

**T.C.**  
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**EPİLEPSİ HASTALARINDA SAĞLIKTA KADERCİLİK**  
**ANLAYIŞI, BENLİK SAYGISI VE YAŞAM**  
**KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ayşe Gülşah BAHÇEBAŞI**

**İstanbul**  
**Şubat-2023**

**T.C.**  
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**EPİLEPSİ HASTALARINDA SAĞLIKTA KADERCİLİK**  
**ANLAYIŞI, BENLİK SAYGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN**  
**İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ayşe Gülşah BAHÇEBAŞI**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER**

**İstanbul**  
**Şubat-2023**

## TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER .....

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK .....

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER HEKİM .....

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Erhan İÇENER  
Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Epilepsi Hastalarında Sağlıkta Kadercilik Anlayışı, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Ayşe Gülşah BAHÇEBAŞI

## ÖN SÖZ

Araştırmamı yürüttüğüm süre boyunca benden destek, deneyim ve bilgilerini esirgemeyen değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER'e, Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı değerli hocamız Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHCECİK'e, eğitim hayatım boyunca beni destekleyen ve her zaman yanımda olan canım annem ve babama, tez yazma sürecinde sabır ve anlayışı için sevgili eşime en içten duygularıyla teşekkür ederim.

**Ayşe Gülşah BAHÇEBAŞI**

**İstanbul- 2023**

## ÖZET

# EPİLEPSİ HASTALARINDA SAĞLIKTA KADERCİLİK ANLAYIŞI, BENLİK SAYGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

**Ayşe Gülşah BAHÇEBAŞI**

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Şubat, 2023 – 96 Sayfa

Bu çalışma epilepsi hastalarında sağlıkta kadercilik anlayışını, benlik saygısını ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla gerçekleştirildi. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma Nisan-Aralık 2021 tarihleri arasında İstanbul’da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi polikliniğine gelen 210 hasta ile yürütüldü. Araştırma verileri, “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Sağlık Kaderciliği Ölçeği (SKÖ)”, “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)” ve “Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği QOLIE-31” ile yüz yüze görüşme yoluyla toplandı. Hastaların yaş ortalaması 36,1±13,91 yıl olup epilepsi tanı alma süre ortalaması 21,75±13,94 aydır. Hastaların %58,6’sı kadın, %50,5’i bekar, %41,4’ü ilköğretim mezunu, %69,5’i çalışmamakta, %51,9’unun geliri giderine denk, %46,7’si eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Hastaların %78,1’nin nöbet tipi jeneralize tonik-klonik nöbet, %35,2’si yılda 1 defa nöbet geçirdiği, %46,7’si birden fazla ilaç kullandığı, %31,4’ünde epilepsi dışında başka bir hastalığı bulunduğu, %19’unun ailesinde epilepsi hastası olduğu saptandı. SKÖ değeri ortalaması 49,8±17,32; RBSÖ değeri ortalaması 1.96±0.53’dir. Hastaların, %41,4’ünün yüksek benlik düzeyinde olduğu görüldü. QOLIE-31 toplam puan ortalaması 58,03±19,84; alt boyutları puan ortalaması Nöbet endişesi 51,42±31,18, Genel yaşam kalitesi 59,18±20,31, Emosyonel iyilik 56,57±21,46, Enerji/yorgunluk 51,98±21,85, Bilişsel fonksiyon 59,81±24,43, İlaçların etkisi 57,12±31,95, Sosyal fonksiyon 62,11±29,83’tür. Hastaların orta düzeyde kadercilik anlayışına sahip olduğu, benlik seviyelerinin ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu saptandı. Orta benlik grubunda olan hastaların daha kaderci oldukları bulundu. Yüksek benlik düzeyine sahip olanların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** epilepsi, sağlık kaderciliği, benlik saygısı, yaşam kalitesi

## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF HEALTH FATALISM, SELF-ESTEEM, AND QUALITY OF LIFE IN EPILEPSY PATIENTS

Ayşe Gülşah BAHÇEBAŞI

Master, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Assistant Professor Zülfünaz ÖZER

February, 2023 – 96 Pages

This study was performed to examine fatalism in health, self-esteem, and quality of life in epilepsy patients with a descriptive and cross-sectional design with 210 patients admitted to the Epilepsy Outpatient Clinic of a Training and Research Hospital in Istanbul between April and December 2021. The research data were collected through face-to-face interviews with the “Personal Information Form”, “Health Fatalism Scale (HFS)”, “Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)” and “Quality of Life in Epilepsy Scale QOLIE-31”. The patients' mean age was  $36.1\pm 13.91$  years and the mean time since epilepsy diagnosis  $21.75\pm 13.94$  months. 58.6% of them were women, 50.5% were single, 41.4% were primary school graduates, 69.5% were unemployed, 51.9% had income equal to their expenses and 46.7% lived with their spouses and children. 78.1% had generalized tonic-clonic seizures, 35.2% had a seizure once a year, 46.7% used more than one drug, 31.4% had a condition other than epilepsy and 19% had an epileptic family member. HFS mean score was  $49.8\pm 17.32$  and RSES mean score was  $1.96\pm 0.53$ . 41.4% had high self-esteem. QOLIE-31 total mean score was  $58.03\pm 19.84$ , and the scores from seizure anxiety, general quality of life, emotional well-being, energy/fatigue, cognitive function, effect of drugs and social function subscales were  $51.42\pm 31.18$ ,  $59.18\pm 20.31$ ,  $56.57\pm 21.46$ ,  $51.98\pm 21.85$ ,  $59.81\pm 24.43$ ,  $57.12\pm 31.95$  and  $62.11\pm 29.83$ , respectively. It was determined that the patients had a moderate level of fatalism, and their self-esteem and quality of life levels were moderate. Patients with a moderate level of self-esteem were more fatalistic and those with high self-esteem had higher quality of life.

**Keywords:** epilepsy, health fatalism, self-esteem, quality of life

# İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAYI</b> .....	<b>i</b>
<b>BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖN SÖZ</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>1</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>3</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Epilepsi Tanımı .....	3
2.2. Epilepsi Epidemiyolojisi .....	4
2.3. Epilepsi Etiyolojisi .....	4
2.4. Epilepsi Patofizyolojisi .....	6
2.5. Epilepsi Nöbetlerinin Sınıflandırılması .....	7
2.5.1. Fokal veya Parsiyel Nöbetler .....	9
2.5.2. Jeneralize Nöbetler .....	11
2.6. Epilepside Tanı ve Tedavi .....	12
2.7. Epilepsi ve Hemşirelik Bakımı .....	17
2.8. Sağlıkta Kadercilik Anlayışı .....	19
2.9. Benlik Saygısı .....	22
2.10. Yaşam Kalitesi .....	23
2.11. Epilepsi Hastalarının Kadercilik Anlayışı, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesinde Hemşirenin Rolü .....	25
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b> .....	<b>27</b>
<b>GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>27</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	27
3.4. Veri Toplama Araçları .....	28

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1) .....	28
3.4.2. Sağlık Kaderciliği Ölçeği (SKÖ) .....	28
3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) .....	28
3.4.4. Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği – QOLIE-31 .....	29
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	30
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	30
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>31</b>
<b>BULGULAR .....</b>	<b>31</b>
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı .....	31
4.2. Hastaların Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Ölçüm Ortalamaları.....	32
4.3. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özellikleri ile Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	33
4.4. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özellikleri ile Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Regresyon Analizine İlişkin Bulgular .....	48
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM .....</b>	<b>53</b>
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>53</b>
<b>ALTINCI BÖLÜM .....</b>	<b>58</b>
<b>SONUÇ.....</b>	<b>58</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>59</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>74</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>85</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1:Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (n: 210).....	31
Tablo 4.2:Hastaların Hastalık Özellikleri ilişkin Bulgular (n: 210).....	32
Tablo 4.3:Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular (n: 210).....	33
Tablo 4.4:Cinsiyete Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210) .....	34
Tablo 4.5:Medeni Duruma Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210) .....	35
Tablo 4.6:Eğitim Durumuna Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210).....	35
Tablo 4.7:Eğitim Durumuna Göre Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210) .....	37
Tablo 4.8:Çalışma Durumuna Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210) .....	38
Tablo 4.9:Gelir Durumuna Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210).....	38
Tablo 4.10:Gelir Durumuna Göre Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210) .....	39
Tablo 4.11:Birlikte Yaşanan Kişilere Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210) .....	40
Tablo 4.12:Nöbet Türüne Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210).....	41
Tablo 4.13:Nöbet Türüne Göre Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210) .....	42

Tablo 4.14:Nöbet Sıklığına Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210).....	43
Tablo 4.15:Nöbet Sıklığına Göre Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210) .....	44
Tablo 4.16:Kullanılan İlaç Sayısına Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210) .....	45
Tablo 4.17:Epilepsi Dışı Hastalık Durumuna Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210) .....	46
Tablo 4.18:Ailede Epilepsi Hastalığı Bulunma Durumuna Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210).....	47
Tablo 4.19:Yaş, Epilepsi Tanı Alma Süresi, Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Korelasyon Analizi (n: 210) .....	48
Tablo 4.20:Bağımsız Değişkenler ile Sağlıkta Kadercilik Ölçeğin Yordanması için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları.....	49
Tablo 4.21:Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin, Sağlık Kaderciliği Ölçeği ve Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Ölçümlerin Karşılaştırılması .....	50
Tablo 4.22:Bağımsız Değişkenler ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğin Yordanması için Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Bulguları.....	51
Tablo 4.23:Bağımsız Değişkenler ile Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğin Yordanması için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları.....	52

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: The International League Against Epilepsy 2017 Sınıflamasına göre Epilepsi Nöbet Tiplerinin Sınıflandırılması .....	7
Şekil 2.2: The International League Against Epilepsy 2017 Sınıflamasına göre Nöbet Tiplerinin Genişletilmiş Sınıflama Versiyonu .....	8
Şekil 2.3: Epilepsinin Hastaların Yaşamları Üzerindeki Etkisi .....	25



## KISALTMALAR

**BT:** Bilgisayarlı Tomografi

**EEG:** Elektroensefalografi

**FDA:** Food and Drug Administration

**GABA:**  $\gamma$ -aminobütirik asit

**ILAE:** International League Against Epilepsy (Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği)

**MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**Non- REM:** Non-Rapid Eye Movement

**PET:** Positron Emission Tomography

**QOLIE-31:** (Quality of Life in Epilepsy-31) Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

**RBSÖ:** Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

**SKÖ:** Sağlık Kaderciliği Ölçeği

**SPECT:** SinglePhoton Emission Computed Tomography

**WHO:** World Health Organization

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

Epilepsi, bazen bilinç kaybı, bağırsak ve mesane fonksiyonlarının kontrolünün kaybının da eşlik ettiği kısa ve istemsiz hareket dönemleri olan ve tekrarlayan nöbetler ile karakterizedir (WHO, 2022). Çocukluk ve ergenlik döneminde en sık görülen, yetişkinlik döneminde ise beyin-damar hastalıklarından sonra ikinci sırada görülen nörolojik bir hastalıktır (Üçer vd., 2016). Genel popülasyonda nöbetleri devam eden ya da tedaviye ihtiyaç duyan aktif epilepsi hastası oranı tahmini olarak 1000 kişi başına 4-10 arasındadır. Ortalama her yıl 5 milyon kişiye epilepsi tanısı konmaktadır. Gelişmiş ülkelerde her yıl 100.000 kişi başına 49 kişiye epilepsi teşhisi konduğu, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise bu rakamın 100.000'de 139'a kadar çıktığı tahmin edilmektedir (WHO, 2022). Ülkemizde aktif epilepsi tanısı alan 750 bin kişi olduğu bildirilmiştir (Balal vd., 2017).

Günümüzde epilepsi, dünyanın hemen her ülkesinde bir hastalık olarak değil, mistik düşünceler içeren bir terim olarak yorumlanmaktadır (Görgülü ve Fesci, 2011). Epilepsi hastaları tıbbi tedavinin yanı sıra muska yapmak, kutsal yerleri ziyaret etmek, dua etmek gibi çeşitli ruhani yöntemlere başvurmaktadır (Rani ve Thomas, 2019). İslam inancına sahip toplumlarda epilepsinin bulaşıcı bir hastalık olduğu ve Allah'ın günahlar nedeniyle verdiği bir ceza olduğu, bilişsel işlevlerin diğerlerinden daha zayıf olduğu, hastanın sosyal ve sportif faaliyetlere katılmaması gerektiği gibi yanlış inançlar damgalanmayı artırmakta ve özyönetimi olumsuz etkilemektedir (Adjei vd., 2013; Birbeck ve Kalichi, 2004; Yeni vd., 2018). Sağlık kaderciliği, sağlıkla ilgili yaşanan sorunların insan kontrolünün ötesinde olduğu durumlara olan inancı ifade eder (Nageeb vd., 2018). Kişiler kontrolün kendilerinde değil, dış bir güçte olduğu inancına sahip olduğundan herhangi bir hastalık ya da sağlık durumunda kendilerinin güçsüz olduğunu düşünürler (Ramirez ve Carmona, 2018).

Epilepsili bireyler kendilerini değersiz hissetmektedir ve bu durum benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır (Reidpath vd., 2005). Oysaki yüksek benlik saygısı, sağlıklı bir yaşam için esastır ve kişisel tatmin, ideal işleyişle ilgili insani bir gereksinimdir (Siqueira, 2011). Benlik saygısı, kişinin psikolojik sağlığı hakkında çıkarımlarda bulunulmasına yardımcı olur. Yüksek benlik saygısı olan bireylerin yaşam kalitesi artmıştır (Crocker ve Park, 2004). Epilepside tekrarlayan nöbetler,

nöbetlerin öngörülemez oluşu ve hasta üzerinde bıraktığı bilişsel bozukluklar, algılama, dikkat, bellek ve konuşmada yaşanan problemler sebebiyle bu kişiler toplumdan dışlanmakta, aile, iş ve sosyal yaşamında sorunlar yaşamakta ve bunun sonucunda yaşam kaliteleri düşmektedir (Kabay vd., 2014).

Epilepsi, tedavisi uzun süreli veya ömür boyu süren kronik nörolojik bir hastalıktır (Özbek ve Gürdere, 2020). Epilepsi tanısı alan hastaların nöbetlerle yaşamak zorunda olması aile yapısını bozmakta, hastada çaresizlik ve yetersizlik gibi duygular yaratmaktadır. Bu nedenle epilepsi hastalarının yaşam kaliteleri ve benlik saygıları artırılmalıdır (Erdoğan, 2021). Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma epilepsi hastalarının kadercilik anlayışı, benlik saygısı ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapılmıştır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Epilepsi Tanımı

Epilepsi, bazen bilinç kaybı, bağırsak ve mesane fonksiyonlarının kontrolünün kaybının da eşlik ettiği kısa ve istemsiz hareket dönemleri olan ve tekrarlayan nöbetler ile karakterizedir (WHO, 2022). Epilepsi tanımını Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (International League Against Epilepsy-ILAE) epilepsiyi epilepsi nöbetleri ve epilepsi hastalığı olarak iki farklı kavram şeklinde açıklamıştır. Bu tanımda epileptik nöbet, beyindeki anormal, aşırı ya da nöronal aktiviteye bağlı olarak kalıcı olmayan belirti ve bulguların ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır. Epilepsi hastalığı ise devam eden epileptik nöbetlere neden olma eğilimi ve bu durumun sebep olduğu nörobiyolojik, bilişsel, sosyal ve psikolojik sonuçlarla karakterize bir beyin hastalığıdır (ILAE, 2014). ILAE'nın 2014 yılında yayınladığı rapora göre epilepsinin klinik tanımı;

- 24 saatten fazla arayla meydana gelen en az iki tetiklenmemiş nöbet,
- Bir tetiklenmemiş nöbet ve sonraki 10 yıl içinde meydana gelen iki tetiklenmemiş nöbet varlığındaki riske benzer başka nöbet olasılığı,
- Bir epilepsi sendromunun teşhisi olarak yapılmıştır (ILAE, 2014).

Yunanca "tutulmak" (epilepsia) anlamına gelen epilepsi, 2500 yılından itibaren bilinmektedir (Adadioğlu ve Oğuz, 2016). Epilepsinin tarihi insan varoluşunun tarihi ile iç içedir. Epileptik nöbetin ilk tanımı M.Ö. 2000 yılında Mezopotamya bölgesinde kullanılan Akad dilinde yazılan bir metinde görülmüştür. Bu metinde epilepsi benzeri semptomları olan bir hastayı "boynu sola dönük, elleri ve ayakları gergin, gözleri sonuna kadar açık, ağzından şuursuz bir şekilde köpükler akıyor" şeklinde tasvir edilmiştir (Magiorkinis vd., 2010).

Epilepsinin ilk gerçek tanımı 2400 yıl önce Hipokrat tarafından yapıldığı görülmektedir. Epilepsi ile ilgili "Kutsal Hastalık" adlı kitabında epilepsinin beyinden kaynaklanan bir hastalık olduğu aktarılmıştır (Eşkazan, 2008; Yazıcı, 2010). Eski çağlardan ve toplumlardan beri bilinen epilepsi tehlikeli ve korkutucu kabul edilen bir hastalık olmuştur (Aydemir vd., 2011).

## 2.2. Epilepsi Epidemiyolojisi

Son yıllardaki yapılan araştırmalara göre dünya çapında 70 milyon epilepsi hastası bulunduğu ve bu hastaların yaklaşık %90'ının gelişmekte olan ülkelerde olduğu öne sürülmektedir (Ngugi vd., 2010; Singh ve Trevick, 2016). Genel popülasyonda nöbetleri devam eden ya da tedaviye ihtiyaç duyan aktif epilepsi hastası oranı tahmini olarak 1000 kişi başına 4-10 arasındadır. Ortalama her yıl 5 milyon kişiye epilepsi tanısı konmaktadır. Gelişmiş ülkelerde her yıl 100.000 kişi başına 49 kişiye epilepsi teşhisi konduğu, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise bu rakamın 100.000'de 139'a kadar çıktığı tahmin edilmektedir (WHO, 2022). Ülkemizde ise Dünya Sağlık rgt'nün protokolü ile gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalarla 1995-2010 yılları arasında yayınlanan sekiz çalışmada epilepsi prevalansı 7,35/1000 olarak bildirilmiştir (Aksun ve Yiğit, 2021; Velioğlu vd., 2010). Balal ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada ülkemizde aktif epilepsi tanısı alan 750 bin kişi olduğu bilinmektedir (Balal vd., 2017).

Gelişmiş ülkelerde epilepsi insidansı, çocuklarda ve yaşlılarda en yüksek orandadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise epilepsi insidansının erken erişkinlik döneminde zirve yaptığı görülmektedir (Singh ve Trevick, 2016). Çocukluk ve ergenlik döneminde en sık görülen, yetişkinlik döneminde ise beyin-damar hastalıklarından sonra ikinci sırada görülen nörolojik bir hastalıktır (er vd., 2016).

## 2.3. Epilepsi Etiyolojisi

Epilepsi etiyolojilerinin sınıflandırılması idiyopatik, kriptojenik, semptomatik ve provoke epilepsi olarak dört başlıkta ele alınmıştır (Shorvon, 2011).

**İdiyopatik Epilepsi:** Burada ağırlıklı olarak, genetik kökenli olup, belirgin nöroanatomik ya da nöropatolojik anormallik olmayan epilepsi türüdür (Shorvon, 2011). İdiyopatik epilepsilerin genellikle çocukluk döneminde başladığı varsayılmaktadır (Banerjee vd., 2009).

**Kriptojenik Epilepsi:** Nedeninin tam olarak tanımlanmadığı fakat semptomatik yapıya sahip olduğu varsayılan epilepsi türüdür. Bu tür vakaların sayıları azalmaktadır ancak şu anda yetişkin başlangıçlı epilepsi vakalarının en az %40'ını oluşturmaktadır (Shorvon, 2011).

**Semptomatik Epilepsi:** Burada anatomik veya patolojik anormallikler olup, altta yatan hastalık ya da durumun göstergesi olan klinik özelliklerle ilişkili, genetik/ edinilmiş nedenlerin tanımladığı epilepsi türüdür. Bu nedenle, genetik ya da edinsel kaynaklı olsun, serebral patolojik değişikliklerle ilişkili olan gelişimsel ve konjenital bozukluklar da bu kategoriye dahil edilmektedir. Sonuç olarak semptomatik epilepsinin kriptojenik epilepsiden farkı belirli bir sebebe dayandırılmasıdır (Banerjee vd., 2009; Shorvon, 2011).

**Provoke Epilepsi:** Burada nöbetlerin ağırlıklı olarak nedeni sistemik ya da çevresel bir faktördür. Belirgin bir nedene dayalı nöroanatomik veya nöropatolojik değişikliğin olmadığı epilepsi türüdür. Bazı provoke epilepsiler genetik bir temele sahipken bazıları edinilmiş bir temele dayanmaktadır. Ancak çoğunda doğal bir neden belirlenemez. Bu kategoriye genellikle genetik olan refleks epilepsiler ve belirli bir nöbet tetikleyicisi olan epilepsiler de dahildir (Shorvon, 2011).

Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği (ILAE) ise epilepsi nöbetlerinin etiolojisini güncelleyerek altı grupta incelemiştir (Scheffer vd., 2017).

**Yapısal Etiyoloji:** Görüntüleme bulguları ile birlikte klinik değerlendirme anormalliklerinin tanımladığı epilepsi türüdür. İnme, travma ve enfeksiyon gibi edinilmiş ya da kortikal gelişimin malformasyonları gibi genetik özellikli epilepsileri tanımlamaktadır (Scheffer vd., 2017).

**Genetik Etiyoloji:** Var olduğu bilinen ya da varsayılan bir genetik mutasyondan kaynaklanır. Bu gruba dahil edilen epilepsi türleri çok fazla olmakla birlikte hastalığa neden olan genler henüz bilinmemektedir. Ayrıca genetik etiolojide nöbetlerin oluşmasına katkı sağlayan çevresel faktörler de göz ardı edilmemelidir. Uyku yoksunluğu, stres veya hastalık gibi etkenlere sahip bireylerin nöbet geçirme olasılıkları daha yüksektir (Scheffer vd., 2017).

**Enfeksiyöz Etiyoloji:** Enfeksiyon sonucu görülen, dünya çapında en yaygın olan etiyoloji türüdür (Scheffer vd., 2017; Vezzani vd., 2016). Enfeksiyöz etiyoloji, akut bir enfeksiyondan sonra nöbetlere neden olan viral ensefalit gibi enfeksiyon sonrası gelişen epilepsiyi de ifade etmektedir. Enfeksiyöz etiyolojiye tüberküloz, Human Immunodeficiency Virus, serebral sıtma, zika virüsü, sitomegalovirüs gibi konjenital enfeksiyonlar örnek verilebilir (Scheffer vd., 2017).

**Metabolik Etiyoloji:** Nöbetler sebebi bilinen veya varsayılan bir metabolik bozukluktan kaynaklanır (Scheffer vd., 2017). Metabolik epilepsilerin çoğuna genetik faktörler neden olmaktadır, ancak bazıları edinilebilir. Örnek olarak piridoksine bağlı nöbetler ve serebral folat eksikliği verilebilir (Falco-Walter vd., 2018; Parikh vd., 2015).

**İmmün Etiyoloji:** Doğrudan bir immün bozukluktan kaynaklanır. Merkezi sinir sisteminin otoimmün inflamasyonun bir sonucu olarak ortaya çıkar (Scheffer vd., 2017).

**Etiyolojisi Bilinmeyen:** Henüz nedeninin bilinmediği epilepsi türüdür ve bu etiyojijiyi kapsayan nöbet türüne sahip birçok hasta bulunmaktadır. Temel klinik semiyolojinin ötesinde spesifik bir tanının konulamadığı frontal lob epilepsisi gibi etiyojijisi genellikle bilinmeyen bazı epilepsi türleri bu gruba girmektedir (Scheffer vd., 2017).

#### **2.4. Epilepsi Patofizyolojisi**

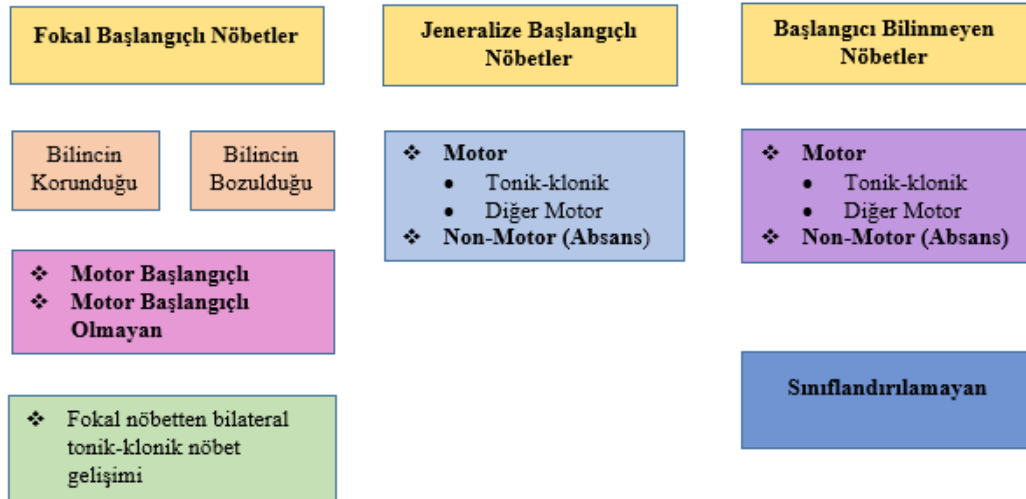
Nöbetler normal şartlarda kendiliğinden oluşmaz, serebral korteks ve limbik merkezlerdeki nöronların duyarlılığının bozulması sonucu gelişir (Karadakovan ve Aslan, 2020). Nöronal fizyoloji, nöronal membranların stabilitesini korur ve nöbetleri başlatan senkronize deşarjların hızlı transferini engeller. Sinaptik bir bilgi transferi esnasında bir nörondan diğerine belirli bir zaman aralığında tek bir aksiyon potansiyelinin geçmesine izin verilir. Bu dengeyi bozan koşullar normal bir beyinde nöbetlere neden olabilir. Hiponatremi gibi iyon konsantrasyonlarındaki değişiklikler, hücre zarı boyunca stabilizeyi korumak için gerekli olan normal elektrokimyasal gradyanların kaybına sebep olur. Benzodiazepin, barbitüratlar, alkolle birlikte alınan ilaçlar GABA ( $\gamma$ -aminobütirik asit) reseptörlerinin duyarlılaşmasına neden olarak normalde zararsız olan nöronal aktivitenin kendi kendine nöbeti uyarmasına neden olur (Huff ve Fountain, 2011).

Hücre membranı geçirgenliği uyku, aşırı duyarlılık, hiponatremi, hipoglisemi, hipoksi ve hiperterminin belirli aşamalarında artar. Artan geçirgenliğe sahip hücrelerde artan frekans ve genişlikteki deşarjlar başlar. Uyarılma eşikleri yükseldikçe, deşarjlar serebral korteks, bazal ganglionlar ve beyin sapındaki normal nöronlara yayılmaya başlar. Bu anormal deşarjlar, normal inhibisyona müdahale eder ve geri bildirim mekanizmalarını bozarak sürekli hale gelir. Beyin sapındaki elektrik deşarjı kaslarda

kasılmaya ve bazen bilinç kaybına neden olur. Hücre içi uyarım spinal korda yayılır. Korteks, ön talamus ve bazal ganglionlardaki baskılayıcı nöronlar uyarılmayı yavaşlatır. Bu inhibitör mekanizma nöbeti keser ve aralıklı kasılma-gevşeme evreleri meydana gelir. Epileptojenik nöronlardaki ateşleme ve inhibitör mekanizmalar nöbeti sonlandırır (Karadakovan ve Aslan, 2020).

## 2.5. Epilepsi Nöbetlerinin Sınıflandırılması

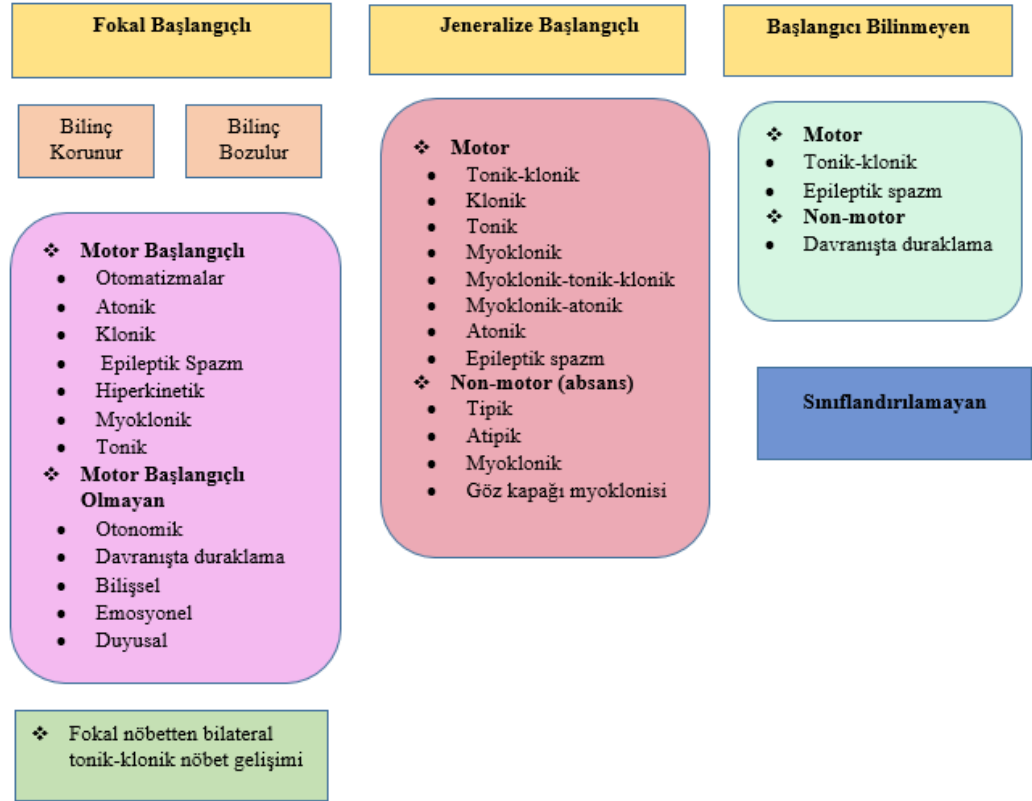
Günümüzde epilepsi nöbetlerinin 40'dan fazla tipi tanımlanmıştır (Baybek vd., 2006). Epilepsi türlerinin sınıflandırması ile ilgili ilk hamleler 1960 yılında başlamış, ILAE'nin kurduğu komisyon 1970, 1981, 1989, 2001, 2006 ve 2010 yıllarında sınıflandırmaları güncellemiştir. 1970 yılında ilk sınıflandırma yapılmış olmakla birlikte, 1981 yılında yeniden düzenlenerek epilepsi nöbetlerinin klinik ve elektroensefalografi (EEG) bulguları göz önüne alınmıştır (Coşar, 2016; Ünal, 2019). ILAE'nin yayınladığı, 1981 yılından beri kullanılan epilepsi nöbetlerinin sınıflandırılması kılavuzunu 2017 yılında Fisher ve arkadaşları revize ederek yeni bir nöbet tipleri sınıflandırması kılavuzu yayınlamıştır (Şekil 2.1) (Fisher vd., 2017).



**Şekil 2.1: The International League Against Epilepsy 2017 Sınıflamasına göre Epilepsi Nöbet Tiplerinin Sınıflandırılması**

**Kaynak:** Fisher vd., 2017

Nöbet tiplerinin genişletilmiş sınıflaması şekil 2’de verilmiştir. Bu sınıflandırmanın; nörofizyologlar ve bazı uzman kişiler tarafından kullanılması önerilmektedir (Fisher vd., 2017).



**Şekil 2.2: The International League Against Epilepsy 2017 Sınıflamasına göre Nöbet Tiplerinin Genişletilmiş Sınıflama Versiyonu**

**Kaynak:** Fisher vd., 2017

Fokal veya parsiyel nöbetler ve jeneralize nöbetler, iki ana epilepsi türünü oluşturur. Parsiyel nöbetler, öncelikli olarak atak sırasında bilincin bozulup bozulmamasına göre sınıflandırılır. Basit parsiyel nöbetler bilinç bozukluğu olmayan nöbetler olarak tanımlanırken, kompleks parsiyel nöbetler bilinç bozukluğu olan nöbetler olarak tanımlanır. Bilinç ise hastanın dış uyaranlara karşı farkındalığı veya tepki verme derecesidir. Duyarlılık, hastanın dış uyaranlara yanıt verme yeteneğini, farkındalık ise iktal dönemde meydana gelen olayların hatırlanmasını ifade eder. Parsiyel nöbetler serebral korteksin odak alanında meydana gelir ve tek taraflı ya da her iki taraftaki diğer kortikal alanlara yayılabilir. Bu nöbetler motor belirtiler, otonomik belirtiler,

somatosensoriyel ya da özel duyuşsal semptomlar ya da psişik semptomlarla kendini gösterebilir (Rudzinski ve Shih, 2010).

### **2.5.1. Fokal veya Parsiyel Nöbetler**

Parsiyel motor nöbetler, precentral girustan kaynaklanabilir veya komşu kortikal bölgelerden precentral girusa yayılabilir. Bu tip nöbetler genellikle klinik olarak ellerde başlar, ardından aynı taraftaki kol, omuz, yüz ve bacadan aşağıya doğru ilerleyen klonik aktivite olarak kendini gösterir (Rudzinski ve Shih, 2010). Bir parsiyel nöbetten sonra geçici olarak fokal nörolojik bulguların ortaya çıkması durumu olarak tanımlanan postiktal güçsüzlük (Todd paralizi) dakikalardan saatlere kadar sürebilir. Çoğunlukla postiktal geçici tek tarafı etkileyen kas güçsüzlüğü şeklinde, daha nadir olarak postiktal afazi, hipoestezi, hafıza ve görme kaybı şeklinde de görülebilir (ILAE, 1981).

Somatosensoriyel ya da özel duyuşsal semptomlarla seyreden basit parsiyel nöbetler; postcentral girustan kaynaklanan bu nöbet tipinde kusma, terleme, piloereksiyon, pupilla genişlemesi, solukluk, kızarma ve inkontinans gibi semptomlar görülebilir. Somatosensoriyel semptomları olan basit parsiyel nöbetler, precentral girusun önündeki silvian fissürün üzerinde yer alan sekonder duyuşsal alandan da kaynaklanabilir. Sekonder duyuşsal nöbetler daha kapsamlı duyuşsal tutulum ile karakterizedir ve soğuk algınlığı, ağrı veya hareket etme dürtüsü semptomlarını içerebilir. Özel duyuşsal semptomları olan basit parsiyel nöbetlerde görsel, işitsel, tat ve koku alma, baş dönmesi gibi belirtiler vardır. Görsel nöbetler, birincil görsel kortekste meydana gelir ve yanıp sönen ışıklar, noktalar, yıldızlar veya karşı taraftaki görme alanında veya doğrudan ileride görülebilen renkli ışık çemberleri gibi görsel halüsinasyonlardan oluşur. Lateral bölgeden kaynaklanan işitsel nöbetler, uğultu, çınlama, ani bir ses duyma, hiperakuzi, hipoakuzi, ses bozulması, sözcükleri veya müziği duyma gibi klinik semptomları içerebilir. Koku alma nöbetleri yanan kauçuk, duman ya da kükürt gibi hoş olmayan kokuları içerir. Temporal lob, insula veya parietal operkulumdan kaynaklanan tat alma duyuşları hoş veya nahoş olabilir. Genellikle acı veya tatlı metalik bir tat olarak tanımlanır (Rudzinski ve Shih, 2010). Hasta nöbet esnasında uyuşma, karıncalanma, elektrik çarpması gibi duyuşsal semptomları vücudun diğer bölümlerine yayıldığını da hissedebilir (Dörtcan vd., 2014).

Psişik semptomlarla seyreden basit parsiyel nöbetlerde bir kelime veya cümlenin tekrarı gibi disfazik semptomlar, gerçekleşen olayı gerçekleşmemiş, gerçekleşmeyen olayı da gerçekleşmiş gibi hissetmeyi içeren dismnezik semptomlar görülür. Rüya gibi durumlar, çarpık zaman algısı, derealizasyon veya gerçek dışılık hissi gibi bilişsel semptomlar, saniyeler ile dakikalar süren zevk, korku veya öfkeyi içeren duygusal semptomlar da görülebilir (Rudzinski ve Shih, 2010). Bu semptomlar gerçekleşirken hastanın bilinci yerindedir (Ali vd., 2012).

Otonomik semptomlarla seyreden basit parsiyel nöbetlerde kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, pupillar, genital ve üriner sistemle alakalı bulgular izlenebilir (Celi, 2019). Kan basıncı değişiklikleri, kalp ritim bozuklukları, solunumsal değişiklikler, hipersalivasyon, kusma-öğürme, piloereksiyon, terlemede artış, midriazis ve miyozis, tükürme, acil miksiyon, su içme, barsak motilite bozuklukları gözlemlenir (Celi, 2019; Karadaban vd., 2017; Musilova vd., 2010).

Kompleks parsiyel nöbetler, bilinç bozukluğu olan nöbetlerdir. Basit parsiyel nöbet olarak başlayıp kompleks parsiyel nöbete kadar ilerleyebilir veya nöbet başlangıcında bilinç bozukluğu ile birlikte kompleks parsiyel nöbet olarak başlayabilir. Otomatizma içerebilir veya içermeyebilirler. Klinik özellikleri, anormal elektriksel aktiviteden etkilenen bölgeye göre değişir. Kompleks parsiyel nöbetler genellikle frontal veya temporal loblardan kaynaklanır. Parietal veya oksipital loblarda da ortaya çıkabilir (Rudzinski ve Shih, 2010). İlk görülen belirti hareket etmeden bir noktaya bakmaktır ve bunu bilinç kontrolü dışında oluşan otomatizmalar takip edebilir. Bunlar genellikle dudak şapırdatma ve yutma hareketleridir. Hasta bazen elleriyle bir şey topluyormuş gibi hareketler sergileyebilir. Kıyafetlerini çıkarabilir, amaçsızca nesnelere oynayabilir, konfüze şekilde dolaşabilirler. Postiktal dönemde yorgunluk ve kafa karışıklığı devam edebilir (Hart, 2012).

Sekonder jeneralize nöbetler, parsiyel nöbet olarak başlayıp hızlı bir şekilde yayılan nöbet türüdür. Bu nöbet türü tonik-klonik nöbetlerle karıştırılabilir. Sekonder jeneralize nöbetler genellikle çocukluk ve ergenlik çağında görülür. 25 yaşın üzerindeki yetişkinlerde görülen tonik-klonik nöbetin başlangıç noktasının bu nöbet tipi olması muhtemeldir (Hart, 2012).

### 2.5.2. Jeneralize Nöbetler

Absans nöbetler, ani başlayan, davranışsal durma, boş bakma, tepkisizlik ve bazen gözlerin yukarı bakışı ile karakterize nöbet tipidir. Otomatizmalar arasında dudak yalama, dudak şapırdatma, yüzünü buruşturma, gülümseme, esneme, ellerle uğraşma, kaşıma, ovalama, amaçsızca yürüme vardır. Genellikle birkaç saniye ile yarım dakika arasında sürer. Postiktal konfüzyon çok azdır ya da hiç olmayabilir. Hastalar nöbet öncesi yaptıkları aktiviteye geri dönebilirler (Rudzinski ve Shih, 2010). Çoğunlukla çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkar. Absans nöbetler hayal kurmakla karıştırılabilirler (Hart, 2012).

Myoklonik nöbetler baş, gövde veya ekstremitelerde meydana gelen kısa ve düzensiz kas kasılmaları ile karakterizedir. Simetrik veya asimetrik olarak görülebildiği gibi, vücudun bir veya birkaç bölümünü etkileyebilirler. Genellikle uykuya dalmaya yakın ve uykudan uyanma sırasında ortaya çıkarlar. Tek bir myoklonik sıçramalardan sonra bilinç bozulmaz ve postiktal konfüzyon görülmez. Myoklonik nöbetler kümeler halinde klonik-tonik klonik nöbetlere ilerleyerek bilinç kaybına ve postiktal konfüzyona neden olabilir (Rudzinski ve Shih, 2010).

Tonik nöbetler, yüz, boyun veya ekstremitelerde kaslarının 10 saniye ile bir dakika arasında süren kasılmalarıdır. Kaslar gerilebilir ve bükülebilir. Tonik nöbetler düşmelere ve buna bağlı olarak kafa travmalarına yol açabilirler. Genellikle non-REM uykusu sırasında görülürler (Rudzinski ve Shih, 2010).

Klonik nöbetler, bilinç bozukluğu ve kısa bir postiktal dönemin eşlik ettiği ritmik bir şekilde tekrarlayan klonik sarsıntılarla karakterize nöbetlerdir (Rudzinski ve Shih, 2010). En sık yenidoğanlarda ve bebeklerde görülür (Hart, 2012).

Jeneralize tonik-klonik nöbetler, ani bilinç kaybı, ardından kasların tonik kasılması ile gerçekleşirler. Grand-mal nöbetleri olarak da bilinirler. Bu aşamada çene kaslarındaki tonik spazm dilin ısırılmasına sebep olabilir (Rudzinski ve Shih, 2010). Tonik faz sırasında solunum durabilir ve hasta siyanoze görülebilir. Yaşanan kas spazmı eklemleri zorlarsa kırık veya çıkıklar meydana gelebilir. Tonik faz yaklaşık 20 saniye sürer ve ardından ekstremitelerin ani hareketlerinin yaşandığı ve ortalama iki ile üç dakika süren klonik faz başlar. Klonik faz esnasında hastada salivasyon ve hırıltılı solunum görülebilir. Kan basıncı ve nabız artışı ile birlikte pupiller dilate olur. İnkontinans yaşanabilir. Daha sonra hastanın bilinci yavaş yavaş yerine gelir ve ardından 10 dakika ile bir iki saat arasında süren postiktal konfüzyon başlar. Postiktal

dönemde kas ve baş ağrısı yaşanabilir (Hart, 2012). Çocukluk ve yetişkinlik döneminde en sık görülen nöbet türüdür (İşler ve Tekgül, 2010).

Düşme atağı olarak da bilinen atonik nöbetlerde kas tonusu aniden kaybolur ve kişi yavaş bir şekilde yere düşer. Bu nöbetler genellikle çok kısa sürer ancak ani bir düşme yüzde veya dişlerde ciddi yaralanmalara neden olabilir. Ciddi bir kafa travması meydana gelmediği sürece iyileşme hızlıdır (Hart, 2012). Atonik nöbetler beş saniyeden kısa sürer ve postiktal konfüzyon minimaldir (Rudzinski ve Shih, 2010).

Etiyolojisi bilinmeyen epilepsilerin altında yatan nedenler tam olarak bilinmemekte ve bu durum etiyolojisi bilinmeyen epilepsi olarak ifade edilmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi zayıf olan ülkelerde etiyolojisi bilinmeyen epilepsilere daha sık rastlanılmaktadır. Etiyolojisi bilinmeyen epilepsilerde hasta ve ailesi; hastalığın nedeni, sık geçirilen nöbetler ve tedavi imkânları konusunda tam bir bilgiye ulaşamamakta ve bu durum bireylerin psikolojik ve sosyolojik olarak etkilenmesine neden olmaktadır (Karabulutlu ve Turan, 2022).

## **2.6. Epilepside Tanı ve Tedavi**

Epilepside öncelikli olarak klinik tabloya göre tanı konur ve ardından yapılan tetkiklerle desteklenir. Bir hastayı değerlendirirken ilk olarak yaşanan durumun epileptik nöbet olup olmadığını belirlemek gerekir. Bu sebeple hastanın kendisinden ve ailesinden alınan anamnez çok değerlidir. Epileptik atak öncesi, nasıl başladığı ve devam ettiği, ne kadar sürdüğü, atak sonrası varsa video kaydı incelenip, tetikleyici bir neden olup olmadığı, varsa aura (koku) sorgulanmalıdır. Hastanın özgeçmiş, çocukluk çağında yaşadığı enfeksiyon veya kafa travması öyküsü olup olmadığı, ateşli havale geçirip geçirmediği, soy geçmişinde epilepsi tanısı alan kişilerin varlığı, hastanın alkol ya da madde kullanımını sorgulanmalıdır. Hekim tarafından yapılan nörolojik muayeneden sonra laboratuvar tetkikleri yapılmalı ve daha sonrasında görüntüleme yöntemlerine geçilmelidir. Görüntüleme yöntemleri; EEG, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), single photon emission computed tomography (SPECT), pozitron emission tomographyden (PET) oluşmaktadır (TND, 2021).

Elektroensefalografi, insan bedeninde meydana gelen her hareket beynin sinir hücrelerinde elektriksel aktiviteye sebep olur. Bu aktiviteler çeşitli sensörler

kullanılarak kaydedilir. Kaydedilen elektriksel verilere EEG denir. EEG verileri 0,5-100 Hz frekans aralığına ve 1-100  $\mu$ V genliğe sahiptir. EEG verileri kafa derisine yerleştirilen elektrotlar aracılığı ile kaydedilir. EEG sinyalleri kullanılarak insan beynindeki normal ve anormal değişikliklerin incelenmesi son yıllarda yaygın olarak kullanılmaktadır (Eraldemir vd., 2020). Video EEG ise; sık nöbet geçiren hastalarda, tekrarlanan EEG'lerde bir patoloji saptanmadıysa EEG ile eş zamanlı olarak video kaydı almayı içerir (TND, 2021). BT, epilepsi tanısında ilk basamak olarak kullanılmamakla birlikte nöbete sebep olduğu düşünülen intraserebral hemoraji, kafa travması, ensefalit veya apse gibi nörolojik bir hasarın varlığı araştırılır (Kınay, 2012). Epilepsi tanısı koymada MRG çekimi epilepsiye özel bir protokol ile yapılmalıdır. Bunlar; difüzyon tensör görüntüleme, manyetizasyon transfer görüntüleme ve fast FLAIR T2dir. Yapısal sorunlardan kaynaklanan patolojilerin görüntülenmesini sağlar (TND, 2021). SPECT, nöbet aktivitesinden etkilenen bölgelerdeki serebral kan akımı değişikliklerini ölçer. Yaygın olarak bulunması ve ucuz bir yöntem olması avantajlarından (Kınay, 2012). PET, bölgesel glikoz kullanımı, oksijen ve kan akımı, protein sentezi ve nörotransmitter tutulumu değerlendirmek için kullanılır. Bu yöntem ile verilen radyoaktif maddenin beyin tarafından absorpsiyonunu nicel olarak hesaplamak mümkündür (TND, 2021).

Epilepsi tedavisinin temelde üç amacı vardır. Bunlar; nöbetlerin görülmemesi ya da nöbet sıklığının azaltılması, uzun süren tedavilerde yan etkilerin görülmemesi ve hastaların psikososyal ve mesleki uyumunu sürdürmesine veya eski haline getirmesine yardımcı olmasıdır (Toklu, 2015). Epilepsi tedavisi; antiepileptik tedavi, cerrahi tedavi, vagal sinir stimülasyonu, ketojenik diyet ve derin beyin stimülasyonunu kapsamaktadır.

Nöbetleri kontrol altına almanın ilk yolu antikonvülzan veya antiepileptik denilen ilaçlardır. Yan etkileri en aza indirmek ve nöbetleri tamamen kontrol altına almak için mümkün olan en düşük dozla başlanmalı ve dozu kademeli olarak arttırılmalıdır (Karadakovan ve Aslan, 2020). Antiepileptik ilaçlar, nöronların artan uyarılabilirliğini kontrol etmek için kullanılırlar. Bu ilaçlar nöbete neden olan odak noktalarını bloke eder ve nöbet eşliğini yükseltir veya deşarjların merkezi sinir sisteminin diğer bölümlerine yayılmasını engeller (Çetin, 2013). Antiepileptik ilaçlar seçilirken öncelikle klinik etkinliği, ardından tolere edilebilirliği, diğer ilaçlarla etkileşime girip girmediği ve kullanım kolaylığı dikkate alınmalıdır (Kalyani ve Goud, 2017).

Tedaviye başlama kararı tedavinin riskleri ve yararları detaylandırılarak hasta kişi, ebeveynleri ve alanında uzman bir nörolog ile birlikte alınmalıdır. Hastalara, endikasyonları ve yan etkileri de dahil olmak üzere antiepileptik ilaçlar hakkında bilgi verilmelidir. Tedaviyi planlarken bireysel bir yaklaşım benimsenmeli nöbet tipi, epileptik sendrom, varsa diğer ilaçlar ve hastalıklar, hastanın yaşam tarzı ve tercihleri dikkate alınarak ilaç tedavi planı geliştirilmelidir. Mümkünse monoterapi tercih edilmeli ve ilk ilaç etkisiz olursa ikinci bir monoterapi kullanılabilir. Başlanan antiepileptik ilacın yan etkileri varsa veya nöbetler devam ediyorsa ikinci bir ilaç başlanmalıdır. Doz yavaşça maksimum tolere edilen doza yükseltildikten sonra ilk ilaç kademeli olarak kesilebilir. İkinci ilaç yardımcı olmazsa, yan etki ve etkileri göz önünde bulundurularak birinci veya ikinci ilaç kesilebilir ve başka bir ilaca başlanmadan bırakılabilir. Kombine ilaç tedavisi (politerapi), yalnızca monoterapi çalışmalarında nöbetsizlik durumuna ulaşamıyorsa önerilir (Aktekin vd., 2012).

Epilepsi için başlangıçta uygun antiepileptik ilaçlar verildiğinde nöbet kontrolü %65-75 oranındadır. İyi bir antiepileptik ilaç genellikle hiçbir yan etkisi olmaması, iyi oral biyoyararlanımı, ilaç etkileşimi olmaması, proteine çok az bağlanması veya hiç bağlanmaması, ilacı metabolize eden sistemleri etkilememesi, günde bir veya iki kez uygulanabilir olması ile karakterizedir (Akdağ vd., 2016; Baykan vd., 2011). Son 15 yılda epilepsi tedavisinde vigabatrin, okskarbazepin, lamotrijin, gabapentin, tiagabin, topiramet, levetirasetam ve zonisamid gibi yeni nesil ilaçlar kullanılmaya başlanmıştır (Çetin, 2013; Türkdoğan, 2006). Fenobarbital, fenitoin, karbamazepin, primidon, sodyum valproat ve klonazepam eski nesil antiepileptik ilaçlar iken, lamotrijin, topiramet, klobazam, okskarbazepin ve levetirasetam epilepsi tedavisinde kullanılan yeni nesil antiepileptik ilaçlardır. Eski nesil antiepileptikler nöbet kontrolü için tasarlanmışken, yeni nesil antiepileptikler yan etkiler ve tolere edilebilirlik göz önünde bulundurularak tasarlanmıştır. Yeni nesil antiepileptiklerin eski nesil antiepileptiklerden daha güvenli, daha az toksik ve daha etkili olduğunu bildirilmektedir (Eltaş vd., 2012).

### **Antiepileptik ilaç tedavisinin ilkeleri**

- Epilepsinin kesin tanısı konmalı ve nöbet tipi belirlenmelidir.
- Epilepsi tanımına uygun olarak ilk epileptik nöbeti izleyen bir yıl içinde en az bir nöbet daha geçiren hastalara ilaç tedavisi başlanmalıdır.

- Başlangıçta nöbet tipine en uygun tek ilaçla monoterapi başlanmalı, gerekirse maksimal doza kadar çıkılmalıdır.
- İlk başlanan ilaçla yeterli sonuç alınmazsa ikinci sıradaki ilaç devreye sokulmalı, etkili olursa yeni ilaç kademeli olarak artırılırken, ilk ilaç azaltılarak sonlandırılmalıdır.
- Hasta ve yakınlarına ilaçların yan etkileri ve ilaçlarla ilgili yapılacak kan tetkikleri, karaciğer fonksiyon testleri ve terapötik kan düzeyleri ile ilgili yeterli bilgi verilmelidir.
- Gerektiğinde politerapi denenmelidir.
- Epilepsi klasik antiepileptik ilaçlara dirençliyse mutlaka antiepileptikler ve sonuç vermezse cerrahi tedavi alternatif olarak düşünülmelidir.

İlaç kesilmesi her hasta için ayrı düşünülmesi gereken bir konudur. Tam bir görüş birliği olmamasına rağmen bir hastada nöbetsiz geçen 2-5 yıldan sonra ilacın kesilmesi gerektiği görüşü yaygındır. Bu karar alınmadan önce hastanın EEG'lerinin normal sınırlarda olması ve yaşamında nöbeti provoke edecek faktörlerin olmaması gerekmektedir. İlaç kesileceği zamanda 6 ay ve 1 yıllık kademeli olarak azaltılarak kesilmelidir (Karabulutlu ve Turan, 2022).

İlacı dirençli epilepsi durumunda, diğer tedavilere rağmen nöbetleri geçmeyen parsiyel epileptik nöbetleri olan kişiler için cerrahiye başvurmak bir seçenek olabilir. Ancak cerrahi tedaviyi değerlendirmeden önce politerapiyi denemek gerekir. Ameliyatın amacı epileptik nöbetlerin tamamen kontrol altına alınmasıdır. Yaygın prosedürler arasında hipokampusün anterior temporal lob rezeksiyonu yoluyla kesilmesi, tümör kitlelerinin çıkarılması ve neokorteksin bazı kısımlarının çıkarılması yer alır. Ameliyattan sonra ilaç tedavisi yavaş yavaş kesilebilir (Perrotta, 2020). Cerrahi seçenekler fokal kortikal rezeksiyon, temporal lobektomi, korpus kallozotomi, subpial rezeksiyon ve hemisferektomiyi içerir. İçinde temporal lob amigdalo-hipokampektomi en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biridir (Ramani, 2008; Wieser vd., 2003).

1997 yılında, the United States Food and Drug Administration (FDA), antiepileptik ilaçlara dirençli nöbetleri olan 12 yaş üzerindeki hastalarda nöbet görülme sıklığını azaltmak için ek bir tedavi olarak vagal sinir stimülasyonu tedavisini onaylamıştır. Cihaz göğsün sol üst tarafında cilt altına implante edilir ve vagus sinirine bir kablo ile bağlanır (Reuber vd., 2012; Şengül, 2021). Bu cihaz aralıklı olarak vagus sinirini

uyararak merkezi sinir sistemine afferent uyarılar iletir ve hastanın nöbet eşiği yükselmiş olur. İki farklı antiepileptik ilaç denemesine rağmen nöbetlerin kontrol edilememesi, yaşam kalitesinin bozulması, antiepileptik ilaçlara uyumsuzluk ve tolere edilemeyen yan etkiler, ameliyat için uygun olmayan veya ameliyat olmak istemeyen hastalarda uygulanabilmektedir. Vagal sinir stimülasyonu tedavisi, tıbbi tedaviye dirençli nöbetlerde nöbet sıklığını azaltmak için umut veren, non-farmakolojik bir alternatiftir. Cihaz çoğu hasta tarafından iyi tolere edilir. Nöbet kontrolünün yanı sıra yaşam kalitesini de arttırmaktadır (Ramani, 2008).

Epilepsiyi tedavi etmek için diyetin kullanılması özellikle sürekli açlık yoluyla nöbetlerin kontrol edilmesi Hipokrat zamanına kadar uzanır. 1920 yılının başlarında araştırmacılar, yüksek yağ içeren diyetin, aç kalmanın temel yönlerini yansıtabileceğini ve kalori yoksunluğu olmadan nöbetleri kontrol edebileceğini buldular. Bu bilgilerin ışığında ketojenik diyetin temelleri atılmıştır. Klasik ketojenik diyet, kısıtlı kalori ve sıvı içeren, lipidden zengin, protein ve karbonhidrat açısından düşük bir diyetten oluşur (Rho, 2017). Diyetin düşük karbonhidrat ve yüksek lipid içermesi sebebiyle kanda keton cisimlerinde artış görülür. Beyin bu artan keton cisimlerini enerji kaynağı olarak kullanır ve nöbetlerde azalma gözlenir (Uyar ve Şanlıer, 2018). Ketojenik diyet, çocuklarda ve yetişkinlerde ilaca dirençli ve cerrahi tedavi uygulanamayan epilepsi hastalarında alternatif bir tedavi yöntemi olarak uzun yıllardır kullanılmaktadır (Verrotti vd., 2020). Ketojenik diyete başlarken hastaların diyeti tolere etmesi ve diyete uyumu zor olabilir. Ketozise bağlı oluşabilecek yan etkiler (hipoglisemi, kusma, metabolik asidoz, hipopotasemi dehidratasyon) açısından diyet öncesi ve sonrasında yakın izle yapılmalıdır. Hafif düzeyde bulantı ve kusma gibi dehidratasyona neden olabilecek yan etkiler görülebilir (Alaca vd., 2022). Her hastanın diyeti bireysel olarak hazırlanmalı, hasta ve ailesi tedavinin etkinliği konusunda bilgilendirilmelidir (D'Andrea Meira vd., 2019). En uygun diyet seçimi, hastanın yaşı, aile ortamı, epilepsi tipi, hastanın beslenme durumu ve epilepsinin diğer tedavi yöntemlerine yanıtı dikkate alınarak yapılmalıdır (Verrotti vd., 2020).

Derin beyin stimülasyonu tedavisi, beyindeki belirli hedeflere yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla implante edilmiş bir elektrik üreticiden gelen elektrik akımını kullanan bir müdahale tekniğidir (Jobst vd., 2010). Mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte son yıllarda yeni denenmeye başlanan bir tedavi yöntemidir. En çok talamusun anterior nukleusu, kaudat nukleus, talamusun santromedyan nukleusu, serebellum, hipokampus ve subtalamik nukleus bölgeleri tercih edilir (Toklu, 2015).

## 2.7. Epilepsi ve Hemşirelik Bakımı

Epilepsinin kronik bir hastalık olması, günde birkaç kez ilaç alma ihtiyacı, uzun süreli tedavi gerektirmesi ve ilaç yan etkilerine maruz kalma gibi faktörler kişinin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Hopkins ve Irvine, 2012). Bu hastalığın tedavisinde antiepileptik ilaçların etkin kullanımının yanı sıra hasta ve ailesine yönelik verilen danışmanlık, eğitim, bilişsel davranışçı terapi ve sosyal destek önemlidir (Karaca ve Durna, 2018). Epilepside hemşirelik bakımın hedefleri hastanın nöbet esnasında travmadan korunmasını sağlamak, mental ve fiziksel işlevselliği optimal düzeyde sürdürmek ve psikososyal işlevselliğini korumaktır (Karabulutlu ve Turan, 2022).

### *Nöbet esnasında hemşirelik bakımı;*

- Hastayı yalnız bırakılmamalı,
- Hastaya zorlayıcı hareketler uygulanmamalı,
- Nöbet başladıktan sonra hastanın ağzına bir şey koymaya çalışılmamalı,
- Hastanın boynunu sıkkan giysiler varsa gevşetilmeli,
- Hastanın başı yana çevrilmeli,
- Nöbet bitene kadar izlenmeli ve nöbetin başladığı ve bittiği zaman kaydedilmelidir (Karadakovan ve Aslan, 2020).

### *Nöbet sonrası hemşirelik bakımı;*

- Hastaya adıyla seslenilmeli ve basit komutlar vererek yapması istenmeli,
- İki sözcük söyleyip tekrarlamasını isteyerek hastanın belleği kontrol edilmeli,
- Hastaya nöbet öncesi aura deneyimleyip deneyimlemediği sorulmalı,
- Ağız boşluğu özellikle dilde yaralanma olup olmadığı yönünden kontrol edilmeli
- Gözlemlenen her şey kaydedilmelidir (Karadakovan ve Aslan, 2020).

***Epilepsili hasta/yakınlarının eğitimi için öneriler (Karabulutlu ve Turan, 2022; Karadakovan ve Aslan, 2020);***

***İlaç Kullanımı***

- Nöbet geçirmese bile önerilen ilaçları, önerilen dozda almasının gerekliliği ve önemi,
- İlaçların yan etkisi olması durumunda hekimine danışmadan ilaç alımını kesmemesinin önemi,
- Hekime danışmadan reçetesiz ilaç kullanmaması gerektiği,
- İlaç kullanımına karşın nöbetleri devam ediyorsa hekimine danışmasının gerekliliği,
- Önerildiği sıklıkta ilacın kan düzeyindeki kontrolünü yaptırmasının gerekliliği ve önemi,
- Hastalığı, kullandığı ilaçların adı, dozu, kullanım sıklığı gibi bilgilerini içeren tanıtıcı kartı her zaman yanında taşımasının önemi ve gerekliliği,

***Diyet***

- Her türlü alkollü içki kullanımından kaçınmasının gerekliliği,
- Yeterli ve dengeli beslenmesinin önemi,
- Uyarıcı etkisi nedeniyle kafeinli içecek alımının sınırlandırılmasının önemi,

***Nöbeti tetikleyen faktörler;***

- Konstipasyon
- Menstruasyon
- Aşırı yorgunluk/uykusuzluk
- Aşırı emosyonel stres
- Ateşli hastalık
- İyi aydınlatılmamış ortamda bulunma ve iyi ayarlanmamış TV izleme
- Aşırı parlak ışık ve gürültünün nöbetleri tetiklediği ve bunlardan korunmasının önemi,

### *Nöbet yönetimi*

- Nöbet öncesi, sırası ve sonrasında hastayı kaza ve yaralanmalardan korumak için alınacak önlemler,
- Nöbetlerin 10 dakikadan fazla sürmesi durumunda bir başka nöbet olasılığı, solunum güçlüğü, bilinç yitimi olasılığı ve ambulansla sağlık kuruluşuna ulaştırmanın önemi,

### *Fiziksel ve günlük yaşam aktiviteleri*

- Normal aktiviteleri sürdürmesinin önemi,
- Dağcılık, paraşütle atlama vb. zorlayıcı aktivitelerden kaçınmasının önemi,
- Normal günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesinde sakınca olmadığı,
- Banyo yaparken su ile doldurulmuş küvette banyo yapma yerine duş şeklinde banyo yapmanın güvenlik açısından önemi,

### *İş ve sosyal yaşam*

- Kendisinin ya da başkalarının yaralanmasına neden olabilecek işlerde çalışmamasının gerekliliği,
- Sürücü belgesi alma ve araç kullanmada ülkenin yasaları doğrultusunda davranılmasının gerekliliği,
- Epilepsili çocukların eğitimlerine kısıtlama olmadan devam edebilecekleri,
- Epilepsili hastaların evlenmesinde sakınca olmadığı gibi konularda eğitimler verilmelidir (Karabulutlu ve Turan, 2022; Karadakovan ve Aslan, 2020).

## **2.8. Sağlıkta Kadercilik Anlayışı**

Sağlık psikolojisinde sağlık davranışlarının bireysel nedenselliğini anlamayı temel alan yaklaşımlardan biri “sağlık kontrol odağıdır”. Sağlık kontrol odağı, bireyin sağlığını kendisi tarafından kontrol edilebilir olarak (iç kontrol odağı), kendisi tarafından kontrol edilebilir olmayıp kaderin elinde olarak ve güçlü başkalarının kontrolü altında olarak (dış kontrol odağı) görüp görmediklerini tanımlamaktadır. Kişinin davranışını değiştirip değiştirmeyeceği ve doktor tavsiyesine uyup uymayacağı sağlık kontrol odağına bağlıdır (Ogden, 2019). Dış kontrol odağına sahip biri, koruyucu davranışlara ve önerilen tedbirlere uyum göstermeyecektir. Bu

kapsamda kadercilik, sađlđın kontrol edilemez olarak görüldüğü dışsal odak kapsamındadır (Köten, 2012).

Kadercilik (Fatalizm), istisnasız tüm olayların tek bir doğaüstü faktör tarafından yönetildiğine olan inancı temsil eden teoridir (Kaya ve Bozkur, 2015). Kadercilik kavramı, antik çağlardan günümüze tarih boyunca insanların doğa ve doğaüstü güçler karşısında çaresizlik duyması olarak ifade edilmiştir (Kasapoğlu, 2008). Kültürel bir özellik olan kadercilik, insanların hayatlarında karşılaştıkları herhangi bir olayın doğaüstü güç olan Allah'ın takdiriyle açıklanmasıdır. Kaderin insanların gücü ve çabasıyla değiştirilemeyeceği ve meydana gelen olayların kaçınılmaz olduğu kabul edilmektedir. Bununla bağlantılı olarak kader, insanların kendi yaşamlarını kontrol edemeyecekleri ve hiçbir şeyi değiştirmeyecekleri, seçim yapma şanslarının olmadığı inancını barındırır (Bobov ve Çapık, 2020; Kasapoğlu 2008; Sobol-Kwapinska 2013). Kadercilik inancı tek tanrılı dinlerde daha fazla görülmekle birlikte, tek tanrı inancı olmayan toplumlarda da görülmektedir. Bundan dolayı kadercilik anlayışı sadece dini boyutta incelenmemelidir. Bu anlayış teoloji, psikoloji, psikiyatri, antropoloji ve sosyoloji gibi pek çok alanda incelenmiş ve birçok alanda önemli bir konu olmuştur (Kaya ve Bozkur, 2017). Kişiler sahip oldukları kadercilik inancı doğrultusunda günlük hayatta davranışlarına yön verebilmektedir (Akkuş ve Taş, 2019). Kadercilik inancına sahip bir kişi dış dünyadaki olay ve durumları değiştirmeyeceğine inandığı için başarı beklentisi, olayları kontrol edebileceğine olan inancı, öz-yeterlik duygusu ve çabası da azalacaktır (Orhan, 2017). Müslüman toplumlarda dahil olmak üzere diğer dinlerin üyeleri de kadercilik ve dindarlığın doğrudan ve dolaylı olarak sağlık sonuçlarını ve hastalık yönetimini belirlediğine inanırlar (Salazar-Collier vd., (2021).

Sağlık kaderciliği, sağlıkla ilgili yaşanan sorunların insan kontrolünün ötesinde olduğu durumlara olan inancı ifade etmektedir (Nageeb vd., 2018). Kişiler kontrolün kendilerinde değil, dış bir güçte olduğu inancına sahip olduğundan herhangi bir hastalık ya da sağlık durumunda kendilerinin güçsüz olduğunu düşünürler (Ramirez ve Carmona, 2018). Kadere inanmanın ruh sağlığını olumlu yönde etkilediğine dair araştırmalar olmasına rağmen, kaderci yaklaşımın kişiye pasiflik, her duruma razı olma gibi özellikler yüklediği, yaşanan olaylar karşısında çaresizliği ve karamsarlığı ortaya çıkardığı düşünölmektedir (Kaya ve Bozkur, 2017). Dini inançlar sağlık davranışları üzerinde etkili bir role sahiptir. Hastalığı günahların bir silgisi olarak görmek, insanların kolaylıkla anlayabileceği ve kabul edebileceği hastalık durumuna

anlam vermekte, dolayısıyla burada sağlık ve din iç içe geçmiş olmaktadır (Hamed, 2014).

Kaderci anlayışa sahip kişiler çoğu zaman hastalığın tedavisinin kader meselesi olduğuna inanarak, tedavi için gerekli olan ilaçların yan etkilerini göz ardı ederek ne yapılırsa yapılsın ilaçların işe yaramayacağına ve takdir edilenin önüne geçilemeyeceğine inanırlar (Macit, 2014; Selvi, 2019). Kadercilik inancına artan eğilim, genellikle kişilerde hastalıklara karşı önlem alma konusunda pasif kalmaya sebep olmaktadır (Haynie vd., 2014). Kadercilik aynı zamanda alınan sağlık hizmeti kalitesinin ve tedavinin etkinliğinin daha düşük algılanmasına neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, kaderci tutumlara sahip olanların bakım kalitelerini daha kötü olarak değerlendirdiklerini, hastalıkları önlemek için pek bir şey yapılamayacağına inandıklarını ve tedavinin hastalıktan daha kötü olabileceğine inandıkları bildirilmiştir (Hall vd., 2008).

Günümüzde epilepsi, dünyanın hemen her ülkesinde bir hastalık olarak değil, mistik düşünceler içeren bir terim olarak yorumlanmaktadır (Görgülü ve Fesci, 2011). Dini ve sosyokültürel inançlar epilepsiye yönelik tutumları, tedaviyi ve bakımı etkilemektedir (Teferi ve Shewangizaw, 2015). Epilepsi hastaları tıbbi tedavinin yanı sıra muska yapmak, kutsal yerleri ziyaret etmek, dua etmek gibi çeşitli ruhani yöntemlere başvurmaktadır (Rani ve Thomas, 2019). Kültürel bir özellik olan kadercilik, Türk toplumunda yaygındır çünkü temel dini inanç olan İslam kaderciliği destekler. Kadere inanmak İslam'ın altı şartından biridir (Abduh vd., 2016). İslam inancına sahip toplumlarda epilepsi, cin çarpması kavramı ile ilişkilendirilmiştir (Şenol ve ark., 2009). Epilepsinin bulaşıcı bir hastalık olduğu ve Allah'ın günahlar nedeniyle verdiği bir ceza olduğu, bilişsel işlevlerin diğerlerinden daha zayıf olduğu, hastanın sosyal ve sportif faaliyetlere katılmaması gerektiği gibi yanlış inançlar damgalanmayı artırmakta ve özyönetimi olumsuz etkilemektedir (Yeni vd., 2018; Adjei vd., 2013; Birbeck ve Kalichi, 2004). Samatra (2019) yaptığı çalışmada, epilepsi hastalarının kaderci inançların yaygın olduğunu saptamıştır (Samatra, 2019). Hastaların inançları, hastalığa tepkilerini ve onunla başa çıkmak için kullandıkları stratejileri belirlemektedir. Bu inançların sorgulanmaması hastaların yanlış anlaşılmasına ve bu nedenle sıkıntı yaşamalarına neden olabilecektir (Maryanti, 2016).

## 2.9. Benlik Saygısı

Kişilik özellikleri, hayattaki amaç ve beklentiler, yetenekler, değer yargıları ve inançlar benliği oluşturur (Garcia vd., 2019). Benlik kavramı, kişilerin kendilerini algılaması ve anlaması için kendilerini nasıl gördükleri ve değer verdikleri ile ilişkilidir. Benlik ve benlik saygısı içerik olarak farklı kavramlar olsalar da birbirleriyle ilişkili kavramlardır. Benlik saygısı kavramı, benliğin beğenilmesi ya da beğenilmemesi sonucu ortaya çıkar (Tözün, 2010). Benlik saygısı, kişinin kendine verdiği değer duygusu ile doğru orantılıdır. Benlik saygısı, kişinin benlik algısı ile ideal benliği arasındaki farktır (Garcia vd., 2019). Benlik saygısı, bireyin kendi değeri hakkında sahip olduğu algıyı ifade eder (Kwong vd., 2016).

Benlik saygısı, kişinin aile yaşamında başlayan ve yaşam boyu değişebilen, kişinin psikososyal yönden iyi oluşunu tüm yönleriyle etkileyen bir olgudur (Sevim ve Artan, 2021). Kişinin birlikte yaşadığı aile ortamı, anne-babanın tutum ve davranışları, okul, arkadaş gibi sosyal çevre, anne-babanın sorunlu bir evlilik yaşaması, fiziksel görünüş ve sağlık durumu, okul derslerindeki başarısı, cinsiyet, sosyoekonomik durum, ailenin ve kişinin kendisinin eğitim durumu ve mesleki statüsü, sosyal etmenler gibi konular kişilerin benlik saygısını etkilemektedir (Kımtır, 2008).

Benlik saygısı yüksek olan kişi, kendini daha gerçekçi ve sağlıklı şekilde değerlendirir. Bu değerlendirme sonucunda kendisine değer verir, sevmeyi ve saygı duyulmayı hak ettiğine inanır (Byrne ve O'brien, 2014). Benlik saygısı yüksek kişi, kendine saygısı olan, kendini değerli gören, başarılarıyla gurur duyan, stresin etkilerini en aza indirebilen kişidir. Benlik saygısı düşük olan kişi kendini sürekli olumsuz olarak eleştirir ve kendisi hakkında olumsuz düşünce ve duygulara sahiptir. Kendinden memnun değildir, kendisine güven ve saygı duymaz, başarılarını kabul etmez, insanlarla ilişki kurmaktan kaçınır, çevresindekilere karşı suçlayıcı, eleştirel ve yargılayıcı olmaları sosyal ilişkilerine zarar verebilir. Düşük benlik saygısı hayatın zorluklarıyla başa çıkmayı güçleştirmektedir (Byrne ve O'brien, 2014, Kwong vd., 2016).

Herhangi bir kronik hastalığa sahip bireylerde benlik saygısının düşük olması beklenen bir durumdur (Tözün, 2010). Epilepsi gibi kronik bir hastalıkla yaşamak benlik saygısını etkiler ve psikososyal sağlığın bozulmasına yol açar (Serin, 2019). Epilepsili bireyler genellikle durumları ve yaşamları üzerinde tam olarak kontrol sahibi olamadıklarına inanırlar. Bu inanç ve duygular, nöbetlerin öngörülemezliği,

kendi bedenlerini kontrol edememe, ilaç bağımlılığı ve başkalarına bağımlılıktan kaynaklanır (Siqueira vd., 2011). Epilepside ani başlayan nöbetler hastalarda kontrol kaybı yaratarak benlik saygısının düşmesine neden olmaktadır. Tekrarlayan nöbetler, hastaların eğitim, iş hayatı, evlilik ve sosyal ilişki kurma yeteneğini etkilemektedir (Fisher vd., 2000). Epilepsi tanısı konulması ve çevredekilerin bu duruma verdiği tepkiler benlik saygısını ve hastaların kendilerine verdiği değeri olumsuz etkileyebilir (Siqueira vd., 2011). Epilepsili bireyler değersiz, güvenilmez, istikrarsız olduklarını düşünüp yaşamla mücadele edemeyeceklerine inanırlar. Sağlıklı bireylerle kendilerini kıyasladıklarında daha başarısız, uyumsuz ve mutsuz hissederler. Ailelerin korumacı yaklaşımları bağımsızlık hissini azaltmaktadır. İş sahibi olanlara kıyasla istihdam edilmeyen epilepsili bireylerin düşük benlik saygısına sahip olduğu belirtilmektedir (Clarke ve Critchley, 2016; Karaca ve Durna, 2018; McCagh vd., 2009).

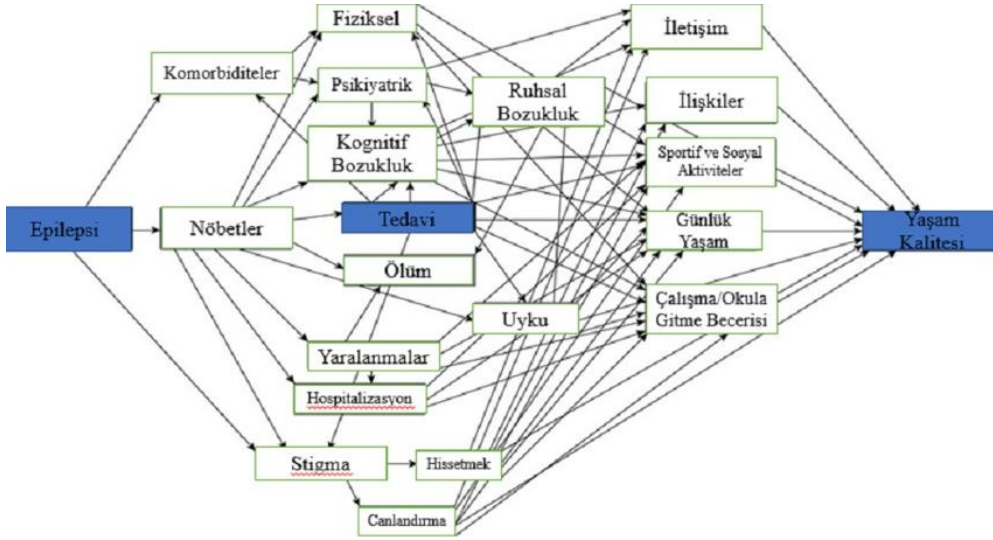
## **2.10. Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesinin anlamı ve neyi ölçmesi gerektiği konusunda süregelen tartışmalar bulunmaktadır, bu sebeple yaşam kalitesi kavramının tek tip bir tanımı yoktur; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini; “Bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında, amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki konumunu algılaması” olarak tanımlamaktadır (WHOQOL,1998). Yaşam kalitesi, mutlu olmak ve hayattan memnun olmak anlamına gelen “iyi olma durumu” olarak tanımlanmaktadır (Kabay vd., 2014). Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu durum ile istek ve beklentileri arasındaki farklılıkları yansıtır. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, sağlık durumu, meslek gibi birçok faktör kişinin beklentilerini şekillendirmektedir. Yaşam kalitesi hem bir tür memnuniyet hem de genel refahı sembolize eder. Başka bir deyişle, bireyin kendi hayatından duyduğu tatminin tarifidir (Erdoğan vd., 2006).

Kronik bir hastalık olan epilepside tekrarlayan nöbetler, nöbetlerin öngörülemez oluşu ve hasta üzerinde bıraktığı bilişsel bozukluklar, algılama, dikkat, bellek ve konuşmada yaşanan problemler sebebiyle bu kişiler toplumdan dışlanmakta, aile, iş ve sosyal yaşamında sorunlar yaşamakta ve bunun sonucunda yaşam kaliteleri düşmektedir (Kabay vd., 2014). Epilepside yaşam kalitesi iyilik halini de içiren geniş bir alandır. Epilepsili bireylerde tedavideki amaç nöbetlerin engellenmesi ve yan etkilerin görülmemesi değil, hastalara hayal ettikleri hayatı yaşama özgürlüğünü vermek

olmalıdır. Dolayısıyla tedavinin ana odağı, nöbet kontrolünün yanı sıra yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik önlemler olmalıdır. Medikal tedavinin yanı sıra hastanın sosyal ve psikolojik yönleriyle de ilgilenilmesi gerekmektedir (Kabay vd., 2014). Epilepsili bireylere karşı toplumun olumsuz tutumu kişilerin işsiz kalmasına, parçalanmış aile yapısına ve sosyal ayrımcılığa yol açmaktadır. Bu sebeple epilepsili kişiler kendilerini güvensiz hissederler ve toplum içinde nöbet geçirmekten korkarlar, bu da yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olmaktadır. Epilepsi ile ilişkili psikososyal faktörler ve zihinsel problemler, uzun süreli veya etkisiz tedavi nedeniyle kişide umutsuzluk, yavaş iyileşme ve sürekli olarak utanma duygusunu içerir (Hosseini vd., 2016).

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında; hastanın yaşı ve cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, demografik değişkenler, sosyal çevre, bilişsel durum ve benlik saygısı, sosyal önyargılar, stigma ve sosyal izolasyon yer almaktadır (Kabay vd., 2014; Özer ve Bölüktaş, 2017). Psikososyal problemler, epilepsi hastalarında genel popülasyona göre daha yaygındır. Bunlar; sosyal izolasyon, sosyal adaptasyon sorunları, düşük benlik saygısı, düşük akademik performans, iş bulmada zorluk, sosyalliğin bozulması ve sorunlu evlilik hayatıdır (Görgülü ve Fesci, 2011). Yaşam kalitesini etkileyen bir diğer faktör tekrarlayan nöbetlerdir. Epilepsili bireyler sürekli nöbet geçireceklerini düşünüp korku yaşarlar. Bu kişiler diğer insanlara göre kendilerinin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının bozulduğunu, yaşamaya dair motivasyonlarının azaldığını ve sosyal sorumluluklarını yerine getiremediklerini düşünürler (Görgülü ve Fesci, 2011). Epileptik nöbetlere bağlı kaza ve yaralanmalar, antiepileptik ilaçların yan etkilerine bağlı artan morbidite yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Kabay vd., 2014). Epilepsinin hastaların yaşamları üzerindeki etkisine şekil 2.3.'de yer verilmiştir (Kerr, 2012).



**Şekil 2.3: Epilepsinin Hastaların Yaşamları Üzerindeki Etkisi**

**Kaynak:** Kerr, 2012

Epilepside yaşam kalitesi üç ana başlıkta değerlendirilir:

- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, sağlık durumu, nöbet geçirme sıklığı ve nöbetin şiddeti, kullanılan antiepileptik ilaçların yan etkileri, ağrı, güç ve dayanıklılığı kapsayan fiziksel sağlık,
- Psikolojik olarak iyi olma hali, benlik saygısı, anksiyete ve depresyonu içeren ruh sağlığı,
- Sosyal aktiviteler, aile ve arkadaşlık ilişkilerini içeren sosyal sağlık. (Arnold vd., 2004).

### **2.11. Epilepsi Hastalarının Kadercilik Anlayışı, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesinde Hemşirenin Rolü**

Kronik hastalığa sahip kişilerde uygulanan tedavi ve bakım hastayı önceki sağlıklı durumuna getirmek ya da hastalığı tamamen iyileştirmek için değil semptom yönetimini öğretmek hastalıkla kaliteli yaşamı öğretmek için uygulanır. Tedavi ve bakımda asıl amaç hastalığa, tedavi programına uyumu sağlayarak hasta-bakım veren iş birliğini sağlamaktır (Erdoğan, 2021). Hastanın tedavi planına uymaması, bakıma katılmaması bakımın kalitesini etkiler ve sağlık bakım giderlerini yükseltmekle beraber yaşam kalitesini de kötüleştirir. Hastanın hastalığa yeterince uyum sağlayamaması mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır (Kara, 2007). Bu nedenle bütüncül bakımın sağlanması önemlidir. İnsanlar biyososyal uyum mekanizmaları ile çevresinde oluşan değişiklikleri baş etme mekanizmaları ile yönetmeye çalışır.

Fizyolojik sorunların olmaması, benliğin olumlu yönde geliştirilmesi, rollerin yerine getirilerek işlevselliğin sağlanması ve kişilerin karşılıklı bağlılığının sağlanması, uyum gereksiniminin karşılandığının göstergesidir (Bırol, 2013).

Epilepsi tanısı alan hastaların nöbetlerle yaşamak zorunda olması aile yapısını bozmakta, hastada çaresizlik ve yetersizlik gibi duygular yaratmaktadır. Bu nedenle epilepsi hastalarının yaşam kaliteleri ve benlik saygıları artırılmalıdır (Erdoğan, 2021). Epilepsili bireylerde yaşam kalitesinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasında önemlidir. Planlanan bakım bireyselleştirilmelidir. Bu bireyselleştirmenin yapılabilmesi için öncelikle hastaların her birine özgü yaşam kalitesi değişkenlerinin belirlenmesi gerekmektedir (Black vd., 2009; Coşar ve Dayapoğlu 2020).

Epilepsili bir birey tanıyı aldıktan hemen sonra mesleki ve sosyal rehabilitasyon ihtiyacı olup olmadığı yönünden sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmelidir. Hemşireler diğer sağlık profesyonellerine kıyasla hasta ile daha fazla ilgilenmekte ve zaman ayırmaktadır. Bu sebeple hastanın ve ailenin bilgi düzeyleri, hastalığı algılayış şekilleri, tedaviye uyumu etkileyen etmenlerin farkında olmalı, yaşadıkları sorunları tanımalı ve baş etme yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Hastalar, aileler ve sağlık çalışanları arasında iş birliği yapılması, epilepsisi olan kişilerin psikososyal sorunlarının giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından gereklidir (Görgülü ve Fesci, 2011). Kadercilik eğiliminin hastaların sağlık davranışları üzerinde olumlu veya olumsuz etkileri olabilir (Dayapoğlu, 2021). Hasta inançlarını ve tutumlarını öğrenmek, hasta bakımını iyileştirmede önemli bir erken adımdır (Samatra, 2019). Manevi ve dini sistemlerin kültürel varyasyonlarının anlaşılması, yetkin bakımın kritik bir bileşenini oluşturur (Otoom vd., 2006). Epilepsi tanısı alan bireylerin aralıklı olan nöbetlerle yaşamak zorunda kalması aile hayatını olumsuz yönde etkileyerek rol karmaşasına sebep olabilir. Bu durumda birey kendisini çaresiz ve yetersiz hissedebilir. Bu nedenle bireyin yaşam kalitesi ve benlik saygısının artırılması, tedavi ve rehabilitasyonu etkileyen semptom yönetiminin sağlanması önemlidir. Bu da ancak bireylerin hastalığa uyum sağlamasına ve hastalığı yönetme becerisi kazandırmakla sağlanabilir (Erdoğan, 2021).

# ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

## GEREÇ ve YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma epilepsi hastalarında sağlıkta kadercilik anlayışını, benlik saygısını ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, İstanbul'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde epilepsi polikliniğine gelen hastalar ile 12 Nisan-10 Aralık 2021 tarihleri arasında yürütüldü.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; araştırmanın yapılacağı kurumda, çalışmanın yapılacağı zaman diliminde polikliniğe başvuran 300 hasta oluşturmaktadır. Örneklemi ise bu tarihler arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 210 (%70 katılım) birey oluşturdu. Örneklem sayısının yeterliliğinin hesaplanması için G-Power 3.1.9.4 programı kullanıldı. Yapılan posthoc güç analizinin sonucunda çalışmanın %80 güç ve 0.05 anlamlılık düzeyinde etki büyüklüğünün 0,192 olduğu belirlendi.

*Dahil edilme kriterleri;*

- i. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- ii. 18 yaş üzeri olan,
- iii. Görme, işitme, bilişsel yetenek bozukluğu veya psikoza bulunmayan,
- iv. Okur yazar olan,
- v. En az iki doz COVID-19 aşısı olan,
- vi. Hamile olmayan,
- vii. Epilepsi tanısı almış olan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), Sağlık Kaderciliği Ölçeği (Ek-2), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek-3) ve Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği – QOLIE-31 (Ek-4) ile toplandı.

#### **3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)**

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özelliklerini tanımlamak için araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, nöbet türü, nöbet sıklığı, kullanılan ilaç sayısı, epilepsi dışı hastalık durumu, ailede epilepsi durumu ilişkin 14 soru yer almaktadır.

#### **3.4.2. Sağlık Kaderciliği Ölçeği (SKÖ)**

Sağlık Kaderciliği Ölçeği (SKÖ) Franklin, Schlundt ve Wallston (2008) tarafından geliştirilmiştir. Bobov ve Çapık (2020) Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Bu ölçek, genel sağlık kaderciliğinin sağlık davranışı ile ilişkili olup olmadığını belirlemek için tasarlanmıştır. Ek olarak, ölçek sağlık davranışları, sağlık hizmetleri ve sağlıklı yaşam uygulamaları önündeki bilişsel engellerin kaldırılmasına yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu tek boyutlu ve “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım” “katılıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevaplar verilen beşli likert tipli olup, 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 17 ve 85 arasındadır. Ölçekten alınan puanın artması, kadercilik düzeyinin arttığını göstermektedir. Bobov ve Çapık (2020) yaptıkları çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısını 0,91 olarak bildirmişlerdir (Bobov ve Çapık, 2020). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s alpha katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur.

#### **3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)**

Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği) 1965 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir (Rosenberg, 1965). Çuhadaroğlu tarafından 1986 yılında ölçek Türkçe’ye çevirilmiş, geçerlik güvenilirlik çalışmalarını yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin sadece benlik saygısı ile ilgili olan kısmı kullanılmıştır. Benlik

saygısı ölçeği 10 sorudan oluşmaktadır. Beş olumlu ve beş olumsuz (1, 2, 4, 6, 7) ifadenin yer aldığı ölçeğin her bir madde çok doğru, doğru, yanlış, çok yanlış ifadelerine göre cevaplanmaktadır. Benlik saygısı tek yönlü bir kavram olarak kabul gördüğünden dolayı ters maddeler çevrildikten sonra toplam puan kullanılmaktadır. RBS'den alınacak puan aralığı 0-6 arasında olup, bireylerin aldığı puan arttıkça benlik saygısı düşmektedir. 0-1 arası puan; yüksek benlik saygısı, 2-4 arası puan; orta benlik saygısı ve 5-6 arası puan; düşük benlik saygısı olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.77'dir (Çuhadaroğlu, 1986). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,96 bulundu.

#### **3.4.4. Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği – QOLIE-31**

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Mollaoğlu ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği-89 (QOLIE-89) ölçeğinde yer alan 89 maddenin kısaltılarak 31 maddesinden oluşan bir ölçektir (Mollaoğlu ve ark., 2015). Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği-31 (QOLIE -31) ölçeği 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; Nöbete İlişkin Kaygılar (5 madde), Emosyonel İyilik (5 madde) Enerji/Yorgunluk (4 madde), Sosyal Fonksiyon (5 madde), Bilişsel Fonksiyon (6 madde), İlaçların Etkileri (3 madde), Toplam Yaşam Kalitesi (2 madde) ve Toplam Sağlık Durumunu değerlendiren ek bir madde olmak üzere toplam 31 maddeden oluşur. Normalde 30 maddeden oluşan QOLIE-31 Ölçeği eklenen bu son madde ile (toplam sağlık durumunu değerlendiren madde) 31 maddelik ölçek özelliği kazanmıştır. Ölçek 0-100 arasında puanlandırılır. Yüksek puan yaşam kalitesinin yüksek olduğunu yansıtmaktadır. Orjinal ölçekte Cronbach Alfa değeri 0,91 olduğu belirlenmiştir (Mollaoğlu ve ark., 2015). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,94 bulundu.

#### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı değişkenler:** Katılımcıların sağlıkta kadercilik anlayışı, benlik saygısı ve yaşam kalitesi düzeyleri.

**Bağımsız değişkenler:** Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık bilgileri.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen nicel verilerin istatistiksel analizi SPSS 25 paket programı kullanılarak yapıldı. Veriler frekans, yüzdeler ve ortalama  $\pm$  standart sapma (SS) ile gösterildi. Skewness ve Kurtosis (-2 ile +2 arasında) değerleri ile ölçeklerin normal dağılıma uygun olup olmadığı incelenmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında ilişkiyi belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı. Gruplardaki farklılığı belirlemek için Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. SPSS PROCESS macro 4 regresyon analizi kullanıldı. Elde edilen bulgular  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (26.02.2021 tarih ve 2021/02 sayı) onay alındı. İlgili hastaneden çalışma yapılmasına ilişkin İl Sağlık Müdürlüğünden (06.04.2021 tarih ve 503 sayı) kurum izni alındı. Araştırmada kullanılması planlanan Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan araştırmacılardan kullanım izinleri alındı (Ek-7). Örnekleme dahil edilen her bir bireye araştırma öncesinde araştırmanın neden yapıldığına dair açıklama yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alındı. Bu çalışma Helsinki Bildirgesi'nin etik standartlarına uygun bir şekilde gerçekleştirildi. Çalışmaya gönüllü olan bireyler çalışma kapsamına alındı ve kimlik bilgileri gizliliği sağlandı.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı

Hastaların yaş ortalaması 36,1±13,91 yıl olup epilepsi tanı alma süre ortalaması 21,75±13,94 aydır. Hastaların %58,6'sı kadın, %50,5'i bekar, %41,4'ü ilköğretim mezunu, %69,5'i çalışmamakta, %51,9'unun geliri giderine denk, %46,7'si eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır (Tablo 4.1).

**Tablo4. 1:Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (n: 210)**

Değişkenler	Ort±Ss	Min-Max (Median)	
Yaş (Yıl)	36.1±13.91	18-80 (33)	
Epilepsi Tanı Alma Süresi (Ay)	21.75±13.94	0-76 (18)	
	<b>n</b>	<b>%</b>	
Cinsiyet	Kadın	123	58.6
	Erkek	87	41.4
Medeni Durum	Evli	104	49.5
	Bekar	106	50.5
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	6	2.9
	Okuryazar	6	2.9
	İlköğretim	87	41.4
	Lise	69	32.9
	Lisans	35	16.7
	Lisansüstü	7	3.3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	64	30.5
	Çalışmıyor	146	69.5
Gelir Durumu	Geliri giderden düşük	83	39.5
	Geliri gidere denk	109	51.9
	Geliri giderden fazla	18	8.6
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Anne ve baba	72	34.3
	Eş ve çocuklar	98	46.7
	Yalnız	10	4.8
	Diğer*	30	14.3

\*Akraba, Arkadaş

Hastaların %78,1'nin nöbet tipi jeneralize tonik-klonik, %35,2'si yılda 1 defa nöbet geçirdiği, %46,7'si birden fazla ilaç kullandığı, %31,4'ünde epilepsi dışında başka bir hastalığı bulunduğu, %19'unun ailesinde epilepsi hastası olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

**Tablo4. 2:Hastaların Hastalık Özellikleri ilişkin Bulgular (n: 210)**

Değişkenler		n	%
Nöbet Türü	Absans	14	6.7
	Fokal	3	1.4
	Grand-mal	1	0.5
	Jeneralize tonik-klonik	164	78.1
	Sınıflandırılmayan Nöbetler	28	13.3
Nöbet Sıklığı	Nöbet Geçirmeme	46	21.9
	Yılda-1	74	35.2
	Ayda-1	70	33.3
	Haftada-1	20	9.5
Kullanılan İlaç Sayısı	Tek ilaç	95	45.2
	Birden fazla ilaç	98	46.7
	İlaç Kullanmama	17	8.1
Epilepsi Dışı Hastalık Durumu	Evet	66	31.4
	Hayır	144	68.6
Ailede Epilepsi Hastalığı Bulunma Durumu	Evet	40	19.0
	Hayır	170	81.0

#### 4.2. Hastaların Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Ölçüm Ortalamaları

Hastaların SKÖ, RBSÖ ve QOLIE-31 Ölçüm Ortalamaları tablo 4.3’de yer almaktadır. SKÖ değeri ortalaması  $49,8\pm 17,32$ ; RBSÖ değeri ortalaması  $1.96\pm 0.53$ ’dir. Hastaların, %41,4’ü yüksek benlik düzeyinde olduğu görülmüştür. QOLIE-31 toplam değeri ortalaması  $58,03\pm 19,84$ ; alt boyutları Nöbet endişesi değeri ortalaması  $51,42\pm 31,18$ ; Genel yaşam kalitesi değeri ortalaması  $59,18\pm 20,31$ ; Emosyonel iyilik değeri ortalaması  $56,57\pm 21,46$ ; Enerji/yorgunluk değeri ortalaması  $51,98\pm 21,85$ ; Bilişsel fonksiyon değeri ortalaması  $59,81\pm 24,43$ ; İlaçların etkisi değeri ortalaması  $57,12\pm 31,95$ ; Sosyal fonksiyon değeri olup ortalaması  $62,11\pm 29,83$  bulunmuştur (Tablo 4.3).

**Tablo4. 3:Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Bulgular (n: 210)**

Değişkenler	Ort±Ss	Min-Max (Median)	
Sağlık Kaderciliği Ölçeği	49.8±17.32	17-85 (51)	
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	1.96±0.53	1-3.9 (2.0)	
Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Nöbete İlişkin Kaygılar	51.42±31.18	0-100 (52.67)
	Genel Yaşam Kalitesi	59.18±20.31	10-100 (55)
	Emosyonel İyilik	56.57±21.46	4-100 (58)
	Enerji/Yorgunluk	51.98±21.85	0-100 (55)
	Bilişsel Fonksiyon	59.81±24.43	3.33-100 (58.05)
	İlaçların Etkileri	57.12±31.95	0-100 (61.1)
	Sosyal Fonksiyon	62.11±29.83	0-100 (66)
Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği	58.03±19.84	14.1-100 (57.31)	
	<b>n</b>	<b>%</b>	
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği-Yüksek Benlik	87	41.4	
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği-Orta Benlik	123	58.6	

#### **4.3. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özellikleri ile Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Cinsiyete göre SKÖ, RBSÖ, QOLIE-31 ve alt boyutları ölçüm ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4).

**Tablo4. 4:Cinsiyete Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
SKÖ	Kadın	48.53±17.01	0.215
	Erkek	51.6±17.68	
RBSÖ	Kadın	1.93±0.53	0.709
	Erkek	2±0.53	
Nöbete İlişkin Kaygılar	Kadın	51.73±31.8	0.886
	Erkek	50.99±30.46	
Genel Yaşam Kalitesi	Kadın	60.49±20.95	0.335
	Erkek	57.33±19.33	
Emosyonel İyilik	Kadın	57.92±20.98	0.300
	Erkek	54.67±22.12	
Enerji/Yorgunluk	Kadın	51.3±22.9	0.382
	Erkek	52.93±20.35	
Bilişsel Fonksiyon	Kadın	59.35±25.26	0.750
	Erkek	60.47±23.33	
İlaçların Etkileri	Kadın	59.3±32.41	0.196
	Erkek	54.02±31.22	
Sosyal Fonksiyon	Kadın	63.11±30.31	0.474
	Erkek	60.7±29.24	
QOLIE-31	Kadın	58.51±20.35	0.747
	Erkek	57.35±19.2	

\*Mann Whitney U Testi, p<0.05 SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

Medeni duruma göre SKÖ, RBSÖ, QOLIE-31 ve alt boyutları ölçüm ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4.5).

**Tablo4. 5:Medeni Duruma Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
SKÖ	Evli	51.26±15.54	0.163
	Bekar	48.37±18.86	
RBSÖ	Evli	1.92±0.44	0.532
	Bekar	2±0.61	
Nöbete İlişkin Kaygılar	Evli	49.31±30.32	0.288
	Bekar	53.5±32.02	
Genel Yaşam Kalitesi	Evli	60.26±20.05	0.515
	Bekar	58.11±20.59	
Emosyonel İyilik	Evli	57.77±18.54	0.591
	Bekar	55.4±24.02	
Enerji/Yorgunluk	Evli	51.44±19.05	0.652
	Bekar	52.5±24.36	
Bilişsel Fonksiyon	Evli	58.3±23.81	0.335
	Bekar	61.29±25.04	
İlaçların Etkileri	Evli	58.44±30.3	0.631
	Bekar	55.82±33.59	
Sosyal Fonksiyon	Evli	60.88±30.11	0.580
	Bekar	63.33±29.64	
QOLIE-31	Evli	57.5±18.5	0.717
	Bekar	58.55±21.15	

\*Mann Whitney U Testi, p<0.05 SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

Eğitim durumuna göre SKÖ ve RBSÖ ölçüm ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001) (Tablo 4.6).

**Tablo4. 6:Eğitim Durumuna Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
SKÖ	Okuryazar değil <sup>a</sup>	59.83±23.2	0.001 b>e b>f
	Okuryazar <sup>b</sup>	70.17±17.12	
	İlköğretim <sup>c</sup>	51.95±15.82	
	Lise <sup>d</sup>	50.93±15.85	
	Lisans <sup>e</sup>	40.2±17.38	
	Lisansüstü <sup>f</sup>	33.86±13.17	
RBSÖ	Okuryazar değil <sup>a</sup>	1.92±0.38	0.001 c>e
	Okuryazar <sup>b</sup>	2.23±0.91	
	İlköğretim <sup>c</sup>	2±0.4	
	Lise <sup>d</sup>	2.07±0.63	
	Lisans <sup>e</sup>	1.65±0.43	
	Lisansüstü <sup>f</sup>	1.69±0.48	

\* Kruskal Wallis Testi, p<0.05, SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Eğitim durumuna göre Genel Yaşam Kalitesi alt boyutu ve Enerji/Yorgunluk alt boyutu ölüm ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ). Eğitim durumuna göre QOLIE-31 ve alt boyutları Nöbet İlişkin Kaygılar, Emosyonel İyilik, Bilişsel Fonksiyon, İlaçların Etkileri ve Sosyal Fonksiyon lm ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.7).

Çalışma durumuna göre SKÖ ve RBSÖ lm ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ) (Tablo 4.8). Çalışma durumuna göre QOLIE-31 ve alt boyutları Genel Yaşam Kalitesi, Emosyonel İyilik ve Enerji/Yorgunluk lm ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p=0,001$ ) alışma durumuna göre Nöbet İlişkin Kaygılar, Bilişsel Fonksiyon, İlaçların Etkileri ve Sosyal Fonksiyon alt boyut ölüm ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.8).

Gelir durumuna göre SKÖ ve RBSÖ lm ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ) (Tablo 4.9). Gelir durumuna göre QOLIE-31 ve alt boyutları Genel Yaşam Kalitesi, Emosyonel İyilik, Enerji/Yorgunluk ve Sosyal Fonksiyon lm ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p=0,001$ ) alışma durumuna göre Nöbet İlişkin Kaygılar, Bilişsel Fonksiyon ve İlaçların Etkileri alt boyut ölüm ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.10).

**Tablo4. 7:Eğitim Durumuna Göre Epilepside Yaşam Kalitesi leğine ve Alt Boyutlarına İlişkin lem Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
Nöbete İlişkin Kaygılar	Okuryazar değil	33.11±22.46	0.250
	Okuryazar	25.66±28.41	
	İlköğretim	52.97±31.5	
	Lise	52.1±32.25	
	Lisans	52.07±27.74	
	Lisansüstü	60.09±35.74	
Genel Yaşam Kalitesi	Okuryazar değil <sup>a</sup>	38.33±17.51	<b>0.001</b> a<d a<e
	Okuryazar <sup>b</sup>	39.58±22.83	
	İlköğretim <sup>c</sup>	57.33±20.06	
	Lise <sup>d</sup>	60.22±21.17	
	Lisans <sup>e</sup>	67.29±12.37	
	Lisansüstü <sup>f</sup>	66.07±25.24	
Emosyonel İyilik	Okuryazar değil	42.67±20.81	0.132
	Okuryazar	39.33±31.74	
	İlköğretim	56.32±18.51	
	Lise	55.94±23.68	
	Lisans	62.97±19.96	
	Lisansüstü	60.57±23.82	
Enerji/Yorgunluk	Okuryazar değil <sup>a</sup>	38.33±15.06	<b>0.045</b> a<d a<e
	Okuryazar <sup>b</sup>	36.67±12.52	
	İlköğretim <sup>c</sup>	50.98±20.57	
	Lise <sup>d</sup>	51.59±23.37	
	Lisans <sup>e</sup>	59.71±20.93	
	Lisansüstü <sup>f</sup>	54.29±27.9	
Bilişsel Fonksiyon	Okuryazar değil	39.35±23.98	0.102
	Okuryazar	50.19±19.5	
	İlköğretim	60.38±25.52	
	Lise	57.96±24.4	
	Lisans	67.23±20.38	
	Lisansüstü	59.76±26.03	
İlaçların Etkileri	Okuryazar değil	43.99±27.13	0.515
	Okuryazar	46.76±38.1	
	İlköğretim	59.96±30.98	
	Lise	59.26±32.22	
	Lisans	52.38±31.93	
	Lisansüstü	44.44±40.95	
Sosyal Fonksiyon	Okuryazar değil	39.38±31.69	0.532
	Okuryazar	55.38±18.91	
	İlköğretim	62±31.72	
	Lise	63.03±30.1	
	Lisans	66.03±25.27	
	Lisansüstü	60.14±29.64	
QOLIE-31	Okuryazar değil	39.23±14.56	0.057
	Okuryazar	44.48±16.22	
	İlköğretim	57.95±20.07	
	Lise	57.84±20.6	
	Lisans	63.79±15.59	
	Lisansüstü	59.76±25.05	

\* Kruskal Wallis Testi, p<0.05, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi leği

**Tablo4. 8:Çalışma Durumuna Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
SKÖ	Çalışıyor	45.67±15.9	0.001
	Çalışmıyor	51.61±17.65	
RBSÖ	Çalışıyor	1.78±0.52	0.001
	Çalışmıyor	2.04±0.52	
Nöbete İlişkin Kaygılar	Çalışıyor	54.73±32.44	0.296
	Çalışmıyor	49.97±30.62	
Genel Yaşam Kalitesi	Çalışıyor	64.57±19.09	0.001
	Çalışmıyor	56.82±20.43	
Emosyonel İyilik	Çalışıyor	61.69±21.24	0.027
	Çalışmıyor	54.33±21.25	
Enerji/Yorgunluk	Çalışıyor	59.3±19.98	0.001
	Çalışmıyor	48.77±21.92	
Bilişsel Fonksiyon	Çalışıyor	63.04±21.98	0.195
	Çalışmıyor	58.39±25.37	
İlaçların Etkileri	Çalışıyor	60.54±33.13	0.257
	Çalışmıyor	55.61±31.42	
Sosyal Fonksiyon	Çalışıyor	66.88±28.36	0.103
	Çalışmıyor	60.02±30.3	
QOLIE-31	Çalışıyor	62.67±17.47	0.029
	Çalışmıyor	55.99±20.53	

\*Mann Whitney U Testi, p<0.05, SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

**Tablo4. 9:Gelir Durumuna Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
SKÖ	Geliri giderden düşük <sup>a</sup>	54.76±17.73	0.001 a>c
	Geliri gidere denk <sup>b</sup>	46.69±16.22	
	Geliri giderden fazla <sup>c</sup>	45.78±17.34	
RBSÖ	Geliri giderden düşük <sup>a</sup>	2.09±0.5	0.001 a>c
	Geliri gidere denk <sup>b</sup>	1.91±0.5	
	Geliri giderden fazla <sup>c</sup>	1.67±0.68	

\* Kruskall Wallis Testi, p<0.05, SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

**Tablo4. 10:Gelir Durumuna Göre Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
Nöbete İlişkin Kaygılar	Geliri giderden düşük <sup>a</sup>	45.42±30.93	0.076
	Geliri gidere denk <sup>b</sup>	54.71±31.09	
	Geliri giderden fazla <sup>c</sup>	59.2±29.85	
Genel Yaşam Kalitesi	Geliri giderden düşük <sup>a</sup>	51.69±22.06	<b>0.001</b> a<c
	Geliri gidere denk <sup>b</sup>	63.88±16.81	
	Geliri giderden fazla <sup>c</sup>	65.28±21.74	
Emosyonel İyilik	Geliri giderden düşük <sup>a</sup>	50.55±21.56	<b>0.001</b> a<c
	Geliri gidere denk <sup>b</sup>	60.22±20.8	
	Geliri giderden fazla <sup>c</sup>	62.22±19.41	
Enerji/Yorgunluk	Geliri giderden düşük <sup>a</sup>	45.36±22.21	<b>0.001</b> a<b
	Geliri gidere denk <sup>b</sup>	56.7±20.37	
	Geliri giderden fazla <sup>c</sup>	53.89±22.2	
Bilişsel Fonksiyon	Geliri giderden düşük <sup>a</sup>	56.39±25.4	0.059
	Geliri gidere denk <sup>b</sup>	60.75±24.07	
	Geliri giderden fazla <sup>c</sup>	69.91±19.3	
İlaçların Etkileri	Geliri giderden düşük <sup>a</sup>	54.12±31.64	0.421
	Geliri gidere denk <sup>b</sup>	58.38±32.31	
	Geliri giderden fazla <sup>c</sup>	63.27±31.58	
Sosyal Fonksiyon	Geliri giderden düşük <sup>a</sup>	53.42±31.2	<b>0.001</b> a<b
	Geliri gidere denk <sup>b</sup>	67.72±27.9	
	Geliri giderden fazla <sup>c</sup>	68.18±26.24	
QOLIE-31	Geliri giderden düşük <sup>a</sup>	51.96±20.29	<b>0.001</b> a<c
	Geliri gidere denk <sup>b</sup>	61.53±18.72	
	Geliri giderden fazla <sup>c</sup>	64.77±17.96	

\* Kruskall Wallis Testi, p<0.05, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

Birlikte yaşanan kişiye göre göre SKÖ ve RBSÖ ölçüm ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4.11). Birlikte yaşanan kişiye göre Nöbete İlişkin Kaygılar alt boyut ölçüm ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05) Birlikte yaşanan kişiye göre QOLIE-31 ve alt boyutları Genel Yaşam Kalitesi, Emosyonel İyilik, Enerji/Yorgunluk, Bilişsel Fonksiyon, İlaçların Etkileri ve Sosyal Fonksiyon ölçüm ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4.11).

**Tablo4. 11: Birlikte Yaşanan Kişilere Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
SKÖ	Anne ve baba	49.49±18.96	0.443
	Eş ve çocuklarla	51.36±15.21	
	Yalnız	48.4±18.34	
	Diğer	45.93±19.44	
RBSÖ	Anne ve baba	2±0.63	0.877
	Eş ve çocuklarla	1.92±0.45	
	Yalnız	1.98±0.39	
	Diğer	2±0.56	
Nöbete İlişkin Kaygılar	Anne ve baba <sup>a</sup>	59.14±28.72	<b>0.04</b> <b>a&gt;b</b>
	Eş ve çocuklarla <sup>b</sup>	49.69±30.46	
	Yalnız <sup>c</sup>	42±34.88	
	Diğer <sup>d</sup>	41.69±34.95	
Genel Yaşam Kalitesi	Anne ve baba	59.48±19.96	0.485
	Eş ve çocuklarla	60.48±19.72	
	Yalnız	59.75±16.6	
	Diğer	54±24	
Emosyonel İyilik	Anne ve baba	54.78±24	0.367
	Eş ve çocuklarla	57.84±18.43	
	Yalnız	65.6±14.39	
	Diğer	53.73±25.7	
Enerji/Yorgunluk	Anne ve baba	53.4±24.68	0.360
	Eş ve çocuklarla	52.14±18.94	
	Yalnız	55.5±23.27	
	Diğer	46.83±23.32	
Bilişsel Fonksiyon	Anne ve baba	63.72±24.45	0.368
	Eş ve çocuklarla	58.12±23.65	
	Yalnız	56±21.18	
	Diğer	57.23±27.7	
İlaçların Etkileri	Anne ve baba	60.96±33.14	0.093
	Eş ve çocuklarla	58.84±30.42	
	Yalnız	40±33.29	
	Diğer	47.96±31.55	
Sosyal Fonksiyon	Anne ve baba	68.57±28.55	0.055
	Eş ve çocuklarla	61.65±29.36	
	Yalnız	50.23±28.09	
	Diğer	52.08±32.1	
QOLIE-31	Anne ve baba	61.11±20.53	0.238
	Eş ve çocuklarla	57.78±18.41	
	Yalnız	55.09±19.93	
	Diğer	52.4±22.12	

\* Kruskall Wallis Testi, p<0.05, SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği,

**QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Nöbet türüne göre SKÖ ve RBSÖ ölçüm ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.12).

**Tablo4. 12:Nöbet Türüne Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
SKÖ	Absans	42.07±12.83	0.141
	Fokal	40±14.8	
	Grand-mal	27±0	
	Jeneralize tonik- klonik	51.15±17.56	
	Sınıflandırılmayan Nöbetler	45.94±17.77	
RBSÖ	Absans	2.16±0.65	0.448
	Fokal	1.87±0.15	
	Grand-mal	1±0	
	Jeneralize tonik- klonik	1.96±0.52	
	Sınıflandırılmayan Nöbetler	1.92±0.47	

\* Kruskall Wallis Testi,  $p<0,05$ , SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Nöbet türüne göre QOLIE-31 ve alt boyutları ölçüm ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.13).

**Tablo4. 13:Nöbet Türüne Göre Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
Nöbete İlişkin Kaygılar	Absans	51.16±33.12	0.348
	Fokal	75±27.4	
	Grand-mal	96±0	
	Jeneralize tonik-klonik	49.79±31.58	
	Sınıflandırılmayan Nöbetler	52.52±27.74	
Genel Yaşam Kalitesi	Absans	60.71±17.11	0.392
	Fokal	70±13.92	
	Grand-mal	77.5±0	
	Jeneralize tonik-klonik	58.75±21	
	Sınıflandırılmayan Nöbetler	64.38±18.04	
Emosyonel İyilik	Absans	52±16.75	0.435
	Fokal	73.33±8.33	
	Grand-mal	80±0	
	Jeneralize tonik-klonik	56.59±22.21	
	Sınıflandırılmayan Nöbetler	57.25±18.75	
Enerji/Yorgunluk	Absans	48.93±17.45	0.191
	Fokal	80±8.66	
	Grand-mal	75±0	
	Jeneralize tonik-klonik	51.4±22.3	
	Sınıflandırılmayan Nöbetler	53.44±20.39	
Bilişsel Fonksiyon	Absans	64.8±22.66	0.151
	Fokal	69.63±23.65	
	Grand-mal	96.67±0	
	Jeneralize tonik-klonik	57.62±24.99	
	Sınıflandırılmayan Nöbetler	65.77±20.18	
İlaçların Etkileri	Absans	59.32±41.6	0.566
	Fokal	70.37±27.97	
	Grand-mal	100±0	
	Jeneralize tonik-klonik	55.81±31.39	
	Sınıflandırılmayan Nöbetler	64.58±25.97	
Sosyal Fonksiyon	Absans	65.64±27.61	0.442
	Fokal	73±22.07	
	Grand-mal	96±0	
	Jeneralize tonik-klonik	60.23±30.81	
	Sınıflandırılmayan Nöbetler	63.64±25.5	
Yaşam Kalitesi Toplam Skor	Absans	59.33±16.74	0.270
	Fokal	72.64±9.3	
	Grand-mal	88.79±0	
	Jeneralize tonik-klonik	56.74±20.6	
	Sınıflandırılmayan Nöbetler	61.27±16.53	

\* Kruskall Wallis Testi, p<0.05, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

Nöbet sıklığına göre SKÖ ve RBSÖ ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ) (Tablo 4.14).

**Tablo4. 14:Nöbet Sıklığına Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p
SKÖ	Nöbet Geçirmeme <sup>a</sup>	52.78±14.9	<b>0.001</b> a>b c>b
	Yılda-1 <sup>b</sup>	44.46±16.15	
	Ayda-1 <sup>c</sup>	54.23±17.03	
	Haftada-1 <sup>d</sup>	47.2±22.47	
RBSÖ	Nöbet Geçirmeme <sup>a</sup>	1.85±0.42	<b>0.001</b> a<d
	Yılda-1 <sup>b</sup>	1.89±0.56	
	Ayda-1 <sup>c</sup>	1.97±0.46	
	Haftada-1 <sup>d</sup>	2.45±0.64	

\* Kruskal Wallis Testi,  $p<0.05$ , SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Nöbet sıklığına göre QOLIE-31 ve alt boyutları Nöbete İlişkin Kaygılar, Genel Yaşam Kalitesi, Emosyonel İyilik, Enerji/Yorgunluk, Bilişsel Fonksiyon ve Sosyal Fonksiyon ortalama değerleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ). Nöbet sıklığına göre İlaçların Etkileri alt boyut puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.15).

**Tablo4. 15:Nöbet Sıklığına Göre Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
Nöbete İlişkin Kaygılar	Nöbet Geçirmeme <sup>a</sup>	63.1±29.15	<b>0.001</b> a>d
	Yılda-1 <sup>b</sup>	57.27±28.87	
	Ayda-1 <sup>c</sup>	43.04±30.5	
	Haftada-1 <sup>d</sup>	32.3±31.58	
Genel Yaşam Kalitesi	Nöbet Geçirmeme <sup>a</sup>	59.13±21.84	<b>0.001</b> b>d
	Yılda-1 <sup>b</sup>	65.47±18.09	
	Ayda-1 <sup>c</sup>	56.57±18.53	
	Haftada-1 <sup>d</sup>	45.13±22.67	
Emosyonel İyilik	Nöbet Geçirmeme <sup>a</sup>	58.26±22.15	<b>0.037</b> b>d
	Yılda-1 <sup>b</sup>	60.59±21.97	
	Ayda-1 <sup>c</sup>	54.46±18.77	
	Haftada-1 <sup>d</sup>	45.2±23.47	
Enerji/Yorgunluk	Nöbet Geçirmeme <sup>a</sup>	51.74±20.72	<b>0.044</b> b>d
	Yılda-1 <sup>b</sup>	55.95±23.43	
	Ayda-1 <sup>c</sup>	51.14±20.33	
	Haftada-1 <sup>d</sup>	40.75±20.66	
Bilişsel Fonksiyon	Nöbet Geçirmeme <sup>a</sup>	59.4±23.5	<b>0.001</b> b>d
	Yılda-1 <sup>b</sup>	66.36±23.49	
	Ayda-1 <sup>c</sup>	57.29±24.71	
	Haftada-1 <sup>d</sup>	45.35±22.52	
İlaçların Etkileri	Nöbet Geçirmeme <sup>a</sup>	62.86±31.84	0.153
	Yılda-1 <sup>b</sup>	60.28±32.04	
	Ayda-1 <sup>c</sup>	51.86±30.39	
	Haftada-1 <sup>d</sup>	50.56±35.57	
Sosyal Fonksiyon	Nöbet Geçirmeme <sup>a</sup>	69.51±29.05	<b>0.001</b> b>d
	Yılda-1 <sup>b</sup>	68.42±27.14	
	Ayda-1 <sup>c</sup>	55.17±30.24	
	Haftada-1 <sup>d</sup>	46.08±30.01	
QOLIE-31	Nöbet Geçirmeme <sup>a</sup>	60.79±17.98	<b>0.001</b> b>d
	Yılda-1 <sup>b</sup>	63.64±19.06	
	Ayda-1 <sup>c</sup>	54.28±19.58	
	Haftada-1 <sup>d</sup>	44.01±19.43	

\* Kruskall Wallis Testi, p<0.05, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kullanılan ilaç sayısına göre SKÖ, QOLIE-31 ve alt boyutları Nöbete İlişkin Kaygılar, Genel Yaşam Kalitesi, Enerji/Yorgunluk, İlaçların Etkileri ve Sosyal Fonksiyon ortalama değerleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir (p=0,001). Kullanılan ilaç sayısına göre RBSÖ, Emosyonel İyilik ve Bilişsel Fonksiyon alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4.16).

**Tablo4. 16:Kullanılan İlaç Sayısına Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
SKÖ	Tek ilaç <sup>a</sup>	46.67±14.44	<b>0.021</b> <b>b&gt;a</b>
	Birden fazla ilaç <sup>b</sup>	53.41±18.61	
	İlaç kullanmama <sup>c</sup>	46.47±21.05	
RBSÖ	Tek ilaç <sup>a</sup>	1.94±0.53	0.217
	Birden fazla ilaç <sup>b</sup>	2±0.48	
	İlaç kullanmama <sup>c</sup>	1.88±0.81	
Nöbete İlişkin Kaygılar	Tek ilaç <sup>a</sup>	55.86±30.08	<b>0.001</b> <b>c&gt;b</b>
	Birden fazla ilaç <sup>b</sup>	44.85±30.62	
	İlaç kullanmama <sup>c</sup>	64.57±33.69	
Genel Yaşam Kalitesi	Tek ilaç <sup>a</sup>	63.5±19.32	<b>0.016</b> <b>a&gt;b</b>
	Birden fazla ilaç <sup>b</sup>	56.3±19.32	
	İlaç kullanmama <sup>c</sup>	51.62±26.62	
Emosyonel İyilik	Tek ilaç <sup>a</sup>	59.41±20.94	0.083
	Birden fazla ilaç <sup>b</sup>	53.55±19.84	
	İlaç kullanmama <sup>c</sup>	58.12±30.79	
Enerji/Yorgunluk	Tek ilaç <sup>a</sup>	56.16±21.27	<b>0.019</b> <b>a&gt;b</b>
	Birden fazla ilaç <sup>b</sup>	48.47±20.91	
	İlaç kullanmama <sup>c</sup>	48.82±27.13	
Bilişsel Fonksiyon	Tek ilaç <sup>a</sup>	63.76±24.17	0.097
	Birden fazla ilaç <sup>b</sup>	55.65±23.91	
	İlaç kullanmama <sup>c</sup>	61.73±26.38	
İlaçların Etkileri	Tek ilaç <sup>a</sup>	62.54±31.84	<b>0.031</b> <b>a&gt;b</b>
	Birden fazla ilaç <sup>b</sup>	51.33±30.45	
	İlaç kullanmama <sup>c</sup>	60.13±37.04	
Sosyal Fonksiyon	Tek ilaç <sup>a</sup>	68.21±28.23	<b>0.001</b> <b>c&gt;a</b>
	Birden fazla ilaç <sup>b</sup>	54.74±30.48	
	İlaç kullanmama <sup>c</sup>	70.53±26.02	
QOLIE-31	Tek ilaç <sup>a</sup>	62.42±19.04	<b>0.001</b> <b>a&gt;b</b>
	Birden fazla ilaç <sup>b</sup>	53.38±19.24	
	İlaç kullanmama <sup>c</sup>	60.25±22.76	

\* Kruskall Wallis Testi, p<0.05, SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ailede epilepsi hastalığı bulunma durumuna göre SKÖ, RBSÖ, QOLIE-31 ve alt boyutları ölçüm ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4.17).

**Tablo4. 17: Epilepsi Dışı Hastalık Durumuna Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
SKÖ	Evet	50.65±14.63	0.591
	Hayır	49.41±18.45	
RBSÖ	Evet	1.98±0.47	0.612
	Hayır	1.95±0.56	
Nöbete İlişkin Kaygılar	Evet	49.61±29.01	0.574
	Hayır	52.25±32.19	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	56.02±19.4	0.077
	Hayır	60.63±20.61	
Emosyonel İyilik	Evet	54.85±20.6	0.405
	Hayır	57.36±21.87	
Enerji/Yorgunluk	Evet	49.24±21.67	0.189
	Hayır	53.23±21.89	
Bilişsel Fonksiyon	Evet	55.1±23.99	0.083
	Hayır	61.97±24.41	
İlaçların Etkileri	Evet	52.27±30.21	0.108
	Hayır	59.34±32.58	
Sosyal Fonksiyon	Evet	57.17±29.97	0.097
	Hayır	64.38±29.59	
QOLIE-31	Evet	54.4±18.37	0.076
	Hayır	59.69±20.33	

\*Mann Whitney U Testi, p<0.05 SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ailede epilepsi hastalığı bulunma durumuna göre SKÖ, RBSÖ, QOLIE-31 ve alt boyutları ölçüm ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4.18).

**Tablo4. 18:Ailede Epilepsi Hastalığı Bulunma Durumuna Göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğine, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğine ve Alt Boyutlarına İlişkin Ölçüm Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 210)**

Değişkenler		Ort±Ss	p*
SKÖ	Evet	47±16.64	0.192
	Hayır	50.46±17.45	
RBSÖ	Evet	2.03±0.61	0.300
	Hayır	1.94±0.51	
Nöbete İlişkin Kaygılar	Evet	47.15±30.09	0.320
	Hayır	52.43±31.44	
Genel Yaşam Kalitesi	Evet	57.88±18.24	0.575
	Hayır	59.49±20.8	
Emosyonel İyilik	Evet	52±19.95	0.138
	Hayır	57.65±21.72	
Enerji/Yorgunluk	Evet	49.25±21.29	0.413
	Hayır	52.62±21.99	
Bilişsel Fonksiyon	Evet	55.77±21.71	0.326
	Hayır	60.76±24.99	
İlaçların Etkileri	Evet	56.11±29.39	0.752
	Hayır	57.35±32.61	
Sosyal Fonksiyon	Evet	56.49±29.84	0.190
	Hayır	63.43±29.76	
QOLIE-31	Evet	54.19±18.19	0.196
	Hayır	58.93±20.16	

\*Mann Whitney U Testi, p<0.05 SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaş ve epilepsi tanı alma süresi ile SKÖ, RBSÖ, SKÖ, QOLIE-31 ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). SKÖ ile Genel Yaşam Kalitesi (r=-,162, p<0,05), Enerji/Yorgunluk (r=-,147, p<0,05) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. SKÖ ile RBS, Nöbete İlişkin Kaygılar, Emosyonel İyilik, Bilişsel Fonksiyon, İlaçların Etkileri, Sosyal Fonksiyon ve QOLIE-31 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). RBSÖ ile Nöbete İlişkin Kaygılar (r=-,344, p<0,01), Genel Yaşam Kalitesi (r=-,508, p<0,01), Emosyonel İyilik (r=-,576, p<0,01), Enerji/Yorgunluk (r=-,497, p<0,01), Bilişsel Fonksiyon (r=-,327, p<0,01), İlaçların Etkileri (r=-,301, p<0,01), Sosyal Fonksiyon (r=-,411, p<0,01) ve QOLIE-31 (r=-,518, p<0,01) negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.19).

**Tablo4. 19:Yaş, Epilepsi Tanı Alma Süresi, Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Korelasyon Analizi (n: 210)**

Değişkenler		Yaş	Epilepsi Tanı Alma Süresi	SKÖ	RBSÖ
SKÖ	r	0.032	-0.074	1	
	p	.645	.288	.	
RBSÖ	r	0.03	-0.018	.125	1
	p	.670	.792	.070	.
Nöbete İlişkin Kaygılar	r	-0.062	0.036	-0.105	-.344*
	p	.370	.599	.128	.000
Genel Yaşam Kalitesi	r	0	0.058	-.162*	-.508*
	p	0.227	.399	.019	.000
Emosyonel İyilik	r	0.013	0	-.135	-.576*
	p	.848	0.219	.051	.000
Enerji/Yorgunluk	r	-0.019	.095	-.147*	-.497*
	p	.786	.170	0.033	.000
Bilişsel Fonksiyon	r	-0.054	0.038	-0.028	-.327*
	p	.436	.582	.684	0
İlaçların Etkileri	r	0.023	-0.034	-0.063	-.301*
	p	.741	.622	.363	.000
Sosyal Fonksiyon	r	-0.084	-.001	-0.067	-.411*
	p	.228	.991	.332	.000
QOLIE-31	r	-0.051	0.057	-0.104	-.518*
	p	.465	.415	.134	.000

\*Spearman's,  $p < 0.05$  SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

#### 4.4. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özellikleri ile Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 4.20 incelendiğinde, bağımsız değişkenlerin SKÖ üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=5,823$ ,  $p < 0,001$ ). Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin SKÖ toplam varyansın %18,8'ini açıklamaktadır ( $p < 0,01$ ). Regresyon katsayılarına bakıldığında eğitim durumu okuryazar ( $\beta=0,179$ ) değişkeninin SKÖ üzerinde pozitif; eğitim durumu-lisans ( $\beta=-0,214$ ) ve eğitim durumu-lisansüstü ( $\beta=-0,156$ ) negatif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Sonuç olarak eğitim durumu lisans ve lisansüstü olanların okuryazar grubuna göre daha az kaderci olduğu görülmüştür (Tablo 4.20).

**Tablo4. 20:Bağımsız Değişkenler ile Sağlıkta Kadercilik Ölçeğin Yordanması için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Değişkenler	Univariable					Multivariable				
		B	S.Hata	$\beta$	t	p	B	S.Hata	$\beta$	t	P
1	Çalışma Durumu	5.938	2.569	0.158	2.311	<b>0.001</b>	0.908	2.592	0.024	0.35	0.727
	Eğitim Durumu-Okuryazar	20.966	7.041	0.202	2.978	<b>0.001</b>	18.549	6.655	0.179	2.787	<b>0.006</b>
	Eğitim Durumu-Lisans	-11.520	3.113	-0.249	-3.700	<b>0.001</b>	-9.899	3.317	-0.214	-2.984	<b>0.003</b>
	Eğitim Durumu-Lisansüstü	-16.493	6.574	-0.171	-2.509	<b>0.001</b>	-14.973	6.408	-0.156	-2.337	<b>0.02</b>
	Gelir Durumu-Gelir Giderden Düşük	8.200	2.383	0.232	3.441	<b>0.001</b>	2.167	4.452	0.061	0.487	0.627
	Gelir Durumu-Gelir Giderden Denk	-6.470	2.355	-0.187	-2.747	<b>0.001</b>	-2.809	4.209	-0.081	-0.667	0.505
	Nöbet Sıklığı-Yılda-1	-8.246	2.441	-0.228	-3.378	<b>0.001</b>	-2.756	2.826	-0.076	-0.975	0.331
	Nöbet Sıklığı-Ayda-1	6.643	2.499	0.181	2.658	<b>0.001</b>	4.369	2.81	0.119	1.555	0.122
<b>F=5.823, R=0.43, R2=0.188, p&lt;0.05</b>											

Tablo 4.21 incelendiğinde, yüksek benlik saygısına sahip hastaların SKÖ puan ortalamalarının, orta benlik saygısına sahip hastalara göre düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Yüksek benlik saygısına sahip hastaların QOLIE-31 ve alt boyutları puan ortalamalarının, orta benlik saygısına sahip hastalara göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ) (Tablo 4.21).

**Tablo4. 21:Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin, Sağlık Kaderciliği Ölçeği ve Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Ölçümlerin Karşılaştırılması**

		n	Ort±Ss	p*
<b>SKÖ</b>	<b>Yüksek Benlik Saygısı</b>	87	46.16±17.57	<b>0.009</b>
	<b>Orta Benlik Saygısı</b>	123	52.37±16.73	
<b>Nöbete İlişkin Kaygılar</b>	<b>Yüksek Benlik Saygısı</b>	87	57.65±29.61	<b>0.017</b>
	<b>Orta Benlik Saygısı</b>	123	47.02±31.63	
<b>Genel Yaşam Kalitesi</b>	<b>Yüksek Benlik Saygısı</b>	87	67.01±21.19	<b>0.001</b>
	<b>Orta Benlik Saygısı</b>	123	53.64±17.75	
<b>Emosyonel İyilik</b>	<b>Yüksek Benlik Saygısı</b>	87	66.3±21.34	<b>0.001</b>
	<b>Orta Benlik Saygısı</b>	123	49.69±18.79	
<b>Enerji/Yorgunluk</b>	<b>Yüksek Benlik Saygısı</b>	87	60.4±21.98	<b>0.001</b>
	<b>Orta Benlik Saygısı</b>	123	46.02±19.76	
<b>Bilişsel Fonksiyon</b>	<b>Yüksek Benlik Saygısı</b>	87	63.99±22.61	<b>0.025</b>
	<b>Orta Benlik Saygısı</b>	123	56.85±25.31	
<b>İlaçların Etkileri</b>	<b>Yüksek Benlik Saygısı</b>	87	62.07±30.08	<b>0.066</b>
	<b>Orta Benlik Saygısı</b>	123	53.61±32.89	
<b>Sosyal Fonksiyon</b>	<b>Yüksek Benlik Saygısı</b>	87	71.57±25.34	<b>0.001</b>
	<b>Orta Benlik Saygısı</b>	123	55.42±31.02	
<b>QOLIE-31</b>	<b>Yüksek Benlik Saygısı</b>	87	65.36±17.03	<b>0.001</b>
	<b>Orta Benlik Saygısı</b>	123	52.84±20.12	

\*Mann Whitney U Testi, p<0.05, SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği, QOLIE-31: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tablo 4.22 incelendiğinde, bağımsız değişkenlerin RBSÖ üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çoklu lojistik regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $X^2=27,462$ ,  $p<0,001$ ). Modelde yer alan parametreler RBSÖ toplam varyansın %73'ünü açıklamaktadır. Regresyon katsayılarına bakıldığında eğitim durumu-lisans ( $\beta=2,515$ ,  $p<0,05$ ) ve nöbet durumu-haftada-1 ( $\beta=0,254$ ,  $p<0,05$ ) değişkeninin RBSÖ üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.22).

**Tablo4. 22:Bağımsız Değişkenler ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğın Yordanması için Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Değişkenler	Univariable					Multivariable				
		B	S.Hata	Wald	$\beta$	p	B	S.Hata	Wald	$\beta$	P
1	SKÖ	0.021	0.008	6.421	1.022	<b>0.001</b>	0.016	0.009	3.009	1.016	0.083
	Çalışma Durumu	0.873	0.306	8.147	2.395	<b>0.001</b>	-0.529	0.333	2.526	0.589	0.112
	Eğitim Durumu-İlköğretim	0.664	0.292	5.172	1.943	<b>0.001</b>	-0.290	0.327	0.785	0.748	0.376
	Eğitim Durumu-Lisans	-1.517	0.406	13.941	0.219	<b>0.001</b>	0.922	0.460	4.021	2.515	<b>0.045</b>
	Nöbet Durumu-Haftada 1	1.502	0.146	2.536	4.491	<b>0.001</b>	-1.369	0.660	4.299	0.254	<b>0.038</b>
<b>X<sup>2</sup>=27.462, R= 0.648, R<sup>2</sup>=0.730, *p&lt;0.05</b>											

SKÖ: Sağlık Kaderciliği Ölçeği

Tablo 4.23 incelendiğinde, bağımsız değişkenlerin QOLIE-31 üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=42,960, p<0,001). Modelde yer alan bağımsız değişkenlerin QOLIE-31 toplam varyansın %66'sını açıklamaktadır (p<0,01). Regresyon katsayılarına bakıldığında RBSÖ ( $\beta$ =-0,031, p<0,01) negatif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, yüksek benlik düzeyine sahip olanların yaşam kalitesinin yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.23).

**Tablo4. 23:Bağımsız Değişkenler ile Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeğin Yordanması için Çoklu Lineer Regresyon Analizi Bulguları**

Model	Değişkenler	Univariable					Multivariable				
		B	S.Hata	$\beta$	t	p	B	S.Hata	$\beta$	t	P
1	RBSÖ	-12.514	2.648	-0.311	-4.726	<b>0.001</b>	-1.229	0.566	-0.031	-2.17	<b>0.031</b>
	Çalışma Durumu	-6.677	2.946	-0.155	-2.267	<b>0.001</b>	0.321	0.375	0.56	0.009	0.67
	Gelir Düzeyi-Düşük	-10.025	2.720	-0.248	-3.685	<b>0.001</b>	-0.303	0.063	0.983	0.002	0.064
	Gelir Düzeyi-Denk	7.285	2.700	0.184	2.698	<b>0.001</b>	1.139	1.394	0.926	0.035	1.505
	İlaç Sayısı-Tek	8.029	2.701	0.202	2.972	<b>0.001</b>	-1.116	-0.791	0.979	-0.02	-0.808
	İlaç Sayısı-Çok	-8.715	2.684	-0.220	-3.247	<b>0.001</b>	-1.658	-1.446	0.974	-0.036	-1.484
	Nöbet Sıklığı-Yılda-1	8.669	2.810	0.209	3.085	<b>0.001</b>	-0.082	-0.099	0.544	-0.002	-0.183
	Nöbet Sıklığı-Haftada-1	-15.496	4.551	-0.230	-3.405	<b>0.001</b>	-0.124	-0.065	0.892	-0.001	-0.073
<b>F=42.960, R=0.81, R2= 0.660, p&lt;0.05</b>											

**RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği**

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Kronik bir hastalık olan epilepsi, kişinin fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal hayatını olumsuz etkilemektedir (Enç vd., 2017). Epilepsi nöbetlerinin beklenmedik bir anda oluşu kişilerin kontrollerini kaybetmesine, toplumda dışlanmalarına, negatif benlik saygısına ve yaşam kalitesinde düşmeye sebep olmaktadır. Sık sık geçirilen epileptik nöbetler kişilerin aile, iş, evlilik, sosyal hayat gibi konularda kısıtlanmalarına yol açmaktadır. Ayrıca günümüzde epilepsi bir hastalık olarak görülmemekle birlikte doğaüstü mistik kavramlarla bağdaştırılmaktadır. Epilepside hastalığın psikososyal yönüyle mücadele ederek hastalığa uyum sağlamak, hastalığı kabullenmek, utanılacak bir şey olmadığını anlamak ve toplumdan kaçmamayı öğrenmek önem arz etmektedir (Benson vd., 2016). Epilepsi hastalarının kadercilik anlayışı, benlik saygısı ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde epilepsi polikliniğine gelen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 210 epilepsi hastası ile gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmada hastaların hastaların orta düzeyde kadercilik algılarının olduğu saptandı. Samatra'nın (2019) yaptığı çalışmada da epilepsi hastalarının kaderci inançların yaygın olduğu saptanmıştır (Samatra, 2019). Dayapoğlu ve ark.'ın (2021) yaptığı çalışmada benzer şekilde hastaların orta düzeyde kadercilik algılarının olduğu görülmüştür. 110 epilepsili birey üzerinde yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların %83'ü hastalığın Allah'ın bir imtihanı olduğu, %40'ının ise hastalığın Allah tarafından verilen bir ceza olduğuna inandıkları bulunmuştur (Alkhamees vd., 2015). Yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların yarısı epilepsi hastalığını kader, Tanrı'nın iradesi veya geçmiş yaşamlarındaki günahlarının cezası olduğuna inandıklarını saptamışlardır (Ismail vd., 2005). Bu veriler ışığında epilepsi hastalığının uzun yıllar boyu mistik düşünceler ile bağdaştırılması, tüm olayların tek bir doğaüstü faktör tarafından yönetildiğine inanılması, epilepsili bireylerin kadercilik inancını arttırdığı düşünülebilir.

Bu çalışmada eğitim durumuna göre sağlıkta kadercilik değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Okuryazar olmayan bireylerin kadercilik algıları çalışmaya

katılan diğer bireylere göre daha yüksektir. Ruiu (2013) yaptığı çalışmada eğitim durumunun kadercilik anlayışını etkileyen en büyük etken olduğunu saptamıştır. Bobov ve Çapık (2020) yaptıkları çalışmada okuryazar olmayan bireylerin yüksek sağlık kaderciliğine sahip olduğunu bildirmiştir. Dayapoğlu ve ark.'ın (2021) yaptıkları çalışmada okuma yazma bilmeyen epilepsili bireylerin daha kaderci inançlara sahip oldukları bulunmuştur. Kıyak ve ark.'ın (2021) yaptıkları çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlık kaderciliğinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Pehlivan (2019) yaptığı çalışmada, okur yazar olmayanların ortaokul ve üzeri eğitime sahip olan bireylere göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Baysan ve ark.'ın (2022) yaptıkları çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin yüksek eğitim düzeyine sahip bireylere göre kadercilik algı düzeyi puan ortalamasının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Orhan (2017) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça kadercilik eğiliminin düştüğünü belirtmektedir. Bu çalışmalar sonucunda eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin sağlıkta kadercilik anlayışının düşük olduğu söylenebilir. Bu bilgilerin ışığında eğitim seviyesi arttıkça doğru bilgiye erişimin kolaylaşması, sorgulama ve şüphe duyma durumunun artmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler, epilepsinin bir hastalık olarak gerçek doğası konusunda daha bilinçli olduklarından, daha az kaderci oldukları söylenebilir.

Bu çalışmada katılımcıların orta benlik saygısına sahip oldukları saptanmıştır. Serin (2019) yaptığı çalışmada da, benzer şekilde hastaların orta benlikte saygısına sahip olduğunu bulmuştur. Turki ve ark.'ın (2016) epilepsi hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada da, benlik saygısını orta düzeyde bulmuşlardır. Gauffin ve ark.'ın (2010) yaptıkları çalışmada epilepsili bireylerin düşük benlik saygısına sahip oldukları bulunmuştur. Kurtuluş (2019) yaptığı çalışmada benlik saygısını düşük düzeyde bulmuştur. Yapılan farklı çalışmalarda hastaların benlik saygıları yüksek bulunmuştur (Chew vd., 2017; Mehvari Habibabadi vd., 2018). Epilepsili bireylerin toplumda dışlanmaya ve damgalanmaya maruz kalmaları, nöbetlerin öngörülemez oluşu ve ömür boyu ilaç kullanma düşüncesi sebebiyle benlik saygılarını olumsuz etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada eğitim durumuna göre benlik saygısı değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İlköğretim mezunu bireylerin benlik saygısı daha düşüktür. Tukuş (2010) yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısında azalma olduğunu

saptamıştır. Erkan (2022) yaptığı çalışmada okuryazar olmayan bireylerin benlik saygısının diğerlerinden daha yüksek olduğunu saptamıştır. Tan ve Karabulutlu (2004) yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe benlik saygısının da yükseleceğini belirtmişlerdir. Saygılı ve ark.'ın (2015) yaptıkları çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyinin de arttığını bulmuşlardır. Yapılan bir başka çalışmada da öğrenim durumu üniversite olanların benlik saygısının öğrenim durumu lise, ortaokul ve ilkokul olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Serin, 2019). Bu verilerin ışığında eğitim seviyesi ve benlik saygısı ilişkisi farklılık gösterebilir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin öğrenim yaşantısının benlik saygısını geliştiren bir ortam olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada nöbet sıklığına göre benlik saygısı değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Daha az sıklıkta nöbet geçiren bireylerin benlik saygısı diğerlerine göre yüksektir. Epilepsili bireylerde benlik saygısının incelendiği bir çalışmada fazla nöbet geçirmenin düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Gauffin vd., 2010). Yapılan farklı bir çalışmada da hastalığın şiddetinin benlik saygısı ile negatif ilişkili olduğu bulundu. Antiepileptik ilaç almasına rağmen nöbet geçirmeye devam eden hastaların benlik saygısı önemli ölçüde daha düşük olduğu bildirilmiştir (Chew vd., 2017). Onwuakagba ve ark.'ın (2020) yaptıkları çalışmada, epilepsili hastalar arasında yıllık nöbet sıklığı ile benlik saygısı düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Epilepsi ile yaşayan insanlar genellikle nöbet geçirmekten utanmaktan ve bu da sosyal etkileşime girme konusunda isteksizliğe neden olmaktadır (Onwuakagba vd., 2020). Bu durum potansiyel olarak hastaların özgüvenlerini olumsuz yönde etkileyecektir.

Bu çalışmada genel puan ortalamasına bakıldığında yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Coşar (2016) yapmış olduğu çalışmada da yaşam kalitesini orta düzeyde bulmuştur. Mollaoğlu ve ark. (2015) 148 epilepsili birey üzerinde yaptıkları çalışmada yaşam kalitesini orta düzeyde bulmuşlardır. 115 epilepsili birey üzerinde yapılan bir çalışmada da bireylerin orta düzeyde yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur (Acaroğlu ve Yılmaz, 2016). Oturbay (2022) ameliyat öncesi epilepsili bireyler üzerinde yaptığı çalışmada yaşam kalitesini orta düzeyde saptamıştır. Yaşar ve ark.'ın (2014) epilepsili bireyler üzerinde yaptığı çalışmada da yaşam kaliteleri orta düzeyde bulunmuştur. Melikyan ve ark.'ın (2012) 208 epilepsili birey üzerinde yaptıkları çalışmada da yaşam kalitesini orta düzeyde bulmuşlardır. Alptekin (2022)

141 epilepsili birey üzerinde yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğunu bulmuştur. Epilepsili bireyler üzerinde yapılan bir başka çalışmada yaşam kalitesi düşük bulunmuştur (Erdem, 2014). Yapılan bir başka çalışmada tedaviye dirençli epilepsili bireylerde yaşam kalitesinde anlamlı derecede düşme olduğu bulunmuştur (Akdemir, 2014). Akyol (2018) epilepsili bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada da yaşam kalitesinin düşük düzeyde olduğunu saptamıştır. Suurmeijer ve ark.'ın (2001) 210 epilepsili birey üzerinde yaptığı çalışmada yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur. Yapılan sistematik derlemede, Global QOLIE-31 ortalama puanı 59,8 (n = 7255 kişi) idi. QOLIE-31 puanları Afrika ülkeleri için 57,2, Amerika için 58,3, Avrupa için 59,9, Doğu Akdeniz için 52,7, Güneydoğu Asya için 59,7 ve Batı Pasifik için 62,7 idi (Saadi vd., 2016). Sık sık geçirilen nöbetler, nöbetlerin şiddetli ve zarar verici özellikte olması, kullanılan antiepileptik ilaçların yan etkileri, toplumdaki dışlanma, işsizlik gibi epilepsili bireylerin yaşadıkları sorunlar kişilerin kaliteli ve engelsiz bir yaşam sürmelerine olanak sağlamamakta ve bireylerin yaşam kalitelerini düşürmektedir.

Orta benlik saygısına sahip olan hastaların daha kaderciler oldukları bulundu. Yapılan bir çalışmada içe dönük, benlik saygısı düşük olan bireylerin geleceğin insan kontrolünün ötesinde olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir (Sobol vd., 2022). Geng ve ark.'ın (2022) yaptıkları çalışmada zayıf benlik kavramının daha güçlü kadercilik algısı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Benlik saygısı yüksek olan bireyler öz değerlerinden daha emindirler ve dışarıdan bilgi desteği aramaktansa kendi güçlerine inanırlar (Lee-Flynn vd., 2011). Kendileri ile ilgili bu olumlu değerlendirmeler kadercilikle olumsuz yönde ilişkilidir (Zuo vd., 2020). Benlik saygısı düşük olan bireylerin kadercilik eğilimlerinin yüksek olması, sorumluluk yükünün kendilerinden bir dış etkene aktarılmasını sağlayan başa çıkma stratejilerinden biri olduğu düşünülebilir.

Yüksek benlik saygısına sahip olan hastaların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu saptandı. Epilepsili bireyler genel popülasyon ile kıyaslandığında düşük yaşam kalitesine, zayıf benlik saygısına, yüksek anksiyete ve depresyona sahiptirler (Guekht vd., 2007). Benlik saygısının yüksek olması bireyin yaşam kalitesini arttırmaktadır (Crocker ve Park, 2004). Benlik saygısı stres düzenleyici olarak bilinmektedir. Bu nedenle, benlik saygısı daha yüksek olan insanlar, stresli durumlarda daha yüksek bir öz-değerlilik duygusuna sahiptir ve bu da onları stres sonuçlarına karşı korumaktadır (Mehvari Habibabadi vd., 2018). 87 epilepsili birey ve ebeveynleri üzerinde yapılan

bir çalıřmada hastaların %17,2'sinin dūřuk benlik saygısına sahip olduęu, yařam kalitelerinin orta dūzeyde olduęu bulunmuřtur (Kurtuluř, 2019). Literatür incelendięinde yapılan dięer çalıřmalarda da benlik saygısı ve yařam kalitesi iliřkili bulunmuř, yūksək benlik saygına sahip olan bireylerin yařam kalitelerinin de yūksək olduęu saptanmıřtır (Kılıçarslan ve Sanberk, 2016; Rabiei vd., 2022; Souza Junior vd., 2022; Tavares vd., 2016). Epilepsili bireylerin yařadığı nōbetlerin aniden ve ōngörülemez olması, bireyin kendini kontrol edememesine iř ve sosyal iliřkilerinin bozulmasına neden olup benlik saygısını dūřürmekte, bu durum yařam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.



## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ

Hastaların orta düzeyde kadercilik anlayışına sahip olduğu, benlik seviyelerinin ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu saptandı. Okuryazar olmayan bireylerin kadercilik algıları çalışmaya katılan diğer bireylere göre daha yüksektir. Eğitim düzeyi düşük ve daha sık nöbet geçiren hastaların benlik saygısı daha düşüktür Orta benlik saygısına sahip olan hastaların daha kaderci oldukları bulundu. Yüksek benlik saygısına sahip olan hastaların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Epilepsili bireylerin yaşam kaliteleri ve benlik saygılarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve yapılan değerlendirmeler sonucunda ihtiyaçlara yönelik düzenli eğitim ve sosyal destek programlarının oluşturulması ve yaygınlaştırılması,
- Epilepsili bireylerin yaşam kaliteleri ve benlik saygılarının artması için sağlık ekipleri ile iş birliği içinde olmasının sağlanması,
- Epilepsili bireylerin din ve inanışları ile ilgili kadercilik konusuna ithafen doğru bilgiler ışığında eğitimler verilmesi,
- Epilepsili bireylerin yüksek eğitim düzeyine ulaşmaları için stratejiler geliştirilmesi,
- Çalışmanın daha geniş ve farklı örneklem grubunda tekrarlanması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abduh, M., Mehmed, A., Köse, M. (2016). Kaza ve kader. *Marife Dini Araştırmalar Dergisi*, 16(2): 375-382.
- Acaroğlu, G., & Yılmaz, E. (2016). Epilepsili Hastalarda İlaç Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 22(1): 17-25.
- Adadioğlu, Ö., & Oğuz, S. (2016). Epilepsi ve öz yönetim. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 22(1): 1-4.
- Adjei, P., Akpalu, A., Laryea, R., Nkromah, K., Sottie, C., Ohene, S., & Osei, A. (2013). Beliefs on epilepsy in Northern Ghana. *Epilepsy & Behavior*, 29(2): 316-321.
- Akdağ, G., Algın, D., & Erdiñç, O. (2016). Epilepsi/epilepsy. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1): 35-41.
- Akdemir, V. (2014). *Dirençli Epilepsi Olgularında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Akkuş, H. İ., & Taş, K. (2019). Türkiye’de iş kazaları ve kader anlayışı üzerine tipolojik bir araştırma: iş kazaları ve kader ölçeği. *Turkish Stud Relig Stud*, 14(4): 591-602.
- Aksun, Z. Ö., & Yiğit, A. (2021). Investigation of behaviors of the epilepsy patients’ relatives during seizure and its association with their knowledge regarding epilepsy. *Epilepsi*, 27(2): 96-101.
- Aktekin, B., Agan, K., Arman, F., Aslan, K., Aykutlu, E., Baklan, B., ... & Velioglu, S. (2012). Epilepsi rehberi: Turk noroloji derneği epilepsi calisma grubu. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 18(1): 26-39.
- Akyol, T. (2018). *Epilepsili Hastaların Hastalıklarına Dair Tutumlarının Ruhsal Sağlık ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.

- Alaca, G., Kaner, G., & Yurtdaş, G. (2022). Ketojenik Diyetin Dirençli Epilepsi Üzerine Etkisine Güncel Bakış. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1): 123-128.
- Ali, F., Rickards, H., & Cavanna, A. E. (2012). The assessment of consciousness during partial seizures. *Epilepsy & Behavior*, 23(2): 98-102.
- Alkhamees, H. A., Selai, C. E., & Shorvon, S. D. (2015). The beliefs among patients with epilepsy in Saudi Arabia about the causes and treatment of epilepsy and other aspects. *Epilepsy & Behavior*, 53: 135-139.
- Alptekin, Z. B. (2022). *Epilepsi Hastalarının Epilepsi ile İlgili Bilgi, Davranış ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana.
- Arnold, R., Ranchor, A. V., Sanderman, R., Kempen, G. I. J. M., Ormel, J., & Suurmeijer, T. P. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research*, 13(5): 883-896.
- Aydemir, N., Özkara, Ç., Ünsal, P., & Canbeyli, R. (2011). A comparative study of health related quality of life, psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure*, 20(9): 679-685.
- Balal, M., Demir, T., Aslan, K., & Bozdemir, H. (2017). The determination of epilepsy prevalence in Adana City Center and relationship with sociodemographical factors. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(1): 20-28.
- Banerjee, P. N., Filippi, D., & Hauser, A.W. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. *Epilepsy Research*, 85(1): 31-45.
- Baybek, H., Turasay, N., Eksen, M., & Bozyer, İnci. (2006). Epilepsili Hastaların Hastalıkları Konusunda Bilgi Düzeylerinin belirlenmesi. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1): 1-9.
- Baykan, B., Bebek, N., Gürses, C., & Gökyiğit, A. E. (2011). *Nöroloji*. Öge AE, Baykan B, Bahar ZS (Editörler). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Baysan, D. F., Serçekuş, P., & Özkan, S. (2022). COVID-19 Korkusu Kadercilik Algısı İle İlişkili Midir?. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(1): 1-10.

- Benarroch, E. E. (1993). The central autonomic network: functional organization, dysfunction, and perspective. *Mayo Clinic Proceedings*, 68(10): 988-1001.
- Birbeck, G. L., & Kalichi, E. M. (2004). Epilepsy prevalence in rural Zambia: a door-to-door survey. *Tropical Medicine & International Health*, 9(1): 92-95.
- Biröl, L. (2013). Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. (10. Baskı). İzmir: Berke Ofset Matbaacılık.
- Black, J. M., Hawks, J. H., & Keene, A. M. (2009). Medical-surgical nursing: Clinical management for positive outcomes: Saunders Elsevier. *Louis, MO*.
- Bobov, G., & Çapık, C. (2020). The reliability and validity of the religious health fatalism scale in Turkish language. *Journal of religion and health*, 59(2): 1080-1095.
- Byrne, J. S., & O'Brien, E. J. (2014). Interpersonal views of narcissism and authentic high self-esteem: it is not all about you. *Psychological reports*, 115(1): 243-260.
- Chew, J., Haase, A. M., & Carpenter, J. (2017). Individual and family factors associated with self-esteem in young people with epilepsy: A multiple mediation analysis. *Epilepsy & Behavior*, 66, 19-26.
- Clarke, A. L., & Critchley, C. (2016). Impact of choice of coping strategies and family functioning on psychosocial function of young people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 59: 50-56.
- Coşar, D. A., & Dayapoğlu, N. (2020). Factors Affecting Quality of Life in Adults with Epilepsy in Turkey: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Caring Sciences*, 13(3): 1939.
- Coşar, D. A. (2016). *Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Cramer, J. A., Brandenburg, N., & Xu, X. (2005). Differentiating anxiety and depression symptoms in patients with partial epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 6(4): 563-569.

- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological bulletin*, 130(3): 392.
- Çeli, R. G. G. (2019). Otonom Semptomlu Nöbetler ve Epilepside Beklenmeyen Ani Ölümler (SUDEP). *Turk Noroloji Dergisi*, 25(3): 109.
- Çetin, B. (2013). *Epilepsi Hastası Çocuklarda Ketojenik Diyetin Epileptik Nöbet Sayısı Üzerine Etkisinin Araştırılması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adolesanlarda Benlik Saygısı*. (Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- D'Andrea Meira, I., Romão, T. T., Pires do Prado, H. J., Krüger, L. T., Pires, M. E. P., & da Conceição, P. O. (2019). Ketogenic diet and epilepsy: what we know so far. *Frontiers in neuroscience*, 13, (5): 1-8.
- Dayapoğlu, N., Ayyıldız, N. İ., & Şeker, D. (2021). Determination of health fatalism and the factors affecting health fatalism in patients with epilepsy in the North of Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 115: 107641.
- Dörtcan, N., Tekin Güveli, B., & Demirbilek, V. (2014). Çocukluğun İdiyopatik Parsiyel Epilepsileri. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 20(Ek 1): 6-12
- Eltaş, A., Uslu, M. Ö., & Kamışlı, Ö. (2012). Epilepsi Tedavisinde Uzun Dönem Fenitoin Kullanımının Alveolar Kemik Kaybı Üzerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 22(3): 235-241.
- Epilepsi Tanı ve Tedavi Rehberi (TND, 2021). <https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/epilepsi-tani-ve-tedavi-rehberi.pdf> Erişim tarihi: 11.11.2022
- Eraldemir, S. G., Kılıç, Ü., Keleş, M. K., Demirkol, M. E., Yıldırım, E., & Tamam, L. (2020). Classification of EEG signals in depressed patients. *Balkan Journal of Electrical and Computer Engineering*, 8(1): 103-107.
- Erdem, B. (2014). *Antiepileptik İlaç Kullanan Epilepsili Erkek Bireylerde Cinsel İşlev Bozukluğu ve SF-36 İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Ankara.

- Erdoğan, B. (2021). Roy Adaptasyon Modeline göre epilepsi tanılı hastanın hemşirelik bakımı. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2): 59-68.
- Erdoğan, F., Soyuer, F., Şenol, V., & Arman, F. (2006). Epilepsi hastalarında yorgunluğun yaşam kalitesine etkisi. *Epilepsi Dergisi*, 12(1): 21-26.
- Erkan, F.M. (2022). *Karaciğer Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Memnuniyeti, Benlik Saygısı ve Psikolojik Sağlamlığın Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kocaeli.
- Eşkazan, E. (2008). *Tarihte Epilepsi ve Epileptolojinin Kısa Tarihçesi, Epilepsi*. (ed. Yeni, SN, Bora, İ., Gürses, C.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Falco-Walter, J. J., Scheffer, I. E., & Fisher, R. S. (2018). The new definition and classification of seizures and epilepsy. *Epilepsy research*, 139: 73-79.
- Fisher, R. S., Cross, J. H., D'souza, C., French, J. A., Haut, S. R., Higurashi, N., ... & Zuberi, S. M. (2017). Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*, 58(4): 531-542.
- Fisher, R. S., Vickrey, B. G., Gibson, P., Hermann, B., Penovich, P., Scherer, A., & Walker, S. (2000). The impact of epilepsy from the patient's perspective I. Descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy research*, 41(1): 39-51.
- Franklin, M. D., Schlundt, D. G., & Wallston, K. A. (2008). Development and validation of a religious health fatalism measure for the African-American faith community. *Journal of Health Psychology*, 13(3): 323-335.
- Garcia, J. A., y Olmos, F. C., Matheu, M. L., & Carreño, T. P. (2019). Self esteem levels vs global scores on the Rosenberg self-esteem scale. *Heliyon*, 5(3), e01378.
- Gauffin, H., Landtblom, A. M., & Rätty, L. (2010). Self-esteem and sense of coherence in young people with uncomplicated epilepsy: A 5-year follow-up. *Epilepsy & Behavior*, 17(4): 520-524.
- Geng, J., Wang, Y., Wang, P., Zeng, P., & Lei, L. (2022). Gender differences between cyberbullying victimization and meaning in life: Roles of fatalism and self-concept clarity. *Journal of interpersonal violence*, 37(19-20): 17157-17181.

- Görgülü, Ü., & Fesci, H. (2011). Epilepsi ile yaşam: Epilepsinin psikososyal etkileri. *Göztepe Tıp Dergisi*, 26(1): 27-32.
- Guekht, A. B., Mitrokhina, T. V., Lebedeva, A. V., Dzugaeva, F. K., Milchakova, L. E., Lokshina, O. B., ... & Gusev, E. I. (2007). Factors influencing on quality of life in people with epilepsy. *Seizure*, 16(2): 128-133.
- Hall, A. G., Khoury, A. J., Lopez, E. D., Lisovicz, N., Avis-Williams, A., & Mitra, A. (2008). Breast cancer fatalism: the role of women's perceptions of the health care system. *Journal of health care for the poor and underserved*, 19(4): 1321–1335
- Hamed, D.H. (2014). *The influence of fatalism on health beliefs of diabetic patients in Khartoum: A comparison between the Copts and Muslims* (Master's thesis). The University of Bergen, Norway.
- Hart, Y. M. (2012). Epidemiology, natural history and classification of epilepsy. *Medicine*, 40(9): 471-476.
- Haynie, D. L., Soller, B., & Williams, K. (2014). Anticipating early fatality: Friends', schoolmates' and individual perceptions of fatality on adolescent risk behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(2): 175-192.
- Hopkins, J., & Irvine, F. (2012). Qualitative insights into the role and practice of Epilepsy Specialist Nurses in England: a focus group study. *Journal of advanced nursing*, 68(11): 2443-2453.
- Hosseini, N., Mokhtari, S., Momeni, E., Vossoughi, M., & Barekatian, M. (2016). Effect of motivational interviewing on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 55: 70-74.
- Huff, J. S., & Fountain, N. B. (2011). Pathophysiology and definitions of seizures and status epilepticus. *Emergency Medicine Clinics*, 29(1): 1-13.
- International League Against Epilepsy- ILAE. (1981). Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia*, 22(4): 489-501.

- International League Against Epilepsy- ILAE. (2014). <https://www.ilae.org/guidelines/definition-and-classification/definition-of-epilepsy-2014> Erişim tarihi: 30.06.2022
- Ismail, H., Wright, J., Rhodes, P., & Small, N. (2005). Religious beliefs about causes and treatment of epilepsy. *British journal of general practice*, 55(510): 26-31.
- İşler, A., & Tekgül, H. (2010). Epileptik nöbetlerde alternatif bir sınıflama: Semiyolojik Nöbet Sınıflaması. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology*, 5(2): 61- 68.
- Jobst, B. C., Darcey, T. M., Thadani, V. M., & Roberts, D. W. (2010). Brain stimulation for the treatment of epilepsy. *Epilepsia*, 51(3): 88-92.
- Kabay, S. C., Çetiner, M., Ali, A., & Doğan, N. (2014). Epilepside yaşam kalitesi ve ölçümü. *Türk Nöroloji Dergisi*, 20(1): 72-76.
- Kalyani, P., & Goud, M. S. (2017). A prospective study to measure drug compliance in epilepsy patients. *Indian Journal of Pharmacy Practice*, 10(3): 207-215.
- Kara, B. (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49(2): 132-136.
- Karaağaç, N., Yeni, S. N., Şenocak, M., Bozluolgay, M., Savrun, F. K., Özdemir, H., & Çağatay, P. (1999). Prevalence of epilepsy in Silivri, a rural area of Turkey. *Epilepsia*, 40(5): 637-642.
- Karabulutlu, E.Y. & Turan, G.B. (2022). Kronik Hastalıkların Yönetimi ve Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Karaca, A., & Durna, Z. (2018). Epilepsili hastalarda psikososyal destek. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 218-225.
- Karadaban Emir, G., Ünal, Y., & Kutlu, G. (2017). Peri-iktal Su İçme ve Temporal Lob Epilepsisi: Olgu Sunumu. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 23(3): 123-126.
- Karadakovan, A., & Aslan, F.E. (2020). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. İstanbul: Akademisyen Kitabevi.

- Kasapoğlu, A. (2008). Kur'an açısından fatalizm-inkârcıların bir tutumu olarak kadercilik. *Hikmet Yurdu*, 1(1): 87-107.
- Kaya, A., & Bozkur, B. (2015). Kadercilik Eğilimi Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik alışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3): 935-946.
- Kaya, A., & Bozkur, B. (2017). Kadercilik eğilimi ile özyeterlik inancı ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 18(1): 124-145.
- Kerr, M. P. (2012). The impact of epilepsy on patients' lives. *Acta Neurologica Scandinavica*, 126, 1-9.
- Kılıçarslan, S., & Sanberk, İ. (2016). The study of the relationship between the self esteem, body mass index and life quality of adolescents Ergen bireylerin benlik saygısı, beden kitle indeksi ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 13(2): 3211-3220.
- Kımtır, N. (2008). *Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Kınay, D. (2012). Epilepsi cerrahi uygulamalarında norogoruntuleme. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsi Society*, 18(S1): 18-30.
- Kıyak, E., Erkal, E., Demir, S., Demirkiran, B. C., Uren, Y., & Erguney, S. (2021). Evaluation of attitudes toward epilepsy and health fatalism in northeastern Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 115: 107495.
- Köten, E. (2021). Kadercilik, Sağlık Davranışı ve Covid-19: Bir Literatür İncelemesi. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 10(2): 515-528.
- Kurtuluş, İ.A. (2019). *Epilepsili Hastalarda Anne-Baba Tutumunun Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Kwong, K. L., Lam, D., Tsui, S., Ngan, M., Tsang, B., Lai, T. S., & Lam, S. M. (2016). Self-esteem in adolescents with epilepsy: psychosocial and seizure-related correlates. *Epilepsy & Behavior*, 63: 118-122.

- Lee-Flynn, S. C., Pomaki, G., DeLongis, A., Biesanz, J. C., & Puterman, E. (2011). Daily cognitive appraisals, daily affect, and long-term depressive symptoms: The role of self-esteem and self-concept clarity in the stress process. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(2): 255-268.
- Macit, M. (2014). *Boyun eğme-başa çıkma sarkacında kadercilik: Sosyal psikolojik bir yaklaşım*. İstanbul: Ötüken Neşriyat.
- Magiorkinis, E., Sidiropoulou, K., & Diamantis, A. (2010). Hallmarks in the history of epilepsy: epilepsy in antiquity. *Epilepsy & behavior*, 17(1): 103-108.
- Maryanti, N. C. W. (2016). Epilepsi dan budaya. *Buletin Psikologi*, 24(1): 23-32.
- McCagh, J., Fisk, J. E., & Baker, G. A. (2009). Epilepsy, psychosocial and cognitive functioning. *Epilepsy research*, 86(1): 1-14.
- Mehvari Habibabadi, J., Naghibi, N., Falahatian, M., & Izadi, M. (2018). The relationship between perceived social support and self-esteem in patients with epilepsy. *Caspian Journal of Neurological Sciences*, 4(4), 137-143.
- Melikyan, E., Guekht, A., Milchakova, L., Lebedeva, A., Gusev, E., & Bondareva, I. (2012). Health-related quality of life in Russian adults with epilepsy: The effect of socio-demographic and clinical factors. *Epilepsy & Behavior*, 25(4): 670-675.
- Mollaoğlu, M., Durna, Z., & Eşkazan, E. (2001). Epilepsili hastaların yaşam kalitesinin QOLIE-89 (Epilepside yaşam kalitesi ölçeği) ile değerlendirilmesi. *Epilepsi*, 7(3): 73-80.
- Mollaoğlu, M., Durna, Z., Bolayır, E. (2015). Türkiye'deki Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin (QOLIE-31) Geçerlik ve Güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52(3): 289-295.
- Musilova, K., Kuba, R., Brazdil, M., Tyrlikova, I., & Rektor, I. (2010). Occurrence and lateralizing value of "rare" peri-ictal vegetative symptoms in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 19(3): 372-375.
- Nageeb, S., Vu, M., Malik, S., Quinn, M. T., Cursio, J., & Padela, A. I. (2018). Adapting a religious health fatalism measure for use in Muslim populations. *Plos one*, 13(11): 1-12.

- Ngugi, A. K., Bottomley, C., Kleinschmidt, I., Sander, J. W., & Newton, C. R. (2010). Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia*, 51(5): 883-890.
- Ogden, J. (2019). Sağlık Psikolojisi, Çev. Gülay Dirlik, Nobel Yayınevi.
- Onwuakagba, I. U., Okoye, E. C., Obi, G. C., Okoye, E. A., Akosile, C. O., & Akobundu, U. N. (2020). Community integration, self-esteem, and perceived stigma in a Nigerian sample with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 112, 107392.
- Orhan, K. (2017). Girişimci kaderini yener mi: girişimci eğilime kaderciliğin etkisi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 13(13): 143-159.
- Orhan, K. (2017). Validity and Reliability Study of Fatality Tendency Scale. *Uluslararası Medeniyet Çalışmaları Dergisi*, 2(2): 83-102.
- Otoom, S. A., Al-Safi, S. A., Sequeira, R. P., & Alkofahi, A. S. (2006). Knowledge of management of epilepsy in young adults in Jordan. *Epilepsy & Behavior*, 9(2): 349-354.
- Oturbay, H.D. (2022). *Epilepsi Cerrahisi Öncesi ve Sonrasında Hastaların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- Özbek, O., & Gürdere, M. B. (2020). A review on the synthesis and applications of molecules as anticonvulsant drug agent candidates. *Medicinal Chemistry Research*, 29(9): 1553-1578.
- Özer, Z., Turan, G. B., & Öztürk, D. (2022). Hemodiyaliz Hastalarında Sağlıkta Kadercilik Anlayışı İle Hastalık Algısı Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1): 10-17.
- Parikh, S., Nordi Jr, D. R., & De Vivo, D. C. (2015). Chapter 31: epilepsy in the setting of inherited metabolic and mitochondrial disorders. *Wyllie 'sTreatment of Epilepsy: Principles and Practice, 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA: 388-407.*
- Pehlivan, İ. (2019). *Hipertansiyon hastalarında ilaç uyumu ve kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sanko Üniversitesi, Gaziantep.

- Perrotta, G. (2020). Epilepsy: from pediatric to adulthood. Definition, classifications, neurobiological profiles and clinical treatments. *Journal of Neurology, Neurological Science and Disorders*, 6(1): 14-29.
- Rabiei, L., Lotfizadeh, M., Karimi, Z., & Masoudi, R. (2022). The effects of self-management education and support on self-efficacy, self-esteem, and quality of life among patients with epilepsy. *Seizure*, 102: 96-104.
- Ramani, R. (2008). Vagus nerve stimulation therapy for seizures. *Journal of neurosurgical anesthesiology*, 20(1): 29-35.
- Ramirez, A. S., & Carmona, K. A. (2018). Beyond fatalism: Information overload as a mechanism to understand health disparities. *Social Science & Medicine*, 219: 11-18.
- Rani, A., & Thomas, P. T. (2019). Parental knowledge, attitude, and perception about epilepsy and sociocultural barriers to treatment. *Journal of Epilepsy Research*, 9(1): 65-75.
- Reidpath, D. D., Chan, K. Y., Gifford, S. M., & Allotey, P. (2005). 'He hath the French pox': stigma, social value and social exclusion. *Sociology of health & illness*, 27(4): 468-489.
- Reuber, M., Schachter, S. C., Elger, C. E., & Altrup, U. (2012). *Epilepsy Explained*. (O. Erdinç, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Rho, J. M. (2017). How does the ketogenic diet induce anti-seizure effects?. *Neuroscience letters*, 637: 4-10.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Rudzinski, L. A., & Shih, J. J. (2010). The classification of seizures and epilepsy syndromes. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 16(3): 15-35.
- Ruiu, G. (2013). The origin of fatalistic tendencies: An empirical investigation. *Economics & Sociology*, 6(2): 103-125.
- Saadi, A., Patenaude, B., Mateen, F. J. (2016). Quality of life in epilepsy—31 inventory (QOLIE-31) scores: A global comparison. *Epilepsy & Behavior*, 65, 13-17.

- Salazar-Collier, C. L., Reininger, B. M., Wilkinson, A. V., & Kelder, S. H. (2021). Exploration of fatalism and religiosity by gender and varying levels of engagement among Mexican-American adults of a type 2 diabetes management program. *Frontiers in Public Health*, 9, 652202.
- Samatra, D. P. G. P. (2019). Balinese traditional beliefs and epilepsy. *Bali Medical Journal*, 8(1): 255-258.
- Saygılı, G., Kesercioğlu, T., & Kırıktaş, H. (2015). Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerinde Etkisinin İncelenmesi. *Turkish International Journal of Special Education and Guidance & Counselling ISSN: 1300-7432*, 4(1): 1-8.
- Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M. B., French, J., Guilhoto, L., ... & Zuberi, S. M. (2017). ILAE classification of the epilepsies: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4): 512-521.
- Selvi, A. (2019). *Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişki*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Serin, Y. (2019). *Epilepsi Hastalarında Algılanan Damgalama ve Benlik Saygısı İlişkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Düzce Üniversitesi, Düzce.
- Sevim, K., & Artan, T. (2021). Yüksek ve düşük benlik saygısını etkileyen faktörler. *Toplumsal Politika Dergisi*, 2(2): 109-121.
- Shorvon, S. D. (2011). The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia*, 52(6): 1052-1057.
- Singh, A., & Trevick, S. (2016). The epidemiology of global epilepsy. *Neurologic clinics*, 34(4): 837-847.
- Siqueira, N. F., Guerreiro, M. M., & Souza, E. A. P. D. (2011). Self-esteem, social support perception and seizure controllability perception in adolescents with epilepsy. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 69: 770-774.
- Sobol, M., Przepiórka, A., Meisner, M., & Kuppens, P. (2022). Destiny or control of one's future? Fatalistic time perspective and self-esteem in extraverts and introverts. *The Journal of General Psychology*, 149(4): 443-455.

- Sobol-Kwapinska, M. (2013). Hedonism, fatalism and 'carpe diem': Profiles of attitudes towards the present time. *Time & Society*, 22(3): 371-390.
- Souza Júnior, E. V. D., Cruz, D. P., Siqueira, L. R., Rosa, R. S., Silva, C. D. S., Biondo, C. S., & Sawada, N. O. (2022). Is self-esteem associated with the elderly person's quality of life?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75.
- Suurmeijer, T. P., Reuvekamp, M. F., & Aldenkamp, B. P. (2001). Social Functioning, Psychological Functioning, and Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsia*, 42(9): 1160-1168.
- Şengül, Y. (2021). *Epilepsi Hastalığı Olan Çocuklarda Damgalanma Algısı ve Benlik Saygısı*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Şenol, M. G., Gün, İ., Toğrol, E., Olgun, N., & Saraçoğlu, M. (2009). Epilepsi hastalarında antiepileptik ilaç tedavisine uyumu etkileyen etmenler. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1): 21-31.
- Tan, M., & Karabulutlu, E. (2004). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) Uygulanan Hastaların Benlik Saygısı ve Beden İmajını Algılayışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3): 67-73.
- Tavares, D. M. D. S., Matias, T. G. C., Ferreira, P. C. D. S., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & de Paiva, M. M. (2016). Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. *Ciencia & saude coletiva*, 21(11): 3557-3564.
- Teferi, J., & Shewangizaw, Z. (2015). Assessment of knowledge, attitude, and practice related to epilepsy: a community-based study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11: 1239-1246.
- Toklu, Z. (2015). Epilepside tedavi stratejileri. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 16(2):147-150.
- Toklu, Z., Kutlu, G., Demirbas, H., Koyuncu, G., & Inan, L. E. (2012). Demographic and clinical findings of patients with epilepsy applying to the epilepsy polyclinic of the Ankara Education and Research Hospital/Ankara eğitim ve araştırma hastanesi epilepsi polikliniğine başvuran epilepsi hastalarının demografik ve klinik bulguları. *Epilepsi: Journal of the Turkish Epilepsy Society*, 18(1): 13-19.

- Tözün, M. (2010). Benlik saygısı. *Actual Medicine*, 18(7): 52-57.
- Tukuş, L. (2010). The Self Esteem Rating Scale-Short Form (Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu) Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması.
- Turki, M., Bouchhima, I., Halouani, N., Turki, E., Bouzidi, N., Dammak, M., ... & Mhiri, C. (2016). Epilepsy and self-esteem. *European Psychiatry*, 33(S1): 384-385.
- Türk Nöroloji Derneği (TND, 2021). <https://www.noroloji.org.tr/>. Erişim tarihi: 23.11.2022
- Türkdoğan, D. (2006). Epilepsi tedavisi. *Çocuk Nörolojisi*, 373-385.
- Uyar, G. Ö., & Şanlıer, N. (2018). The effect of ketogenic diet treatment in drug-resistant epilepsies of childhood. *Türk Nöroloji Dergisi*, 24(3): 216-226.
- Üçer, H., Sucaklı, M. H., Çelik, M., & Keten, H. S. S. (2016). İlkokul öğretmenlerinin epilepsi konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Cukurova Medical Journal*, 41(3): 491-495.
- Ünal, G. (2019). *Epilepsili bireylerde öz yönetimin epilepsi ataklarına etkisinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Velioglu, S. K., Bakirdemir, M., Can, G., & Topbas, M. (2010). Prevalence of epilepsy in northeast Turkey. *Epileptic disorders*, 12(1): 22-37.
- Verrotti, A., Iapadre, G., Di Francesco, L., Zagaroli, L., & Farello, G. (2020). Diet in the treatment of epilepsy: what we know so far. *Nutrients*, 12(9): 2645.
- Vezzani, A., Fujinami, R. S., White, H. S., Preux, P. M., Blümcke, I., Sander, J. W., & Löscher, W. (2016). Infections, inflammation and epilepsy. *Acta neuropathologica*, 131(2): 211-234.
- WHO (1958). *The first ten years of the World Health Organization*, vol. 30, WHO, Geneva, Switzerland,
- WHO (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy> Erişim tarihi: 24.06.2022

- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3): 551-558.
- Wieser, H. G., Ortega, M., Friedman, A., & Yonekawa, Y. (2003). Long-term seizure outcomes following amygdalohippocampectomy. *Journal of neurosurgery*, 98(4): 751-763.
- Yaşar, H., Alay, S., Kendirli, T., Tekeli, H., Şenol, M. G., Türker, T., & Saraçoğlu, M. (2014). Genç erkek epilepsi hastalarında yaşam ve uyku kalitesi. *Epilepsi Dergisi*, 20(1): 17-22.
- Yazıcı, E. (2010) *Epilepsi Hastalarında Kişilik Özellikleri ve İlişkili Etmenler*. (Uzmanlık Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- 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.
- Zuo, B., Zhang, X., Wen, F. F., & Zhao, Y. (2020). The influence of stressful life events on depression among Chinese university students: Multiple mediating roles of fatalism and core self-evaluations. *Journal of Affective Disorders*, 260: 84-90.

## EKLER

### Ek 1: Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu çalışma, epilepsi hastalarında sağlıktaki kadercilik anlayışı, benlik saygısı ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

1. Yaşınız: .....

2. Cinsiyet A) Kadın B) Erkek

3. Medeni durum A) Evli B) Bekar

4. Eğitim durumu

A) Okur-yazar değil B) Okur-yazar C) İlköğretim D) Lise E) Lisans F) Lisansüstü

5. Çalışma durumu

A) Çalışıyor.....(Mesleği.....) B) Çalışmıyor

6. Gelir düzeyi

A) Gelir giderden düşük B) Gelir gidere denk C) Gelir giderden yüksek

7. Birlikte yaşadığı kişiler

A) Anne ve babamla B) Eşim ve çocuklarımla C) Yalnız yaşıyorum D) Diğer .....

8. Epilepsi tanısını ne zaman aldınız?.....

9. Nöbet türünüz nedir? .....

10. Son bir yılda nöbet geçirdiniz mi?

A) Nöbet geçirmediğim B) Yılda bir nöbet geçirdim C) Ayda bir nöbet geçirdim  
D) Haftada bir nöbet nöbet geçirdim

11. Kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?

A) Tek ilaç kullanıyorum B) Birden fazla ilaç kullanıyorum C) İlaç kullanmıyorum

12. Ailede başka bir epilepsili hastası var mı?

A) Evet B) Hayır

14. Epilepsi dışında farklı bir rahatsızlığınız var mı?

A) Evet (Varsa ..... ) B) Hayır

## Ek 2: Sağlık Kaderciliği Ölçeği

Aşağıda verilen her bir ifadeye yönelik görüşünüzü tanımlayan seçeneğin bulunduğu kutucuğa “X” yazarak belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Eğer sağlığım için yalnızca Allah’a dua edersem o beni iyileştirir.					
Hasta olduğum zaman dertlerimi Allah’a havale ederim ve çözümünü ondan beklerim.					
Huzurunda lütfâ sahip olduğum için Allah beni korur.					
Allah, daha sağlıklı olmamı isterse bunu sağlar.					
Sağlığım hakkında endişelenmiyorum, Çünkü bu Allah’ın elinde olan bir şeydir.					
Hastalandığımda Allah iyileşmemi isteyene kadar beklemek zorundayım.					
Bir sağlık problemim olduğunda, iyileşmek için Allah’a dua ederim.					
İbadetlerime devam ettiğim sürece, her türlü hastalıktan korunurum.					
Dindar insanlar Allah onlar için ne takdir ettiyse kabul etmelidir.					
Bana şifa vermesi için insana değil Allaha güvenirim.					
Bir insanda iman varsa, doktorlar hiçbir şey yapmasa bile şifa bulur.					
Allah bazen insanların bir sebepten dolayı hasta olmasına izin verir.					
Eğer hasta olduysam Allah’ın iradesi ile olmuştur.					
Herhangi bir hastalığa yakalanacaksam bunu daha önceden Allah planlamıştır.					
Bazen bir insan Allah’a itaat etmediği için hastalanabilir.					
Daha sağlıklı olmam için çabalamama gerek yok çünkü bu Allah’ın elindedir.					
Küçük sağlık problemlerimi kendim kontrol edebilirim ama büyük olanları sadece Allah kontrol eder.					

### Ek 3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Aşağıdaki cümleleri okuyarak sizin için uygun olan şıkkı işaretleyiniz.

- 1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
  - a) Çok doğru
  - b) Doğru
  - c) Yanlış
  - d) Çok yanlış
- 2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
  - a) Çok doğru
  - b) Doğru
  - c) Yanlış
  - d) Çok yanlış
- 3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
  - a) Çok doğru
  - b) Doğru
  - c) Yanlış
  - d) Çok yanlış
- 4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
  - a) Çok doğru
  - b) Doğru
  - c) Yanlış
  - d) Çok yanlış
- 5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
  - a) Çok doğru
  - b) Doğru
  - c) Yanlış
  - d) Çok yanlış
- 6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
  - a) Çok doğru
  - b) Doğru
  - c) Yanlış
  - d) Çok yanlış
- 7) Genel olarak kendimden memnunum.
  - a) Çok doğru
  - b) Doğru
  - c) Yanlış
  - d) Çok yanlış
- 8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
  - a) Çok doğru
  - b) Doğru
  - c) Yanlış
  - d) Çok yanlış
- 9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
  - a) Çok doğru
  - b) Doğru
  - c) Yanlış
  - d) Çok yanlış
- 10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.
  - a) Çok doğru
  - b) Doğru
  - c) Yanlış
  - d) Çok yanlış

#### Ek 4: Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği - QOLIE-31

Aşağıdaki sorular sağlığınız ve günlük yaşam aktivitelerinizle ilgilidir.

Lütfen size uygun olan ifadeyi gösteren sayıyı (1,2,3...) işaretleyiniz.

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

En iyi yaşam kalitesi      😊      😊      😊      😞      😞      😞      En kötü yaşam kalitesi  
10\_\_9\_\_8\_\_7\_\_6\_\_5\_\_4\_\_3\_\_2\_\_1\_\_0

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

	Her zaman	Çoğu zaman	Sık-sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
2-Kendinizi çok canlı mı (güçlü-zinde) hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
3-Çok sinirli bir insan mı oldunuz?	1	2	3	4	5	6
4-Hiç bir şeyden zevk alamayacak kadar keyifsiz mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
5-Sakin ve huzurlu mu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
6-Çok enerjik mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
7-Üzgün ve kederli mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
8-Kendinizi bitkin mi hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
9-Mutlu bir kişi mi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
10-Kendinizi yorgun mu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
11-"Başka bir nöbet geçiririm" diye endişelendiniz 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 sorunlarımız sosyal ilişkilerinizi (arkadaşlarımızı ya da akrabalarımızı ziyaret gibi) engelledi mi?	1	2	3	4	5	6

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

	<b>Çok iyi; daha iyi olamazdı</b>	<b>1</b>
	<b>Oldukça iyi</b>	<b>2</b>
	<b>İyi ve kötü bölümler hemen-hemen eşit</b>	<b>3</b>
	<b>Oldukça kötü</b>	<b>4</b>
	<b>Çok kötü; daha kötü olamazdı</b>	<b>5</b>

Aşağıdaki soru hafıza ile ilgilidir. Bir sayı işaretleyiniz

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

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

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

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

		Her zaman	Çoğu zaman	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiç bir zaman
17-Okuduğunuza dikkatinizi verebilme		1	2	3	4	5	6
18-Belli bir işe dikkatinizi verebilme		1	2	3	4	5	6

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

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

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

Çok korkuyorum    Biraz korkuyorum    Fazla korkmuyorum    Hiç korkmuyorum

21-Gelecek ay nöbet geçirmekten ne kadar korkuyorsunuz?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Çok endişelenirim    Bazen endişelenirim    Hiç endişelenmem

22-Nöbet sırasında kendinizi yaralayacağınızdan dolayı endişelenir misiniz?	1	2	3
---	---	---	---

Çok endişeleniyorum    Biraz endişeleniyorum    Fazla endişeleniyorum    Hiç endişelenmiyorum

23-Gelecek ay nöbet geçirerek 'etrafa mahcup olurum ya da başka sosyal sorunlar olabilir'diye	1	2	3	4
---	---	---	---	---

endişeleniyor musunuz?

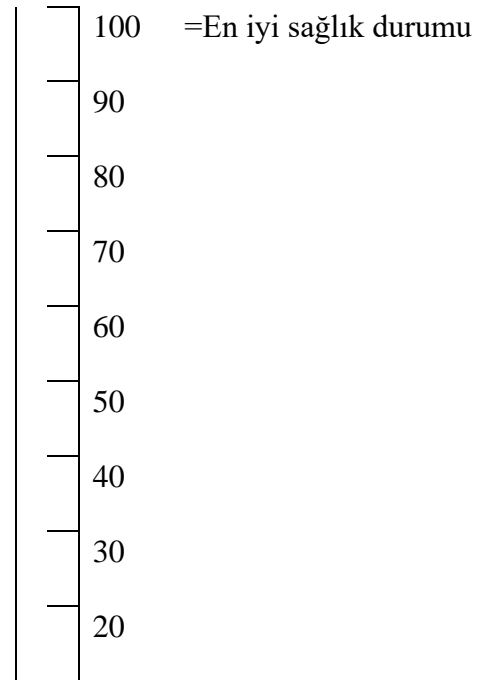
**24-**Şu anda kullandığınız ilaçları uzun süre kullanmanız gerekirse size zararlı olacağı konusunda ne kadar endişelisiniz?

1 2 3 4

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

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

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



10  
0 =En kötü sağlık durumu

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



## Ek 5: Etik Kurul İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.03.2021-E.4036



T.C.  
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-4036  
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Ayşe Gülşah TAŞCI  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

"Epilepsi Hastalarında Sağlıkta Kadercilik Anlayışı, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" konulu araştırmanız kurumumuzun 26.02.2021 tarihli ve 2021/02 toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU  
Kurul Başkanı

Ek: Ayşe Gülşah Taşçı 1 adet onay belgesi (1 sayfa)

### Mevcut Elektronik İmzalar

NASUH USLU (Etik Kurulu Başkanlığı - Kurul Başkanı) 18.03.2021 13:08

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : \*BENFF614\* Pin Kodu : 11231  
Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul  
Telefon: 444 97 98 Faks: +90 (212) 693 82 29  
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr  
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3>

Bilgi için: Zeynep Funda TEZ  
Unvanı: Yemimli Katip  
Tel No: 2126929606



## Ek 6: Kurum İzin Yazısı



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
S.B.U. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN  
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI  
SUAM



06.04.2021/503

### TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Ayşe Gülşah TAŞCI'nın 25.03.2021 tarih ve 8337 sayılı dilekçesi.

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Başhekimi Prof. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Prof. Dr. H. Dilek ATAĞLI, Prof. Dr. Gül KARAÇETİN ve Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN'in dosya üzerinden yaptıkları değerlendirme neticesinde;

Hastanemizin Nöroloji Kliniği Acil Biriminde görevli İstanbul Sabahattin Zaim Üniv. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe Gülşah TAŞCI'nın "Epilepsi Hastalarında Sağlıkta Kaderecilik Anlayışı, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulundan 26.02.2021 tarihinde 2021/02 no ile onay alan araştırmayı hastanemizde uygulama talebi oy birliği ile uygun görülmüştür.

BAŞKAN  
Prof. Dr. Murat ERKIRAN

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU

Prof. Dr. H. Dilek ATAĞLI  
Nöroloji Kliniği Eğitim Sorumlusu

Prof. Dr. Gül KARAÇETİN

Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN  
Psikiyatri Kliniği Eğitim Görevlisi

## Ek 7: Bilgilendirilmiş Onam Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Ayşe Gülşah TAŞCI tarafından yürütülen “Epilepsi Hastalarında Sağlıkta Kadercilik Anlayışı, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı epilepsi hastalarında sağlıkta kadercilik anlayışı, benlik saygısı ve yaşam kalitesini incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 15-20 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [REDACTED] e-posta adresi ve [REDACTED] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

#### Katılımcının:

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

#### Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

#### Araştırmacının

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

# ÖZGEÇMİŞ

**Adı:** Ayşe Gülşah

**Soyadı:** BAHÇEBAŞI

**Uyruğu:** T.C.

## EĞİTİM

### Lisans:

- Ege Üniversitesi Yabancı Diller Yüksek Okulu (2012-2013)
- Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (2013-2017)

## MESLEKİ DENEYİM

- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2018-...)

## KONGRE, SEMİNER VE KURSLAR

- Taşcı A.G. (2019). 3. Nöroloji Hemşireliği “İnmede Bütüncül Yaklaşım Sempozyumu”.
- Taşcı A.G., Özer Z. (2021). Epilepsi Hastalarında Sağlıkta Kadercilik Anlayışı ve Benlik Saygısı. İZÜ Fen ve Mühendislik Bilimleri Lisansüstü Öğrenci Kongresi. (Özet Bildiri/Sözel Sunum).