

İNÇİ AKA KURTULUŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**EPİLEPSİLİ HASTALARDA ANNE-BABA TUTUMUNUN
BENLİK SAYGISI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

İNÇİ AKA KURTULUŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURSA-2019





T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**EPİLEPSİLİ HASTALARDA ANNE-BABA TUTUMUNUN
BENLİK SAYGISI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

İNCİ AKA KURTULUŞ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

DOÇ.DR.HİCRAN YILDIZ

BURSA-2019

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Epilepsili Hastalarda Anne-Baba Tutumunun Benlik Saygısı Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi” adlı çalışmamın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Adı Soyadı

İnci AKA KURTULUŞ

Tarih ve İmza

18.09.2019



TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

18/09/2019

Adı Soyadı: İnci Aka Kurtuluş

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Konusu: Epilepsili Hastalarda Anne-Baba Tutumunun Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI




Unvanı Adı Soyadı: Doç. Dr. Hicran Yıldız

İmza:

KABUL VE ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi İnci AKA KURTULUŞ tarafından hazırlanan "Epilepsili Hastalarda Anne-Baba Tutumunun Benlik Saygısı Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu Yüksek Lisans Tezini 18/09/2019 günü 10.00-11.00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Tez Danışmanı	Doç. Dr. Hicran YILDIZ	
Üye	Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR	
Üye	Prof.Dr. Neriman ZENGİN	
Üye		
Üye		

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Gülşah ÇEÇENER
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak	
İç Kapak	
ETİK BEYANI	III
KABUL VE ONAY	IV
TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU	V
İÇİNDEKİLER	VI
TÜRKÇE ÖZET	VII
İNGİLİZCE ÖZET	VIII
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. Epilepsi	3
2.1.1.Tanımı	3
2.1.2. Epidemiyolojisi	3
2.1.3.Etiyolojisi	4
2.1.4. Sınıflandırma	6
2.1.5.Epilepside Tedavi	11
2.1.6.Epilepsinin Psikososyal Etkileri	12
2.1.7.1.Epilepside Anne Baba Tutumu	17
2.1.8.1.Epilepside Benlik Kaygısı	18
2.1.4.1. Epilepside Yaşam Kalitesi	19
3.GEREÇ-YÖNTEM	21
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	34
6.KAYNAKLAR	46
7.SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	56
8.EKLER	57
9.TEŞEKKÜR	68
10.ÖZGEÇMİŞ	69

TÜRKÇE ÖZET

Çalışma, epilepsili hastalarda anne-baba tutumunun benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinin nöroloji polikliniğine başvuran bireyler arasından çalışmayı kabul eden 87 epilepsili hasta ve yakını oluşturmuştur. Çalışmada, genel bilgi formları, Anne-Baba Tutum Ölçeği, Coopersmith Özsaygı Ölçeği, Yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) kullanılmıştır. Verilen değerlendirilmesinde, yüzdeler, ortalamalar, Pearson korelasyon testi, One-way Anova testi ve t testi kullanılmıştır. Yaş ortalaması 25.28 ± 5.48 olan olguların %62.1'i kadındır. Olguların ortalama epilepsi tanı süresi ortalama 13.37 ± 8.57 yıl, tedavi süresi 11.45 ± 8.10 yıldır. Anne babaların, anne-baba tutum ölçeğinden aldıkları en yüksek puanın otoriter tutum alt boyutundan (4.20 ± 0.75), en düşük puanın demokratik tutum alt boyutundan (2.02 ± 0.60) aldıkları saptanmıştır. Olguların benlik saygısı ölçeği toplam puanının ortalama 58.80 ± 25.90 ve %17.2'sinin benlik saygısının düşük seviyede olduğu belirlenmiştir. Olguların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları en düşük puanın genel sağlık algısı alt boyutundan, en yüksek puanın fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldığı, fiziksel boyut puanının 71.91 ± 17.78 , mental boyut puanının 61.11 ± 10.87 ve ölçek toplam puanının 66.51 ± 13.09 olduğu saptanmıştır. Olguların epilepsi tanı süresinin, tedavi süresi, başka bir kronik hastalık varlığı, son bir yılda geçirilen nöbet sayısının, annenin öğrenim durumu, babanın öğrenim durumu, babanın mesleğinin anne babanın tutumunu etkilediği saptanmıştır ($p < 0.05$). Anne baba tutumunun hastaların yaşam kalitesini etkilemediği ($p < 0.05$), ancak benlik saygısını etkilemediği saptanmıştır ($p > 0.05$). Epilepsili hastalarda, tanı konulduktan sonra tedavi ve bakım sürecine anne babanın da dahil edilmesi, anne babaya danışmanlık yapılması, gerekirse hem çocuğa hem de anne babaya psikolojik destek sağlanması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler; Epilepsi, anne baba tutumu, yaşam kalitesi, benlik saygısı

İNGİLİZCE ÖZET

The Effect Of Mother-Father Attitude On Self-Respect And Quality Of Life In Patients With Epilepsy

This experimental study aimed to determine the effect of parental attitude on self-respect and quality of life in epileptic patients. The population of the universe of Descriptive and cross-sectional research study who applied to the neurology outpatient clinic of a university hospital, the sample of this study consisted of 87 patients with epilepsy and their relatives who accepted to work among these individuals. In the study, general information forms, Parent Attitude Scale, Coopersmith Self-Respect Scale, Quality of Life Scale (SF-36) were used. Percentages, means, Pearson correlation test, One-way Anova test and t test were used in the evaluation of the data. The mean age of the patients was 25.28 ± 5.48 and 62.1% were female. The mean duration of epilepsy diagnosis was 13.37 ± 8.57 years and the mean duration of treatment was 11.45 ± 8.10 years. It was found that the highest score of the parents was obtained from the authoritarian attitude subscale (4.20 ± 0.75) and the lowest score was obtained from the democratic attitude subscale (2.02 ± 0.60). The mean score of the self-respect scale was 58.80 ± 25.90 and 17.2% of the patients had low self-respect. It was found that the lowest score obtained from the quality of life subscale of the subjects was taken from the general health perception subscale and the highest score from the physical function subscale; physical dimension score was 71.91 ± 17.78 , mental dimension score was 61.11 ± 10.87 and total score of the scale was 66.51 ± 13.09 . The duration of epilepsy diagnosis, duration of treatment, the presence of another chronic disease, the number of seizures in the last year, the educational status of the mother, the educational status of the father, and the profession of the father affected the attitude of the mother-father ($p < 0.05$). It was found that parental attitude affected the quality of life of the patients ($p < 0.05$), but did not affect self-respect ($p > 0.05$). In patients with epilepsy, it was suggested that parents should be included in the treatment and care process after diagnosis, counseling should be provided to the parents and psychological support should be provided to both the child and parents if necessary.

Keywords: Epilepsy, mother-father attitude, quality of life, self-respect

1.GİRİŞ

Epilepsi serebral kortikal nöronların anormal ve yüksek frekanslı hipersenkron deşarjı sonucu oluşan, ani ve tekrarlayan nöbetlerin görüldüğü klinik bir durumdur(Bora ve ark.,2008; İliçin ve ark., 2003).

Dünyada,epilepsi insidans değerleri ise genellikle gelişmiş ülkelerde 20-70/100.000,gelişmekte olan ülkelerde 64-122/100.000 arasında değişmektedir (ILAE,1997).Ülkemizde epilepsi görülme sıklığı 5/1000 ile 12.2/1000 ile arasında değişmektedir(Balal ve ark.,2017;Calisir ve ark.,2006;Kocatürk, 2019;Tekeli ve ark, 2012).Epilepsi prevelansının dönemler, yaşlılık (genellikle serebrovasküler hastalıklar) ve doğumdan 9 yaşa kadar olan (genetik sendromlar ve travmalar) dönemdir(Gigli ve Valente,2000). Epilepsili hastalarda, yaşam boyu bir kez epileptik nöbet geçirilme oranı %9,tekrarlayan nöbet görülme oranı %1'dir(Goldman ve Ausiello,2006;İliçin ve ark.,2003).

Epileptik nöbet,beynin geçici bir disfonksiyonudur. Birkaç saniye veya dakika içinde sonlanmaktadır.Nöbet sırasında, kişilerde bilinç bozuklukları, kasılmalar,duyusal reaksiyonlar,otonom bozukluklar görülebilmektedir (İliçin ve ark.,2003).Nöbetler, gece (noktürnal), gündüz (diurnal) veya menstrurasyon dönemlerinde(katamenial) daha sık görülmektedir.Epilepsi nöbetleri, fizyolojik strese bağlı uyku deprivasyonu, emosyonel stres,ateş,alkol, sedatif ilaç yoksunluğuna cevap olarakta ortaya çıkabilmektedir(Goldman ve ark.,2006;İliçin ve ark.,2003). Epilepsi hemen her yaşta görülebilen ve uzun süreli tedavi ve izleme gerektiren bir hastalıktır ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir(Aktekin, 2012).

Anne baba tutumları ebebeynlerin çocukları hakkında tutum değer ve davranışlarını içeren bir olgudur(Sever,1985).Anne baba tutumu, otoriter, ilgisiz ve kayıtsız, serbest, dengesiz ve kararsız, aşırı koruyucu, mükemmelliyetçi, kabul edici olma üzere çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır(Alıcıgüzel,2001;Çağdaş,2003;

Tuzcuoğlu,2003;Yavuzer, 1997; Yavuzer,2004;Yörükoğlu, 1992; Yörükoğlu, 2002). Çocukun aile içindeki gördüğü yaşam, hayatının kalanı için temel oluşturmaktadır. Çocukların psikososyal gelişimi, anne baba tutumları ile ilişkilidir. Demokratik ailede yetişen çocuklarda otoriter ailede yetişen çocuklara göre, benlik saygısı daha yüksektir (Steinberg ve ark 2009).

Benlik saygısı, duygusal, zihinsel, toplumsal bir çok faktöründen etkilenen ve kişinin tüm yaşamına etki eden bir durumdur(Jersild,1993).Benlik saygısı, psikolojik sağlığın önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir.Benlik saygısının yüksek olması, yaşam kalitesinin artmasına neden olmaktadır(Crocker ve Park, 2004).Benlik saygısı, kişiler arası ilişkilerde önemli bir belirleyicidir(Yüksel,2002). Kişilerin benlik saygısının oluşmasında anne ve babaların değer ve inanışlarının rolü çok büyüktür(Kulaksızoğlu,1998).

DSÖ, yaşam kalitesini “bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını, ilgilerini algılamaları”olarak tanımlamaktadır(Dilek,2008;Toklu ve ark.,2012).Kronik hastalıklar bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir.Epilepsi sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve bu hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önemlidir(Çapraz, 2006;Mollaoğlu ve ark., 2001).

Epilepside, tedavi süresinin uzun olması, düzenli ilaç alma zorunluluğu, alınan ilaçların yan etkileri, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.Epilepsili bireyler nöbetleri sırasında,beyinlerinin hasar görmesinden veya ölmekten, herkesin ortasında kontrolü kaybetmekten, arkadaşları yanında küçük düşmekten korkmaktadırlar.Buna bağlı olarak da, öfke, inkar, utanma, hüsrân duygularını sıklıkla yaşamaktadırlar(Görgülü ve Fesci,2011;Yıldız,2013). Epilepsili bireyin sosyal yaşamı,mesleki yaşantısı, iş bulma olanağı kısıtlanabilmektedir.Ayrıca,epilepsi hastalarında gözlenen düşük evlilik oranları ve sosyal izolasyon, yaşam kalitelerinin daha da düşmesine neden olmaktadır.Epilepsili bireyler değerlendirilirken,hastalığa bağlı gelişen fiziksel sorunların yanı sıra, psikososyal sorunların da ele alınması gerekmektedir(Aydemir,2008;Gün,2006).

Çalışma, epilepsili hastalarda anne-baba tutumunun benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsi

2.1.1.Tanımı

Epilepsi,serebral kortikal nöronların anormal ve yüksek frekanslı hipersenkron deşarj sonucun oluşan ani ve tekrarlayan nöbetlerin görüldüğü klinik bir durumdur(Bora ve ark.,2008;İliçin ve ark.,2003).Yaşam boyu bir kez epileptik nöbet geçirilme oranı %9 iken, tekrarlayan nöbet görülme oranı %1'dir.Türk Nöroloji Derneği tarafından 2015 yılında yayınlanan rehberde göre;epileptik nöbet "Beyindeki aşırı, hızlı ve senkron elektriksel boşalmılarından köken alan, klinikte belli bir süreye sınırlı bilinç, davranış,duygu,hareket veya algılama fonksiyonlarında ani başlangıçlı,kısa süreli ve geçici stereotipik değişikliklerin izlendiği klinik durumdur." (Altındağ,2015).

2.1.2. Epidemiyolojisi

Dünyada,epilepsi insidansı gelişmiş ülkelerde 20-70/100.000, gelişmekte olan ülkelerde 64-122/100.000 arasında değişmektedir(ILAE,1997).Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda kırsal bölgelerde epilepsi prevalansının %1.54, kentsel bölgelerde %1.03 civarında olduğu görülmektedir(Ngugi ve ark.,2010). Ülkemizde epilepsi görülme sıklığı 5/1000 ile 12.2/1000 arasında değişmektedir (Balal ve ark.,2017;Calisir ve ark.,2006;Kocatürk, 2019;Tekeli ve ark,2012). Yaşlılık (genellikle serebrovasküler hastalıklar) ve doğumdan 9 yaşa kadar olan (genetik sendromlar ve travmalar) dönemde epilepsi prevelansı daha yüksektir(Gigli ve Valente,2000).Epilepsili hastalarda, yaşam boyu bir kez epileptik nöbet geçirilme oranı %9, tekrarlayan nöbet görülme oranı %1'dir(Goldman ve Ausiello, 2006;İliçin ve ark.,2003).

2.1.3.Etiyolojisi

Epilepsi etiyolojisi, genel olarak kalıtsal etmenler, beyin patolojileri ve diğer faktörler olmak üzere 3 ana başlık altında ele alınmaktadır.

2.1.3.1.Kalıtsal Etmenler

Kalıtımın, kalıtsal beyin hastalıkları ve kalıtsal metabolik hastalıklar gibi hastalıkların nedeni belirlenemeyen epilepsilerin ortaya çıkmasında etkili olduğu kabul edilmektedir.Aile öyküsünde epilepsi olan kişilerin nöbet geçirme oranı, diğer kişiler göre 2,5-4 kat daha yüksektir(Annegers ve ark.,1994;İliçin ve ark.,2003).

2.1.3.2.Beyin Patolojileri

Fetal, obstetrik ve neonatal patolojiler de epilepsilerin ortaya çıkmasında etkisi vardır.Doğum travması, serebral anoksi,intraseberal kanama,serebral enfeksiyonlar(toksoplazma,rubella,herpes,sfilizgibi prenatal enfeksiyonlar, memenjit, septisemi gibi neonatal enfeksiyonlar),metabolik bozukluklar (hiperglisemi, hipoglisemi, elektrolit dengesizlikleri) yenidoğanda epileptik nöbetlere neden olabilmektedir.Bu dönemde ortaya çıkan nöbetlerin yol açtığı hasarlar,ilerleyen dönemde epilepsilerin gelişimine neden olabilmektedir (İliçin ve ark.,2003).Bununla birlikte,edinsel beyin patolojileri de epilepsiye yatkınlığı arttırmaktadır(Goldman ve Ausiello,2006).

2.1.3.3.Diğer Faktörler

Konjenital beyin hastalıkları, kalıtsal metabolik hastalıklar, kafa travması, serebrovasküler hastalıklar, intrakraniyal kitleler, meninks ve beyin enfeksiyonları, dejeneratif beyin hastalıkları, sistematik patolojik süreçler ve ilaçlar epilepsiye neden olan diğer faktörlerdir(Goldman ve Ausiello,2006)

Konjenital beyin hastalıkları:Doğumsal serebral malformasyonlar (mikrogiri, megalensefali), kromozom anomalileri(down sendromu, trizomiler) ve nörokütöz hastalıklar(tuberoz skleroz, nörofibramatoz) epilepsi gelişimine neden olabilmektedir (Goldman ve Ausiello,2006).

Kalıtsal metabolik hastalıklar:Ailede epilepsi öyküsünün olması da epilepsiye yatkınlığı arttırmaktadır(Goldman ve Ausiello,2006).Aminoasit metabolizma bozukluğu (fenilketonüri),glikojen depo hastalıkları ve lipid depo hastalıkları(Tay-sachs,

gaucher,metakromatik lökodistrofi) sekonder beyin hasarına yol açarak epilepsi gelişime neden olabilmektedir (Goldman ve Ausiello,2006).

Kafa travması:Kafa travmaları akut dönemde epileptik nöbetlere neden olmakta ve ilerleyen dönemde de nöbet geçirme olasılığını arttırmaktadır(İliçin ve ark.,2003). Kafa travması sonrası epilepsi insidansı %1.9-30 arasında değişmektedir. Travma sonrası nörolojik defisit gelişme oranı %7-39'a kadar yükselmektedir (Beghi ve ark., 2003;D'Ambrosio and Perucca,2004).Beyin iletim sisteminde bozulma,çökme kırıkları ve intrakranial kanamalarda postravmatik epilepsi gelişme oranı daha yüksek iken, bilinç kaybı olmayan kafa travmalarında oldukça düşüktür. Postravmatik epilepsiler, genellikle travma sonrası 6. ve 12. aylar arasında ortaya çıkmaktadır (İliçin ve ark.,2003).Tüm epilepsiler arasında, postravmatik epilepsi ile takip edilen olgu sayısının %20 oranında olduğu görülmektedir (Agrawal ve ark.,2006).

Serebrovasküler hastalıklar:Serebro vasküler hastalıklar,50 yaş üzerinde başlayan epileptik nöbetlerin en sık görülen nedenidir.Epileptik nöbetlerin %30–50'sinden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir.Bu nöbetlerden, serebrovasküler hastalıkların oluşturduğu skarlar sorumludur.Arteriyovenöz malformasyon, hipertansif ensofalopati ve serebral vaskülitler, epilepsi ataklarına neden olmaktadır(İliçin ve ark., 2003;Pourmand,1996).Seberovasküler hastalık sonrası hastaların yaklaşık %4.2-6.1'i ilk birkaç hafta içinde nöbet geçirmektedir(Bladin ve ark.,2000).

Intrakranial kitleler:Serebral neoplaziler, apseler, ekinokok gibi parazit kistler ve tüberküloz gibi granülomlar epilepsiye neden olabilmektedir. Hastaların %20-%50'sinde epileptik nöbetler görülmektedir(Chow et al, 1995; İliçin ve ark., 2003).

Meninks ve beyin infeksiyonları:Menenjitlerin, viral ensefalitlerin ve subakut panensefalitin seyri sırasında epileptik nöbetler ortaya çıkabilmektedir.Bakteriyel menenjit, herpes simpleks, mantar meningoensefalopati geçirmiş hastalarda oluşan doku yıkımı,skar dokusu ve yapışıklılar sekonder epilepsiye neden olabilmektedir (Goldman ve Ausiello,2006).

Dejeneratif beyin hastalıkları:Huntington hastalığı,Creutzfeldt-jakob hastalığı ve Alzheimer gibi dejeneratif hastalıklarda epileptik nöbetlere neden olabilmektedir (Goldman ve Ausiello,2006).Multiple sklerozlu hastalarda kortekse yakın bölümde bir etkilenme söz konusu ise, epileptik nöbet görülebilmektedir(Bora,2008).

Sistemik patolojik süreçler:Sistemik hastalıklar, metabolik ve toksik etkenler beyin hasarlarına yol açarak tekrarlayan epileptik nöbetlere neden olabilmektedir. Serebral hipoperfüzyon, hipoksiye yol açan kardiyak arrest, şiddetli senkop da epileptik nöbetlere neden olabilmektedir.Bununla birlikte, sıvı elektrolit dengesizlikleri (hiponatemi, hipernatremi, hipokalsemi) ve hipertermi gibi durumlar epileptik nöbetleri tetiklemektedir(Bora,2008;Goldman ve Ausiello,2006).

İlaçlar:Aminofilin, pentazol,penisilin gibi ilaçların yüksek dozda kullanılması epileptik nöbetlere yol açabilmektedir.Alkol ve madde bağımlılılarındaki yoksunluk sendromunda da epileptik nöbet görülebilmektedir(Özkara ve ark.1995;İliçin ve ark.,2003).Antiepileptik ilaç kullanan kişilerin ilaçlarının kesmesi ve/veya kontrolsüz doz azaltılması da epilepsi nöbetlerini tetiklemektedir(İliçin ve ark.,2003;Özkara ve Ataklı,2002).

2.1.4. Sınıflandırma

Epilepsi nöbetlerinin sınıflandırılmasına yönelik ilk çalışmalar, 1960 yılında düzenlenen uluslararası epilepsi uzmanlarının toplanması ile başlamıştır ve bu toplantıda Uluslararası Epilepsi ile Savaş Ligi'nin (International League Against Epilepsy= ILAE) tarafından Sınıflama ve Terminoloji Komisyonu oluşturulmuştur. 1970 yılında, bu komisyon tarafından ilk epilepsi sınıflaması oluşturulmuştur.Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalar sonucunda oluşturulan dünya genelinde kabul gören sınıflama sistemleri oluşturulmuştur(Akdağ ve ark.,2016).Bunlardan ilki “1981 Epileptik Nöbetlerin Klinik ve Elektroensefalografik Sınıflaması”dır ve bu sınıflama sistemi günümüzde de epilepsi nöbet tiplerinin sınıflanmasında en sık kullanılan sınıflandırma sistemidir(Akdağve ark.,2016;Neze,2006;Toklu ve ark.,2012).Bu sınıflandırmaya göre epileptik nöbetler jeneralize ve parsiyel nöbetler olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır(Gün,2006;From Fisher ve ark.,2017;Neze,2006;Toklu ve ark.,2012;Yıldız,2013).Bu sınıflamaya 1989 yılında sınıflandırılmayan nöbetler sınıfı da eklenerek“1989 Epilepsiler ve Epilepsi Sendromları Sınıflaması” geliştirilmiştir(Akdağ ve ark.,2016;Emre,2013).Genetik, molekülerbiyoloji, video-EEG ve nöro-görüntüleme yöntemleri ile ilgili yapılan klinik ve laboratuvar çalışmalarından elde edilen bilgilerle, mevcut sınıflamalar ILAE tarafından 2001,2006 ve 2010 yıllarında yeniden güncellenmiştir.2010 yılında yayınlanan sınıflama önerisinde epilepsiler ve

elektroklirik sendromlar yeniden sınıflandırılmıştır.Ayrıca,Lüders ve arkadaşları tarafından 1998 yılında Semiyolojik Nöbet Sınıflaması,2005 ve 2008 yıllarında Epilepsi Sınıflama Şeması Önerileri yayınlanmıştır(Akdağ ve ark.,2016).2017 yılında ILAE tarafından yapılan sınıflamada epilepsi genetik, yapısal, metabolik, immün, enfeksiyöz ve bilinmeyen olmak üzere altı etiyojik kategoriye ayrılmıştır(Korff ve Wirrell, 2017).Uluslararası Epilepsi ile Savaş Ligi'nin sınıflama çalışmaları halen devam etmektedir (Veliöglu,2017).

2.1.4.1. Jeneralize Nöbetler

Jeneralize nöbetler, yaygın şekilde başlamakta ve her iki serebral hemisferi eş zamanlı tutmaktadır. Jeneralize nöbetler motor belirtilerin varlığına ve yokluğuna göre alt gruplara ayrılmaktadır(Goldman ve Ausiello,2006).

Absans nöbetler 7 alt başlık altında incelenmektedir;

Tipik absans nöbetler:Çoğunlukla çocuklarda görülen, kısa süreli(10-20 sn),gün içinde sık tekrarlayan ve tam bilinç kaybı olmayan nöbetlerdir.Farkındalıkta kayıp, yutkunma, ritmik göz kırpmalar, kollarda veya ellerde ritmik hareketler, yüzde kızarma, terleme, salivasyon şeklinde görülebilmektedir. Nöbet sonunda bilinç ve davranış kısa sürede normalde dönmektedir. Bu nöbetlerde aura ve postiktal dönem görülmemektedir. Nöbetler, hiperventilasyonla tetiklenebilmektedir.Nöbetlerde genellikle, jeneralize tonik klonik veya myklinik kasılmalar görülmektedir (Commission on Epidemiology and Prognosis 1993;Özkara ve Ataklı,2002).

Atipik absans nöbet:Yavaş başlangıç gösteren, hızla düzelme olmayan, otonomik özellikler ve kas tonüsü kaybının görüldüğü nöbet şeklidir.Bilinç kaybı tam olmamakta ve hiperventilasyon ile daha az uyarılmaktadır.Bu tür nöbet geçiren hastalarda mental retardasyon ve nörolojik anormallikler sık görülmektedir(Hauser ve ark.1990;Swaiman ve ark.,2005).

Miyoklonik nöbetler:Bilinç kaybı olmayan gövdede veya ekstremitelere bilateral, senkronize veya tek taraflı olan hızlı ve tekrarlayan kısa süreli kasılma şeklinde görülmektedir.Nöbetler, uykudan uyanma evresinde ya da erken uyku evresinde ortaya çıkmaktadır.Nöbete sıklıkla fotosensivite eşlik etmektedir (Goldman ve Ausiello,2006;Özkara ve Ataklı,2002).

Klonik nöbetler:Bilinç bozulması ve bilinç kaybının olduğu ani hipotoni ve jeneralize tonik kasılma ile başlayan, simetrik veya asimetrik olarak yüz ve ekstremitelerde kasılmalar şeklinde devam eden konvülzyonlar şeklinde görülen nöbetlerdir.Görülme sıklığı, süt çocuğu döneminde daha fazladır(İliçin ve ark.,2003; Swaiman ve ark.,2005).

Tonik nöbetler:Ani bilinç kaybının olduğu, tonik boyun ekstansiyonu, yüz kaslarında tonik kasılma, çenede kitlenme, solunum kaslarının ani kasılmasını takip eden şiddetli ekspirasyon (epilepsi çılgılığı) ile başlayan, daha sonra hastanın opistotonus postürü aldığı ve gözlerin yukarı kaydığı, kişinin siyanotik hal aldığı nöbet şeklidir.Her yaşta görülmekle birlikte, çocukluk çağında daha sık görülmektedir.Nöbetlerin süresi bir dakikadan daha kısadır(Johnston ve ark., 2004; İliçin ve ark.,2003).

Jeneralize Tonik-klonik nöbetler (grand-mal):En ağır seyreden nöbet tipidir. Prodromal belirtiler, nöbetten saatler ya da günler öncesinden kendini göstermektedir.Prodromal belirtiler, uyku bozuklukları, anksiyete, sersemlik hissi, huzursuzluk ve konsantrasyon eksikliğini içermektedir.Ani bilinç kaybı ve epileptik çılgılık ile yere düşen hastada, kısa süren fleksör tonik kasılmanın ardından ekstansör kasılmalar görülmektedir.Tonik kasılma evresinde, gövde de ekstansiyon, gözlerde yukarı deviasyon, çenede kitlenme, ekstremitelerde ekstansiyon ve addüksiyon, ellerde kasılmalar görülmektedir.Hasta siyanotik bir görünüm almakta, inkontinans ve ağızda köpüklenme görülmektedir.Gevşeme döneminde, klonik hareketler yavaş yavaş azalarak tamamen bitmektedir.Nöbet bittiğinde, hasta derin bir uykuya dalabilmekte veya hastada ajitasyon görülebilmektedir(İliçin ve ark., 2003;Özkara ve Ataklı,2002).

Atonik nöbetler (astatik):Kas tonüsünde azalma, başın düşmesi ve çenenin gevşemesi ile başlayan ve aniden tüm kas tonüsünün etkilenmesiyle yere düşmenin görüldüğü nöbet şeklidir.Düşme atakları olarak da adlandırılmaktadır.Kısa süreli olan bu nöbetler, yaralanmalara neden olabilmektedir(Chokroverty,1996).

2.1.4.2. Parsiyel Nöbetler

Basit parsiyel nöbetler (BPN) ile kompleks parsiyel nöbetler (KPN) arasındaki fark bilincin varlığı veya bilincin bozulmasıdır. Bilinç durumu, hastanın uyarılara yanıt verme veya içinde bulunduğu durumdan haberdar olmasını ifade etmektedir. Yanıt verme, hastanın basit komutları veya istemli hareketleri yerine getirebilme yetisini, haberdar olma ise hastanın soru sorulduğu ve bunları anımsadığı dönemlerde olaylarla kurduğu bağı ifade etmektedir. Basit veya kompleks parsiyel nöbetlerin klinik belirtileri, odaklandığı anatomik bölgeye göre (temporal, frontal, parietal ve oksipital lob) göre farklılık göstermektedir (Kaplan ve ark., 2003).

Basit parsiyel nöbetler: Nöbet esnasında etkilenen bölgeye göre nöbet şekli değişiklik göstermektedir ve genellikle hastanın bilinci açıktır. Hasta cevap verebilmekte ve nöbet sonrasında nöbet dönemini hatırlayabilmektedir (Komsuoğlu, 2007).

Motor belirtili basit parsiyel nöbet: Kontralateral primer motor korteks kaynaklı nöbetlerdir. Sıklıkla yüz, kol ve bacağı içeren ritmik klonik aktivite görülmektedir (Jaksonian Yürüyüş). Nöbet başladığı bölgede kalabilmekte yada vücudun yarısını tutabilmektedir. Nöbet durduktan sonra, nöbetin görüldüğü tarafta 24 saatten kısa süren kuvvetsizlik (Todd Paralizi) görülebilmektedir (İliçin ve ark., 2003).

Somatik-duyusal veya özel duyusal belirtili nöbet: Somatosensöriyel nöbet bir ekstremitede el ve parmaklarda bazen dudaklarda uyuşma karıncalanma yanma ve ağrı gibi duyusal belirtileri olan nöbetlerdir. Lokal olarak kalabildiği gibi kas gruplarına yayılarak vücudun yarısında kapsayabilmektedir (Jacksonian nöbetler). Somatosensöriyel nöbetler, gyrus postcentralisten kaynaklanmaktadır. Bu tip nöbetlere, genellikle tümör gibi bir patoloji neden olmaktadır. Basit vizüel nöbetler, ışık çakmaları, şekilsiz görüntüler gibi halüsinasyon şeklinde ortaya çıkmaktadır ve oksipital kaynaklıdır. Basit olfaktör nöbetler, kötü koku ve tad halüsinasyonlarına neden olmaktadır. Basit akustik nöbetler, uğultu hışırtı, vızıldama, çıtırtı gibi işitsel halüsinasyonlar şeklinde görülmektedir. Vertijinöz nöbetler, baş dönmesi ve dengesizlik hissine bağlı sendeleme şeklinde görülmektedir (Bozdemir ve ark., 2009; İliçin ve ark., 2003; Kaplan ve ark., 2003; Ünal ve ark., 2009). Visceral otonom belirtili

nöbetler, epigastriumda çalkalanma, yukarı doğru çekilme hissi, bulantı, terleme, ürperme, kan basıncı ve nabız değişiklikleri şeklinde görülmektedir.Viseral otonom belirtili nöbetler,limbik sistemin temporal, frontal veya parietal odaklarından doğan nöbet şeklidir(İliçin ve ark.,2003).Pişisik belirtili nöbetler ise, konuşma bozukluğu(dizfazi,konuşma durması,dizartri) şeklinde görülen nöbetlerdir.Nöbet sırasında hasta içinde bulunduğu ortama yabancılaşabilmekte (jamais vu) veya hiç görmediği bir ortam hastaya tanıdık gelebilmektedir(deje vu)(İliçin ve ark.,2003; Ünal ve Saygı, 2005).

Kompleks parsiyel nöbetler:Temporal veya fronto-temporal kortikal alanlardan ve limbik sistemle bağlantılı kortikal veya subkortikal bölgelerden kaynaklanmaktadır.Etiyolojisinde, genellikle perinatal travma, intrakraniyal lezyonlar, kranial kist ve tümörler, beyin travması, vasküler anomaliler ve uzamış febril nöbetler yer almaktadır. Nöbetler 3 yaş ve adölesan dönem arasında daha sık görülmektedir(Ball ve ark.,2007;Guyton ve Hall,2007).Kompleks parsiyel nöbetlerde, duyuşal ve pişisik bileşenler rol oynamaktadır.Nöbetin başlangıcında, nöbetin fokal kaynaklı olduğunu gösteren ve genellikle kısa süreli bir aura dönemi olmaktadır(Mandleco ve ark.,2007).Bu nöbet tipinde, basit ışık çakmaları, şekilsiz görüntüler, geçmiş yaşamından bir sahne, anksiyete, sesler ve kokular duyma gibi duygusal durumlar yaşanabilmektedir.Hastaların bazıları, bunların gerçek olmadığını farkındadırlar (epileptik halüsinasyon).Nöbet sırasında, hasta bir noktaya sabit şekilde bakmakta ve iletişim kuramaz (loss of contact) hale gelebilmekte, çiğneme, yalama, emme, dil şapırdatma, yerde bir şey arama, ritmik vuruş hareketi, daire çizerek yürüme, koşma, soyunma gibi amaçsız tekrarlayan hareketler göstermektedir.Bazı hastalar, nöbet sırasında basit emirlere cevap verebilmektedir. Hasta, engelleme ve müdahalelere iterek tepki verebilmektedir. Bir dakikadan uzun süren nöbet dönemini (iktal dönem) uzun bir konvülsiyon dönemi takip etmektedir(Ball ve ark., 2007;Çavuşoğlu, 2011;İliçin ve ark.,2003;Mandleco ve ark., 2007).

Sekonder jeneralize nöbetlere dönüşen parsiyel nöbetler:Basit parsiyel nöbetler ya da kompleks parsiyel nöbetler beynin büyük bir alanına yayılarak jeneralize nöbete dönüşebilmektedir. Tonik klonik nöbet olarak görülmektedir.

Bilinç kaybı olmadan önce,hastaların hatırlayabildiği basit veya kompleks parsiyel nöbet bulunmaktadır(Bryant and Schultz,2007;İliçin ve ark.,2003).

2.1.4.3. Sınıflanmayan Nöbetler

Öykü verileri, klinik semptom ve bulguları, biyokimyasal anormallikleri açısından diğer nöbet tiplerine uymayan epilepsilerdir(Goldman ve Ausiello,2006).

2.1.5.Epilepside Tedavi

Epilepsiyeye neden olan serebral patolojinin tedavisine ek olarak,epileptik nöbetleri tedavi etmek amacıyla antiepileptik ilaçlar kullanılmaktadır.En sık kullanılan antiepileptik ilaçlar; phenytoin, carbamazepine, phenobarbital, primidone, valproate, ethosuximide'dir.Özel durumlarda, clonazepam ve intravenöz diazepam da kullanılmaktadır.

Antiepileptik Tedavi :

Antiepileptik tedavinin başlıca 3 amacı vardır:

- Nöbetleri ortadan kaldırmak ya da sıklık oranını en aza indirmek
- İlaçla ilişkili kronik yan etkileri önlemek
- Kişinin normal sosyal ve psikososyal düzenini sürdürmek yada daha verimli olmasını sağlamak

Tedaviye Başlama: Epilepsi tanımına uygun ilk epileptik nöbeti takip eden bir yıl içinde en az bir nöbet geçiren hastalara antiepileptik tedavi başlanmaktadır.İlaç nöbet tipine, yan etkilere,istenen doz şemasına ve maliyetine göre seçilmektedir. Tedaviye tek ilaçla başlanmakta (%60 oranında başarılı olmaktadır),nöbetler kontrol altına alınana kadar doz ayarlanması yapılmaktadır.Maksimum doza çıkıldığında, birkaç ay içinde kontrol sağlanamazsa sonraki ilaca geçilmektedir.Tek ilaçla kontrol sağlanamıyorsa,tedaviye başka ilaçlar da eklenmektedir(Goldman ve Ausiello,2006; İliçin ve ark.,2003).

Tedaviyi Sonlandırma:İlaç tedavisinin amacı, nöbetleri durdurmaaktır. Vakaların 1/2-2/3'ünde, bu hedefe ulaşılmıştır(Shorvon,1992).Nöbeti tam kontrol altına alınmış hastalarda,aynı ilaçla tedavi 3-5 yıl daha devam etmektedir.Tedavi de bir sıkıntı yaşanmazsa, ilaç yavaş yavaş azaltılarak kesilmektedir.Bu süreçte 1-2 ayda

bir,EEG çekilerek beyin aktiviteleri kontrol edilmektedir.Kombine epileptik ilaç kullanan hastalarda, ilaçlar tek tek kesilerek azaltılmaktadır.Antiepileptik ilaçlar kesildikten sonra, nöbet görülme oranı %25'tir.Nöbet tekrarı durumunda, ilaca tekrar başlanmakta ve aynı teröpatik düzeye ulaşılmaktadır(İliçin ve ark.,2003;Goldman ve Ausiello,2006).

Nöbet Kontrolünde Başarısızlık:Nöbet kontrolündeki başarısızlığın en temel nedeni, düzensiz ilaç kullanımınıdır.Anamneze ek olarak, ilaç düzeyleri kontrol edilmektedir. Psödönöbetlerin ayrımının yapılabilmesi için,hasta bir süre gözlem altında tutulmaktadır(Gün,2006;Kamışlı ve ark.,2011;Yazıcı, 2010).

Dirençli Epilepsiler:İlaç kombinasyonlarına rağmen kontrol altına alınması zor olan nöbetlerdir.Standart epileptik ilaçlara ek olarak,yeni epileptik ilaçlar kombine edilerek verilmektedir.Antiepileptik ilaca rağmen,dirençli,sakatlıklara neden olan,yaşam kalitesini ileri derecede bozan epilepsilerde hemisferektomi,corpus collosum eksizyonu gibi cerrahi müdahaleler yapılarak epilepsi ilaçla kontrol edilebilir hale getirilebilmektedir(Gün,2006).

Nonmedikal Tedavi:Medikal tedaviye dirençli olan ve cerrahi için aday olmayan hastaların tedavisinde invazif nöromodülasyon cihazları (Vagal Sinir Stimülasyonu, Anterior Talamik Nükleus-Derin Beyin Stimülasyonu ve Responsif Nöro-stimülasyonda kullanılmaktadır(Bek,2019).Nervus vagus stimülasyonu, nöbetlerin %30-35 oranında azalmasını sağlamaktadır(Begley ve ark.,2000; Goldman ve Ausiello,2006;İliçin ve ark.,2003;Sperling ve ark.,1999).Epilepsili hastaların tedavisinde antiepileptik ilaç, nörocerrahi, nonmedikal tedavi gibi uygulamaların yanı sıra eğitim ve psikolojik girişimleri içeren uygulamaların da etkili olduğu belirtilmektedir. Psikolojik destek, epilepsili hastalarda nöbet sıklığını ve stresi azaltmaktadır(Engelberts ve ark.,2002).

2.1.6.Epilepsinin Psikososyal Etkileri

Epilepsi,fiziksel değişikliklere, antiepileptik ilaçların yan etkilerine ve nöbet geçirme gibi durumlara hazırlıklı olmasına ve sosyal yaşamına sınırlılıklar koymasına neden olan, kişinin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkileyen ve mesleki yetersizliklere neden olan nörolojik bir hastalıktır(Kaplan ve ark.,1997; Uysal ve Ercan,2005).

Epilepside tedaviye rağmen nöbet geçirme ihtimalinin olması, kişinin psikososyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Epilepsi, kişilerin eğitim hayatını, iş hayatını, araç kullanma durumunu ve evlilik yaşamını etkilemektedir (Raguraman ve Wadoo, 2006). Psikososyal sorunlar, kişinin yaşına, ek kronik hastalık varlığına, hastalığın seyrine, nöbet tipi ve sıklığına, kullandığı antiepileptik ilaçlara ve bu ilaçların yan etkilerine göre değişkenlik göstermektedir (Koponen ve ark., 2007; Raguraman ve ark., 2006). Epilepsili hastalarında psikososyal sorunlar, genel popülasyondan daha fazla görülmektedir (Koponen ve ark., 2007; Raguraman ve Wadoo, 2006). Bu sorunların en önemli nedeni kişinin yaşadığı her an nöbet geçirme belirsizliği ve nöbeti kontrol altına alamama korkusudur (Oto ve ark., 2004). Bu nedenle kişiler sosyal yaşamlarına sınırlılık getirmek durumunda kalmaktadır (Oto ve ark., 2004). Epilepsi hastalarında sıklıkla görülen psikososyal sorunlar; bilişsel işlev bozuklukları, stigma, sosyal izolasyon, kişilerarası ve aile ilişkilerde bozulma, okul performansında düşme, iş bulmada güçlük yaşama, benlik saygısında azalma ve yaşam kalitesinde azalma olarak sınıflandırılabilir (Görgülü ve Fesci, 2011; Koponen ve ark., 2007; Schachter, 2006). Epilepsi hastalarında sıklıkla görülen psikososyal sorunlar; bilişsel işlev bozuklukları, stigma, sosyal izolasyon, sosyal adaptasyon sorunları, kişilerarası ve aile ilişkilerde bozulma, sosyalliğin ve evlilik yaşamının bozulması, okul başarısında düşme, iş bulmada güçlük yaşama, major depresyon, psikoz, intihar girişimi, benlik saygısında azalma ve yaşam kalitesinde azalmadır (Gilliam ve ark., 2004; Görgülü ve Fesci, 2011; Koponen ve ark., 2007; Oto ve ark., 2004; Schachter, 2006).

Stigma: Bireyin içinde yaşadığı toplumun 'normal' atfettiği ölçülerin dışında farklı özelliklere sahip olması nedeniyle dışlanmasına stigma (damgalanma) denmektedir (Goffman, 1963). Damgalama, olumsuz inançlar ve bu inançları temel alan önyargıya neden olmakta, etiketleme ile başlamakta, ayrımcılık ve dışlamayla sona ermektedir (Çam ve Bilge, 2007; Taşkın, 2007). Kişilerin yaşamları boyunca çevresinden öğrenerek hayatına yerleştirdiği doğru ve yanlışların dışında olan hastaları ve hastalık durumlarının yargılanmasıdır. Temel neden kontrol edilememeye bağlı korku durumudur. Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi epilepsi hastaları da bu durumla karşılaşmaktadır. Epilepsi hastaları; kişilerin önyargılarına mağruz kalmakta, kendini dışlanmış, aşağılık görmekte, karar verme yetisine olmadığını düşünmekte ve

kendisini toplumdaki dışlamayı tercih etmektedir. Bu durum, diğer psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmakta ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Görgülü ve Fesci, 2011; Mollaoğlu, 2012). Epilepsi hastalarının yarısından fazlası stigma yaşamaktadır (Jacoby ve ark., 2005). Stigmaya neden olan temel faktör, kontrol edememeye bağlı korku durumudur (Gün, 2006). Stigmanın; belirsiz nöbet zamanı ve durumu, nöbet başlangıç yaşı, tedavi uyumu, yaşam kalitesi, öz-yeterlik, istihdam durumu, sosyal destek ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Smith ve ark., 2009). Stigma, kişinin kendi içinde içselleştirmesi kendi kendini damgalamasına ve bireysel hedeflerinden vazgeçmesine ve tedavi sürecinden uzaklaşmasına yol açabilmektedir (Corrigan, 2006). Birçok epilepsi hastası ve ailesi bu damgalanma olayından kaçmak için hastalıklarını saklamayı tercih etmektedir (Özkan, 2009). Kronik hastalıklar konusunda daha bilinçli bir toplum olması bu gibi durumların ortaya çıkmasını en aza indirecektir. Böylece kronik hastalıkların birçoğu gibi epilepsi hastaları da toplum içinde kabul edilebilir ve sosyal sorunları en aza indirgenmiş olur.

Sosyal izolasyon: Epilepsili hastalar, zaman içerisinde bağımlı bireyler haline gelebilmekte ve bu durum kendilerini toplumdaki izole etmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca, izole bireylerin arkadaşlık kurmaları oldukça zordur (Fisher ve ark., 2000). Nöbetleri kontrol altına alınmış epilepsili hastalarda, sosyal izolasyon ve başkasına bağımlı olma durumu azalmaktadır (Jacoby, 1992).

Kişiler arası ilişkiler ve aile ilişkileri: Çocukluk çağında görülen epilepsiler, ailelerin aşırı korumacı yaklaşım geliştirmelerine ve buna bağlı olarak da bireylerin başkalarına bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır. Epilepsili hastalar, yalnız kalma korkusu, tek başınayken veya tanımadığı kişilerin yanında nöbet geçirme korkusu, stigma korkusu ve işlerini kaybetme korkuları yaşamaktadır (Fisher ve ark., 2000). Epilepsili erkek ve kadın hastalarda genel nüfusa göre evlilik oranı daha düşük, boşanma oranı daha yüksektir. Bununla birlikte, nöbet başlangıç yaşı daha düşük olan bireylerde evlenme oranı daha da düşüktür (Agarwal ve ark., 2006). Ayrıca, epilepsili kadın hastalarda, cinsel uyarı düşük, depresyon skorlarının ve seksüel disfonksiyondur (Morrell ve ark., 2005). Nöbetleri kontrol altına alınmış epilepsili hastalarda, iş ve evlilikle ilgili problemler daha az görülmektedir (Jacoby, 1992). Epilepsili bir çocuğa sahip olmak, aileler için kabullenilmesi zor bir süreçtir.

Zamansız gelen nöbetler,nöbetleri tetikleyen durumlar, antiepileptik ilaçların kullanımı, yan etkileri, çocuklarının gelecekteki olası yaşam kaygıları aileler için stres yaratan bir durumdur. Ayrıca uzun süreçli ve kronik bir hastalık olması aileleri manevi olarak yıpratmış kadar maddi olarak da sıkıntılı bir sürece girmelerine neden olmaktadır(Mollaoğlu,2012).Epilepsili hasta anneleri çocuklarının epilepsili olmasını, kendilerinin hamilelikte davranışlarına bağlayarak suçluluk ve utanma duygusu da yaşabilmektedirler(Gün,2006).

Anksiyete ve depresyon: Epilepsi, sosyal sınırlamalara neden olan (sürücü ehliyeti, iş fırsatları, evlilik durumları vb.) özsaygı azalmasına,bireyin kendini dışlanmış hissetmesine ve sosyal izolasyona yol açan kronik bir hastalıktır. Epilepsili hastalarda,anksiyete bozuklukları,major depresyon ve distimi görülebilmektedir (Desai ve ark.,2010;Phabphal ve ark.,2007).Epilepsili kadın hastalarda,nöbet sıklığı fazla olan hastalarda ve epilepsi konusundaki bilgisi yetersiz olan hastalarda anksiyete daha sık görülmektedir(Baker ve ark.,2005;McCagha ve ark.,2009).Anksiyete nöbet öncesinde ve nöbet sırasında ortaya çıkabildiği gibi,stigma, ön görülemeyen nöbet korkusu da anksiyete duygularını tetikleyebilir(McCaghave ark.,2009).Hastanın yaşının, nöbetin başlangıç yaşının,nöbet tipinin,nöbet sıklığı,evlilik durumunun, hastalıkla yaşam süresinin, iş durumu ve eğitim düzeyinin, antiepileptik ilaç kullanımı ve sosyoekonomik durumunun depresyon ile ilişkili olduğu görülmüştür (McCagha ve ark.,2009).

Benlik saygısında azalma:Epilepsi hastalarında zamanı belirleyen aniden olan nöbetler, nöbet sırasında kişinin kontrolünü kaybetmesi,sosyal olarak izole büyümesi, ailenin koruyucu olması,iş ve sosyal ilişkilerinde bozulmaya neden olduğu için benlik saygısını yitirmesine neden olmaktadır.Yitirilen benlik saygısı kişiyi bağımlı bir kişilik haline getirmektedir.Epilepsi hastaları aileleri tarafından sürekli olarak baş etmede yetersiz olarak görüldüğü ve çevreye de bu imajı gösterdikleri için çevrede kişiler tarafından da epilepsili kişiler yetersiz olarak görülmektedir.Bunun gibi etkenlere bağlı olarak kişiler sağlıklı bireylere göre kendilerini mutsuz, uyumsuz ve yetersiz hissetmektedirler.Sosyal uyumu olan, iş hayatı olan epilepsi hastalarının çalışmayanlara göre daha mutlu oldukları görülmüştür(Au ve ark.,2003;Baker ve ark.,2005;McCagha ve ark.,2009).

Bilişsel işlev bozuklukları: Epilepsi hastalarında görülen bilişsel bozukluklar antiepileptik ilaç yan etkilerine, nöbet türü ve süresine ya da nöbetlerin yol açtığı beyin fonksiyon bozukluklarına bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. İyi kontrol edilemeyen epilepsilerde yaşam süresi arttıkça, bilişsel bozuklukların görülme oranı da artmaktadır. Bilişsel bozukluklar, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, oryantasyon bozukluğu, bilinç bulanıklığı ve öğrenme güçlüğü içerir. Bu durum, kişilerin öğrenim hayatlarını önemli derecede ve olumsuz yönde etkilemektedir. Çocukluk çağı epilepsilerinde, bilişsel işlevler bozuklukları daha belirgin görülmektedir. Bu yüzden etkin nöbet kontrolü ve düzenli ilaç kullanımı önem taşımaktadır (Mollaoğlu, 2012).

Okul başarısında azalma: Çocukluk çağı epilepsileri kişilerin sosyal, bilişsel, duygusal gelişimini etkilemektedir. Bu durum öğrenme güçlüğü, davranışsal sorunlar gibi problemlerle karşılaşmaya neden olur (Corrigan, 2006; Mollaoğlu, 2012; Türk Epilepsi ile Savaş Derneği, 2017). Hastanın nöbetin başlangıç yaşının, nöbet tipinin, nöbet sıklığı, antiepileptik ilaç kullanımının, arkadaşları tarafından olumsuz karşılanmasının, öğrenmenin beklenti içinde olmaması, tedavi süresinde devamsızlıkların olması zamanla kişinin eğitimden uzaklaşmasına neden olmaktadır (Mollaoğlu, 2012; Türk Epilepsi ile Savaş Derneği, 2017).

İstihdam Sorunları: Epilepsi, hastaların nöbet sırasında kontrolünü kaybetmesine bağlı utanma duygusu, özgüven eksikliğine neden olmakta, nöbetler nedeni ile eğitim sürecini tamamlayamama ya da kendini iş hayatına hazırlayamama, iş güvenliği ile ilgili sorunlar yaşamasına, iş becerisi ve tecrübesi eksikliği yaşamasına, toplumun epilepsi hastalığı hakkındaki yetersiz bilgisine bağlı stigma ve sosyal izolasyon yaşamasına, iş verenlerin ön yargıları sebebiyle hastaların iş bulma konusunda sorunlarla karşılaşmasına neden olmaktadır. İş güvenliği açısından, epilepsili hastaların kesici alet kullanmaması, araç kullanmaması, vardiyalı çalışmaması, yüksek ve tehlikeli noktalarda çalışmaması gerekmektedir. İşverenler, iş sırasında kişinin nöbet geçirmesi ve zarar görmesinden iş verenin sorumlu tutulacağını düşündüğü için, epilepsili hasta çalıştırmak istememektedir (McCagha ve ark., 2009). Epilepsili hastalarda işsizlik oranı normal popülasyondan daha yüksektir, bu oran dirençli epilepsisi olan hastalarda daha da yüksektir. Epilepsi hastalarının iş hayatında

olmaları,psikososyal sorunların azalmasına ve yaşam kalitesinin artmasına neden olmaktadır (Öcal,2006;Strzelczyk ve ark.,2012).

2.1.7. Kronik Hastalıklarda Anne Baba Tutumu

Kronik hastalıkların görülme sıklığı %15-50 arasında değişmektedir(Baysal 1996).Çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıklar arasında kanser yüz binde 212,6(Türkiye Kanser İstatistikleri,2015),kronik böbrek hastalıkları %15,7(Türkiye KBH Prevalansı Araştırması,2009),obezite %15-16 (Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014),diyabetus mellitus %14.7(IDF,2014),doğumsal anomaliler %2-4 (Tunçbilek ve ark.1999),epilepsi görülme sıklığı 5/1000 ile 12.2/1000 (Balal ve ark.,2017;Calisir ve ark.,2006;Kocatürk,2019;Tekeli ve ark, 2012) gibi hastalıklar görülmektedir.Bireyin gelişiminde içinde yaşadığı ortam, kişisel ilişkileri ve deneyimleri kişisel gelişimini etkilemektedir(Aydoğmuş, 2001).Bu duruma birde kronik hastalık eklendiğinde ailelerin çocukların karşı tutumları değişmektedir.Aileler yaşadıkları anksiyete durumları çocukları üzerinde koruyucu bir tutuma dönüştürmektedirler(Hodes ve ark.,1999).Koruyucu tutumla yetişen çocuklar kendilerine güven eksikleri görülür ve aileye bağımlı bir çocuk yetişmiş olur(Kulaksızoğlu, 1998).

2.1.7.1.Epilepside Anne Baba Tutumu

Epilepsi, diğer kronik hastalıklara göre aileyi daha fazla etkilemektedir (Chiou and Hesieh,2008).Epilepsi tanılı çocuğa sahip olan ebeveynler, çocuklarının diğer çocuklardan farklı olduğunu ve bu durumun kendilerinden kaynaklandığını düşündükleri için kendilerini suçlayıcı bir psikoloji içine girebilmektedir(Austin ve ark.,2004).Evebeynlerin çocukların üzerindeki kontrolü yitirmeleri, çocuklarının geçirdiği nöbetlere tanık olmaları, çocuklarını kaybetme korkusu, nöbet ile baş edememeleri, ebeveynler üzerinde stres yaratmaktadır(Mu,2005).Epilepsi ile karşılaşan ailelerin ilk tepkisi inkar etmek olurken,zamanla şok,perişan olma,hayal kırıklığı,yas ve depresyon evrelerini yaşamaktadırlar.Aileler, yaşadıkları bu korku/kaygı sürecinin sonunda çocuğa karşı aşırı koruyucu bir tutum geliştirebilmektedir.Bu durum, ailenin kendisine vakit ayıramamasına, sürekli çocuk üzerine odaklanmasına sebep olan bir yaşam döngüsü içine girmesine neden

olmaktadır(Chapieksi ve ark.,2005).Ailelerin bu tutumu, çocuğun baskılanmasına neden olarak aşırı bağımlı hale gelmesi ile sonuçlanmaktadır(Hodes ve ark.,1999).

2.1.8. Kronik Hastalıklarda Benlik Saygısı

Benlik saygısı kişinin kendine verdiği değerdir(Cast ve Burke,2002).Kronik hastalıklar ve hastalığa uyum kişiyi ailesini baskı altında bırakır(Stuber ve ark.,2003).Kronik hastalığa sahip bireylerde benlik saygısında düşüklük görülmektedir. Bu düşüklüğün bir çok nedeni olmakla birlikte en basiti olarak fizyolojik ihtiyaçların karşılanmasında eksiklikler yaşamasıdır.Düşük benlik saygısı olan bir bireyde yüksek düzeyde kaygı ve depresyon belirtileri görülmektedir(Muslu,2001).

2.1.8.1.Epilepside Benlik Kaygısı

Benlik saygısı kişinin kendisini nasıl algıladıyla alakalı bir durumdur. Epilepsi hastaların zamanı belli olmayan ve aniden gelişen nöbetler yaşaması, nöbet sırasında kontrolünü kaybetmesi, sosyal olarak izole büyümesi, ailenin koruyucu yaklaşıma sahip olaması, iş ve sosyal ilişkilerde bozulmanın ortaya çıkması gibi durumlar bireyler benlik saygısını yitirmesine neden olabilmektedir(Kliegman, 2001).Benlik saygısı, bireyin psikolojisinin önemli bir parçasıdır.Bireyin bireyselliğinin farkında olmasını ve kendini geliştirmesini sağlamaktadır(Esenay 2003).Baş etme mekanizmalarının etkin kullanılamaması,bireylerde benlik saygısının azalma ile sonuçlanmaktadır(Çetinkaya ve Başbakkal, 2005).Kronik bir hastalık olan epilepsi, kişinin benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır.Yitirilen benlik saygısı, kişiyi başkalarına bağımlı bir hale getirmektedir.Epilepsi hastaları aileleri tarafından sürekli olarak baş etmede yetersiz olarak görülmektedir.Aile tarafından bu düşüncenin çevreye yansıtılması,çevredeki kişilerin de epilepsili bireyleri yetersiz olarak görmesine sebep olmaktadır.Bu duruma bağlı olarak, kişiler sağlıklı bireylere göre kendilerini mutsuz,uyumsuz ve yetersiz hissetmektedir(Au ve ark.,2003;Baker ve ark.,2005; McCagha ve ark.,2009).Epilepsili bireylerde, yetersiz epilepsi bilgisi de benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır(Baker ve ark.,2005).

2.1.9. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi

Hastaların büyük bir kısmı hastalığın getirdiği yorgunluk, ağrı ve depresif semptomlarla beraber fiziksel aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlikler, sosyal yaşamlarında kısıtlılıklar, uzun süreli tedavi sürecinin zorluklarını yaşamaktadırlar

(Volk ve Hagan,2011).Uzun süreli hastalık ve tedavi süreci kronik hastalığa sahip olmanın getirdiği kısıtlılıklar ile uzun süre yaşamak zorunda kalan kişilerde yaşam kalitelerinin bozulmasına sebep olur(Bozdemir,2006).Ailelerin yaklaşımları çocukların yaşam kalitesi üzerinde etkisi mevcuttur(Devine ve ark,2011).

2.1.4.1. Epilepside Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi sağlık alanında ile sık kullanılan bir kavramdır.Yaşam kalitesi, fiziksel, sosyal ve duyuşal ögeleri içeren çok yönlü bir kavramdır.Fiziksel ve duyuşal ögeler yaşam kalitesi üzerinde direkt etkiye sahipken, sosyal ögeler indirekt etkiye sahiptir.Sağlığa bağılı yaşam kalitesi, bireyin fiziksel işlevleri,ev ortamı,iş ortamı, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkileri, ruhsal durumu,sağlık durumu gibi bir çok ögeyi içermektedir(Bora 2008;Kaplan ve ark.,1989;Testa ve Simonson,1996;Torrance ve Fienny,1989).Yaşam kalitesi, öznel bir kavramdır ve kişiden kişiye hatta durumdan duruma değışebilmektedir(Ercan,2010;Lin ve ark.,2008;Mandzuk ve McMillan,2005;Ware,1992).

Epilepsi hastaları,hastalığın seyrine ve verilen antiepileptik ilaçlara bağılı olarak pek çok sorun yaşamakta ve bu da hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir(Guekht ve ark.,2007).Epilepsili hastalarda,epilepsinin tanıldığı yaşın küçük olması, epilepsi ile yaşanan sürenin artması, kontrol altına alınamayan nöbetler,nöbetlerin ne zaman geleceğinin belirsizliğı, nöbet sırasında bilinç ve beden kontrol kaybının olması, nöbet sonrasında kendine gelme süresinin farklılığı, etiketlenme korkusu, ilaç tedavisine uyumsuzluk kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir(Bandura ve ark.,1986;Helmstaedter ve Elger,2009).Ayrıca, ilaç yan etkileri, ilaç maliyetleri, sıkilaç içme ve kullanılan ilaç sayısı gibi tedaviyle ilgili durumlarda kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir(Lazarus,1993).Epilepsili hastalarda, antiepileptik tedavi ve psikotropik tedaviler kişinin yaşam kalitesinde artışa neden olmaktadır(Alper ve ark.,2007).Nöbetleri kontrol altına alınmış, sosyal olarak kabul görmüş ve ekonomik özgürlüğe sahip epilepsili bireylerin yaşam kalitesiyüksektir(Gülay ve ark.,2018).

Epilepsili bireyler bedensel ve ruhsal sağlıklarının bozuk olduğuna inanmakta ve kendilerini toplumdan soyutlamayı tercih etmektedir.Agarwal ve arkadaşlarının 2006 yılındaki yaptıkları çalışmasında,epilepsili erkek ve kadın hastalarda genel

nüfusa göre evlilik oranının düşük olduğu ve boşanma oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir(Agarwal ve ark.,2006).Epilepsisi olan kişilerde major depresyon, psikoz gibi psikiyatrik bozuklukların ve intihar girişimlerinin sıklığı epilepsili olmayan kişilere göre daha yüksektir(Gilliam ve ark.,2004).Bu durumlar, epilepsili bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Eğitim programlarının geliştirilmesi ve hasta ile ailesine düzenli eğitim verilmesi, bireylerin yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunmaktadır(Helde ve ark.,2005).Kronik hastalıklarda hasta eğitimini de içeren rehabilitasyon, yaşam kalitesini arttıran bir faktördür(Yapıcı ve ark.,2003).Epilepsi nöbetleri geçiren hastalar, fiziksel ve ruhsal rehabilitasyona ihtiyaç duymaktadırlar.Epilepsili hastalarda rehabilitasyonun amacı, hastanın mümkün olduğunca bağımsız hale gelmesini, emosyonel ve fiziksel rahatlığa ulaşmasını sağlamaktır(Fitzpatrick,1992;Goldman ve Ausiello,2006; İliçin ve ark.,2003).

3.GEREÇ-YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, epilepsili hastalarda anne-baba tutumunun benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte araştırma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 15.02.2017-15.08.2017 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Analitik nitelikteki araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinin nöroloji polikliniğine kontrole gelen 18 yaş üzeri tüm epilepsili hastalar ve ebeveynleri, örneklemi bu bireyler arasından çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 87 epilepsili hasta ve yakını oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Olma ve Olmama Kriterleri:

- Dahil edilme kriterleri:
- Araştırmaya katılmayı kabul etme
 - Çocukluk döneminde epilepsi tanısı almış olma
 - 18 yaş üzeri epilepsi tanılı hasta olma
 - Epilepsili bireyin ebeveyni olma

- Dahil edilmeme kriterleri:
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme

- Çocukluk döneminde epilepsi tanısı almamış olma
- 18 yaş üzeri epilepsi tanılı hasta olmama
- Epilepsili bireyin ebeveyni olmama

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Veriler, genel bilgi formu, Ebeveyn Tutum Ölçeği, Coopersmith Özsaygı Ölçeği ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği aracılığıyla aracılığı ile toplanmıştır.

Genel Bilgi Formu (EK-1): Genel bilgi formu, bireylerin sosyodemografik özellikleri, sağlık durumu, epilepsi ve ebeveynlere ilişkin soruları içermektedir.

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (EK-2): Ölçek, 1967 yılında Stanley Coopersmith tarafından geliştirilmiştir. Türkçe güvenilirlik geçerlilik çalışması Turan ve Tufan tarafından yapılmıştır (Turan ve Tufan, 1987). Ölçek, 25 maddeden oluşmakta ve ölçek puanı 0-100 arasında değişmektedir. Puanların yükseldikçe benlik saygısı artmaktadır.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-3): Ware tarafından geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Koçyiğit ve ark., 1999). 36 soru içermekte, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, canlılık, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlanması, mental sağlık olmak üzere 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek puanı 0 ile 100 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Ebeveyn Tutum Ölçeği (EK-4) : Ölçek, 2008 yılında Karabulut Demir ve Şendil tarafından geliştirilmiştir (Karabulut Demir ve Şendil, 2008). 5'li likert tipi olan ölçek, 46 maddeden oluşmaktadır. EBTÖ, demokratik alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan 85; otoriter alt boyutundan en düşük 11, en yüksek 55; aşırı koruyucu alt boyutundan en düşük 9, en yüksek 45; izin verici alt boyutundan en

düşük 9, en yüksek 45'tir. Bir boyuttan yüksek puan almak, o boyutun temsil ettiği davranış şeklinin anne-babalar tarafından benimsendiğini göstermektedir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Anne-Baba Tutum Ölçeği

Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik Özellikler, Coopersmith Özsaygı Ölçeği ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, IBM SPSS Statistics 22 (SPSS, Chicago, IL) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Sapiro Wilk Testi aracılığı ile değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, ortalamalar, Pearson korelasyon testi, One-way Anova testi ve t testi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri 0,05 olarak belirlenmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmada Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Ek-5), çalışmanın yapılacağı Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden çalışma izni alınmıştır. Ayrıca, çalışmaya katılan bireylere çalışmada elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağını açıkladıktan sonra bütün katılımcılardan sözlü onam alınmıştır (Bilgilendirilmiş Olur Formu).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde yapılmış olması, araştırma sonuçlarının tüm epilepsili hasta ve ebeveynlerine genellenmesini sınırlamaktadır.

4. BULGULAR

Epilepsili hastalarda anne-baba tutumunun benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla toplam 87 epilepsili hasta ve yakını üzerinde yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 4.1. Olguların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=87)

Değişken adı		n	%
Yaş (yıl)	(Ort± SS)	25,28±5,48	DA=18-48
Cinsiyet	Kadın	54	62,1
	Erkek	33	37,9
Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer	İl	62	71,3
	İlçe	22	25,3
	Köy	3	3,4
Birlikte yaşadığı kişi	Eşi	20	23,0
	Anne-baba	64	73,6
	Çocuklar	1	1,1
	Yalnız	2	2,3
En uzun süre birlikte yaşadığı kişi	Eşi	7	8,0
	Anne baba	76	87,4
	Yalnız	3	3,4
	Diğer	1	1,1
Öğrenim durumu	İlkokul	8	9,2
	Ortaokul	9	10,3
	Lise	43	49,4
	Yüksekokul	14	16,1
	Üniversite	13	14,9
Meslek	İşçi	25	28,7
	Memur	5	5,7
	Öğrenci	26	29,9
	Ev hanımı	17	19,5
	Çalışmıyor	14	16,1
Çalışma durumu	Evet	43	49,4
	Hayır	44	50,6
Çalışmama nedeni (n=44)	Ailem izin vermedi	16	36,4
	Sağlık durumunun iyi olmaması	9	20,5
	İş arıyor	3	6,8
	Öğrenci	16	36,4
Çalışma süresi (yıl) (n=43)	(Ort± SS)	5,02±5,58	DA=1-29
Medeni Durumu	Evli	13	14,9
	Bekar	65	74,7
	Diğer	9	10,3
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden az	5	5,7
	Gelir gidere denk	77	88,5
	Gelir giderden fazla	5	5,7

Yaş ortalaması 25.28±5.48 olan olguların %62,1'i kadındır. %73,1'i yaşamının büyük çoğunluğunu il merkezinde geçirmiştir. %73,6'i anne-babası ile

birlikte yaşamaktadır ve %87.4'ünün birlikte en uzun süre yaşadığı kişi anne-babasıdır. %49.4'ü lise mezunudur ve % 29.9'u öğrencidir. %49.4'ü çalışmaktadır ve ortalama çalışma süresi 5.02±5.58 yıldır. Çalışmayanların %36.4'ü öğrencidir ve %36.4'ü ailesi izin vermediği için çalışmamaktadır. %74.7'si bekadır. %88,5'i ailesinin gelir durumunu gelir gidere denk olarak tanımlamıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Olguların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=87)

Değişken adı		n	%
Epilepsi tanı süresi	(Ort± SS)	13,37±8,57	DA=2,00-39
Epilepsi tedavi süresi	(Ort± SS)	11,45±8,10	DA=1,00-30,00
Epilepsi nöbeti türü	Basit parsiyel nöbet	14	16,1
	Kompleks parsiyel nöbet	14	16,1
	Jeneralize nöbet	48	55,2
	Semptomatik nöbet	11	12,6
Nöbet geçirme sıklığı	Hiç	16	18,4
	Nadiren	40	46,0
	Bazen	18	20,7
	Sık	11	12,6
	Çok sık	2	2,3
Son 6 ayda geçirdiği nöbet sayısı	Nöbet olmadı	61	70,1
	1-5 nöbet	24	27,6
	5 ve üzeri	2	2,3
Son 1 yılda geçirdiği nöbet sayısı	Nöbet olmadı	42	48,3
	1-5 nöbet	36	41,4
	5 ve üzeri	9	10,3
Daha önce epilepsi nedeniyle hastanede yatma durumu	Evet	71	81,6
	Hayır	16	18,4
Daha önce epilepsi nedeniyle hastanede yatış sayısı	(Ort± SS)	9,57±4,99	Da=2,00-20,00
Daha önce epilepsi nedeniyle yoğun bakımda yatma durumu	Evet	29	33,3
	Hayır	58	66,7
Daha önce epilepsi nedeniyle acil servise başvurma durumu	Evet	63	72,4
	Hayır	24	27,6
İlaç tedavisine ara verilme durumu	Evet	16	18,4
	Hayır	71	81,6
Tedavi süresince ilaç değişikliği yapılma durumu	Evet	44	50,6
	Hayır	43	49,4
Başka kronik hastalık varlığı	Evet	27	31,0
	Hayır	60	69,0

Olguların epilepsi tanı süresi ortalama 13.37 ± 8.57 yıl, tedavi süresi 11.45 ± 8.10 yıldır. Olguların %46'sı nadiren nöbet geçirdiğini, %70,1'i son 6 ayda, %48.3'ü son 1 yılda hiç nöbet geçirmediğini belirtmiştir. %81.6'sı daha önce epilepsi nedeniyle hastanede yatmıştır ve hastanede yatış sayısı ortalama 9.57 ± 4.99 'dur. %33.3'ü daha önce epilepsi nedeniyle yoğun bakımda yatmış ve %72,4'ü acil servise başvurmuştur. Tedavi sürecinde, %18,4'nün tedavisine ara verilmiş ve %50,6'sının tedavisinde ilaç değişikliği yapılmıştır. %31'inin başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Olguların anne-baba ve kardeş özelliklerinin dağılımı (n=87)

Değişken adı		n	%
Anne-baba yaşı	(Ort± SS)	50,72±6,52	DA=36,00-70,00
Anne-babanın hayatta olma durumu	Evet	81	93,1
	Hayır	6	6,9
Anne babanın birlikte olma durumu	Evet	66	75,9
	Hayır	21	24,1
Annenin öğrenim durumu	İlkokul	43	49,4
	Ortaokul	15	17,2
	Lise	24	27,6
	Üniversite	5	5,7
Babanın öğrenim durumu	İlkokul	20	23,0
	Ortaokul	15	17,2
	Lise	37	42,5
	Yüksekokul	1	1,1
	Üniversite	14	16,1
Annenin mesleği	İşçi	16	18,4
	Memur	6	6,9
	Serbest meslek	3	3,4
	Çiftçi	2	2,3
	Emekli	10	11,5
	Ev hanımı	50	57,5
Babanın mesleği	İşçi	26	29,9
	Memur	11	12,6
	Serbest meslek	12	13,8
	Çiftçi	12	13,8
	Emekli	26	29,9
Kardeş sayısı	(Ort± SS)	1,89±1,02	DA=0,00-4,00

Olguların anne-babalarının yaş ortalaması 50.72 ± 6.52 'dir. Olguların %93,1'i hayattadır ve %75,9'unun anne-babası birlikte yaşamaktadır. %49,4'ünün annesi

ilkokul, %42,5'inin babası lise mezunudur. %57,5'inin annesi ev hanımı, %29,9'unun babası işçi ve %29,9'unun emeklidir. Olguların kardeş sayısı ortalama 1.89 ± 1.02 'dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Olguların Ebeveyn Tutum ölçeği, Benlik Saygısı Ölçeği ve Yaşam kalitesi Ölçeği puanlarının dağılımı (n=87)

Değişken Adı		Ort± SS	Minimum-Maksimum	
Ebeveyn Tutum Ölçeği	Demokratik tutum	2,02±0,60	0,94-3,47	
	Otoriter tutum	4,20±0,75	2,91-9,09	
	Koruyucu tutum	2,41±0,85	1,00-4,44	
	İzin verici tutum	3,50±0,90	1,11-5,00	
Benlik Saygısı Ölçeği	Benlik Saygısı Ölçeği Toplam		58,80±25,90	4,00-100,00
	Benlik Saygısı Düzeyi (n, %)	Düşük	15	17,2
		Orta	41	47,1
		Yüksek	31	35,6
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel fonksiyon		86,83±25,65	0,00-100,00
	Fiziksel rol fonksiyon		76,43±36,63	0,00-100,00
	Ağrı		76,66±21,05	20,00-90,00
	Genel sağlık algısı		47,70±9,84	30,00-70,00
	Zindelik		55,86±11,23	30,00-85,00
	Sosyal fonksiyon		53,30±13,40	12,50-75,00
	Mental rol fonksiyon		78,16±35,88	0,00-100,00
	Mental sağlık		57,14±11,87	24,00-80,00
	Fiziksel boyut		71,91±17,78	22,50-88,75
	Mental boyut		61,11±10,87	28,50-78,13
	Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam		66,51±13,09	30,50-82,44

Anne babaların, anne-baba tutum ölçeğinden aldıkları en yüksek puanın otoriter tutum alt boyutundan (4.20 ± 0.75), en düşük puanın demokratik tutum alt boyutundan (2.02 ± 0.60) aldıkları saptanmıştır. Olguların benlik saygısı ölçeği toplam puanının ortalama 58.80 ± 25.90 ve %17,2'sinin benlik saygısının düşük seviyede olduğu belirlenmiştir. Olguların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları en düşük puanın genel sağlık algısı alt boyutundan, en yüksek puanın fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldığı; fiziksel boyut puanının 71.91 ± 17.78 , mental boyut puanının 61.11 ± 10.87 ve ölçek toplam puanının 66.51 ± 13.09 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo4.5.Olguların sosyodemografik özelliklerinin anne-baba tutumuna etkisi(n=87)

Değişken adı		Demokratik Tutum	Otoriter Tutum	Koruyucu Tutum	İzin Verici Tutum
Yaş (yıl)	Anlamlılık	r=0,121 p=0,263	r=0,052 p=0,631	r=0,037 p=0,735	R=-0,016 P=0,885
Cinsiyet	Kadın	1,98±0,58	4,19±0,49	2,30±0,76	3,42±0,84
	Erkek	2,10±0,64	4,20±1,05	2,59±0,97	3,64±0,98
	Anlamlılık	t=-0,898 p=0,372	t=-0,074 p=0,941	t=-1,589 p=0,116	t=-1,103 p=0,273
Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer	İl	1,94±0,59	4,30±0,79	2,31±0,83	3,37±0,88
	İlçe	2,21±0,59	3,99±0,59	2,62±0,93	3,85±0,92
	Köy	2,43±0,75	3,66±0,70	2,96±0,16	3,59±0,39
	Anlamlılık	F=2,410 p=0,096	F=2,161 P=0,122	F=1,754 P=0,179	F=2,401 P=0,097
Birlikte yaşadığı kişi	Eşi	2,06±0,70	4,23±0,59	2,42±0,84	3,26±0,97
	Anne-baba	1,98±0,56	4,20±0,81	2,36±0,86	3,55±0,87
	Çocuklar	2,11±0,00	3,81±0,00	2,77±0,00	3,22±0,00
	Yalnız	2,94±0,58	4,00±0,00	3,50±0,70	4,44±0,62
	Anlamlılık	F=1,659 p=0,182	F=0,140 P=0,936	F=1,192 P=0,318	F=1,311 P=0,276
En uzun süre birlikte yaşadığı kişi	Eşi	2,01±1,00	4,55±0,38	2,01±0,74	3,09±1,25
	Anne baba	2,05±,57	4,17±0,78	2,45±0,87	3,52±0,87
	Yalnız	1,60±,20	4,18±0,41	2,00±0,58	4,07±0,42
	Diğer	1,58±0,00	3,45±00,00	3,00±0,00	3,55±0,00
	Anlamlılık	F=0,683 p=0,565	F=0,867 P=0,462	F=0,957 P=0,417	F=0,889 P=0,450
Öğrenim durumu	İlkokul	2,24±0,71	4,21±0,73	1,93±1,01	2,98±1,37
	Ortaokul	2,28±0,55	4,06±0,54	2,54±0,87	3,62±0,48
	Lise	2,09±0,63	4,04±0,51	2,55±0,92	3,70±0,84
	Yüksekokul	1,72±0,36	4,35±0,38	2,35±0,63	3,31±0,68
	Üniversite	1,81±0,58	4,65±1,45	2,22±0,68	3,30±1,07
	Anlamlılık	F=0,683 p=0,565	F=0,867 P=0,462	F=0,957 P=0,417	F=0,889 P=0,450
Meslek	İşçi	2,20±0,65	4,02±0,61	2,76±0,82	3,65±0,93
	Memur	1,94±0,26	3,89±0,67	2,64±0,52	3,28±0,47
	Öğrenci	1,86±0,57	4,07±0,46	2,25±0,78	3,67±0,77
	Ev hanımı	2,11±0,75	4,25±0,52	2,35±0,92	3,32±1,01
	Çalışmıyor	1,93±0,38	4,79±1,28	2,07±0,92	3,21±0,99
	Anlamlılık	F=1,250 p=0,297	F=3,270 p=0,015	F=1,984 P=0,105	F=1,028 P=0,398
Çalışma durumu	Evet	2,06±0,65	4,09±0,56	2,54±0,81	3,55±0,94
	Hayır	1,99±0,57	4,30±0,89	2,28±0,88	3,46±0,86
	Anlamlılık	t=0,521 p=0,604	t=-1,333 p=0,186	t=1,419 p=0,159	t=0,468 p=0,641
Çalışmama nedeni (n=44)	Ailem izin vermedi	2,07±0,46	4,18±0,52	2,23±0,86	3,23±0,61
	Sağlık durumunun iyi olmaması	2,19±0,74	4,43±0,39	1,83±0,85	3,00±1,23
	İş arıyor	1,67±0,20	7,04±2,89	2,88±0,31	3,61±0,23
	Öğrenci	1,81±0,57	4,03±0,52	2,41±0,88	3,84±0,68
	Anlamlılık	F=1,242 p=0,308	F=12,030 p=0,000	F=1,250 P=0,305	F=2,619 P=0,064
Çalışma süresi (yıl) (n=43)	(Ort± SS)	r=0,261 p=0,119	t=-0,292 p=0,079	t=0,185 p=0,273	t=0,062 p=0,716
Medeni Durumu	Evli	2,09±0,76	4,33±0,54	2,34±0,84	3,13±0,16
	Bekar	1,98±0,57	4,25±0,79	2,38±0,87	3,52±0,87
	Diğer	2,23±0,60	3,61±0,48	2,74±0,77	3,87±0,39
	Anlamlılık	F=0,766 p=0,468	F=3,242 p=0,044	F=0,735 p=0,482	F=1,918 p=0,153
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden az	1,90±0,51	5,21±2,17	3,02±0,57	4,24±0,59
	Gelir gidere denk	2,05±0,61	4,12±0,55	2,36±0,87	3,48±0,88
	Gelir giderden fazla	1,72±0,51	4,32±0,55	2,60±0,76	3,17±1,18
	Anlamlılık	F=0,779 p=0,462	F=5,497 p=0,006	F=1,530 p=0,222	F=2,096 p=0,129

r=Pearson korelasyon testi, F=One-way Anova testi, t=t testi

Olguların sosyodemografik özelliklerinden meslek, çalışmama nedeni, medeni durum ve ailenin ekonomik durum ile anne baba tutumu ölçeği alt boyutlarından otoriter tutum alt boyutu arasında anlamlı ilişki ve farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Olguların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin anne-baba tutumuna etkisi (n=87)

Değişken adı		Demokratik Tutum	Otoriter Tutum	Koruyucu Tutum	İzin Verici Tutum
Epilepsi tanı süresi	Anlamlılık	$r=0,009$ $p=0,931$	$r=0,037$ $p=0,734$	$r=-0,364$ $p=0,001$	$r=-0,325$ $p=0,002$
	Epilepsi tedavi süresi	$r=-0,012$ $p=0,912$	$r=0,036$ $p=0,741$	$r=-0,419$ $p=0,000$	$r=-0,391$ $p=0,000$
Epilepsi nöbeti türü	Basit parsiyel nöbet	1,75±0,32	4,36±0,38	2,43±0,68	3,22±0,56
	Kompleks parsiyel nöbet	1,94±0,51	4,12±0,54	2,42±0,77	3,53±0,68
	Jeneralize nöbet	2,05±0,66	4,16±0,53	2,25±0,91	3,42±1,05
	Semptomatik nöbet	2,34±0,64	4,26±1,70	3,08±0,61	4,19±0,31
	Anlamlılık	F=2,139 $p=0,101$	F=0,325 $p=0,807$	F=2,973 $p=0,036$	F=2,901 $p=0,040$
Nöbet geçirme sıklığı	Hiç	1,89±0,58	4,07±0,53	2,50±0,77	3,58±0,53
	Nadiren	2,03±0,58	4,21±0,95	2,58±0,79	3,53±0,78
	Bazen	1,98±0,61	4,23±0,44	2,14±0,87	3,37±1,06
	Sık	2,33±0,70	4,23±0,71	2,11±1,08	3,49±1,48
	Çok sık	1,61±0,29	4,40±0,83	2,33±1,09	3,61±0,23
	Anlamlılık	F=1,131 $p=0,348$	F=0,154 $p=0,961$	F=1,233 $p=0,303$	F=0,133 $p=0,970$
Son 6 ayda geçirdiği nöbet sayısı	Nöbet olmadı	1,98±0,57	4,19±0,81	2,46±0,82	3,48±0,77
	1-5 nöbet	2,11±0,62	4,24±0,60	2,29±0,95	3,48±1,17
	5 ve üzeri	2,44±1,45	3,90±0,12	2,38±1,17	4,38±0,86
	Anlamlılık	F=0,889 $p=0,415$	F=0,184 $p=0,832$	F=0,312 $p=0,733$	F=0,981 $p=0,379$
Son 1 yılda geçirdiği nöbet sayısı	Nöbet olmadı	1,96±0,60	4,27±0,93	2,47±0,75	3,51±0,75
	1-5 nöbet	2,01±0,55	4,15±0,53	2,25±0,93	3,27±0,97
	5 ve üzeri	2,37±0,77	4,06±0,54	2,75±0,93	4,37±0,75
	Anlamlılık	F=1,790 $p=0,173$	F=0,409 $p=0,665$	F=1,400 $p=0,252$	F=5,912 $p=0,004$

r=Pearson korelasyon testi, F=One-way Annova testi, t=t testi

Tablo 4.6.Olguların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin anne-baba tutumuna etkisi (n=87) (Devam)

Değişken adı		Demokratik Tutum	Otoriter Tutum	Koruyucu Tutum	İzin Verici Tutum
Daha önce epilepsi nedeniyle hastanede yatma durumu	Evet	1,97±0,59	4,21±0,81	2,23±0,83	3,38±0,92
	Hayır	2,24±0,63	4,16±0,42	3,18±0,44	4,04±0,49
	Anlamlılık	t=-1,600 p=0,113	t=0,215 p=0,830	t=-6,403 p=0,000	t=-3,966 p=0,000
Daha önce epilepsi nedeniyle hastanede yatış sayısı	(Ort± SS)	r=-0,080 p=0,509	r=0,086 p=0,473	r=-0,241 p=0,043	r=-0,210 p=0,079
Daha önce epilepsi nedeniyle yoğun bakımda yatma durumu	Evet	1,98±0,61	4,36±1,09	2,16±0,81	3,31±1,04
	Hayır	2,04±0,60	4,11±0,50	2,54±0,85	3,60±0,81
	Anlamlılık	t=-0,438 p=0,663	t=1,452 p=0,150	t=-1,975 p=0,052	t=-1,392 p=0,168
Daha önce epilepsi nedeniyle acil servise başvurma durumu	Evet	2,04±0,64	4,28±0,83	2,29±0,84	3,44±0,98
	Hayır	1,99±0,49	3,98±0,43	2,72±0,82	3,68±0,59
	Anlamlılık	t=0,290 p=0,772	t=1,641 p=0,104	t=-2,142 p=0,035	t=-1,375 p=0,174
İlaç tedavisine ara verilme durumu	Evet	2,07±0,62	4,43±1,39	2,53±0,89	3,45±1,05
	Hayır	2,01±0,60	4,14±0,51	2,38±0,85	3,51±0,86
	Anlamlılık	t=0,327 p=0,745	t=0,797 p=0,437	t=0,621 p=0,536	t=-0,272 p=0,786
Tedavi süresince ilaç değişikliği yapılma durumu	Evet	2,09±0,65	4,23±0,53	2,08±0,79	3,34±0,99
	Hayır	1,95±0,55	4,16±0,93	2,74±0,79	3,67±0,76
	Anlamlılık	t=1,053 p=0,295	t=0,473 p=0,637	t=-3,852 p=0,000	t=-1,767 p=0,081
Başka kronik hastalık varlığı	Evet	1,98±0,51	4,33±0,43	2,06±0,85	3,08±0,97
	Hayır	2,04±0,64	4,14±0,85	2,57±0,82	3,69±0,80
	Anlamlılık	t=-0,424 p=0,672	t=1,064 p=0,290	t=-2,620 p=0,010	t=-3,061 p=0,003

r=Pearson korelasyon testi, F=One-way Annova testi, t=t testi

Olguların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinden epilepsi tanı süresi, tedavi süresi, nöbet türü, daha önce epilepsi nedeniyle hastanede yatma durumu ve başka bir kronik hastalık varlığı ile anne baba tutumu ölçeği alt boyutlarından koruyucu tutum ve izin verici tutum alt boyutları; son bir yılda geçirilen nöbet sayısı ile izin verici tutum alt boyutu; daha önce epilepsi nedeniyle hastanede yatış sayısı, daha önce epilepsi nedeniyle acil servise başvurma durumu ve tedavi süresince ilaç değişikliği yapılma durumu ile koruyucu tutum arasında anlamlı ilişki ve farklılık olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7.Olguların anne-baba ve kardeş özelliklerinin anne-baba tutumuna etkisi (n=87)

Değişken adı		Demokratik Tutum	Otoriter Tutum	Koruyucu Tutum	İzin Verici Tutum
Anne-baba yaşı	Anlamlılık	r=0,167 p=0,123	t=0,078 p=0,474	t=0,107 p=0,325	t=0,045 p=0,678
Anne-babanın hayatta olma durumu	Evet	2,01±0,59	4,22±0,77	2,41±0,86	3,46±0,90
	Hayır	2,18±0,79	3,89±0,40	2,46±0,77	4,11±0,62
Anne babanın birlikte olma durumu	Anlamlılık	t=-0,656 p=0,513	t=1,036 p=0,303	t=-0,145 p=0,885	t=-1,722 p=0,089
	Evet	2,06±0,62	4,12±0,55	2,46±0,84	3,50±0,85
Annenin öğrenim durumu	Hayır	1,91±0,56	4,42±1,16	2,24±0,91	3,52±1,05
	Anlamlılık	t=0,947 p=0,346	t=-1,596 p=0,114	t=1,045 p=0,299	t=-0,128 P=0,898
Babanın öğrenim durumu	İlkokul	2,24±0,63	4,06±0,58	2,72±0,84	3,70±0,80
	Ortaokul	1,92±0,64	4,20±0,47	2,27±0,81	3,56±0,85
	Lise	1,72±0,39	4,27±0,50	1,85±0,55	2,96±0,92
	Üniversite	1,89±0,52	5,00±2,31	2,88±0,97	4,26±0,52
	Anlamlılık	F=4,560 p=0,005	F=2,514 p=0,064	F=7,172 p=0,000	F=5,475 p=0,002
Annenin mesleği	İlkokul	2,41±0,65	4,04±0,56	3,05±0,68	3,92±0,74
	Ortaokul	2,03±0,66	4,04±0,54	2,34±0,81	3,58±0,79
	Lise	1,96±0,53	4,19±0,56	2,23±0,84	3,35±0,88
	Yüksekokul	1,58±0,00	4,81±0,00	1,77±0,00	2,77±0,00
	Üniversite	1,65±0,37	4,57±1,35	2,07±0,79	3,28±1,13
Babanın mesleği	Anlamlılık	F=4,051 p=0,005	F=1,449 p=0,225	F=4,504 p=0,002	F=1,841 p=0,129
	İşçi	1,89±0,56	4,02±0,41	2,20±0,64	3,56±0,67
	Memur	1,69±0,18	4,96±2,06	2,48±1,00	3,72±0,50
	Serbest meslek	2,05±0,11	4,18±0,09	1,74±0,23	3,51±0,67
	Çiftçi	2,26±1,12	3,77±0,96	2,72±0,54	4,50±0,70
Kardeş sayısı	Emekli	1,63±0,46	4,07±0,48	2,28±0,86	3,42±1,11
	Ev hanımı	2,17±0,63	4,21±0,59	2,52±0,92	3,43±0,97
	Anlamlılık	F=2,160 p=0,067	F=1,676 p=0,150	F=0,810 p=0,546	F=0,633 p=0,675
	İşçi	2,20±0,66	4,10±0,49	2,48±0,95	3,53±0,76
	Memur	1,73±0,40	4,83±1,50	2,00±0,60	3,31±1,06
Kardeş sayısı	Serbest meslek	1,92±0,56	4,12±0,32	2,30±0,72	3,76±0,77
	Çiftçi	2,00±0,62	4,23±0,66	2,43±0,81	3,23±1,07
	Emekli	2,03±0,61	4,05±0,59	2,55±0,92	3,56±0,94
	Anlamlılık	F=1,303 p=0,276	F=2,499 p=0,049	F=0,914 p=0,460	F=0,685 P=0,604
	Kardeş sayısı	(Ort± SS)	r=0,219 p=0,042	t=-0,142 p=0,188	t=0,076 p=0,486

r=Pearson korelasyon testi, F=One-way Annova testi, t=t testi

Olguların anne-baba ve kardeş özelliklerinden annenin öğrenim durumu ile anne baba tutum ölçeği alt boyutlarından demokratik tutum, koruyucu tutum ve izin verici tutum alt boyutları; babanın öğrenim durumu ile demokratik tutum ve koruyucu tutum alt boyutları; babanın mesleği ile otoriter tutum alt boyutu; kardeş sayısı ile demokratik tutum alt boyutu arasında anlamlı ilişki ve farklılık olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8.Olguların yaşam kalitesi, benlik saygısı ve anne baba tutum puanları arasındaki ilişki (n=87)

Değişken adı		Demokratik Tutum	Otoriter Tutum	Koruyucu Tutum	İzin Verici Tutum
Fiziksel fonksiyon	r	0,047	-0,133	0,386	0,378
	p	0,664	0,220	0,000	0,000
Fiziksel rol fonksiyon	r	-0,164	-0,017	0,187	0,111
	p	0,128	0,874	0,082	0,307
Ağrı	r	-0,101	0,015	0,285	0,170
	p	0,350	0,891	0,007	0,116
Genel sağlık algısı	r	0,194	-0,053	-0,009	0,067
	p	0,071	0,627	0,933	0,540
Zindelik	r	-0,137	0,235	-0,321	-0,212
	p	0,205	0,029	0,002	0,048
Sosyal fonksiyon	r	-0,374	0,195	-0,152	-0,148
	p	0,000	0,071	0,159	0,170
Mental rol fonksiyon	r	-0,128	-0,027	0,227	0,176
	p	0,238	0,806	0,035	0,103
Mental sağlık	r	-0,245	0,302	-0,426	-0,302
	p	0,022	0,005	0,000	0,005
Fiziksel boyut	r	-0,071	-0,060	0,319	0,253
	p	0,515	0,582	0,003	0,018
Mental boyut	r	-0,323	0,181	-0,059	-0,038
	p	0,002	0,093	0,587	0,729
Yaşam kalitesi toplam	r	-0,182	0,035	0,192	0,156
	p	0,091	0,751	0,075	0,149
Benlik saygısı toplam	r	-0,209	0,058	0,159	0,022
	p	0,052	0,592	0,142	0,842
Benlik Saygısı Düzeyi	Düşük	2,27±0,65	4,12±0,60	2,16±0,95	3,26±01,07
	Orta	2,02±0,57	4,28±0,89	2,43±0,85	3,70±0,80
	Yüksek	1,90±0,61	4,13±0,61	2,50±0,82	3,35±0,89
	Anlamlılık	F=1,861 p=0,162	F=0,429 p=0,652	F=0,838 p=0,436	F=2,017 p=0,139

r=Pearson korelasyon testi, F=One-way Annova testi

Olguların yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ile anne baba tutum ölçeği alt boyutlarından koruyucu tutum ve izin verici tutum alt boyutları; ağrı ile koruyucu tutum alt boyutu; zindelik ile otoriter tutum, koruyucu tutum ve izin verici tutum alt boyutları; sosyal fonksiyon ile demokratik tutum alt boyutu; mental rol fonksiyon ile koruyucu tutum alt boyutu; mental sağlık ile demokratik tutum, otoriter tutum, koruyucu tutum ve izin verici tutum alt boyutları; fiziksel boyut ile koruyucu

tutum ve izin verici tutum alt boyutları; mental boyut ile otoriter tutum alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Olguların benlik saygısı puanı ve benlik saygısı düzeyi ile anne baba tutum ölçeği alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki ve farklılıklara rastlanmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 4.8)

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamızdan elde edilen bulgular sosyodemografik özellikler, sağlık durumuna ilişkin özellikler, anne-babaya ilişkin özellikler, anne baba tutumu, benlik saygısı ve yaşam kalitesi, anne baba tutumunu etkileyen faktörler, anne baba tutumu ile benlik saygısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1.Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda, olguların yaş ortalamasının 25.28 ± 5.48 olduğu saptanmıştır. Acaroğlu ve Yılmaz tarafından epilepsili hastalar üzerinde yapılan çalışmada, yaş ortalamasının 36.10 ± 14.95 olduğu bulunmuştur(Acaroğlu ve Yılmaz,2016).Balal ve ark. tarafından epilepsili hastalarda yapılan çalışmada, yaş ortalamasının $25,04 \pm 14,47$ olduğu belirlenmiştir(Balal ve ark.,2017).Mollaoğlu ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, olguların yaş ortalamasının $32,5 \pm 10,71$ olduğu saptanmıştır (Mollaoğlu ve ark.,2015).Gebre ve Haylay tarafından yapılan bir çalışmada, olguların yaş ortalamasının 29.36 ± 12.77 olduğu belirlenmiştir(Gebre ve Haylay,2018).Adadioğlu'nun çalışmasında, epilepsili hastalarda yaş ortalaması 37.54 ± 12.37 olduğu saptanmıştır (Adadioğlu, 2019).Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların %62,1'inin kadın olduğu saptanmıştır.Acaroğlu ve Yılmaz tarafından yapılan çalışmada,epilepsili olguların %50,4'ünün erkek olduğu saptanmıştır(Acaroğlu ve Yılmaz,2016).Balal ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada epilepsi tanısı konulan bireylerin %59,6'sının erkek olduğu belirlenmiştir (Balal ve ark.,2017).Mollaoğlu ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada olguların %58,1'inin erkek olduğu saptanmıştır(Mollaoğlu ve ark.,2015).Gebre ve Haylay tarafından yapılan bir çalışmada,olguların %61'inin erkek olduğu saptanmıştır (Gebre ve Haylay, 2018).Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, epilepsinin erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmüştür(Benn ve ark.,2008;Christensen ve ark, 2007; McHugh ve Delanty 2008;Mollaoğlu 2000).Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla

görüldüğü (Çelikkaş ve ark.,2010) ve cinsiyetler arasında anlamlı fark görülmediği şeklinde farklı sonuçlara ulaşılmıştır(Christensen ve ark 2005;Djibouti ve Shakarishvili, 2003; Kılınçer ve ark. 2012).Adadioğlu'nun araştırmasında, hastaların %60'ın erkek olduğu sonucuna ulaşılmıştır(Adadioğlu,2019).Çalışma sonuçlarımız, bazı çalışma sonuçlarına uyum gösterirken, bazılarında uyum göstermemektedir.Bu durumun, çalışmaların yapıldığı yerin ve örneklem büyüklüğünün farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda,olguların %73,1'i yaşamının büyük çoğunluğunu il merkezinde geçirdiği saptanmıştır.Ashkani ve arkadaşlarının araştırmasında, olguların %35,5'inin il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir (Ashkani ve ark.,2015). Acaroğlu ve Yılmaz'ın çalışmasında olguların %54,8'inin il merkezinde yaşadığı belirlenmiştir(Acaroğlu ve Yılmaz,2016).Gebre ve Haylay tarafından yapılan bir çalışmada, olguların %57,1'inin kent merkezinde yaşadığı saptanmıştır(Gebre ve Haylay,2018).Akyol'un çalışmasında, olguların %45,1'inin büyükşehirde yaşadığı belirlenmiştir(Akyol,2018).Çalışma sonuçlarımız,diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.Epilepsi, hastalık sürecinde nöbetler görülen ve nöbet anında epilepsili bireylerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar nedeniyle, hasta ve hasta yakınlarının hızla hastaneye başvurma gereksinimi hissettiği bir hastalıktır (Karaca ve Durna,2018;Şenol ve ark.,2009).Epilepsi konusunda uzman kişilerin görev aldığı hastanelerin şehir merkezinde bulunması, hasta ve hasta yakınlarının çoğunlukla şehir merkezinde ikamet etmesine neden olmaktadır(Mollaoğlu, 2015;Tülek,2014).

Çalışmamızda, olguların %73,6'inin anne-babası ile birlikte yaşadığı ve %87,4'ünün birlikte en uzun süre yaşadığı kişinin anne-babası olduğu belirlenmiştir. Yeni tarafından yapılan bir çalışmada, olguların %91,7'sinin ailesi ile birlikte yaşadığı saptanmıştır(Yeni,2014).Adadioğlu'nun çalışmasında, olguların %90,5'inin ailesi ile yaşadığı sonucuna ulaşmıştır(Adadioğlu,2019).Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.Epilepsi, hastalık sürecinde nöbetler görülen ve nöbet anında epilepsili bireylerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar nedeniyle, hasta ve hasta yakınlarının endişe duyduğu ve koruyucu tutum geliştirdikleri bir hastalıktır.Bu tutum,hasta yakınlarının hastayı yakın çevresinde, hatta aynı evde tutma eğilimi ile sonuçlanmaktadır.

Çalışmamızda, olguların %49,4'unun lise mezunu olduğu saptanmıştır. Balal ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, olguların %42,3'ünün ilkokul mezunu, %25'inin lise mezunu ve %9,6'sının üniversite mezunu olduğu bulunmuştur (Balal ve ark.,2017). Yeni tarafından yapılan bir çalışmada, olguların %47,4'ünün okuryazar ve ilkokul mezunu, %25,7'sinin ortaokul ve lise, %25,2'sinin üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir (Yeni,2014). Ashkani ve arkadaşlarının araştırmasında, olguların %9,7'sinin ilköğretim, %6,5'inin orta okul ve lise, %11,3'ünün üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir (Ashkani ve ark.,2015). Acaroğlu ve tarafından yapılan çalışmada, olguların %41,7'sinin okuryazar/ ilkokul mezunu, %27,8'inin ortaokul, %30,4'ünün lise ve üzerinde eğitim seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir (Acaroğlu ve Yılmaz,2016). Mollaoğlu ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, olguların %38,5'inin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (Mollaoğlu ve ark.,2015). Adadioğlu'nun araştırmasında, olguların %52,5'inin lise mezunu olduğu saptanmıştır (Adadioğlu,2019). Çalışma sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bu durumun, örneklemimizde yer alan olguların çoğunun öğrenci olmasından ve çalışmalarda eğitim durumunun farklı şekilde sınıflandırılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların % 29,9'unun öğrenci olduğu saptanmıştır. Acaroğlu ve Yılmaz'ın çalışmasında olguların %42,6'sının serbest meslek/öğrenci/ çalışmayan grubunda yer aldığı saptanmıştır (Acaroğlu ve Yılmaz,2016). Adadioğlu'nun çalışmasında, olguların %12'sinin öğrenci ve %10'unun işsiz olduğu saptanmıştır (Adadioğlu,2019). Çalışma sonuçlarımız, diğer çalışma sonuçlarından farklılık göstermektedir. Bu durumun, çalışmalarda kullanılan meslek grubu sınıflamasının farklı olmasından ve çalışmamızda hem hasta hem de ebeveyn çalışmaya dahil edildiği için bu kriter doğrultusunda ulaşılan hastaların genellikle genç hastalar olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda olguların %49,4'ü çalıştığı ve ortalama çalışma süresinin 5.02 ± 5.58 yıl olduğu saptanmıştır. Çalışmayan olguların %36,4'ünün öğrenci olduğu ve %36,4'ünün ailesi izin vermediği için çalışmadığı saptanmıştır. Mollaoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışmada, olguların %60,1'inin çalışmadığı belirlenmiştir (Mollaoğlu ve ark.,2015). Yeni tarafından yapılan çalışmada olguların %12,9'unun işsiz olduğu saptanmıştır (Yeni,2014). Mollaoğlu ve arkadaşları

tarafından yapılan çalışmada %28,5'inin işsiz olduğu belirlenmiştir(Mollaoğlu ve ark.,2000).Aydemir tarafından yapılan bir çalışmada, olguların %14,3'ünün işsiz olduğu bildirilmiştir(Aydemir,2011).Dijibuti ve Shakarishvili'nin yaptığı bir çalışmada, epilepsili hatalarda işsizlik oranının %82,6 olduğu belirlenmiştir(Djibuti ve Shakarishvili,2003).Çalışma sonuçlarımız, diğer çalışmaların sonuçlarından farklılık göstermektedir.Bu durumun,çalışmamızda yer alan olguların çoğunun öğrenci olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda,olguların %74,7'sinin bekar,%14,9'unun evli olduğu belirlenmiştir.Evli olanların evlilik süresinin ortalama 5.00 ± 3.87 yıl ve evlilik yaşının ortalama 23.84 ± 2.70 olduğu saptanmıştır.Gebre ve Haylay tarafından yapılan bir çalışmada, olguların %55,4'ünün bekar olduğu saptanmıştır(Gebre ve Haylay, 2018).Mollaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında,epilepsi hastalarının %57,4'ünün evli olduğu belirlenmiştir(Mollaoğlu ve ark.,2000).Acaroğlu ve Yılmaz'ın çalışmasında olguların %41,7'sinin evli olduğu saptanmıştır(Acaroğlu ve Yılmaz, 2016).Çalışma sonuçlarımız, bazı çalışma sonuçlarına uyum gösterirken, bazılarında uyum göstermemektedir.Bu durumun, çalışmaların örnekleme dahil edilme kriterlerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların %88,5'inin ailesinin gelir durumunun gelir gidere denk olarak tanımladığı saptanmıştır.Sarpdağı tarafından yapılan bir çalışmada, epilepsili hastaların %66,4'ünün ekonomik durumu geliri giderinden az şeklinde tanımlanmış(Sarpdağı,2018).Adadioğlu'nun çalışmasında, epilepsi hastalarının %72,5'inin ekonomik düzeyinin orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşmıştır(Adadioğlu, 2019).Çalışma sonuçlarımız, bazı çalışma sonuçlarına uyum gösterirken, bazılarında uyum göstermemektedir. Bu durumun, çalışmaların yapıldığı yerin ve örnekleme dahil edilme kriterlerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2. Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

Çalışmamızda, olguların epilepsi tanı süresinin ortalama 13.37 ± 8.57 yıl, tedavi süresinin 11.45 ± 8.10 yıl olduğu belirlenmiştir.Mollaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında,olguların ortalama hastalık süresinin $14,1\pm 10,23$ yıl olduğu belirlenmiştir(Mollaoğlu ve ark.,2000).Adadioğlu'nun araştırmasında epilepsi tanı

süreleri ortalama 15.53 ± 10.64 yıl olarak belirlenmiştir(Adadioğlu,2019).Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların %46'sının nadiren nöbet geçirdiği, %70,1'inin son 6 ayda, %48.3'ünün son 1 yılda hiç nöbet geçirmediği belirlenmiştir.Mollaoğlu ve ark.'nın çalışmasında,olguların %14,2'inin son bir yılda hiç nöbet geçirmediği, %41,2'inin yılda 1-9 arası nöbet geçirdiği,%20,9'unun yılda 10-20 nöbet geçirdiği ve %23,7'sinin yılda 20'nin üzerinde nöbet geçirdiği belirlenmiştir(Mollaoğlu ve ark.,2000).Adadioğlu'nun çalışmasında, olguların %41'inin son bir yılda nöbet geçirmediği belirlenmiştir(Adadioğlu,2019).Çalışma sonuçlarımız,son bir yılda en az bir nöbet geçirmiş olma sıklığı açısından literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların %81.6'sının daha önce epilepsi nedeniyle hastanede yattığı ve hastanede yatış sayısının ortalama 9.57 ± 4.99 olduğu belirlenmiştir. Sarpdağı araştırmasında katılımcıların hastaneye yatış sayılarının ortalaması 2.32 ± 3.09 olduğu saptanmıştır(Sarpdağı,2018).Uzun'un araştırmasında, olguların %48'inin epilepsi nedeniyle hastaneye yattığı belirlenmiştir(Uzun,2019).Çalışma sonuçlarımız diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.Bu durumun, çalışmaların farklı yaş gruplarında yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Çalışmamızda,olguların %33,3'ünün daha önce epilepsi nedeniyle yoğun bakımda yatmış ve %72,4'ünün acil servise başvurmuş olduğu saptanmıştır.Bu durumun,epilepsili hastaların tedaviye uyum göstermemesinden veya epilepsi nöbetlerini tetikleyen etmenlere maruz kalmasına bağlı ortaya çıktığı düşünölmektedir.

Çalışmamızda,olguların %18,4'nün tedavisine ara verilmiş ve %50,6'sının tedavisinde ilaç değişikliği yapılmış olduğu belirlenmiştir.Bu durumun, bireyin epileptik nöbetlerinin kontrol altına alınması sonucu ilaç değişikliğine gidilmesinden kaynaklandığı düşünölmektedir.

Çalışmamızda, olguların %31'inin başka bir kronik hastalığının bulunduğu saptanmıştır.Çabalar ve arkadaşlarının çalışmasında, epilepsi hastaların %40'ının ek bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir(Çabalar ve ark.,2011).Akyol'un çalışmasında, olguların %35,2'sinin epilepsi dışında en az bir tane kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir(Akyol,2018).Adadioğlu'nun araştırmasında, %47,5'inin en az

bir tane bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır(Adadioğlu,2019).Çalışma sonuçlarımız,literatürle benzerlik göstermektedir.

5.3. Anne-Babaya İlişkin Özellikler

Çalışmamızda,olguların anne-babalarının yaş ortalamasının 50.72 ± 6.52 olduğu saptanmıştır.Sarpdağı araştırmasında katılımcıların yaş ortalamasını 34.35 ± 7.62 saptanmıştır(Sarpdağı,2018).Özdemir'in araştırmasında epilepsili çocuğa sahip ebeveynlerin % 37,4'ünün 41 yaş ve üzerinde ve yaş ortalamasının $37,4\pm 8,6$ olduğu saptanmıştır(Özdemir,2018).Çalışma sonuçlarımız diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.Bu durumun,çalışmaların farklı yaş gruplarında yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda,olguların %93,1'inin anne-babasının hayatta olduğu ve %75,9'unun anne-babasının birlikte yaşadığı belirlenmiştir.Yıldız'ın çalışmasında epilepsili bireylerin %61,0'ı aile üyeleri ile birlikte yaşamaktadır(Yıldız,2013).Kaya'nın çalışmasında %47,8 anne, baba ve kardeşlerinden herhangi biri ya da hepsi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir(Kaya,2018).Çalışma sonuçlarımızdiğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.Bu durumun, çalışmaların farklı yaş gruplarında ve farklı illerde yapılmış olmasından ve dahil edilme kriterlerindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların %49,4'ünün annesinin ilkokul,%42,5'inin babasının lise mezunu olduğu saptanmıştır.Balal ve arkadaşlarının çalışmasında, olguların %63,3'ünün annesinin ilkokul mezunu, %48,1'nin babasının lise mezunu olduğu bulunmuştur(Balal ve ark.,2017).Sarpdağı'nın araştırmasında, epilepsili çocuğa sahip ebeveynlerin %35,4'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır(Sarpdağı,2018).Özdemir'in araştırmasında, epilepsili çocuğa sahip ebeveynlerin %61,9'unun ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur(Özdemir,2018).Çalışma sonuçlarımız, bazı çalışma sonuçlarına benzerlik gösterirken, bazılarında benzerlik göstermemektedir. Bu durumun, çalışmalarda anne babanın öğrenim durumunun farklı şekilde sınıflandırılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda,olguların %57,5'inin annesinin ev hanımı,%29,9'unun babasının işçi ve %29,9'unun emekli olduğu belirlenmiştir. Sarpdağı tarafından yapılan bir çalışmada, epilepsili çocuğa sahip ebeveynlerin %54,7'sinin ev hanımı

olduğu saptanmıştır(Sarpdağı,2018).Özdemir'in çalışmasında, epilepsili çocuğu olan ebeveynlerin %45,6'sının ev hanımı,% 15'inin işçi,%6,1 inin emekli olduğu saptanmıştır(Özdemir,2018).Bal tarafından yapılan bir çalışmada, epilepsili bireylerin %94,3'ünün annesinin ev hanımı, %54,3'ünün babasının işçi, %8,6'sının babasının emekli olduğu belirlenmiştir(Bal,2018).Çalışma sonuçlarımız,epilepsili hastaların çoğunun annelerinin ev hanımı, babalarının ise işçi olması açısından diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.Epilepsili hastaların çoğunun annesinin ev hanımı olmasının, kronik hastalığa sahip çocukları olan ailelerde çocukların bakımlarını genel olarak annelerin üstlenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, epilepsili hastaların çoğunun babasının işçi olmasının, hastalarının genç yaşta olmaları dolayısı ile babalarının henüz emeklilik yaşını doldurmamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda,olguların kardeş sayısının ortalama 1.89 ± 1.02 olduğu saptanmıştır.Ashkani ve arkadaşlarının tarafından yapılan çalışmada, epilepsili hastaların %41,9'unun tek çocuk olduğu belirlenmiştir(Ashkani ve ark.,2015).Arıcan ve arkadaşlarının çalışmasında kronik nörolojik hastalığı olan çocukların %24'ünün tek çocuk olduğu saptanmıştır(Arıcan ve ark.,2017).Bal tarafından yapılan çalışmada, olguların kardeş sayısının ortalama $2,77\pm 1,14$ olduğu saptanmıştır (Bal,2018).Çalışma sonuçlarımız, bazı çalışma sonuçlarına benzerlik gösterirken, bazılarında benzerlik göstermemektedir.Bu durumun, çalışmaların farklı yaş gruplarında ve farklı illerde yapılmış olmasından ve dahil edilme kriterlerindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.4. Anne Baba Tutumu, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi

Çalışmamızda, anne babaların, anne-baba tutum ölçeğinden aldıkları en yüksek puanı otoriter tutum alt boyutundan (4.20 ± 0.75), en düşük puanı demokratik tutum alt boyutundan (2.02 ± 0.60) aldığı saptanmıştır. Yeni tarafından yapılan bir çalışmada, epilepsi tanısı konulduktan sonra, ailelerin daha koruyucu/kollayıcı (%50,5)ve destekleyici (%39,7) bir tutum sergilediği saptanmıştır(Yeni,2014). Epilepsili çocukların ebeveynlerinde,hem koruyucu hem de reddedici tutum görülebilmektedir(Ashkani ve ark.,2015).Çalışma sonuçlarımız,literatürle benzerlik göstermemektedir.Bu durumun çalışmaların yapıldığı yerin kültürel yapısındaki,

anne babanın öğrenim düzeyindeki ve çalışmalara dahil edilen hastaların yaş grubundaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların benlik saygısı ölçeği toplam puanını ortalamasının 58.80 ± 25.90 ve %17,2'sinin benlik saygısının düşük seviyede olduğu belirlenmiştir. Epilepsili hastalarda nöbetlerin aniden oluşması, kişinin kendini kontrol edememesine, iş ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına ve benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır(Baker,2005).Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermemektedir.Bu durumun çalışmalara dahil edilen hastaların tanı sürelerinin, hastalığı kabullenme ve tedavi sürecine uyum durumunun ve sosyal destek varlığının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları en düşük puanın genel sağlık algısı alt boyutundan, en yüksek puanın fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldığı; fiziksel boyut puanının 71.91 ± 17.78 , mental boyut puanının 61.11 ± 10.87 ve ölçek toplam puanının 66.51 ± 13.09 olduğu saptanmıştır. Mollaoğlu'nun çalışmasında, epilepsili hastaların yaşam kalitesi puanının ortalama 48.11 ± 24.36 olduğu belirlenmiştir(Mollaoğlu,2000).Acaroğlu ve Yılmaz'ın çalışmasında, olguların yaşam kalitesi puanının 48.04 ± 19.15 olduğu belirlenmiştir (Acaroğlu ve Yılmaz,2016).Çoşar'ın çalışmasında olguların yaşam kalitesi puan ortalamasının 59.88 ± 17.78 olduğunu belirlenmiştir(Çoşar,2016).Toplum geneli ile karşılaştırıldığında, epilepsi hastalığına sahip bireylerin yaşam kalitesi algılarının düşük olduğu görülmektedir(Uysal,2005).Çalışma sonuçlarımız diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.Ebeveyn kaygısı çocuğun aşırı korunmasına ve aktivitelerinin sınırlanmasına, buna bağlı olarak da hem çocuğun hem de ailenin yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır(Ramaglia ve ark, 2007).

5.5.Ane Baba Tutumunu Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda, olguların sosyodemografik özelliklerinden meslek, çalışmama nedeni, medeni durum ve ailenin ekonomik durumu ile anne baba tutumu ölçeği alt boyutlarından otoriter tutum alt boyutu arasında anlamlı ilişki ve farklılık olduğu saptanmıştır($p < 0.05$).Özkan'ın araştırmasında, benlik saygısının ailenin gelir düzeyi ile anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur(Özkan,1986).Sezer'in çalışmasında, anne babasının tutumunu orta ve yüksek düzeyde otoriter olduğunu algılayan

bireylerde kendilik algısının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ifade edilmiştir(Sezer,2010).Ailenin sosyo ekonomik düzey yükseldikçe, anne babaların demokratik tutum gösterme oranının arttığı, ailenin sosyo ekonomik düzeyi düştükçe otoriter tutum artmakta; cezalandırıcı, istismar ve ihmalle ilgili tutumların daha fazla olduğu görülmektedir(Haktanır ve ark.,1999).Steinberg'in yaptığı çalışmada, demokratik ebeveyn tarzının psikolojik gelişim üzerindeki olumlu etkisinin ve yararlarının aile yapısı, sosyo-ekonomik düzey ve etnik köken farklılıklarının ötesinde olduğu belirlenmiştir(Steinberg,2009).Çalışma bulgularımız,literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, olguların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinden epilepsi tanı süresi, tedavi süresi, nöbet türü, daha önce epilepsi nedeniyle hastanede yatma durumu ve başka bir kronik hastalık varlığı ile anne baba tutumu ölçeği alt boyutlarından koruyucu tutum ve izin verici tutum alt boyutları arasında anlamlı ilişki ve farklılık olduğu saptanmıştır($p<0.05$).Bu durumun, bireyin epilepsi tanı süresi, tedavi süresi ve daha önce epilepsi nedeniyle hastanede yatma durumu gibi faktörlere bağlı olarak, anne babaların epilepsi ve tedavisi konusunda daha fazla bilgi sahibi olmalarından, hastalığı kabullenmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, epilepsili hastaların son bir yılda geçirilen nöbet sayısı ile izin verici tutum alt boyutu; daha önce epilepsi nedeniyle hastanede yatış sayısı, daha önce epilepsi nedeniyle acil servise başvurma durumu ve tedavi süresince ilaç değişikliği yapılma durumu ile koruyucu tutum arasında anlamlı ilişki ve farklılık olduğu saptanmıştır($p<0.05$).Bu durumun, nöbet sayısında artış, acile başvuru ve hastaneye yatma gibi durumlara bağlı olarak anne babaların çocuklarının sağlığı konusundaki endişelerinin artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda,olguların anne-baba ve kardeş özelliklerinden annenin öğrenim durumu ile anne baba tutum ölçeği alt boyutlarından demokratik tutum, koruyucu tutum ve izin verici tutum alt boyutları; babanın öğrenim durumu ile demokratik tutum ve koruyucu tutum alt boyutları; babanın mesleği ile otoriter tutum alt boyutu; kardeş sayısı ile demokratik tutum alt boyutu arasında anlamlı ilişki ve farklılık olduğu saptanmıştır($p<0.05$).Akay'ın çalışmasında epilepsili çocukların ebeveynlerinin demokratik tutum puanları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur.

Bu da gösteriyor ki bu ebeveynler destekleyici ve paylaşımcı bir ilişki geliştirmek konusunda başarılı olamamışlardır.Yine bu grupta kontrol grubuna göre Aşırı Baskıcı, Dengesiz - Kararsız Tutum oranları daha yüksek bulunmuştur. Hastalığın süresinin uzaması da daha yüksek oranda aşırı baskıcı ve otoriter ebeveyn tutumunun görülmesi ile ilişkili bulunmuştur(Akay,2011).Hastalığın süresinin uzaması da daha yüksek oranda Aşırı Baskıcı-Otoriter ebeveyn tutumunun görülmesi ile ilişkili bulunmuştur(Pekcanlar ve ark.,2011).İzin verici ailelerde yetişen çocukların stresle başa çıkma, kendini düzenleme, duygularını kontrol etme ve sorumluluk alma gibi konularda sorunlar yaşadıkları gözlenmiştir(Spera,2005).Epilepsili çocuğa sahip olan bireyler demokratik tutum sergileyememektedir.Küçük yaşta karşılaşılan ve nöbetlerin zamanın önceden bilinmemesi aileleri endişelendirmekte ve aileler çocukları üzerinde koruyucu bir tutum sergilemesine neden olmaktadır.

5.6. Anne Baba Tutumu ile Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Çalışmamızda, olguların yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ile anne baba tutum ölçeği alt boyutlarından koruyucu tutum ve izin verici tutum alt boyutları; ağrı ile koruyucu tutum alt boyutu; zindelik ile otoriter tutum, koruyucu tutum ve izin verici tutum alt boyutları; sosyal fonksiyon ile demokratik tutum alt boyutu; mental rol fonksiyon ile koruyucu tutum alt boyutu; mental sağlık ile demokratik tutum, otoriter tutum, koruyucu tutum ve izin verici tutum alt boyutları; fiziksel boyut ile koruyucu tutum ve izin verici tutum alt boyutları; mental boyut ile otoriter tutum alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır($p<0.05$).Saric ve Sakic tarafından yapılan ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, izin verici tutum sergileyen annelerin çocuklarının, otoriter anneleri olan ergenlerden daha fazla özgüven ve yaşam doyumuna sahip olduğu belirlenmiştir(Saric ve Sakic,2014).Petito ve Cummins tarafından yapılan bir çalışmada, otoriter bir ebeveynlik tarzını algılayan ergenlerin, sınırlamayan bir ebeveynlik tarzı algılayanlardan daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır(Petito ve Cummins,2000).Aran ve arkadaşlarının serebral palsili çocuklarda yaptığı bir çalışmada,ebeveynlik tarzının çocukların yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır(Aran ve ark.,2007).Mlynarczyk tarafından tip 1 diyabetli ergenlerde yapılan bir çalışmada, ebeveynlik tarzının ergenlerin yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır(Mlynarczyk.,2013).Literatürde Thornton epilepsili çocukların

ailelerinin bakım konusunda çocukların çok üzerine düştükleri aile içindeki rolü ve üstüne düşeni yerine getirme konusunda problem yaşadıklarını ortaya koymuştur. Çalışmaya göre bunun sebepleri arasında ebeveynin epilepsi tanısı almış çocuğunun daha yakın gözetim ya da aktivite kısıtlaması ihtiyacı olduğunu düşünmesi olabileceği gibi epilepsili çocuğun ilgilenilme ihtiyacının verdiği sorumluluğun aile üyeleri arasında eşit olarak paylaşılmamasından ötürü tek bir ebeveynin bu sorumluluk altında ezilmesi sebebiyle de olabileceği belirtilmiştir (Thornton, 1987). Aile kendi içinde yaşadığı depresyon, kaygı, korku, kızgınlık gibi durumları içinde saklamak zorunda kalabilmekte veya çocuk üzerinde aşırı baskıcı, aşırı koruyucu olma ya da tam tersi reddetme, ölçsüz cezalandırma gibi tutumlarla dışa vurum sergileyebilmektedir(Bal,2018).Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların benlik saygısı puanı ve benlik saygısı düzeyi ile anne baba tutum ölçeği alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki ve farklılıklara rastlanmamıştır($p>0.05$).Pinquart ve Gerke tarafından yapılan bir metaanaliz çalışmasında, anne-baba tutumunun benlik saygısını etkilediği saptanmıştır(Pinquart ve Gerke, 2019).Aremu ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, ebeveynlik stilleri ile ergenlerin özgüvenleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya konulmuştur(Aremu ve ark.,2019).Aremu ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada,ebeveynlik tarzının ile öğrencilerin benlik saygısını etkilediği belirlenmiştir(Hirata ve Kamakura.,2018).Özcan'ın araştırmasında,anne babalarının demokratik tutum içinde olmalarının çocukların benlik saygılarının daha yüksek olmasına, kendilerini daha az yalnız hissetmelerine ve daha az sosyal kaygı yaşamalarına neden olduğu belirlenmiştir(Özcan,2010). Baskıcı ve otoriter aile tutumuna sahip bireylerde, korkuyla bağlanma, intihar ve yanlış davranışlara yönelme, umutsuzluk, depresyon ve olumsuz benlik algısının ortaya çıktığı, sigara kullanma oranının arttırdığı, sosyal kaygı ve özellikle erkek çocuklarda saldırganlık düzeyinde artma görülmektedir(Demir ve Baran,2005; Erkan,2002;Keskin ve Çam,2008;Ulusoy ve ark.,2007).Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermemektedir.Bu durumun,çalışmaların yapıldığı yaş grubundaki ve örneklem büyüklüğündeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Epilepsili hastalarda anne-baba tutumunun benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla toplam 87 epilepsili hasta ve yakını üzerinde yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Yaş ortalaması 25.28 ± 5.48 olan olguların %62,1'i kadındır.
- Olguların epilepsi tanı süresi ortalama 13.37 ± 8.57 yıl, tedavi süresi 11.45 ± 8.10 yıldır.
- Anne babaların, anne-baba tutum ölçeğinden aldıkları en yüksek puanın otoriter tutum alt boyutundan (4.20 ± 0.75), en düşük puanın demokratik tutum alt boyutundan (2.02 ± 0.60) aldıkları saptanmıştır.
- Olguların benlik saygısı ölçeği toplam puanının ortalama 58.80 ± 25.90 ve %17,2'sinin benlik saygısının düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.
- Olguların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları en düşük puanın genel sağlık algısı alt boyutundan, en yüksek puanın fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldığı; fiziksel boyut puanının 71.91 ± 17.78 , mental boyut puanının 61.11 ± 10.87 ve ölçek toplam puanının 66.51 ± 13.09 olduğu saptanmıştır.
- Olgularda yaşam kalitesi ile anne baba tutumu arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusundaki önerilerimiz şunlardır:

- Epilepsi tanısı konulduğu andan itibaren çocuk ve ebeveynlerine psikolojik destek sağlanması
- Epilepsi konusunda ebeveynlere eğitim verilmesi ve danışmanlık yapılması
- Epilepsili bireylerde benlik saygısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi
- Epilepsinin psikososyal etkileri ile ilgili topluma yönelik farkındalık çalışmaları yapılması
- Ailelerin ekonomik yönden desteklenmesi

6.KAYNAKLAR

- Acaroğlu G,Yılmaz E(2016)Epilepsili Hastalarda İlaç Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisi *Epilepsi*;22(1):17-25 DOI: 10.5505/epilepsi.2016.36449
- Adadioğlu Ö(2019)Epilepsi hastalarının öz yeterliliğinin belirlenmesi, Doktora tezi, Marmara Üniversitesi
- Akdağ G.,Algın D.,Erdirinç O(2016)Epilepsi;*Omangazi Tıp Dergisi*;38(Özel Sayı 1):35-41 DOI: <http://dx.doi.org/10.20515/otd.88853>
- Aktekin B (2012) Epilepsi Poliklinikleri ve Epilepsi Cerrahisi Uygulamalarında Basamaklar, *Epilepsi* 2012;18(Ek 1):1-3 DOI: 10.5505/epilepsi.2012.28290
- Alııcıgüzel İ (2001) Çağdaş Okulda Eğitim ve Öğretim.İstanbul:Sistem Yayıncılık.
- Alper K, Schwartz KA, Kolts RL et al(2007) Seizure incidence in psychopharmacological clinical trials: an analysis of Food and Drug Administration (FDA) summary basis of approval reports. *Biol Psychiatry* ;62(4):345-54.
- Annegers JF (1994)Epidemiology and genetics of epilepsy. *Neurologic clinics* ; 12:15-29.
- Aran, A., Shalev, R. S., Biran, G., & Gross-Tsur, V. (2007). Parenting style impacts on quality of life in children with cerebral palsy. *The Journal of pediatrics*, 151(1), 56-60.
- Aremu, T. A., John-Akinola, Y. O., & Desmennu, A. T. (2019). Relationship between parenting styles and adolescents' self-esteem. *International quarterly of community health education*, 39(2), 91-99.
- Arıcan P.,Yalçın H.,Demir Ş. ve ark (2017) Kronik Nörolojik Hastalıklı Çocuk Sahibi Olan Annelerin Ruhsal Belirti Düzeylerinin ve Baş Edebilme Becerilerinin İncelenmesi,İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi ; 2(2): 7-11
- Ashkani, H., Dehbozorgi G. R., Tahamtan A (2015) Depression among parents of children with chronic and disabling disease. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 29(2), 90-93
- Au, A., Chan, F., Li, K et al (2003) Cognitive-behavioral group treatment program for adults with epilepsy in Hong Kong. *Epilepsy & Behavior*, 4: 441-446. doi: 10.1016/S1525-5050(03) 00149-5

Austin JK, Dunn DW, Johnson CS et al (2004) Behavioral issues involving children and adolescents with epilepsy and the impact of their families: recent research data. *Epilepsy Behav* ; 5:33-41.

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

Aydemir N., Özkara Ç., Ünsal P ve ark (2011) A comparative study of health related quality of life, psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure*, 20(9), 679-685.

Aydoğmuş K (2001) Çocuklarda Uyum ve Davranış Bozuklukları (9. Baskı). Ana-Baba Okulu. İstanbul: Remzi Kitap Yayıncılık.

Baker G.A., Spector S., McGrath Y et al (2005) Impact of epilepsy in adolescence: A UK controlled study. *Epilepsy Behav*, 6(4): 556-562. doi: 10.1016/j.yebeh.2005.03.011

Balal M, Demir T, Aslan K ve ark (2017)The Determination of Epilepsy Prevalance in Adana City Center and Relationship with Sociodemographical Factors. *TJFMPC* ;11(1):20-28.

Ball JW, Bindler RC, Cowen KJ (2010) Child Health Nursing Partnering with Children&Families. Second Edition, Pearson, Mynursingkit, pp:1316-1389.

Bandura A(1986) Social foundations of thought an action: A social cognitive theory. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall;

Baysal B (1996) Kronik Hastalıklar ve Hastaneye Yatış: Çocuk, Aile ve Tedavi Ekibi. *Katkı Pediatri Dergisi*, 5:912-924.

Beghi E.(2003)Overview of studies to prevent posttraumatic epilepsy. *Epilepsia* ;44:21-6

Begley CE,Famulari M,Annegers JF (2000) The cost of epilepsy in the United States:an estimate from population-basedt clinical and survey data.*Epilepsia* ;41:342-351.

Benn EK, Hauser WA, Shih T et al(2008) Estimating the incidence of first unprovoked seizure and newly diagnosed epilepsy in the low-income urban community of Northern Manhattan, New York City. *Epilepsia* ;49(8):1431– 9.

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

Bora S.,Yeni S N.,Gürses C (2008) Epilepsi. s: 707-734, 1. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul

Bozdemir H(2006) Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi: DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Bozdemir H.,Aslan K(2009)Refleks Epilepsiler,Arşiv ;18:70

- Bryant R, Schultz R (2007) The Child with Cerebral Dysfunction. In: Wong's Nursing Care of Infants and Children. Eight Edition, Hockenbery/Wilson, Mosby Elsevier, Canada, pp: 1652-1670.
- Calisir N, Bora I, Irgil E (2006) Prevalence of epilepsy in Bursa city center, an urban area of Turkey. *Epilepsia* ; 47: 1691-9.
- Chiou HH, Hesieh LP (2008) Parenting stress in parents of children with epilepsy and asthma. *J Child Neurol* ; 23 (3): 301—306.
- Chokroverty S (1996) Management of Epilepsy. 1st Ed., Boston: Butterworth-Heinemann.
- Chow SY, Hsi MS, Tang LM et al (1995) Epilepsy and intracranial meningiomas. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)* ;55(2):151- 5.
- Christensen J, Vestergaard M, Pedersen MG et al (2007) Incidence and prevalence of epilepsy in Denmark. *Epilepsy Res*;76(1):60–5.
- Christensen, J., Kjeldsen, MJ., Andersen et al (2005) Gender differences in epilepsy. *Epilepsia*, 46(6), 956-960.
- Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34: 592-596.
- Corrigan PW (2006) Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Serv*, 57:1493-1496.
- Crocker J. and Park LE (2004) The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392-414.
- Çoşar A.D (2016) Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Etkiyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi Atatürk Üniversitesi, Erzurum
- Çabalar M, Demirtaş Tatlıdede A, Yazar T ve ark (2011) Nörolojik Hastalıkların Özürlülük Derecelerinin Sağlık Kurulunda Değerlendirilmesi, *Bakırköy Tıp Dergisi*;7:142-146 DOI: 10.5350/BTDMJB201107404
- Çam O., Bilge A (2007) Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 215- 223.
- Çapraz Y.İ (2006) Temporal Lob Epilepsinin de Cerrahi Tedavi Öncesi ve Sonrasında, Depresyon Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi
- Çavuşoğlu H (2011) Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Basımevi, 10. Basım, Ankara, s: 330-348.
- Çetinkaya B, Başbakkal Z (2005) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Benlik Saygısı Düzeylerinin ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt 21, Sayı 2, 45-57
- Desai SD, Shukla G, Goyal V et al (2010) Study of DSM-IV Axis I psychiatric disorders in patients with refractory complex partial seizures using a short structured clinical interview. *Epilepsy Behav* 19:301-5.

- Dilek F.(2008) Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi , Edirne
- Djibouti M,Shakarishvili R(2003) Influence of clinical, demographic, and socioeconomic variables on quality of life in patients with epilepsy: findings from Georgian study. J Neurol Neurosurg Psychiatry ; 74: 570 -573
- Engelberts Nadine HJ, Klein M, Kasteleijn-Nolst Trenité DGA et al (2002) The effectiveness of psychological interventions for patients with relatively well-controlled epilepsy. *Epilepsy & Behavior*;3:420-426.
- Ercan N (2010) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Erkan Z (2002) Sosyal Kaygı Düzeyi Yüksek ve Düşük Ergenlerin Ana Baba Tutumlarına İlişkin Nitel Bir Çalışma. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Enstitü Dergisi, Web:<http://sosyalbilimler.cu.edu.tr/dergi/download/94.pdf?sc=063>
- Esenay F (2003) Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Davranışlarının Sosyal Destek Ve Benlik Saygısıyla Karşılaştırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- Fisher, R,S,, Vickrey, B.G., Gibson, P et al (2000) The impact of epilepsy from the patient's perspective. II. views about therapy and health care. *Epilepsy Res*, 41: 53-61
- Fitzpatrick R (1992)“Quality of Life Measures in Health Care”, Applications and Issues in Assessment *BMJ* 305:1074-1077.
- From Fisher et al (2017) Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia* doi: 10.1111/epi.13671
- Gigli GL, Valente M (2000) Sleep and EEG interictal epileptiform abnormalities in partial epilepsy. *Clin Neurophysiol*;111Suppl 2:S60-4.
- Gilliam FG, Santos J, Vahle V et al (2004) Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction? *Epilepsia*;45:28-33.<http://dx.doi.org/10.1111/j.0013-9580.2004.452005.x> PMID:15186342
- Goffman E (1963) Stigma: The management of spoiled identity. Harmondsworth, UK: Penguin
- Goldman L.,Ausiello D (2006) Cecil Textbook of Medicine (Serhat Ünal çev.)22.basım,Güneş Kitapevi,Ankara
- Görgülü Ü., Fesci H (2011) Epilepsi İle Yaşam: Epilepsinin Psikososyal Etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi* 26(1):27-32.
- Guekht AB, Mitrokhina TV, Lebedeva AV et al (2007) Factors influencing on quality of life in people with epilepsy. *Seizure* ;16(2):128–33.
- Guyton AC, Hall JE (2007) Beynin Etkinlik Durumları-Uyku, Beyin Dalgaları, Epilepsi, Psikozlar, İçinden: Tıbbi Fizyoloji, (Çev. Ed: Çavuşoğlu H, Yeğen BÇ,), 11. Basım, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s: 739-747.

Gülây B, Kendirli M, Demir S ve ark (2018) Epilepsi Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri, *Epilepsi*; 24(1):8-14 DOI: 10.14744/epilepsi.2017.53244

Gün İ (2006) Epilepsili Hastalarda Antiepileptik İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

Haktanır G., Aral N., Alisinanoğlu F ve ark (1999) Türkiye’de Anne Baba Tutumu Araştırmalarına Genel Bakış. Cumhuriyet ve Çocuk. (Edt. B.Onur). 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi. A.Ü. Çocuk Kültürü Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları, Ankara

Hauser W, Rich S, Annegars JF (1990) Seizure recurrence after a first seizure: An extended follow-up. *Neurology*; 40: 1163-1170.

Helde G., Bovim G., Brathen G et al (2005) A structured, nurse-led intervention program improves quality of life in patients with epilepsy: A randomized, controlled trial. *Epilepsy & Behavior*, 7: 451–457. doi: 10.1016/j.yebeh.2005.06.008

Helmstaedter C, Elger CE (2009) Chronic temporal lobe epilepsy: a neurodevelopmental or progressively dementing disease? *Brain*;132(Pt 10):2822-30.

Hirata, H., & Kamakura, T(2018). The effects of parenting styles on each personal growth initiative and self-esteem among Japanese university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(3), 325-333.

Hodes M, Garralda ME, Rose G, Schwartz R (1999) Maternal expressed emotion and adjustment in children with epilepsy. *J Child Psychol* ; 40:1083-1093.

İliçin G., Biberlioğlu K., Süleymanlar G ve ark. (2003) İç Hastalıkları. s:3657-3672, 2.basım, Güneş Kitapevi, Ankara

Jacoby A (1992) Epilepsy and the quality of everyday life. Findings from a study of people with well-controlled epilepsy. *Social Science and Medicine*;34:657-666. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90193-T](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(92)90193-T)

Jacoby A (1995) Impact of epilepsy on employment status: Findings from a UK study of people with well-controlled epilepsy. *Epilepsy research*, 21(2), 125-132.

Jacoby A., Snape D., Baker G.A (2005) Epilepsy and social identity: The stigma of a chronic neurological disorder. *Lancet Neurol*, 4: 171-178. doi: 10.1016/S1474-4422(05)01014-8

Jersild A(1993) Gençlik psikolojisi (N. Özgür çevirisi). İstanbul, Eko Matbaası .

Johnston MV (2004) Seizures in childhood. In: Berhman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds) *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. Philadelphia: WB Saunders Company: 1993-2009.

Kamışlı Ö., Kaplan Y., Kamışlı S. ve ark (2011) Epilepsi Hastalarında Lamotrijin ve Levetirasetam Tedavisinin Serum Lipid Profiline Etkisi. *Türk Epilepsi ile Savaş Derneği Epilepsi*. 17(2):53-57

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1997) *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, Eighth edition, World Color: 351-358.

- Kaplan RM,Anderson JP,Wu AV et al (1989) The quality of well-being seale, Medical Care;27(3) s:27-43
- Kaplan PW(2003) Musicogenic epilepsy and epileptic music: aseizures'ssong. Epilepsy Behav ;4(5):464-73
- Karabulut Demir E.,Şendil G (2008) Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) Türk Psikoloji Yazıları, Haziran 2008,11 (21), 15-25
- Karaca A, Durna Z (2018) Epilepsi Hastalarında Psikososyal Destek. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 7(1): 218-225.
- Kaya N (2018) Epilepsi Hastalarındaki Nöbet Geçirme Korkusunun Sosyal Yaşamlarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi,İstanbul
- Keskin G. ve Çam O (2008) Ergenlerin Ruhsal Durumları ve Anne Baba Tutumları ile Bağlanma Stilleri arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi.9 (3).139–147.
- Kılınçer A, Erdoğan Ç, Ergin A ve ark(2012)The prevalence of epilepsy in Denizli city center. Pam Med J ;5(3):110-4.
- Kliegman B (2001) Nelson Essentials Of Pediatrics, 3.Baskı, İstanbul, 680-685
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G ve ark (1999) Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç Ted Derg;12(2): 102-6.
- Komsuoğlu SŞ (2007) Epilepsi: Tanımlar ve Arka Plan. İçinde: Epilepsi El Kitabı, Komsuoğlu S (Çeviri editörü). Handbook of Epilepsy, Brown TR, Holmes GL. 3. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri: 1-21.
- Koponen A,Ullamaija S,Kai E et al (2007) Social functioning and psychological well-being of 347 young adults with epilepsy onlypopulation-based, controlled study from Finland. Epilepsia ;48:907-912. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1167.2007.01017.x> PMID:17430406
- Korff CM,Wirrell E (2017) ILAE classification of seizures and epilepsy, (https://www.uptodate.com/contents/ilae-classification-of-seizures-andepilepsy,source=see_link#H4248818151) (erişim tarihi: 12.11.2018).
- Lazarus RS (1993) From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. Annu Rev Psychol ;44:1–21.
- Mandleco B,Wellington MC,Wayner RF (2007) Neurological Alterations. In: Potts NL, Mandleco BL. Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families. Second Edition, Thomson/Delmar Learning, pp: 1058-1067.
- Mandzuk LL.,McMillan DE (2005) A Concept Analysis Of Quality Of Life. Journal of Orthopaedic Nursing, 9, 12–18
- McCagha J.,Fisk J.E.,Baker G.A (2009) Epilepsy, psychosocial and cognitive functioning. Epilepsy Research, 86: 1-14. doi: 10.1016/j. eplepsyres 04.007
- McHugh JC,Delanty N (2007) Epidemiology and classification of epilepsy: gender comparisons. International review of neurobiology, 83, 11-26
- Mlynarczyk S.M(2013). Adolescents' perspectives of parental practices influence diabetic adherence and quality of life. Pediatric nursing, 39(4).

- Mollaoğlu M (2000) Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Mollaoğlu M.,Durna Z., Eşkazan E (2001) Epilepsili Hastaların Yaşam Kalitesinin QOLIE-89 (Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği) ile Değerlendirilmesi. Epilepsi 7(3):73-80
- Mollaoğlu M (2012) Epilepsi ve bakım. In Z. Durna (Ed.), Kronik hastalıklar ve bakım (s. 219-237). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Morrell MJ, Flynn KL, Done S, et al (2005) Sexual dysfunction, sex steroid hormone abnormalities, and depression in women with epilepsy treated with anti-epileptic drugs.Epilepsy Behav;6:360-5.
- Muslu L (2001)Kırsal bölgede eşleri tarafından fiziksel şiddet gören ve görmeyen kadınların benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi. Denizli
- Neze H, Havle N, İnem C ve ark (2009) Epilepsi tanısı ile takip edilen kişilerde psikiyatrik hastalıklar ve bunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. New/Yeni Symposium Journal; 47(3):147-154.
- Neze H (2006) Epilepsi Hastalarında Psikiyatrik Komorbidite Ve Bunun Yaşam Kalitesine Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I et al (2010) Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. Epilepsia 51(5): 883-90.
- Öcal KE (2006) İş Mevzuatı Açısından İşverenin El Kitabı (Açıklamalar Mevzuat Belge Örnekleri). Seçkin Yayıncılık, Ankara
- Özcan S (2010) Ergenlerin Kendilik Algılarının Anne Baba Tutumları ve Bazı Faktörlerle İlişkisi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi. Haziran 2010. Cilt:VII, Sayı:I, 1-19
- Özdemir N (2018) Epilepsili Çocuğu Olan Evebeynlerin Ruhsal Durumları ile Sosyal Desteklerinin Belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Özen Ş.,Antar S.,Özkan M (2007) Çocukluk Çağı Travmalarının Umutsuzluk, Sigara ve Alkol Kullanımı Üzerine Etkisi: Üniversite Son Sınıf Öğrencilerini İnceleyen Bir Çalışma. Düşünen Adam. 20(2), 79–87.
- Özkan İ (1986) Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler, Düşünen Adam; 1994, 7 (3): 4-9
- Özkan S (2009)Kronik Psikoz.İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulu. [http://www.frmtr.com/saglik_makaleleri/1209527_sizofrenide damgalamayi azaltmak -pdt.html](http://www.frmtr.com/saglik_makaleleri/1209527_sizofrenide_damgalamayi_azaltmak_pdt.html).
- Özkara Ç, Ataklı D (2002) Epilepsi. İstanbul: 5Us Yayın: 63-107.

- Pekcanlar AA, Hiz Kurul S, Ozek H ve ark (2011) Maternal reactions to a child with epilepsy: Depression, anxiety, parental attitudes and family functions. *Epilepsy Research*; 3: 213-220
- Petito F.,Cummins R.A(2000).Quality of life in adolescence:The role of perceived control, parenting style, and social support. *Behaviour Change*, 17(3), 196-207.
- Phabphal K, Sattawatcharawanich S,Sathirapunya P et al (2007) Anxiety and depression in Thai epileptic patients. *J Med Assoc Thai* 90:2010-5.
- Pinquart M.,Gerke D.C(2019).Associations of parenting styles with self-esteem in children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 1-19.
- Pourmand R (1996) Seizures and epilepsy in older patients: evaluation and management. *Geriatrics* ;51(3):39–52.
- Raboteg-Saric Z.,Sakic M(2014).Relations of parenting styles and friendship quality to self-esteem, life satisfaction and happiness in adolescents. *Applied Research in Quality of Life*, 9(3), 749-765.
- Raguraman J,Wadoo O (2006) Unravelling the psychological shadows of epilepsy. *JK- Practitioner*;13:248-250.
- Ramaglia G, Romeo A, Viri M et al (2007) Impact of idiopathic epilepsy on mothers and fathers: Strain, burden of care, worries and perception of vulnerability. *Epilepsia* ; 48:1810–1813.
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. DSÖ, Cenevre, 1986
- Sarpdağı Y (2018) Epilepsili Çocuğa Sahip Evebeynlerin Bakım Yükü Ve Umutsuzluk Düzeyinin İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi,Atatürk Üniversitesi, Erzurum
- Schachter SC (2006) Quality of life for patients with epilepsy is determined by more than seizure control: the role of psychosocial factors. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 6(1): 111-114. doi: 10. 1586/14737
- Sever L (1985) “Change in Women’s Perception of Parental Child Rearing Practices, Attitudes and Beliefs in the Context of Social Change in Turkey”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi.
- Sezer Ö (2010) Ergenlerin Kendilik Algılarının Anne Baba Tutumları ve Bazı Faktörlerle İlişkisi Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi. Haziran 2010. Cilt:VII, Sayı:I, 1-19 <http://efdergi.yyu.edu.tr>
- Shorvon S (1992) Status Epilepticus: Its Clinical Features and Treatment in Children and Adults;p.34-61
- Smith G.,Ferguson PL.,Saunders LL et al (2009) Psychosocial factors associated with stigma in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 6(3): 484-490. doi: 10.1016/j.yebeh.2009.08.028
- Spera C (2005) A review of the relationship among parenting practices, parenting styles, and adolescent school achievement. *Educational Psychology Review*, 17, 125- 146.

Sperling MR, Feldman H, Kinman J et al (1999) Seizure control and mortality in epilepsy. *Ann Neurol* ;46:45-50.

Steinberg L., Mounts NS., Lamborn SD et al (2009) Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *Journal Research on Adolescence*, 1, 19-36. Stafstrom CE. Update on the management of Lennox-Gastaut syndrome with a focus on rufinamide. *Neuropsychiatr Dis Treat* ; 5: 547-51.

Strzelczyk A, Nickolay T, Bauer S et al (2012) Evaluation of health-care utilization among adult patients with epilepsy in Germany. *Epilepsy Behav* ;23(4):451-7.

Stuber ML, Shemesh E, Saxe GN (2003) Posttraumatic stress responses in children with life-threatening illnesses. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.

Swaiman KS, Ashwal S, Ferriero DM (2005) *Pediatric Neurology Principles and Practice*. New York: Mosby Press: 989-1181.

Şenol MG, Gün İ, Toğrol E ve ark (2009) Epilepsi hastalarında antiepileptik ilaç tedavisine uyumu etkileyen etmenler, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, ;11:21-31

Taşkın EO (2007) *Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri. 41-57

Testa MA, Simonson DC (1996) Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*;334:835-40.

Thornton L (1987) Epilepsy in young people: Personal relationship. Ross E, Chadwick D, Crawford R (eds), John Wiley & Sons. New York: S39-45

Toklu Z., Kutlu G., Demirbaş H ve ark (2012) Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi Polikliniğine Başvuran Epilepsi Hastalarının Demografik ve Klinik Bulguları. *Epilepsi*; 18(1):13-18. Türk Epilepsi ile Savaş Derneği

Torrance GW, Fienny D (1989) Utilities and quality adjusted life years, *International Journal of Technology assessment in health care*;5:559-579

Tunçbilek E, Boduroğlu K, Alikaşifoğlu M (1999) Results of the Turkish congenital malformation survey. *Turk J Pediatri*;41(3):287-97

Turan N, Tufan B (1987) Coopersmith Benlik Saygısı Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. İstanbul: 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi.

Tuzcuoğlu N (2003) Anne baba olmanın altın kuralları, Bir aile olmak. İstanbul: Morpa Yayınları

Türk Epilepsi ile Savaş Derneği (2017, Kasım 17) <http://www.turkepilepsi.org.tr/>

Türkiye Çocuk Nörolojisi Derneği. Çocuk Nörolojisi. Ankara: Alp Ofset Matbaacılık, 2006: 317-399.

Türkiye Diyabet Programı 2015-2020

Türkiye Kanser İstatistikleri (2018) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf

Türkiye KBH Prevalansı Araştırması(2009)

Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara. 2010.

Ulusoy MD.,Demir NÖ. ve Baran AG (2005) Ebeveynin Çocuk Yetiştirme Biçimi ve ergen Problemleri:Ankara İli Örneği. G.Ü. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi. 3(3). Web:<http://www.tebd.gazi.edu.tr/c3s3>.

Uysal S, Ercan T (2005) Epilepsi, spor, psikososyal yaşam. Türk Pediatri Arşivi ;40:68-71

Uzun Ö (2019) Epilepsili Çocuğa,Ailesine ve Öğretmenlerine Verilen Hastalık ve İlaç Yönetimi Eğitiminin Çocuğun Bilgi Düzeyine ,Okul Başarısına ve Yaşam Kalitesine etkisi,Yüksek Lisans Tezi,İzmir

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

Ünaldı H.,Kurt S.,Mumcuoğlu İ ve ark (2009) Müzikojenik Epilepsi: Olgu Sunumu Epilepsi;15(3):104-107 6. Ulusal Epilepsi Kongresi(4-7 Haziran 2008, İzmir).

Velioğlu S (2017) Epilepsi’de Sınıflamalar. Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics. ;10(1):24-29.

Volk ML,Hagan M (2011) Organ quality and quality of life after liver transplantation. Liver Transplantation;17(12):1443-7

Ware JE Jr (1992)Sherbourne CD: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), 1:conceptual ramework and item selection. Med Care 30:473-483.

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

Yeni K (2014) Epilepsi Öz Yönetim Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlir Çalışması,Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Üniversitesi,İstanbul

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

Yörükoğlu A (1992) Değişken toplumda aile ve çocuk. 4. Baskı, İstanbul: Özgür Yayınları

Yörükoğlu A (2002) Çocuk ruh sağlığı, Çocuğun Kişilik gelişimi eğitimi ve ruhsal sorunları. 25. Basım, İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım.

Yüksel G (2002) Üniversite öğrencilerinin utangaçlık düzeylerini etkileyen faktörler. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 22, 37-57.

7.SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AEİ : Anti epileptik ilaç

BBT : Bilgisayarlı beyin tomoğrafisi

DSÖ : Dünya sağlık örgütü

EEG : Elektroensefalogram

ILAE : Epilepsinin sınıflaması uluslar arası epilepsi ile savaş derneği

KPN : Kompleks parsiyel nöbetler

MRG : Manyetik rezonans görüntüleme

MSS : Merkezi sinir sistemi

NANDA : Kuzey Amerika hemşirelik tanılar birliği

SBÜ : Sağlık bilimleri üniversitesi

TDK : Türk dil kurumu

TND : Türk nöroloji derneği

8.EKLER

Ek 1. GENEL BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı;

Bu araştırma, epilepsi hastalarında anne baba tutumunun benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Soruları eksiksiz şekilde doldurarak verdiğiniz katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

SORULAR:

Yaş:.....

Cinsiyet:1.Kadın 2.Erkek

Memleket:.....

Yaşamınızın büyük çoğunluğunu geçirdiğiniz yer: 1. İl 2. İlçe 3. Köy

Kiminle birlikte yaşadığı : 1.Eşi/partneriyle 2.Anne-baba 3.Çocuklarıyla 4.Yalnız
5.Diğer

En uzun süre kiminle yaşadığı: 1.Eşi/partneriyle 2.Anne-baba 3.Çocuklarıyla 4.Yalnız
5.Diğer

Öğrenim Durumu: 1.İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Yüksekokul 5.üniversite 6:Lisansüstü

Bugüne kadar hiç çalıştınız mı? 1. Evet 2. Hayır

Bugüne kadar hiç çalışmadıysanız nedeni
nedir?.....

Meslek:..... Ekonomik Durum : 1.Gelir giderden az 2.Gelir gidere
denk 3.Gelir giderden çok

Medeni durum: 1 Evli 2.Bekar 3.diğer (ayrı yaşıyor vs.)

Anne baba sağ mı? 1.Evet 2.Hayır (Anne/baba.....yıl önce öldü).

Anne-baba birlikte mi? 1.Evet 2.Hayır (Nedeni: 1.Boşandı.....yıl önce 2:.....yıldır
ayrı yaşıyor.)

Annenin öğrenim durumu: 1.İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Yüksekokul (2yıl) 5.üniversite
(4yıl) 6:Lisansüstü

Babanın öğrenim durumu: 1.İlkokul 2.Ortaokul 3.Lise 4.Yüksekokul (2yıl) 5.üniversite
(4yıl) 6:Lisansüstü

Annenin mesleği:.....
sayısı:.....

Babanın mesleği:..... Kardeş

Epilepsi tanı tarihi:.....
Epilepsi türü:.....

Epilepsi tedavi süresi:.....

Epilepsi nedeniyle hastanede en uzun yatış süresi:.....

Epilepsi nedeniyle yoğun bakımda yattınız mı? 1.Evet 2. Hayır

Epilepsi nedeniyle hiç acil servise başvurduunuz mu? 1.Evet 2. Hayır

Başka kronik hastalığınız var mı? 1. Var 2. Yok

Epilepsi tedavi süresince kullandığımız ilaca ara verildi mi ? 1.Evet 2.Hayır

Epilepsi tedavi süresince kullandığımız ilaçta değişiklik yapıldı mı ? 1.Evet 2.Hayır

EK-2. COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanlarını “Benim gibi” , uygun olmayanlarını “Benim gibi değil” sütununa X işareti koyarak belirtiniz.

<i>İfadeler</i>	<i>Benim gibi</i>	<i>Benim gibi değil</i>
1. Çevremde olup bitenlerden genellikle rahatsız olmam	()	()
2. Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir	()	()
3. Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim	()	()
4. Karar vermede fazla zorluk çekmem	()	()
5. İnsanlarda benimle birlikte olmaktan hoşlanırlar	()	()
6. Evde kolayca moralim bozulur	()	()
7. Yeni şeylere kolay alışamam	()	()
8. Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim	()	()
9. Ailem genellikle duygularıma önem verir	()	()
10. Başkalarının söylediği kolaylıkla kabul ederim	()	()
11. Ailem benden çok şey bekler	()	()
12. Benim yerimde olmak oldukça zordur	()	()
13. Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum	()	()
14. Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder	()	()
15. Kendim yetersiz buluyorum	()	()
16. Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum	()	()
17. Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam	()	()
18. Başkaları kadar güzel değilim	()	()
19. Söylenecek sözüm varsa söylemekten kaçınmam	()	()
20. Ailem benim duygularımı anlar	()	()
21. Çok sevilen bir kimse değilim	()	()
22. Genellikle ailemin beni dışladığını düşünüyorum	()	()
23. Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar	()	()
24. Sık sık keşke başka biri olsam diye düşünürüm	()	()
25. Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum	()	()

EK-3. SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun sağ tarafındaki boşluğa bir açıklama yapın.

1. Genel olarak sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda genel olarak sağlığınızı nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz kötü	4
Bir yıl öncesinden çok kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyin)

AKTİVİTELERİNİZ			Evet çok	Evet biraz	Hayır pek
engelliyor	engelliyor	engellemiyor			
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	

- | | | | | |
|---|---|---|---|-------------------------------|
| a. Koşu ağırlık kaldırma ve
gibi büyük çaba gerektiren | 1 | 2 | 3 | ağır sporlar
aktivitelerde |
| b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi
orta/ hafif aktivitelerde | 1 | 2 | 3 | |
| c. Paket veya çanta taşırken | | | | |
| d. Birkaç kat merdiven çıkarken | | | | |
| e. Bir kat merdiven çıkarken | | | | |
| f. Eğilirken, çömelirken | | | | |
| g. Bir kilometreden fazla yürürken | | | | |
| h. Birkaç yüz metre yürürken | | | | |
| i. Yüz metrelik mesafeyi yürürken | | | | |
| j. Giyinirken veya yıkanırken | | | | |

4. Geçen 4 hafta boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak aşağıdaki problemlerin

herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

EVET HAYIR

- | | | |
|---|---|---|
| a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünde
çalışma zamanınızı azalttınız mı? | 1 | 2 |
| b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz? | 1 | 2 |
| c. İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı? | 1 | 2 |
| d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?
(örneğin; extra çaba harcadınız mı?) | 1 | 2 |

5. Geçen 4 hafta boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin; sinirli ve

stresli) aşağıdaki problemlerin herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak

içine alarak işaretleyiniz)

EVET HAYIR

- | | | |
|--|---|---|
| a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünde çalışma
zamanınızı azalttınız mı? | 1 | 2 |
| b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz? | 1 | 2 |
| c. İş ve aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız? | 1 | 2 |

6. Geçen 4 hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyin)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyin)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz yönde etki gösterdi? (Evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere sadece bir rakamı işaretleyin)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

GEÇEN AY BOYUNCA NE KADAR SÜRE

Her Çoğunlukla Biraz Bazen Çok Hiç

zaman	fazla	az					
a. Tam enerjik (zinde hissettiniz)	1	2	3	4	5	6	
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6	
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkıydı	1	2	3	4	5	6	
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6	
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6	
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6	
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6	
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6	
i. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6	
j. Sağlığımız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6	

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru ya da yanlış olarak tanımlamaktadır?

Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış			
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim			1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım			1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum			1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel			1	2	3	4	5

EK-5. EVEBEYN TUTUM ÖLÇEĞİ

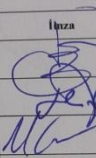

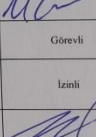
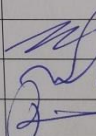
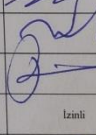
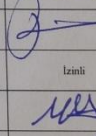
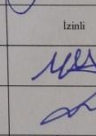
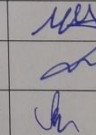
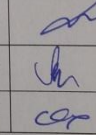
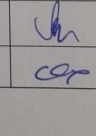
	Her zaman (1)	Çoğunlukla (2)	Bazen(3)	Nadiren (4)	Hiçbir zaman(5)	Değişti 1.Evet 2.Hayır	Değişim Yönü 1.Yapıyorum 2.Yapmıyorum	Şu anki puanı
1.Çocuğumu bir şeyleri kendi başına yapması konusunda cesaretlendirirdim						(1) (2)	(1) (2)	
2. Çocuğum bana bir şey anlatırken sözünü kesmeden dinlerdim.						(1) (2)	(1) (2)	
3. Çocuğumun duygularını serbestçe ifade etmesine izin verirdim.						(1) (2)	(1) (2)	
4. Çocuğuma yaptığı şeyin önemli olduğunu hissettirirdim.						(1) (2)	(1) (2)	
5. Ebeveynlik konusunda bir yanlış yaptığımda çocuğumdan özür dilerdim.						(1) (2)	(1) (2)	
6. Çocuğumun kişisel görüşlerine saygı gösterirdim.						(1) (2)	(1) (2)	
7. Çocuğumun iyi ve kötü davranışı karşısında neler hissettiğimi ona açıklardım.						(1) (2)	(1) (2)	
8. Çocuğum yanlış davrandığında, bunun neden yanlış olduğunu ona açıklardım.						(1) (2)	(1) (2)	
9. Çocuğumla her konuyu konuşabilirdim.						(1) (2)	(1) (2)	
10. Çocuğumun kendi başına becerebileceği şeyleri denemesi için ona fırsat tanırdım.						(1) (2)	(1) (2)	
11. Çocuğumun kendine özgü bir bakış açısı olduğunu kabul ederdim.						(1) (2)	(1) (2)	

12. Çocuğumun cinsel konularda sorduğu soruları anlayacağı bir dilde doğru olarak cevaplardım.						(1) (2)	(1) (2)	
13. Çocuğuma, kurallara neden uyması gerektiğini açıklardım						(1) (2)	(1) (2)	
14. Çocuğuma bir şey alırken onun da fikrini alırdım.						(1) (2)	(1) (2)	
15. Çocuğuma bağımsız olmayı öğrenmesi konusunda yardımcı olurdu.						(1) (2)	(1) (2)	
16. Çocuğum iyi davrandığında onu överdim.						(1) (2)	(1) (2)	
17. Çocuğumun büyüdüğü yeni şeyler denemeyi göze alması gerektiğine inanırdım.						(1) (2)	(1) (2)	
18. Çocuğuma karşı çabuk öfkelenirdim.						(1) (2)	(1) (2)	
19. Çocuğum yanlış bir şekilde davrandığında ona bağırdım.						(1) (2)	(1) (2)	
20. Çocuğumu yola getirmek için onu azarlardım						(1) (2)	(1) (2)	
21. Çocuğuma kızdığım da çocuğumu cezalandırırdım						(1) (2)	(1) (2)	
22. Çocuğuma karşı sabırsızdım.						(1) (2)	(1) (2)	
23. Çocuğum söz dinlemediğinde ona vururdum						(1) (2)	(1) (2)	
	Her zaman (1)	Çoğunluk	Bazen(3)	Nadiren	Hiçbir zaman(5)	Değişti 1. Evet 2. Hayır	Değişim Yönü	Şu anki puanı

24. Çocuğumla aynı fi kirde olmadığımız zaman, benim fi kirlerimi kabul etmesi için onu zorlardım.						(1) (2)	(1) (2)	
25. En ufak bir hatasında, çocuğumu cezalandırırdım.						(1) (2)	(1) (2)	
26. Fiziksel cezayı, çocuğumu disipline sokmanın bir yolu olarak kullanırdım						(1) (2)	(1) (2)	
27. Çocuğumu başka çocuklarla kıyaslardım						(1) (2)	(1) (2)	
28. Çocuğumu yapabileceğinden fazlasını yapması için zorlardım.						(1) (2)	(1) (2)	
29. Çocuğumu, kendisi için yorucu olabilecek işlerden korurdum.						(1) (2)	(1) (2)	
30. Çocuğumu, kendisi için zor olabilecek işlerden korurdum.						(1) (2)	(1) (2)	
31. Çocuğuma karşı koruyucu davranırdım.						(1) (2)	(1) (2)	
32. Çocuğumu, hayatın ufak tefek güçlüklerinden korudum ve korumaya devam ettim.						(1) (2)	(1) (2)	
33. Arkadaşları çocuğuma sataştığı zaman onu korudum.						(1) (2)	(1) (2)	
34. Çocuğumun hayal kırıklığına uğramaması için elimden geleni yapardım.						(1) (2)	(1) (2)	
35. Çocuğumu, onun cesaretini kırabilecek zor işlerden uzak tutardım						(1) (2)	(1) (2)	
36. Çocuğumun hastalanmasından endişe ederdim.						(1) (2)	(1) (2)	

37. Çocuğum için hemen hemen bütün eğlencelerimden fedakârlık ederdim.						(1) (2)	(1) (2)	
38. Ben bir başkasıyla konuşurken çocuğumun araya girmesine izin verirdim.						(1) (2)	(1) (2)	
39. Çocuğumun şımarıklıklarına göz yumardım.						(1) (2)	(1) (2)	
40. Çocuğumu şımarttım.						(1) (2)	(1) (2)	
41. Çocuğumun başkaları konuşurken araya girmesine izin verirdim.						(1) (2)	(1) (2)	
42. Çocuğumun her şeyi yapmasına izin verirdim.						(1) (2)	(1) (2)	
43. Çocuğumun yanlış davranışını görmezden gelirdim						(1) (2)	(1) (2)	
44. Çocuğuma bana sormaksızın şahsi eşyalarımın herhangi birini alıp kullanmasına izin verirdim.						(1) (2)	(1) (2)	
45. Evimizde hangi televizyon programının izleneceğini, çocuğumun isteğine göre belirlerdim.						(1) (2)	(1) (2)	
46. Çocuğumun istediği saatte uyumasına izin verirdim						(1) (2)	(1) (2)	

K-6. ETİK KURUL FORMU

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU							
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Epilepsili hastalarda anne-baba tutumunun benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017-13/ 59		Tarih: 22 Ağustos 2017				
	<p>Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler doğrultusunda araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak tekrar değerlendirildi.</p> <p>1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,</p> <p>2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,</p> <p>3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumza iletilmesine,</p> <p>4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.</p>						
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İy Klinik Uygulamalar Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU						
ÜYELER							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. E.H.BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Mehmet CANSEV Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Görevli
Doç. Dr. Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İzinli
Doç. Dr. Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü. Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Serer ERER Kafa Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Öğuzhan KUM Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
* Toplamda Bulunan							

9.TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca ve tez çalışma sürecimde her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen, tecrübesi ve bilgisi ile bana sürekli yol gösteren, hem benim hem de araştırmam üzerindeki emeklerinden dolayı tez danışmanı hocam Sayın Doç.Dr. Hicran YILDIZ 'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez araştırmamın yürütülmesinde, bana zaman ayıran ve rehberlik eden Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi asistan hekimleri ve çalışan hemşirelere,araştırmaya katılmayı kabul eden ve kıymetli zamanlarını ayıran epilepsili çocuğa sahip ebeveynlere,daima bana güvenen ve yanımda olan annem Melek Aka, babam Yılmaz Aka'ya,yoğun çalışma sürecinde her zaman yanımda olan eşim Ayhan Kurtuluş'a teşekkürlerimi sunarım.

İnci AKA KURTULUŞ

10.ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Bursa Osmangazi’de doğmuştur. Lise öğrenimini Bursa Anadolu Erkek Lisesi’nde tamamlamıştır.Lisans eğitimini 2009-2013 yılları arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde okumuştur.Mezun olduktan sonra Dörtçelik Çocuk Hastanesinde Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi ve Süt çocuğu servisinde çalışmıştır.2017 yılı itibariyle Yalova Devlet Hastanesinde Dahiliye Servis,Dahiliye Yoğun Bakım,Koroner Yoğun Bakım ünitelerinde çalışmış ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde görevine devam etmektedir.2015 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır.