

Epilepsi Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Effects of Medication Adherence in Epilepsy Patients On Quality of Life



Dr. Bora GÜLAY

Bora GÜLAY,¹ Mustafa Tansel KENDİRLİ,² Serkan DEMİR,²
Ali Rıza SONKAYA,² Mehmet Fatih ÖZDAĞ²

¹Çorlu Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Tekirdağ

²Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

Özet

Amaç: Bu çalışma, epilepsili hastaların ilaç tedavisine uyumu ve bunun hastaların yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek, sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin ilaç uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini ortaya koymak amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Ocak 2014–Haziran 2014 tarihleri arasında, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne başvuran rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiş 84 epilepsili hasta ile kendi kendine form doldurma ve yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirildi. Hastalarla ilgili veriler toplanırken; tanıtıcı ve hastalıkla ilgili bilgileri içeren hasta görüşme formu, ilaç uyumunu gösteren Morisky uyum ölçeği ve kısa form-36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Sonuçlar değerlendirildiğinde; yüksek ilaç uyumuna sahip hastaların yaşam kalitesi ölçeğine göre, duygusal rol ($p<0.043$), canlılık ($p<0.000$), ruhsal sağlık ($p<0.002$), genel sağlık ($p<0.000$) bakımından anlamlı ölçüde daha yüksek skorlara sahip olduğu tespit edildi.

Sonuç: İlaç uyumu ve dolayısıyla yaşam kalitesi düşük gruplar göz önünde bulundurularak hastalarda ilaç uyumuna etki edebilecek faktörlerin birey bazında değerlendirilerek, varsa olumsuzlukların giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmasını öneriyoruz.

Anahtar sözcükler: Epilepsi; ilaç uyumu; yaşam kalitesi.

Summary

Objectives: This study aimed to observe epileptic patients on drug compliance and its effects on their quality of life to reveal the effects of socio-demographic and disease-related characteristics on drug compliance and quality of life.

Methods: This study was performed with self-filling and face-to-face interview method with 84 epileptic patients, who were selected by a random sampling method from those who applied to GATA Haydarpaşa Training Hospital, Neurology Polyclinic, between January and June 2014. When data related to patients were collected, an introductory patient interview form, which contains information about the disease, the Morisky Medication Adherence Scale, indicating drug compliance, and the short form-36 scale, which measures quality of life, were used.

Results: Patients with a high drug compliance were found to have significantly higher scores on emotional role ($p<0.043$), viability ($p<0.000$), mental health ($p<0.002$), and general health ($p<0.000$).

Conclusion: We recommend making efforts to eliminate the negativity, if there is any, and to increase the quality of life by evaluating the factors that may influence drug compliance in patients on an individual basis considering low drug compliance therefore low quality of life groups.

Keywords: Epilepsy; drug compliance; quality of life.

Geliş (Submitted): 04.01.2017

Kabul (Accepted) : 16.12.2017

İletişim (Correspondence): Dr. Bora GÜLAY

e-posta (e-mail): boragulay@yahoo.com



Giriş

Epilepsi, kortikal nöronların anormal, aşırı aktivitesine bağlı olarak ortaya çıkan ve spontan tekrarlayan nöbetler ile karakterize, nöroloji pratiğinde baş ağrılarında sonra ikinci en sıklıkta karşılaşılan kronik nörolojik bir hastalıktır.^[1]

Epileptik hastalarda hem hastalığın kendisine hem de verilen tedavilere bağlı olarak pek çok sorun yaşanmakta ve bu da hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.^[2]

Sağlık alanında yaşam kalitesi, bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri ve günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptıkları ile ilgili sağlık durumunu tarif etmek için kullanılan bir kavram olarak kabul görmektedir. Bu anlayış, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının doğmasına neden olmuştur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (Health Related Quality of Life) ölçümleri ile bir hastalık ve hastalık tedavisinin yaşamın fiziksel, sosyal, emosyonel boyutları üzerine etkileri gösterilmek istenmektedir.^[3-7]

Ancak epilepsi hastalarında ilaç tedavisine uyumun yaşam kalitesi üzerine etkileri veya tam tersine yaşam kalitesindeki bozulmanın ilaç tedavisini nasıl etkilediği henüz ayrıntılı olarak araştırılmamıştır.

Bu çalışmada, epilepsi hastalarının ilaç tedavisine uyumunu, buna etki edebilecek sosyodemografik özelliklerin ortaya konmasını ve ilaç uyumunun hastaların yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem

Çalışma öncesi hastanemiz etik kuruluna başvurularak yerel etik kurul onayı alındı (GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Etik Kurulu).

Çalışmamıza Ocak 2014–Haziran 2014 tarihleri arasında GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne ve Kliniği'ne başvuran, ILAE 1989 sınıflamasına göre tanısı konulmuş ve en az altı aydır ilaç tedavisi alan toplam 84 epilepsi hastası dâhil edildi. Hastalara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra yazılı onam formu alındı. Testleri dolduramayacak düzeyde mental retardasyonu olan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Çalışmaya dahil olan tüm hastalara nöroloji uzmanı gözetiminde SF-36 Yaşam Kalite Ölçeği ve Morisky İlaç Kullanımı Uyum Ölçeği uygulandı. Sonuçlar Microsoft Excel 2007 programı kullanılarak kayıt edildi.

Morisky Uyum Ölçeği (Morisky's Questions- Self-Report Measure of Adherence); Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir ve 1986'da Morisky, Gren ve Levine tarafından geçerlilik çalışması yapılmıştır (Cronbach alpha: 0.61) (Morisky, Gren ve Levine 1986). Ölçek, ilaç uyumunu ölçen, hastanın kendisinin doldurduğu dört sorudan oluşmaktadır. Sorular "evet/hayır" şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne "hayır" denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya "evet" denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya "evet" denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir. Doldurulması kolay bir ölçektir. Yılmaz ve Buzlu tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında, Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.52 olarak bulunmuştur.^[8]

Yaşam Kalitesi Ölçeği [Kısa Form 36 (Short Form-SF-36)], 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde).

İstatistiksel analiz

Çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesinde "SPSS for Windows 18.00" paket programı kullanıldı. Nitel bilgilerin değerlendirilmesinde frekans değerleri özetlenirken, sayısal değişkenlerin özetlenmesinde ortalama±standart sapma, minimum-maksimum değerleri ile özetlendi. Tedavi uyum için kullanılan Morisky uyum ölçeği sonucunda elde edilen üç altgrupun demografik ve diğer değişkenlerinin karşılaştırılmasında nitel değişkenler için ki-kare testi (2'den çok düzeyli nitel datalarda Likelihood ratio ki-kare testi), sayısal değişkenler içinse ANOVA testi kullanıldı. ANOVA testinde anlamlı olarak farklı grubun analizinde Tukey post-hoc testi ile farklılık yaratan parametreler özetlendi.

Bulgular

Servisimize başvuran rasgele seçilen 84 hastanın demografik verileri Morisky Uyum Ölçeği ile Tablo 1'de verilmiştir. Test sonuçları ise Tablo 2 ve 3'de verilmiştir.

Tablo 1. Morisky uyum grubu ile demografik değişkenlere ait açıklayıcı istatistikler ve istatistiksel analiz

		Yüksek (n=26)	Orta (n=44)	Düşük (n=14)	p
Cinsiyet, n (%)	Kadın (n=29)	12 (41.4)	13 (44.8)	4 (13.8)	0.323
	Erkek (n=55)	14 (25.5)	31 (56.4)	10 (18.2)	
Yaş,** Ort.±SS		35.2±17.2	27.8±8.8	26.8±9.8	0.118
Medeni durum, n (%)	Evli (n=23)	9 (39.1)	11 (47.8)	3 (13)	0.589
	Diğer (n=61)	17 (27.9)	33 (54.1)	11 (18)	
Eğitim, n (%)	İlkokul (n=7)	3 (42.9)	3 (42.9)	1 (14.3)	0.348
	Ortaokul (n=21)	9 (42.9)	7 (33.3)	5 (23.8)	
	Lise (n=24)	5 (20.8)	14 (58.3)	5 (20.8)	
	Üniversite (n=32)	9 (28.1)	20 (62.5)	3 (9.4)	
Meslek, n (%)	İşçi (n=20)	6 (30)	10 (50)	4 (20)	0.567
	Memur (n=13)	5 (38.5)	7 (53.8)	1 (7.7)	
	Emekli (n=3)	2 (66.7)	–	1 (33.3)	
	Serbest (n=19)	6 (31.6)	9 (47.4)	4 (21.1)	
	İşsiz (n=21)	6 (28.6)	13 (61.9)	2 (9.5)	
	Öğrenci (n=8)	1 (12.5)	5 (62.5)	2 (25)	
Çalışma düzeni, n (%)	Çalışmayan (n=29)	7 (24.1)	18 (62.1)	4 (13.8)	0.293
	Düzensiz kısa aralıklarla (n=7)	1 (14.3)	4 (57.1)	2 (28.6)	
	Düzenli (n=45)	16 (35.6)	22 (48.9)	7 (15.6)	
	Emekli (n=3)	2 (66.7)	–	1 (33.3)	
Ekonomik durum, n (%)	Yüksek (n=2)	2 (100)	–	–	0.081
	Orta (n=44)	13 (29.5)	23 (52.3)	8 (18.2)	
	Düşük (n=30)	11 (36.7)	15 (50)	4 (13.3)	
	Çok düşük (n=8)	–	6 (75)	2 (25)	

*p<0.005, Ki-Kare test istatistiği. **p<0.005, ANOVA test istatistiği. Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

Tedavi uyum gruplarına göre tüm demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Morisky uyumu düşük, orta ve yüksek grupta yer alan hastalar, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, meslek, çalışma düzeni ve ekonomik durum bakımından benzerdi.

Çalışmanın tüm sonuçları değerlendirildiğinde anlamlı olarak farklılık bulunan gruplar; canlılık ile doz düzeyleri ve canlılık, ruhsal sağlık ile tedavi süresi. Bu makalede tüm tablolar verilmese de çalışmamızda aynı zamanda ruhsal sağlık yaşam düzeyi ile meslek, fiziksel fonksiyon ile eğitim, ruhsal sağlık ve çalışma durumu, fiziksel rol, duygusal rol, canlılık, genel sağlık ve nöbet sıklığı, fiziksel rol, duygusal rol, canlılık, sosyal fonksiyon, ağrı, genel sağlık ve son nöbet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yüksek ilaç uyumuna sahip hastaların yaşam kalitesi ölçeğine göre, duygusal rol (p<0.043), canlılık (p<0.000), ruhsal sağlık (p<0.002), genel sağlık (p<0.000) bakımından anlamlı ölçüde daha yüksek skorlara sahip olduğu tespit edildi.

Tartışma

Epilepsi, en sık görülen nörolojik hastalıklardan ve dünya üzerinde yaygın görülen bir sağlık problemidir.^[9] Epilepsinin önemli fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçları olabilmektedir ve kişinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, diğer bazı kronik hastalıklardan daha büyük olabilir. Bunun nedenleri; nöbetlerin öngörülememesi ve epilepsi ile sıklıkla ilişkilendirilen toplumsal etiketlenme dahil bir çok faktörü kapsamasıdır.^[10] Yapılan çalışmalara bakıldığında epilepsi hastalarının, sağlıklı bireylere göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.^[11] Hastaların durumları incelendiğinde, özellikle nöbet sıklığı ve nöbet tipinin yaşam kalitesi üzerine etkili faktörler olarak ortaya konulduğu görülmektedir.^[12-14]

Araştırmaya katılan 84 epilepsi hastasının yaş ortalaması 30 olarak saptandı. Hastaların çoğunluğu erkek (%65), bekar (%68), üniversite mezunu (%38), işsiz (%25) ve orta ekonomik düzeye sahip (%52) oldukları görüldü. Demografik özellikler incelendiğinde, çalışmamızda her sosyokültürel seviyeden hasta kabul edildiği görüldü. Epilepsi hastalığı-

Tablo 2. Günlük alınan doz sayısı ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt grupları

	Doz (Günde)	n	Ortalama±Standart sapma	ANOVA p	Tukey p
Fiziksel fonksiyon	1	20	75.5±20.5	0.289	
	2	60	70.5±24		
	3	2	82.5±3.5		
	4	2	45±21.2		
	Total	84	71.4±23.1		
Fiziksel rol	1	20	53.8±47.5	0.163	
	2	60	48.3±44.4		
	3	2	100±0		
	4	2	0±0		
	Toplam	84	49.7±45.2		
Duygusal rol	1	20	46.7±47.6	0.549	
	2	60	41.7±42.4		
	3	2	50±70.7		
	4	2	0±0		
	Toplam	84	42.1±43.6		
Canlılık	1	20	57.8±22.6	0.025*	Günde 1 - Günde 4 p=0.021
	2	60	48.1±21.7		
	3	2	55±0		
	4	2	10±14.1		
	Toplam	84	49.6±22.6		
Ruhsal sağlık	1	20	58.8±19.3	0.258	
	2	60	57.5±19.1		
	3	2	66±14.1		
	4	2	32±5.7		
	Toplam	84	57.4±19.1		
Sosyal fonksiyon	1	20	67.5±26.4	0.041*	Günde 1 - Günde 4 p=0.029
	2	60	57.5±29.8		
	3	2	68.8±44.2		
	4	2	6.3±8.8		
	Total	84	58.9±30.1		
Ağrı	1	20	68.1±31	0.783	
	2	60	68±27.7		
	3	2	88.8±15.9		
	4	2	72.5±24.7		
	Toplam	84	68.6±28.1		
Genel sağlık	1	20	51.8±23.5	0.432	
	2	60	46.3±21		
	3	2	62.5±24.7		
	4	2	32.5±38.9		
	Toplam	84	47.7±21.9		

*: p<0.005, ANOVA, anlamlı gruplarda ikili karşılaştırma Tukey testi ile yapılmıştır.

nın epidemiyolojik özellikleri ile ilişkili yapılan çalışmalarda, epilepsi hastalığının başlama zamanının gelişmiş ülkelerde genç yaş ve yaşlılar olmak üzere iki dönemde eşit oranda görüldüğü ancak gelişmekte olan ülkelerde ise daha sıklıkla, geç çocukluk dönemi ve genç erişkinlikte görüldüğü ifade

edilmektedir.^[15] Bizim çalışmamızda hastaların ortalama yaşının 30 olduğu ve hastalık süresinin 10 yıldan fazla olduğu düşünüldüğünde, hastalığın başlangıç yaşı açısından literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Epilepsi hastalarının yaklaşık %70'inde nöbetler, bir veya daha fazla antiepilep-

Tablo 3. Tedavi süresinin ilişkili olduğu yaşam kalitesi ölçeği alt grupları

	Tedavi süresi (yıl)	n	Ortalama±Standart sapma	ANOVA p	Tukey p
Fiziksel fonksiyon	<1	10	64±21.6	0.549	
	1-5	25	75.8±21.8		
	5-10	20	72.3±27.1		
	>10	29	69.5±22.1		
	Toplam	84	71.4±23.1		
Fiziksel rol	<1	10	22.5±41.6	0.117	
	1-5	25	60±45.1		
	5-10	20	57.5±42.2		
	>10	29	44.8±46		
	Toplam	84	49.7±45.2		
Duygusal rol	<1	10	20±42.2	0.125	
	1-5	25	46.7±44.1		
	5-10	20	56.7±43.4		
	>10	29	35.6±41.7		
	Toplam	84	42.1±43.6		
Canlılık	<1	10	30.5±13.4	0.035*	1 yıldan az - 1-5 yıl p=0.043
	1-5	25	52.4±24.6		
	5-10	20	54.3±21.7		
	>10	29	50.7±21.6		
	Toplam	84	49.6±22.6		
Ruhsal sağlık	<1	10	43.6±18.9	0.032*	1 yıldan az - 5-10 yıl p=0.023
	1-5	25	59.7±21.4		
	5-10	20	64.4±16.8		
	>10	29	55.4±16.4		
	Toplam	84	57.4±19.1		
Sosyal fonksiyon	<1	10	38.8±37	0.050	
	1-5	25	65±27.5		
	5-10	20	67.5±26.4		
	>10	29	54.7±29.6		
	Toplam	84	58.9±30.1		
Ağrı	<1	10	56±26.4	0.452	
	1-5	25	73±29.1		
	5-10	20	69.9±24.4		
	>10	29	68.4±30.1		
	Toplam	84	68.6±28.1		
Genel sağlık	<1	10	39±20.4	0.531	
	1-5	25	50.6±22.5		
	5-10	20	49.8±21.1		
	>10	29	46.7±22.8		
	Toplam	84	47.7±21.9		

*p<0.005, ANOVA, anlamlı gruplarda ikili karşıtirma Tukey testi ile yapılmıştır.

tik ilaçla kontrol altına alınabilmektedir.^[16] Bununla birlikte hastaların yaklaşık %30'unda politerapiye rağmen nöbet kontrolü sağlanamamaktadır.^[17] Tedavi başarısızlığının nedenlerinden birisi de hastalarda ilaç uyumunun iyi olmamasıdır ve ilaç uyumsuzluğu oranı epilepsi hastalarında yüksek

saptanmıştır.^[18,19] Yapılan çalışmalarda epilepsi hastalarının %30-50'sinin verilen antiepileptik tedavilere uyum göstermediği bildirilmiştir.^[9,20] İlaç tedavisine uyumsuzluk, hastalarda mortalite ve morbiditede artışa, yaşam kalitesinde ve üretkenlikte düşüklüğe sebep olmaktadır.^[9,21]

Epilepsi hastalarında etiketlenme korkusu ve unutkanlık gibi hastaya bağlı faktörler, yan etkiler, ilaç maliyetleri, sık ilaç içme ve kullanılan ilaç sayısı gibi tedaviyle ilişkili faktörler, nöbet tipi ve ciddiyeti gibi hastalıkla ilişkili faktörlerdir. İlaç uyumuna etki eden en önemli faktörler olarak görülmektedir.^[22-25] Çalışmamıza katılan hastaların yaklaşık 2/3'ünün ilaç uyumunun iyi olmadığı saptandı. Epilepsi hastalarında ilaç uyumunun değerlendirildiği önceki çalışmalarda da antiepileptik tedavi uyumsuzluğunun, çalışmadan çalışmaya farklı olmakla beraber, %30-60 arasında olduğu gösterilmiştir.^[6] Bu bağlamda çalışmamızda, hastaların ilaç uyumsuzluğu, literatürle benzer olarak değerlendirildi. İlaç uyumunun eksikliği, büyük oranda nöbet kontrolünün zayıflığıyla sonuçlanmaktadır. Nitekim bu çalışma sonucunda nöbet kontrolünün yeterli olmadığı hastaların ilaç uyumunun da iyi olmadığına kanaat edilmiştir.^[26] Ayrıca çalışmamızda demografik özellikler ve hastalığa bağlı faktörler ayrı ayrı ilaç uyumu sonuçlarıyla karşılaştırılmış, orta ve düşük ekonomik düzeye sahip bireylerin ilaç uyumlarının kötü olduğu ortaya konmuştur.

Epilepsiye erken yakalanma ve erken tanı almanın özellikle bilişsel kayıpları arttırdığını ve böylelikle yaşam kalitesini azalttığını ifade eden çalışmalar mevcuttur.^[27,28] Benzer şekilde epilepsi ile yaşam kalitesine yönelik olarak, 210 epileptik hasta ile yürütülmüş bir diğer çalışmada da, epileptik hastalarda yaşam kalitesi daha düşük olarak saptanmış ve bu araştırmada, kullanılan ilaçlara ne kadar erken başlanırsa yan etkilerine o kadar maruz kalındığı ve böylelikle hastalığın etkilerinin de daha uzun sürdüğü belirtilmiştir.^[28] Bu bilgilerden farklı olarak, çalışmamız bulguları hastalığa yakalanma süresinin epilepsisi olan hastalarda yaşam kalitesi üzerinde herhangi bir etki sahibi olmadığını göstermiştir. Biz çalışmamızda ilaç kullanım süresi uzun olan hastaların yaşam kalitesi skorlarını daha düşük bulduk ve bu durum literatürle benzer olarak değerlendirilmiştir.

Diğer demografik ve hastalığa bağlı değişkenlerin ilaç uyumuna etkisi saptanmamıştır. Ayrıca tüm gruplar eşit dağıldığı için hastalığa ilişkin değişkenler bakımından ortaya konacak istatistiksel sonuçların demografik değişkenlere ait etkiden bağımsız olduğu düşünülebilir. Yapılan araştırmalar, epilepsi hastalarının genel popülasyona kıyasla iş bulmada daha çok sorun yaşayabileceğini göstermektedir. Epilepsili bireylere toplumun önyargılı bakışı, toplumsal etiketlenme, işyerlerinde epilepsiyile ilgili yanlış anlayışlar, güvenlikle ilgili kaygılar, iş yapabilme yeteneğindeki kayıplar, epilepsili bi-

reyin eğitim düzeyi, deneyimleri, öğrenme güçlükleri veya işi iyi yapmadaki bireysel yeteneklerini engelleyen diğer kognitif problemlerin olması iş bulmalarını engelleyen önemli faktörlerdir.^[29-31] Epileptik bireyin hastalığının yanı sıra bir de işsiz olması ya da düşük ücretle çalıştırılması ekonomik durumunu ve yaşam kalitesini oldukça düşürmektedir.^[29,31-33] Çalışmamızda düzenli çalışan ile çalışmayan gruplar arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık bulundu. Epilepsi hastalarında bir işte çalışıyor olmak yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen bir faktör olarak değerlendirildi. Bunun sebebi olarak da, hastalarının ekonomik gelirlerindeki artış dolayısıyla sosyal yaşantısının daha konforlu olması ve bu hastalarda ilaç uyumunun da yüksek olması olarak sıralayabiliriz.

Sonuç

Sonuç olarak, hastalarda yeterli nöbet kontrolünün sağlanması hasta tedavilerinin uygun bir şekilde yönetimi, ilaç uyumunun etkin bir şekilde takip edilebilmesinin önemli olduğu bilinmelidir.

Etik Komite Onayı

T.C. Genelkurmay Başkanlığı GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Baştabipliği'nin 28.03.2014 tarihli ve ETİK KRL: 1491-41-14/1539 sayılı kararıyla etik kurul onayı alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması

Bildirilmemiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: B.G., M.T.K.; Dizayn: S.D., A.R.S.; Veri Toplama veya İşleme: B.G., M.T.K.; Analiz ve Yorumlama: M.F.Ö., M.T.K.; Literatür Arama: S.D., A.R.S.; Yazan: B.G., S.D.

Kaynaklar

1. Hirtz D, Thurman DJ, Gwinn-Hardy K, Mohamed M, Chaudhuri AR, Zalutsky R. How common are the "common" neurologic disorders? *Neurology* 2007;68(5):326-37. [CrossRef]
2. Guekht AB, Mitrokhina TV, Lebedeva AV, Dzugaeva FK, Milchakova LE, Lokshina OB, et al. Factors influencing on quality of life in people with epilepsy. *Seizure* 2007;16(2):128-33. [CrossRef]
3. Devinsky O. Clinical uses of the quality-of-life in epilepsy inventory. *Epilepsia* 1993;34 Suppl 4:539-44. [CrossRef]
4. Devinsky O, Baker G, Cramer J. Quantitative Measures of Assessment. In: Engel J, Pedley TA, editors. *Epilepsy: A Comprehensive Textbook*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 1107-13.
5. Devinsky O, Vickrey BG, Cramer J, Perrine K, Hermann B, Meador K, et al. Development of the quality of life in epilepsy inventory.

- Epilepsia 1995;36(11):1089–104. [\[CrossRef\]](#)
6. Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1993;18(1):32–8. [\[CrossRef\]](#)
 7. Padilla GV, Grant MM, Ferrell B. Nursing research into quality of life. *Qual Life Res* 1992;1(5):341–8. [\[CrossRef\]](#)
 8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24(1):67–74. [\[CrossRef\]](#)
 9. Leppik IE. How to get patients with epilepsy to take their medication. The problem of noncompliance. *Postgrad Med* 1990;88(1):253–6. [\[CrossRef\]](#)
 10. Perucca P, Gilliam FG. Adverse effects of antiepileptic drugs. *Lancet Neurol* 2012;11(9):792–802. [\[CrossRef\]](#)
 11. Alanis-Guevara I, Peña E, Corona T, López-Ayala T, López-Meza E, López-Gómez M. Sleep disturbances, socioeconomic status, and seizure control as main predictors of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005;7(3):481–5. [\[CrossRef\]](#)
 12. Baker GA, Gagnon D, McNulty P. The relationship between seizure frequency, seizure type and quality of life: findings from three European countries. *Epilepsy Res* 1998;30(3):231–40.
 13. Baker GA, Jacoby A, Buck D, Stalgis C, Monnet D. Quality of life of people with epilepsy: a European study. *Epilepsia* 1997;38(3):353–62. [\[CrossRef\]](#)
 14. Leidy NK, Elixhauser A, Vickrey B, Means E, Willian MK. Seizure frequency and the health-related quality of life of adults with epilepsy. *Neurology* 1999;53(1):162–6. [\[CrossRef\]](#)
 15. Newton CR, Garcia HH. Epilepsy in poor regions of the world. *Lancet* 2012;380(9848):1193–201. [\[CrossRef\]](#)
 16. Devinsky O. Definition and overview of intractable epilepsy. In: Schachter SC, Schomer DL, editors. *The comprehensive evaluation and treatment of epilepsy: a practical guide*. San Diego: San Diego Academic Press; 1997. p. 86–7. [\[CrossRef\]](#)
 17. Garnett WR. Antiepileptic drug treatment: outcomes and adherence. *Pharmacotherapy* 2000;20(8 Pt 2):1915–9. [\[CrossRef\]](#)
 18. Devinsky O. Patients with refractory seizures. *N Engl J Med* 1999;340(20):1565–70. [\[CrossRef\]](#)
 19. Leestma JE, Kalelkar MB, Teas SS, Jay GW, Hughes JR. Sudden unexpected death associated with seizures: analysis of 66 cases. *Epilepsia* 1984;25(1):84–8. [\[CrossRef\]](#)
 20. Eraker SA, Kirscht JP, Becker MH. Understanding and improving patient compliance. *Ann Intern Med* 1984;100(2):258–68.
 21. Gomes Mda M, Maia Filho Hde S, Noé RA. Anti-epileptic drug intake adherence. The value of the blood drug level measurement and the clinical approach. *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56(4):708–13. [\[CrossRef\]](#)
 22. Bandura A. *Social foundations of thought an action: A social cognitive theory*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
 23. Buck D, Jacoby A, Baker GA, Ley H, Steen N. Cross-cultural differences in health-related quality of life of people with epilepsy: findings from a European study. *Qual Life Res* 1999;8(8):675–85.
 24. Cramer JA, Perrine K, Devinsky O, Bryant-Comstock L, Meador K, Hermann B. Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia* 1998;39(1):81–8. [\[CrossRef\]](#)
 25. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol* 1993;44:1–21.
 26. Gomes Mda M, Maia Filho Hde S, Noé RA. Anti-epileptic drug intake adherence. The value of the blood drug level measurement and the clinical approach. *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56(4):708–13. [\[CrossRef\]](#)
 27. Helmstaedter C, Elger CE. Chronic temporal lobe epilepsy: a neurodevelopmental or progressively dementing disease? *Brain* 2009;132(Pt 10):2822–30. [\[CrossRef\]](#)
 28. Suurmeijer TP, Reuvekamp MF, Aldenkamp BP. Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2001;42(9):1160–8. [\[CrossRef\]](#)
 29. Alvarado L, Ivanovic-Zuvic F, Candia X, Méndez M, Ibarra X, Alarcón J. Psychosocial evaluation of adults with epilepsy in Chile. *Epilepsia* 1992;33(4):651–6. [\[CrossRef\]](#)
 30. Earl WL. Job stability and family counseling. *Epilepsia* 1986;27(3):215–9. [\[CrossRef\]](#)
 31. Jalava M, Sillanpää M, Camfield C, Camfield P. Social adjustment and competence 35 years after onset of childhood epilepsy: a prospective controlled study. *Epilepsia* 1997;38(6):708–15.
 32. Elwes RD, Marshall J, Beattie A, Newman PK. Epilepsy and employment. A community based survey in an area of high unemployment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991;54(3):200–3.
 33. Gilliam F, Kuzniecky R, Faught E, Black L, Carpenter G, Schrodt R. Patient-validated content of epilepsy-specific quality-of-life measurement. *Epilepsia* 1997;38(2):233–6. [\[CrossRef\]](#)