyal yaşamın etkilenmesinde en önemli etkenlerden biri de stigmatdır. Bu bölümde stigmanın açıklanması ve etkileri de yer

almaktadır. Birinci bölümün devamında epilepsi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenirken yaşam kalitesinin tanımı yapılmış, epilepside kaygıdan bahsedilmiş özellikle nöbet geçirme korkusuna değinilmiş ve bu durumlar hastalığın psikososyal etkileri başlığı altında sentezlenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde; seçilmiş olan evren ve örneklem üzerinde uygulanacak çalışmanın hipotezleri, araştırma ve analiz yöntemlerine değinilmiştir. Çalışma 182 hastaya uygulanan anket ve ölçekten oluşmaktadır. Ankete dair bilgi ve açıklamalar da bu bölümde yer almaktadır. Bunun yanı sıra araştırmada kullanılan veri analiz yöntemleri açıklanmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde; yapılan araştırmaya ait bulgular paylaşılmış ve yorumlanmıştır. Aynı zamanda konu ile benzer literatür çalışmaları araştırılmış ve bunlar ile ilgili açıklamalar yapılmıştır. Buna ek olarak literatür çalışmalarının verileri ile bu çalışmanın verileri arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. Elde edilen bazı sonuçlar aynı veya benzer bazı sonuçlar ise farklılıklar göstermektedir.

Yapılan çalışmanın sonucunda epilepsi hastalarının sosyal yaşamlarının sahip oldukları korkular sebebiyle olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Aynı zamanda diğer araştırmalarda da belirtildiği gibi epilepsi hastalarında yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın anket uygulama sürecinde epilepsi hastalarının hastalıklarına ait yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Bu bağlamda toplumun ve hastaların bilgilendirilmesi ve sosyal hayata katılmaları hususunda desteklenmeleri önemlidir.

BİRİNCİ BÖLÜM

EPİLEPSİ TANIMI VE SOSYAL HAYAT ÜZERİNE ETKİSİ

1. EPİLEPSİ

Epilepsi günümüzde en sık rastlanılan ve gün geçtikçe de yaygınlaşan nörolojik bir hastalıktır. Bir kişiye epilepsi teşhisinin konulabilmesi için düzenli olarak geçirilmiş iki veya daha fazla epileptik nöbetin varlığından bahsetmek gerekmektedir. Bir kez geçirilmiş nöbet olayının epilepsi teşhisi konulmasında bir etkisi bulunmamaktadır. Bu hastalığın insidansı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında sosyal sınıf veya yaş grubunun bir önemi bulunmamakta ve bu hastalığın dünya çapında ortalama 50 milyon insanı etkilediği düşünülmektedir. Hastalığın Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (DSÖ) tarafından yapılan prevelans çalışmalarında ise epilepsi prevelansının gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasında farklılık gözlenmektedir. Gelişmekte olan ülkelere prevelans 18,5/1000 olarak bildirilirken gelişmiş ülkelere bu oran 6/1000 olarak bildirilmektedir. Bu değerlendirmeler dikkate alındığında epilepsinin insidansında ve prevelansındaki artışın ilişkili olduğu faktörler de gün yüzüne çıkmaktadır. Bu faktörlerin en önemlileri bireylerin sosyoekonomik düzeyleri ve mevcut tedavi ve bakım hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanamama durumudur (Görgülü ve Fesci 2011, 27-32; Soyuer ve Erdoğan 2011, 77-81; Bora ve ark. 2008; Bek ve ark. 2009, 71-77).

Epilepsi, tedavi ve bakım süreçleri dikkate alındığında düzenli takip ve özellikle ilaç kullanımında doz ayarı ve saat düzenlemesi gerektirmektedir. Antiepileptik ilaçların kullanımında iki ilaç arasında geçen süre oldukça önemlidir. Pek dikkate alınmayan bu düzenli zaman ayarına uyulmadığı takdirde hastalar nöbet geçirme tehlikesi ile karşı karşıya kalmaktadır. Bununla birlikte düzenli kontrollere giderek düzenli takip edilmesi gereken epilepsi hastalarının ilaç değişikliklerine veya doz ayarına ihtiyaçları olabilmektedir bu da sadece düzenli doktor kontrollerinde ortaya çıkabilmektedir(Görgülü ve Fesci 2011, 27-32).

Epileptik nöbet esnasında hastalarda fiziksel değişiklikler gözlenmektedir. Bu değişikliklerin yaşanması, gözlenmesi veya daha sonradan öğrenilmesi ile epilepsi

hastaları bunun bir daha yaşanacağı korkusu içerisinde girmektedir. Epilepsi hastaları fiziksel olaya maruz kalma ve bilincin de ortadan kalktığı durum içerisinde bulunma düşünceleri ile sosyal yaşamdan uzaklaşabilmektedir. Öyle ki; kendilerini dış ortamdan soyutlama, eğitim ve öğretim hayatlarını sonlandırma gibi davranışlar sergileyebilmektedir. Kendilerini dış ortamdan soyutlamaya çalışan hastaların korkusu nöbet geçirmenin yanı sıra yanında nöbet geçireceği kişilerin kendisine bakış açısından kaynaklanmaktadır (Görgülü ve Fesci 2011, 27-32).

Yaşam kalitesi, kronik hastalığı bulunan bireylerde düşük olarak gözlenebilmektedir. Hastalığın uzun sürmesi ve hastalar üzerindeki gerek fizyolojik gerekse de psikolojik etkileri hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Yapılan araştırmalar epilepsi hastalarının sağlıklı insanlarla yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığında epilepsi hastalarının yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. (Görgülü ve Fesci 2011, 27-32; Toklu ve ark. 2012).

1.1. Epilepsinin Tanımı

Epilepsi, Yunanca olan epi ve lepsis kelimelerinin birleşmesiyle oluşmakta ve birden tutulmak anlamını taşımaktadır. Bu kelime grubu nöbetlerin ani ortaya çıkması ile ilişkili olarak hastalığın önemli bir bölümünü özetlemektedir. Bundan dolayı epilepsi Yunanca’da nöbet anlamında kullanılmıştır (Soyuer ve Erdoğan 2011, 77-81; Neze 2006; Yazıcı 2010, 37-38).

Epilepsi tanısı koymak için bazı gereklilikler söz konusudur. Özellikle bireylerin herhangi bir sebep olmaksızın veya durumu tetikleyecek bir olay olmaksızın en az iki epileptik nöbet geçirmesi gerekmektedir. Bunun devamında yapılacak tetkikler de tanı konma açısından önemlidir. Bahsedilen şekilde geçirilen nöbet sonrasında bireye antiepileptik tedavi uygulanmaya başlanmaktadır(Yazıcı 2010, 37-38). 24 saatte görülen birden fazla nöbet veya bir status epileptikus nöbeti tek bir olay olarak değerlendirilir. Sadece febril nöbet geçirenler veya yeni doğan nöbetleri veya akut semptomatik nöbetler (akut sistemik hastalık, intoksikasyon, madde kullanımı veya yoksunluğu veya akut nörolojik durumlar) veya uyaransız olsa da tek nöbet epilepsi olarak kabul edilmez (Yazıcı 2010, 37-38; Oto ve ark. 2004, 210-214).

1.2. Epilepsinin Tarihçesi

Epilepsi hastalığının tarihçesine bakıldığında hemen hemen insanlığın varoluşundan bu yana bu hastalığın da var olduğu bilinmektedir. Uzun yıllar bu hastalık bir hastalık olarak değil bir çeşit büyü, akıl hastalığı ya da tanrının cezalandırması olarak kabul görmüştür. Halen günümüzde epilepsiden kurtulma yöntemleri arasında büyü bozma veya dinsel ayinler gibi sağlıktan uzak bilimle alakası olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Epilepsi genellikle vücudun kasılması veya titremesi gibi belirtiler içerdiği için uzun yıllar önce ateş ile bu titremeler arasında bir ilişkinin varlığından bahsedilmektedir. Bu ilişki M.Ö 2080 yılında Hammurabi Kanunları’nda yer alarak resmiyet kazanmıştır(Ökten 2007).

Epilepsiyi anlamak ve tanımlamak için uzun yıllar geçmiştir. Bu yıllar içerisinde çeşitli tanımlar yapılmış ve bu tanımlar giderek detaylandırılmış ve bilimselleştirilmiştir. Yaklaşık 2400 yıl önce Hipokrat’ın yazmış olduğu “Kutsal

Hastalık” kitabı epilepsiye ait önemli bilgiler ve detaylar içermektedir. Özellikle o dönemde Hipokrat, bu hastalığın beyinden kaynaklandığını kitabında kaleme alarak epilepsinin gerçek tanımını yapmıştır. Hipokrat’ın bu tanımının üzerinden geçen uzun yıllar sonunda ilk bilimsel tanımı 1874 yılında Huglings Jackson yapmıştır. Jackson bu tanımla beynin içinde oluşan olaylara da değinmiştir. Epilepsinin beynin gri cevherinde oluşan deşarjlarla karakterize bir hastalık olduğunu tanımlamıştır. Bu bilimsel tanımlamanın sonrasında Gowers epilepsiyi sınıflandırmıştır. Epilepsinin tanımı yapıldıktan ve basit sınıflandırmanın yapılışından sonra tanı yöntemleri üzerinde durulmuştur. Özellikle beyindeki sinirsel iletilerin gün yüzüne çıkmasının gerekliliği düşünülmüş ve bu hususta tavşan ve maymunlar kullanılarak EEG çekiminin adımları atılmıştır. Daha sonra insanlarda uygulanan EEG ve üzerinde yapılan çalışmalar epilepsinin anlamlandırılması ve tedavi edilmesi hususunda önemli rol oynamaktadır(Ökten 2007) .

Epilepside tanılama ve belirti bulgular üzerinde yapılan araştırmalar devam ederken hastalığa maruz kalan bireyleri tedavi etmek için bazı yöntemler geliştirilmiştir. Tedavi sürecinde sistematik olarak ilk adımı Sir Charles Locock 1857 yılında atmıştır ve hastalara potasyum bromür vermiştir. Uzun yıllar kullanılan bu tedavi yöntemi zamanla geliştirilmiş ve birçok antiepileptik ilaç geliştirilmiştir. O yıllarda aynı zamanda akıl hastası olduğu da düşünülen epilepsi hastası bireyler akıl hastanelerine kapatılmıştır. 1800’lü yıllarda tedavi planları geliştirilmeye başlandıkça hastaların akıl hastanelerinde yatmamaları gerektiğinin farkına varılmıştır. Uygulanan tedavi yöntemlerine ek olarak 1886 yılında Sir Victor Hursley tarafından ilk kez cerrahi tedavi uygulanmıştır. Günümüze kadar gelişerek gelen epilepsinin tedavi yöntemleri ile bugün epileptik nöbetlerin %80’i kontrol altına alınabilmektedir(Ökten 2007).

1.3. Epilepsinin Görülme Sıklığı

Epilepsinin toplumda görülme sıklığının ve belirli aralıklarla ölçülen hastalığın ortaya çıkmasındaki artışın belirlenmesi için dünyadaki birçok toplum çalışmalar yapmış ve halen yapmaya devam etmektedir. Epilepsi prevelansı ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda gelişmekte olan ülkelerde epilepsi prevelansı gelişmiş ülkelerdeki epilepsi prevelansından

yüksektir. Öyle ki bu aradaki fark diğerinin ortalama 3 katı fazla olabilmektedir. Bununla birlikte ülkelerin gelişmişlik düzeyinin yanı sıra coğrafik konumunun da prevelansta etkili olduğu çalışmalarla netleştirilmektedir. Özellikle yapılan çalışmalarda tropik ülkelerde epilepsi prevelansının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (Epilepsi Genetiği ve Epidemiyolojisi).

Epilepsi prevelansının yaşa göre incelenmesiyle ergenliğe kadar olan dönem ile ergenlikten sonraki dönem arasında fark olduğu ortaya çıkmaktadır. Şöyle ki ergenlik döneminin sona ermesinden sonra epilepsi prevelansındaki artış ortadan kalkmaktadır. Ortaya çıkan bu farka hastalığa ait belirti ve bulguların uygulanan tedavi ile ortadan kalkması veya epilepsi hastası bireylerin ölümünün sebep olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda ergenlik dönemine kadarki süreçte sebebi bilinmeyen epilepsinin görülmesinden dolayı epilepsi prevelansı yüksek bulunmaktadır (Epilepsi Genetiği ve Epidemiyolojisi).

Minesota ve Danimarka’ da yapılan epilepsi insidansı çalışması sonuçlarına göre epilepsi hastalığı 1 yaşına kadar daha sık, çocukluk ve adölesan dönemine doğru daha nadir gözlenmektedir. İnsidans çalışmalarında ortalama 25 yaşında %0.025 gibi sabit bir değer gözlenmektedir. İleri yaşlarda ise çalışma yapılan iki grup arasında farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bir grupta (Minesota) yaş ile doğru orantılı olarak insidans artarken diğer grupta (Danimarka) sabit kalmaktadır. Çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların toplumlar arasında olan epilepsi insidansı farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Epilepsi prevelansının araştırıldığı bir çalışmada ülkemizde epilepsi prevelansı %1,02 olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte yaşamı boyu sadece bir kez nöbet geçirmiş olan bireylerin oranı oldukça fazladır. En az %5 olarak ölçülen bu oran ile anlaşıldığı üzere epilepsi tanısı almamış ancak herhangi bir sebeple nöbete maruz kalmış bireyler toplumda önemli bir çoğunluğa sahiptir. Yaşamı boyu kümülatif insidans, gelişmiş ülkelerde 20 yaşına kadar %1, 80 yaşına kadar %5 olarak saptanmıştır. Yapılan araştırmalara göre epilepsi hastalığında ilk nöbetini geçiren kişilerin %90’ı nöbetlerini 20 yaşının altında geçirmiştir. Buna ek olarak nöbetler en sık iki yaşına kadar görülmektedir. İlk iki yaşta görülen nöbetler çoğunlukla ateşli hastalık geçiren çocukların ateşlenme dönemi ile ilişkili olmaktadır. Epilepsi epidemiyolojisi ile ilgili çalışmalarda epilepsinin dünyada yaygın olarak

görülen bir hastalık olduğu ve din, dil, ırk, etnisite ve cinsiyet farkı gözetmediği gösterilmiştir (Epilepsi Genetiği ve Epidemiyolojisi).

1.4.Epilepsiyi Presipite Edebilen Faktörler

Epilepsiyi birçok faktör presipite etmektedir. Bu faktörler aşağıda sıralanmıştır (Epilepsi Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi2013).

a. Uyku, uykudan uyanma ve uyku deprivasyonu

b. Menstruasyon siklusunun değişik fazları

c. Toksik ve metabolik sebepler

-Akut alkol intoksikasyonu

-Alkolü bırakma

-Bazı ilaçlar (bazı antidepresanlar, klorpromazin ve haloperidol gibi antipsikotikler)

-Hipoglisemi

-Hipoksi

d. Refleks sebepler

-Vizuel sebepler ile oluşan epilepsiler: Tekrarlayan ışık, devamlı parlak ışık gibi

-Okuma ile ortaya çıkan epilepsi

-Sesle presipite olan epilepsiler: Müzikle veya zil sesi ile provoke olabilir

-Ani irkilme ile presipite olan epilepsiler

-Sıcak su ile ortaya çıkan epilepsiler

e. Emosyonel stresler

Gowers'in sınıflaması grand mal, petit mal ve histerik nöbet şeklindedir. Jackson ise nöbetleri fonksiyon bozukluğu ile beraber anatomik ve patolojik temele

göre sınıflamanın uygun olacağını düşünerek jeneralize ataklar ve fokal ataklar olarak ayırmıştır. Bu tarihsel gelişime karşın 1969 yılında ILAE (Intenational League Against Epilepsy) toplantısına kadar nöbetleri fokal ve jeneralize olarak ayırmak yaygın olarak kullanılmamıştır. Bu toplantı ile birlikte epileptik nöbetler tüm aşamaları ile jeneralize nöbet ve parsiyel başlangıçlı jeneralize nöbet olarak gruplandırılmıştır. Zamanla yapılan bu gruplandırmanın yetersiz kalması ile yeni toplantılar ve yeni düzenlemeler yapılmıştır. 1981 yılında yapılmış olan toplantıda epileptik nöbetler sınıflandırılırken dikkate alınması gereken bazı özelliklere değinilmiştir. Hastaların hangi çeşit nöbet geçirdiğine karar verilmeden önce nöbet esnasında gözlenen belirti ve bulgular ile EEG bulgularına bakılması gerekliliğine karar verilmiştir. Bunun yanı sıra ILAE toplantısında parsiyel nöbetlerdeki bilinç değişikliğinin varlığı ya da yokluğu göz önünde bulundurularak parsiyel nöbetlerin de basit ve kompleks olarak ikiye ayrılmasına karar verilmiştir(Toklu ve ark. 2012; Neze 2006,istanbulsaglik.gov.tr).

Yapılmış olan son sınıflama birçok kolaylık getirmiştir. Bu kolaylıklar arasında nöbetler için uygun ilaç ve tedavi yöntemi seçimi, hangi sendromla karşı karşıya olduğumuzu anlayabilme, nöbet şekillerini tek bir form haline getirerek hasta verilerinin toplanabilmesi, dünyanın her yerinde belirli tip nöbetten söz edildiğinde herkes tarafından anlaşılabilmesi, yeni antiepileptik ilaçların geliştirilmesi gibi konularda yapılacak çalışmalara ışık tutması sayılabilir.

Epilepsi hastalığında 1989 yılında yapılmış olan sınıflandırma kullanılmaktadır. Bu sınıflandırma epileptik nöbetler esnasında vücudun etkilenen bölümü, tedavi aşamasındaki ilaç seçimi ve beyin etkilenen bölümü esas alınarak yapılmıştır.

Uluslararası Epilepsiler ve Epileptik Sendromların Sınıflaması(Zararsız 2009; Baykan ve ark. 2010, itfnoroloji.org):

- Lokalizasyona bağlı epilepsiler (fokal, parsiyel): Fokal epilepsiler üç alt başlık altında sınıflandırılmaktadır. **İdiopatik**: İdiopatik fokal epilepsiler altta yatan bir hastalığın sebep olmadığı epilepsi türüdür. Bununla birlikte hastalarda genetik yatkınlık olduğu kabul edilmektedir. **İdiopatik fokal epilepsiler**: Santratemporal

dikenli selim çocukluk çağı epilepsisi, oksipital paraksizimli çocukluk çağı epilepsisi, primer okuma epilepsisi. **Semptomatik:** Semptomatik fokal epilepsilerde altta yatan nörolojik bir hastalık mevcuttur. Beynin herhangi bir bölgesindeki bir enfeksiyon, tümör veya travma epileptik nöbetlere sebep olabilmektedir. Hastanın epilepsi tanısı yokken geçirdiği bir travma ya da beyinde gelişen tümör veya enfeksiyon sonucunda hasta epilepsi tanısı almış olmaktadır ve buna uygun tedavi sürecine başlanmaktadır. **Semptomatik fokal epilepsiler:** Temporal lob epilepsisi, Frontal lob epilepsisi, Parietal lob epilepsisi, Oksipital lob epilepsisi, Çocukluk çağının kronik ilerleyici epilepsia epilepsia partialis continua'sı, Belirli faktörlerle uyarılan nöbetlerle karakterize epilepsiler. **Kriptojenik:** Kriptojenik fokal epilepsilerde hastalığın nedeni belirlenememektedir. Altta yatan bir sebep olması düşünülmekte ancak bulunamamaktadır.

- Jeneralize epilepsiler ve sendromlar: Jeneralize epilepsiler 3 gruba ayrılmaktadır. **İdiopatik:** Selim ailesel yenidoğan konvülsiyonları, Selim yenidoğan konvülsiyonları, Süt çocuğunun selim miyoklonik epilepsisi, Çocukluk çağı absans epilepsi, Jüvenil absans epilepsi, Jüvenil miyoklonik epilepsi, Uyanırken gelen grandmal tonik-klonik konvülsiyonlu epilepsi, Diğer jeneralize idiyopatik epilepsiler, Belirli aktivasyon metotları ile uyarılan epilepsiler. **Semptomatik:** Spesifik olmayan etyolojili (erken miyoklonik ensefalopati, supresyon burst'lü erken infantil epileptik ensefalopati, diğer semptomatik jeneralize epilepsiler), Spesifik sendromlar. **Kriptojenik veya semptomatik:** West sendromu, Lennoks gestaut sendromu, Miyoklonik astatik konvülsiyonlu epilepsi, Miyoklonik absanslı epilepsisi.
- Fokal ya da jeneralize olduğu belirlenemeyen epilepsiler: Bu tip epilepsilerde ilaç dirençleri gelişebilmektedir. **Fokal ve jeneralize nöbetlerin birlikte görüldüğü epilepsiler:** Yenidoğan konvülsiyonları, Süt çocuğunun ciddi miyoklonik epilepsisi, Yavaş dalgalı uyku sırasında devamlı diken dalgalı epilepsi,

Edinsel epileptik afazi, Diğer belirlenmemiş epilepsiler. *Fokal veya jeneralize özelliği ayırt edilemeyenler*

- Özel sendromlar: Febril konvülsiyonlar, İzole konvülsiyon ya da izole status epileptikus, Akut metabolik ya da toksik olaylarla ortaya çıkan konvülsiyonlar.

Parsiyel nöbetler beyindeki bir bölgenin nöronlarının aşırı boşalımı sonucu ortaya çıkmakta ve iki gruba ayrılmaktadır. Bu gruplandırma nöbet geçiren kişide bilinç değişikliği yaşanıp yaşanmamasına göre yapılmaktadır. Nöbet geçiren bireylerde bilinç değişikliği yaşıyorsa kompleks parsiyel nöbet, bilinç değişikliği yaşanmıyorsa basit parsiyel nöbet olarak adlandırılmaktadır. Parsiyel nöbetler beyindeki bir bölgede oluşan durum sonucu ortaya çıkmasına rağmen beynin farklı bölgelerine yayılabilmektedir ve bu yayılma ile sekonder jeneralize nöbetlere dönüşme ortaya çıkabilmektedir(Doğdu 2013, 7-8).

Jeneralize nöbetler nöbetin süresine ve nöbet esnasında ortaya çıkan tabloya göre bazı gruplara ayrılmaktadır:

Absans Nöbetler: 1-2 saniye ile 30 saniye arasında sürebilen nöbetlerdir. Nöbetin başlangıcı ve sonlanma aşamaları ani gelişmektedir. Kişi herhangi bir aktivite ile uğraşırken ani olarak duraksamakta ve bir noktaya dalmaktadır(Doğdu 2013, 7-8).

Tonik- Klonik Nöbetler: Tonik-klonik nöbet tipi kişinin tüm kaslarının kasılması ile karakterize bir nöbet tipidir. Nöbetin tonik evresinde hasta kaskatı kesilmektedir. Kaslarda gevşeme söz konusu değildir. Bu süreçte kişinin solunumu durmakta ve morarma başlayabilmektedir. Sürecin devamında klonik evre başlamaktadır. Kaslar kasılıp gevşemeye başlamaktadır. Tüm kasların kasılıp gevşediği dönemde hastada bilinç kaybı söz konusu olduğu için idrar kaçırma, dilini ısırma gibi durumlar yaşanabilmektedir. Tonik-klonik nöbetin bitimi ile hastada uyku hali başlamaktadır(Doğdu 2013, 7-8).

Myoklonik Nöbetler: Myoklonik nöbetlerde kısa süreli, ani ve hızlı kasılmalar görülmektedir. Bu kasılmalar bazen vücudun tamamında, bazen yüzde, gövdede ya da

tek bir kas grubunda olabilmektedir. Bu tip nöbetlerde kasılmalar kısa süreli olduğu için bilinç değerlendirmesi etkin bir biçimde yapılamamaktadır(Doğdu 2013, 7-8).

Sınıflandırılmayan nöbetler: Hastalığın belirti, bulgu ve özelliklerinin diğer formları ile uyumlu olmadığı nöbet tipleri için geçerlidir. Yenidoğan bebeklerin çiğneme gibi nöbet tipleri de sınıflandırılmayan nöbet tiplerine örnek gösterilebilir(Yıldız 2013, 20).

2. EPİLEPSİNİN HASTALARIN SOSYAL HAYATI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Dünya Sağlık Örgütü, epilepsinin dünya genelinde 50 milyon insanı etkileyen, beynin ciddi ve en sık görülen hastalıklarından biri olduğunu dile getirmiştir (Koç ve Akmeşe 2011, 139). Epilepsi nöroloji bir hastalık olmasının yanı sıra birçok psikososyal sorunlara sebep olabilmektedir. Epilepsi hastalığı kişilerde kimi zaman yaşam şartlarını değiştirme mecburiyeti kimi zaman da toplumdan dışlanma ve sosyal yaşamdan uzaklaşma ile ortaya çıkan psikolojik rahatsızlıklara dolaylı veya doğrudan sebep olabilmektedir(Oto ve ark. 2004, 210-214; Keskin ve ark. 2011, 115-118). Epilepsi, birçok sosyal sıkıntıyı beraberinde getiren bir hastalık olarak yalnızca nörolojik bir hastalık olarak sınıflandırılmamalıdır.

Epilepsi, hastaların sosyal yaşamlarını olumsuz etkileyerek sosyal izolasyona sebep olmaktadır. Bu durum kişilerin iş yaşamını, evlilik hayatını, sosyal faaliyetlerde bulunma ve aktif katılımlarını etkilemektedir. Bunların yaşanmasıyla birlikte hastaların yaşam kalitelerinde düşüş meydana gelmektedir. Toplumun hastalığa ve hastalara bakış açısı hastaların benlik saygısında azalmaya sebep olmaktadır (Coşar 2016, 21-22).

Nörolojik hastalıklar bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden kendilerini yetersiz hissettikleri ve aynı zamanda hastalığın başlangıcından itibaren yaşam kalitesi göz önüne alındığında sağlıklı oldukları döneme kıyasla düşük kaliteli bir hayat sürdürdükleri hastalık grubudur. Kronikleşen nörolojik hastalıklarda düzenli takip ve tedavi oldukça önemlidir. Hemen hemen tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi epilepside de düzenli ilaç kullanımı, düzenli doktor muayeneleri ve aynı zamanda psikolojik destek bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek açısından önemlidir.

Epilepside görülen belirti ve bulgular bireyleri kendi ihtiyaçlarını kendileri karşılamaları hususunda dahi kimi zaman yetersiz kılabilir. Özellikle böyle bir durumun gelişmesi kişiyi psikolojik açıdan olumsuz etkilemektedir. Yaşam kalitesinde bozulma ve fiziksel yetersizlik hisseden epilepsili bireyler sosyal yaşamdan da uzaklaşmaktadır. Tüm bunlar göz önüne alındığında epilepsili bireylerin tüm günlük yaşam aktivitelerini kendileri yerine getirmeleri için desteklenmesi aynı zamanda gerektiğinde hastalara yardım edilmesi ve bu bireylerin sosyal hayata kazandırılması için yakın çevrelerine veya ulaşmış olduğu sağlık ekibine önemli rol düşmektedir. Böylelikle epilepsili bireyler sosyal yaşama daha kolay kazandırılabilir (Özdemir ve Taşçı 2013, 59).

2.1.Stigma

Epilepsi kişiyi nörofizyolojik olarak etkilediği gibi, psikolojik ve sosyal yönden de etkileyen kronik bir hastalıktır. Toplumun sahip olduğu önyargılar ve sosyal stigma, hastaların reddedilme korkusu yaşamalarına sebep olmakta bu nedenle hastalar sosyal hayatlarında, iş hayatlarında ve diğer alanlarda hastalıklarını gizleyebilmektedir (Mısırlı 2003, 42-46).

Stigmaya sebep olan yönü ile epilepsi, diğer kronik hastalıklara oranla daha çok olumsuz etkiye neden olmaktadır. Epilepsi hastalığı hakkındaki bilgi eksikliği, bireyin kısıtlanmasına ve dışlanmasına sebep olmaktadır. Hastalığın yeterince tanınması ve hastalara yeterli destek sağlanması bu hastalıkta son derece önemlidir. Hastalar, önyargılı tutumlara, negatif fikir ve davranışlara maruz kalabilmektedir. Bu tip tecrübeler, nöbetlerin kendisinden daha çok zarar verebilmekte ve kişinin hayatını sınırlandırmaktadır (Suurmeijer, Reuvekamp, ve Aldenkamp 2001).

Epilepsi hastalarının haklarını korumak adına Avrupa Parlamentosu, 15 Eylül 2011 tarihinde “Epilepsi Konusunda Yazılı Deklarasyon”u kabul etmiştir. İşbu deklarasyonda, Avrupa’da epilepsi ile ilgili sorunun boyutları, bu hastalığın maliyetinin büyüklüğü, epilepsi hastalarının çoğunun tedavisinde yetersizliklerin yaşanması ve ayrımcılığa uğradıkları gibi önemli noktaları vurgulanmaktadır (Mitchell ve ark. 2011).

2.2.Epilepsi ve Çocuk Sahibi Olma

Epilepsi toplumda iyi tanınan bir hastalıktır. İnsanların birçoğu epileptik nöbetlerin fiziksel özellikleri ile ilgili olarak hastalığı tanımaktadır. Ancak bu durum hastalık ile ilgili bilgi sahibi olduğunu göstermemektedir. Nörolojik hastalığı bulunmayan bir grupta yapılan çalışmada toplumun epilepsiyi tanıdığı ancak hastalık ile ilgili bilgi sahibi olma düzeyinin çok düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda araştırmaya katılan bireylerin %53'ünün epilepsili bireylerle evliliği onaylamadıklarını belirtilmiştir. Bununla birlikte toplumda epilepsili bireylerin çocuk sahibi olamayacağına dair bir inanış da mevcuttur. Ancak epilepsi hastalığı gebe kalmaya ve çocuk sahibi olmaya engel değildir. Hastalar kadın doğum ve nöroloji hekimleri tarafından sık kontrol edilmesi gebelik öncesi ve gebelik dönemi boyunca önemlidir(Gedizlioğlu ve ark. 2014, 14).

Epilepsi hastası kadınlarda menstrasyon düzensizliği ve yetersiz yumurta gibi problemler sıklıkla görülmektedir. Birçok epilepsi hastası kadın, çocuk sahibi olmaktan korkmaktadır. Gerek anne, gerek bebek adına bazı risklerin mevcudiyetine rağmen epilepsi hastası gebeler genellikle hamilelik sürecinde veya doğumda bir sorunla karşılaşmamaktadır (Ataklı 2002,113-119). Hastalığın tanı ve tedavisinde yaşanan gelişmeler sayesinde hastaların birçoğu normal bir hayat sürebilmekte ve epileptik kadınlar da gebe kalabilmektedir (Madazlı ve ark. 2004, 126-130).

2.3.Epilepsi ve Askerlik

Epilepsi hastalığı, Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Yönetmeliği'nin 12. maddesi ile değerlendirilmektedir. Aktif epilepsi hastaları, askerlik yapamazlar. Askerlik yoklaması esnasında hastalığını bildiren kişilerin, takip edildikleri birimlerden belirli tıbbi belgeleri getirmeleri talep edilmekte, askeri hastanede ilacı kesilerek yatması sağlanmakta ve geçirdiği nöbet askeri doktorlar tarafından gözlenmektedir (Bek ve Gökçil 2007, 12-16).

2.4.Epilepsi ve Meslek Sahibi Olma

Epilepsi hastalarının hastalıktan kaynaklı yaşadıkları özgüven düşüklüğü, utanma duygusu ve bunlara ek olarakgeçirdikleri nöbetler, eğitimlerini

tamamlayamamalarına, iş hayatına hazırlanamamalarına ve iş bulmakta güçlük çekmelerine sebep olabilmektedir. Fakat pratikte epilepsi hastalarının meslek sahibi olmaları, sorumluluk üstlenebilmeleri, eğitim alabilmeleri mümkündür(Yılmaz ve Songu 2007,60-65).

2.5.Epilepsi ve Araba Kullanımı

Epilepside karşılaşılan temel sosyal sorunların birisi nöbetlerin ne zaman geleceği bilinmediğinden dolayı araç kullanımının hayati tehlike yaratıyor oluşudur. Türkiye’de epilepsi hastalarının araba kullanmaları yasaktır. Dünyada epilepsi hastalarının araç kullanımının yasak olduğu 16 ülke bulunmaktadır(Topçuoğlu 2011).

2.6.Epilepsi ve Gençlik

Ergenlik, kişinin özgürlük evresine geçtiği, süreç içerisinde farklılaşan fiziksel özellikleri ile başa çıkmaya çalıştığı ve duygusal / sosyal açıdan birçok problem yaşadığı bir dönemdir. Bu dönemde ergenlik dönemindeki bireyler, epilepsi gibi kronik bir hastalık yaşadığında pozitif benlik saygısını inşa etmede ve sürdürmede sorunlar yaşayabilmektedir(Çavuşoğlu 2001, 355-364). Düşük benlik saygısı, düşük hayat tatmini ve psikososyal uyum ile bağlantılıdır (Austin ve ark. 2010, 2074-2083). Epilepsi hastalığı, kişiyi ailesine karşı bedensel, duygusal ve ekonomik açıdan bağlı kılmaktadır. Epileptik gençler, sağlıklı akranlarına göre daha çok psikolojik problem yaşamaktadır. Yine epileptik ergenlerin daha çok risk alma davranışı sergiledikleri bilinmektedir (Türkbay, Akın ve Söhmen 2000, 9-15).

3. YAŞAM KALİTESİ VE EPİLEPSİ

Yaşam kalitesi, üzerine birçok tanımın yapıldığı, son derece ilgi gören bir kavramdır. Yapılan tanımlarda normal yaşantı, mutluluk, memnun olma, kişisel hedeflere ulaşma, sosyal hizmet ve doğal yetenek gibi kavramların altı çizilmektedir (Arslan ve Bölükbaş 2003, 38-47). Tanımlamalarda kullanılan bu kavramların her biri insan yaşamının temelini oluşturmaktadır. Yaşam kalitesi bireylerin beklentilerini karşılama durumu, mutlu olabilmeleri, içinde bulunduğu durumda memnun olabilmeleri, hayata dair hedeflerine ulaşabilmeleri ile özdeşleşmektedir. Bireyler fiziksel olarak iyilik hali içerisinde bulunsalar dahi ruhsal ve sosyal açıdan iyilik halinde olmalıdır (Yıldız 2013, 40-41, Gülay 2014, 21-22).

DSÖ yaşam kalitesini tanımlarken kullanmış olduğu “bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını, ilgilerini algılamaları” ifadeleri ile bireyleri içinde bulunduğu toplumla birlikte değerlendirmiş olup toplumun değer yargılarının ışığındaki bireysel değere vurgu yapmaktadır (Toklu ve ark. 2012, Özdemir ve Taşçı 2013, 59). Bu tanımdan da anlaşıldığı üzere bireylerin yaşam kalitesinin optimum düzeyde tutulması için fiziksel, ruhsal ve psikolojik yönden iyilik halinin yanı sıra sosyal ve çevresel özelliklerin uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Bireylerin kendi ihtiyaçlarını kendileri karşılaması hususunda başkasına bağımlı olduğunu düşünmesi ve aynı zamanda yarı bağımlı veya tam bağımlı olması yaşam kalitesini düşürmek için yeterli sebep olabilmektedir (Neze 2006, istanbulsaglik.gov.tr, Özdemir ve Taşçı 2013, 59).

Yaşam kalitesi, bireylerin yaşamlarına uyum süreci ile karakterizedir. Kronik bir hastalık varlığı uyum süreci açısından önemlidir. Hastalığa, tedaviye ve hastalığın diğer etkilerine uyum sağlama kaliteli bir yaşam için önemlidir. Kronik hastalıkların tedavi aşaması uzun bir süreci kapsamaktadır. Bu süreçte hastalar düzenli ilaç kullanımı, düzenli doktor kontrolleri ve hastalığın özelliğine göre fiziksel aksaklıklar ile karşı karşıya kalmakta olup psikososyal sorunlar yaşayabilmektedir ve bu durumda hastaların yaşam kalitelerinde düşüş gözlemlenebilmektedir (Gülay 2014, 21-22).

Epilepsi hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde bazı aşamalar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu aşamaların başlangıcında hastalığın tanınması yer almaktadır. Belirti ve bulguların yanı sıra tetkiklerle güçlendirilmiş bir süreç

sonunda hastalık tanısı konulan bireyin ilk etapta hastalığı reddetme, karamsarlığa kapılma veya hastalığı ve kendini önemsememe gibi psikolojik açıdan olumsuzluklar yaşanabilmektedir. Hastaların hem bu durumla hem de hastalık ile baş edebilmesi için alacağı destek önemlidir. Bu destek sağlanırken planlı ve programlı davranmak oldukça önemlidir. Tüm bu sürecin olumlu bir biçimde işlemesi ile epilepsili bireylerin yaşam kaliteleri daha iyi hale getirilebilmektedir(Yapıcı ve ark. 2003, 240-248).

Epilepsi tanısı konduğunda hastalar ve aileler kendilerini birçok kronik hastalıktan farklı olarak bulundukları toplumun bu hastalığa yüklediği sosyokültürel ve moral değer yargıları içinde bulurlar. Kronik bir hastalık olarak epilepside tedavi süresinin uzun olması, günde birkaç defa ilaç alma zorunluluğu ve alınan ilaçların yan etkileri bireyin psikososyal yaşamı üzerinde olumsuzluklara neden olabilmektedir. Buna ek olarak epilepsili bireyin sosyal yaşamı, mesleki yaşantısı, iş bulma olanağı ve ulaşım sistemi gibi aktiviteleri kısıtlanabilmektedir. Bu hastalarda düşük benlik saygısı, bağımlılık, stigma, ayrımcılık ve kısıtlamaları destekleyen ebeveyn tutumu ve sosyal tutumlar vardır. Bu nedenle epilepsili hastaların yaklaşımında, hastalığın fiziksel sorunları gibi ihmal edilmiş sosyal, psikolojik ve davranışsal sorunlarının da ele alınması gerekmektedir (Yeni 2014, 13-18).

Epilepsi tanısı konmuş bireyler fiziksel ve sosyal yönden kısıtlanmalarla karşı karşıya kalmaktadır. Fiziksel kısıtlamaların giderilmesi veya azaltılması bakımından bireylere uygulanacak sağlık bakımı bu süreçte önemli rol oynamaktadır. Sosyal kısıtlamaların giderilmesi açısından bakıldığında ise toplumsal farkındalık başta olmak üzere bireylerin de sosyal hayata kazandırılması açısından verilecek sosyal ve psikolojik destek önemlidir (Epilepsi ve yaşam kalitesi, Mollaoğlu 2011, 182). Bu sebeple epilepsili bireyde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik durum bütüncül olarak ele alınıp kişinin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla planlanmalıdır.

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler kapsamında epilepsi hastasının, yaş, cinsiyeti, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumu, medeni durumu, nerede yaşadığı, kiminle yaşadığı, sosyal güvencesinin varlığı, ne kadar zamandır epilepsi hastası olduğu, yaşamının stresli olup olmadığı, stres nedenleri, epilepsi ile ilgili kimden bilgi aldığı, düzenli gidip gitmediği, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, ne sıklıkta

nöbet geçirdiği,hastalığı ile baş etmede kendisine destek olan kişilerin varlığı, destek olan kişilerin kimler olduğu,günde toplam aldığı antiepileptik ilaç sayısı göz önünde bulundurulmaktadır.

Kronik bir hastalık olarak epilepsi yaşam kalitesi çalışmaları için oldukça önemlidir. Günümüzde epilepsi hastalığının tanı ve tedavisinde yaşanan gelişmelere rağmen, epilepsi hala hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Cankurtaran, Uluğ ve Saygı 2004, 97-106). Epileptik kişiler etkilenmenin de yansımalarıyla birlikte birçok sosyal, psikolojik ve ekonomik problemler yaşamakta, böylelikle düşük yaşam kalitesine sahip olmaktadır (Boer, Mula ve Sander 2008, 540-546). Sıklıkla epileptik bireyler tarafından dile getirilen çeşitli sosyal sorunlar ve yaşam kalitesi arasındaki bağlantı çok az dikkat çekmiştir ve bu nedenle daha az anlaşılmıştır (Bishop, Berven, Hermann ve Chan 2002, 87-95).Günümüzde epilepsi tedavisinin temel amacı nöbetleri kontrol altına almaktan ziyade hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir(Akçalı, Altındağ, Geyik ve Cansel 2009, 91-97).Epilepsinin doğası gereği epileptik kişilerin birçoğunun yaşam kaliteleri düşüktür. Yapılan çalışmalar incelendiğinde psikososyal unsurların yaşam kalitesi üzerinde daha etkili olduğu görülmektedir. Epilepsi önemli bir risk faktörü olmakla birlikte, bazı epilepsi hastaları buna rağmen hayatlarına kolayca uyum sağlayabilmektedir. Yapılan çalışmalar, geçirilen nöbet sayısından ziyade sosyal destek eksikliğinin hastalığı olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir (Charyton, Elliott, Lu, Moore 2009, 640-645, (Neze, Havle, İlnem ve Yener 2009).

Epilepsi insanlar tarafından damgalanmanın en sık görüldüğü hastalıklardan biridir. Bu hastalar toplumsal damgalanmaya ek olarak nöbetlerin belirsizliği içerisinde sosyal yaşamdan uzaklaşmaktadır. Epilepsi aynı zamanda toplumda bilgi eksikliğinin yüksek düzeyde görüldüğü bir hastalıktır. Toplumun bilgi eksikliği yanlış bakış açılarına sebep olmaktadır. Dünyada insanlar genellikle epilepsi hastalarına yönelik olumsuz bir tavır sergilemektedir. Sosyal izolasyonun ortaya çıkması ve toplumun olumsuz bakış açısı ile karşı karşıya kalan epilepsi hastaları yaşam aktivitelerine kısıtlamalar getirmek zorunda kalabilmektedir. Bunun sonucunda ise birçok psikolojik sorun ve hastalarda düşük yaşam kalitesi ortaya çıkmaktadır. Hastalar hastalığın zorluğu, riskleri, etkileri ile mücadele edip buna uyum sağlama

abasının yanı sıra toplumun olumsuz tavrı ile baş etme çabası içerisine girmektedir(Gülay 2014, 21-22).

Epilepsi ile mücadelede temel amaç, hastanın normal bir hayat kalitesine ulaşmasını sağlamaktır. Son yıllarda epileptik kişilerin yaşam kalitesi seviyeleri üzerine yapılan araştırmalar artmakta ve epilepsiye eşlik eden psikiyatrik sorunların önemi sıklıkla vurgulanmaktadır (Neze, Havle, İlnem ve Yener 2009).Yapılan araştırmalar, epilepsi hastalarının yaşam kalitesinin demografik, klinik, komorbid ve psikososyal faktörlerden etkilendiğini göstermektedir (Edefonti ve ark. 2011). Bunlara ek olarak duygusal, bilişsel ve davranışsal koşullar, meslek sahibi olabilme, sosyal açıdan işlevsel olabilme, benlik saygısı, etiketlenme ve nöbetlere ayak uydurabilme, epileptik hastaların hayat kalitesini anlamlı boyutta etkilemektedir(Aydemir, zkara, Canbeyli, Tekcan 2004, 735-742).

3.1.Epilepside Kaygı

Epilepsi hastalığı psikolojik olarak birçok rahatsızlıklara sebep olabilen bir hastalıktır. Epilepsi hastalarında sıklıkla görülen anksiyete ve depresyon, hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini düşüren önemli faktörlerdir. Yapılan araştırmalar da epilepsi hastalarının yaşam kalitesinde düşüşe neden olan en önemli psikolojik faktörlerin depresyon ve anksiyete olduğunu göstermektedir. Özellikle epilepsi hastalarında ani gelişen nöbetlere yönelik bir anksiyete yaşanması oldukça normal karşılanabilmektedir. Aynı zamanda hastaların özellikle ki nöbetleri kontrol altına alınamayan hastaların yaşadığı zorluklar göz önünde bulundurulduğunda depresyonun kaçınılmaz olabileceği düşünülmektedir.

Günümüzde yapılan araştırmalar arasında önem kazanan konu başlıklarından biri epilepsi hastalarında yaşam kalitesidir. Eski zamanlardan günümüze kadar olan dönemde hastalığın tanı ve tedavi süreçleri dikkate alınıp incelenirken günümüzde bunlara ek olarak bu hastalığa maruz kalan bireylerin psikolojik ve psikiyatrik durumlarına ve etkilenimlerine vurgu yapılmaktadır. Özellikle ilaca direnç gösteren epilepsi türünün sağlıkla alakalı yaşam kalitesinde önemli oranda düşüşe neden olduğu bilinmektedir.

Epilepsi hastası bireylerin büyük çoğunluğu, sahip oldukları niteliklere rağmen iş sahibi olamamakta, çalışabildikleri takdirde ise epileptik olmayan çalışanlara göre daha düşük bir mevkiye ve maaşa sahip olmaktadır. Bu davranış şekilleri hastaların sosyal yaşamdan uzaklaşmasına sebep olmaktadır. Bunlara ek olarak, epilepsi tanısıyla birlikte meydana gelen stigma, hastanın çalışmaya ve sosyalleşmeye yönelik motivasyonunu düşürmektedir. Dışarıdan görülebilen nöbetler, bireye bazı ekstra kısıtlamalar getirmekte (halka açık yerlere gitmek istememek vb.), bu kısıtlama da hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Hastalar çevresindeki insanların yanında nöbet geçirme konusunda korku yaşamaktadır. Bu korku hastaları insanlarla sosyal paylaşımlarda bulunmamaya sevk etmektedir. Bunun sonucunda hastalar sosyal yaşamdan uzaklaşmaktadır. Yapılan araştırmalara göre, yetişkin epilepsi hastalarının yaşam kalitesi toplumun genelinin yaşam kalitesine oranla daha düşüktür (Yeni 2014, 13-18).

Epileptik bireylerde gözlenen evlenme ve çocuk sahibi olma seviyelerinin düşüklüğü, hastanın yaşam kalitesine doğrudan etki eden sosyal faktörlerdendir. Bunun en önemli sebebi hastalık ile ilgili bilgi sahibi olmama ve hastalara önyargılı davranma olarak gösterilebilmektedir. Toplumda damgalanma ile ilişkili olarak özellikle sağlıklı bireyler ile epilepsili bireyler arasında evlenme hususunda çekimser kalma veya reddedici bir tavır sergileme söz konusu olabilmektedir.

Epilepsi, gerek nöbet esnasında ortaya çıkan bilinç kaybı ve davranış değişiklikleri bakımından gerekse de nöbet sonrasında fark edilen yaralanmalar bakımından ve özellikle de nöbetin her an olabilme ihtimalinden dolayı psikiyatrik ve kognitif bozukluklara sebep olmaktadır. Bu sebebiyet aslında toplumun nöbet geçiren ya da geçirme ihtimali bulunan epilepsi hastalarına bakış açısıyla ilgilidir. Toplumun bu bakış açısı ile epilepsi hastaları iş kaybı ve arkadaş kaybı yaşamaktadır. Bu kayıplar ve dışlanma ile epilepsi hastalarında depresyon görülmesi olası hale gelmektedir. Hastalar sosyal yaşamdan, arkadaş çevresinden, iş hayatından uzaklaşmakta olup yalnız kalmayı tercih edebilmektedir (Neze 2006, istanbulsaglik.gov.tr).

Au ve arkadaşları (Au ve diğerleri 2002, 50-57) tarafından yapılan çalışmalar, kontrol duygusu kaybının yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini belirlemiştir.

Bu durum, nöbetleri kontrol altına kolay alınamayan hastalarda hayatlarını kontrol edememe ve umutsuzluk duygusu şeklinde ortaya çıkmaktadır. Umutsuzluk, yaşam kalitesini düşüren ana unsurlardandır. Umudu tükenen insan hedefleri ve istekleri ile ilgili plan yapmaktan ve çabalamaktan vazgeçer. Bu durum bireyleri toplumdan ve sosyal ortamlardan uzaklaştırmaktadır.

Epilepsi, psikososyal alan ve yaşam kalitesi üzerine doğrudan etki eden bir hastalıktır. Yapılan araştırmalar epilepsinin bağımlılık gelişimine, sosyal işlev bozukluklarına, düşük benlik saygısına sebep olduğunu ortaya koymuştur. Bunun sonucunda epilepsili bireyler sosyal ilişkiler kurmada ya da sürdürmede zorluklar yaşamaktadır. Bu durum daha sonra yalnızlık duygusu, depresyon, anksiyete ve davranış sorunlarına sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda epileptik nöbet geçirme zamanının kişinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu gözlenmektedir. Yakın zamanda nöbet geçiren bireylerin daha geçmiş tarihte nöbet geçiren bireylere göre yaşam kalitelerinin düşük olduğu gözlenmektedir. Bununla birlikte bazı çalışmalarda yaşam kalitesinin geçirilen nöbetin tipi ve sıklığı ile ilişkisinden bahsedilmektedir. Tonik-klonik nöbet geçiren bireylerle absans nöbet geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin aynı oranda etkilenmesi beklenmemektedir. Özellikle tonik-klonik nöbet geçiren bireylerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğu gözlenmektedir. Bu da tamamen geçirilen nöbetin şiddeti ile ilgilidir(Neze 2006, istanbulsaglik.gov.tr).

3.2.Nöbet Kaygısı

Bireyler kronik hastalık tanısı ile karşı karşıya kaldıklarında duydukları endişe birçok sebep içermektedir. Bunların en önemlilerinden biri de kendine yetememe/başkasına bağımlı olma korkusudur. Bunun yanı sıra toplumda damgalanma en önemli psikososyal sorundur. Bundan dolayı hastaların çoğu hastalığını gizlemektedir. Stigmatizasyona maruz kalan bireyler toplumda “normal insan” sınıfından ayrılmış olarak kendilerini görmektedir. Etiketleme ile karşı karşıya kalan epilepsi hastalarına toplumda saygı azalmaktadır. Bireyler bu kaygılar ile birlikte hastalıklarını genellikle saklamaktadır(Çam ve Bilge 2010, 94; Özdemir ve Taşçı 2013, 59).

Epilepside stigmatizasyon ve nöbetler, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan birçok sıkıntıya neden olmaktadır. Bu sıkıntılar bireylerin aile yaşamını, iş hayatını, sosyal yaşamını olumsuz etkilemektedir. Yapılan araştırmalara göre epilepsi hastası

bireylerin %50'sinde ciddi mesleki problemler yaşanmaktadır. Bireyler hastalığına göre meslek seçmek zorunda kalmaktadır. Hastalığa göre meslek seçme hususunda bazı meslekler epilepsili bireylerin yapmaması gereken işleri kapsamaktadır. Ancak bunun yanı sıra bireyler stigma ile de iş yaşamından uzak kalmaktadır(Özdemir ve Taşçı 2013, 59). Stigma epilepsili bireylerin yaşam standartlarının değişmesi ve zorlaşması ile birleştiğinde bireylerde hayata umutsuz bakma ve depresyon gibi durumlara sebep olmaktadır. Epilepsi hastalarında anksiyetenin yaygın oluşu stigma varlığı ile doğrudan ilişkilidir(Neze 2006,istanbulsaglik.gov.tr).

Gelişmiş ülkelerde epileptik bireyler ayrımcılığa maruz kalmaktan kaygılanırken, gelişmekte olan ülkelerde yaşayan epileptik bireyler ise yaşanmış gerçek ayrımcılık deneyimlerinden kaynaklı kaygılar yaşamaktadırlar. Bu nedenle stigmatı azaltmak için yapılan müdahalelerde bu iki olguya önem vermek gerekmektedir (Jacoby ve diğ. 2005, 171-178).

Epilepsi hastaları herhangi bir zamanda herhangi bir yerde nöbet geçirme ihtimallerinden dolayı korku içerisinde yaşamaktadır. Bu korku hastanın kendisine yardım edilemeyeceğinden, ölme ihtimalinden, çevredeki insanların karşısında düşeceği durumdan dolayı yaşayacağı utanma duygusundan kaynaklanmaktadır. Bu durum hastaları sosyal izolasyona zorlamaktadır. Epilepsi hastaları kendilerini güvende hissetmedikleri ortamlarda bulunmamaya özen göstermektedir(Gülay 2014, 21-22).

i. İktal Korku Ve Anksiyete

Korku ve anksiyetenin en çok görüldüğü nöbet tipi basit parsiyel nöbetlerdir. Bu nöbetleri yaşayan hastalardaki korku ortalama %10-15 civarında görülmektedir. Bu korku genellikle panik atak ile karıştırılmaktadır. Aralarındaki fark ise panik atak uzun süreli stereotipik iken iktal korku kısa süreli ve paroksismaldir(Neze2006,istanbulsaglik.gov.tr).

ii. İnteriktal Korku Ve Anksiyete

Epilepsi hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri anksiyete ve anksiyetelerden en sık görüleni ise interiktal anksiyetedir. İnteriktal anksiyete

kalıcı olma konusunda daha etkilidir. İnteriktal dönemde yaşanan bu anksiyete kişinin kendisine zarar vermesine kadar gidebilmektedir(Çınar ve ark. 2012,researchgate.net)

3.3.Epilepsi Ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete belirtileri epilepsi hastalarında sıklıkla görülmektedir. Konu ile ilgili nadir yapılan araştırmalardan biri de Kore'ye aittir. Bu araştırmada, anksiyete bozukluklarının epilepsi hastalarının yaşam kalitesini düşürdüğü belirlenmiştir. Henüz tümüyle bilinmemekle birlikte epilepside anksiyete bozukluklarının değişken semptomlarla karakterize olduğu düşünülmektedir. Nöbet kaygısına odaklı anksiyete bozuklukları yaşa, ortama, premorbid özelliklere göre değişiklik gösterebilir. Örnek olarak başkalarının yanında nöbet geçirme ile alakalı anksiyete belirtileri, sosyalleşmekten kaçınma ile sonuçlanabilmektedir. Epileptik çocuklarda anneden veya evden uzaklaşma halinde nöbet geçirme yönünde gelişen anksiyete belirtileri, ayrılık anksiyetesi başlığında değerlendirilebilir (Beyenburg ve diğerleri 2005, 161-171, Ekinci ve Toros 2013, 60-77).

3.4.Risk Faktörleri

Epilepside en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan olan anksiyetenin ortaya çıkmasına hastalık ile hastanın kendisi ve çevresi ile ilgili birçok sebep gösterilebilmektedir. Öncelikle epilepsi epileptik nöbetler içeren bir tablodur ve bu nöbetlerin zamanı belli olmamaktadır. Bu sebeple hastalar daima bir kaygı yaşamakta ve nöbet geçirme korkusu ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastalar nöbet geçirdiği zaman yanında bulunan kişilerin kendisine yardım edemeyeceğini düşüncesi ile sonucunun ölüm olabileceği bir tablodan korkarak hayatlarını sürdürmeye çalışmaktadır.

Epilepsi hastalarında anksiyeteye sebep olan ve hastaların yaşam kalitesini düşüren en önemli hususlardan biri de damgalanma korkusudur. Hastalar toplum içerisinde nöbet geçirdiğinde hem kendilerine yardım edilemeyeceğinden hem de toplumda bir damgalanmaya maruz kalmaktan korkmaktadırlar. Toplumun geneli hastalıkla ilgili eksik ve yanlış bilgiye sahiptir. Hastalığın bulaşıcı olduğunu düşünen veya epilepsi tanısı almış olan ancak başka hiçbir hastalığı veya engeli bulunmayan hastalara engelli gözü ile bakan ve aynı zamanda hastalığın öğrenmeye engel

olacağına inanan insanlar oldukça yaygındır. Toplumsal bilgilendirme ve mevcut bakış açısını değiştirme gibi girişimler ile hastaların anksiyete ve yaşam kalite düzeyleri olumlu hale gelebilecektir.

3.5.Hastalığın Psikososyal Etkileri

Epilepsi hastalığı tedavi sürecinde bireylere bazı sorumluluklar yüklemektedir. Bunların en önemlileri antiepileptik ilaçların düzenli kullanımı, düzenli yaşam, düzenli kontrollere gitme ve geçirilmesi mümkün olabilen nöbetlere her an hazırlıklı olabilmektir. Tüm bu sorumlulukları üstlenmek zorunda kalan bireylerin yaşam kalitesinde düşüş ve aynı zamanda kaygı seviyelerinde artış gözlenmektedir. Epilepsi hastalarında görülen psikolojik ve bilişsel sorunlar yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olmaktadır (Uysal ve Ercan dergipark.ulakbim.gov.tr, Ünal ve Saygı 2005, 40-45). Hastaların yaşam kalitesinde düşüş gözlenmesinin diğer bir önemli etkeni de nöbetlerin tekrarlama ihtimalidir. Epilepsili hastaların sağlık ve özgürlüklerini telafisiz biçimde yitirdiklerine inanmaları, ölüm korkusu yaşamaları, hastalığın kronik oluşu ve kaygı düzeyleri, akut veya kronik strese sebep olabilmektedir. Yapılan araştırmalar, epilepsi nöbetleri ve hastanın stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir (Uysal ve Ercan dergipark.ulakbim.gov.tr, Suurmeijer ve diğerleri 2001).

Epilepsi hastalığı ile ilgili farklı alanlarda bildirilmiş farklı görüşler mevcuttur. Hastalığın tıbbi boyutu ele alındığında; tedavi ve bakım sürecinde psikolojik sorunların yaşanmasının büyük çoğunlukla muhtemel olduğu üzerinde durulmaktadır. Hastalığın sosyal boyutu ele alındığında ise hastaların içinde bulunduğu çevreden etkilenmesinin ve hastalıkla baş edebilme hususunda çevrenin etkisinin önemli olduğu düşünülmektedir. Sosyal, biyolojik ve psikolojik alanlardaki iyileştirme ve epilepsi hastalarının çevreden gördüğü destek ile psikososyal durumunun iyileştiği üzerinde durulmaktadır. Bu bakış açısına göre toplumun epileptik bireylere bakışını ve tavrını değiştirmesiyle epileptik bireylerin topluma tümüyle dâhil olabilmelerini sağlayarak toplum içindeki konumlarını ve fonksiyonlarını yükselteceği düşünülmektedir (Suurmeijer ve diğerleri 2001, Görgülü ve Fesci 2011, 27-32, Uysal ve Ercan dergipark.ulakbim.gov.tr). Epilepsi hastalığının doğası genellikle belirsizdir ve bu yönüyle hastaların birçok psikososyal problem yaşamasına neden olmaktadır.

Özellikle nöbetlerin ne zaman geleceği ve ne şekilde olacağı hususundaki belirsizlik kişilerde psikososyal bozukluk gelişmesine sebep olabilmektedir(Uysal ve Ercan dergipark.ulakbim.gov.tr). Aynı zamanda hastanın akademik başarısında düşüş, ailenin ve çevrenin gösterdiği desteğin yetersizliği, kronik hastalık hali, toplumun epilepsiye dair negatif fikir ve tavırları psikososyal problemlere sebep olan diğer unsurlardır (Raguraman ve Wadoo 2006, 248-250).

Epileptik bireylerde en sık gözlenen psikososyal sorunlar; sosyal izolasyon, sosyal adaptasyon problemleri, öz saygıda düşüş, okul başarısında düşüş, iş bulma konusunda zorluklar, sosyalliğin ve evlilik yaşantısının bozulmasıdır. Epileptik nöbetler ile ortaya çıkan bilinç kaybı, düşme gibi durumlar bireyin günlük işlevlerine etki edebilir, mesleki ve sosyal işlevselliğini azaltabilmektedir. Özellikle epileptik bireylerde sosyal uyumla alakalı sorunlar yaşandığı bilinmektedir. Epileptik hastalarda psikososyal sorunlar, genel popülasyondan daha fazla görülmektedir (Suurmeijer ve diğerleri 2001, Oto ve diğerleri 2004, 210-214, Görgülü ve Fesci 2011, 27-32). Bu problemlerin ana sebebi nöbetlerdir. Nöbetler arası geçen süre uzun dahi olsa epileptik bireyler devamlı olarak yeni bir nöbet geçirme kaygısı yaşarlar. Tekrar eden nöbetler, hastanın eğitim ve öğretim hayatını, iş yaşantısını, araç kullanmasını, aile ve sosyal ilişkiler kurmasını ve geliştirmesini engelleyebilmektedir(Oto ve diğerleri 2004, 210-214, Uysal ve Ercan dergipark.ulakbim.gov.tr).

Yapılan bir araştırmaya göre iyi kontrol edilememiş epilepsi hastalarında sağlıklı bireylere oranla iş ve evlilikle alakalı problemlere daha az rastlandığı, sadece birkaç epilepsi hastasında sosyal aktivitelerin sınırlandığı, yalnız yaşayan epilepsi hastası sayısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir(Görgülü ve Fesci 2011, 27-32). Agarwal ve arkadaşlarının çalışmasına göre, epilepsi hastalarında evlilik oranı düşük, boşanma oranı yüksektir (Agarwal ve diğerleri 2006, 409-415). Kimi araştırmalar, yoğun duygusal stresle alakalı olarak hasta ailelerinde boşanma oranının ve duygusal destek ihtiyacının daha yüksek olduğunu göstermektedir(Hung 2009, 15-17, Hills 2007, 10-12). Morrell and Flynn tarafından yapılan çalışmada epileptik kadın hastalar, sağlıklı kontrol grubuna oranla cinsel yaşamları ile ilgili olarak daha fazla sorun yaşamaktadır. Buna sebep olarak cinsel dürtülerin düşük olması ve bireylerde gözlenen depresyon durumunun varlığı belirtilmektedir (Uysal ve

Ercandergipark.ulakbim.gov.tr). Epileptik hastalarda sosyal problemler, özellikle anksiyete bozuklukları, depresyon gibi ruhsal sorunlar ile alakalı olabilmektedir. Epileptik bireylerde majör depresyon başta olmak üzere psikiyatrik bozukluklar ve intihar girişimleri sağlıklı bireylere oranla daha sık görülmektedir (Gilliam ve diğerleri 2004, 28-33, Uysal ve Ercan dergipark.ulakbim.gov.tr).

Epilepsi, hastanın ailesinin yaşantısını da negatif yönde etkilemektedir. Çocukların epilepsi tanısı alışıını kabul etmek, aileler için zorlayıcı bir durum olmaktadır. Hastalık, hastanın ailesi üzerinde önemli seviyede psikolojik strese sebep olmaktadır (Hills 2007, 10-12). Epileptik hastaların ailelerinde epilepsi hastalığına dair bilgi eksikliğinin varlığı, kullanılan antiepileptik ilaçların yan etkileri, gündelik yaşamlarının ve uzun vadeli geleceklerinin etkilenmesi gibi konular, kaygıya ve psikolojik şiddete sebep olmaktadır. Çocuğu epilepsi hastası olan anneler, bu durumun gebelikte yanlış bir şey yapmalarından kaynaklandığını düşünerek kendilerini çocuklarına karşı suçlu hissetmekte ve suçluluk duygusuyla utanmaktadırlar. Çin’de yapılan bir araştırma sonucunda, epilepsili hastaların ailelerinin %70’inin epilepsi hastalığının yönetimi ile ilgili, %55’inin epileptik çocuklarının psikolojik gereksinimleri ile ilgili bilgi eksikliği yaşadıkları ve %22.6’sının depresif belirtiler taşıdığı tespit edilmiştir (Hung 2009, 15-17, McEwan ve diğerleri 2007, 13-19, Uysal ve Ercan dergipark.ulakbim.gov.tr).

Epilepsinin hastalıktan kaynaklı olduğu gibi, sosyal çevreden kaynaklanan etkileri de vardır. Hastalığın psikososyal sonuçları, epilepsinin direkt etkilerinin yanı sıra sosyal çevrenin hastalığı ne şekilde algıladığı ile de alakalıdır. Zira toplumda epileptik hastalara yönelik sosyal damgalamaya sıklıkla rastlanmaktadır (Suurmeijer ve diğerleri, 2001). Buna ek olarak çağımızda hemen hemen her ülkede epilepsi halen hastalık olarak değil, mistik doğaüstü düşüncelerle yorumlanmaktadır. Türkiye’de de durum farklı değildir ve bu nedenle hastalar sıklıkla hocalara gitmekte, muska takmak gibi yöntemlerle hastalıktan korunmaya çalışmaktadır. Bu tip yanlış algılar, hastalara yönelik önyargı, sosyal hayatta maruz kalınan damgalanma ve ayrımcılık gibi durumlar, hastaya hastalığın kendisinden daha çok zarar vermekte ve stres yaratmaktadır (Şenol ve diğerleri 2009, 21-31, Şenol ve diğerleri 2011, 95). Toplumun epilepsi hastalarına karşı olan ön yargısı ve tavırları, hastayı sağlık çalışanlarından ve sosyal çevreden uzaklaştırabilir (Suurmeijer ve diğerleri 2001, McEwan ve diğerleri

2007, 13-19). Bu sebeple 1997 senesinde epilepsiyle alakalı yanlış değer yargılarıyla mücadele edebilmek için Dünya Sağlık Örgütü; “Epilepsiye Karşı Uluslararası Lig ve Uluslararası Epilepsi Bürosu” gibi uluslararası kuruluşlar tarafından “Epilepside Küresel Aydınlanma” kampanyası başlatmıştır (Şenol ve diğerleri 2009, 21-31, Şenol ve diğerleri 2011, 95). Thacker ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2008) Danimarka, Amerika gibi gelişmiş ülkelerde epilepsi ile ilgili farkındalık yaratmak adına düzenlenen eğitimlerin, bireylerin hastalara ve hastalığa karşı sergiledikleri olumsuz tavrı değiştirdiği, gelişmekte olan ülkelerde ise toplumsal eğitimlerin üzerinde yeterince durulmamasından dolayı sergilenen olumsuz tavrın değişmediğisaptanmıştır(Thacker ve diğerleri 2008, 684-690, Uysal ve Ercan dergipark.ulakbim.gov.tr). Bu nedenle epileptik bireylerin toplum içerisindeki işlev ve pozisyonlarını korumak ve toplumun epilepsiye dair görüşlerini değiştirmek adına mücadele verilmeli ve hastaların tedavilerine olanak sağlanmalıdır(Thacker ve diğerleri 2008, 684-690).

Epilepsi hastalığının tedavisinde kullanılan yöntemler hastaların nöbet geçirmemesine yönelik olduğundan dolayı hastaların yaşam kalitelerinin artması hususunda da oldukça önemlidir. Epilepsi hastalarına uygulanan farmakolojik ve cerrahi tedaviye ek olarak eğitimsel ve psikolojik uygulamaların da hastalığın psikosoyal boyutları üzerinde büyük önemi ve etkisi vardır. Yapılan bazı araştırmalar, psikolojik girişimlerin epileptik hastalarda nöbet sıklığı ve stres oranlarını azalttığını göstermekte iken bazı araştırmalar ise psikolojik girişimlerin nöbet oluşumu üzerine açık bir etkisi olmadığı yönünde sonuç vermektedir.

Epilepsi hastalarına yönelik sosyal damgalama, hastanın aşırı korunması, ailenin eskiden gelen inanç ve fikirleri, hastanın ailesinin hastaya olan yaklaşımlarını ve ilişkilerini etkileyen çok güçlü etkenlerdir (Çam ve Bilge 2013, 94). Bu sebeple epileptik hasta ailelerinin epilepsi ile ilgili bilgi, beceri ve destek ihtiyaçlarının tespit edilmesi önemlidir (Görgülü ve Fesci 2011, 27-32). Epilepsi hastası çocuğa sahip olan ailelerin genetiğin epilepsiye etkisi, antiepileptik ilaçların etkileri gibi konularda doktor veya hemşireler tarafından bilgilendirilmesi, yaşadıkları kaygı ve suçluluk duygularını giderme açısından faydalıdır. Epilepsi hastası gebelerin de hamilelik sürecinde sık sık izlenmeleri, ilaç kullanımları, epilepsinin ve tedavinin gebeliğe ve bebeğe etkisi gibi konularda bilgilendirilmesi önemlidir. Zira hamilelikten kaynaklı

gelişen psikolojik ve bedensel değişimlerin yarattığı stres, nöbet gelişimini ve sıklığını etkileyebilmektedir. Yine epilepsi hastası olan hamile kadınlar, diğer hamilelere oranla anne ve bebekte oluşabilecek birçok olumsuzluk ile daha fazla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu olumsuzluklar mevcut epilepsi hastalığından ve tedavisinden kaynaklı ortaya çıkabildiği için hastalarda ilaç kullanımı ile ilgili problemler, stres, kaygı, anksiyete bozuklukları, korku gibi sıkıntılara rastlanmaktadır. Bu sebeple sağlık görevlilerinin epilepsi hastası olan hamile kadınları, gebelik boyunca ve sonrasında nöroloji doktorunun düzenli takibi ile düzenli ilaç kullanmaları ve gebeliğin epileptik nöbetlere etkisi yönünde bilgilendirmeleri çok önemli ve gereklidir (Uysal ve Ercan dergipark.ulakbim.gov.tr, Görgülü ve Fesci 2011, 27-32).

Epilepsi hastalığının tedavi ve bakım sürecinin etkin olarak işlemesi için hasta ve ailesi ile sağlık görevlileri arasındaki iletişim oldukça önemlidir. Ancak yapılan araştırmalara göre olması gereken bu çoklu iletişimin genellikle yetersiz kaldığı belirlenmektedir. Bu iletişim eksikliğinin özellikle epilepsi tanısı çocuk yaşta konulan bireylerde, yetişkinlik döneminde tanı alan bireylere oranla daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Epileptik hastaların tanıyı ilk aldıkları andan itibaren; tanı ve tedavi, rutin yaşantısında dikkat etmesi gereken durumlar, hastalıkla alakalı sosyal damgalanma gibi konularda bilgilendirilmemesi hastanın ve ailesinin hastalıkla baş etmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple epilepsi hastalığının yönetiminde hastanın ve ailesinin desteklenmesi ve bilgilendirilmesi önemlidir (Ridsale ve diğerleri 2003, 69-73, Uysal ve Ercan dergipark.ulakbim.gov.tr).

Gelişmiş ülkelerde epilepsi hastalığının yönetimi ile ilgili yaşanan en önemli problemlerden biri de epilepsi hastalarının iş ve meslek yaşamındaki aksaklıklardır. Hastalar epilepsi hastalığı ile birlikte sahip olduğu mesleki becerilerini yitirebilmekte ve bazı mesleki sorumlulukların üstesinden gelemeyebilmektedir. Bu durumda önemli olan mesleki rehabilitasyonun sağlanmasıdır. Bunun sağlanmasında sağlık görevlilerine, hastanın sosyal çevresine ve ailesine önemli görev düşmektedir. Yapılan araştırmalar epilepsi hastalarının kendilerini hastalık hakkında bilgilendiren hemşirelerde, doktorlara göre daha memnun olduklarını göstermektedir. Bunun temel sebebi olarak hemşirelerin hastaya doktorlara oranla daha fazla zaman ayırıyor olmalarıdır (Ridsale ve diğerleri 2003, 69-73, Uysal ve Ercan

dergipark.ulakbim.gov.tr). Sonuç itibariyle, sağlık görevlilerinin toplumun, hasta ailesinin ve yakın çevresinin epileptik hastaların yaşadıkları problemleri tanıyabilmesi ve başa çıkma yöntemlerini bilmesi önemlidir (Oto ve diğeri 2004, 210-214). Sağlık görevlilerinin epilepsi hastası yetişkinlerin hastalıkla alakalı bilgi seviyelerini, hastalığı algılama biçimlerini, tedaviye uyumlarını belirleyen faktörleri değerlendirerek, epilepsili hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını planlamaları gerekmektedir. Bu amaçla hasta, aile ve sağlık görevlileri arasında işbirliği yapılması, epilepsili hastaların psikososyal problemlerinin giderilmesi ve hayat kalitelerinin artırılması açısından önemlidir (Bek ve diğeri 2009, 71-77).

Kesin olarak bilinmektedir ki, epilepsili hastalarda nöropsikolojik sorunların çözülmesinde uygun tedavinin düzenli uygulanması ile ilişkili olarak nöbetlerin daha aza indirilmiş olması ve bunun yanında psikiyatrik tedavi yaklaşımları ile hastanın hayat kalitesi arttırılacaktır. Ruhsal bozuklukların epilepsili hastanın yaşam kalitesine ek olarak epilepsi tedavisi açısından da negatif sonuçlar doğurabileceği bilinmektedir. Hastalar tedavi edilirken hayatın her aşamasında olması gerektiği gibi bir bütün olarak ele alınmalı ve psikiyatrik problemlerin giderilmesi açısından desteklenmelidir.

Epilepsi duygusal ve psikososyal açıdan hasta ve çevresinin hayatını etkileyebilen tıbbi bir sorundur. Epilepsi hastalarında nöbetlerden kaynaklanan kazalar, fiziksel hastalıklarda artış, kaygı, depresyon, anksiyete gibi problemler, öz saygıda azalmaya, ümitsizliğe, agresif tavır sergilemeye, cinsel problemlere, eğitim başarısında düşüşe, işsizliğe ve yaşam kalitelerinin azalmasına sebep olabilmektedir. Epileptik bireyler, çevrelerinin hastalık üzerine yoğun biçimde odaklanmaları sebebiyle yoğun bir strese maruz kalabilmektedir. Bu nedenle hastalığın yönetiminde, hastanın hayatının psikososyal ve duygusal yönlerini de düşünmek önemli ve gereklidir.

Epilepsi üzerine yapılmış hemen hemen bütün tanımlarda da belirtildiği üzere hastalık kronik nörolojik bir hastalıktır. Hastalığın kronik olmasından da anlaşıldığı gibi uzun süreli tedavi ve bakım gerektirmektedir. Bu süreçte düzenli ilaç kullanılması, yaşam standartlarının değişmesi, hastaların sosyal çevreden uzaklaşması gibi durumlar göz önünde bulundurulduğunda hastalar, epilepsinin yanı sıra psikiyatrik sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadır. Hastaların tedavi ve bakım

sürecinde yaşadığı olumsuzlukların ana sebebi kaygıdır. Hastalar kaygılandıkları durum ve hislerini açıkça ifade etmemekte ve dolayısıyla dışarıdan gelebilecek destek ve yardımlara kendilerini kapamış olmaktadır. Bu durum hastalarda içe dönme, yalnızlık duygusuna kapılma, sosyal ortamlardan kendini izole etme gibi durumlara sebep olmaktadır. Birbiri ile doğrudan ilişkili bu olumsuz duygu ve düşünceler bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Araştırmalara göre sosyo-ekonomik durumun düşük olması, depresyon, uyku bozuklukları ve nöbet sıklığı, büyük oranda kaygıya sebep olmaktadır. Bu faktörlerin bilinmesi, tedavi başarısı ve yaşam kalitesinin artırılması için önem taşımaktadır. Ekonomik düzeydeki artış, tedavi imkânlarından daha çok faydalanma, özgüven kazanma, iş sahibi olma ve sosyal desteğin artışı ile kaygı düzeyini düşürerek yaşam kalitesini artırmaktadır (Yaşar ve diğerleri 2014).

Bazı vakalarda hastalığın kronikleşmesi, kaygı oranını arttırırken, bazılarında hastanın ilk aylardaki zorluklara alışması ve uygun tedavi sonucunda nöbetlerinin azalması kaygı oranını azaltmaktadır. Bu sebeple hastalık süresi, kaygı ve yaşam kalitesi üzerinde tek başına bir belirleyici olarak görülmemektedir. Hastalığın süresinden çok daha önemlisi bu süre içerisindeki hastalığın seyridir. Nöbetlerin sık ya da nadir olarak görülmesi hastaların yaşam kalitesinde ve kaygı düzeylerinde olumlu ya da olumsuz etkilere sahiptir.

Yapılan araştırmaların bir kısmı (Alanis ve diğerleri 2005, Dijibuti ve diğerleri 2003, Villanueva ve diğerleri 2013, Sillanpaa ve diğerleri 2004) nöbetlerin sık olmasının hayat kalitesini düşürdüğünü gösterirken, bazı araştırmalar da (Tracy ve diğerleri 2007, Johnson ve diğerleri 2004, Boylan ve diğerleri 2004) nöbet kontrolünün daha kısıtlı bir etkisi olduğu bilgisi ile sonuçlanmıştır. Nickel ve arkadaşları (Nickel ve diğerleri 2012), iki senedir nöbetleri süregelen hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde yer alan “nöbete ilişkin kaygılar” ve “ilaç etkileri” alt maddelerinden daha fazla etkilendiklerini tespit etmişlerdir. Bununla birlikte son bir ay içerisinde ne sıklıkla nöbet geçirdikleri konusunda değerlendirilen hastalarda sık nöbet geçiren hastaların kaygı ve tükenmişliklerinin az sıklıkla nöbet geçirenlere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sık nöbet geçiren hastalarda uyku bozuklukları daha yüksek orandadır. Birçok hasta, gündüz saatlerinde aşırı uykulu

olmakta, yorgunluk ve uyku bölünmesinden şikayet etmektedir. Bu belirtiler, antiepileptik ilaçlar ve nöbetlerle ilişkilidir. Epileptik bireylerde uyku bozuklukları ile nöbet kontrolü yetersizliği arasında resiprokal bir ilişkinin varlığı bilinmektedir (Bazil 2003, 39-45, Bazil 2004, 339-345, Yaşar ve diğerleri 2014, Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Mollaoğlu ve ark. 2015, 289-295). Sık aralıklı geçirilen nöbetler, hastaların sosyal aktivite ve iş yaşamlarını kesintiye uğratmakta, bu sebeple hastada nöbet kaygısı ortaya çıkmaktadır. Gece gelen nöbetler, hastanın uyku kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Uyku bozuklukları ve kaygı durumunun birbirini tetiklediği ve yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir. Huang ve arkadaşları (Huang ve diğerleri 2011, 228-233), kaygı ve depresyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini tespit etmiştir (Yaşar ve diğerleri 2014).

Alanis-Guevara ve arkadaşları uyku bozukluğu ve düşük yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki tespit ederken, depresyonun yaşam kalitesini etkilemediğini dile getirmişlerdir. Weerd ve arkadaşları parsiyel epilepsi hastalarının yaşadığı uyku bozukluğunun, hayat kalitesinde düşüşe neden olduğunu saptamışlardır. Xu ve arkadaşları en az iki antiepileptik ilaç kullanan ve nöbetleri parsiyel başlangıçlı olan epilepsi hastaları üzerinde bir araştırma yapmışlardır. Bu araştırmaya göre bahsedilen özellikleri taşıyan ve aynı zamanda uyku bozukluğu olan hastaların yaşam kalitelerinde olmayanlara oranla düşüş gözlenmektedir. Aynı hasta grubunda yapılan araştırma sonucuna göre bahsedilen özellikleri taşıyan ve aynı zamanda anksiyete ve depresyonu olan hastaların olmayanlara oranla daha fazla uyku problemi yaşadıkları belirlenmiştir. Lannon ve arkadaşları da epilepsi hastalarının %37'sinde kötü uyku kalitesi gözlemişlerdir (Yaşar ve diğerleri 2014).

Bazı araştırmalar, nöbet sıklığının kaygıyı ve depresif belirtileri artırdığı (Tracy ve diğerleri 2007) ve nöbetsiz hastalarda sık nöbet geçirenlere oranla daha az majör depresyon gözlemlendiği bulunmuştur (Yaşar ve diğerleri, 2014). Sık nöbet geçiren hastalarda kaygılanma, tekrar nöbet geçirmekten korkma ya da nöbet esnasında olabileceklerden dolayı endişelenme olası durumlarıdır. Aynı zamanda sık nöbet geçiren hastalar nöbetlerin bitmeyeceği ve hayatının böyle devam edebildiği kadar devam edeceği düşüncesine kapılarak depresif belirtiler gösterebilmektedir.

Epilepsi hastalarında sosyo-ekonomik durum, sık nöbet aralıkları, depresyon ve uyku bozukluklarının varlığı yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır. Nöbet kaygısı ve anksiyete, yaşam kalitesini en çok etkileyen unsurlardır. Nöbetlerin sık olması uyku bozukluğunu artırmakta bu durum da depresif belirtileri ağırlaştırmaktadır. Böylelikle kaygı düzeyi de doğrudan etkilenmektedir. Bu sebeple hastalarda uyku bozuklukları ve depresif semptomların tanınması ve tedavisi, hastalara tıbbi tedaviye ek olarak sosyal destek sağlanması, hayat kalitesini ve tedavi başarısını artırmaktadır (Yaşar ve diğerleri 2014).



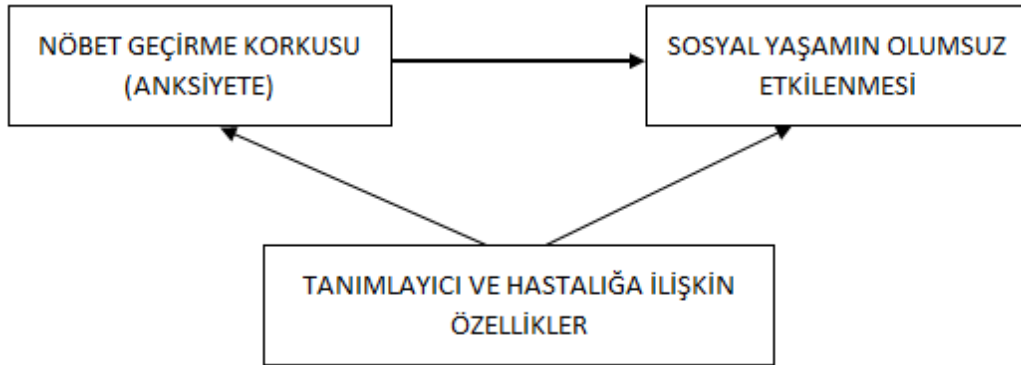
İKİNCİ BÖLÜM

EPİLEPSİ HASTALARINDAKİ NÖBET GEÇİRME KORKUSUNUN SOSYAL YAŞAMLARINA ETKİSİ ARAŞTIRMASININ MODELİ VE YÖNTEMİ

Epilepsi hastaları üzerinde yapılan bu çalışmada hastaların tanımlayıcı özellikleri ile hastalıklarına ilişkin özellikler, nöbet geçirme korkuları ve sosyal yaşamlarının etkilenme durumları incelenmiştir.

1.ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma ilişkisel tarama modelinde tanımlayıcı olarak tasarlanmıştır. Araştırmada epilepsi hastalarının nöbet geçirme korkusu (anksiyitesi) ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesine yönelik mevcut durum ortaya konularak bu değişkenler arasındaki ilişki belirlenmiştir. Epilepsi hastalarının nöbet geçirme korkusu (anksiyitesi) ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesine yönelik şematik araştırma modeli aşağıda verilmektedir.



Şekil 1. Araştırma Modeli

Bu model araştırma boyu test edilecek ampirik modeldir. Araştırma modeline göre tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin özellikler tek yönlü olarak nöbet geçirme korkusu ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesini değişkenlerini etkilemektedir. Bununla birlikte sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi üzerinde tek yönlü olarak nöbet geçirme korkusunun etkisi mevcuttur.

1.1.Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacına yönelik test edilecek hipotezler aşağıda verilmektedir.

- H: Epilepsi hastalarında nöbet geçirme korkusunun (anksiyetesi) sosyal yaşam üzerine etkisi vardır.
- H: Epilepsi hastalarında nöbet geçirme korkusu tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin özelliklere göre farklılık göstermektedir.
- H: Epilepsi hastalarında sosyal yaşamın etkilenmesi tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin özelliklere göre farklılık göstermektedir.

1.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği Epilepsi Polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri epilepsi hastaları oluşturmaktadır. Son bir yıl içerisinde Epilepsi Polikliniklerine başvuran 2000 hasta olduğu ve 18 yaş üzeri hasta sayısının 1600 olduğu bilinmektedir. Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın(1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır.

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen $\pm$ örneklem hatasıdır

Şekil 2. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, $\pm$ % 5 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 1600 (1,96)^2 (0,1) (0,9) / (0,5)^2 (1600-1) + (1,96)^2 (0,1) (0,9) = 127$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmada onam alınan 182 epilepsi hastası üzerinde anket uygulanmıştır. Örneklem hacmi büyüdükçe örnekten elde edilen bulguların evren

için geçerliliğinin arttığı kabul edilir(İslamoğlu 2003, 150). Bu sonuçlara göre araştırmada elde edilen bulgular ile araştırma evren üzerinde genellenebilir.

1.3.Verİ Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı tanımlayıcı ve hastalığa ilişkin soru formu, Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesine Yönelik Anket ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Epilepsi hastalarına uygulanan anket 18 sorudan oluşmaktadır. Bu 18 soru 6 ana faktör altında toplanmıştır: Sosyal ve fiziksel aktivite engeli, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, eğitim ve meslekte zorlanma, yakın ilişkilerde zorlanma, huzursuzluk.

Hastalara hastalıklarını başkalarına söylemekten çekinip çekinmediği ve hastalığı öğrenen insanların kendilerinden uzaklaşacağını düşünüp düşünmediği sorulmuştur. Toplumda hastalığa bakış açısı ve hastalığa yönelik bilgi eksikliği ile insanlar epilepsi hastalarından uzaklaşabilmekte ve sosyal paylaşımları kısıtlayabilmektedir. Epilepsili bireyler sosyal dışlanma ile karşı karşıya kalmamak için hastalıklarını çevresindeki insanlara söylemekten çekinmektedir.

Araştırmaya katılan hastalara epilepsi hastası olduklarını özellikle biri ya da birilerinden saklamak isteyip istemediği sorulmuştur. Epilepsi hastaları özel yaşamında, eğitim öğretim hayatında ya da iş hayatında hastalıkla ilgili hastaya olumsuz bakış açısı edinecek ya da edinmesinden korktuğu insanlara hastalığını söylemekten çekinmektedir.

Hastalara nöbet geçirme ihtimali söz konusu olduğunda en güvendiği kişilerin aile üyeleri olup olmadığı sorulmuştur. Hastalar kendilerine müdahale etme hususunda ya da kendisinden uzaklaşma ihtimalinden dolayı en çok en yakınlarına güvenmektedir.

Hastalara nöbet geçirme korkularına yönelik olarak nöbet esnasında yanında bulunan insanların kendisine yardım edemeyeceğinden korkup korkmadığı sorulmuştur. Toplumun bilgi eksikliği epilepsi hastalarının bu tip korkular yaşamasına sebep olabilmektedir. Hastalar bir yardımda bulunulmadığında sonuçlarında neler olabileceği ile ilgili daha araştırmacı olmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların iş/meslek ve eş/sevgili seçimine hastalığın etkisi olup olmadığı sorulmuştur. Epilepsi hastalarının yapmasının sakıncalı olduğu

iş/meslek grubu olduğundan dolayı istedikleri her işle uğraşmaları mümkün olamayabilmektedir. Bu bağlamda işle uğraşma esnasında geçirilebilecek nöbetlerin doğuracağı sonuçlar veya nöbetleri tetikleyebilecek durumların iş/meslek grubu içerisinde yer alması önemli etkindir. Hastaların eş/sevgili seçimi ile ilgili olarak hastaların karşısındaki bireylerin kendilerinden uzaklaşması düşüncesi ve kişilerin çocuk sahibi olma ile ilgili olumsuz inanışları etkilidir.

Hastalara nöbet geçirdikten sonra fiziksel aktivitelerde yetersizlik yaşayıp yaşamadığı sorulmuştur. Epileptik nöbet sonrasında hastalarda vücuttaki kasılmalara bağlı olarak hem yorgunluk hem de güçsüzlük veya hareket kısıtlılığı gelişebilmektedir.

Araştırmaya katılan hastalara kendilerini güvende hissedecekleri ortamda bulunmaya özen gösterip göstermediği sorulmuştur. Hastalar nöbet geçirdikleri esnada daha farklı bir olumsuzluk yaşamaktan korkabilmektedir. Bu durum nöbet esnasında yalnız kalmayı, yardım alamamayı, yaralanmayı veya farklı kazalara sebep olmayı kapsayabilmektedir.

Hastalara farklı sorularda nöbet geçirme ihtimali göz önünde bulundurularak yapmak istediği sosyal aktivitelerden vazeçip vazgeçmediği ve bisiklet binmek, yüzmek gibi fiziksel aktivitelerden vazgeçip vazgeçmediği sorulmuştur. Bazı fiziksel aktiviteler epilepsi hastaları açısından oldukça risklidir. Aktivite esnasında geçirilen nöbet ile hastaların yaşamları son bulabilmektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak hastalar bu ve benzeri aktivitelerden uzak durabilmektedir.

Araştırmada hastalara hastalığı ile ilişkili olarak kurmaktan vazgeçtiği hayalleri olup olmadığı sorulmuştur. Toplumda yaygın olarak görülen durum göz önünde bulundurulduğunda eğitim öğretim hayatı ailesi tarafından hasta olduğu düşüncesiyle bitirilen bireylerin istedikleri meslekleri uygulayamaması hayallerinden vazgeçmesine örnek olarak gösterilebilmektedir.

Araştırmaya katılan hastalara nöbetleri tetiklediğini düşündüğünüz olay ya da durumların olup olmadığı ve bu durumların ortaya çıktığında paniğe kapılıp kapılmadıkları sorulmuştur. Hastalar yorgunluk, uykusuzluk ve sinirlilik hallerinin nöbeti tetikleyebileceğini düşünebilmektedir.

Hastalara son olarak nöbet geçirme korkusu ile eğitim öğretim veya iş hayatını aksattığı olup olmadığı sorulmuştur. Epilepsi hastaları sosyal ortamlardan nöbetlerle ilişkili olarak uzaklaşmayı tercih edebilmektedir.

Epilepsi hastalarında sosyal yaşamı değerlendirmeye yönelik ölçek ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur. Literatürde epilepsi hastalarının yakın ve yabancı çevrede güven duyguları, hastalık bilgisini başkalarıyla paylaşma veya gizleme, eğitim ve mesleki hayata etki, yakın ilişkilerin etkilenmesi, sosyal ve fiziksel aktivite zorluğu, nöbete bağlı huzursuzluklar yaşadığına ilişkin sosyal yaşamı etkileyecek durumlar yaşadıklarına ilişkin bilgilere rastlanmaktadır(Akdemir 2014, Epilepsi Rehberi 2007, Zararsız 2009, Görgülü ve Fesci 2011, Koç 2009, Soyuer ve Erdoğan 2011). Ölçekteki 18 maddenin güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık kat sayısı olan“Cronbach Alpha” hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenirliliği $\alpha=0.803$ olarak çok yüksek bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak için açıklayıcı(açımlayıcı) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ($p=0.000<0.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ($KMO=0.750>0,60$) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında varimax yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %62.45 olan 6 faktör altında toplanmıştır. Güvenirliliğine ilişkin bulunan alpha ve açıklanan varyans değerine göre ölçek adı ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşılmıştır. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı aşağıda görülmektedir.

Tablo 1. Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesine Yönelik Ölçek Faktör Yapısı

Boyut	Madde	FaktörYükü	Açıklanan Varyans	Cronbach's Alpha
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli (Özdeğer=4.362)	S13	0,792	15,327	0,782
	S10	0,606		
	S14	0,567		
	S15	0,546		
Yakın İlişkilerde Zorlanma (Özdeğer=1.987)	S12	0,831	13,239	0,807
	S4	0,736		
	S11	0,594		
	S5	0,577		
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma (Özdeğer=1.574)	S7	0,839	10,011	0,795
	S18	0,722		
Güvensiz Yaklaşım (Özdeğer=1.214)	S9	0,825	8,542	0,765
	S8	0,697		
Sosyal İzolasyon (Özdeğer=1.100)	S16	0,765	7,785	0,722
	S17	0,672		
Huzursuzluk (Özdeğer=1.005)	S1	0,856	7,546	0,757
	S6	0,830		
	S2	0,736		
	S3	0,729		
ToplamVaryans%62.45				

Ölçekteki faktörlerin puanları hesaplanırken faktördeki maddelerin değerleri toplandıktan sonra madde sayısına bölünerek (aritmetik ortalama) faktör puanları elde edilmiştir.

Araştırmada anksiyete belirtilerinin düzeyini belirlemek üzere 1988 tarihinde Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından geliştirilen Beck Anksiyete ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve öz bildirimleri 0 = hiç, 1 = hafif derece, 2 = orta derece ve 3 = ciddi olarak işaretlenerek puanlanmaktadır. Ölçekten toplam puan alınmakta ve ölçek puanı 0 ile 63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi anksiyete şiddetinin arttığını göstermektedir. Orijinal formun güvenirlik katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur (Beck ve ark 1988). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Ulusoy, Elkin ve Erkmen (1998) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlaması için Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin güvenirliği 0,90 olarak bulunmuştur.

1.4.Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.ÇALIŞMADA KULLANILAN ANALİZ YÖNTEMLERİ

182 epilepsi hastası üzerinde yapılmış olan anket ve ölçek çalışmalarında elde edilen verilerin incelenmesinde değişkenlerin özelliklerine göre istatistiksel analiz yöntemleri kullanılmıştır.

2.1.Regresyon Analizi

Regresyon analizi iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek ve bu ilişki ile ilgili olarak konu üzerinde tahminler yapabilmek amacıyla kullanılan bir analiz yöntemidir. Bu yöntemde değişkenler arasında sebep-sonuç ilişkisi bulunabilmektedir ancak bu ulaşılabilirlik analizin yorumlanmasında hatalara sebep olabilmektedir. Regresyon analizinin uygulanmasında sebep-sonuç ilişkisi olması gerekmemektedir(Regresyon Analizi w3.balikesir.edu.tr).

Regresyon analizi yönteminde bağımsız değişken(ler) ile ilgili sahip olunan bilgi ile bağımlı değişken ile ilgili tahminler yapılabilmektedir. Bu aralarındaki ilişki doğrusal bir ilişkidir ve regresyon analiz yöntemi ile değişkenlerden birinin değişmesi durumunda diğer değişkenin nasıl bir değişim gösterdiği incelenmektedir. Bu doğrusal ilişkiye ek olarak iki değişken arasında eğrisel bir ilişki mevcut ise eğrisel regresyon modeli ile açıklanmaktadır(Regresyon Analizi w3.balikesir.edu.tr).

Regresyon analizi, kullanılan değişken sayısına göre gruplandırılmaktadır. Bir bağımlı ve bir bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen yöntem ikili regresyon, bir bağımlı ve birden fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen yöntem çoklu regresyon analiz yöntemidir(SPSS15.0 Veri Analiz Yöntemleri yunus.hacettepe.edu.tr).

İkili Regresyon (Tek Değişkenli Regresyon Analizi): Bir bağımlı ve bir bağımsız değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi inceleyen analiz yöntemidir. Değişkenler arasında sebep-sonuç ilişkisi mecburiyeti yoktur. Aralarındaki ilişkinin sebep-sonuç ilişkisi olarak yorumlanması istatistiksel ve bilimsel hatalara yol açmaktadır(Regresyon Analizi w3.balikesir.edu.tr).

Çoklu Regresyon: Çoklu regresyon analizi yönteminde tekli regresyon yönteminden farklı olarak bağımsız değişken sayısının birden fazla olması söz

konusudur. Bir bağımlı değişkeni birden fazla bağımsız değişken etkilemektedir. Bu analiz yönteminde dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta bağımlı ve bağımsız değişkenlerin aynı ölçüm birimleri ile ölçülmesi gerekliliğidir. Bu, karşılaştırma yaparken elde edilen sonuçların anlamlı olabilmesi açısından önemlidir(Regresyon Analizi w3.balikesir.edu.tr).

2.2.Korelasyon Analizi

Korelasyon analizi iki değişken arasındaki ilişkinin varlığını, gücünü ve yönünü belirlemek için kullanılan bir analiz yöntemidir. Aradaki ilişkinin gücü, korelasyon katsayısı ile ifade edilmektedir. Bu değer +1 ile -1 arasında ifade edilebilmektedir. Katsayının +1 olması, iki değişken arasındaki ilişkinin pozitif ve doğrusal bir ilişki olduğunu, katsayının 0 olması, iki değişken arasında bir ilişki olmadığını ve katsayının -1 olması, iki değişken arasında negatif, doğrusal ilişki olduğunu göstermektedir(Araştırma Yöntemleri researchgate.net).

2.3.T-Testi

T-testi iki gruba ait ortalamaların karşılaştırılması ve aralarında anlamlı farklılık olup olmadığını test etmek için kullanılan analiz yöntemidir.

Tek örneklem t-testi: Bir ana kitle ve bir örneklemin ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla kullanılan yöntemdir. Bu yöntemin seçilmesindeki en önemli etken ana kitle üzerinde araştırma yapılamayacak olmasıdır. Ana kitle içerisinde rastgele seçilen örneklem üzerinde yapılan çalışmanın ortalaması ile ana kitle ortalaması aralarında farklılık olup olmadığı araştırılmaktadır. Bu hususta önemli olan hata payıdır. Ana kitlenin tamamının araştırmaya dahil edilmemesi durumunda yanlış sonuçlar hesaplanarak bildirilmelidir(SPSS 15.0 Veri Analiz Yöntemleri yunus.hacettepe.edu.tr).

Bağımsız örneklem t-testi: İki farklı grubun ortalamalarının karşılaştırılması için kullanılan analiz yöntemi bağımsız örneklem t-testidir(SPSS 15.0 Veri Analiz Yöntemleri yunus.hacettepe.edu.tr).

Eşleştirilmiş örneklem t-testi: Aynı grubun farklı zamanlardaki ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla kullanılan yöntem eşleştirilmiş örneklem t-testidir(SPSS 15.0 Veri Analiz Yöntemleri yunus.hacettepe.edu.tr).

2.4.Varyans Analizi (Anova)

İkiden fazla grubun karşılaştırılmasında kullanılan analiz yöntemi varyans analizi (Anova)dir. Anova, t-testinden farklı olarak ikiden fazla grup arasındaki farklılıkları tespit etmek için kullanılmaktadır. İki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında *bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi*, birden fazla bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini belirlenmeye çalışılmasında *bağımsız örneklem iki yönlü varyans analizi*, ikiden fazla ölçüm ile ikiden fazla konunun araştırılmasında *ilişkili örneklem tek yönlü varyans analizi*, ortaya çıkan etkilenmenin bir değişkene göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde ise *ilişkili örneklem iki yönlü varyans analizi* yöntemi kullanılmaktadır(SPSS 15.0 Veri Analiz Yöntemleri yunus.hacettepe.edu.tr).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EPİLEPSİ HASTALARINDAKİ NÖBET GEÇİRME KORKUSUNUN SOSYAL YAŞAMLARINA ETKİSİ ARAŞTIRMASINA AİT BULGU VE YORUMLAR

Epilepsi hastaları üzerinde yapılmış olan çalışmadan elde edilen verilerin analizi ile ulaşılan bulgular daha önceden yapılmış benzer çalışmalar ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

1.EPİLEPSİ HASTALARINDAKİ NÖBET GEÇİRME KORKUSUNUN SOSYAL YAŞAMLARINA ETKİSİ ÇALIŞMASI İLE BENZER ARAŞTIRMALARIN İNCELENMESİ

Yapılan çalışmada özellikle epilepsi hastalarının sosyal yaşam düzeyleri ve değişiklikleri incelenmiştir. Bu konuda benzer literatür örneklerini araştırmış ve kendi çalışmam ile karşılaştırmalar yaparak aynı veya farklı doğrultuda sonuçlara ulaşmış bulunmaktayım.

1.1.Epilepsi ve Yaşam Kalitesi ile ilgili Benzer Literatür Çalışmaları

Aksun(2011), Epilepsi Hastalarının Yakınlarının Nöbet Sırasındaki Davranışları ve Bunun Epilepsi Hakkındaki Bilgileri ile İlişkisi çalışmasında 20'si kadın 3'ü erkek olmak üzere 23 kişi ile görüşerek ankete dayalı bir araştırma yapmıştır. Yapmış olduğu çalışmada jeneralize tonik-klonik nöbete tanık olan kişilerin nöbet sırasındaki davranışlarını ve bu davranışların epilepsi bilgileri ile ilişkisini araştırmayı amaçlamıştır. Uygulanan ankette hasta yakınlarının hastası nöbet geçirirken neler hissettiği, ne uygulamada bulunduğu, epilepsi ile ilgili bilgi sahibi olup olmadığı, bilgiyi nereden aldığı, epilepsinin okula gitmeye, çalışmaya, evlenmeye, çocuk sahibi olmaya, emzirmeye, spor yapmaya engel olup olmadığı sorgulanmıştır. Yakınının nöbet geçirdiğini gören kişilerin hepsi korkmuş, %17'si nöbet geçirdiğini anlamış ve %21'i ölmek üzere olduğunu sanmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaklaşık yarısının hastalık ile ilgili bilgi sahibi olmadığı, %69.6'sı okumaya, %60.9'u çalışmaya, %87'si evlenmeye, %73.9'u çocuk sahibi

olmaya, %82.6'sı emzirmeye ve %78.3'ü spor yapmaya engel olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmaya katılan kişilerin %87'si kadın, %13'ü erkektir. Çoğunluğun kadınlardan oluştuğu çalışmada katılımcıların %39.1'inin hastalığın çalışmaya ve %30.4'ünün okumaya engel olduğunu düşünmeleri önemlidir. Engel olup olmadığını düşünüp düşünmediklerini sorgulamadığım çalışmamda çoğunluğun kadın olması ve çalışan hasta oranının %29.1 olması hastalığın okumaya ve çalışmaya engel olduğunun düşünülmesi ile ilişkilendirilebilir.

Coşar(2016), epilepsili hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi konulu araştırmasında 150 hasta ile görüşmüştür. Hastalara 13 soruluk hasta formu ve 31 sorudan oluşan Yaşam Kalitesi Ölçeği sorulmuştur.Çalışmada hastaların yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim düzeyine, mesleğine, aile tipine, nöbet tipine ve antiepileptik tedavi şekline göre tüm yaşam kalitesi alanları ve genel OQULIE-31 yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benim çalışmamda medeni durum ile sosyal yaşam, sosyal izolasyon ve güvensiz yaklaşım değerleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bekar hastaların evli hastalara göre sosyal izolasyon, güvensiz yaklaşım ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi puanları yüksektir.

Akoluk(2017), epilepsi hastalarının tedaviye uyumları ve etkileyen faktörler çalışmasında 324 hastaya Morisky tedaviye uyum ölçeği ile 30 sorudan oluşan bir form uygulamıştır. Sorular sosyodemografik özellikler, hastalık süresi, kontrollere gitme sıklığı ve epileptik nöbetler ile ilgilidir. Araştırmada hastaların %93.2'si hastalık ile ilgili bilgi aldığını belirtmiştir. Aynı zamanda araştırmaya katılan hastaların %27.1'inin hastalığın tedavisinde tıbbi tedavi dışında başka yöntemlere başvurduğu ve bu başka yöntemlere başvuran hastaların %76.3'ünün hocaya veya türbeye gitmeyi tercih ettikleri sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar birleştirildiğinde epilepsi hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olan hastaların bir kısmının tedavi yöntemi olarak tıbbi yöntemleri tercih etmediği ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda araştırmada hastaların %16'sı kendini iyi hissettiğinde antiepileptik ilacını almayı bıraktığı sonucuna da ulaşılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, yaşanan yer, ekonomik durumun tedaviye uyum düzeyini etkilediği belirlenmiştir.

100 epilepsi hastası üzerinde yapılan Bir Üniversite Hastanesindeki Epilepsi Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi çalışmasında Yıldız(2013), hastalara anket ve kısa form 36 yaşam kalitesi ölçeğini uygulamıştır. Anket çalışmasında kişisel özellikler ve hastalık ile ilgili özellikler sorgulanmıştır. Hastaların %77'si yaşamının stresli olduğunu belirtmektedir. Aynı zamanda hastaların %77'si epilepsi ile ilgili bilgi almadığını, %39'u düzenli kontrollere gitmediğini belirtmektedir. Yıldız bu çalışmasında yaşam kalitesi düzeylerini fiziksel fonksiyon, rol kısıtlaması, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal fonksiyon, duygusal rol kısıtlaması, mental sağlık alt gruplarında incelemiştir. Çalışma benim çalışmamla uyumlu olarak çoğunluk olarak bekar ve kadın hastalardan oluşmaktadır. Yıldız bu çalışmasında yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığından bahsetmiştir. Benim çalışmamda 26-40 yaş arası hastaların sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendiği sonucuna ulaştım.

İpek(2013), 249 epilepsi hastasına psikososyal problemleri ve epilepsiye uyum derecelerini belirleyip nicelendirmek amacıyla Washington Psikososyal Ölçeği'ni uygulamıştır. Ölçek 132 sorudan oluşmakta ve cevap seçenekleri evet ve hayır şeklindedir. Bu ölçek aynı zamanda 8 alt ölçekten oluşmaktadır: Aile geçmiş ölçeği, duygusal uyum ölçeği, kişiler arası uyum ölçeği, iş uyumu ölçeği, mali durum ölçeği, nöbetlere uyum ölçeği, tedaviye uyum ölçeği, genel psikososyal fonksiyonların değerlendirilmesi ölçeği. Yapılan çalışmada güvenilirlik ölçeklerinde geçersizlik söz konusu olduğu için 189 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda eğitim durumunun ve uygulanan tedavinin psikososyal alanı etkilediği belirlenmiştir. Aynı zamanda bu çalışma diğer ülkeler ile sonuçları karşılaştırılabilir açısından önemlidir. Bu çalışmada uygulanan ölçeğe dair sonuçlar daha önceden uygulanmış Almanya, Japonya ve Finlandiya gibi gelişmiş ülkelere göre skorlar daha yüksek bulunmuştur. İpek'in çalışmasına göre hastaların %80'i kişiler arası ilişkilerde problem yaşamakta olduğunu belirtmiştir. Benim çalışmamda da yakın ilişkilerde zorlanma ile anksiyete arasında zayıf anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Hastalar nöbetleri ve korkuları ile ilişkili olarak yakın ilişkilerde zorlanma yaşamaktadır.

Gülay(2014),Epilepsihastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri çalışmasında 84 epilepsi hastası ile görüşmüş ve hastalara 17

soruluk görüşme formu ile 11 soruluk SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve 4 soruluk Morisky İlaç Kullanımı Uyum Ölçeği'ni uygulamıştır. Gülay çalışmasında yaşam düzeyi ölçeği alt gruplarını kullanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %65'i erkek, %68'i bekar, %69'u ilaç tedavisine uyumsuz olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında genel olarak hastaların ilaç tedavisine uyum oranının düşük olduğu ve ilaç tedavisine uyumun ekonomik düzey ile ilişkili olduğu görülmüştür. Epilepside yaşam kalitesinin genel olarak düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Yazıcı(2010), Epilepsi Hastalarında Kişilik Özellikleri ve İlişkili Etmenler adı çalışmasına 73 epilepsi grubunda ve 79 kişi kontrol grubunda olmak üzere 152 kişi almıştır. Araştırmada kişilere Mizaç ve Karakter Envanteri, Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin Türkçe formu ile kendisinin hazırlamış olduğu sosyodemografik özellikler ile epilepsiye dair bilgileri içeren anket formunu uygulamıştır. Hasta grubunun çoğu kadın ve bekar olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyleri dikkate alındığında epilepsi hastalarının eğitim düzeylerinin daha düşük olduğunu saptamıştır. Bu sonuç benim çalışmamda ulaştığım sonuç ile eğitim düzeyleri açısından benzerdir. Yazıcı çalışmasında hastalarda depresif ve anksiyöz mizaç puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Benim çalışmamda da epilepsi hastalarında görülen anksiyete oranı yüksektir.

Yeni(2014), Epilepsi Öz-yönetim Ölçeği ve Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması'nda hastalara bilgi formu ile geçerlik çalışması yapılacak ölçek soruları sorulmuştur. Çalışmaya 194 epilepsi hastası alınmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre hastaların %13.8'i hastalığını gizleme gereği duymakta, %44.4'ü eş olarak kabul edilmediğini düşünmekte olup, %5.2'sinin hastalığından dolayı okuldan %5.2'si işten ayrılmak zorunda kalmıştır. Ulaşılan sonuçlar benim çalışmamda ulaşılmış olduğum sonuçlar ile benzerdir. Ben çalışmamda hastaların hastalıklarını gizlemelerini sosyal izolasyon ve güvensiz yaklaşım, eşleri ile ilgili olan sorunlarını yakın ilişkilerde zorlanma ve okul ya da işten ayrılmaları durumunu eğitirm ve meslekte zorlanma olarak ele aldım ve hastaların bu değişkenlere ait puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaştım.

2.ÇALIŞMANIN BULGULARI VE YORUMLANMASI

Yapmış olduğum çalışmada hastalara uygulanan anket ve ölçek verilerinin analiz edilmesinden sonra elde edilen bulgular ve onların yorumlanması içeriğinde hastaların tanımlayıcı özellikler, hastalarda görülen anksiyete ve sosyal yaşamın etkilenmesi ve bu etkilenme puan ortalamaları arasındaki ilişkini hastaların tanımlayıcı özellikleri ile karşılaştırılması yer almaktadır.

2.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo2.Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Yaş	18-25 Yaş Arası	71	39,0
	26-40 Yaş Arası	56	30,8
	41-60 Yaş Arası	47	25,8
	60Yaş Ve üzeri	8	4,4
	Toplam	182	100,0
Cinsiyet	Kadın	108	59,3
	Erkek	74	40,7
	Toplam	182	100,0
Medeni Durum	Evli	86	47,3
	Bekar	96	52,7
	Toplam	182	100,0
Çalışma Durumu	Evet	53	29,1
	Hayır	129	70,9
	Toplam	182	100,0
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	98	53,8
	Ortaöğretim	54	29,7
	Lisans	30	16,5
	Toplam	182	100,0
Kiminle Yaşandığı	Yalnız	7	3,8
	Anne, Baba Ve Kardeşlerimden Herhangi Biri Ya Da Hepsini İle Birlikte	87	47,8
	Arkadaşım	6	3,3
	Eşim Ve Çocuklarımla	82	45,1
	Toplam	182	100,0
Sosyal Güvence	Evet	155	85,2
	Hayır	27	14,8
	Toplam	182	100,0

En Son Ne Zaman Sağlık Kuruluşuna Başvurulduğu	Son Bir Hafta İçerisinde	18	9,9
	Son Bir Ay İçerisinde	42	23,1
	Son Altı Ay İçerisinde	82	45,1
	Son Bir Yıl İçerisinde	19	10,4
	Bir Yıldan Daha Uzun Süre Önce	21	11,5
	Toplam	182	100,0
Kaç Yıldır Epilepsi Hastası Olunduğu	2 Yıl Altı	24	13,2
	2 Yıl-5Yıl	31	17,0
	5 Yıldan Uzun Süredir	127	69,8
	Toplam	182	100,0
DüzenliKontroleGitmeDurumu	Evet	169	92,9
	Hayır	13	7,1
	Toplam	182	100,0
En Son Ne Zaman Nöbet Geçirildiği	Son Bir Hafta İçerisinde	25	13,7
	Son Bir Ay İçerisinde	39	21,4
	Son BirYıl İçerisinde	40	22,0
	Bir Yıldan Daha Önce	78	42,9
	Toplam	182	100,0
Kaç Çeşit Antiepileptik İlaç Kullanıldığı	Tek Çeşit	123	67,6
	İki Çeşit	37	20,3
	Üç Çeşit	14	7,7
	Dört Veya Daha Fazla Çeşit	8	4,4
	Toplam	182	100,0

Hastalar yaş değişkenine göre 71'i (%39,0) 18-25 yaş arası, 56'sı (%30,8) 26-40 yaş arası, 47'si (%25,8) 41-60 yaş arası, 8'i (%4,4) 60 yaş ve üzeri olarak dağılmaktadır. Hastaların çoğunluğu 18-25 yaş arasındaki genç bireylerden oluşmaktadır.

Hastalar cinsiyet değişkenine göre 108'i (%59,3) kadın,74'ü (%40,7) erkek olarak dağılmaktadır. Yapılan literatür araştırmalarında elde edilen sonuçlara göre de epilepsi hastalarında kadın çoğunluğu söz konusudur. Gülay(2014) ve Akoluk (2017)'un yapmış oldukları farklı çalışmalarda hastaların çoğunluğunun erkek olduğu belirtilmiştir ancak araştırmaların çoğu kadın çoğunluğundan bahsetmektedir.

Hastalar medeni durum değişkenine göre 86'sı (%47,3) evli, 96'sı (%52,7) bekar olarak dağılmaktadır. Sonuç literatür araştırmaları ile uyumludur. Coşar (2016)

ve İpek(2013)'in yapmış oldukları farklı çalışmalarda hastaların çoğunluğunun evli olduğundan bahsedilse de bu çalışmada ve çalışmaların çoğunda hastaların çoğunluğunun bekar olduğu saptanmıştır.

Hastalar çalışma durumu değişkenine göre 53'ü (%29,1) evet, 129'u (%70,9) hayır olarak dağılmaktadır. Aksun (2011)'un yapmış olduğu çalışmaya göre insanların %39.1'i hastalığın çalışmaya engel olduğuna inanmaktadır. Bu araştırmaya katılanların %87'si kadındır.

Hastalar eğitim düzeyi değişkenine göre 98'i (%53,8) ilköğretim, 54'ü (%29,7) ortaöğretim, 30'u (%16,5) lisans olarak dağılmaktadır.

Hastalar kiminle yaşandığı değişkenine göre 7'si (%3,8) yalnız, 87'si (%47,8) anne, baba ve kardeşlerinden herhangi biri ya da hepsi ile birlikte, 6'sı (%3,3) arkadaşıyla, 82'si (%45,1) eşim ve çocuklarımla olarak dağılmaktadır.

Hastalar sosyal güvence değişkenine göre 155'i (%85,2) evet, 27'si (%14,8) hayır olarak dağılmaktadır.

Hastalar en son ne zaman sağlık kuruluşuna başvurulduğu değişkenine göre 18'i (%9,9) son bir hafta içerisinde, 42'si (%23,1) son bir ay içerisinde, 82'si (%45,1) son altı ay içerisinde, 19'u (%10,4) son bir yıl içerisinde, 21'i (%11,5) bir yıldan daha uzun süre önce olarak dağılmaktadır.

Hastalar kaç yıldır epilepsi hastası olduğu değişkenine göre 24'ü (%13,2) 2 yıl altı, 31'i (%17,0) 2yıl-5yıl, 127'si (%69,8) 5 yıldan uzun süredir olarak dağılmaktadır.

Hastalar düzenli kontrole gitme durumu değişkenine göre 169'u (%92,9) evet, 13'ü (%7,1) hayır olarak dağılmaktadır.

Hastalar en son ne zaman nöbet geçirildiği değişkenine göre 25'i (%13,7) son bir hafta içerisinde, 39'u (%21,4) son bir ay içerisinde, 40'ı (%22,0) son bir yıl içerisinde, 78'i (%42,9) bir yıldan daha önce olarak dağılmaktadır.

Hastalar kaç çeşit antiepileptik ilaç kullanıldığı değişkenine göre 123'ü (%67,6) tek çeşit, 37'si (%20,3) iki çeşit, 14'ü (%7,7) üç çeşit, 8'i (%4,4) dört veya daha fazla çeşit olarak dağılmaktadır.

Tablo 3. Cinsiyete Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

		Kadın		Erkek		p
		n	%	N	%	
Yaş	18-25 Yaş Arası	43	%39,8	28	%37,8	$X^2=0,880$ $p=0,830$
	26-40 Yaş Arası	35	%32,4	21	%28,4	
	41-60 Yaş Arası	26	%24,1	21	%28,4	
	60 Yaş Ve üzeri	4	%3,7	4	%5,4	
Medeni Durum	Evli	57	%52,8	29	%39,2	$X^2=3,253$ $p=0,049$
	Bekar	51	%47,2	45	%60,8	
Çalışma Durumu	Evet	16	%14,8	37	%50,0	$X^2=26,338$ $p=0,000$
	Hayır	92	%85,2	37	%50,0	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	59	%54,6	39	%52,7	$X^2=0,549$ $p=0,760$
	Ortaöğretim	33	%30,6	21	%28,4	
	Lisans	16	%14,8	14	%18,9	
Kiminle Yaşandığı	Yalnız	3	%2,8	4	%5,4	$X^2=7,678$ $p=0,053$
	Anne, Baba Ve Kardeşlerimden Herhangi Biri Ya Da Hepsi İle Birlikte	49	%45,4	38	%51,4	
	Arkadaşımla	1	%0,9	5	%6,8	
	Eşim Ve Çocuklarımla	55	%50,9	27	%36,5	
Sosyal Güvence	Evet	97	%89,8	58	%78,4	$X^2=4,546$ $p=0,028$
	Hayır	11	%10,2	16	%21,6	
En Son Hangi Sağlık Kuruluşuna BaşVurulduğu	Son Bir Hafta İçerisinde	12	%11,1	6	%8,1	$X^2=1,328$ $p=0,857$
	Son Bir Ay İçerisinde	24	%22,2	18	%24,3	
	Son Altı Ay İçerisinde	48	%44,4	34	%45,9	
	Son Bir Yıl İçerisinde	10	%9,3	9	%12,2	
	Bir Yıldan Daha Uzun Süre Önce	14	%13,0	7	%9,5	
Kaç Yıldır Epilepsi Hastası Olunduğu	2 Yıl Altı	18	%16,7	6	%8,1	$X^2=2,882$ $p=0,237$
	2 Yıl- 5 Yıl	17	%15,7	14	%18,9	
	5 Yıldan Uzun Süredir	73	%67,6	54	%73,0	
Düzenli Kontrole Gitme Durumu	Evet	102	%94,4	67	%90,5	$X^2=1,009$ $p=0,237$
	Hayır	6	%5,6	7	%9,5	
En Son Ne Zaman Nöbet Geçirildiği	Son Bir Hafta İçerisinde	11	%10,2	14	%18,9	$X^2=3,678$ $p=0,298$
	Son Bir Ay İçerisinde	23	%21,3	16	%21,6	
	Son Bir Yıl İçerisinde	23	%21,3	17	%23,0	
	Bir Yıldan Daha Önce	51	%47,2	27	%36,5	

Kaç Antiepileptik Kullanıldığı	Çeşit İlaç	Tek Çeşit	73	%67,6	50	%67,6	$X^2=1,264$ $p=0,738$
		İki Çeşit	24	%22,2	13	%17,6	
		Üç Çeşit	7	%6,5	7	%9,5	
		Dört Veya Daha Fazla Çeşit	4	%3,7	4	%5,4	

Yaş ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0,880$; $p=0,830>0.05$). Kadınların 43'ünün (%39,8) 18-25 yaş arası, 35'i (%32,4) 26-40 yaş arası, 26'sının (%24,1) 41-60 yaş arası, 4'ünün (%3,7) 60 yaş ve üzeri; erkeklerin 28'i (%37,8) 18-25 yaş arası, 21'i (%28,4) 26-40 yaş arası, 21'i (%28,4) 41-60 yaş arası, 4'ünün (%5,4) 60 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir.

Medeni Durum ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=3,253$; $p=0,049<0.05$). Kadınların 57'si (%52,8) evli, 51'i (%47,2) bekar; erkeklerin 29'unun (%39,2) evli, 45'inin (%60,8) bekar olduğu görülmektedir. Kadınlarının çoğunluğunun literatürle uyumlu olarak evli olmasında toplumda görücü usulü olarak evlendirilmelerinin etkili olduğunu düşünmekteyim. Bu durumda erkeklerin söz söyleme haklarının daha fazla bulunduğu toplumumuzda çoğunun bekar olması anlamlıdır.

Çalışma Durumu ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=26,338$; $p=0,000<0.05$). Kadınların 16'sının (%14,8) evet, 92'si (%85,2) hayır; erkeklerin 37'si (%50,0) evet, 37'si (%50,0) hayır olduğu görülmektedir. Kadınların %85,2'sinin çalışmaması evlendikten sonra iş hayatını sonlandırmaları ile ilişkilendirilebilir.

Eğitim Düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0,549$; $p=0,760>0.05$). Kadınların 59'unun (%54,6) ilköğretim, 33'ünün (%30,6) ortaöğretim, 16'sının (%14,8) lisans; erkeklerin 39'unun (%52,7) ilköğretim, 21'i (%28,4) ortaöğretim, 14'ünün (%18,9) lisans olduğu görülmektedir.

Kiminle Yaşandığı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=7,678$; $p=0,053>0.05$). Kadınların 3'ünün (%2,8) yalnız, 49'unun (%45,4) anne, baba ve kardeşlerimden herhangi biri ya da hepsi ile birlikte, 1'i (%0,9) arkadaşım, 55'i (%50,9) eşim ve çocuklarımla; erkeklerin 4'ünün (%5,4) yalnız, 38'i (%51,4)

anne, baba ve kardeşlerimden herhangi biri ya da hepsi ile birlikte, 5'i (%6,8) arkadaşım, 27'si (%36,5) eşim ve çocuklarımla olduğu görülmektedir.

Sosyal Güvence ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=4,546$; $p=0,028<0.05$). Kadınların 97'si (%89,8) evet, 11'i (%10,2) hayır; erkeklerin 58'i (%78,4) evet, 16'sının (%21,6) hayır olduğu görülmektedir. Sosyal güvence varlığı her iki cinsten de çalışan oranından fazladır. Eş durumundan veya anne/babadan yararlanma söz konusu olduğu düşüncesindeyim.

En Son Hangi Sağlık Kuruluşuna Başvurulduğu ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=1,328$; $p=0,857>0.05$). Kadınların 12'si (%11,1) son bir hafta içerisinde, 24'ünün (%22,2) son bir ay içerisinde, 48'i (%44,4) son altı ay içerisinde, 10'unun (%9,3) son bir yıl içerisinde, 14'ünün (%13,0) bir yıldan daha uzun süre önce; erkeklerin 6'sının (%8,1) son bir hafta içerisinde, 18'i (%24,3) son bir ay içerisinde, 34'ünün (%45,9) son altı ay içerisinde, 9'unun (%12,2) son bir yıl içerisinde, 7'si (%9,5) bir yıldan daha uzun süre önce olduğu görülmektedir.

Kaç Yıldır Epilepsi Hastası Olunduğu ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=2,882$; $p=0,237>0.05$). Kadınların 18'i (%16,7) 2 yıl altı, 17'si (%15,7) 2 yıl- 5 yıl, 73'ünün (%67,6) 5 yıldan uzun süredir; erkeklerin 6'sının (%8,1) 2 yıl altı, 14'ünün (%18,9) 2 yıl- 5 yıl, 54'ünün (%73,0) 5 yıldan uzun süredir olduğu görülmektedir.

Düzenli Kontrole Gitme Durumu ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=1,009$; $p=0,237>0.05$). Kadınların 102'si (%94,4) evet, 6'sının (%5,6) hayır; erkeklerin 67'si (%90,5) evet, 7'si (%9,5) hayır olduğu görülmektedir.

En Son Ne Zaman Nöbet Geçirildiği ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=3,678$; $p=0,298>0.05$). Kadınların 11'i (%10,2) son bir hafta içerisinde, 23'ünün (%21,3) son bir ay içerisinde, 23'ünün (%21,3) son bir yıl içerisinde, 51'i (%47,2) bir yıldan daha önce; erkeklerin 14'ünün (%18,9) son bir hafta içerisinde, 16'sının (%21,6) son bir ay içerisinde, 17'si (%23,0) son bir yıl içerisinde, 27'si (%36,5) bir yıldan daha önce olduğu görülmektedir.

Kaç Çeşit Antiepileptik İlaç Kullanıldığı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=1,264$; $p=0,738>0.05$). Kadınların 73'ünün (%67,6) tek çeşit, 24'ünün (%22,2) iki çeşit, 7'si (%6,5) üç çeşit, 4'ünün (%3,7) dört veya daha fazla çeşit; erkeklerin 50'si (%67,6) tek çeşit, 13'ünün (%17,6) iki çeşit, 7'si (%9,5) üç çeşit, 4'ünün (%5,4) dört veya daha fazla çeşit olduğu görülmektedir.

2.2.Çalışmaya Katılan Hastaların Anksiyete ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puan Ortalamaları ve Arasındaki İlişki

Tablo4. Hastaların Anksiyete ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Anksiyete	182	16,580	12,217	0,000	57,000
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	182	2,510	1,148	1,000	5,000
Yakın İlişkilerde Zorlanma	182	1,400	0,875	1,000	5,000
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	182	2,450	1,535	1,000	5,000
Güvensiz Yaklaşım	182	2,390	0,930	1,000	4,000
Sosyal İzolasyon	182	2,100	1,148	1,000	5,000
Huzursuzluk	182	3,440	1,175	1,000	5,000
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	182	2,367	0,720	1,170	4,610

Araştırmaya katılan hastaların “anksiyete” düzeyi ($16,580\pm12,217$); “sosyal ve fiziksel aktivite engeli” düzeyi ($2,510\pm1,148$); “yakın ilişkilerde zorlanma” düzeyi ($1,400\pm0,875$); “eğitim ve meslekte zorlanma” düzeyi ($2,450\pm1,535$); “güvensiz yaklaşım” düzeyi ($2,390\pm0,930$); “sosyal izolasyon” düzeyi ($2,100\pm1,148$); “huzursuzluk” düzeyi ($3,440\pm1,175$); “sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel” düzeyi ($2,367\pm0,720$) olarak saptanmıştır. Anksiyete düzeyi Beck anksiyete ölçek puanının 0-63 arasında değişmekte olmasına bağlı olarak 57 bulunmuştur. Diğer puan değerleri 1-5 arasında değerlendirilerek sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo5.Hastaların Anksiyete ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Anksiyete	Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	Yakın İlişkilerde Zorlanma	Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	Güvensiz Yaklaşım	Sosyal İzolasyon	Huzursuzluk	Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel
Anksiyete	r	1,000							
	p	0,000							
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	r	0,392	1,000						
	p	0,000	0,000						
Yakın İlişkilerde Zorlanma	r	0,271	0,233	1,000					
	p	0,000	0,002	0,000					
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	r	0,245	0,410	0,354	1,000				
	p	0,001	0,000	0,000	0,000				
Güvensiz Yaklaşım	r	0,338	0,480	0,293	0,307	1,000			
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
Sosyal İzolasyon	r	0,157	0,183	0,252	0,225	0,428	1,000		
	p	0,034	0,013	0,001	0,002	0,000	0,000		
Huzursuzluk	r	0,296	0,222	0,053	0,086	0,346	0,108	1,000	
	p	0,000	0,003	0,475	0,246	0,000	0,147	0,000	
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	r	0,440	0,726	0,484	0,614	0,784	0,649	0,425	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Araştırmaya katılan hastalarda görülen anksiyete ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi puan analizi dikkate alındığında değişkenler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Uygulanan pearson korelasyon analizi ile “r” değerinin bulunduğu aralık anlamlı ilişkinin kuvvetini göstermektedir.

Sosyal ve fiziksel aktivite engeli ile anksiyete arasında zayıf ($r=0,392; p=0,000<0,05$) ilişki görülmektedir. Buna göre hastaların sosyal ortamlardan ve fiziksel aktivitelerden uzaklaşması yaşadıkları anksiyete ile ilişkilidir. Hastalar fiziksel aktivite esnasında ya da sosyal bir aktiviteye katıldıkları esnada nöbet geçirme ihtimallerinden dolayı korku yaşamaktadır.

Yakın ilişkilerde zorlanma ile anksiyete arasında zayıf ($r=0.271;p=0,000<0.05$) ilişki görülmektedir. Bu çalışmada yakın ilişkilerde zorlanma nöbet geçirme korkusunun eş/sevgili seçimine ve cinsel yaşama etkisini kapsamaktadır. Hastaların eş/sevgili seçimi veya cinsel yaşamları ile anksiyeteleri arasında ilişki mevcuttur. İpek (2013)'in yaptığı çalışmaya göre hastaların %80'i kişilerarası ilişkilerde problem yaşamaktadır.

Yakın ilişkilerde zorlanma ile sosyal ve fiziksel aktivite engeli arasında çok zayıf ($r=0.233;p=0,002<0.05$) ilişki görülmektedir. Hastaların geçirdiği nöbetler ile ilgili olarak yaşadığı sosyal ve fiziksel aktivite kısıtlılıkları ya da yaşayabileceği kısıtlılıklar düşünülerek yakın ilişkilerinde bozulmalar olabileceği sonucuna varılmıştır.

Eğitim ve meslekte zorlanma ile anksiyete arasında çok zayıf ($r=0.245;p=0,001<0.05$) ilişki görülmektedir. Hastaların anksiyete düzeylerinin eğitim ve meslek hayatını etkilediği düşünülmektedir. Ancak bu anksiyete bazı durumlarda hasta yakınlarının anksiyetesi olarak değerlendirilebilmektedir. Aksun(2011)'un yaptığı çalışmaya göre katılımcıların %30.4'ü hastalığın okumaya engel olduğunu düşünmektedir.

Eğitim ve meslekte zorlanma ile sosyal ve fiziksel aktivite engeli arasında zayıf ($r=0.41;p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Hastaların nöbet esnasında veya sonrasında yaşadığı fiziksel sorunlar ve uzak kaldığı sosyal yaşamı ile ilişkili olarak eğitim ve meslek hayatında zorlanmalar yaşayabilmektedir.

Eğitim ve meslekte zorlanma ile yakın ilişkilerde zorlanma arasında zayıf ($r=0.354;p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Eğitim ve meslekte zorlanma bu alanlardaki aksaklıkları ifade etmektedir. Yakın ilişkilerde zorlanma ise eş ve sevgili seçimi ile ilgilidir. Bu iki değişken arasındaki ilişki kişinin eğitim ve meslek hayatındaki edinebileceği çevrenin eş/sevgili seçiminde etkili olabileceği olarak yorumlanabilmektedir.

Güvensiz yaklaşım ve anksiyete arasında zayıf ($r=0.338;p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Bu çalışmada güvensiz yaklaşım hastalığı söylemekten çekinme ve

saklamayı kapsamaktadır. Hastalar hastalıklarını çevresinden gizlemektedir. Nöbet geçirme ile ilgili korkuları olan hastalar nöbet geçirdikleri esnada yanındaki kişilerin ondan uzaklaşacağını düşünmektedir.

Güvensiz yaklaşım ve sosyal ve fiziksel aktivite engeli arasında zayıf ($r=0.48; p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Hastalar yaşadığı aktivite kısıtlamalarının epilepsi ile ilgili olacağı düşüncesinin çevresinde yer edineceğini düşünebilmektedir. Aynı zamanda bu hastalar hastalıklarını gizlemeye çalışmaktadır.

Güvensiz yaklaşım ile yakın ilişkilerde zorlanma arasında zayıf ($r=0.293; p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Hastalar eş/sevgili seçiminde hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olduğunda uzaklaşma ihtimali bulunmayacak kişiler olmasına dikkat edebilmektedir.

Güvensiz yaklaşım ile eğitim ve meslekte zorlanma arasında zayıf ($r=0.307; p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Hastalar gizlemeye çalıştıkları hastalıklarının ortaya çıkma ihtimalinden korkarak eğitim ve meslek hayatında aksaklık yaşayabilmektedir.

Sosyal izolasyon ile anksiyete arasında ve sosyal izolasyon ile sosyal ve fiziksel aktivite engeli arasında çok zayıf ($r=0.157; p=0,034<0.05$) ilişki görülmüştür.

Sosyal izolasyon ile yakın ilişkilerde zorlanma arasında zayıf ($r=0.252; p=0,001<0.05$) ilişki görülmüştür. Hastaların kendini soyutlaması yakın ilişkilerini etkilemektedir.

Sosyal izolasyon ile eğitim ve meslekte zorlanma arasında çok zayıf ($r=0.225; p=0,002<0.05$) ilişki görülmüştür. Hastaların kendilerini soyutlaması eğitim ve meslek yaşamındaki aksaklıklar ile ilişkilendirilebilmektedir.

Sosyal izolasyon ile güvensiz yaklaşım arasında zayıf ($r=0.428; p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Hastaların sosyal izolasyon durumu hastalıklarını saklama ya da çevresinden çekinme ile ilişkilendirilebilir.

Huzursuzluk ile anksiyete arasında zayıf ($r=0.296;p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Bu çalışmada huzursuzluk hastaların nöbetlerini tetikleyecek olay ya da durum varlığı ve bu durum varlığında nöbet geçirme ihtimali ile paniğe kapılma durumunu kapsamaktadır. Buna göre hastaların huzursuzluk düzeyleri ile anksiyete arasındaki ilişki anlamlıdır.

Huzursuzluk ile sosyal ve fiziksel aktivite engeli arasında çok zayıf ($r=0.222;p=0,003<0.05$) ilişki görülmüştür. Nöbetleri tetikleyebilecek durum ya da olayın geliştiği durumlarda ortaya çıkan huzursuzluk ve panik hali nöbet esnasında ve sonrasındaki aktivite engeli ile ilişkili olarak anlamlıdır.

Huzursuzluk ile güvensiz yaklaşım arasında zayıf ($r=0.346;p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Nöbetlerini tetikleyecek durumların oluşması ile hastaların nöbet geçirme risklerinin arttığı düşünülmektedir. Böylelikle hastalar hastalıklarının ortaya çıkabileceklerini düşünebilmektedir.

Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi ile anksiyete arasında zayıf ($r=0.44;p=0,000<0.05$) anlamlı ilişki görülmüştür. Bu çalışmada anksiyete hastaların nöbet geçirme korkularını ifade etmektedir. Çalışmanın sonucuna göre nöbet geçirme korkusu (anksiyete) hastaların sosyal yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Hastalar nöbet geçirdikleri esnada çevredeki insanların kendisine yardım edemeyeceğinden de korkmaktadır. Yazıcı(2010)'nın yapmış olduğu çalışmada hastaların depresif ve anksiyöz mizaç puanları yüksek bulunmuştur.

Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi ile sosyal ve fiziksel aktivite engeli arasında güçlü ($r=0.726;p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Hastaların nöbet geçirmekten korktuğu için sosyal aktivitelerden vazgeçtiği, bisiklet binme, yüzme gibi fiziksel aktivitelerden uzak durduğu, hayallerinden vazgeçtiği ve nöbet sonrasında fiziksel kısıtlanmalar yaşadığı ve tüm bunların epilepsi hastalarının sosyal yaşamını olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Hastalar nöbet korkusundan dolayı fiziksel ve sosyal birçok aktiviteye katılamamaktadır. Epilepsi hastaları hayata dair belki de en çok şeylerden nöbet geçirme korkuları sebebiyle vazgeçmektedir.

Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi ile yakın ilişkilerde zorlanma arasında zayıf ($r=0.484$; $p=0,000<0.05$) anlamlı ilişki görülmüştür. Bu çalışmadan elde edilen veriler neticesinde hastaların eş ve sevgili seçimine hastalığın etkisi mevcuttur. Hastalığa ve nöbetlere bağlı olarak sosyal baskı ile yapılmaya mecbur bırakılan seçimler hastaların sosyal yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Çalışmada hastaların %47'si evli %53'ü bekar olarak belirlenmiştir.

Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi ile eğitim ve meslekte zorlanma arasında orta düzeyde ($r=0.614$; $p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Bu çalışmada hastaların %53.8'i ilköğretim okulu mezunu ve %70.9'u çalışmamaktadır. Epilepsi hastalığı hastaların eğitim ve iş hayatını olumsuz etkilemektedir. Yapmış olduğum gözlemler sonucunda epilepsili çocukların algılama sorunu yaşayacakları veya agresif tavır sergileyecekleri ve başarılı olamayacakları düşüncesinin oldukça yaygın görüldüğünü tespit ettim. Bu düşünceye sahip ebeveynler çocuklarının eğitim ve öğretim hayatına son vermektedir. Aynı zamanda epilepsi hastalarının bazı işleri yapmama gibi durumları söz konusu olsa da yapabilecekleri işlerden de hastalık yüzünden uzaklaştırılmaları yaygındır. Toplumun hastalıkla ilgili bakış açısının ve hastalıkla ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesi oldukça önemlidir. Hastaların sosyal yaşamları eğitim ve meslek hayatında yaşadıkları zorluklar ile birlikte olumsuz etkilenmektedir.

Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi ile güvensiz yaklaşım arasında güçlü ($r=0.784$; $p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Epilepsi hastaları damgalanma korkusu ve çevresindeki insanların kendisinden uzaklaşacağını düşünerek hastalıklarını paylaşmamakta çevresindeki insanları bilgilendirmemektedir. Bu bağlamda hastaların sosyal yaşamları olumsuz etkilenmektedir. Yeni(2014)'nin yaptığı çalışmaya göre hastaların %66'sı stigma hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Ancak benim çalışmamda toplumda görülen stigmaya bağlı olarak hastaların hastalıklarını gizleme yoluna gittikleri ve bunun yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi ile sosyal izolasyon arasında orta düzeyde ($r=0.649$; $p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Bu çalışmada elde edilen verilere göre epilepsi hastaları insanların kendilerinden uzaklaşacağını düşünmekte ve bu

durumu önlemek amacıyla kendilerini sosyal yaşamdan izole etmektedirler. Sosyal izolasyonlu hastaların sosyal yaşamları olumsuz etkilenmektedir. Yazıcı(2010)'nın yaptığı çalışmaya göre de hastalarda yüksek düzeyde sosyal fobi görülmektedir.

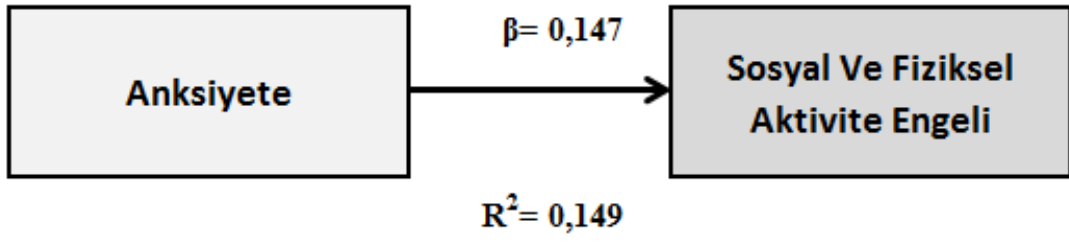
Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi ile huzursuzluk arasında zayıf ($r=0.425; p=0,000<0.05$) ilişki görülmüştür. Yapmış olduğum gözlemlere ve çalışma esnasındaki yüzyüze görüşme ile yapılan paylaşımlara göre hastaların çoğunlukla nöbeti tetikleyen bir unsur olduğunu ve özellikle yorgunluk, sinirlilik, uykusuzluk, morla bozukluğu gibi durumların nöbeti tetiklediğini ifade edebilirim. Akoluk(2017)'un yapmış olduğu çalışmaya göre hastaların %65.5'i moral bozukluğunun nöbeti tetiklediğini dile getirmiştir.

Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir($p>0.05$).

Tablo6.Anksiyetenin Sosyal ve Fiziksel Aktivite Engeli Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	p	F	Model(p)	R^2
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	Sabit	7,611	14,354	0,000	32,729	0,000	0,149
	Anksiyete	0,147	5,721	0,000			

Anksiyete ile sosyal ve fiziksel aktivite engeli arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=32,729; p=0,000<0.05$). Sosyal ve fiziksel aktivite engeli düzeyinin belirleyicisi olarak anksiyete değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,149$). Hastaların anksiyete düzeyi sosyal ve fiziksel aktivite engeli düzeyini arttırmaktadır($\beta=0,147$).

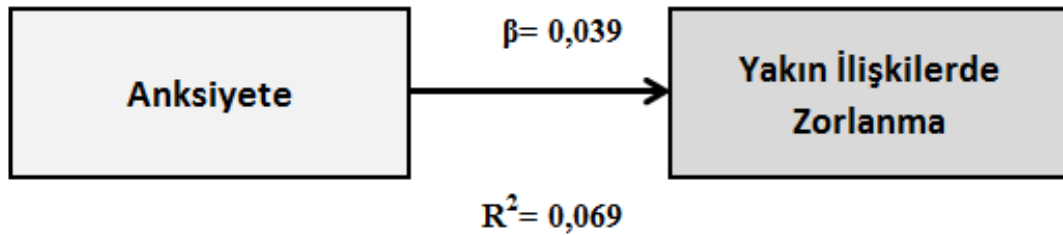


Şekil 3. Anksiyetenin Sosyal ve Fiziksel Aktivite Engeli Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli

Tablo 7. Anksiyetenin Yakın İlişkilerde Zorlanma Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	P	F	Model(p)	R^2
Yakın İlişkilerde Zorlanma	Sabit	2,157	10,196	0,000	14,319	0,000	0,069
	Anksiyete	0,039	3,784	0,000			

Anksiyete ile yakın ilişkilerde zorlanma arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=14,319$; $p=0,000<0.05$). Yakın ilişkilerde zorlanma düzeyinin belirleyicisi olarak anksiyete değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,069$). Hastaların anksiyete düzeyi yakın ilişkilerde zorlanma düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,039$).

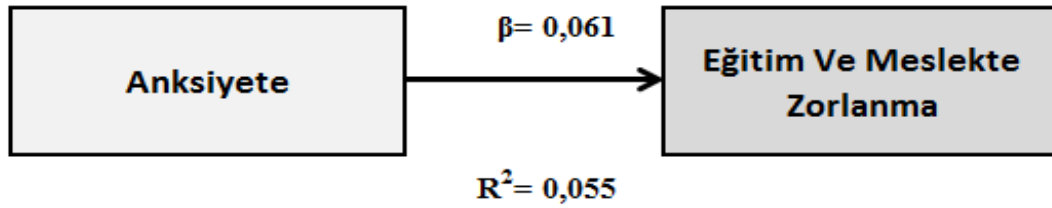


Şekil 4. Anksiyetenin Yakın İlişkilerde Zorlanma Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli

Tablo8. Anksiyetenin Eğitim ve Meslekte Zorlanma Üzerine Etkisi

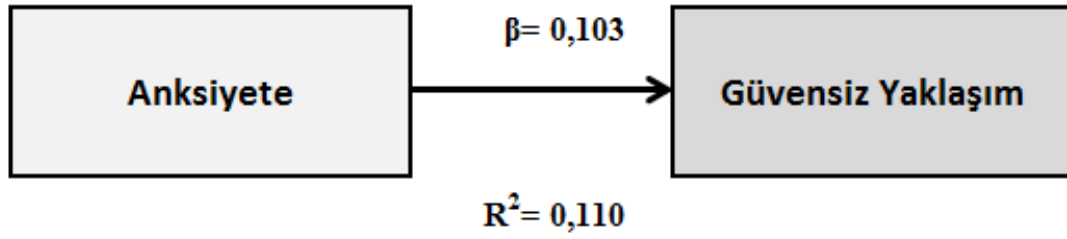
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	P	F	Model(p)	R ²
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	Sabit	3,882	10,386	0,000	11,453	0,001	0,055
	Anksiyete	0,061	3,384	0,001			

Anksiyete ile eğitim ve meslekte zorlanma arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=11,453$; $p=0,001<0.05$). Eğitim ve meslekte zorlanma düzeyinin belirleyicisi olarak anksiyete değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,055$). Hastaların anksiyete düzeyi eğitim ve meslekte zorlanma düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,061$).

**Şekil 5. Anksiyetenin Eğitim ve Meslekte Zorlanma Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli****Tablo9. Anksiyetenin Güvensiz Yaklaşım Üzerine Etkisi**

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	P	F	Model(p)	R ²
Güvensiz Yaklaşım	Sabit	7,847	17,854	0,000	23,268	0,000	0,110
	Anksiyete	0,103	4,824	0,000			

Anksiyete ile güvensiz yaklaşım arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=23,268$; $p=0,000<0.05$). Güvensiz yaklaşım düzeyinin belirleyicisi olarak anksiyete değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,110$). Hastaların anksiyete düzeyi güvensiz yaklaşım düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,103$).

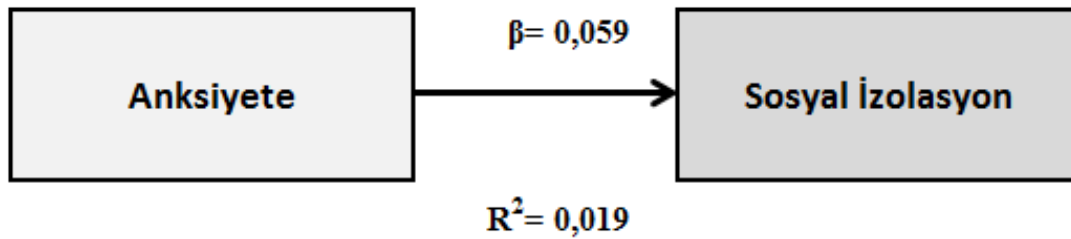


Şekil 6. Anksiyetenin Güvensiz Yaklaşım Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli

Tablo10. Anksiyetenin Sosyal İzolasyon Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	P	F	Model(p)	R ²
Sosyal İzolasyon	Sabit	7,427	13,047	0,000	4,560	0,034	0,019
	Anksiyete	0,059	2,135	0,034			

Anksiyete ile sosyal izolasyon arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=4,560$; $p=0,034 < 0,05$). Sosyal izolasyon düzeyinin belirleyicisi olarak anksiyete değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,019$). Hastaların anksiyete düzeyi sosyal izolasyon düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,059$).

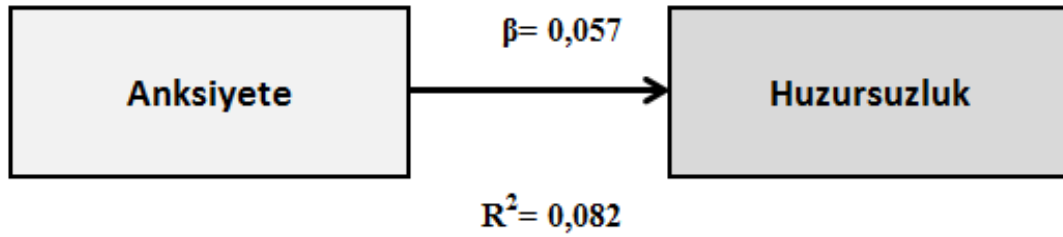


Şekil 7. Anksiyetenin Sosyal İzolasyon Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli

Tablo11.Anksiyetenin Huzursuzluk Üzerine Etkisi

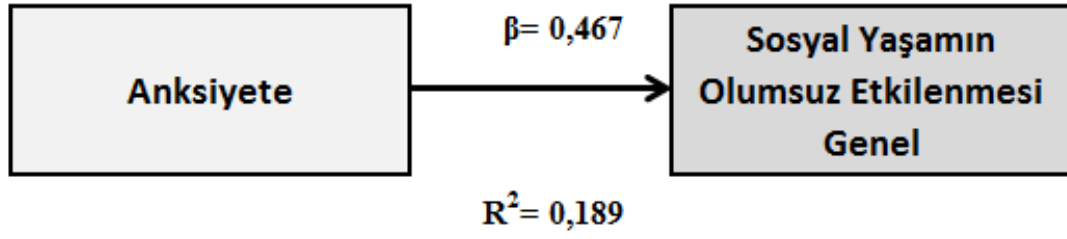
Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	P	F	Model(p)	R ²
Huzursuzluk	Sabit	5,936	21,066	0,000	17,233	0,000	0,082
	Anksiyete	0,057	4,151	0,000			

Anksiyete ile huzursuzluk arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=17,233$; $p=0,000<0.05$). Huzursuzluk düzeyinin belirleyicisi olarak anksiyete değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,082$). Hastaların anksiyete düzeyi huzursuzluk düzeyini arttırmaktadır($\beta=0,057$).

**Şekil 8. Anksiyetenin Huzursuzluk Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli****Tablo12.Anksiyetenin Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel Üzerine Etkisi**

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	p	F	Model(p)	R ²
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	Sabit	34,859	23,861	0,000	43,216	0,000	0,189
	Anksiyete	0,467	6,574	0,000			

Anksiyete ile sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=43,216$; $p=0,000<0.05$). Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel düzeyinin belirleyicisi olarak anksiyete değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,189$). Hastaların anksiyete düzeyi sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel düzeyini arttırmaktadır($\beta=0,467$).



Şekil 9. Anksiyetenin Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel Üzerine Etkisine Yönelik Sonuç Modeli

2.3.Çalışmaya Katılan Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırması

Tablo 13. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Yaşa Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Anksiyete	18-25 Yaş Arası	71	16,140	12,874	0,305	0,822	
	26-40 Yaş Arası	56	15,930	11,157			
	41-60 Yaş Arası	47	18,040	12,896			
	60 Yaş Ve üzeri	8	16,500	10,542			
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	18-25 Yaş Arası	71	2,260	1,146	4,232	0,006	2>1 2>3
	26-40 Yaş Arası	56	2,950	1,095			
	41-60 Yaş Arası	47	2,420	1,152			
	60 Yaş Ve üzeri	8	2,250	0,732			
YakınİlişkilerdeZorlanma	18-25YaşArası	71	1,330	0,819	1,038	0,377	
	26-40YaşArası	56	1,510	0,941			
	41-60YaşArası	47	1,450	0,940			
	60 Yaş Ve üzeri	8	1,000	0,000			
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	18-25 Yaş Arası	71	2,250	1,507	1,914	0,129	
	26-40 Yaş Arası	56	2,840	1,596			
	41-60 Yaş Arası	47	2,370	1,516			
	60 Yaş Ve üzeri	8	2,000	1,102			
Güvensiz Yaklaşım	18-25 Yaş Arası	71	2,470	0,977	5,425	0,001	2>3 1>4 2>4 3>4
	26-40 Yaş Arası	56	2,590	0,909			
	41-60 Yaş Arası	47	2,200	0,805			
	60 Yaş Ve üzeri	8	1,340	0,442			

Sosyal İzolasyon	18-25 Yaş Arası	7 1	2,350	1,242	4,98 4	0,00 2	1>3 2>3 1>4 2>4
	26-40 Yaş Arası	5 6	2,250	1,184			
	41-60 Yaş Arası	4 7	1,680	0,854			
	60 Yaş Ve üzeri	8	1,340	0,442			
Huzursuzluk	18-25 Yaş Arası	7 1	3,390	1,163	0,62 1	0,60 2	
	26-40 Yaş Arası	5 6	3,560	1,096			
	41-60 Yaş Arası	4 7	3,450	1,291			
	60 Yaş Ve üzeri	8	3,000	1,195			
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	18-25 Yaş Arası	7 1	2,348	0,749	5,08 5	0,00 2	2>1 2>3 1>4 2>4
	26-40 Yaş Arası	5 6	2,609	0,706			
	41-60 Yaş Arası	4 7	2,208	0,649			
	60 Yaş Ve üzeri	8	1,764	0,237			

Araştırmaya katılan hastaların sosyal ve fiziksel aktivite engeli, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel, anksiyete, yakın ilişkilerde zorlanma, eğitim ve meslekte zorlanma ve huzursuzluk puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonuçları aşağıda verilmiştir. Sonuçlara göre anksiyete, yakın ilişkilerde zorlanma, eğitim ve meslekte zorlanma, huzursuzluk puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Aşağıda belirtilen sonuçlar tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda anlamlı farklılık göstermektedir ve farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır.

Sosyal ve Fiziksel Aktivite Engeli – Yaş ($F=4,232;p=0,006<0.05$)

Yaşı 26-40 yaş arası olanların sosyal ve fiziksel aktivite engeli puanları ($2,950\pm1,095$), yaşı 18-25 yaş arası olanların sosyal ve fiziksel aktivite engeli puanlarından ($2,260\pm1,146$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 26-40 yaş arası olanların sosyal ve fiziksel aktivite engeli puanları ($2,950\pm1,095$), yaşı 41-60 yaş arası olanların sosyal ve fiziksel aktivite engeli puanlarından ($2,420\pm1,152$) yüksek bulunmuştur.

Güvensiz Yaklaşım – Yaş ($F=5,425;p=0,001<0.05$)

Yaşı 26-40 yaş arası olanların güvensiz yaklaşım puanları ($2,590\pm0,909$), yaşı 41-60 yaş arası olanların güvensiz yaklaşım puanlarından ($2,200\pm0,805$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 18-25 yaş arası olanların güvensiz yaklaşım puanları ($2,470\pm0,977$), yaşı 60 yaş ve üzeri olanların güvensiz yaklaşım puanlarından ($1,340\pm0,442$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 26-40 yaş arası olanların güvensiz yaklaşım puanları ($2,590\pm0,909$), yaşı 60 yaş ve üzeri olanların güvensiz yaklaşım puanlarından ($1,340\pm0,442$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 41-60 yaş arası olanların güvensiz yaklaşım puanları ($2,200\pm0,805$), yaşı 60 yaş ve üzeri olanların güvensiz yaklaşım puanlarından ($1,340\pm0,442$) yüksek bulunmuştur.

Sosyal İzolasyon – Yaş ($F=4,984;p=0,002<0.05$)

Yaşı 18-25 yaş arası olanların sosyal izolasyon puanları ($2,350\pm1,242$), yaşı 41-60 yaş arası olanların sosyal izolasyon puanlarından ($1,680\pm0,854$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 26-40 yaş arası olanların sosyal izolasyon puanları ($2,250\pm1,184$), yaşı 41-60 yaş arası olanların sosyal izolasyon puanlarından ($1,680\pm0,854$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 18-25 yaş arası olanların sosyal izolasyon puanları ($2,350\pm1,242$), yaşı 60 yaş ve üzeri olanların sosyal izolasyon puanlarından ($1,340\pm0,442$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 26-40 yaş arası olanların sosyal izolasyon puanları ($2,250\pm1,184$), yaşı 60 yaş ve üzeri olanların sosyal izolasyon puanlarından ($1,340\pm0,442$) yüksek bulunmuştur.

Sosyal Yaşamanın Olumsuz Etkilenmesi Genel – Yaş (F=5,085;p=0,002<0.05)

Yaşı 26-40 yaş arası olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanları (2,609±0,706), yaşı 18-25 yaş arası olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanlarından (2,348±0,749) yüksek bulunmuştur. Yaşı 26-40 yaş arası olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanları(2,609±0,706), yaşı 41-60 yaş arası olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanlarından (2,208±0,649) yüksek bulunmuştur. Yaşı 18-25 yaş arası olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanları (2,348±0,749), yaşı 60 yaş ve üzeri olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanlarından (1,764±0,237) yüksek bulunmuştur. Yaşı 26-40 yaş arası olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanları (2,609±0,706), yaşı 60 yaş ve üzeri olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanlarından (1,764±0,237) yüksek bulunmuştur. Yıldız(2013)'ın yaptığı çalışmaya göre yaşı artması ile yaşam kalitesi düzeyinde azalma görülmektedir ancak buna karşın Gülay(2014)'ın yaptığı çalışmada yaşı yaşam kalitesi üzerine etkisinin bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada 26-40 yaş arası epilepsi hastalarının diğer yaş gruplarına göre sosyal yaşamın daha fazla olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır. Bunun 26-40 yaş aralığının insan hayatındaki aktif döneme denk geldiğinden kaynaklandığını düşünmekteyim. Evlilik, iş hayatına atılma, çocuk sahibi olma gibi durumların yaşanması en mümkün dönemdir.

Tablo 14. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Cinsiyete Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	T	P
Anksiyete	Kadın	108	17,090	12,112	0,680	0,498
	Erkek	74	15,840	12,413		
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	Kadın	108	2,510	1,109	0,002	0,998
	Erkek	74	2,510	1,210		
Yakın İlişkilerde Zorlanma	Kadın	108	1,320	0,777	-1,438	0,152
	Erkek	74	1,510	0,996		
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	Kadın	108	2,220	1,481	-2,458	0,015
	Erkek	74	2,780	1,562		
Güvensiz Yaklaşım	Kadın	108	2,480	0,928	1,550	0,123
	Erkek	74	2,260	0,925		
Sosyal İzolasyon	Kadın	108	2,030	1,133	-1,082	0,281
	Erkek	74	2,210	1,168		
Huzursuzluk	Kadın	108	3,550	1,154	1,551	0,123
	Erkek	74	3,280	1,194		
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	Kadın	108	2,348	0,687	-0,426	0,670
	Erkek	74	2,394	0,770		

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ve eğitim ve meslekte zorlanma puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi uygulanmıştır.

Analiz sonucuna göre eğitim ve meslekte zorlanma puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($t(180)=-2.458; p=0.015<0,05$). Erkeklerin eğitim ve meslekte zorlanma puanları ($\bar{x}=2,780$), kadınların eğitim ve meslekte zorlanma puanlarından ($\bar{x}=2,220$) yüksek bulunmuştur. Bu sonuca varılmasındaki bir etkenin de erkeklerin iş hayatında ve eğitimini sürdürmede daha çoğunlukta olma imkanı olduğunu düşünmekteyim.

Diğer grupların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Medeni Duruma Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Anksiyete	Evli	86	17,120	12,510	0,557	0,578
	Bekar	96	16,100	11,993		
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	Evli	86	2,470	1,135	-0,475	0,635
	Bekar	96	2,550	1,164		
Yakın İlişkilerde Zorlanma	Evli	86	1,300	0,757	-1,531	0,123
	Bekar	96	1,490	0,964		
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	Evli	86	2,270	1,479	-1,529	0,128
	Bekar	96	2,610	1,574		
Güvensiz Yaklaşım	Evli	86	2,240	0,862	-2,001	0,047
	Bekar	96	2,520	0,973		
Sosyal İzolasyon	Evli	86	1,830	0,980	-3,076	0,002
	Bekar	96	2,340	1,236		
Huzursuzluk	Evli	86	3,480	1,206	0,466	0,642
	Bekar	96	3,400	1,151		
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	Evli	86	2,238	0,660	-2,313	0,022
	Bekar	96	2,482	0,754		

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ve eğitim ve meslekte zorlanma puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi uygulanmıştır

Analiz sonucuna göre;

Güvensiz yaklaşım puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($t(180)=-2.001; p=0.047<0,05$). Bekarların güvensiz yaklaşım puanları ($\bar{x}=2,520$), evlilerin güvensiz yaklaşım puanlarından ($\bar{x}=2,240$) yüksek bulunmuştur. Bu sonuç hastaların çevresinde güvenebileceği insan varlığı ile ilişkili olabilmektedir. Evli hastalar eşlerine ve çocuklarına rahatlıkla güvenebilmektedir.

Sosyal izolasyon puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($t(180)=-3.076; p=0.002<0,05$). Bekarların

sosyal izolasyon puanları ($\bar{x}=2,340$), evlilerin sosyal izolasyon puanlarından ($\bar{x}=1,830$) yüksek bulunmuştur.

Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir($t(180)=-2.313; p=0.022<0,05$). Bekarların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanları ($\bar{x}=2,482$), evlilerin sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanlarından ($\bar{x}=2,238$) yüksek bulunmuştur.

Anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, eğitim ve meslekte zorlanma, huzursuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	T	P
Anksiyete	Evet	53	13,360	10,123	-2,309	0,022
	Hayır	129	17,910	12,781		
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	Evet	53	2,520	1,204	0,039	0,969
	Hayır	129	2,510	1,129		
Yakın İlişkilerde Zorlanma	Evet	53	1,300	0,716	-0,980	0,328
	Hayır	129	1,440	0,933		
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	Evet	53	2,420	1,469	-0,146	0,884
	Hayır	129	2,460	1,567		
Güvensiz Yaklaşım	Evet	53	2,310	0,927	-0,763	0,447
	Hayır	129	2,420	0,933		
Sosyal İzolasyon	Evet	53	2,130	1,112	0,229	0,819
	Hayır	129	2,090	1,166		
Huzursuzluk	Evet	53	3,390	1,204	-0,387	0,699
	Hayır	129	3,460	1,167		
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	Evet	53	2,337	0,719	-0,361	0,719
	Hayır	129	2,379	0,723		

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ve eğitim ve meslekte zorlanma puan ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi uygulanmıştır.

Analiz sonucuna göre anksiyete puan ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. ($t(180)=-2.309; p=0.022<0,05$). Çalışmayanların anksiyete puanları($\bar{x}=17,910$), çalışanların anksiyete puanlarından ($\bar{x}=13,360$) yüksek bulunmuştur. Çalışan insanların edindiği çevre ve sorumluluklar hastalığa karşı bilgi sahibi olma ile birlikte anksiyete oranında azalma meydana getirmektedir.

Diğer grupların puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Anksiyete	İlköğretim	98	18,340	13,080	3,275	0,040	1>3
	Ortaöğretim	54	15,940	11,301			
	Lisans	30	12,000	9,642			
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	İlköğretim	98	2,590	1,196	1,582	0,208	
	Ortaöğretim	54	2,560	1,181			
	Lisans	30	2,170	0,866			
Yakın İlişkilerde Zorlanma	İlköğretim	98	1,460	0,902	0,770	0,465	
	Ortaöğretim	54	1,280	0,691			
	Lisans	30	1,430	1,073			
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	İlköğretim	98	2,560	1,622	2,203	0,113	
	Ortaöğretim	54	2,550	1,483			
	Lisans	30	1,920	1,239			
Güvensiz Yaklaşım	İlköğretim	98	2,330	0,969	0,612	0,543	
	Ortaöğretim	54	2,420	0,847			
	Lisans	30	2,530	0,955			
Sosyal İzolasyon	İlköğretim	98	1,950	1,156	2,067	0,130	
	Ortaöğretim	54	2,240	1,073			
	Lisans	30	2,360	1,210			
Huzursuzluk	İlköğretim	98	3,490	1,213	0,263	0,769	
	Ortaöğretim	54	3,400	1,074			
	Lisans	30	3,330	1,248			
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	İlköğretim	98	2,360	0,750	0,177	0,838	
	Ortaöğretim	54	2,408	0,671			
	Lisans	30	2,313	0,723			

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ve eğitim ve meslekte zorlanma puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek tönü varyans analizi (Anova) uygulanmıştır.

Analiz sonucuna göre anksiyete puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=3,275; p=0,040<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim düzeyi ilköğretim olanların anksiyete puanları ($18,340\pm13,080$), eğitim düzeyi lisans olanların anksiyete puanlarından ($12,000\pm9,642$) yüksek bulunmuştur. Bu durum hastalığın farkına varma, araştırma, merak etme, kendinin farkına varma ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, eğitim ve meslekte zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Kiminle Yaşandığına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Anksiyete	Yalnız	7	18,000	12,806	0,271	0,846	
	Anne, Baba Ve Kardeşlerimden Herhangi Biri Ya Da Hepsi İle Birlikte	87	16,470	12,224			
	Arkadaşımla	6	20,670	14,922			
	Eşim Ve Çocuklarımla	82	16,280	12,142			
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	Yalnız	7	2,930	1,179	0,489	0,691	
	Anne, Baba Ve Kardeşlerimden Herhangi Biri Ya Da Hepsi İle Birlikte	87	2,560	1,187			
	Arkadaşımla	6	2,460	0,967			
	Eşim Ve Çocuklarımla	82	2,430	1,124			
Yakın İlişkilerde Zorlanma	Yalnız	7	2,000	1,384	2,414	0,068	
	Anne, Baba Ve	87	1,400	0,828			

	Kardeşlerimden Herhangi Biri Ya Da Hepsi İle Birlikte						
	Arkadaşımla	6	2,000	1,581			
	Eşim Ve Çocuklarımla	82	1,300	0,789			
Eğitim Meslekte Zorlanma	Yalnız	7	2,210	1,524			
	Anne, Baba Ve Kardeşlerimden Herhangi Biri Ya Da Hepsi İle Birlikte	87	2,600	1,579	0,683	0,563	
	Arkadaşımla	6	2,750	1,725			
	Eşim Ve Çocuklarımla	82	2,290	1,484			
Güvensiz Yaklaşım	Yalnız	7	2,430	1,248			
	Anne, Baba Ve Kardeşlerimden Herhangi Biri Ya Da Hepsi İle Birlikte	87	2,490	0,964	1,833	0,143	
	Arkadaşımla	6	2,960	0,557			
	Eşim Ve Çocuklarımla	82	2,240	0,868			
Sosyal İzolasyon	Yalnız	7	2,180	1,313			
	Anne, Baba Ve Kardeşlerimden Herhangi Biri Ya Da Hepsi İle Birlikte	87	2,330	1,255	4,151	0,007	2>4 3>4
	Arkadaşımla	6	2,880	1,034			
	Eşim Ve Çocuklarımla	82	1,800	0,941			
Huzursuzluk	Yalnız	7	3,430	1,018			
	Anne, Baba Ve Kardeşlerimden Herhangi Biri Ya Da Hepsi İle Birlikte	87	3,390	1,150	0,205	0,893	
	Arkadaşımla	6	3,750	1,129			
	Eşim Ve Çocuklarımla	82	3,470	1,231			
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	Yalnız	7	2,524	0,864			
	Anne, Baba Ve Kardeşlerimden Herhangi Biri Ya Da Hepsi İle Birlikte	87	2,460	0,751	2,431	0,067	
	Arkadaşımla	6	2,787	0,795			
	Eşim Ve Çocuklarımla	82	2,223	0,648			

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal

yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ve eğitim ve meslekte zorlanma puan ortalamalarının kiminle yaşandığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek tönü varyans analizi (Anova) uygulanmıştır.

Analiz sonucuna göre sosyal izolasyon puan ortalamalarının kiminle yaşandığı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=4,151; p=0,007<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kiminle yaşandığı anne, baba ve kardeşlerimden herhangi biri ya da hepsi ile birlikte olanların sosyal izolasyon puanları ($2,330\pm1,255$), kiminle yaşandığı eşim ve çocuklarımla olanların sosyal izolasyon puanlarından ($1,800\pm0,941$) yüksek bulunmuştur. Kiminle yaşandığı arkadaşım ile olanların sosyal izolasyon puanları ($2,880\pm1,034$), kiminle yaşandığı eşim ve çocuklarımla olanların sosyal izolasyon puanlarından ($1,800\pm0,941$) yüksek bulunmuştur. Eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların sosyal izolasyon puanlarının diğerlerinden düşük olduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, eğitim ve meslekte zorlanma, güvensiz yaklaşım, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo19. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Sosyal Güvenceye Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Anksiyete	Evet	155	15,750	11,953	-2,213	0,028
	Hayır	27	21,330	12,854		
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	Evet	155	2,450	1,090	-1,806	0,140
	Hayır	27	2,880	1,403		
Yakın İlişkilerde Zorlanma	Evet	155	1,390	0,861	-0,516	0,607
	Hayır	27	1,480	0,966		
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	Evet	155	2,370	1,480	-1,615	0,167
	Hayır	27	2,890	1,788		
Güvensiz Yaklaşım	Evet	155	2,360	0,922	-0,897	0,371
	Hayır	27	2,540	0,982		
Sosyal İzolasyon	Evet	155	2,050	1,087	-1,597	0,197
	Hayır	27	2,430	1,431		

Huzursuzluk	Evet	155	3,420	1,145	-0,555	0,580
	Hayır	27	3,560	1,354		
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	Evet	155	2,322	0,684	-2,026	0,044
	Hayır	27	2,624	0,868		

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ve eğitim ve meslekte zorlanma puan ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi uygulanmıştır

Analiz sonucuna göre anksiyete puan ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($t(180)=-2.213; p=0.028<0,05$). Sosyal güvencesi olmayanların anksiyete puanları ($\bar{x}=21,330$), sosyal güvencesi olanların anksiyete puanlarından ($\bar{x}=15,750$) yüksek bulunmuştur.

Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puan ortalamalarının sosyal güvence değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($t(180)=-2.026; p=0.044<0,05$). Sosyal güvencesi olmayanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanları ($\bar{x}=2,624$), sosyal güvencesi olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanlarından ($\bar{x}=2,322$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, eğitim ve meslekte zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 20. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının En Son Ne Zaman Sağlık Kuruluşuna Başvurulduğuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	P
Anksiyete	Son Bir Hafta İçerisinde	18	16,940	10,270	0,177	0,950
	Son Bir Ay İçerisinde	42	17,520	12,966		
	Son Altı Ay İçerisinde	82	16,550	11,515		
	Son Bir Yıl İçerisinde	19	14,740	12,342		
	Bir Yıldan Daha Uzun Süre Önce	21	16,190	15,394		
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	Son Bir Hafta İçerisinde	18	2,540	1,261	0,604	0,660
	Son Bir Ay İçerisinde	42	2,510	1,006		
	Son Altı Ay İçerisinde	82	2,540	1,188		
	Son Bir Yıl İçerisinde	19	2,740	1,276		
	Bir Yıldan Daha Uzun Süre Önce	21	2,190	1,075		
Yakın İlişkilerde Zorlanma	Son Bir Hafta İçerisinde	18	1,190	0,489	2,097	0,083
	Son Bir Ay İçerisinde	42	1,380	0,875		
	Son Altı Ay İçerisinde	82	1,290	0,720		
	Son Bir Yıl İçerisinde	19	1,740	1,123		
	Bir Yıldan Daha Uzun Süre Önce	21	1,740	1,271		
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	Son Bir Hafta İçerisinde	18	2,140	1,453	1,203	0,311
	Son Bir Ay İçerisinde	42	2,570	1,602		
	Son Altı Ay İçerisinde	82	2,360	1,468		
	Son Bir Yıl İçerisinde	19	3,080	1,750		
	Bir Yıldan Daha Uzun Süre Önce	21	2,260	1,488		
Güvensiz Yaklaşım	Son Bir Hafta İçerisinde	18	2,420	0,862	1,943	0,105
	Son Bir Ay İçerisinde	42	2,330	0,883		
	Son Altı Ay İçerisinde	82	2,320	0,961		
	Son Bir Yıl İçerisinde	19	2,930	0,964		
	Bir Yıldan Daha Uzun Süre Önce	21	2,250	0,833		

	Uzun Süre Önce					
Sosyal İzolasyon	Son Bir Hafta İçerisinde	18	1,830	1,085	0,908	0,461
	Son Bir Ay İçerisinde	42	1,940	0,930		
	Son Altı Ay İçerisinde	82	2,210	1,206		
	Son Bir Yıl İçerisinde	19	2,360	1,442		
	Bir Yıldan Daha Uzun Süre Önce	21	2,000	1,072		
Huzursuzluk	Son Bir Hafta İçerisinde	18	3,560	1,235	0,740	0,566
	Son Bir Ay İçerisinde	42	3,390	1,182		
	Son Altı Ay İçerisinde	82	3,350	1,241		
	Son Bir Yıl İçerisinde	19	3,840	1,042		
	Bir Yıldan Daha Uzun Süre Önce	21	3,430	0,952		
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	Son Bir Hafta İçerisinde	18	2,275	0,670	1,581	0,181
	Son Bir Ay İçerisinde	42	2,324	0,653		
	Son Altı Ay İçerisinde	82	2,349	0,714		
	Son Bir Yıl İçerisinde	19	2,746	0,910		
	Bir Yıldan Daha Uzun Süre Önce	21	2,257	0,682		

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, eğitim ve meslekte zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanları ortalamalarının en son ne zaman sağlık kuruluşuna başvurulduğu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo21. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Kaç Yıldır Epilepsi Hastası Olduğuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Anksiyete	2 Yıl Altı	24	15,120	10,621	0,300	0,741	
	2Yıl-5Yıl	31	17,710	13,138			
	5 Yıldan Uzun Süredir	127	16,580	12,328			
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	2 Yıl Altı	24	2,230	1,093	0,852	0,428	
	2 Yıl-5Yıl	31	2,540	1,325			
	5 Yıldan Uzun Süredir	127	2,560	1,113			
Yakın İlişkilerde Zorlanma	2 Yıl Altı	24	1,600	1,063	0,749	0,474	
	2Yıl-5Yıl	31	1,390	0,901			
	5 Yıldan Uzun Süredir	127	1,370	0,832			
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	2 Yıl Altı	24	2,250	1,474	2,480	0,087	
	2Yıl-5Yıl	31	3,000	1,663			
	5 Yıldan Uzun Süredir	127	2,350	1,496			
Güvensiz Yaklaşım	2 Yıl Altı	24	2,670	1,060	1,959	0,144	
	2Yıl-5Yıl	31	2,520	1,005			
	5 Yıldan Uzun Süredir	127	2,300	0,878			
Sosyal İzolasyon	2 Yıl Altı	24	2,570	1,338	9,992	0,000	1>3 2>3
	2Yıl-5Yıl	31	2,710	1,233			
	5 Yıldan Uzun Süredir	127	1,860	1,007			
Huzursuzluk	2 Yıl Altı	24	3,620	1,304	1,006	0,368	
	2Yıl-5Yıl	31	3,630	1,103			
	5 Yıldan Uzun Süredir	127	3,360	1,166			
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	2 Yıl Altı	24	2,491	0,889	3,210	0,043	2>3
	2Yıl-5Yıl	31	2,618	0,820			
	5 Yıldan Uzun Süredir	127	2,282	0,644			

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ve eğitim ve meslekte zorlanma puan ortalamalarının kaç yıldır epilepsi hastası olduğu değişkenine göre anlamlı bir

farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek tönü varyans analizi (Anova) uygulanmıştır.

Analiz sonucuna göre sosyal izolasyon puan ortalamalarının kaç yıldır epilepsi hastası olduğu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=9,992; p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kaç yıldır epilepsi hastası olunduğu 2 yıl altı olanların sosyal izolasyon puanları ($2,570\pm1,338$), kaç yıldır epilepsi hastası olunduğu 5 yıldan uzun süredir olanların sosyal izolasyon puanlarından ($1,860\pm1,007$) yüksek bulunmuştur. 2-5 yıldır epilepsi hastası olanların sosyal izolasyon puanları ($2,710\pm1,233$), 5 yıldan uzun süredir epilepsi hastası olanların sosyal izolasyon puanlarından ($1,860\pm1,007$) yüksek bulunmuştur.

Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puan ortalamalarının kaç yıldır epilepsi hastası olduğu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=3,210; p=0,043<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. 2-5 yıldır epilepsi hastası olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanları ($2,618\pm0,820$), kaç yıldır epilepsi hastası olunduğu 5 yıldan uzun süredir epilepsi hastası olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanlarından ($2,282\pm0,644$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, eğitim ve meslekte zorlanma, güvensiz yaklaşım, huzursuzluk ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo22. Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Düzenli Kontrole Gitme Durumuna Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Anksiyete	Evet	169	16,300	12,298	-1,142	0,255
	Hayır	13	20,310	10,843		
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	Evet	169	2,510	1,129	-0,205	0,837
	Hayır	13	2,580	1,423		
Yakın İlişkilerde Zorlanma	Evet	169	1,350	0,813	-3,126	0,058
	Hayır	13	2,120	1,309		
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	Evet	169	2,420	1,519	-1,058	0,291

	Hayır	13	2,880	1,734		
Güvensiz Yaklaşım	Evet	169	2,360	0,925	-1,458	0,147
	Hayır	13	2,750	0,957		
Sosyal İzolasyon	Evet	169	2,070	1,115	-1,492	0,266
	Hayır	13	2,560	1,494		
Huzursuzluk	Evet	169	3,380	1,170	-2,687	0,008
	Hayır	13	4,270	0,927		
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	Evet	169	2,335	0,689	-2,181	0,131
	Hayır	13	2,782	0,981		

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, eğitim ve meslekte zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ve huzursuzluk puan ortalamalarının düzenli kontrole gitme değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla t-testi uygulanmıştır

Analiz sonucuna göre huzursuzluk puan ortalamalarının düzenli kontrole gitme değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($t(180)=-2.687; p=0.008<0,05$). Düzenli kontrole gitmeyenlerin huzursuzluk puanları ($\bar{x}=4,270$), düzenli kontrole gidenlerin huzursuzluk puanlarından ($\bar{x}=3,380$) yüksek bulunmuştur. Buna göre düzenli kontrole gitmediğini belirten hastalar nöbetlerini tetikleyen durum ya da olay olduğunu ifade etmektedir. Benim düşünceme göre; nöbetlerin bir başka durum ya da olaya bağlı geliştiğini düşünen hastalar kontrole gitmenin önemli olduğunu düşünmemektedir. Tetikleyici olayın olmadığı zaman hastalığın ortadan kalkacağını düşünmektedir. Bu düşünce kendi kendine tedaviyi sonlandırma ile de sonuçlanabilme açısından tehlikelidir.

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, eğitim ve meslekte zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo23.Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel Puanlarının En Son Ne Zaman Nöbet Geçirildiğine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Anksiyete	Son Bir Hafta İçerisinde	25	23,760	14,898	7,178	0,000	1>2 1>4 2>4 3>4
	Son Bir Ay İçerisinde	39	17,850	11,563			
	Son Bir Yıl İçerisinde	40	18,950	11,743			
	Bir Yıldan Daha Önce	78	12,440	10,391			
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	Son Bir Hafta İçerisinde	25	2,940	1,042	2,932	0,035	1>4
	Son Bir Ay İçerisinde	39	2,650	1,052			
	Son Bir Yıl İçerisinde	40	2,620	1,125			
	Bir Yıldan Daha Önce	78	2,250	1,194			
Yakın İlişkilerde Zorlanma	Son Bir Hafta İçerisinde	25	1,620	1,092	1,334	0,265	
	Son Bir Ay İçerisinde	39	1,380	0,831			
	Son Bir Yıl İçerisinde	40	1,520	1,050			
	Bir Yıldan Daha Önce	78	1,280	0,701			
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	Son Bir Hafta İçerisinde	25	2,960	1,677	1,657	0,178	
	Son Bir Ay İçerisinde	39	2,410	1,593			
	Son Bir Yıl İçerisinde	40	2,610	1,555			
	Bir Yıldan Daha Önce	78	2,220	1,427			
Güvensiz Yaklaşım	Son Bir Hafta İçerisinde	25	2,630	0,950	1,254	0,292	
	Son Bir Ay İçerisinde	39	2,480	0,984			
	Son Bir Yıl İçerisinde	40	2,410	0,873			
	Bir Yıldan Daha Önce	78	2,250	0,920			
Sosyal İzolasyon	Son Bir Hafta İçerisinde	25	2,480	1,289	1,091	0,354	
	Son Bir Ay İçerisinde	39	2,100	1,279			
	Son Bir Yıl İçerisinde	40	2,030	1,104			
	Bir Yıldan Daha Önce	78	2,020	1,048			
Huzursuzluk	Son Bir Hafta İçerisinde	25	3,700	1,233	1,507	0,214	
	Son Bir Ay İçerisinde	39	3,350	1,171			
	Son Bir Yıl İçerisinde	40	3,670	1,029			
	Bir Yıldan Daha Önce	78	3,280	1,216			
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	Son Bir Hafta İçerisinde	25	2,709	0,622	3,532	0,016	1>4
	Son Bir Ay İçerisinde	39	2,400	0,696			
	Son Bir Yıl İçerisinde	40	2,439	0,721			
	Bir Yıldan Daha Önce	78	2,203	0,726			

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ve eğitim ve meslekte zorlanma puan ortalamalarının en son ne zaman nöbet geçirildiği değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek tönü varyans analizi (Anova) uygulanmıştır.

Analiz sonucuna göre anksiyete puan ortalamalarının en son ne zaman nöbet geçirdiği değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=7,178; p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. En son ne zaman nöbet geçirildiği son bir hafta içerisinde olanların anksiyete puanları ($23,760\pm14,898$), en son ne zaman nöbet geçirildiği son bir ay içerisinde olanların anksiyete puanlarından ($17,850\pm11,563$) yüksek bulunmuştur. En son ne zaman nöbet geçirildiği son bir hafta içerisinde olanların anksiyete puanları ($23,760\pm14,898$), en son ne zaman nöbet geçirildiği bir yıldan daha önce olanların anksiyete puanlarından ($12,440\pm10,391$) yüksek bulunmuştur. En son ne zaman nöbet geçirildiği son bir ay içerisinde olanların anksiyete puanları ($17,850\pm11,563$) en son ne zaman nöbet geçirildiği bir yıldan daha önce olanların anksiyete puanlarından ($12,440\pm10,391$) yüksek bulunmuştur. En son ne zaman nöbet geçirildiği son bir yıl içerisinde olanların anksiyete puanları ($18,950\pm11,743$) en son ne zaman nöbet geçirildiği bir yıldan daha önce olanların anksiyete puanlarından ($12,440\pm10,391$) yüksek bulunmuştur.

Sosyal ve fiziksel aktivite engeli puan ortalamalarının en son ne zaman nöbet geçirdiği değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=2,932; p=0,035<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. En son ne zaman nöbet geçirildiği son bir hafta içerisinde olanların sosyal ve fiziksel aktivite engeli puanları ($2,940\pm1,042$), en son ne zaman nöbet geçirildiği bir yıldan daha önce olanların sosyal ve fiziksel aktivite engeli puanlarından ($2,250\pm1,194$) yüksek bulunmuştur.

Sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puan ortalamalarının en son ne zaman nöbet geçirdiği değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği

belirlenmiştir($F=3,532; p=0,016<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. En son ne zaman nöbet geçirildiği son bir hafta içerisinde olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanları ($2,709\pm0,622$), en son ne zaman nöbet geçirildiği bir yıldan daha önce olanların sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel puanlarından ($2,203\pm0,726$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların yakın ilişkilerde zorlanma, eğitim ve meslekte zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo24.Hastaların Anksiyete Ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Puanlarının Kaç Çeşit Antiepileptik İlaç Kullanıldığına Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Anksiyete	Tek çeşit	123	15,630	11,961	1,574	0,197	
	İki çeşit	37	18,570	11,880			
	Üç çeşit	14	15,500	11,791			
	Dört veya daha fazla çeşit	8	23,880	16,788			
Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli	Tek çeşit	123	2,440	1,154	2,159	0,095	
	İki çeşit	37	2,900	1,164			
	Üç çeşit	14	2,120	0,934			
	Dört veya daha fazla çeşit	8	2,590	1,026			
Yakın İlişkilerde Zorlanma	Tek çeşit	123	1,310	0,767	4,519	0,004	4>1 4>2 4>3
	İki çeşit	37	1,550	1,019			
	Üç çeşit	14	1,250	0,427			
	Dört veya daha fazla çeşit	8	2,380	1,575			
Eğitim Ve Meslekte Zorlanma	Tek çeşit	123	2,370	1,512	0,627	0,599	
	İki çeşit	37	2,510	1,470			
	Üç çeşit	14	2,640	1,781			
	Dört veya daha fazla çeşit	8	3,060	1,860			
Güvensiz Yaklaşım	Tek çeşit	123	2,370	0,896	1,085	0,357	
	İki çeşit	37	2,590	1,028			
	Üç çeşit	14	2,250	1,014			
	Dört veya daha fazla çeşit	8	2,030	0,784			

Sosyal İzolasyon	Tek çeşit	123	2,060	1,133	0,147	0,932	
	İki çeşit	37	2,170	1,256			
	Üç çeşit	14	2,210	1,082			
	Dört veya daha fazla çeşit	8	2,190	1,148			
Huzursuzluk	Tek çeşit	123	3,360	1,119	0,725	0,538	
	İki çeşit	37	3,590	1,404			
	Üç çeşit	14	3,750	1,105			
	Dört veya daha fazla çeşit	8	3,380	1,026			
Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel	Tek çeşit	123	2,309	0,696	1,202	0,311	
	İki çeşit	37	2,553	0,813			
	Üç çeşit	14	2,314	0,718			
	Dört veya daha fazla çeşit	8	2,493	0,572			

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, yakın ilişkilerde zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ve eğitim ve meslekte zorlanma puan ortalamalarının kaç çeşit antiepileptik ilaç kullanıldığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek tönü varyans analizi (Anova) uygulanmıştır.

Analiz sonucuna göre yakın ilişkilerde zorlanma puan ortalamalarının kaç çeşit antiepileptik ilaç kullanıldığı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=4,519; p=0,004<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kaç çeşit antiepileptik ilaç kullanıldığı dört veya daha fazla çeşit olanların yakın ilişkilerde zorlanma puanları ($2,380\pm1,575$), kaç çeşit antiepileptik ilaç kullanıldığı tek çeşit olanların yakın ilişkilerde zorlanma puanlarından ($1,310\pm0,767$) yüksek bulunmuştur. Kaç çeşit antiepileptik ilaç kullanıldığı dört veya daha fazla çeşit olanların yakın ilişkilerde zorlanma puanları ($2,380\pm1,575$), kaç çeşit antiepileptik ilaç kullanıldığı iki çeşit olanların yakın ilişkilerde zorlanma puanlarından ($1,550\pm1,019$) yüksek bulunmuştur. Kaç çeşit antiepileptik ilaç kullanıldığı dört veya daha fazla çeşit olanların yakın ilişkilerde zorlanma puanları ($2,380\pm1,575$), kaç çeşit antiepileptik ilaç kullanıldığı üç çeşit olanların yakın ilişkilerde zorlanma puanlarından

(1,250±0,427) yüksek bulunmuştur. Sonuca göre 4 veya daha fazla antiepileptik ilaç kullanan hastaların yakın ilişkilerde zorlanma puanları diğerlerine göre yüksektir.

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete, sosyal ve fiziksel aktivite engeli, eğitim ve meslekte zorlanma, güvensiz yaklaşım, sosyal izolasyon, huzursuzluk, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi genel ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



SONUÇ

Epileptik hastaların hayat içerisinde birçok alanda negatif yönde etkilendikleri, yaşadıkları sorunların başında genel sağlık, fiziksel işlevsellik ve fiziksel rol kısıtlılığının yer aldığı görülmektedir. Yaşam kalitesinde düşüklük, hastalığın erken başlangıcı, nöbetlerin sıklığı, kullanılan antiepileptik ilaçların çokluğu, yetersiz sosyal destek, artan yaş gibi durumlarla karakterizedir. Ulaştığımız bulguların genel hatlarıyla alan yazındaki diğer çalışmalar ile uyumlu olduğu ve kendi içinde tutarlı olduğu görülmektedir.

Hastaların anksiyete ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi düzeylerinin yaşa göre ortalamaları incelendiğinde; sadece Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli, Güvensiz Yaklaşım, Sosyal İzolasyon ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel boyutlarının 26-40 yaş aralığında olanlarda en yüksek ortalamalara sahip olacak şekilde gözlemlendiği dikkat çekmiştir.

Hastaların anksiyete ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi düzeylerinin cinsiyete göre ortalamaları incelendiğinde; erkeklerin “Eğitim Ve Meslekte Zorlanma” boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmektedir.

Hastaların anksiyete ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi düzeylerinin medeni duruma göre ortalamaları incelendiğinde; Güvensiz Yaklaşım, Sosyal İzolasyon ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel boyutlarında bekârların aleyhine bir durum söz konusudur. Epileptik bireylerin evlilik oranlarının düşük olduğu ön bilgisi, medeni halin yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmesinde istatistikî açıdan manalı bir farkın oluşması beklentisine neden olmaktadır.

Hastaların anksiyete ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi düzeylerinin çalışma durumuna göre ortalamaları incelendiğinde; çalışmayanlarda anksiyete daha yüksek belirlenmiştir.

Hastaların anksiyete ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi düzeylerinin eğitim durumuna göre ortalamaları incelendiğinde; anksiyete altboyutunda ilköğretim mezunu olanların aleyhine bir durum söz konusudur. Hastaların eğitim durumlarının,

yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir. Bu olası etkinin sebebi, eğitim düzeyi arttıkça iyileşen standartların daha konforlu ve nitelikli bir hayatı mümkün kılmasıdır. Eğitim durumunun yalnızca anksiyete konusunda kendini göstermesinin sebebi, epilepsinin ne olduğu ve hangi etkileri yaratabildiğinin bilinci ile daha yüksek farkındalığa sebep oluşu olabilir. Böylelikle eğitimi daha iyi olan kişilerin kaygı ile başa çıkmalarının daha başarılı olduğu sonucuna varılabilir.

Hastaların anksiyete ve sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi düzeylerinin en son ne zaman nöbet geçirildiği durumuna göre ortalamaları incelendiğinde; Anksiyete, Sosyal Ve Fiziksel Aktivite Engeli ve Sosyal Yaşamın Olumsuz Etkilenmesi Genel boyutlarında son bir hafta içerisinde geçirenlerin aleyhine bir sonuç olduğu dikkat çekmiştir.

Tüm bu sonuçlar çerçevesinde, aşağıdaki detaylara önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir:

Epilepsi hastalığı hakkında bilgi sahibi olmanın, düzenli kontrollere gitmenin ve eğitim seviyesinin yüksek olmasının, hastalığa olumlu yönde etki ettiği gözlenmiştir. Bu bağlamda öneriler kısmında da ele alınacağı gibi, verilecek ekstra eğitimler ile hastaya farkındalık kazandırılması gerekliliği de tekrar vurgulanmaktadır.

Anksiyetenin epilepsi ile başa çıkmada yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkiliyor olması önemli bir temel oluşturmaktadır. Literatürde epilepsi yaşam kalitesi temelli ele alınan bir hastalık olarak dikkat çekmekte, psikopatolojinin bir bütün olarak değerlendirildiği görülmektedir. Dolayısıyla bundan sonraki çalışmalarda anksiyeteye özellikle yer verilmesi ve karşılaştırılabilir bulgular elde edilmesi önemlidir.

Epilepside kaliteli yaşam sürmeyi ve psikopatolojiyi tehdit eden unsurların (düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük eğitim seviyesi, nöbet geçirme sıklığı, kullanılan antiepileptik ilaçların fazlalığı, kontrollere düzenli gidilmemesi) fark edilmesi ve böylelikle negatif etkilerinin minimuma indirgenmesi için çaba gösterilmesi yararlı olacaktır.

Hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olunmaması, hastalıkla başa çıkmayı zorlaştıran bir durumdur. Epilepsi gibi nöbet kontrolüne ihtiyaç duyulan, kontrol olmadığı takdirde sonuçların son derece sorunlu olabileceği bir hastalıkta, sağlık personelinin, hastanın yakın çevresinin ve diğer insanların epilepsili hastaların yaşadıklarına dair farkındalık ve bilgi sahibi olması son derece önemlidir. Böylelikle kaygı ve stresin de daha aza ineceği beklenmektedir.

Hastalıkla başarıyla başa çıkabilme adına gereken bilişsel pratik ve aktiviteler ile niteliğin artırılması, hangi durumlarda ne şekilde davranılması gerektiğinin anlaşılması, geleceğe dair yol gösterici olacaktır. Çalışmamız bulguları çerçevesinde, kaygının ve sosyal yaşamda olumsuzlukların giderilmesinin günlük yaşamda işlevselliğin kaybedilmemesi açısından önemli olduğu söylenebilir. Bu açıdan bilgilendirilmeleri ve sosyal aktivitelerden kopmamaları önemlidir. Kurum ve kuruluşların bu bağlamda destekleyici uygulamalarına ihtiyaç görülmektedir.

Hastaların günlük yaşamlarını daha az kaygı ve daha nitelikli bir kapsamda sürdürebilmeleri adına sağlık çalışanlarıyla işbirliği yapmalarının sağlanması, mevcut problemleri üzerine gidilmesi ve çözüm üretilmesi önemlidir. Bu bağlamda yaşadıklarına yönelik farkındalık artırıcı çalışmalara yer verilmesi de gerekli görülmektedir.

Sonuç olarak epilepsi hastalarında psikiyatrik bozukluklara çok sık rastlanmaktadır ve bu bozuklukların uygun biçimde tanınması, daha yüksek bir tedavi başarısı sağlayacaktır. Dolayısıyla literatürü destekleyen bulgular elde edildiğini söylemek mümkündür.

KAYNAKÇA

- Agarwal P, Mehndiratta MM, Antony AR, Kumar N, Dwivedi R, Sharma P, Kumar S. Epilepsy in India: nuptiality behaviour and fertility. *Seizure* 2006;15:409-15.
- Akçalı A., Altındağ A., Geyik S., Cansel N. (2009). Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46: 91-97.
- Akdemir V.(2014)., Dirençli Epilepsi Olgularında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
- Akoluk S. (2017), Epilepsi Hastalarının Tedaviye Uyumları ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, 20-37.
- Aksun ZÖ.(2011), Epilepsi Hastalarının Yakınlarının Nöbet Sırasındaki Davranışları ve Bunun Epilepsi Hakkındaki Bilgileri ile İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 10-36.
- Alanis-Guevara I, Peña E, Corona T, López-Ayala T, López-Meza E, López-Gómez M. Sleep disturbances, socioeconomic status, and seizure control as main predictors of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005;7(3):481-5.
- Arslan S., Bölükbaş N. (2003). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (3): 38-47.
- Ataklı D. A. (2002). Gebelik ve Epilepsi. *Epilepsi* ;8(2):113-119.
- Au A, Li P, Chan J ve ark. Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2002; 3: 50 -57
- Austin J. K., Perkins S. M., Johnson C. S., Fastenau P. S., Byars A. W., Grauw T. J., Dunn D. W. (2010). Self-esteem and symptoms of depression in children with seizures: Relationships with neuropsychological functioning and family variables over time. *Epilepsia*, 51(10): 2074-2083.

- Aydemir N., Özkara Ç., Canbeyli R. ve Tekcan A. (2004). Changes in quality of life and self-perspective related to surgery in patients with temporal lobe epilepsy . *Epilepsy & Behavior*: 5; 735–742
- Baykan B., Bebek N., Gürses C., Koçyiğit A., (2010). Epilepsi. itfnoroloji.org/epilepsi/Epilepsi.htm., 30.12.2017.
- Bazil CW. Epilepsy and sleep disturbance. *Epilepsy Behav* 2003;4 Suppl 2:S39-45.
- Bazil CW. Sleep, Sleep Apnea, and Epilepsy. *Curr Treat Options Neurol* 2004;6(4):339-45.
- Beck A.T., Epstein N., Brown G., & Ster R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bek S, Kaşıkçı T, Koç G, Genç G, Gökçil Z, Odabaşı Z. Epilepsi tedavisinde klasik ve yeni antiepileptik ilaç seçimi. *Türk Norol Derg* 2009;15:71-77.
- Bek S. ve Gökçil Z. (2007). Epilepsi ve Askerlik. *Epilepsi* ;13(1):12-16.
- Beyenburg S, Mitchell AJ, Schmidt D, Elger CE, Reuber M. Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy Behav* 2005; 7:161-171.
- Bishop M., Berven N. L., Hermann B. P. ve Chan F. (2002). Quality of Life Among Aduşts with Eoilepsy: An exploratory Model. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45(2): 87-95, 113.
- Boer H. M., Mula M., Sander J. W. (2008). The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 12(4):540–546.
- Bora İ.; Yeni S. N.; Gürses C. (2008). Epilepsi. 1.cilt, 1.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri.
- 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.
- Cankurtaran E.Ş., Uluğ B. ve Saygı S. (2004). Epilepsiye Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 14(2):97-106..

- Charyton C., Elliott J., Lu B. Ve Moore, L. (2009). The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 16(4): 640–645
- Coşar D.A. (2016), Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, 22-52.
- Çam O., Bilge A., Türkiye’de Ruhsal Hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci. *Sistemik Derleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013;4(2): 94.
- Çavuşoğlu H. (2001). Self-esteem in Adolescence: A Comparison of Adolescents with Diabetes Mellitus and Leukemia. *Pediatric Nursing*. 27(4):355-364.
- Çınar N, Şahin Ş, Batum K, Karşıdağ S. (2012), Epilepside İnteriktal Psikiyatrik Bozukluklar, researchgate.net/profile/Sevki_Sahin2/publication, 10,01,2018.
- Djibuti M, Shakarishvili R. Influence of clinical, demographic, and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74(5):570-3.
- Doğdu S., Epilepsi Hastalığı ve Tedavi Yöntemleri, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Bitirme Ödevi, 2013, 7-8.
- Edefonti V., Bravi F., Turner K., Beghi E., Canevini MP., Ferraroni M. ve Piazzini A. (2011). Health-related quality of life in adults with epilepsy: the effect of age, age at onset and duration of epilepsy in a multicentre Italian study. *BMC Neurology* , 11:33 doi:10.1186/1471-2377-11-33
- Ekinci Ö., Toros F., Epilepsi Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Bozukluklar, *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2013; 5(1): 60-77
- Epilepsi Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi, zehirlenme.blogspot.com.tr/2013/04/epilepsi-epidemiyolojisi-ve-etiyojisi.html, 30.12.2017
- Epilepsi Genetiği ve Epidemiyolojisi, biyologlar.com/epilepsi-genetigi-ve-epidemiyolojisi, 20,12,2017.
- Epilepsi Rehberi. (2007), Türk Nöroloji Derneği Epilepsi Çalışma Grubu, Epilepsi Derneği. 18(1):26-38., (Editör: Canan AYKUT BİNGÖL)

Epilepsi ve Yaşam Kalitesi, ucb.com.tr/hastaliklar/koşullar/santral-sinir-sistemi, 20.12.2017.

Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği, toad.edam.com.tr/olcek/epilepsili-hastalarda-yasam-kalitesi-olcegi-0, 10.01.2018

Eymen UE., SPSS 15.0 Veri Analiz Yöntemleri, yunus.hacettepe.edu.tr/~tanta/courses/spring2009/bby606/SPSS_15.0_ile_Veri_Analizi.pdf, 25.12.2017

Gedizlioğlu M, Ortan P, Akın A, Demiralın F, Trakyalı A U, Bilgin R, Arpacı E, (2014), Nörolojik Hastalığı Olmayan Bir Grupta Kronik Nörolojik Hastalıklar Hakkında Farkındalığın Araştırılması: Kesitsel Bir Anket Çalışması, İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 18(2), 14.

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.

Görgülü Ü, Fesci H. Epilepsi ile yaşam: Epilepsinin Psikososyal Etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi* 2011; 26:27-32.

Gülay B. (2014), Epilepsi Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri, *Tıpta Uzmanlık Tezi*, 21-77

Hills MD. The psychological and social impact of epilepsy. *Neurology Asia* 2007;12(Supplement 1):10-12.

Huang H, Che C, Liu C, Jiang F, Mao X. Factors associated with generic and disease-specific quality of life in epilepsy. *Biomed Environ Sci* 2011;24(3):228-33.

Hung Anchor TF. Psycho-social impact of epilepsy and issues of stigma. *Medical Bulletin* 2009;14:15-17.

İpek M. (2013), Epilepsinin Psikososyal Yaşam Üzerine Etkisinin “Washington Psikososyal Nöbet Ölçeği” ile Değerlendirilmesi, *Uzmanlık Tezi*, 35-57

İslamoğlu Ahmet Hamdi, (2003)., *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Beta Basım, İstanbul, s.150

Jacoby A., Snape D., Baker G.: 2005 “Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder”, *Lancet Neurology*, 4, 171-178.

Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004;45(5):544-50.7

Keskin G., Gümüő A.B., Engin E., (2011) Epilepsi Hastalarının aleksitimi,uyku kalitesi ve ruhsal belirtiler yönünden incelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 115-118.

Koç E.R. ve Akmeşe, P. P. (2011). Epilepsili ve Sağlıklı Bireylerin Kaygı, Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Türk Nöroloji Dergisi*;17:189-194..

Koç S.(2009)., Epileptik Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi.

Koltarla S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması, istanbul.saglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_sema_koltarla.pdf, 20.11.2017

Madazlı R., Öncül M., Albayrak M., Uludağ S., Eşkazan E. ve Ocak V. (2004). Gebelik Ve Epilepsi: 44 Olgunun Değerlendirilmesi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*; 35: 126-130. .

McEwan L, Taylor J, Casswell M, Entwistle R, Jacoby K, Gorry J, Jacoby A, and Baker GA. Knowledge of and attitudes expressed toward epilepsy by carers of people with epilepsy: A UK perspective. *Epilepsy & Behavior* 2007;11:13-19.

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

Mitchell G., Deva N., Harkin M., Skinner P. Ve Werthmann A. (2011). Written Declaration on Epilepsy. European Parliament. Pe464.670v01-00, dc\865022en.doc,

Mollaoğlu M., Disability, Activities of Daily Living and Self Efficacy in Dialysis Patients, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011; 10(2):182

- Mollaoğlu M, Durna Z, Balayır E (2015), Türkiye’deki Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin (QOLIE-31) Geçerlik ve Güvenirliği, Nöropsikiyatri Arşivi, 52, 289-295.
- Neze H. (2006) Epilepsi Hastalarında Psikiyatrik Komorbidite ve Bunun Yaşam Kalitesine Etkisi. Uzmanlık Tezi. İstanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/psikiyatri/dr_handan_neze.pdf, 10.10.2017
- Neze H., Havle N., İlnem C. ve Yener F. (2009). Epilepsi Tanısı ile Takip Edilen Kişilerde Psikiyatrik Hastalıklar ve Bunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yeni Symposium Journal, Cilt 47, Sayı 3.
- Nickel R, Silvado CE, Germiniani FM, Paola Ld, Silveira NL, Souza JR, et al. Quality of life issues and occupational performance of persons with epilepsy. Arq Neuropsiquiatr 2012;70(2):140-4.
- Oto R, Apak İ, Arslan S, Yavavlı A, Altındağ A, Karaca EE. Epilepsinin psikososyal etkileri. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004;7:210-214.
- Ökten A.İ., (2007), 1000 Tane İsmi Olan Kutsal Hastalık:Epilepsi, Türk Nöroşirurji Derneği Bülteni, turknorosirurji.org.tr/TNDDData/Books/42/bulten-no-16-temmuz-2007.pdf, 20.09.2017
- Özdemir Ü., Taşçı S., Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2013; 1(1):59
- Padem H, Göksu A, Konaklı Z, Araştırma Yöntemleri, www.researchgate.net/profile/Ali_Goeksu/publication/265515272_Arastirma_Yontemleri_SPSS_Uygulamali/, 25.12.2017
- Priscilla Salant ve Don A. Dillman, How to Conduct Your Own Survey, John Wiley & Sons, Inc. Newyork, 1994, s. 55.
- Raguraman J, Wadoo O. Unravelling the psychological shadows of epilepsy. JK-Practitioner 2006;13:248-250.
- Rıdsdale L, Kwan I, and Morgan M. How can a nurse intervention help people with newly diagnosed epilepsy?A qualitative study of patients’ views. Seizure 2003;12:69-73.

Sillanpää M, Haataja L, Shinnar S. Perceived impact of childhood-onset epilepsy on quality of life as an adult. *Epilepsia* 2004;45(8):971-7.

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

Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of, life in epilepsy. *Epilepsia* 2001;42(9):1160-1168. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1528-1157.2001.37000.x>

Şenol MG, Gün İ, Saraçoğlu M, (2011), Hasta Bakış Açısı:Epilepsi Hakkında Bilgi ve Anlayış, Nobel Medicus Journal 19; 7(1): 95

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

Thacker AK, Verma AM, Ji R, Thacker P, Mishra P. Knowledge awareness and attitude about epilepsy among schoolteachers in India. *Seizure* 2008;17:684-90.

Toklu Z., Kutlu G., Demirbaş H., Koyuncu G., İnan LE., (2012), Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi Polikliniği'ne Başvuran Epilepsi Hastalarının Demografik ve Klinik Bulguları, journalagent.com/epilepsi/pdfs/JTES-52724-NONE-TOKLU.pdf, 10.09.2017

TopçuoğluÖ., B. (2011). Türkiye’de Epilepsi ve Araç Kullanımı. *Yeni Symposium Journal*. Cilt 49, Sayı 4.

Tracy JI, Dechant V, Sperling MR, Cho R, Glosser D. The association of mood with quality of life ratings in epilepsy. *Neurology* 2007;68(14):1101-7. 11.

Türkbay T., Akın R. ve Söhmen T. (2000). A Comparative Study Inattentiveness, Hyperactivity, Impulsivity, Self-Esteem, Depressive Symptomatology, and Behavioral Problems in Epileptic Children. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10: 9-15..

Ulusoy M., Şahin N., Erkmen H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163- 182.

Uysal S, Ercan T. Epilepsi, spor, psikososyal yaşam. Türk Pediatri Arşivi, dergipark.ulakbim.gov.tr7tpedar/article/view/5000002381, 10.10.2017

Ünal A, Saygı S. Epilepsi Hastalarında Görülen Psikiyatrik Bozukluklar Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(40):40-45.

Villanueva V, Girón JM, Martín J, Hernández-Pastor LJ, Lahuerta J, Doz M, et al. Quality of life and economic impact of refractory epilepsy in Spain: the ESPERA study. [Article in English, Spanish] Neurologia 2013;28(4):195-204.

Yapıcı A., Güvenç C., Ceylan M. E., Kılınç E. Ve Oğuz N. (2003) Epilepsili hastalarda psikiyatrik bozukluklar. Düşünen Adam, 16(4): 240-248.

Yaşar H, Alay S, Kendirli T, Tekeli H, Şenol MG, Türker T, Saraçoğlu M, (2014), Genç Erkek Epilepsi Hastalarında Yaşam ve Uyku Kalitesi, journalagent.com/epilepsi/pdfs/JTES_20_1_17_22.pdf, 20.12.2017

Yazıcı E, (2010), Epilepsi Hastalarında Kişilik Özellikleri ve İlişkili Etmenler, Uzmanlık Tezi, 37-38

Yeni K., (2014), Epilepsi Özyönetim Ölçeği Geçerlilik ve Güvenlik Çalışması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek lisans Tezi, İstanbul, 13-18

Yıldız N. (2013), Bir Üniversite Hastanesindeki Epilepsi Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, 54-94

Yılmaz H. ve Songu S. Ö. (2007). Epilepsi ve İş Hukuku. Epilepsi;13(2-3): 60-65.

Zararsız M. (2009)., Epilepside Güvenliğin Sağlanmasına İlişkin Çocuğa Ve Ebeveynlere Verilen Eğitimin Etkililiğinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimler i Enstitüsü.

EKLER

EK1.ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEK ÖRNEĞİ

BECK ANKSIYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİLSON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				

16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				



EK2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ANKET ÖRNEĞİ

BİLGİ FORMU

1. Yaş aralığınız...
- () 18-25 yaş () 26-40 yaş () 41- 60 yaş () 60 yaş
üzeri
2. Cinsiyetiniz...
- () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz...
- () Evli () Bekar
4. Çalışıyor musunuz?
- () Evet () Hayır
5. Eğitim durumunuz?
- () Okur yazar değil () İlköğretim () Ortaöğretim () Lisans
() Lisansüstü
6. Kiminle yaşıyorsunuz?
- () Yalnız
- () Anne, baba ve kardeşlerimden herhangi biri ya da hepsi ile birlikte
- () Arkadaşımla
- () Eşimle ve (varsa) çocuklarımla
7. Sosyal güvenceniz var mı?
- () Evet () Hayır
8. Epilepsiye bağlı olarak en son ne zaman herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz?
- () Son bir hafta içerisinde
- () Son bir ay içerisinde
- () Son altı ay içerisinde

☐ Son bir yıl içerisinde

☐ Bir yıldan daha uzun süre önce

9. Kaç yıldır epilepsi hastasıdır?

☐ 0 - 6 ay ☐ 6 ay - 2 yıl ☐ 2 yıl – 5 yıl ☐ 5 yıldan uzun süredir

10. Düzenli kontrollere gider misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

11. En son ne zaman nöbet geçirdiniz?

☐ Son bir hafta içerisinde

☐ Son bir ay içerisinde

☐ Son bir yıl içerisinde

☐ Bir yıldan daha önce

12. Kaç çeşit antiepileptik ilaç kullanmaktasınız?

☐ Tek çeşit

☐ İki çeşit

☐ Üç çeşit

☐ Dört veya daha fazla çeşit

EPİLEPSİDE NÖBET GEÇİRME KORKUSUNUN SOSYAL YAŞAM ÜZERİNE ETKİLERİNİ BELİRLEME ANKETİ	HER ZAMAN	GENELLİKLE	BAZEN	NADİREN	HİÇBİR ZAMAN	CEVAP VERMEK İSTEMİYORUM
1.Epilepsi hastası olduğunuzu çevrenizdeki insanlara söylemekten çekinir misiniz						
2.Çevrenizde bulunan kişilerin hastalığınızı öğrendiğinde sizden uzaklaşacağını düşünür müsünüz?						
3.Epilepsi hastası olduğunuzu veya nöbet geçirdiğinizi çevrenizdeki biri ya da birilerinden özellikle saklamak istediğiniz olmuş mudur? (kim?/yakınlık derecesi?.....)						
4.Nöbet geçirme ihtimaliniz söz konusu olduğunda en güvendiğiniz kişiler aile üyeleri midir?						
5.Nöbet geçirdiğinizde yanınızda bulunan insanların size yardım edemeyeceğinden korkar mısınız?						
6.Birlikte vakit geçireceğiniz kişileri hastalığınız ile ilgili bilgilendirir misiniz?						
7.İş/meslek seçiminizde hastalığınızın etkisi olur mu?						
8.Eş/sevgili seçiminizde hastalığınızın etkisi olur mu?						
9.Epilepsinin cinsel yaşamınız üzerine olumsuz etkisi olur mu?						
10.Geçirdiğiniz nöbetler sonucunda fiziksel aktivitelerinizde yetersizlik yaşadığınız olmuş mudur?						
11.Nöbet esnasında bilinç karmaşası yaşayacağınızı düşünerek kendinizi güvende hissetmediğiniz ortamlarda bulunmamaya özellikle dikkat eder misiniz?						
12.En sevdiklerinizin yanında nöbet geçirmekten utanır mısınız?						
13.Nöbet geçirme ihtimalinizden dolayı planladığınız bir sosyal aktiviteden vazgeçer misiniz?						
14.Bisiklet binmek, yüzmek gibi aktiviteler esnasında nöbet geçirme ihtimalinizi göz önünde bulundurarak bu aktivitelerden vazgeçer misiniz?						
15."Nöbet geçirirsem" diye düşünerek kurmaktan vazgeçtiğiniz hayaliniz var mıdır?						
16.Sosyal yaşamınızda nöbet geçirmenizi tetikleyebileceğinizi düşündüğünüz durumlar veya olaylar var mıdır?						
17.Nöbetinizi tetikleyeceğini düşündüğünüz durum veya olaylar ortaya çıktığında paniğe kapılır mısınız?						
18.Nöbet geçirme korkusu ile eğitim ve öğretim hayatınızdan vazgeçtiğiniz veya eğitim-öğretim veya iş hayatınızı aksattığınız olmuş mudur?						

EK3.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ FATİH BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İSTANBUL İLİ FATİH
BÖLGESİ KİİİGS İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
12.06/2017 13:43 - 70794255 - 604.02 - E 7984



Sayı : 70794255-604.02
Konu : Araştırma İzni (Nilay KAYA)

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 24/05/2017 tarihli ve 70764255-3359 sayılı yazınız.

İlgi tarih sayılı yazı ile Üniversitesiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (Tezli) Programı öğrencisi Nilay KAYA'nın Doç.Dr.İlyas SÖZEN danışmanlığında yürüteceği "Epilepsi Hastalarında Görülen Nöbet Geçirme Korkusunun Hastaların Sosyal Yaşamları Üzerine Etkisi" konulu araştırma çalışmasını yapabilme talebi Genel Sekreterliğimize bildirilmişti.

Söz konusu araştırma çalışmasının Üniversiteniz ile Genel Sekreterliğimiz arasında imzalanan protokol doğrultusunda birliğimize bağlı "S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde" yapılması uygun görülmüş olup;

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr. A.İbrahim ULUSOY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

024. 05.2017
13.06.2017

ÖZGEÇMİŞ

28 Eylül 1987 yılında İstanbul ili Şişli ilçesi doğumluyum. İlköğretim ve ortaöğretimi Kağıthane ilçesinde tamamladım. Lisans eğitimini İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda (Fakültesi) tamamladım. Lisans eğitiminin devamında 2009 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi'nde hemşire olarak işe başladım. 2013 yılında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne hemşire olarak atandım ve halen aynı yerde görevime devam etmekteyim. Lisansüstü eğitimini Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi alanında yapmaya başladım.

Yabancı dilim İngilizce olup orta seviyededir.