T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EPİLEPSİ HASTALARINDA FİZİKSEL AKTİVİTENİN NÖBET KORKUSU, NÖBET SIKLIĞI, STİGMA VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Sena YENER

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zeliha TÜLEK

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı

Mayıs, 2025

TEZ KABUL VE ONAYI

Sena YENER tarafından, **Prof. Dr. Zeliha TÜLEK** danışmanlığında hazırlanan **" EPİLEPSİ HASTALARINDA FİZİKSEL AKTİVİTENİN NÖBET KORKUSU, NÖBET SIKLIĞI, STİGMA VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **24/04/2025** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Prof. Dr. Zeliha TÜLEK İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Aylin ÖZAKGÜL İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Meryem AYVAZ Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastaıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Sena YENER

(İmza)

Tezimi babam Osman ÇATAK'a ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

EPİLEPSİ HASTALARINDA FİZİKSEL AKTİVİTENİN NÖBET KORKUSU, NÖBET SIKLIĞI, STİGMA VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Bilgisi ve desteğiyle her zaman yanımda olan, yol gösteren, yönlendiren, yoğun çalışma temposuna rağmen bana zaman ayıran, çalışması ve disipliniyle bana örnek olan tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Zeliha TÜLEK'e,

Ders dönemi boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD öğretim üyelerine,

Tezimin veri toplama aşamasında beni destekleyen, süreçteki sorunların çözümüne yardım eden, birlikte çalıştığımız Nöroloji AD Başkanı değerli hocam Prof. Dr. Temel TOMBUL'a,

Çalışmama katılmayı kabul eden ve zorlu hastalık süreçlerine rağmen bana zaman ayırıp sorularımı sabırla yanıtlayan epilepsili bireylere,

Her zaman desteğini hissettiğim, lisansüstü eğitimimde bana yardımcı olan Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Yetişkin Acil Servis hemşire ekibine,

Her anımda yanımda olan, sorunlarımı ve sıkıntılarımı paylaşan, benimle dertlenip benimle mutlu olan canım eşim Faruk YENER'e,

Hayatı ve idealleriyle bana her zaman örnek olan, idolüm ablam Selime ÇATAK'a,

Şükür sebebim, varlıklarıyla huzurla yaşadığım canım annem Meral ÇATAK ve kardeşim Muhammed Selim ÇATAK'a,

Hayatım boyunca hep iyiliğim ve mutluluğum için uğraşan, kendi yaşamını hedeflerime ve başarıma adayan, her koşulda yanımda ve destekçim olan, lisansüstü eğitimim başta olmak üzere bütün eğitim hayatım için canla başla uğraşan, hemşire olmam için büyük çaba sarf eden canım babam Osman ÇATAK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mayıs 2025 **Sena YENER**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **ix**
TABLO LİSTESİ ..... **x**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xii**
ÖZET ..... **xiii**
ABSTRACT ..... **xiv**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **4**
2.1.Epilepsinin Tanımı……4
2.2. Epilepsi Tarihçesi……4
2.3. Epilepsi İnsidansı ve Prevelansı……...6
2.4. Epilepsi Epidemiyolojisi……..6
2.5. Epilepsi Etiyolojisi..……7
2.6. Epilepsi Patofizyolojisi……9
2.7. Epilepsi sınıflandırılması……..9
2.8. Epilepsi Belirti ve Bulguları…….……..11
2.9. Epilepsi Tanı Yöntemleri……...11
2.10. Epilepsi Tedavisi..……12
2.11. Epilepsi ve Fiziksel Aktivite/Egzersiz…….13
2.12. Epilepsi ve Nöbet Korkusu……..14
2.13. Epilepsi ve Stigma……15
2.14. Epilepsi ve Yaşam Kalitesi……..16

3.YÖNTEM……18
3.1. Araştırmanın Amacı……...18
3.2. Araştırmanın Tipi……..……..18
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı……18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……18
3.5. Araştırmanın Yöntemi……19
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları……19
3.7. Araştırmanın etik Boyutu……...20
3.8. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi……20
4. BULGULAR……22
5. TARTIŞMA……...……..35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER……40
KAYNAKLAR……42
EKLER……48
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI……67
ETİK KURUL İZİN YAZISI……68
KURUM İZNİ YAZILARI……71
ÖZGEÇMİŞ……..……..73

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil I: "Epilepsi hastalığının fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünüyor musunuz?" Sorusuna verilen yanıtların dağılımı…….....24

Şekil II: Fiziksel aktivite ölçeği sınıflaması dağılımı……..29

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: ILAE Sınıflamasına Göre Nöbet Tipleri ……..……...……10

Tablo 2: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri……..……22

Tablo 3: Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı……..23

Tablo 4: Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeği'ne (D-RFS) Verilen Yanıtların Dağılımı…….25

Tablo 5: Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku (D-RFS) Ölçek İç Tutarlılıklarının İncelenmesi…….26

Tablo 6: Stigma Ölçeği'ne Verilen Yanıtların Dağılımı……..27

Tablo 7: Stigma Ölçeği İç Tutarlılıkların İncelenmesi……28

Tablo 8: QOLIE-31 Ölçeği İç Tutarlılıkalrının İncelenmesi……..28

Tablo 9: Fiziksel Aktivite Ölçeğine Göre Hastaların Aktivite Durumu……...29

Tablo 10: Fiziksel Aktivite Durumuna Göre Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi……30

Tablo 11: Fiziksel aktivite Durumuna Göre Hastalığa İlişkin Özelliklerin Değerlendirilmesi……31

Tablo 12: Fiziksel Aktiviteye İlişkin Özelliklerin Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeği (D-FRS) Puanları ile Karşılaştırılması…….32

Tablo 13: Fiziksel Aktivite Ölçeğinin Stigma, QOLIE-31 ve D-FRS Ölçekleri ile İlişkisi……...33

Tablo 14: Fiziksel Aktivite Ölçeği, Stigma Ölçeği, QOLIE-31 Ölçeği ve D-FRS Ölçekleri Toplam Puanlarının İlişkisi……34

KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
MET	: Metabolic Equivalent of Task
ILAE	: Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği
EEG	: Elektroensefalografi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
MRI	: Manyetik Rezonans
IPAQ	: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EPİLEPSİ HASTALARINDA FİZİKSEL AKTİVİTENİN NÖBET KORKUSU, NÖBET SIKLIĞI, STİGMA VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Sena YENER

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman : Prof. Dr. Zeliha TÜLEK

Amaç: Epilepsi hastalarının fiziksel aktivitenin nöbeti tetikleyeceği yönündeki yanlış inançlar, nöbete bağlı yaralanma korkusu vb nedenlerle fiziksel aktiviteden kaçınabildikleri ve sedanter bir yaşam sürdükleri bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı epilepsi hastalarında fiziksel aktivite düzeyini değerlendirmek ve fiziksel aktivitenin nöbet korkusu, nöbet sıklığı, stigma ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte planlanmış olan bu araştırma Göztepe Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği Epilepsi Polikliniğinde Aralık 2024 – Şubat 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Rutin poliklinik kontrolüne gelen hastalara Hasta Bilgi Formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form), Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeği, Epilepside Stigma Ölçeği ve Epilepsi Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışma %48,3'ü (n=58) kadın ve %51,7'si (n=62) erkek olmak üzere toplam 120 epilepsi hastası ile yapılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 37,52±9,67'dir (18-62). Yarıdan fazlası (%59,2, n=71) evlidir, %58,3'ünün (n=70) çocuğu vardır. Katılımcıların %13,4`ü (n=16) ortaokul veya daha düşük eğitimli, %41,7'si (n=50) lise, %45'i (n=54) üniversite mezunu olup %41,7'si (n=50) çalışmaktadır. Hastaların epilepsiye ilişkin özellikleri incelendiğinde, tanı süresi ortalama 14,46±7,91 (1,5-35) yıldır. Hastaların %29,2'sinde (n=35) ailede epilepsi öyküsü bulunmaktadır. Hastaların %50,8'i (n=61) ayda birden fazla nöbet geçirmektedir. Üçte biri (%35,8, n=43) nöbet sırasında zarar gördüğünü belirtmiştir. Hastaların %90'ı (n=108) antiepileptik ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %15'inin (n=18) epilepsi dışı bir hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların %28,3'ü (n=34) epilepsinin fiziksel aktiviteye engel

olduğunu belirtirken %29,2'si (n=35) fiziksel aktivitenin nöbetleri artıracağını düşünmektedir. Hastaların %56,7'si (n=68) inaktif, %32,5'i (n=39) minimal aktif ve %10,8'i (n=13) çok aktif bulunmuştur. Fizik aktivite düzeyi ile yaşam kalitesinin bazı boyutları ve stigmaya direnç ilişkili bulunmuştur. Fiziksel aktivitenin nöbeti tetiklediğini düşünenlerin stigma puanı yüksek, nöbet korkusu fazla ve yaşam kalitesi daha kötü bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamız, epilepsili hastaların fiziksel aktiviteden kaçındıklarını ortaya koymuştur. Fiziksel egzersizin yapılan çalışmalarla epilepsi hastaları üzerine yararları kanıtlanmıştır. Epilepsi hastalarının fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden iyi olmaları için kendilerine uygun fiziksel aktiviteye teşvik edilmeleri önerilir.

Mayıs 2025 , 88 sayfa.

Anahtar kelimeler: Epilepsi, fiziksel aktivite, stigma, hastalık ilişkili korku, yaşam kalitesi

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICAL ACTIVITY AND FEAR OF SEIZURES, SEIZURE FREQUENCY, STIGMA AND QUALITY OF LIFE IN EPILEPSY PATIENTS

Sena YENER

Istanbul University-Cerrahpasa

Institute of Graduate Studies

Department of Internal Medicine Nursing

Internal Medicine Nursing Programme

Supervisor : Prof. Dr. Zeliha TÜLEK

Objective: It is reported that patients with epilepsy avoid physical activity and live a sedentary life due to false beliefs that physical activity will trigger seizures, fear of injury due to seizures, etc. The aim of this study is to evaluate the level of physical activity in patients with epilepsy and to examine the relationship between physical activity and fear of seizures, seizure frequency, stigma and quality of life.

Method: This descriptive study was conducted in Göztepe Süleyman Yalçın City Hospital Neurology Clinic Epilepsy Outpatient Clinic between December 2024 and February 2025. Patients who admitted to outpatient clinic were administered a patient information form, International Physical Activity Questionnaire (Short Form), Fear of Disease in Epilepsy Patients Scale, Stigma Scale in Epilepsy and Epilepsy Quality of Life Scale.

Results: The study was conducted with a total of 120 epilepsy patients, 48.3% (n=58) female and 51.7% (n=62) male. The mean age of the patients was 37.52±9.67 (18-62). More than half (59.2%, n=71) were married, 58.3% (n=70) had children. 13.4% (n=16) of the participants had secondary school or less education, 41.7% (n=50) had high school, 45% (n=54) were university graduates, and 41.7% (n=50) were employed. When the characteristics of the patients regarding epilepsy were examined, the mean duration of diagnosis was 14.46±7.91 (1.5-35) years. 29.2% (n=35) of the patients had a family history of epilepsy. 50.8% (n=61) of the patients have more than one seizure per month. One third (35.8%, n=43) stated that they were injured during the seizure. 90% (n=108) of the patients use antiepileptic drugs. 15% (n=18) of the participants

have a comorbid disease. 28.3% (n=34) of the participants stated that epilepsy prevents physical activity, while 29.2% (n=35) think that physical activity will increase seizures. 56.7% (n=68) of the patients were inactive, 32.5% (n=39) were minimally active, and 10.8% (n=13) were very active. Physical activity level was found to be related to some dimensions of quality of life and resistance to stigma. Those who thought that physical activity triggered seizures had higher stigma scores, higher fear of seizures, and worse quality of life.

Conclusion: Our study revealed that patients with epilepsy avoid physical activity. Studies have proven the benefits of physical exercise on patients with epilepsy. It is recommended that patients with epilepsy be encouraged to engage in appropriate physical activity for their physiological, psychological and social well-being.]

May 2025, [88] pages.

Keywords: [Epilepsy, physical activity, stigma, disease related fear, quality of life]

1. GİRİŞ

Epilepsi en sık görülen nörolojik hastalıklardandır. Dünyada ortalama 50 milyon epilepsi hastasının olduğu bilinmekte ve ülkemizde 700 bin epilepsili birey olduğu öngörülmektedir. Çalışmalar, epilepsili hastaların anksiyete ve depresyona eğilimli olduklarını göstermektedir. Sosyal olarak izole edildikleri, evlilik oranlarının düşük olduğu ve daha fazla oranda işsizlik sorunun olduğu bildirilmektedir. Epilepsili pek çok hastanın sedanter bir yaşam sürdürdüğü, fiziksel aktiviteye katılmadığı görülmektedir. Bjortholt ve ark. çalışmalarında epilepsili bireylerin diğer bireylerin %50'si kadarının fiziksel aktiviteye katıldığını göstermektedir. Çoğunun ekip çalışması ve diğer çoklu etkinliklerden uzak durduğu görülmüştür (Soyuer, Erdoğan, 2011).

Fiziksel aktivite, vücudun enerji harcamasını artıran, kas kasılmasıyla ortaya çıkan davranıştır. Fiziksel aktivite, ideal yoğunluk ve sıklıkta düzenli olarak uygulandığında fiziksel egzersiz olarak açıklanabileceği belirtilmiştir. Gerek sağlıklı popülasyonda gerek kronik hastalığı olan bireylerde yapılan çalışmalar fiziksel aktivitenin fizyolojik ve psikolojik iyiliğin üzerine olan etkilerinden söz etmektedir (Volpato ve ark., 2017).

Sedanter yaşam tarzına sahip toplumun çoğunluğu gibi epilepsili bireylerde de kan basıncı yüksekliği, diyabet ve kardiyovasküler rahatsızlıkların meydana gelme ihtimali artmaktadır (Soyuer, Erdoğan 2011). Egzersiz sırasında nöbet geçirme korkusu, ulaşım sorunları, düşük motivasyon ve ilacın yan etkileri gibi faktörlerin de yaşam tarzlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir (Volpato ve ark., 2017). Yapılan 22 vaka kontrol çalışmasından 12'si epilepsi hastalarında fiziksel aktivite ile ilgilenme oranlarının düşük olduğunu, genel popülasyona göre daha düşük fiziksel aktivite sergilediklerini ve fiziksel aktivitenin epilepsi hastalığına olumlu etki edeceği inanışına sahip olanların çok az olduğunu bildirmektedir (Green ve ark., 2021).

Fiziksel aktivite eksikliğinin kanıtlanmış zararlı etkilerine ek olarak, programlı uygulanan egzersiz planının bireyin fizyolojik, mental sağlık, bilişsel işlev ve yaşam kalitesi üzerinde yararlı etkileri olduğunu gösteren bulgular da tespit edilmektedir. Fiziksel aktivitede bulunmayan epilepsi hastalarının yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu görülmüş ve bu da düşük benlik saygısı ve sosyal sınırlamaları beraberinde getirdiği gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmada

düzenli fiziksel aktivite programından sonra aktif olan epilepsi hastalarının diğer gruba göre yaşam kalitesi düzeylerinin yükseldiği belirtilmiştir (Johnson ve ark., 2020). Konu ile ilgili çalışmalar yapan araştırmacılar, düzenli fiziksel aktivitenin nöbet tekrarını etkilemeyeceği gibi nöbetlere karşı koruyucu etki gösterebilmektedir. Gotze ve ark. yaptıkları çalışmada kasların çalıştırıldığı fiziksel aktivite sonucunda EEG raporunda epileptik aktivitenin azalabildiğini göstermektedir. Benzer şekilde Horyd ve ark.'nın çalışmasında da bisiklet egzersizi yapan epilepsili bireylerin EEG raporunda elektriksel boşalımın azaldığı bildirilmiştir (Soyuer, Erdoğan 2011). Yapılan çalışmalarda nöbet sıklığı ile fiziksel aktivite arasında negatif ilişki olduğu görülmektedir (Tedrus ve ark., 2017). Yapılan bir başka çalışmada, nöbet sıklığı fazla olan epilepsi hastalarının fiziksel aktiviteye katılımının az olduğu bildirilmektedir. Epilepsili hastaların yaptıkları fiziksel aktivitelerde gerekli olan enerji için standart MET (Metabolic Equivalent of Task) değerleri oluşturulmuş ve bu hesaplamadan çıkan sonuçlarla fiziksel aktivite seviyeleri yorumlanmıştır. Bu seviyelere göre de düşük, orta ve yüksek şiddetli aktivite grupları belirlenmiştir. Bu araştırmada nöbet geçirme sıklığı diğer bireylere göre daha düşük olanlar yüksek fiziksel aktivite grubu kategorisinde yer almaktadır. Farklı fiziksel yoğunluklara sahip diğer iki grupta (düşük ve orta) ise nöbet geçirme oranı önemli ölçüde daha sık bulunmuştur (Lee ve ark., 2022).

Epilepsi öngörülemeyen nöbetlerle karakterize bir hastalık olduğundan hastalarda yaklaşan nöbetlere ilişkin endişeli bir beklenti gelişebilmektedir. Enerji harcamaya bağlı nöbet geçirmekten korkma, park veya sahil gibi alanlarda yapılan yürüme, koşma vb. egzersizler sırasında topluluk içinde nöbet geçirme ihtimaline karşı utanç ve korku gibi nedenlerin fizik aktivitelere katılımın önünde bir engel olabileceği düşünülmektedir (Weiss ve ark., 2022).

Aktivite eksikliğinin etki ettiği diğer bir faktör de stigmadır. Stigma, 'dayatılan veya algılanan damgalanma' olmak üzere ikiye ayrılmaktadır ve epilepsi hastalarının stigma ile baş etmek zorunda olduğu belirtilmektedir (Aydemir ve ark., 2011). Epilepsili bireyler, nöbet sıklığının artacağı ile ilgili yanlış düşünceleri, nöbete bağlı yaralanma korkusu ve aldıkları yanlış tavsiyeler nedeniyle fiziksel aktivitede bulunmaktan uzak durdukları gözlemlenmiştir. Aynı zamanda bazı hastaların hastalıklarını gizlediği, tedavilerine uymadığı görülmüştür. Epilepsinin bulaş yolu ile insanlara geçebilen bir hastalık olduğu, Tanrı'dan gelen bir ceza olduğu, epilepsi hastalarının bilişsel işlevlerinin başkalarına göre daha zayıf olduğu, enerji sarf edici aktivitelerde yer almalarının hastalıklarını olumsuz etkileyecekleri gibi yanlış inanışların stigmayı arttırdığı ve hastayı olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Yeni ve ark., 2018). Bu faktörleri

önlemede en önemli aracın eğitim olduğu bilinmektedir. Yanlış inanışlar damgalanmaya yol açabilmektedir (Tran ve ark., 2007). Kontrolü kaybetme hissi, özgüvenin azalması, aile tarafından aşırı koruma, iş ve eğitim hayatında başarısızlık depresyona katkıda bulunduğu görülürken, yetersiz bilgi nedeniyle gelişen olumsuz tutumlar da bu tabloya eşlik etmektedir. Hastalığın tıbbi boyutunun yanı sıra psikososyal sorunlar nedeniyle de yaşam kalitesinin de ciddi oranda bozulduğu belirtilmiştir. Ülkemizde epilepsi hastaları ile yapılan çalışmalar hastaların yaşam kalitesinin çoğunlukla orta seviye olarak ölçüldüğü görülmüştür. Epilepsinin tıbbi ve cerrahi tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen yaşam kalitesinin orta düzeyde olması, hastaların bilgi düzeylerinin ve damgalanma durumlarının değerlendirilmesinin önemini ortaya çıkarmaktadır. Olumsuz tutumlar, damgalanma durumları ile depresyon ve anksiyete arasında doğrusal, yaşam kalitesiyle ise ters yönlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Yeni ve ark., 2018).

Literatürde stigma ile nöbet sıklığı ve yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen birçok çalışma olmakla birlikte bu popülasyonda fiziksel aktivite düzeyini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma epilepsi hastalarında fiziksel aktivitenin nöbet korkusu, nöbet sıklığı, stigma ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Epilepsinin Tanımı

Epilepsi nöbeti beyindeki anormal elektriksel deşarj olarak tanımlanır. Epilepsi çoğu zaman sadece bilinç kaybıyla birlikte görülen geçici, istemsiz nöbetlerle seyreder. Dünya genelinde insanların %10'u yaşamları boyunca bir kez nöbet geçirebileceği bildirilmektedir. Ancak tek bir nöbet epilepsi hastalığı anlamına gelmez. Nöbetlerin provoke edilmeden ortaya çıkması ve tekrarlayıcı özellik göstermesi epilepsi hastalığı olarak adlandırılır (İnternet sitesi: World Health Organization, 'Epilepsy'). Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (International League Against Epilepsy (ILAE)) epilepsiyi şu şekilde tanımlamıştır;

1. Provoke edilmeden bir günden fazla arayla ortaya çıkan en az iki nöbet.
2. Bir uyarılmamış nöbet ve ileriki 10 sene boyunca ortaya çıkan iki uyarılmamış nöbet geçirildikten sonra yineleme ihtimali benzer bir diğer nöbet riski.

2.2. Epilepsi Tarihçesi

Tarihte epilepsi kayıtlarına M.Ö. 2000 yılında rastlanmaya başlasa da kelime kökenini eski Yunancadan almaktadır. 'Acı çekmek' ve 'ele geçirmek' anlamına gelen 'Epilambanein' kelimesinden geldiği düşünülmektedir (Orrego ve ark., 2020). Bu tanım nöbetlerin bireyin zihinsel ve bedensel yeteneklerini ele geçirdiğini anlatmaktadır (Khalil ve ark., 2020).

Epilepsi ile ilgili 4000 senelik Akad tabletinde "boynu sola dönük, elleri ve ayakları gergin, gözleri kocaman açık, bilinci yerinde olmayan, ağzından köpükler akan" bir kişinin figürü bulunmaktadır. Babiller Sakikku adlı metinlerinde ise nöbetleri türlerine göre sınıflandırmışlardır. Aynı zamanda metinlerinde uyku ve nöbet gibi epilepsi terimlerini de açıklamışlardır. Nöbetleri vücuda saldıran şeytani güçlerin oluşturduğu inancı hakim olduğundan, bu dönemde, tedavinin ruhsal müdahalelerden meydana geldiği bilinmektedir (Kaculini ve ark., 2021).

Epilepsi, Yunan döneminde ise seliniasmos, kutsal hastalık ve şeytancılık gibi farklı isimlerle anılmıştır. Yunan mitolojisinin en önemli yarı-Tanrılarından Herkül'ün bu hastalıktan

muzdarip olduğuna inanıldığından epilepsiye ‘Herkül hastalığı’ da denilmektedir (Orrego ve ark., 2020). Antik çağda, bu hastalık Tanrılara ve şeytani ele geçirmeye atfedilmiştir ve bu durum epilepsili bireylerden korkulmasına ve izole edilmelerine neden olmuştur (Khalil ve ark., 2020, Kaculini ve ark., 2021). M.Ö. 2000 yıllı Mezopotamya metinlerinde epilepsi ile ilişkili ‘günahın eli’ anlamına gelen antasubbu terimi, Ay Tanrıçasının günahkarları nöbet geçirterek cezalandırması ile bilinmekteydi. Bu nedenle epilepsi kötülüğün bir emaresi olarak düşünülmüştür. Örneğin Romalılar, epilepsi hastalığına insanı mahveden şey anlamına gelen morbus comitialis adını vermiştir (Khalil ve ark., 2020).

Antik çağ düşüncelerini geride bırakan ilk gelişmeler Mısır ve Çinlilere aittir. Hipokratın yaklaşımına yakın olarak epileptik nöbetlerin insanların kafa kısmındaki bozukluktan kaynaklı olduğunu savunmuşlardır. Çinliler ruhani tedavi yöntemlerinden sıyrılıp ot, masaj ve akupunktur tedavilerinden oluşan Yin Yang Wu Xing prensibini kullanmışlardır (Kaculini ve ark., 2021). Epilepsi hakkındaki bu lanetli ve ilahi paradigmaları yıkan ilk kaynak M.Ö. 400 civarında Hipokrat’ın temsilciliğinde hekimler tarafından yazılan ‘Kutsal Hastalık Üzerine’ adlı tıbbi yazılardır. Hipokrat bu kitabında epilepsinin beyindeki sorundan kaynaklandığını açıklamıştır (Khalil ve ark., 2020). Epilepsinin her hastalık gibi tedavisinin olduğu, fakat kronik hale geldiğinde tedavi ihtimalinin olmadığını savunmuştur (Kaculini ve ark., 2021).

Epilepsi yüzyıllar sonra, Hipokratla birlikte gelen gelişmelerle birleşerek hekim ve filozof Galen tarafından iki türe ayrılmıştır: Beyinden kaynaklanan (idiyopatik) ve bedenin diğer bölümlerinden kaynaklanan (sempatik aktivite artışı ile karakterize). Aynı zamanda Galen ‘aura’ durumunu da açıklayarak tedavi yöntemlerine katkı sağlamıştır (Khalil ve ark., 2020). 19. yüzyılda epilepsinin merkezi sinir sistemi tutulumu olduğuna inanılmıştır. Korku, öfke, üzüntü, kafa travması vb. etkenlerin nöbet geçirmeyi tetiklediği açıklanmıştır (Khalil ve ark., 2020).

Beyindeki elektriksel dalgalanmaları ve zihinsel süreçleri inceleyen nöropsikiyatrist Hans Berger, insan üzerinde ilk EEG (Elektroensefalografi) kaydını gerçekleştirmiştir. Berger’in bulduğu bu yeni tetkik epilepsinin tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine büyük katkı sağlamıştır (Khalil ve ark., 2020).

2.3. Epilepsi İnsidansı ve Prevelansı

En yaygın görülen sinir sistemi hastalıklarından ikinci sıraya yerleşen epilepsi insidansı bazı bölgelerde farklılık göstermekle birlikte 20-50/100.000 oranında gösterilmektedir (Sönmez, 2019). Yaşamın ilk yılları ve 60 yaş sonrası epilepsi görülmesinin en olası dönemleridir. Hastalık sıklıkla çocukluk ve gençlik çağlarında ortaya çıkar. İleri yaşlarda ise nörolojik hastalıklara sekonder olarak gelişmektedir (Öge ve Baykan, 2011). Erkeklerde kadınlara göre epilepsi görülme oranı 1.0 – 2.4 kat daha yüksektir. Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) yaptığı araştırmalara göre epilepsi prevelansı gelişmiş ülkelerde %6, gelişmekte olan ülkelerde %18.5 olarak bulunmuştur (Aydın, 2010). Aynı zamanda soygeçmişinde epilepsi öyküsü olan kişilerde epilepsi gelişme ihtimali de artmaktadır (Wallace et al, 1998; Kesim, 2009).

2.4. Epilepsi Epidemiyolojisi

Epilepsi vücudun bir kısmını veya tümünü etkileyebilen, genellikle bilinç kaybı, bağırsak veya mesane fonksiyon bozukluğu ile birlikte görülen istemsiz, kısa süreli, kronik bir beyin rahatsızlığıdır. Dünya genelinde yaklaşık 50 milyon kişi epilepsi hastası olup her yıl yaklaşık 5 milyon kişi epilepsi teşhisi almaktadır. Bireyin yaşamı boyunca yalnızca bir epileptik nöbet geçirme ihtimali %10'dur. Yalnızca bir nöbet geçiren kişilerin genelinde epilepsi gelişmeyebilir. Aktif epilepsisi olan bireylerin total popülasyona yaklaşık oranı binde 4-10 arasındadır (İnternet sitesi: World Healt Organization Epilepsy: A publichealthimperative, Falco-Walter, 2020).

Sosyoekonomik açıdan gelişmiş ülkelerde her yıl 100.000 kişiden 49 kişiye, tüm epilepsili bireylerin %80'ini barındıran gelişmemiş ülkelerde ise 139 bireye epilepsi teşhisi konulduğu varsayılmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi gelişmemiş ülkelerde epilepsi oranının yüksekliği nöbet önleyici ilaçlara ulaşılamaması, sıtma veya nörosistiserkoz gibi enfeksiyöz hastalıkların görülme riskinin fazlalığı, trafik kazalarının daha sık görülmesi, doğum esnasında yaşanan sorunlar, tıbbi altyapıdaki yetersizlikler, koruyucu sağlık programlarının yetersizliği gibi faktörler ile açıklanmaktadır (İnternet sitesi: World Healt Organization Epilepsy: A public health imperative, Falco-Walter, 2020). Son yıllarda, peripartum ve postpartum bakım hizmetlerinin yaygınlaştığı, çevresel sanitasyonun iyileştiği ve bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alındığı bölgelerde çocuklarda epilepsi sıklığının azaldığı bildirilmektedir (Beghi, 2020).

Epilepsinin görülme sıklığı kadınlara oranla erkeklerde daha yüksektir. Bunun nedeni, risk faktörlerinin cinsiyetler arasındaki dağılımındaki farklılıklar ve kadınların bazı sosyokültürel nedenlerle hastalığı gizlemesi olabilmektedir (Falco-Walter, 2020).

2.5. Epilepsi Etiyolojisi

Epileptik nöbetler, merkezi sinir sisteminin (MSS) belirli bölgelerindeki uyarılma ve inhibisyon arasındaki dengesizliğin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. ILAE'nin 2017 yılında yaptığı epilepsi sınıflamasında epilepsi hastalığının etiyolojisi 6 ana başlık altında ele alınmıştır. Bu başlıklar; yapısal, genetik, enfeksiyöz, metabolik, immün ve bilinmeyen nedenlidir (Vera Gonzales, 2022). Genellikle gerçekleştirilen ilk tetkik MRI (Manyetik Rezonans) yöntemi olup yapısal etiyoloji sorgulanmaktadır (Scheffer ve ark., 2017). Fakat bu ana başlıklar hiyerarşik değildir, belirli sıralamaları yoktur. Bireyin epilepsi durumu birden çok nedene bağlı olabilmekte ve etiyolojik faktöre göre tedavi öncelikleri değişmektedir. Örneğin, tüberoz sklerozlu bireylerde epilepsinin nedeni hem yapısal hem de genetik olabilir. Bu durumda yapısal etkenler cerrahi tedavi planlamasında önemliyken, genetik nedenler mTOR inhibitörleri gibi hedefe yönelik tedaviler ve genetik danışmanlık açısından önem taşır. (Vera-Gonzalez, 2022, Scheffer ve ark., 2017).

ILAE tarafından revize edilen 2017 yılı epilepsi ve nöbet tipleri sınıflandırmaları aşağıdaki şekilde verilmiştir:

1- Yapısal Etiyoloji

Hipokampal skleroz, neoplazmlar, anormal damar oluşumları, vasküler lezyonlar, travma nedenli beyin hasarı gibi durumlar nöbetlerin yapısal bir nedene bağlı olduğunu göstermektedir. Nörogörüntüleme ile birlikte yapılan elektro-klinik değerlendirme prognozu belirlemeye yardımcı olmaktadır (Balestrini ve ark., 2021).

2- Genetik Etiyoloji

Kalıtsal nedenler, nöbetlerin altında yatan genetik bir değişiklikten kaynaklandığı durumlardır. Genetik etiyoloji kapsamına giren birçok epilepsi türü bulunmaktadır; ancak bu durumlardan sorumlu olan tüm genler henüz tam olarak belirlenememiştir. Genetik epilepsilere en sık verilen örneklerden biri, vakaların %80'inden fazlasında patojenik SCN1A gen varyantının tespit edildiği Dravet sendromudur. Etiyolojiler genetik temelli de olsa çevresel

faktörler dışlanamaz. Uyku yoksunluğu, stres gibi nedenler de epilepsiye yol açmada önemli etkiye sahiptir (Scheffer ve ark., 2017).

3- Enfeksiyöz Etiyoloji

Doğrudan beyin dokusunu etkileyen serebral enfeksiyonlar, dünya genelinde epilepsi ve nöbetlerin en yaygın nedenleri arasında yer almaktadır. Bu enfeksiyonlar, organizmaların toksin üretimi ve inflamasyon gibi çeşitli mekanizmalar aracılığıyla beyin dokusunda hasara yol açarak nöbet gelişimine neden olmaktadır. Mortalitesi yüksek olduğundan enfeksiyon kaynaklı etiyolojiler acil tedavi gerektirmektedir (Balestrini ve ark., 2021).

Bakteriyel menenjit, viral ensefalit, sıtma, herpes simplex virüsü, sitomegalovirüs, varisella zoster, enterovirüsler, tüberküloz, humon immunodeficiency virüs gibi enfeksiyonlar epilepsi ile ilişkili enfeksiyon nedenleri arasındadır (Balestrini ve ark., 2021).

4- Metabolik Etiyoloji

Metabolik nedenli nöbetler, epilepsiye yol açan tanımlanmış bir metabolik bozukluğun varlığıyla karakterizedir. Bu tür epilepsiler genellikle belirgin klinik semptomlarla ve kan testlerinde gözlemlenen biyokimyasal değişikliklerle kendini gösterir. Metabolik etiyoloji genetik ya da edinilmiş olabilir. Karaciğer veya böbrek yetmezliği, beslenme bozuklukları ve bazı otoimmün hastalıklar metabolik kaynaklı epilepsiye örnek teşkil eder (Balestrini ve ark., 2021). Epilepsinin metabolik nedenlerinin doğru şekilde tanımlanması, uygun tedavi ve çeşitli terapötik yaklaşımlarla nöbetlerin önlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Cota ve ark., 2021).

5- İmmün etiyoloji

Vücudun kendi dokularını yabancı olarak algılayıp bunlara karşı bağışıklık tepkisi geliştirmesi sonucunda ortaya çıkan nöbetlerle karakterize epilepsi türü, immün (otoimmün) kaynaklı epilepsi olarak adlandırılır. Bu durum, bağışıklık sisteminin fonksiyonlarındaki bozulmalara bağlı olarak gelişir. Son yıllarda, otoimmün süreçlerle ilişkili inflamasyonun epilepsi patogenezindeki rolü giderek daha fazla önem kazanmıştır (Flammer ve ark., 2023). İmmün kaynaklı epilepsiler, immünomodülatör ajanlarla tedavi edilebilmektedir. Anti-NMDA reseptör ensefaliti, LGI1 antikor ilişkili epilepsi ve limbik ensefalit gibi durumlar, immün etiyolojili epilepsilere örnek olarak gösterilebilir (Balestrini ve ark., 2021).

6- Bilinmeyen etiyoloji

Epilepsili bireylerin yaklaşık üçte birinde hastalığın etiyolojisi belirlenememektedir (Balestrini ve ark., 2021). Bilinmeyen nedenli epilepside, örneğin frontal lob epilepsisi gibi belirli bir tanı konması mümkün değildir. Bu durumda, bireyde yapılan kapsamlı değerlendirmelerle altta yatan nedenin saptanmasına çalışılır (Scheffer ve ark., 2017).

2.6. Epilepsi Patofizyolojisi

Epilepsinin patofizyolojisi, beyin organizasyonunun farklı düzeylerinde yer alan çok sayıda nörobiyolojik faktörün etkileşimini içeren karmaşık bir süreçtir. Bu karmaşık olgular, farklı işlevsel seviyelerde değerlendirilmesi gereken alternatif araştırma yaklaşımlarını gerektirir (Cota ve ark., 2021).

Epileptojenik odağın hipereksitabiliteye (aşırı uyarılabilirlik) maruz kalması, beyin organizasyonunun moleküler, hücresel ve sinir ağı düzeylerindeki nörobiyolojik faktörlerle ilişkilidir. Nöronal hipereksitabilite, bir sinir hücresinin uyarıya karşı verdiği artmış yanıt olarak tanımlanır. Hipereksitabiliteye katkıda bulunan başlıca mekanizmalar şunlardır: postsinaptik nöron membranındaki artmış NMDA aracılı uyarılma, azalmış GABA aracılı inhibisyon, eksitasyon-inhibisyon dengesinin bozulması, yetersiz potasyum tamponlaması, iyon taşıyıcıların disfonksiyonu, glial hücre işlev bozuklukları, hücre şişmesi, dendritik yapısal anormallikler ve dendritik kanalopatiler. Bu patolojik mekanizmalar, nöronlardaki elektriksel aktiviteyi anormal derecede arttırarak ve hipereksitabiliteye neden olarak epileptik nöbetlerin gelişimine zemin hazırlar. Uyarılma eşiği aşıldığında, oluşan epileptiform aktivite sinir ağları aracılığıyla beyne yayılır ve vücutta fizyolojik tepkilere yol açar (Cota ve ark., 2021).

2.7. Epilepsi Sınıflandırılması

Nöbet geçiren bireylerin değerlendirilmesinde epilepsi sınıflandırması temel klinik kriterlerden biridir. 1909 yılında kurulan ve kuruluşundan bu yana epilepsilerin sınıflandırılması üzerine çalışmalar yürüten Uluslararası Epilepsi Birliği (ILAE), 1960'ların başından itibaren güncel sınıflandırma terimleriyle epilepsi alanındaki önemini artırmıştır. ILAE'nin 1985 yılında geliştirdiği ve 2017 yılında revize ettiği 'Epilepsi ve Epileptik Sendrom Sınıflandırması' dünya genelinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Scheffer ve ark., 2017) (Bkz. Tablo 2.1).

Tablo 2.1. ILAE Sınıflamasına Göre Nöbet Tipleri (Fisher ve ark., 2017)

Fokal başlangıçlı	**Jeneralize başlangıçlı**	**Bilinmeyen başlangıçlı**
Farkındalık korunmamış	Motor	Motor
Farkındalık korunmuş	Otomatizmal	Tonik-klonik
Motor başlangıçlı	Atonik	Epileptik spazm
Otomatizmal	Klonik	
Atonik	Epileptik spazmlar	**Motor olmayan**
Klonik	Hiperkinetik	Davranışsal duraksama
Epileptik spazmlar	Myoklonik	
Hiperkinetik	Tonik	**Sınıflandırılamayan epilepsiler**
Myoklonik		
Tonik	**Absans (Motor olmayan)**	
	Tipik	
Motor başlangıçlı olmayan	Atipik	
Otonomik	Myoklonik	
Davranışsal duraksama	Göz kapağı myoklonisi	
Bilişsel		
Emosyonel		
Duyusal		

Fokal nöbetler, beynin bir yarımküresi içinde sınırlı sinir ağlarında ortaya çıkar ve bazen subkortikal yapılarda da gözlemlenebilir. Bu nöbetler, sınırlı bir bölgede ayrık şekilde veya daha geniş bir alana yayılmış biçimde olabilir. Fokal nöbetlerin seviyeleri, hastanın farkındalık düzeyine göre değişir. Farkındalık, bireyin kendisi ve çevresiyle ilgili bilgi sahibi olma hali olarak tanımlanır. Fokal nöbet çeşitlerinde bilinç genellikle açıktır ve geçici epileptik amnezi dışında belirgin bir unutkanlık görülmez. Fokal başlangıçlı motor nöbetlerde, birey nöbet sırasında ağız şapırdatma, dolaşma, soyunma veya alkışlama gibi tekrarlayan hareketler yapabilir; bu davranışlara otomatizm denir. Motor olmayan fokal nöbetlerde ise otonomik belirtiler; örneğin vücutta ateş artışı, hipertansiyon, diyare ya da konstipasyon gibi gastrointestinal sorunlar görülebilir. Ayrıca, bireyin hareket halindeyken aniden duraklaması ve sabit pozisyonda kalması davranışta duraklama olarak adlandırılır. Bilişsel nöbetlerde bilişsel işlevlerde gerileme olurken nöbet öncesi sakin ve mutlu olan birey, nöbet sonrası bilinçsiz şekilde gülme ya da ağlama gibi duygusal belirtiler gösterebilir; bu durum emosyonel nöbet türüne işaret eder (Fisher ve ark., 2017).

Jeneralize başlangıçlı nöbetler, motor ve motor olmayan (absans) olmak üzere iki ana gruba ayrılır. Nöbetin başlangıcında tonik evre, ardından klonik evre görülür. Tonik evrede kaslarda kasılma, klonik evrede ise kaslarda seğirme olur. Bu nöbetlerde çığlık atma, düşme ve

dil ısırma gibi durumlar yaşanabilir. Jeneralize myoklonik nöbetlerde ise vücudun farklı bölgelerinde ani kas kontraksiyonları oluşur. Sıklıkla kollarda ve bacaklarda aniden gelişen ve ardından sıçrama hareketleriyle karakterize olan nöbetlere myoklonik-atonik nöbetler denir. Jeneralize başlangıçlı nöbetlerde farkındalık kriteri değerlendirilmez (Fisher ve ark., 2017).

Bilinmeyen başlangıçlı nöbetlerde tonik-klonik, motor olmayan ya da sınıflandırılmamış olmak üzere gruplandırılmıştır (Fisher ve ark., 2017).

Sınıflandırılamayan epileptik nöbetler ise, diğer kategorilerdeki özelliklere uymayan ve yeterli bilgi olmaması nedeniyle tanımlanamayan nöbet tipleridir (Fisher ve ark., 2017)

2.8. Epilepsi Belirti ve Bulguları

Hastalığın temel belirtisi yineleyen nöbet aktiviteleridir. Nöbetler, gerçekleştiği beyin bölgesine göre çeşitli yollarla bireyleri etkisi altına almaktadır. Nöbet çeşidine göre belirti ve bulgular da değişiklik göstermektedir. Örneğin; kimi nöbet bedenin kasılıp titremesine yol açarken kimi senkop veya halüsinasyonlara sebebiyet verebilmektedir (Beghi, Giussani 2018, Chakraborty ve ark., 2021)

Bireylerde nöbet öncesinde aura görülebilmektedir. Aura nöbetin öncüsü olup bireyin nöbet geçirme anı tahminini arttırmaktadır (Anwar ve ark., 2020). Nöbet esnasında görülen konvülsiyona çene kilitlenmesi, idrar inkontinansı, postiktal bilinç bulanıklığı gibi belirtiler eşlik eder, nöbet saniyeler veya dakikalar boyunca sürebilmektedir. En sık görülen nöbet tetikleyicileri arasında uykusuz kalma, anksiyete durumları yer almaktadır (Bora ve ark., 2008)

2.9. Epilepsi Tanı Yöntemleri

Nöbet öyküsü ile başvuran bireylerde en kritik adım, epilepsinin ayırıcı tanısının doğru şekilde yapılmasıdır. Tüm nöbet tablosu epilepsi olarak değerlendirilemeyeceği gibi, beklenen nöbet tipi tüm epilepsi türlerinde aynı şekilde görülmez. Doğru tanı konulamadığı durumlarda, bireylerin yaklaşık %25'inin gereksiz antiepileptik ilaç kullandığı hesaplanmıştır (Blume ve ark., 2001; Akdağ ve ark., 2016). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, epilepsi tanısı alan ve uygun tedavi verilen bireylerin yaklaşık %70'i nöbetsiz izlenebilir (Falco-Walter, 2020).

Tanıda en önemli yöntem, hastadan veya nöbete tanık olmuş yakınından ayrıntılı anamnez alınmasıdır. Bireyin nöbet süresi, seyri, nöbet sırasında verdiği tepkiler ve davranışlar

ile nöbetin nasıl başladığı dikkatle değerlendirilmelidir. Ayrıca, aile veya akrabalarda epilepsi öyküsünün olup olmadığı da sorgulanmalıdır. Epilepsi tanısı almış bireyler, ileride nöbet geçirirken yanlarında olacak kişileri nöbet sürecini gözlemlemeleri veya video kaydı almaları konusunda teşvik edebilir (Akdağ ve ark., 2016; Engel, 2006).

İleri tetkik yöntemleri arasında elektroensefalografi (EEG), laboratuvar incelemeleri ve nörogörüntüleme yöntemleri yer alır. Nörogörüntüleme teknikleri olarak bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRI), pozitron emisyon tomografisi (PET), tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi (SPECT), difüzyon tensör görüntüleme (DTI), serebral anjiyografi ve lomber ponksiyon (LP) gibi yöntemler kullanılabilmektedir (Bingöl, 2012; Epilepsi Tanı ve Tedavi Rehberi).

2.10. Epilepsi Tedavisi

Epilepsinin tedavisinde ilaçlardan ve bazı durumlarda cerrahi yöntemlerden yararlanılmaktadır. Tedavide temel hedef nöbet kontrolünün sağlanmasıdır. Nöbetleri tümden durdurmak veya sıklığını mümkün olduğunca azaltmak amaçlanır. Bunun yanında status epileptikus, ani beklenmedik ölüm (SUDEP) gibi komplikasyonlardan hastayı korumak ve psikolojik iyiliği sürdürmek tedavinin diğer önemli hedefleri arasındadır (Liu ve ark., 2017, Akoluk, 2017, Acaroğlu; Yılmaz, 2016).

Epilepsi tanısı kesinleştikten sonra tedavinin ilk basamağı çoğunlukla farmakolojiktir. Fakat hastaların yaklaşık %30'u farmakolojik tedaviye direnç göstermektedir (Liu ve ark., 2017). İlaç tercihinde öncellikle nöbetin türü belirlenir ve birey için en makul monoterapi tespit edilmeye çalışılır. Antiepileptik ilaçlar, düzenli olarak kullanıldığında %65 ile %75 arasında nöbet kontrolü sağlamaktadır (Akdağ ve ark., 2016). Ömür boyu kullanım gerektirmesi ve neden olabildikleri yan etkiler ilaçlara uyumu bozabilmektedir (Akoluk, 2017, Acaroğlu; Yılmaz 2016). İlaç tedavisine uyum göstermeyen, ilaç tedavisine yanıt vermeyen, ilaçlarını düzenli kullanmasına rağmen nöbet sayısı ve sıklığında azalma olmayan, ilaçlara karşı alerji veya yan etki gösteren hastalarda ketojenik diyet (yüksek yağlı ve düşük karbonhidratlı diyet), derin beyin stimülasyonu, vagal sinir uyarımı ve cerrahi tedavi gibi seçeneklere başvurulabilmektedir (Akdağ ve ark., 2016).

2.11. Epilepsi ve Fiziksel Aktivite / Egzersiz

Nöbet kontrolü sağlamada en önemli tedavi yöntemi farmakoterapi olmakla birlikte, bazı durumlarda buna ilave olarak nonfarmakolojik yöntemler de önerilmektedir. Nnonfarmakolojik yöntemler arasında akupunktur, bitkisel tedavi, kiropratik bakım, müzikle terapi teknikleri, stres yönetimi, yoga ve egzersiz sayılabilir (Arida ve ark., 2013). Nefes terapisi gibi anksiyete önleyici yöntemler de sık kullanılanlar arasındadır. Nöbet olasılığının oluşturduğu strese karşı vücudun gösterdiği reaksiyonları önlemek ve bireyi yatıştırmak amacıyla nefes terapisi ve düzenli fiziksel aktivite önerilmektedir (Sathaprabha ve ark., 2008).

Etki mekanizması tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte fiziksel aktivitenin epilepside yararlı olabileceği öne sürülmüştür. Düzenli bir program dahilinde fiziksel aktivite yapan epilepsili bireylerin, sedanter epilepsili bireylere göre daha az nöbet geçirdiği bildirilmiştir. Aynı zamanda epilepsili hastalarda psikiyatrik komorbiditelerin sık görüldüğü de bilinmektedir. Hastalara özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları yaşamakta ve bu etkilerin sonucunda yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Epilepsi hastalarında serotonin, dopamin, noradrenalin, GABA, glutamat gibi ruh sağlığını etkileyen nörotrasmitterlerin anormaliğine rastlanmaktadır. Fiziksel aktivite ve egzersizin serotonin, noradrenalin ve dopamini düzenleyerek anksiyeteyi azaltma; nörotrofinleri düzenleme ve hipotalamo-hipofizer-adrenal aktiviteyi azaltma yoluyla nöbet duyarlılığını azaltabileceği belirtilmektedir (Sathyaprabha ve ark., 2008).

Epilepsi hastalarında fiziksel komorbiditelerin yanı sıra psikiyatrik hastalıklar da sık görülür. Bunlardan en yaygın görüleni depresyon ve anksiyetedir. Çalışmalar, düzenli fiziksel aktivitede bulunmanın serotonin, dopamin gibi ruh sağlığını etkileyen nörotransmitterleri arttığı ve bunun sonucunda duygudurum bozukluklarını da iyileştirdiğini bildirmektedir. Böylece anksiyete seviyesi düşerek ve stres hormonları yatışarak nöbet duyarlılığı azalır. Bunun için yorucu olmayan aerobik egzersizler önerilir (Arida ve ark., 2013). Ayrıca epilepsili bireyler valproat vb. antiepileptik ilaçlar nedeniyle sağlıklı popülasyona göre daha yüksek beden kitle indeksli olma eğilimindedir (Allendorfer; Arida, 2018). Bu durum da dikkate alındığında bu hasta grubunda fiziksel aktivitenin faydaları daha da artmaktadır.

Yapılan çalışmalarda epilepsili bireylerin düzenli fiziksel aktivitede bulunmadığı, boş zamanlarında fiziksel aktiviteye yer vermedikleri, spor aktivitelerine katılımlarının düşük olduğu belirtilmiştir (Biorholt ve ark., 1990; Arida ve ark., 2003; Elliot ve ark., 2008; Kobau

ve ark., 2002; Nakken, 1999). Epilepsili bireylerin, hastalığa sahip olmayan bireylere göre fiziksel aktiviteye katılımının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Vancampfort ve ark. 2019; Johnson ve ark. 2020). Epilepsili hastaların fiziksel aktivite düzeyinin incelendiği bir çalışmada fiziksel aktivitenin önündeki engeller arasında çevre tarafından aşırı korunma, fiziksel kısıtlamalar ve hem sağlık personelleri hem de spor eğitmenleri tarafından yapılan yanlış bilgilendirmeler sıralanmıştır. Fiziksel aktivitenin faydaları konusunda artan bilgi birikimine rağmen epilepsili bireylerin yanlış bilgi ve inançlar nedeniyle fiziksel aktivitede bulunmaktan çekindikleri anlaşılmaktadır (Allendorfer; Arida, 2018; Steinhoff ve ark., 1996). Fiziksel aktivitenin önündeki en önemli engellerden biri, hastaların fiziksel aktivitenin kendileri için sakıncalı olabileceğini düşünmesidir. Bu hem fiziksel aktivitenin nöbet sıklığını arttırabileceği yönündeki yanlış inançtan kaynaklanabileceği gibi aktivite esnasında nöbet geçirme ve yaralanma korkusundan kaynaklanabilmektedir (Johnson ve ark. 2020). Uluslararası Epilepsi ile Mücadele Birliği (ILAE) Görev Gücü'nün spor ve epilepsi konusundaki risk değerlendirme raporuna göre, yalnızca birkaç ağır spor dalının epilepsili bireyler tarafından yapılmaması önerilmektedir. Bununla birlikte, fiziksel aktivitenin nöbet sıklığını ve şiddetini azaltabileceği, ayrıca nöbeti tetikleme riskinin bulunmadığı belirilmiştir (Capovilla ve ark., 2016).

2.12. Epilepsi ve Nöbet Korkusu

Epilepsili bireyler, nöbet geçirme korkusuyla günlük yaşamlarında sıklıkla "öngörülemezlik hissi" yaşamaktadır. Bu korkunun tamamen ortadan kalkması her zaman mümkün olmasa da, hastaların epilepsiyi kabullenip nöbet geçirme olasılığıyla yaşamayı öğrenmeleri önemlidir. Nöbet korkusu yalnızca hastayı değil, aynı zamanda aile üyeleri, arkadaşlar ve yakın çevresindeki bireyleri de etkileyen bir durumdur.

Epilepsili bireyler nöbet geçirme korkusunun yanı sıra, antiepileptik ilaçların olası yan etkileri ve hastalığın gelecekteki seyrine ilişkin belirsizlik gibi konularda da kaygı duymaktadır. Tüm bu korkular, bireyin ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Kanner ve ark., 2024).

Weiss ve arkadaşlarının (2022) yaptığı bir çalışmada, epilepsili bireylerde nöbet korkusunun cinsiyet ve psikiyatrik komorbidite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, 69 epilepsi hastasına nöbet korkusuyla ilgili bir anket uygulanmış; sonuç olarak 19 kişiye nöbet korkusu tanısı konmuş, 7 bireyin ise geçmişte bu korkuyu yaşadığı belirlenmiştir. Özellikle

kadın bireylerde ve anksiyete düzeyi yüksek hastalarda nöbet geçirme korkusunun daha yaygın olduğu saptanmıştır (Weiss ve ark., 2022).

Nöbet korkusu, sanıldığından daha sık görülen ve epilepsinin yalnızca nörolojik değil, aynı zamanda psikiyatrik boyutunu da içeren bir sorundur. Bu nedenle epilepsili bireylerin takibini yapan sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Sağlık personelinin, nöbet korkusunu tanılayabilmesi; bireye uygun eğitim, psikososyal destek ve gerekirse psikolojik danışmanlık sunması, bu korkuyla baş etmede kritik rol oynamaktadır (Weiss ve ark., 2022).

2.13. Epilepsi ve Stigma

"Damga" kelimesini ilk kullananlar Yunanlılardır. Antik Yunan'da köle, suçlu veya hainler; kaçmalarını önlemek ve kaçtıklarında kolayca tanınmalarını sağlamak amacıyla keskin uçlu bir aletle damgalanırlardı. Bu şekilde işaretlenen kişiler, toplum tarafından kirlenmiş ve dışlanması gereken bireyler olarak görülürdü. Kamusal alanlarda bu kişilere yaklaşılmaması gerektiğine inanılırdı (Demirel & Okçin, 2020).

Stigma, kötü etiket, utanç, leke veya dışarıdan fark edilen bir işaret olarak tanımlanır (Morrell, 2002). Sağlık alanında ise stigma; belirli bir sağlık sorunu ile ilişkilendirilen birey veya topluluğa karşı gelişen olumsuz toplumsal yargı ya da beklentiler sonucu ortaya çıkan dışlanma, yargılanma ve aşağılanmayla karakterize bir sosyal durum ve bireysel deneyimdir (Van Rie ve ark., 2008).

Epilepsili bireylerde görülen fiziksel belirtiler – tonik/klonik konvülsiyonlar, donakalma, bilinç kaybı ve aniden gelişen nöbetler – hastanın ve ailesinin toplumda ayrımcılık, önyargı ve suçlamalara maruz kalmasına neden olabilmektedir. Nöbetlerin sık yaşanması, nöbet sırasında yaralanma riski ya da bireyin kendine veya çevresine zarar verebileceği düşüncesi, stigmanın artmasına yol açan etkenlerdendir. Epilepsi ile ilgili toplumsal önyargılar ve yanlış inanışlar toplum kaynaklı stigmanın temel nedenidir. Bu önyargılar toplumda epilepsili bireylerin çalışamayacağı, evlenemeyeceği ya da çocuk sahibi olamayacağı yönünde düşüncelere neden olmaktadır (Demirel & Okçin, 2020).

Stigma, bireyde anksiyete ve stres oluşturarak yaşam kalitesini azaltır. Epilepsili bireyler, stigmanın yarattığı bu olumsuz ortamdan etkilenerek sosyal izolasyon ve

savunmasızlık yaşayabilmektedir (Manzanares ve ark., 2024). Stigma ile mücadelede öncelikli olarak toplumun bilgi eksikliğini gidermek ve farkındalığı artırmak gereklidir. Ayrıca, bireyin de olumsuz düşüncelerle başa çıkma becerileri geliştirmesi önemlidir. Sadece toplumun değil, bireyin kendi hastalığı hakkında sahip olduğu yanlış bilgiler de stigma düzeyini artırabilmektedir (Demirel & Okçin, 2020).

2.14. Epilepsi ve Yaşam Kalitesi

Epilepsili bireylerin yaşam kalitesi birçok farklı etkene bağlı olarak değişmektedir. Bu etkenlerin başında nöbet sıklığı, nöbet süresi, antiepileptik ilaç kullanımı, polifarmasi (birden fazla ilaç kullanımı), ilaçların yan etkileri ve komorbid sağlık sorunları (diyabet, migren, artrit vb.) gelmektedir. Nöbet zamanlarının öngörülememesi, epilepsili bireylerde özellikle günlük yaşam ve sosyal ortamlarda endişe ve savunmasızlık hissi yaratmaktadır. Nöbet sırasında idrar inkontinansı, bilinç kaybı, kasılma ve titreme gibi belirtilerin her an ortaya çıkabileceği düşüncesi bireyleri sosyal izolasyona yöneltebilmektedir. Bu durumlar aynı zamanda psikososyal açıdan da olumsuz etkiler yaratmakta; depresyon, anksiyete ve özsaygı düşüklüğü gibi sorunlarla birlikte yaşam kalitesinde bozulmalara ve tedavi sürecinin aksamasına neden olmaktadır (Hu ve ark., 2024).

"Yaşam kalitesi" terimi epilepsi bağlamında ilk kez 1990 yılında bir söyleşide kullanılmıştır. Bu kavram, bireyin yalnızca fiziksel sağlığını değil; psikolojik, sosyal ve ekonomik iyilik halini de kapsayan bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. Geleneksel anlayışta epilepsinin tedavisi yalnızca nöbet kontrolü ile sınırlı kalmaktayken, günümüzde hedef nöbetlerin kontrol altına alınmasının yanı sıra bireyin yaşam kalitesini de artırmak olmalıdır (Özer ve ark., 2017).

Her ne kadar nöbet kontrolü epilepsi yönetiminin temel hedefi olsa da, yaşam kalitesinin yükseltilmesi de en az onun kadar önemlidir. Tedavi başarısını yalnızca nöbet sıklığına indirgemek, hastalığın diğer yönlerini göz ardı etmek anlamına gelir. Bu nedenle nöbetlerin şiddeti, kullanılan ilaçların olası yan etkileri ve bireyin günlük yaşamını olumsuz etkileyen diğer unsurlar da göz önünde bulundurulmalıdır (Blond ve ark., 2016).

Epilepsi hastalarıyla yapılan birçok araştırma, epilepsili bireylerin genel nüfusa kıyasla daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Bu durumun en önemli nedenleri tekrarlayan nöbetler ile psikiyatrik ve bilişsel bozukluklardır. Bireylerin eski sağlıklı

yaşamlarına dönemedikleri yönündeki inançları, hastalığın kronik doğası, nöbetlere dair belirsizlikler ve ölüm korkusu, stres ve anksiyeteye neden olabilmektedir. Epilepsinin yol açtığı sosyal izolasyon, sosyal uyum güçlükleri, iş ve okul performansında düşüş, evlilik sorunları ve genel sosyalleşme eksikliği gibi psikososyal problemler de bu duruma eşlik etmektedir (Görgülü & Fesci, 2011).

Epilepsili bireylerin hastalıklarının nedenini tam olarak bilmemeleri, ilaç tedavisine dair farkındalıklarının düşük olması ve psikolojik ya da sosyal sorunları göz ardı etmeleri, tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle, epilepsiyle yaşayan bireyler, aileleri ve toplum genelinde epilepsinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri hakkında kapsamlı bilgilendirme yapılması gerekmektedir (Özer & Bölükbaş, 2017).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma epilepsi hastalarında fiziksel aktivitenin nöbet korkusu, nöbet sıklığı, stigma ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Aralık 2024 – Şubat 2025 tarihleri arasında Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği Epilepsi Polikliniğinde yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G-Power yazılımı kullanılmıştır. Örneklem hesaplamasında %5 yanılma düzeyi, 0.4 etki büyüklüğü, 0.90 güç düzeyine ulaşmak için en az 47 katılımcıya ihtiyaç duyulduğu saptanmıştır. Çalışma 120 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Rutin poliklinik kontrolüne gelen hastalardan aşağıda belirtilen kriterlere uyanlar çalışmaya davet edilmiş, kabul edenler ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri:

- 18 yaş ve üstü,
- Epilepsi tanısı almış olan,
- Türkçe okuma yazma bilen,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalar

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

- Epilepsi dışında fiziksel aktiviteyi etkileyebilecek herhangi bir ciddi hastalığı olan,
- İletişim kurmayı etkileyebilecek düzeyde ciddi herhangi bir sağlık sorunu olanlar

3.5. Araştırmanın Yöntemi

Çalışma Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği Epilepsi Polikliniği`ne rutin takip amacıyla Aralık 2024 – Şubat 2025 tarihleri arasında gelen 120 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Hastalara yüz yüze görüşme yöntemi ile Hasta Bilgi Formu, Uluslarası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa Form), Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeği (D-RFS), Epilepside Stigma Ölçeği ve Epilepsi Yaşam Kalitesi Ölçeği formları uygulanmıştır.

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Hasta Bilgi Formu: Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerini ve hastalık süreçlerini ile ilgili özellikleri sorgulayan sorulardan oluşan bir anket formu kullanıldı.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) (Kısa): Bu araştırmada bireylerin fiziksel aktivite seviyelerini tespit etmek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ) kısa formu kullanılmıştır. Craig ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Öztürk tarafından üniversite öğrencilerinde yapılmıştır. Bu anket oturma, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktiviteler ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Bütün aktivitelerin değerlendirilmesinde her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dk yapılıyor olması ölçüt alınmaktadır. Fiziksel aktivitelere ilişkin enerji tüketimlerinin hesaplanmasında, her bir aktivitenin haftalık süresi (dakika) ile Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi için oluşturulan MET enerji değerleri (istirahat oksijen tüketiminin katları) çarpılmıştır. Böylece her bir birey için fiziksel aktivitelerine ilişkin enerji tüketimleri METdk/hafta biriminde elde edilmiştir (Kızar ve ark. 2016). Ölçek puanları esas alınarak fiziksel aktivite düzeyleri "fiziksel olarak aktif", "minimal aktif" ve "inaktif" şeklinde sınıflandırılmaktadır (Vural ve ark, 2010; Craig ve ark, 2003).

Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeği (D-RFS): Shamsalinia ve ark tarafından 2020 yılında epilepsi hastalarında hastalıkla ilgili korkuyu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Bahçecioğlu Turan ve arkadaşları tarafından 2023 yılında yapılmıştır. D-RFS 27 maddeden oluşmkatadır. "Nöbet sonuçlarının korkusu" (ilk 16 madde) ve "Hastalığın uzun dönem sonuçlarının korkusu" (son 11 madde) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 4lü likert tipinde olup maddeler "çok düşük" (1) ve "çok yüksek" (4) arasında puanlanmaktadır. Ölçekte puan artışı hastalıkla ilgili korkunun arttığını

göstermektedir. Ters kodlanan madde yoktur. Ölçeğin Cronbach alfa değerinin alt boyutlar için 0.970- 0.975 arasında değiştiği, toplam ölçek içinse 0.950 olduğu bildirilmiştir (Shamsalinia ve ark. 2020; Bahçecioğlu Turan ve ark. 2023).

Epilepside Stigma Ölçeği: Epilepsili bireylerde stigmayı değerlendirmek amacıyla Yıldırım tarafından geliştirilen 32 maddelik bir ölçek olup maddeler dörtlü likert şeklindedir. Ölçek izolasyon, ayrımcılık, yetersizlik, yanlış inançlar ve stigma direnci olmak üzere toplam 5 alt boyuttan oluşmaktadır. En düşük 25, en yüksek 100 puan alınabilen ölçeğin kesme puanı 50'dir. 31. ve 32. soruların puanı ters çevrilerek toplam puana eklenmektedir. Cronbach alfa katsayısı 0,915 olarak bildirilmiştir (Baybaş ve ark. 2017).

Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLIE-31): Mollaoğlu ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmış 31 maddelik bir ölçektir. Ölçek nöbete ilişkin kaygılar (5), emosyonel iyilik (5), enerji/yorgunluk (4), sosyal fonksiyon (5), bilişsel fonksiyon (6), ilaçların yan etkileri (3), toplam yaşam kalitesi (2) ve toplam iyilik halini değerlendiren 7 alt boyuttan meydana gelmektedir. Ölçekten 0 ila 100 arasında puan alınabilmektedir. Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak bildirilmiştir (Mollaoğlu ve ark. 2015).

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı. Çalışmanın Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nde yapılabilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alındı. Araştırmada uygulanan ölçek ve anketlerin izinleri yayın sahiplerinden alındı.

3.8. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, min ve max değerleriyle, nitel değişkenler frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks test ve Box Plot grafiklerden yararlanıldı.

Normal dağılım gösteren niceliksel iki grup değerlendirmelerinde Student t-test; üç grup ve üzerindeki karşılaştırmalarında Oneway Anova test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki gruba göre değerlendirmelerinde Mann Whitney-U test; üç grup ve üzeri karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde dağılıma göre Pearson veya Spearman's korelasyon analizi yapıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson's Ki-Kare test ve Fisher Freeman Halton test kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışma %48,3'ü (n=58) kadın ve %51,7'si (n=62) erkek olmak üzere toplam 120 epilepsi hastası ile yapılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 37,52±9,67'dir (18-62). Yarıdan fazlası (%59,2, n=71) evlidir, %58,3'ünün (n=70) çocuğu vardır. Katılımcıların %13,4`ü (n=16) ortaokul veya daha düşük eğitimli, %41,7'si (n=50) lise, %45'i (n=54) üniversite mezunu olup %41,7'si (n=50) çalışmaktadır. Hastaların çok küçük bir bölümü yalnız yaşamaktadır (%5,8, n=7) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		n (%)
Cinsiyet	**Kadın**	58 (48,3)
	Erkek	62 (51,7)
Yaş	*Ort±Ss*	37,52±9,67
	Medyan (Min-Maks)	36,5 (18-62)
Medeni durum	**Evli**	71 (59,2)
	Bekar	49 (40,8)
Çocuk	**Yok**	50 (41,7)
	Var	70 (58,3)
Eğitim durumu	**Okuryazar**	2 (1,7)
	İlkokul	11 (9,2)
	Ortaokul	3 (2,5)
	Lise	50 (41,7)
	Üniversite	54 (45,9)
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	50 (41,7)
	Çalışmıyor	70 (58,3)
Sosyal güvence	**Yok**	108 (90,0)
	Var	12 (10,0)
Kiminle yaşıyor?	**Kardeş ile**	2 (1,7)
	Aile ile	109 (90,8)
	Anne ile	2 (1,7)
	Tek başına	7 (5,8)

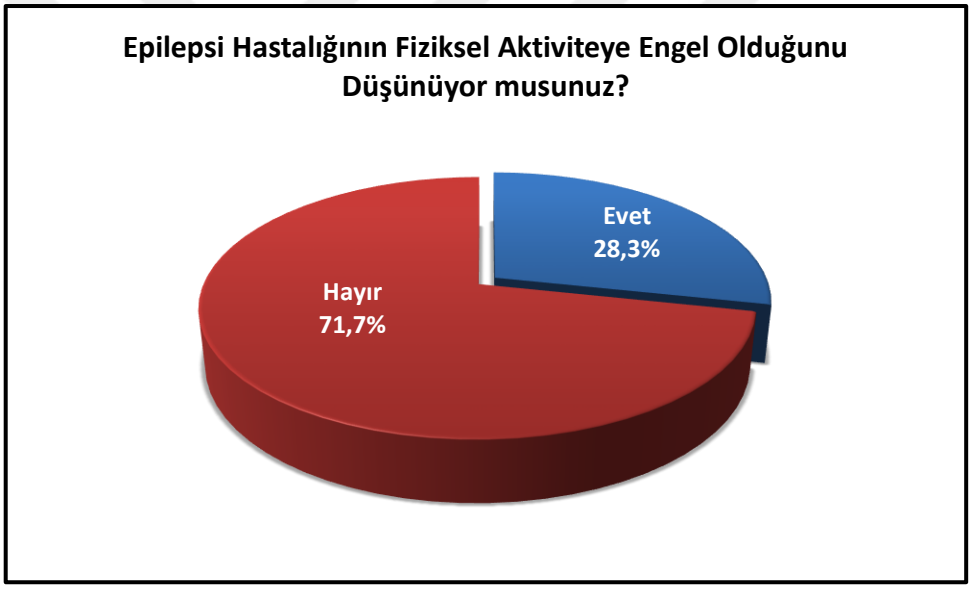
Tablo 4.2: Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı

		n (%)
Tanı süresi	*Ort±Ss*	14,46±7,91
	Medyan (Min-Maks)	14 (1,5-35)
Ailede epilepsi	**Evet, var**	35 (29,2)
	Hayır, yok	85 (70,8)
Son 1 yılda nöbet sıklığı	**Hiç geçirmedim**	15 (12,5)
	Ayda 1 nöbetten az	44 (36,7)
	Ayda 1 nöbetten fazla	61 (50,8)
En son ne zaman nöbet geçirdiniz?	**6 ay içinde**	101 (84,2)
	1-2 sene önce	10 (8,3)
	2 seneden fazla süre	9 (7,5)
Nöbeti hissetme	**Evet**	83 (69,2)
	Hayır	37 (30,8)
Nöbet sırasında birine zarar verdiniz mi?	**Evet**	0 (0,0)
	Hayır	120 (100,0)
Nöbet sırasında zarar gördünüz mü?	**Evet**	43 (35,8)
	Hayır	77 (64,2)
Epilepsi dışında bir hastalığınız var mı?	**Evet**	18 (15)
	Hayır	102 (85)
Epilepsi için ilaç kullanımı	**Kullanmıyor**	12 (10,0)
	Kullanıyor	108 (90,0)
İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?	**Evet**	111 (92,5)
	Hayır	9 (7,5)
Başka ilaç kullanıyor musunuz?	**Evet**	19 (15,8)
	Hayır	101 (84,2)
Düzenli kontrollere gidiyor musunuz?	**Evet**	118 (98,3)
	Hayır	2 (1,7)
Hastalığınızı kimler biliyor?	**Aile**	120 (100,0)
	Akraba	114 (95,0)
	Arkadaş/komşu	110 (91,7)
	İş/okul arkadaşları	97 (80,0)
Nöbet geçirmekten korktuğunuz anlar oluyor mu?	**Evet**	71 (59,2)
	Hayır	49 (40,8)
Nöbet geçirme korkusu sizi kalabalık ortamlarda bulunmaktan alıkoyuyor mu?	**Evet**	48 (40,0)
	Hayır	72 (60,0)
Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz?	**Evet**	51 (42,5)
	Hayır	69 (57,5)
Epilepsi hastalığının fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünüyor musunuz?	**Evet**	34 (28,3)
	Hayır	86 (71,7)
Fiziksel aktivitenin nöbetlerinizi sıklaştıracağını düşünüyor musunuz?	**Evet**	35 (29,2)
	Hayır	85 (70,8)

Hastaların epilepsiye ilişkin özellikleri incelendiğinde, tanı süresi ortalama 14,46±7,91 (1,5-35) yıldır. Hastaların %29,2'sinde (n=35) ailede epilepsi öyküsü bulunmaktadır. Hastaların %50,8'i (n=61) ayda birden fazla nöbet geçirmektedir. Üçte biri (%35,8, n=43) nöbet sırasında zarar gördüğünü belirtmiştir. Hastaların %90'ı (n=108) antiepileptik ilaç kullanmakta

(en sık olarak Keppra (%49, n=53) ve Depakin (%27, n=29)), bu kişilerin %7,5'i (n=9) ilaçlarını düzenli kullanmamaktadır. Katılımcıların %15'inin (n=18) epilepsi dışı bir hastalığı bulunmaktadır. Hastaların (n=120) tümünde hastalığı aile bilmektedir, %95'inin (n=114) akrabaları, %91,7'sinin (n=110) arkadaş/komşuları, %80'inin (n=97) iş/okul arkadaşları da hastalıktan haberdardır. Yarıdan fazlası (%59,2, n=71) nöbet geçirmekten korktuğunu, %40'ı (n=48) nöbet korkusu nedeniyle kalabalık ortamlardan kaçındığını belirtmiştir.

Hastaların %42,5'i (n=51) düzenli olarak fiziksel aktivite yaptıklarını belirtmiştir. Fiziksel aktiviteye ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, katılımcıların %28,3'ü (n=34) epilepsinin fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünürken %29,2'si (n=35) fiziksel aktivitenin nöbetleri artıracağını düşünmektedir (Tablo 4.2, Şekil 4.1).



Şekil 4.1: "Epilepsi hastalığının fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusuna verilen yanıtların dağılımı

Tablo 4.3: Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeği`ne (D-FRS) Verilen Yanıtların Dağılımı

	Çok düşük		2		3		Çok yüksek	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nöbet sırasında boğulmaktan korkuyorum.	72	60,0	16	13,3	15	12,5	17	14,2
Nöbet sırasında yaralanmaktan korkuyorum.	33	27,5	38	31,7	22	18,3	27	22,5
Nöbet sırasında idrar ve gaita kaçırmaktan korkuyorum.	64	53,3	20	16,7	16	13,3	20	16,7
Nöbet sırasında acı verici şeyler (dilimi ısırmak ve unutkanlık gibi) yaşamaktan korkuyorum	29	24,2	36	30,0	35	29,2	20	16,7
Uygun olmayan bir zaman ya da yerde nöbet geçirmekten korkuyorum.	29	24,2	29	24,2	32	26,7	30	25,0
Nöbet esnasında ölmekten korkuyorum	79	65,8	5	4,2	17	14,2	19	15,8
Başkalarının yanında nöbet geçirmekten ve onların hastalığımı fark etmelerinden korkuyorum	64	53,3	7	5,8	27	22,5	22	18,3
Nöbet sırasında başkaları tarafından taciz edilmekten korkuyorum.	102	85,0	7	5,8	4	3,3	7	5,8
Cinsel ilişki ya da flört sırasında nöbet geçirmekten korkuyorum.	97	80,8	12	10,0	8	6,7	3	2,5
Nöbet sırasında başkalarının benimle dalga geçmesinden korkuyorum	87	72,5	16	13,3	5	4,2	12	10,0
Hastalığımın çocuğuma geçmesinden korkuyorum.	96	80,0	8	6,7	4	3,3	12	10,0
Gebelik esnasında ilaç almanın fetüste/bebekte fiziksel sorunlara yol açacağından korkuyorum.	89	74,2	8	6,7	7	5,8	16	13,3
Nöbet sırasında olası zararlı durumları kontrol edememekten korkuyorum.	34	28,3	18	15,0	53	44,2	15	12,5
Uykusuz ve yorgun olduğum zamanlarda nöbet geçirmekten korkuyorum	20	16,7	31	25,8	51	42,5	18	15,0
Başkalarının bana acıdıkları için benimle iletişim kurmalarından ya da benimle ilişkilerini devam ettirmelerinden korkuyorum.	75	62,5	7	5,8	14	11,7	24	20,0
Antiepileptik ilaçlar aldığım için cinsel performansımın azalacağından korkuyorum	87	72,5	12	10,0	14	11,7	7	5,8
Gelecekte nöbetlerin sayısının ve süresinin artacağından korkuyorum	41	34,2	15	12,5	44	36,7	20	16,7
Başkalarıyla ilişkilerde ayrımcılığa uğrayacağımdan korkuyorum	77	64,2	15	12,5	13	10,8	15	12,5
Zamanla çok fazla nöbet geçirme nedeniyle beyin hasarı almaktan korkuyorum	35	29,2	4	3,3	56	46,7	25	20,8
Antiepileptik ilaçların uzun vadede vücuduma zarar vermesinden korkuyorum	30	25,0	18	15,0	43	35,8	29	24,2
Nöbetlerin hayatım boyunca benimle olmasından korkuyorum	37	30,8	32	26,7	25	20,8	26	21,7
Başkalarının onlardan farklı olduğumu düşünmelerinden ve beni reddetmelerinden korkuyorum	73	60,8	14	11,7	17	14,2	16	13,3
Gelecekte hastalığımı asla control edemeyeceğimden ya da yönetemeyeceğimden korkuyorum	60	50,0	21	17,5	17	14,2	22	18,3
Gelecekte hastalığım nedeniyle başkalarına bağımlı olmaktan korkuyorum	76	63,3	16	13,3	11	9,2	17	14,2
Hastalığımın bulaşıcı olduğunu düşündüklerinden ve beni buluşmalarına davet etmemelerinden dolayı arkadaşlarımı/iş arkadaşlarımı kaybetmekten korkuyorum.	104	86,7	14	11,7	2	1,7	0	0,0
Aile üyelerimin ya da arkadaşlarımın zamanla bana acıyacaklarından korkuyorum	75	62,5	16	13,3	16	13,3	13	10,8
Ailemin uzun vadede hastalığımin tedavisinden umudu kesmelerinden korkuyorum	87	72,5	14	11,7	6	5,0	13	10,8

Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeğine (D-FRS) verilen yanıtların dağılımı Tablo 4.3'deki gibidir.

Tablo 4.4: Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku (D-FRS) Ölçek İç Tutarlıklarının İncelenmesi

	Soru sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Cronbach Alfa
Nöbet Sonuçlarının Korkusu	**16**	30,38±11,95	29 (16-56)	***0,935***
Hastalığın Uzun Dönem Sonuçlarının Korkusu	**11**	21,56±9,53	21 (11-42)	***0,950***
D-FRS Toplam Puan	**27**	51,93±21,12	48 (27-98)	***0,969***

Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeğine ilişkin alt boyut puanları incelendiğinde; "Nöbet Sonuçlarının Korkusu" alt boyutu puan ortalaması 30,38±11,95, "Hastalığın Uzun Dönem Sonuçlarının Korkusu" alt boyutu puanı 21,56±9,53 ve ölçek toplam puanı ise 51,93±21,12 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.4).

Ölçeğin iç tutarlılığı incelendiğinde; Cronbach alfa katsayısı "Nöbet Sonuçlarının Korkusu" alt boyutu için α=0,935, "Hastalığın Uzun Dönem Sonuçlarının Korkusu" için α=0,950 ve Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeği toplam puan için α=0,969 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeği yüksek derecede güvenilir bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Stigma Ölçeği`ne Verilen Yanıtların Dağılımı

	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Epilepsi bulaşıcı bir hastalıktır.	108	90,0	8	6,7	4	3,3	0	0,0
Epilepsi ruhsal bir hastalıktır.	16	13,3	14	11,7	45	37,5	45	37,5
Epilepsi cin çarpmasıdır.	113	94,2	0	0,0	4	3,3	3	2,5
Epilepsi korkudan dolayı oluşur.	54	45,0	20	16,7	13	10,8	33	27,5
Soğan, su, kolonya epilepsi nöbetini durdurmada yararlıdır.	66	55,0	22	18,3	22	18,3	10	8,3
Epilepsi kesinlikle tedavi edilemez bir hastalıktır.	69	57,5	34	28,3	14	11,7	3	2,5
Allah beni cezalandırdığı için epilepsi hastası olduğumu düşünüyorum.	107	89,2	13	10,8	0	0,0	0	0,0
Epilepsi hastası olduğum için diğer insanların bana ayrımcılık yaptığını düşünüyorum.	75	62,5	30	25,0	9	7,5	6	5,0
Epilepsi hastası olduğum için insanlar beni ciddiye almıyorlar ya da görmezden geliyorlar.	79	65,8	24	20,0	11	9,2	6	5,0
Epilepsi hastası olduğum için insanlar benimle yakın ilişki içerisinde olmak istemezler.	81	67,5	30	25,0	3	2,5	6	5,0
Epilepsi hastası olduğum için okulumda ve/veya işimde başarılı olabileceğimi düşünmüyorum.	85	70,8	19	15,8	7	5,8	9	7,5
Epilepsi hastası olduğum için diğer insanlardan farklıyım.	47	39,2	18	15,0	34	28,3	21	17,5
Epilepsi hastası olmak bana kendimi yetersiz hissettiriyor.	58	48,3	28	23,3	20	16,7	14	11,7
Epilepsi hastası olmayan insanlar beni anlayamazlar.	54	45,0	6	5,0	28	23,3	32	26,7
Epilepsi hastası olduğum için utanıyorum.	103	85,8	7	5,8	4	3,3	6	5,0
Epilepsi hastası olmak beni hayal kırıklığına uğratıyor.	83	69,2	10	8,3	18	15,0	9	7,5
İnsanlar bana bakınca epilepsi hastası olduğumu hemen anlayabilirler.	109	90,8	4	3,3	0	0,0	7	5,8
Epilepsi hastası olduğum için başkalarının benimle ilgili karar vermesine ihtiyaç duyuyorum.	106	88,3	11	9,2	0	0,0	3	2,5
Epilepsi hastası olduğum için topluma katkı sağlayabileceğimi düşünmüyorum.	100	83,3	11	9,2	6	5,0	3	2,5
Epilepsi hastalığına sahip olan insanlar evlenemezler.	104	86,7	7	5,8	9	7,5	0	,0
Epilepsi hastası olan kadınlar çocuk doğuramazlar.	110	91,7	7	5,8	3	2,5	0	,0
Epilepsi hastası erkekler askere gidemezler.	89	74,2	13	10,8	11	9,2	7	5,8
Epilepsi hastalığı ile ilgili toplumdaki olumsuz düşüncelerden dolayı kendimi dışlanmış hissediyorum.	76	63,3	33	27,5	5	4,2	6	5,0
Ailemin ve arkadaşlarımın utanmasını istemediğim için sosyal etkinliklerden uzak duruyorum.	83	69,2	31	25,8	0	0,0	6	5,0
Yaşıtlarım tarafından kabul görmüyorum.	107	89,2	7	5,8	0	0,0	6	5,0
Epilepsi hastası olduğum için akrabalarımla anlaşamıyorum.	111	92,5	3	2,5	3	2,5	3	2,5
Çocuğum için yeterli ve iyi bir ebeveyn olabileceğimi düşünmüyorum.	87	72,5	20	16,7	4	3,3	9	7,5
Bir işe başvururken epileptik olmayan bir insanın bana oranla işe kabul edilme ihtimali daha yüksektir.	43	35,8	24	20,0	22	18,3	31	25,8
Epilepsi yerine başka bir hastalığım olmasını tercih ederdim.	69	57,5	31	25,8	11	9,2	9	7,5
Diğer insanlarla ilişki kurmaktan kaçınıyorum çünkü epilepsi hastası olduğum için reddedileceğimi düşünüyorum.	91	75,8	8	6,7	15	12,5	6	5,0
Epilepsi hastalığıma rağmen iyi bir hayat sürebilirim.	21	17,5	16	13,3	39	32,5	44	36,7
Diğer epilepsili hastalarla birlikteyken kendimi iyi hissediyorum.	15	12,5	21	17,5	18	15,0	66	55,0

Stigma Ölçeği`ne verilen yanıtların dağılımı Tablo 4.5'deki gibidir.

Tablo 4.6: Stigma Ölçeği İç Tutarlıklarının İncelenmesi

	Soru sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Cronbach Alfa
Sosyal İzolasyon	**12**	35,40±16,57	29,2 (25-93,8)	***0,960***
Ayrımcılık	**9**	46,37±16,65	44,4 (25-91,7)	***0,826***
Yetersizlik	**5**	29,21±10,94	25 (25-85)	***0,831***
Yanlış İnançlar	**4**	46,72±12,50	43,8 (25-68,8)	***0,271***
Damgalanmaya Direnç	**2**	49,90±23,29	43,8 (25-100)	***0,608***
Stigma Toplam Puan	**32**	39,84±12,68	35,9 (27,3-85,2)	***0,937***

Stigma Ölçeği alt boyut puanları incelendiğinde; puan ortalamalarının "Sosyal İzolasyon" için 35,40±16,57, "Ayrımcılık" alt boyutu için 46,37±16,65, "Yetersizlik" alt boyutu için 29,21±10,94, "Yanlış İnançlar" alt boyutu için 46,72±12,50, "Damgalanmaya Direnç" alt boyutu için 49,90±23,29 bulunmuştur. Stigma Ölçeği toplam puanı ortalaması 39,84±12,68 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.6).

İç tutarlılık incelendiğinde; Cronbach alfa değeri "Sosyal İzolasyon" için α=0,960, "Ayrımcılık" için α=0,826, "Yetersizlik" için α=0,831, "Yanlış İnançlar" için α=0,271, "Damgalanmaya Direnç" için α=0,608 ve toplam ölçek için α=0,937 olarak hesaplanmıştır. Stigma Ölçeği`nin yüksek düzeyde güvenilirlik gösterdiği söylenebilir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: QOLIE-31 Ölçeği İç Tutarlıklarının İncelenmesi

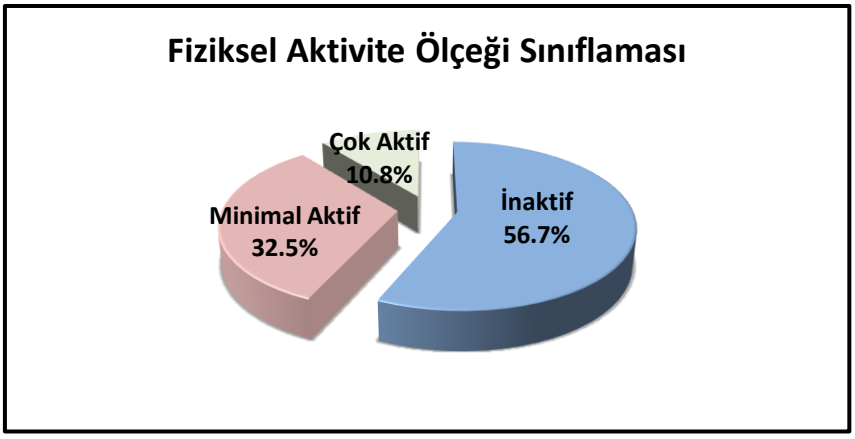
	Soru sayısı	Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	Cronbach Alfa
Nöbete İlişkin Kaygılar	**5**	39,95±28,66	35,3 (0-100)	***0,838***
Genel Yaşam Kalitesi	**2**	63,08±19,94	65 (17,5-95)	***0,770***
Emosyonel İyilik	**5**	58,73±17,42	60 (12-92)	***0,712***
Enerji/yorgunluk	**4**	46,96±19,44	45 (15-90)	***0,783***
Bilişsel Fonksiyon	**6**	62,52±24,05	66,7 (0-84,3)	***0,775***
İlaçların etkileri	**3**	60,25±31,57	69,4 (0-100)	***0,797***
Sosyal fonksiyon	**5**	49,27±17,26	53,2 (0-80)	***0,643***
QOLIE-31 toplam	**30**	53,90±17,59	55,1 (7,5-83,8)	***0,918***

QOLIE-31 Ölçeği alt boyut puanları incelendiğinde; "Nöbete İlişkin Kaygılar" alt boyut puanı 39,95±28,66, "Genel Yaşam Kalitesi" alt boyut puanı 63,08±19,94, "Emosyonel İyilik" alt boyut puanı 58,73±17,42, "Enerji/Yorgunluk" alt boyut puanı 46,96±19,44, "Bilişsel Fonksiyon" alt boyut puanı 62,52±24,05, "İlaçların Etkileri" alt boyut puanı 60,25±31,57, "Sosyal Fonksiyon" alt boyut puanı 49,27±17,26, QOLIE-31 toplam puanları ise 53,9±17,59 olarak bulunmuştur (Tablo 4.7).

İç tutarlılık incelendiğinde; ölçeğin Cronbach alfa değerleri "Nöbete İlişkin Kaygılar" için α=0,838, "Toplam Yaşam Kalitesi" için α=0,770, "Emosyonel İyilik" için α=0,712, "Enerji/Yorgunluk" için α=0,783, "Bilişsel Fonksiyon" için α=0,775, "İlaçların Etkileri" için α=0,797, "Sosyal Fonksiyon" için α=0,643 ve toplam ölçek için α=0,918 olarak hesaplanmıştır. QOLIE-31 Ölçeğinin yüksek düzeyde güvenilirlik gösterdiği söylenebilir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Fiziksel Aktivite Ölçeği`ne Göre Hastaların Aktivite Durumu

	Ort±Ss	**Medyan (Min-Maks)**
Fiziksel Aktivite Ölçeği (MET-min/week)	1220,48±2501,98	517,5 (22,5-12390)
	n (%)	
İnaktif	68 (56,7)	
Minimal Aktif	39 (32,5)	
Çok Aktif	13 (10,8)	



Şekil 4.2: Fiziksel aktivite ölçeği sınıflaması dağılımı

Hastaların Fiziksel Aktivite Ölçeği toplam puanları 22,5 ile 12390 arasında değişmekte olup ortalama puan 1220,48±2501,98'dir. Fiziksel Aktivite Ölçeği`ne göre hastaların fiziksel aktivite durumu incelendiğinde; katılımcıların %56,7'sinin (n=68) inaktif, %32,5'inin (n=39) minimal aktif ve %10,8'inin (n=13) çok aktif olduğu görülmüştür (Tablo 4.8, Şekil 4.2).

Tablo 4.9: Fiziksel Aktivite Durumuna Göre Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

		Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi			p
		İnaktif	**Minimal aktif**	**Çok aktif**	
Cinsiyet	**Kadın**	38 (55,9)	20 (51,3)	0 (0,0)	***[e]0,001***
	Erkek	30 (44,1)	19 (48,7)	13 (100,0)	
Yaş	*Ort±Ss*	36,97±8,97	38,92±11,72	36,15±5,79	***[b]0,532***
	Medyan (Min-Maks)	36,5 (18-60)	40 (20-62)	34 (29-46)	
Medeni durum	**Evli**	39 (57,4)	24 (61,5)	8 (61,5)	***[e]0,899***
	Bekar	29 (42,6)	15 (38,5)	5 (38,5)	
Eğitim durumu	**Ortaokul ve altı**	12 (17,6)	4 (10,3)	0 (0,0)	***[e]0,114***
	Lise	32 (47,1)	13 (33,3)	5 (38,5)	
	Lisans ve üstü	24 (35,3)	22 (56,4)	8 (61,5)	
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	25 (36,8)	15 (38,5)	10 (76,9)	***[e]0,024****
	Çalışmıyor	43 (63,2)	24 (61,5)	3 (23,1)	
Çocuk	**Yok**	26 (38,2)	15 (38,5)	9 (69,2)	***[e]0,102***
	Var	42 (61,8)	24 (61,5)	4 (30,8)	
Kiminle yaşıyor?	**Aile ile**	63 (92,6)	38 (97,4)	12 (92,3)	***[f]0,569***
	Tek başına	5 (7,4)	1 (2,6)	1 (7,7)	

[b]One Way Anova Test, [e]Pearson's Chi Square Test, [f]Fisher Freeman Halton Test
***p<0,01 *p<0,05*

Hastaların fiziksel aktivite durumu Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği esas alınarak yapılan sınıflandırmaya göre incelendiğinde, fiziksel aktivite durumuna göre cinsiyetler arasında fark görüldüğü (p=0,001), "çok aktif" fiziksel aktivitede bulunan hasta oranının erkeklerde kadınlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziksel aktivite durumuna göre çalışma durumları arasında fark görüldüğü (p=0,024), "çok aktif" fiziksel aktivitede bulunan hasta oranının çalışanlarda çalışmayanlara kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziksel aktivite durumuna göre yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk varlığı ve birlikte yaşanan kişiler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10: Fiziksel Aktivite Durumuna Göre Hastalığa İlişkin Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi			P
		İnaktif	**Minimal aktif**	**Çok aktif**	
Ailede epilepsi	**Evet, var**	17 (25,0)	12 (30,8)	6 (46,2)	***[e]0,296***
	Hayır, yok	51 (75,0)	27 (69,2)	7 (53,8)	
Tanı süresi	*Ort±Ss*	15,26±9,09	12,79±5,84	15,31±6,3	***[b]0,192***
	Medyan (Min-Maks)	15 (1,5-35)	10 (5-25)	20 (6-21)	
Son 1 yılda nöbet sıklığı	**Hiç geçirmedim**	15 (22,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	***[f]0,001*****
	<Ayda 1 nöbet	16 (23,5)	22 (56,4)	6 (46,2)	
	>Ayda 1 nöbet	37 (54,4)	17 (43,6)	7 (53,8)	
Nöbet geçireceğini hissetme	**Evet**	46 (67,6)	27 (69,2)	10 (76,9)	***[e]0,802***
	Hayır	22 (32,4)	12 (30,8)	3 (23,1)	
Nöbet sırasında zarar gördünüz mü?	**Evet**	28 (41,2)	8 (20,5)	7 (53,8)	***[e]0,036****
	Hayır	40 (58,8)	31 (79,5)	6 (46,2)	
Epilepsi dışında başka bir hastalığınız var mı?	**Evet**	13 (19,1)	5 (12,8)	0 (0,0)	***[e]0,188***
	Hayır	55 (80,9)	34 (87,2)	13 (100,0)	
Epilepsi için ilaç kullanımı	**Kullanmıyor**	8 (11,8)	4 (10,3)	0 (0,0)	***[f]0,611***
	Kullanıyor	60 (88,2)	35 (89,7)	13 (100,0)	
İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?	**Evet**	63 (92,6)	35 (89,7)	13 (100,0)	***[f]0,601***
	Hayır	5 (7,4)	4 (10,3)	0 (0,0)	
Antiepileptikten başka ilaç kullanıyor mu?	**Evet**	15 (22,1)	4 (10,3)	0 (0,0)	***[e]0,069***
	Hayır	53 (77,9)	35 (89,7)	13 (100)	
Nöbet geçirmekten korktuğunuz oluyor mu?	**Evet**	38 (55,9)	29 (74,4)	4 (30,8)	***[e]0,015****
	Hayır	30 (44,1)	10 (25,6)	9 (69,2)	
Nöbet geçirme korkusu sizi kalabalık ortamlarda bulunmaktan alıkoyuyor mu?	**Evet**	30 (44,1)	18 (46,2)	0 (0,0)	***[e]0,008*****
	Hayır	38 (55,9)	21 (53,8)	13 (100,0)	
Epilepsi hastalığının fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünüyor musunuz?	**Evet**	30 (44,1)	4 (10,3)	0 (0,0)	***[e]0,001*****
	Hayır	38 (55,9)	35 (89,7)	13 (100,0)	
Fiziksel aktivitenin nöbetleri sıklaştıracağını düşünüyor musunuz?	**Evet**	31 (45,6)	4 (10,3)	0 (0,0)	***[e]0,001*****
	Hayır	37 (54,4)	35 (89,7)	13 (100,0)	

*[b]One Way Anova Test, [e]Pearson's Chi Square Test, [f]Fisher Freeman Halton Test, **p<0,01 *p<0,05*

Fiziksel aktivite durumuna göre, inaktif grubundaki katılımcıların hiç nöbet geçirmeme oranı, minimal ve çok aktif grubundakilerden yüksek; minimal aktif grubundaki katılımcıların ayda 1 nöbetten az geçirme oranları, inaktif grubundakilerden yüksektir (p=0,001). Minimal aktif grubundaki katılımcıların nöbet sırasında zarar görme oranları, inaktif ve çok aktif

olanlardan düşüktür (p=0,036). Fiziksel aktivite durumuna göre ailede epilepsi öyküsü, tanı süresi, nöbet yaşayacağını hissetme, komorbidite, antiepileptik kullanımı, düzenli kullanım ve ek ilaç kullanım açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır (p>0,05). Fiziksel aktivite durumuna göre minimal aktif grubundaki olguların nöbet geçirmekten korktuğu anların olma oranı, çok aktiflerden yüksektir (p=0,015). Çok aktif grubundaki olguların nöbet geçirme korkusunun katılımcıları kalabalıktan alıkoymama oranı, inaktif ve minimal aktif olanlardan yüksektir (p=0,008). İnaktif grubundaki olguların epilepsi hastalığının fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünme oranı, minimal aktif ve çok aktif olanlardan yüksektir (p=0,001). İnaktif grubundaki olguların fiziksel aktivitenin nöbetleri sıklaştıracağını düşünme oranı, minimal aktif ve çok aktif olanlardan yüksektir (p=0,001) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11: Fiziksel Aktiviteye İlişkin Özelliklerin Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeği (D-FRS), Stigma ve Yaşam Kalitesi Puanları ile Karşılaştırılması

		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	p
		D-FRS Ölçeği		
Düzenli olarak fiziksel aktivite	**Evet (n=51)**	52,73±20,16	48 (29-98)	***[a]0,725***
	Hayır (n=69)	51,35±21,92	52 (27-97)	
Epilepsi hastalığının fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünüyor mu?	**Evet (n=34)**	64,03±22,21	56,5 (35-98)	***[a]0,001*****
	Hayır (n=86)	47,15±18,74	46 (27-97)	
Fiziksel aktivitenin nöbetlerinizi sıklaştıracağını düşünüyor musunuz?	**Evet (n=35)**	68,51±22,46	59 (37-98)	***[a]0,001*****
	Hayır (n=85)	45,11±16,3	46 (27-81)	
		Stigma Ölçeği		
Düzenli olarak fiziksel aktivite	**Evet (n=51)**	37,33±7,16	34,4 (28,1-53,1)	***[a]0,041****
	Hayır (n=69)	41,69±15,35	35,9 (27,3-85,2)	
Epilepsi hastalığının fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünüyor musunuz?	**Evet (n=34)**	45,57±14,34	40,2 (32,8-75)	***[a]0,005*****
	Hayır (n=86)	37,57±11,27	34,4 (27,3-85,2)	
Fiziksel aktivitenin nöbetlerinizi sıklaştıracağını düşünüyor musunuz?	**Evet (n=35)**	49,51±17,79	44,5 (32,8-85,2)	***[a]0,001*****
	Hayır (n=85)	35,85±6,69	34,4 (27,3-57)	
		QOLIE-31		
Düzenli olarak fiziksel aktivite	**Evet (n=51)**	55,5±13,45	55,1 (37,8-83,8)	***[a]0,367***
	Hayır (n=69)	52,72±20,12	60,3 (7,5-79,9)	
Epilepsi hastalığının fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünüyor musunuz?	**Evet (n=34)**	41,20±16,99	42,9 (7,8-77,9)	***[a]0,001*****
	Hayır (n=86)	58,92±15,20	60,4 (7,5-83,8)	
Fiziksel aktivitenin nöbetlerinizi sıklaştıracağını düşünüyor musunuz?	**Evet (n=35)**	36,22±16,61	42,9 (7,5-55,1)	***[a]0,001*****
	Hayır (n=85)	61,18±11,95	60,4 (41,3-83,8)	

*[a]Student t Test, [c]Mann Whitney U Test, **p<0,01 *p<0,05*

Düzenli fiziksel aktivite durumuna göre D-FRS ve QOLIE-31 Ölçeği puanları fark göstermezken düzenli fiziksel aktivite yapmayan katılımcıların Stigma Ölçeği puanları düzenli yapanlardan yüksek saptanmıştır (p=0,041). Epilepsi hastalığının fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünen katılımcıların D-FRS Ölçeği (p=0,001) ve Stigma Ölçeği (p=0,005) puanları, engel olmadığını düşünenlerden yüksek, QOLIE-31 Ölçeği puanları düşük saptanmıştır (p=0,001). Fiziksel aktivitenin nöbetlerini sıklaştıracağını düşünen katılımcıların D-FRS (p=0,001) ve Stigma Ölçeği puanları (p=0,001) düşünmeyenlerden yüksek, QOLIE-31 puanları (p=0,001) ise düşük bulunmuştur (Tablo 4.11).

Tablo 4.12: Fiziksel Aktivite Ölçeğinin Stigma, QOLIE-31 ve D-FRS Ölçekleri ile İlişkisi

Stigma Ölçeği	**r**	**p**
Sosyal İzolasyon	-0,049	0,597
Ayrımcılık	-0,041	0,653
Yetersizlik	-0,079	0,393
Yanlış İnançlar	-0,138	0,132
Damgalanmaya Direnç	-0,312	0,001**
Stigma Toplam	-0,103	0,264
QOLIE-31 Ölçeği		
Nöbete İlişkin Kaygılar	-0,085	0,355
Genel Yaşam Kalitesi	0,214	0,019*
Emosyonel İyilik	-0,080	0,385
Enerji/yorgunluk	-0,115	0,211
Bilişsel Fonksiyon	0,238	0,009**
İlaçların Etkileri	0,070	0,449
Sosyal Fonksiyon	0,150	0,103
QOLIE-31 Toplam	0,060	0,512
D-FRS Ölçeği		
D-FRS Toplam	0,017	0,853

*r: Pearson Chi-Square Test, **p<0,01 *p<0,05*

Katılımcıların Fiziksel Aktivite Ölçeğinin Stigma, QOLIE-31 ve D-FRS Ölçekleri ile ilişkisi incelendiğinde, Fiziksel Aktivite Ölçeği toplam puanları ile Stigma Ölçeği`nin sadece "Damgalanmaya Direnç" alt boyutundan aldıkları puanlar arasında (r=-0,312; p=0,001);

QOLIE-31 Ölçeği`nin de "Genel Yaşam Kalitesi" (r=0,214; p=0,019) ve "Bilişsel Fonksiyon" alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0,238; p=0,009). Fiziksel Aktivite Ölçeği ile D-FRS Ölçeği arasında ise korelasyon bulunmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.13: Fiziksel Aktivite Ölçeği, Stigma Ölçeği, QOLIE-31 Ölçeği ve D-FRS Ölçekleri Toplam Puanlarının İlişkisi

		Stigma Ölçeği	QOLIE-31 Ölçeği	Fiziksel Aktivite Ölçeği	D-FRS Ölçeği
Stigma Ölçeği	**r**	-	-0,727	-0,103	0,847
	p	-	***0,001****	***0,264***	***0,001****
QOLIE-31 Ölçeği	**r**		-	0,060	-0,695
	p		-	***0,512***	***0,001****
Fiziksel Aktivite Ölçeği	**r**			-	0,017
	p			-	***0,853***
D-FRS toplam puan	**r**				-
	p				-

r:Pearson's Korelasyon Katsayısı
***p<0,01*

Çalışmada uygulanan ölçekler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, katılımcıların Stigma Ölçeği toplam puanları ile QOLIE-31 Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü (r=-0,727; p=0,001), D-FRS toplam puanları arasında pozitif yönlü (r=0,847; p=0,001) güçlü bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların QOLIE-31 Ölçeği toplam puanları ile D-FRS toplam puanları arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır (r=-0,695; p=0,001) (Tablo 4.13).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada epilepsi hastalarında fiziksel aktivitenin hastalardaki nöbet sıklığı, nöbet korkusu, stigma ve yaşam kalitesi ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Epilepsi hastaları, fiziksel aktivitenin nöbeti tetikleyeceği inancı, fiziksel aktivitede bulunmamaya yönelik doğru olmayan tavsiyeler, anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunların egzersiz yapma isteğini kırması gibi nedenlerle fiziksel aktiviteden kaçınabilmektedir. Epilepsili bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin ölçüldüğü ve bu ölçümün nöbet sıklığı, nöbet korkusu, stigma ve yaşam kaliteleri ile ilişkisini değerlendirmek için yola çıkılan araştırma Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Nöroloji Kliniği Epilepsi Polikliniğinde 120 epilepsili hasta ile yapılmıştır.

Epilepsinin erkeklerde kadınlara göre daha çok rastlandığı belirlenmiştir (Falco-Walter, 2020; Aydın, 2010). Çalışmamızda da literatürde geçtiği gibi çoğu hastanın (%51,7) cinsiyetinin erkek olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmadaki epilepsili bireylerin yaş ortalaması 37,52 (±9,67) olarak bulunmuştur. Bireylerin büyük kısmı evli (59,2)'dir. Bireylerin çoğu üniversite mezunu (%45)'dir. Bireylerin %41,7'si aktif çalışmaktadır. Çok aktif fiziksel aktivitede bulunan bireylerin çalışanlarda çalışmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,024). Meslek sahibi olan hastaların da işsiz olan hastalara göre hareketliliği fazladır. Hastaların eğitim düzeyi de fiziksel aktivite ile ilişkili bulunmuştur. Yüksek eğitim grubunda elde edilen bu sonuç, aktif çalışan oranının bu gruptaki yüksekliğinden kaynaklandığı gibi bu hastaların fiziksel aktivitenin önemini bilmesinden de kaynaklanmış olabilir.

Hastaların fiziksel aktivite durumu Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği esas alınarak yapılan sınıflandırmaya göre incelendiğinde, katılımcıların %56,7'sinin (n=68) inaktif, %32,5'inin (n=39) minimal aktif ve %10,8'inin (n=13) çok aktif olduğu görülmüştür. Çalışmamızda fiziksel aktivite durumuna göre cinsiyetler arasında fark görüldüğü (p=0,001), "çok aktif" fiziksel aktivitede bulunan hasta oranının erkeklerde kadınlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Epilepsili kadınların erkeklere oranla daha az fiziksel aktivitede bulundukları görülmüştür. Uluslarası Fiziksel Aktivite Ölçeği kullanılan ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada, epilepside olmasa da bir nöroloji hasta grubunda (migrenli kadınlarda) fiziksel aktivite düzeyine bakılmıştır. Bu çalışmada sadece kadınlar ele alındığından cinsiyet kıyası yapılamasa da katılımcılarda fiziksel olarak aktif hasta oranı düşük bulunmuştur. Ancak bu

çalışmada yaş ortalamasının bizim çalışmamıza göre daha yüksek olduğunu belirtmek gerekir (Toprak ve ark, 2024). Kadınların fiziksel aktivitesinin daha az olması, erkeklere göre daha az aktif işlerde çalışmaları ve anksiyete ve depresyona daha yatkın olmaları ile açıklanabilir. Ev hanımlarının zamanın çoğunu ev ortamında geçirmesi de erkeklere oranla fiziksel aktivite açısından daha inaktif olmalarına neden olabilmektedir.

Araştırmamızda fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan hastaların nöbet korkusu düşük bulunmuştur (p=0,015). Nöbet geçirmekten korkan epilepsili bireylerin fiziksel aktivitede bulunma oranının düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamızın diğer sonuçlarında bahsedildiği gibi epilepsili bireyler çoğu kez egzersizin nöbeti tetikleyeceğine inanmakta ve nöbet geçirmekten korkmaktadır. Bu korku bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını olumsuz etkilemektedir. Nöbet korkusundan dolayı düzenli egzersiz yapamayan bireylerde başta kardiyovasküler ve psikiyatrik komorbiditeler olmak üzere birçok problemler ortaya çıkabilmektedir. Çalışmamızdaki özellikle ileri yaşlı hastaların %15'inde epilepsi dışında başka ilaç kullanımı bu savı destekleyebilir.

Çalışmamızda düzenli fiziksel aktivitede bulunan bireylerin kalabalık ortama girmekten çekinme duygusu daha az fiziksel aktivitede bulunan hastalara göre daha azdır (p=0,008). Düzenli fiziksel aktivitede bulunan epilepsili bireylerin kalabalık ortamda bulunmaktan rahatsız olmadığı sonucuna varılmıştır. Epilepside agorafobi; sosyal ortamlardan kaçınan, evde izole olmaktan hoşlanan, anksiyete ve depresyonu yüksek bireylerde görülür. Bu hastaların yaşam kaliteleri düşük ve psikiyatrik komorbiditeleri fazladır (Munger ve ark, 2023). Çalışmamız, düzenli fiziksel aktivitenin fiziksel ve mental sağlığı desteklediğine dair literatürü destekler niteliktedir. Fiziksel aktivite, epilepsili bireylerin özgüvenini ve sosyal iyiliğini olumlu yönde etkilemektedir. Düzenli fiziksel aktivite epilepsinin getirdiği olumsuz etkilerden olan sosyal çevre baskısı ve korkusu, dışlanma, toplu mekanlarda bulunmaktan çekinme vb durumlarını en aza indirmektedir.

Çalışmamızda hastalığın fiziksel aktiviteye engel olduğu ve nöbeti sıklaştıracağını düşünme oranı fiziksel aktivitede bulunanlarda bulunmayanlara göre daha azdır. (p=0,001). Hareketsiz yaşam tarzına sahip olan epilepsili bireyler egzersizin hastalıklarına iyi geleceklerini düşünmez ve nöbetlerini arttıracaklarını düşünür. Fiziksel aktivite sırasında nöbet geçirme korkusu (yaralanma korkusu vs.), antiepileptik ilaçların yan etkileri, egzersiz yapmada zorluk ve movitasyon düşüklüğü gibi problemler nedeniyle epilepsili bireyler fiziksel aktivitede

bulunmada endişelidir ve bu grup bireylerin fiziksel aktivite oranı düşüktür (de lima ve ark, 2013). Altı aylık bir fiziksel aktivite programının bir yıldaki nöbet sıklığına etkisinin incelendiği bir çalışmada, egzersiz programına alınan grupta yaşam kalitesinin arttığı, nöbet sıklığının ise kontrol grubu ile benzer olduğu, yani fiziksel aktivitenin nöbet sıklığını arttırmadan yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır. Bu çalışmada nöbet sıklığının azalmaması girişim süresinin kısalığına bağlanmıştır (Laks ve ark, 2025). Fiziksel aktivite ile nöbet sıklığı arasında bazı çalışmalarda ilişki bulunamazken bazı çalışmalarda aktivitenin nöbetleri azalttığı bildirilmektedir. Bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim vardır.

Çalışmamızda düzenli fiziksel aktivitede bulunmayan epilepsili hastaların stigma puanları fiziksel aktivitede bulunanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,041). Nöbet esnasında yaşanan ani bilinç kaybı, uzuv kontraksiyonu, ara sıra idrar inkontinansı ve değişken psikolojik durum stigma hissinin nedenlerindendir. Bunlara ek depresyon, anksiyete, öz saygı ve öz yeterlilikte azalma da stigma ile ilişkilidir (Hu ve ark, 2024). 1980'li yıllarda Çin'de yapılan bir çalışmada epilepsili bireylerin %89'unun stigma yaşadığı öngörülmüştür (Kleinman ve ark, 1995). Benzer bir çalışmada, 298 epilepsili hastanın 146'sının (%49,0) stigma yaşadığı bildirilmiştir (Hu ve ark, 2024). Bireylerin fiziksel aktivitenin epilepsi nöbetlerini tetikleyebileceği veya sıklığını arttırabileceği konusundaki yanlış inancı, egzersize engel olabilmektedir. Tedrus ve ark.nın epilepsili bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ile stigma algısı ilişkisini incelediği çalışmada da, bizim çalışmamıza benzer şekilde, stigmadan daha fazla etkilenen hastalarda fiziksel aktivitenin daha az olduğu saptanmıştır (Tedrus ve ark, 2017). Düzenli fiziksel aktivite diğer sonuçlarla açıkladığımız gibi fiziksel ve mental sağlığı olumlu etkilemektedir. Stigma, epilepsi hastalarının sık karşılaştığı bir durumdur ve genellikle genç epilepsili hastalarda yaygındır. Epilepside stigma bireyin kendisi tarafından içselleştirildiği gibi çoğu kez toplum tarafından empoze edilmektedir. Fiziksel aktivite epilepsili bireyleri sosyal ortama yakınlaştırdığı gibi topluma katılımı sağlayarak bireyin izolasyonunu da önler.

Çalışmamızda incelediğimiz bireylerin epilepsi hastalığının fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünenlerinin nöbet korkusu ve stigma puanları, engel olmadığını düşünenlerden yüksek, yaşam kalitesi puanları düşük saptanmıştır. Nöbet korkusu epilepsili bireylerin fiziksel aktiviteden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Benzer bir çalışmada, nöbet korkusu nedeniyle fiziksel aktivite yapmayan epilepsili bireylerde yaşam kalitesi düzeyi daha düşük ve stigma algısı daha yüksek bulunmuştur (Tedrus ve ark, 2017).

Katılımcıların stigma ve yaşam kalitesi arasında güçlü negatif (r=-0,727; p=0,001), stigma ve nöbet korkusu arasında ise güçlü pozitif (r=0,847; p=0,001) korelasyon saptanmıştır. Ayrıca yaşam kalitesi ile nöbet korkusu arasında da güçlü korelasyon saptanmıştır (r=-0,695; p=0,001). Nöbet korkusu azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. Nöbet korkusu olmayan hastaların, hastalık günlük yaşamlarını da etkilememektedir. Nöbet korkusu olmaması fiziksel aktivite katılımını arttırmaktadır. Nöbet geçirme ve nöbetin uzun dönemli sonuçlarından etkilenmeyen epilepsili bireylerin hastalıkla baş etme güçleri de yükselmektedir. Nöbet korkusunun azalmasıyla hem toplumun uyguladığı hem de kendi algıladıkları stigma algısı azalmaktadır.

Fiziksel aktivitenin nöbetlerini sıklaştıracağını düşünen katılımcıların D-FRS (p=0,001) ve Stigma Ölçeği puanları (p=0,001) düşünmeyenlerden yüksek, QOLIE-31 puanları (p=0,001) ise düşük bulunmuştur. Bir meta-analiz çalışmasında, egzersiz öncesi ve sonrası hasta sonuçlarında (yaşam kalitesi, zindelik düzeyi, psiko-duygusal ve nörobilişsel açıdan) anlamlı iyileşme saptandığı bildirilmiştir. Çalışmada, egzersizin yaşam kalitesi üzerinde ortalama %4,72'lik bir iyileşme gösterdiği görülmüştür (Dunabeitia ve ark, 2022). Haftada en az 150 dakika düzenli fiziksel aktivite içeren 12 haftalık fiziksel egzersiz programının epilepside yaşam kalitesi, nöbet sıklığı ve stigma üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, egzersiz programı sonrası yaşam kalitesi ve damgalanma açısından olumlu etkiler bildirilmiştir (Kumar, 2022). Bu çalışmalar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Nöbet korkusu ile stigma düzeyi arasında pozitif, yaşam kalitesi arasında ise negatif korelasyon vardır. Nöbet korkusu hem epilepsili bireyleri sosyal ortamdan uzaklaştırıp içe kapanık hale getirdiği gibi hem de özsaygı ve özgüveni azaltıp toplum tarafından yapılan baskılara karşı pasif hale getirmektedir. Bu durum fiziksel aktivitede bulunma oranını da olumsuz etkilemektedir. Epilepsili bireyler nöbet korkusu ve yorgunluk gibi sebeplerden dolayı yürüme, koşma gibi aktivitelerden uzak durmaktadır. Efor sarf etmenin nöbeti tetikleyeceği inancına sahip epilepsili bireylerde korku oranı daha da artmakta ve egzersizden uzak kalmaları da fiziksel ve duygusal yönden hastaları olumsuz etkilemektedir. Nöbet korkusundan yoksun, fiziksel aktiviteleri yüksek olan epilepsili bireylerin hastalıkla baş etmelerinin daha iyi olduğu düşünülebilir. Bu hastaların duygu durumu daha pozitif, aktivitelere katılma, hastalığı iyi yönetme oranları daha yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda fiziksel aktivite ile Stigma ölçeğinin 'damgalanmaya karşı direnç' (r=-0,312;p=0,001) alt boyutu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 'Genel Yaşam Kalitesi' (r=0,214;

p=0,019) ve ‘Bilişsel Fonksiyon’(r=0,238;p=0,009) alt boyutları arasında ilişki bulunmuştur. Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile nöbet korkusu arasında ise korelasyon bulunmamıştır. Benzer bir çalışmada (Lee ve ark, 2022), fiziksel olarak aktif olan epilepsili bireylerde yaşam kalitesi puanı (75,78) hareketsiz gruptakilere göre (67,66) daha yüksek bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütüne göre de egzersiz önerilerine uyan epilepsili bireylerin yaşam kalitelelerinde anlamlı bir iyileşme görülmüştür. Bu çalışmada epilepsili bireylerde fiziksel aktivitenin bellek ve konsantrasyon yeteneğini de geliştirdiği bildirilmektedir (Lee ve ark, 2022). Bu çalışma bizim çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir. Fiziksel aktivite yaşam kalitesinde iyileşmeye, daha iyi sosyal ilişkilere katkı sağlamakta, stigma algısını olumlu etkilemektedir. Bir çalışmada epilepsili bireylerde fiziksel aktivite yapmadaki en önemli engeller sırasıyla depresyon, kaygı, kullanılan ilaçların yan etkileri ve stigma algısı olarak bulunmuştur (Vancampfort ve ark, 2021). Epilepsili bireylerde fiziksel aktivite ile bilişsel fonksiyonlar arasındaki ilişkinin incelendiği benzer çalışmada aralarında pozitif korelasyon bulunmuştur. Egzersiz grubu kontrol grubuna göre sözel öğrenme ve hafıza ölçümlerinde iyileşme göstermiştir. Epilepside bilişsel sağlık açısından çok az tedavi ve çalışma olduğu da gözlemlenmiştir (Alexander ve ark, 2023). Bizim çalışmamızda bilişsel fonksiyon değerlendirilmemiş olmakla birlikte bilişsel fonksiyon ile ilişkili subjektif algının fiziksel aktivite ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda fiziksel aktivite ile stigmaya karşı direncin de ilişkili olduğu bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivitede bulunma stigmaya karşı direnci geliştirebilir. Baskı ve dışlanmaya karşı bireyi koruyabilir ve kendini geliştirmesini sağlayarak fiziki ve psikososyal sağlığını olumlu etkileyebilir. Araştırmamız literatüre uyumlu olarak fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi ile pozitif ilişkisini ortaya koymaktadır. Düzenli fiziksel aktivite ile epilepsinin olumsuz etkilerinin azalması, stigmanın gerilemesi, nöbet korkusunun azalması bireylerde iyilik halini arttırır. Hastaların başetme düzeyini arttırır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Epilepsili hastalarda fiziksel aktivitenin nöbet sıklığı, nöbet korkusu, stigma ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar;

- Çalışma 120 katılımcı ile tamamlanmış olup katılımcıların %51,7'si (n=62) erkektir. Hastaların yaş ortalaması 37,52±9,67'dir (18-62). Yarıdan fazlası (%59,2, n=71) evlidir, Katılımcıların %45'i (n=54) üniversite mezunu olup %41,7'si (n=50) çalışmaktadır.
- Hastaların tanı süresi ortalama 14,46±7,91 (1,5-35) yıldır. Hastaların %50,8'i (n=61) ayda birden sık nöbet geçirmektedir. Üçte biri (%35,8, n=43) nöbet sırasında zarar gördüğünü belirtmiştir. Hastaların %90'ı (n=108) antiepileptik ilaç kullanmaktadır, bu kişilerin %7,5'i (n=9) ilaçlarını düzenli kullanmamaktadır. Katılımcıların %15'inin (n=18) epilepsi dışı bir hastalığı bulunmaktadır. Yarıdan fazlası (%59,2, n=71) nöbet geçirmekten korktuğunu, %40'ı (n=48) nöbet korkusu nedeniyle kalabalık ortamlardan kaçındığını belirtmiştir.
- Erkeklerin kadınlardan daha yoğun fiziksel aktivitede bulunduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların fiziksel olarak daha aktif oldukları saptanmıştır.
- Hastaların %42,5'i (n=51) düzenli olarak fiziksel aktivite yaptıklarını belirtmiştir.
- Fiziksel aktiviteye ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, katılımcıların %28,3'ü (n=34) epilepsinin fiziksel aktiviteye engel olduğunu belirtirken %29,2'si (n=35) fiziksel aktivitenin nöbetleri artıracağını düşünmektedir.
- Hastaların %56,7'sinin (n=68) inaktif, %32,5'inin (n=39) minimal aktif ve %10,8'inin (n=13) çok aktif olduğu görülmüştür.
- Fizik aktivite düzeyi ile yaşam kalitesinin bazı boyutları ve stigmaya direnç ilişkili bulunmuştur.
- Fiziksel aktivitenin nöbeti tetiklediğini düşünenlerin stigma puanı yüksek, nöbet korkusu fazla ve yaşam kalitesi daha kötü bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bireylerin fiziksel aktivitenin yararları konusunda bilgilendirilmesi ve fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi,
- Stigma ve nöbet korkusu yaşayan bireylerin tespit edilerek psikolog ile birlikte bireysel destek sağlanması,
- Bireylerin fiziksel aktivite ile nöbet durumu, stigma, yaşam kalitesi gibi günlük hayatını etkileyen hastalık olguları hakkında mesleki araştırmaların çoğaltılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aaberg, K. M., Surén, P., Søraas, C. L., Bakken, I. J., Lossius, M. I., Stoltenberg, C., and Chin, R. (2017). Seizures, syndromes, and etiologies in childhood epilepsy: The International League Against Epilepsy 1981, 1989, and 2017 classifications used in a population-based cohort. Epilepsia, 58(11), 1880-1891.

Acaroğlu G., Yılmaz E. (2016). Epilepsili Hastalarda İlaç Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisi. Epilepsi Dergisi, 22(1): 17-25.

Akdağ G., Algın D., Erdinç O. (2016). Epilepsi/Epilepsy. Osmangazi Tıp Dergisi, 38(1):1-10.

Akoluk S. (2017). Epilepsi Hastalarının Tedaviye Uyumları Ve Etkileyen Faktörler. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

Alexander, H. B., & Allendorfer, J. B. (2023). The relationship between physical activity and cognitive function in people with epilepsy: A systematic review. *Epilepsy & behavior : E&B*, *142*, 109170. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2023.109170

Allendorfer, J. B., & Arida, R. M. (2018). Role of Physical Activity and Exercise in Alleviating Cognitive Impairment in People With Epilepsy. *Clinical therapeutics*, *40*(1), 26–34. https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2017.12.004

Anwar, H., Khan, Q. U., Nadeem, N., Pervaiz, I., Ali, M., and Cheema, F. F. (2020). Epileptic seizures. Discoveries Journals, 8(2)

Arida RM, de Almeida A-CG, Cavalheiro EA, Scorza FA. Experimental and clinical findings from physical exercise as complementary therapy for epilepsy. Epilepsy Behav. 2013;26(3):273-8.

Aydemir, N., Unsal, P., & Ozkara, C. (2011). Level of knowledge about and attitude toward, and sources of information about epilepsy/Epilepsisi olan bireylerin epilepsiye dair sahip olduklari tutum, bilgi ve bilgi kaynaklari. Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society, 17(3), 90-97.

Aydın, A. (2010) Metilentetrahidrofolat Redüktaz Enzim Mutasyonu ve Epilepsi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Asuman O Varoğlu).

Balestrini, S., Arzimanoglou, A., Blümcke, I., Scheffer, I. E., Wiebe, S., Zelano, J., & Walker, M. C. (2021). The aetiologies of epilepsy. *Epileptic disorders : international epilepsy journal with videotape*, *23*(1), 1–16. https://doi.org/10.1684/epd.2021.1255

Baybaş, S., Yıldırım, Z., Ertem, D. H., Dirican, A., & Dirican, A. (2017). Development and validation of the stigma scale for epilepsy in Turkey. *Epilepsy & behavior : E&B*, *67*, 84–90. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.12.023

Beghi E. (2020). The Epidemiology of Epilepsy. Neuroepidemiology, 54(2): 185-191.

Beghi, E., and Giussani, G. (2018). Aging and the epidemiology of epilepsy. Neuroepidemiology, 51(3-4), 216-223.

Bingöl CA. ‘‘Epilepsi rehberi, Türk Nöroloji Derneği Epilepsi Çalışma Grubu’’, Epilepsi, 2012, 18(1): 26-38.

Bjorholt, P. G., Nakken, K. O., Røhme, K., & Hansen, H. (1990). Leisure time habits and physical fitness in adults with epilepsy. *Epilepsia*, *31*(1), 83-87.

Blume WT, Luders HO, Mizrahi E, Tassinari C, Van Emde BW, Engel JJr. ‘‘Glossary of Descriptive Terminology For Ictal Semiology: Report of The ILAE Task Force On Classification and Terminology’’, Epilepsia, 2001, 42: 1212-8.

Bora İ. H, Yeni N, Gürses C. ‘‘Epilepsi’’, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2008.

Bou Nasif, M., Koubeissi, M., & Azar, N. J. (2021). Epilepsy - from mysticism to science. *Revue neurologique*, *177*(9), 1047–1058. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.01.021

Capovilla, G., Kaufman, K. R., Perucca, E., Moshé, S. L., & Arida, R. M. (2016). Epilepsy, seizures, physical exercise, and sports: A report from the ILAE Task Force on Sports and Epilepsy. *Epilepsia*, *57*(1), 6–12. https://doi.org/10.1111/epi.13261

Chakraborty, P., Sanchez, N. A., Kaddumukasa, M., Kajumba, M., Kakooza-Mwesige, A., Van Noord, M., Kaddumukasa, M.N., Nakasujja, N., Haglund, M.M., Koltai, D. C. (2021). Stigma reduction interventions for epilepsy: A systematized literature review. Epilepsy & Behavior, 114, 107381.

Collins J. (1990) Psychosocial well-being and epilepsy: an empirical study. Epilepsia 31:418-426

Cota, V. R., de Oliveira, J. C., Damázio, L. C. M., & Moraes, M. F. D. (2021). Nonperiodic stimulation for the treatment of refractory epilepsy: Applications, mechanisms, and novel insights. *Epilepsy & behavior : E&B*, *121*(Pt B), 106609. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106609

De Lima C, de Lira CAB, Arida RM. ve diğerleri. Epilepsili bireylerde boş zaman, fiziksel aktivite ve ruh hali bozukluğu düzeyleri arasındaki ilişki. Epilepsy Behav 2013; 28 (01) 47-51 10.1016/j.yebeh.2013.03.016

Demirel U., Okçin F. (2020). Epilepsi Ve Stigma. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 17(4): 378-82.

Duñabeitia, I., Bidaurrazaga-Letona, I., Diz, J. C., Colon-Leira, S., García-Fresneda, A., & Ayán, C. (2022). Effects of physical exercise in people with epilepsy: A systematic review and meta-analysis. Epilepsy & behavior : E&B, 137(Pt A), 108959. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108959

Elliott, J. O., Moore, J. L., & Lu, B. (2008). Health status and behavioral risk factors among persons with epilepsy in Ohio based on the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Epilepsy & Behavior*, *12*(3), 434-444.

Engel J, Chair Jr. ‘‘Report of the ILAE Classification Core Group’’, Epilepsia, 2006, 47 (9): 1558–1568.

Falco-Walter J. (2020). Epilepsy—Definition, Classification, Pathophysiology, And Epidemiology. In Seminars İn Neurology, 40(6): 617-623.

Farb, A., Sisto, J., Barrett, J., Al-Faraj, A., Goodson, S., Weinberg, J., Allendorfer, J. B., & Abdennadher, M. (2024). Self-reported exercise engagement and seizure control - A preliminary survey of people with epilepsy at a safety-net hospital. *Epilepsy & behavior reports*, *28*, 100724. https://doi.org/10.1016/j.ebr.2024.100724

Fisher, R.S., Cross, J.H., D'Souza, C., French, J.A., Haut, S.R., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F.E., Lagae, L., Moshé, S.L., Peltola, J., Roulet Perez, E., Scheffer, I.E., Schulze-Bonhage, A., Somerville, E., Sperling, M., Yacubian, E.M., and Zuberi, S.M., (2017). Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. Epilepsia, 58(4), 531–542.

Flammer, J., Neziraj, T., Rüegg, S., & Pröbstel, A. K. (2023). Immune Mechanisms in Epileptogenesis: Update on Diagnosis and Treatment of Autoimmune Epilepsy Syndromes. *Drugs*, *83*(2), 135–158. https://doi.org/10.1007/s40265-022-01826-9

Görgülü, Ü., & Fesci, H. (2011). Epilepsi ile yaşam: Epilepsinin psikososyal etkileri. Göztepe Tıp Dergisi, 26(1), 27-32.

Green, R., Abe, C., Denney, D. A., Zhang, R., Doyle, A., Gadelmola, K., ... & Ding, K. (2021). Physical activity status and quality of life in patients with epilepsy–Survey from level four epilepsy monitoring units. Epilepsy Research, 173, 106639.

Hauser WA, Annegers JF, KurlandLT. Incidence of Epilepsy and Unprovoked Seizures in Rochester, Minnesota: 1935-1984. Epilepsia1993;34:453-458.

Hu, C., Zhao, Y., & Xiao, Z. (2024). Effects of stigma on the quality of life in patients with epilepsy. *Acta Epileptologica*, *6*(1), 10.

Johnson, E. C., Helen Cross, J., & Reilly, C. (2020). Physical activity in people with epilepsy: A systematic review. Epilepsia, 61(6), 1062-1081.

Kaculini CM, Tate-Looney AJ, Seifi A. The history of epilepsy: from ancient mystery to modern misconception. Cureus. 2021; 13(3):e13953.

Kanner, A. M., Carrazana, E., Munger Clary, H. M., Rabinowicz, A. L., & Faught, E. (2024). Anticipatory anxiety of seizures in epilepsy: A common, complex, and underrecognized phenomenon?. *Epileptic disorders : international epilepsy journal with videotape*, *26*(3), 273–281. https://doi.org/10.1002/epd2.20224

Kesim, Ö. (2009) Monoterapi ile Tedavi Edilen Epilepsi Hastalarında Tiroid Fonksiyonlarının İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Nihal Işık).

Khalil N, Benbadis S, Robertson D. Ceasing antiquated conceptions: a telling of the early and evolving history of epilepsy. EurNeurol. 2020; 83(3): 341-344.

Kickhöfel E. H. P., (2021). Renaissance natural philosophy, brain, and epilepsy (and some ideas about science). Epilepsy & behavior:121(Pt B), 106593. (Kośmider ve diğerleri, 2023; Panteliadis, 2021

Klaus, S. P., Akkol, S., Achuthan, S. K., He, A., Zheng, C., Faught, E., & Alexander, H. B. (2025). Examining the role of physical activity in older adults with epilepsy. *Epilepsy & behavior reports*, *30*, 100756. https://doi.org/10.1016/j.ebr.2025.100756

Kobau, R., DiIorio, C. A., Price, P. H., Thurman, D. J., Martin, L. M., Ridings, D. L., & Henry, T. R. (2004). Prevalence of epilepsy and health status of adults with epilepsy in Georgia and Tennessee: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2002. *Epilepsy & Behavior*, *5*(3), 358-366.

Kumar, M., Ramanujam, B., Barki, S., Dwivedi, R., Vibha, D., Singh, R. K., & Tripathi, M. (2022). Impact of exercise as a complementary management strategy in people with epilepsy: A randomized controlled trial. Epilepsy & behavior : E&B, 129, 108616. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108616

Laks, S. O., Volpato, N., Coelho, N., Nogueira, M. H., Henning, P. R., Dias, A. F., Ferreira, W. S. M., Yasuda, C. L., Pimentel-Silva, L. R., & Cendes, F. (2025). Aerobic physical exercise improves quality of life in temporal lobe epilepsy. Arquivos de neuro-psiquiatria, 83(2), 1–5. https://doi.org/10.1055/s-0045-1804919

Lee, Y., Ahn, Y., & Cucullo, L. (2022). Impact of Physical Activity and Medication Adherence on the Seizure Frequency and Quality of Life of Epileptic Patients: A Population Study in West Texas. BioMed Research International, 2022.

Liu, G., Slater, N., and Perkins, A., (2017). Epilepsy: treatment options. American family physician, 96(2), 87-96.

Manzanares, I., Kuramochi, I., Olivera, M., Centeno, M., Khawaja, M., Pintor, L., Donaire, A., Del Mar Carreño, M., & Conde-Blanco, E. (2024). Evaluation of self-stigma in patients with epilepsy: Validation of the self-stigma scale to Spanish (ESSS-S). *Epilepsia open*, *9*(6), 2384–2394. https://doi.org/10.1002/epi4.13071

Mollaoglu M, Durna Z, Bolayir E. Validity and Reliability of the Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-31) for Turkey. Arch Neuropsychiatr2015;52:289-295.

Morrell MJ. Stigma and epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2002;3:21-5. Available from: https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525- 5050(02)00547-4/pdf

Munger Clary, H. M., Giambarberi, L., Floyd, W. N., & Hamberger, M. J. (2023). Afraid to go out: Poor quality of life with phobic anxiety in a large cross-sectional adult epilepsy center sample. *Epilepsy research*, *190*, 107092. https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2023.107092

Nakken, K. O. (1999). Clinical research physical exercise in outpatients with epilepsy. *Epilepsia*, *40*(5), 643-651.

Orrego-GonzÁlez E, Peralta-GarcÍa A, & Palacios-Sánchez L. Heracles and epilepsy: the sacred disease. Arq Neuro-Psiquiat. 2020; 78: 660-662

Özer, Z., & Bölüktaş, R. P. (2017). Epilepsi hastalarında yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Hemşireliği. J Intern Med Nurs-Special Topics. 2017;3(3):176-82

San-Juan, D., Cervera-Sánchez, M. B., Morales-Morales, M. A., Wong-Valenzuela, E. I., Torres-Rodríguez, D. L., & Pimentel-Saona, D. C. (2024). Impact of physical activity on quality of life in patients with epilepsy in a developing country: A cross-sectional, survey-based study. *eNeurologicalSci*, *37*, 100533. https://doi.org/10.1016/j.ensci.2024.100533

Sathyaprabha T, Satishchandra P, Pradhan C, Sinha S, Kaveri B, Thennarasu K, Murthy B, Raju T. Modulation of cardiac autonomic balance with adjuvant yoga therapy in patients with refractory epilepsy. Epilepsy & Behavior, 2008, 12: 245- 252.

Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M. B., French, J., Guilhoto, L., Hirsch, E., Jain, S., Mathern, G. W., Moshé, S. L., Nordli, D. R., Perucca, E., Tomson, T., Wiebe, S., Zhang, Y. H., & Zuberi, S. M. (2017). ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, *58*(4), 512–521. https://doi.org/10.1111/epi.13709

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

Sönmez, Y. (2019) Epilepsi Hastalarında Eser Element Düzeyi,Tiyol-Disülfid Dengesi, Hücre İçi Okside veRedükte Glutatyon DüzeylerininDeğerlendirilmesi. Ankara Yıldırım Beyazıt ÜniversitesiSağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Ceylan Bal).

Steinhoff, B. J., Neusiiss, K., Thegeder, H., & Reimers, C. D. (1996). Leisure time activity and physical fitness in patients with epilepsy. *Epilepsia*, *37*(12), 1221-1227.

Şirin Görkem N., Nerses B., Baykan B. (2020) Nöroloji. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. http://www.itfnoroloji.org/epilepsi/Epilepsi.htm

Tedrus, G. M. A. S., Sterca, G. S., & Pereira, R. B. (2017). Physical activity, stigma, and quality of life in patients with epilepsy. Epilepsy & Behavior, 77, 96-98.

Toprak Celenay, S., Korkut, Z., Karaaslan, Y., Lalecan, N., & Güneyligil Kazaz, T. (2024). Relationship between pain activity patterns, and physical and psychological aspects and sleep quality in women with migraine. Women & Health, 64(8), 662-673.

Tran, D. S., Odermatt, P., Singphuoangphet, S., Druet-Cabanac, M., Preux, P. M., Strobel, M., & Barennes, H. (2007). Epilepsy in Laos: knowledge, attitudes, and practices in the community. Epilepsy & Behavior, 10(4), 565-570.

Türk Nöroloji Derneği (2021). Epilepsi Tanı ve Tedavi Rehberi. https://noroloji.org.tr/TNDData/Uploads/files/epilepsi-tani-ve-tedavi-rehberi.pdf Erişim tarihi: 02.01.2025

Van Rie A, Sengupta S, Pungrassami P, Balthip Q, Choonuan S, Kasetjaroen Y, et.al. Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales. Trop Med Int Health. 2008;13(1):21-30. doi: 10.1111/j.1365-3156.2007.01971.x.

Vancampfort D, Ward PB. Physical activity correlates across the lifespan in people with epilepsy: a systematic review. Disabil Rehabil. 2019; 18: 1–8.

Vancampfort, D., & Ward, P. B. (2021). Physical activity correlates across the lifespan in people with epilepsy: a systematic review. Disability and rehabilitation, 43(10), 1359–1366. https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1665113

Vera-González A. Pathophysiological mechanisms underlying the etiologies of seizures and epilepsy. Ed: Czuczwar S. Epilepsy. Exon Publications, Lublin. 2022.

Volpato, N., Kobashigawa, J., Yasuda, C. L., Kishimoto, S. T., Fernandes, P. T., & Cendes, F. (2017). Level of physical activity and aerobic capacity associate with quality of life in patients with temporal lobe epilepsy. PLoS One, 12(7), e0181505.

Wallace R.H., Wang D.W., Singh R., Scheffer I.E., George A.L., Phillips H.A., Saar K., ReisA., Johnson E., Sutherland G., Berkovic S., Mulley J. (1998) Febrile seizures and generalized epilepsy associated with a mutation in the Na+- channel ß1 subunit gene SCN1B. Nature Genetics,19(4):366-70.

Weiss, A., Canetti, L., David, S. B., Reuveni, I., & Ekstein, D. (2022). Seizure phobia: A distinct psychiatric disorder among people with epilepsy. *Seizure, 95*, 26–32. https://doi.org/10.1016/j.seizure.2021.12.009

World Health Organization. (2019) Epilepsy: A public health imperative. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy Erişim tarihi: 09.05.2022

World Health Organization. "Epilepsy". https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/epilepsy Erişim tarihi: 21.10.2023.

Yeni, K., Tulek, Z., Simsek, O. F., & Bebek, N. (2018). Relationships between knowledge, attitudes, stigma, anxiety and depression, and quality of life in epilepsy: a structural equation modeling. Epilepsy & Behavior, 85, 212-217.

EKLER

Ek 1:Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

A. Sosyodemografik Özellikler

Ad Soyad: Yaşı:

Medeni Durum: Evli ( ) Bekar ( )

Cinsiyeti: Kadın ( ) Erkek ( )

Eğitim Durumu:Okur yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaöğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü ( )

Çalışma durumu:

Çocuğunuz varsa sayısı:

Mesleğiniz:

Sosyal güvenceniz var mı?

Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

B. Hastalıkla İlgili Özellikler

1. Epilepsi tanısı alma süreniz? ..... ay/yıl
2. Ailede epilepsi tanısı alan başka birey var mı?
   Evet ( ) Hayır ( )
3. Son bir yılda ne sıklıkla nöbet geçirdiniz?
   Hiç geçirmedim ( )
   Ayda bir nöbetten az ( )
   Ayda bir nöbetten fazla ( )
4. En son ne zaman nöbet geçirdiniz?
   .....
5. Nöbet geçireceğinizi önceden hissedebiliyor musunuz?
   Evet ( ) Hayır ( )
6. Nöbetinizi tetikleyen faktörler neler? (stres, uykusuzluk, yorgunluk, gürültü vb.)
   .....
7. Nöbet sırasında birine zarar verdiniz mi?
   Evet ( ) Hayır ( )
8. Nöbet sırasında zarar gördünüz mü?
   Evet ( ) Hayır ( )

9. Epilepsi dışında başka bir hastalığınız var mı?
   Var ( ) Yok ( )
   Var ise:.....

10. Epilepsi hastalığı için kullandığınız ilaçlar nelerdir?
    .....

11. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz? Cevabınız hayır ise nedenini açıklayınız.
    Evet ( ) Hayır ( ).....

12. Epilepsi dışında başka bir ilaç kullanıyor musunuz?
    Evet ( ) Hayır ( )
    Evetse kullandığınız ilaçları yazınız.
    .....

13. Düzenli kontrollere gidiyor musunuz?
    Evet ( ) Hayır ( )
    Hayır ise nedenini açıklayınız.
    .....

14. Kendinizi genellikle nasıl hissediyorsunuz?
    ( ) Mutlu
    ( ) Mutsuz
    ( ) Enerjik
    ( ) Yorgun
    ( ) Depresif

15. Hastalığınızı kimler biliyor?
    ( ) Aile
    ( ) Akraba
    ( ) Arkadaş/Komşu
    ( ) İş/Okul arkadaşları
    Bilmiyorlarsa nedenini açıklayınız.
    .....

16. Epilepsi tanısı aldıktan sonra yaşantınızda değişiklik oldu mu?
    Evet ( ) Hayır ( )
    Evet ise ne gibi değişikler oldu? Açıklayınız.
    .....

17. Nöbet geçirmekten korktuğunuz anlar oluyor mu?
    Evet ( ) Hayır ( )

18. Nöbet geçirme korkusu sizi kalabalık ortamlarda bulunmaktan alıkoyuyor mu?
    Evet ( ) Hayır ( )

19. Ehliyetiniz var mı?
    Evet ( ) Hayır ( )

20. Araba kullanıyor musunuz?
    Evet ( ) Hayır ( )
    Hayır ise nedenini açıklayınız.
    ……

21. Epilepsi tanısı aldıktan sonra yakın çevrenizin size karşı davranışlarında değişiklik oldu mu?
    ( ) Olmadı.
    ( ) Aşırı koruyucu/kollayıcı oldular.
    ( ) Daha destekleyici oldular.
    ( ) Daha ilgisiz oldular.

22. Düzenli olarak fiziksel aktivitede bulunuyor musunuz?
    Evet ( ) Hayır( )
    Hayır ise nedenini açıklayınız.
    ……

23. Epilepsi hastalığının fiziksel aktiviteye engel olduğunu düşünüyor musunuz?
    Evet ( ) Hayır( )

24. Fiziksel aktivitenin nöbetlerinizi sıklaştıracağını düşünüyor musunuz?
    Evet ( ) Hayır ( )

EK 2: Uluslararası Fiziksek Aktivite Anketi (Kısa Form)

ULUSLAR ARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA FORM)

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz. Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır. Lütfen yaptığınız aktiviteleri düşünün; işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri.

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada___gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3.Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada___gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün,bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada___gün

Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde,günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

EK 3: Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeği

Shamsalinia ve ark tarafından 2020 yılında epilepsy hastalarında hastalıkla ilgili korkuyu değerlendirilmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirliği Bahçecioğlu Tuan ve ark tarafından 2023 yılında yapılmıştır. D-RFS 27 maddeden oluşmkatadır. "Nöbet sonuçlarının korkusu" (ilk 16 madde) ve "Hastalığın uzun dönem sonuçlarının korkusu" (son 11 madde) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Olcek 4 liketli olup maddeler Cok düsük (1) ve cok yüksek (4) seklinde puanlanmaktadır Olcekte puan artıkça hastalıkla ilgili korkunun arttığını göstermektedir. Ters kodlanan madde yoktur. Olçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha değerinin 0.970- 0.975 arasında değiştiği toplam Cronbach Alpha değerinin ise 0.950 olduğu belirlendi.

EPILEPSI HASTALARINDA HASTALIKLA ILIŞKILI KORKU OLÇEGI DISEASE-RELATED FEAR SCALE (D-RFS)

	Çok düşük 1	2	3	Çok Yüksek 4
1.Nöbet sırasında boğulmaktan korkuyorum.				
2.Nöbet sırasında yaralanmaktan korkuyorum.				
3. Nöbet sırasında idrar ve gaita kaçırmaktan korkuyorum.				
4. Nöbet sırasında acı verici şeyler (dilimi ısırmak ve unutkanlık gibi) yaşamaktan korkuyorum				
5. Uygun olmayan bir zamanda ya da yerde (yüzerken, banyo yaparken, karşıdan karşıya geçerken, partide, araba kullanırken, eğlenirken ve önemli biriyle buluşurken) nöbet geçirmekten korkuyorum.				
6. Nöbet esnasında ölmekten korkuyorum				
7. Başkalarının yanında nöbet geçirmekten ve onların hastalığımı fark etmelerinden korkuyorum				
8.Nöbet sırasında başkaları tarafından taciz edilmekten korkuyorum.				
9.Cinsel ilişki ya da flört sırasında nöbet geçirmekten korkuyorum.				
10. Nöbet sırasında başkalarının benimle dalga geçmesinden korkuyorum				
11.Hastalığımın çocuğuma geçmesinden korkuyorum.				

12.Gebelik esnasında ilaç almanın Fetüste/bebekte fiziksel sorunlara yol açacağından korkuyorum.				
13. Nöbet sırasında olası zararlı durumları kontrol edememekten korkuyorum.				
14.Uykusuz ve yorgun olduğum zamanlarda nöbet geçirmekten korkuyorum				
15.Başkalarının bana acıdıkları için benimle iletişim kurmalarından ya da benimle ilişkilerini devam ettirmelerinden korkuyorum.				
16.Antiepileptik ilaçlar aldığım için cinsel performansımın azalacağından korkuyorum				
17.Gelecekte nöbetlerin sayısının ve süresinin artacağından korkuyorum				
18.Başkalarıyla ilişkilerde ayrımcılığa uğrayacağımdan korkuyorum				
19. Zamanla çok fazla nöbet geçirme nedeniyle beyin hasarı almaktan korkuyorum				
20. Antiepileptik ilaçların uzun vadede vücuduma zarar vermesinden korkuyorum				
21. Nöbetlerin hayatım boyunca benimle olmasından korkuyorum				
22. Başkalarının onlardan farklı olduğumu düşünmelerinden ve beni reddetmelerinden korkuyorum				
23.Gelecekte hastalığımı asla kontrol edemeyeceğimden ya da yönetemeyeceğimden korkuyorum				
24.Gelecekte hastalığım nedeniyle başkalarına bağımlı olmaktan korkuyorum				
25. Hastalığımın bulaşıcı olduğunu düşündüklerinden ve beni buluşmalarına davet etmemelerinden dolayı arkadaşlarımı/iş arkadaşlarımı kaybetmekten korkuyorum.				
26.Aile üyelerimin ya da arkadaşlarımın zamanla bana acıyacaklarından korkuyorum				
27.Ailemin uzun vadede hastalığımın tedavisinden umudu kesmelerinden korkuyorum				

EK 4: Epilepside Stigma Ölçeği

Epilepside Stigma Ölçeği

Aşağıda hastalığınız ile ilgili bilgi, düşünce, duygu ve deneyimlerinizi sorgulamak üzere hazırlanmış sorular bulunmaktadır. Bu soruları dikkatlice okuyup, size en uygun cevabı işaretlemeniz rica olunur.

1: Kesinlikle katılmıyorum.

2: Katılmıyorum.

3: Katılıyorum.

4: Kesinlikle katılıyorum.

		1	2	3	4
1	Epilepsi bulaşıcı bir hastalıktır.				
2	Epilepsi ruhsal bir hastalıktır.				
3	Epilepsi cin çarpmasıdır.				
4	Epilepsi korkudan dolayı oluşur.				
5	Soğan, su, kolonya epilepsi nöbetini durdurmada yararlıdır.				
6	Epilepsi kesinlikle tedavi edilemez bir hastalıktır.				
7	Allah beni cezalandırdığı için epilepsi hastası olduğumu düşünüyorum.				
8	Epilepsi hastası olduğum için diğer insanların bana ayrımcılık yaptığını düşünüyorum.				
9	Epilepsi hastası olduğum için insanlar beni ciddiye almıyorlar ya da görmezden geliyorlar.				
10	Epilepsi hastası olduğum için insanlar benimle yakın ilişki içerisinde olmak istemezler.				
11	Epilepsi hastası olduğum için okulumda ve/veya işimde başarılı olabileceğimi düşünmüyorum.				
12	Epilepsi hastası olduğum için diğer insanlardan farklıyım.				
13	Epilepsi hastası olmak bana kendimi yetersiz hissettiriyor.				
14	Epilepsi hastası olmayan insanlar beni anlayamazlar.				
15	Epilepsi hastası olduğum için utanıyorum.				
16	Epilepsi hastası olmak beni hayal kırıklığına uğratıyor.				
17	İnsanlar bana bakınca epilepsi hastası olduğumu hemen anlayabilirler.				
18	Epilepsi hastası olduğum için başkalarının benimle ilgili karar vermesine ihtiyaç duyuyorum.				

19	Epilepsi hastası olduğum için topluma katkı sağlayabileceğimi düşünmüyorum.				
20	Epilepsi hastalığına sahip olan insanlar evlenemezler.				
21	Epilepsi hastası olan kadınlar çocuk doğuramazlar.				
22	Epilepsi hastası erkekler askere gidemezler.				
23	Epilepsi hastalığı ile ilgili toplumdaki olumsuz düşüncelerden dolayı kendimi dışlanmış hissediyorum.				
24	Ailemin ve arkadaşlarımın utanmasını istemediğim için sosyal etkinliklerden uzak duruyorum.				
25	Yaşıtlarım tarafından kabul görmüyorum.				
26	Epilepsi hastası olduğum için akrabalarımla anlaşamıyorum.				
27	Çocuğum için yeterli ve iyi bir ebeveyn olabileceğimi düşünmüyorum.				
28	Bir işe başvururken epileptik olmayan bir insanın bana oranla işe kabul edilme ihtimali daha yüksektir.				
29	Epilepsi yerine başka bir hastalığım olmasını tercih ederdim.				
30	Diğer insanlarla ilişki kurmaktan kaçınıyorum çünkü epilepsi hastası olduğum için reddedileceğimi düşünüyorum.				
31	Epilepsi hastalığıma rağmen iyi bir hayat sürebilirim.				
32	Diğer epilepsili hastalarla birlikteyken kendimi iyi hissediyorum.				

EK 5: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLIE-31)

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

Adınız----------

Cinsiyet Kadın ☐

Erkek ☐ Doğum Tarihi--------/----

Sayın.....

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

Teşekkürler

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

En iyi yaşam kalitesi	**10**	**9**	**8**	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**0**	En kötü yaşam kalitesi

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

	Her zaman	Çoğu zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
2- Kendinizi canlı (güçlü-zinde) mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
3- Çok sinirli bir insan mı oldunuz?	1	2	3	4	5	6
4- Hiçbir şeyden zevk alamayacak kadar keyifsiz mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
5- Sakin ve huzurlu mu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
6- Çok enerjik mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
7- Üzgün ve kederli mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
8- Kendinizi bitkin mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

9- Mutlu bir kişi mi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
10- Kendinizi yorgun mu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
11- 'Başka bir nöbet geçiririm' diye endişelendiniz mi?	1	2	3	4	5	6
12- Akıl yürütmede ve sorun çözmede zorluğunuz oldu mu? (İş planlama, karar verme, yeni şeyler öğrenme gibi)	1	2	3	4	5	6
13- Sağlık sorunlarınız sosyal ilişkilerinizi (arkadaşlarınızı ya da akrabalarınızı ziyaret gibi) engelledi mi?	1	2	3	4	5	6

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



	Her zaman	Çoğu zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
15- Hafıza güçlüğü yaşadınız mı?	1	2	3	4	5	6
16- İnsanlar size ne sıklıkla	1	2	3	4	5	6
17- Okuduğunuza dikkatinizi verebilme sorunu yaşadınız mı?	1	2	3	4	5	6
18- Belirli bir işe dikkatinizi verebilme sorunu yaşadınız mı?	1	2	3	4	5	6
19- Kullandığınız ilaçlar boş zaman (hobi, dışarı çıkmalarınızı) aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4	5	6

20- Kullandığınız ilaçlar araba kullanmanızı etkiledi mi?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

	Evet	Kısmen	Biraz	Hayır
21- Gelecek ay nöbet geçirmekten ne kadar korkuyorsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**
22- Nöbet sırasında kendinizi yaralayacağınızdan dolayı endişelenir misiniz?	**1**	**2**	**3**	**4**
23- Gelecek ay nöbet geçirerek 'etrafa mahcup olurum ya da başka sosyal sorunlar olabilir' diye endişeleniyor musunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**
24- Şu anda kullandığınız ilaçları uzun süre kullanmanız gerekirse size zararlı olacağı konusunda ne kadar endişelisiniz?	**1**	**2**	**3**	**4**

Aşağıdaki sorulara sizin için **rahatsız edici** düzeyine göre 1' den 5' e kadar puan veriniz.

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

31-



En iyi sağlık durumu En kötü sağlık durumu

Sağlık durumunuza göre (ne kadar iyi ya da ne kadar kötü) yukarıdaki skalaya göre kaç puan verirsiniz?

Varsa düşünceleriniz:

EK 6:

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA	**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Tarih:

"Epilepsi Hastalarında Fiziksel Aktivitenin Nöbet Sıklığı, Nöbet Korkusu, Stigma ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi" başlıklı projenin Gönüllü Onam Formunu okudum. Bana, ayrıca Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi merkezindeki çalışma hakkında gerekli bilgiler sözlü olarak açıklanmış olup, açıklamaları tamamen anladım. Yapılacak çalışma ile ilgili soru sorma hakkım anlatıldı. Sorularıma açıklayıcı ve anlaşılır yanıtlar verildi. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları da açıklandı. Çalışmaya katılmamam halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğim ve herhangi bir zamanda çalışmadan ayrılabileceğim açıkça söylendi. Bu koşullar altında projeye kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Çalışmadan elde edilen bilgilerin kimliğim gizli kalmak koşulu ile yayın ve arşivleme dahil bilimsel çalışmalarda kullanımına onay veriyorum.

Gönüllünün Adı - Soyadı
Adresi (varsa telefon no) İmzası

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı – Soyadı
Adresi (varsa telefon no)
İmzası

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı – Soyadı
İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık edenin
Adı - Soyadı Görevi İmzası

Windows'u Etkinleşt

EK 7:

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA	**AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU***

Tarih:

Sizi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Iç Hastalıkları Kliniği Dahili Tıp Bilimi epilepsi poliklinikilerinde Sena YENER yürütücülüğünde gerçekleştirilecek olan 'Epilepsi Hastalarında Fiziksel Aktivitenin Nöbet Sıklığı, Nöbet Korkusu, Stigma ve Yaşam Kalitesi ile Ilişkisi' başlıklı projeye davet ediyoruz. Bu çalışma Istanbul Universitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Iç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı tez çalışması olup Prof. Dr. Zeliha Tülek danışmanlığında gerçekleştirilecektir.

Siz bu araştırmanın gönüllü grubu içinde yer alacaksınız. Sizden ve diğer katılımcılardan elde edilecek bilgiler veya verilerle bilimsel bir sonuca ulaşılacaktır. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce araştırmanın niçin, nasıl, ne yöntemle yapılacağı ve sizden ne istendiği katılmanın size getireceği faydaları, riskleri ve rahatsızlıkları bilmeniz gerekmektedir.

Bu nedenle, bu formun okunup anlaşılması önemlidir. Anlamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa açıklanmasını talep ediniz. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çıkma hakkına sahipsiniz.

Projemiz yüksek lisans tez çalışması olup 18 yaş ve üzeri, epilepsi tanısı almış, Türkçe okuma yazma bilen, araştırmaya kendi rızası ile katılan epilepsi hastalarına uygulanacaktır. Çalışmamız bir adet hasta bilgi formu ve dört adet anketten oluşup tanımlayıcı tiptedir. Amacımız; epilepsi hastalarında fiziksel aktivitenin nöbet korkusu, nöbet sıklığı, stigma ve yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemektir. Çalışmamızda hastaların sosyodemografik ve genel hastalıkla alakalı soruların bulunduğu hasta bilgi formu, Uluslararası Fiziksek Aktivite Anketi (Kısa Form), Epilepsi Hastalarında Hastalıkla İlişkili Korku Ölçeği Disease-Related Fear Scale (D-RFS), Epilepside Stigma Ölçeği, Epilepsi Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılacaktır. Kullanılacak formlar poliklinik merkezinde yüz yüze görüşme yöntemiyle soru-cevap şeklinde uygulanacaktır. Bu uygulama için öngördüğümüz süre 20 dakikadır. Öngördüğümüz katılımcı sayısı 120'dir.

Çalışmaya katılmanız halinde kişisel bir yarar söz konusu değildir. Bu çalışma ile konu ile ilgili literatüre katkı sağlayacak bilgiler elde edilecektir. Size bu araştırmada herhangi bir ilaç verilmeyeceği ya da girişim uygulanmayacağı için herhangi bir olası risk veya zarar ile karşılaşmanız söz konusu değildir.

Bu proje kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu proje sizin sosyal güvenli kurumu veya diğer sağlık sigortası kuruluşlarıyla ilgili ödemelerinize herhangi bir yük getirmeyecektir.

Sonuçlarınız ve kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak istemeniz halinde elde edilen sonuçlar rapor halinde size verilecektir.

Çalışma süresince ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorunu paylaşmak için numaralı telefondan sorumlu araştırmacı Sena YENER'e başvurabilirsiniz.

EK 8: Çalışmada Kullanılan Ölçek İzin Belgeleri

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

EPİLEPSİ HASTALARINDA FİZİKSEL AKTİVİTENİN NÖBET SIKLIĞI, NÖBET KORKUSU, STİGMA VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%17	%15	%11	%9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%4
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
3	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%2
4	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
5	openaccess.izu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	www.ulusaltezmerkezi.net İnternet Kaynağı	<%1
7	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<%1

www.gecekitapligi.com

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Sena YENER
(İmza)

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Sena YENER
(İmza)

ÖZGEÇMİŞ