

# Orta Anadolu Bölgesinde Epidemiyolojik, Klinik ve Sosyokültürel Yönleriyle Epilepsi Araştırması

Adnan GÜVENER  
Aysel IŞIK  
Zafer ILBARS  
ilker GELİŞEN

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND SOCIOCULTURAL  
ASPECTS OF EPILAPSY IN A COMMUNITY BASED SURVEY  
IN CENTRAL ANATOLIA

A.Ü.T.F. Nöroloji ve Kalk Sağlığı Anabilim Dallar ve  
Sosyal Antropoloji Anabilim Dalı CIBA-GEIGY, İstanbul

Geliş Tarihi: 20 Mart 1990  
Kabul Tarihi: 23 Mart 1990

## ÖZET

**Bu** araştırmaya Standard ICBERG (International Community Based Epilepsy Research Group) formları kullanılarak, 11,497 kişilik bir toplumda (546.4 erkek, %53.5 kadın) Census metodu ile ev ev dolaşarak yapıldı. Örneklem 3 farklı kültür bölgesinden yapıldı: Çağdaş kültür (kent), geçiş kültürü (kasaba) ve geleneksel kültür (köy) temsil edildi. Toplam 947 şüpheli epileptik bulundu. Kesin epilepsi tanısı konulan hasta sayısı 81 oldu; bunların 44'ü (%54,3) erkek, 37'si (%45,6) kadın idi. Bölgelere göre epileptiklerin dağılımı kent, kasaba ve köyde sırasıyla 22,37 ve 22 hasta idi. Buna göre prevalens oranı kentte 4.611.000 kasabada 8.711.000 köyde 9/1.0000 idi. Tüm araştırma evreni için prevalens oram 711.000'dir. Generalize nöbetler en sık rastlanan tip idi ve 64 hastada (%79) teşhis edildi; onu 16 hastada (%19,7) tespit edilen parsiyel nöbetler izledi. Bir hastanın nöbetleri sınıflandırılmadı. Anket sırasında 24 hasta (%30) antiiepileptik ilaç kullanıyordu, 22 hasta (%27) eskiden antiiepileptik ilaç kullanmıştı. Otuz beş hasta (%43) hiç bir zaman epilepsi tedavisi için ilaç kullanmamıştı.

**Anahtar Kelimeler:** Epilepsi, epidemiyoloji, prevalens çalışması, sosyal antropoloji.

## SUMMARY

Using standard ICBERG (International Community Based Epilepsy Research Group) Screening instalments and Census method, a door-to-door survey was conducted among a population of 11,497 (46.4% male, 53.5% female). Sample populations were selected from three different cultures, namely contemporary culture (urban), transitional culture (semi-urban) and traditional culture (rural). A total of 947 suspected epileptics were identified. A definite diagnosis of active epilepsy was confirmed in 81 patients. The latter included 44 males (54.3%) and 37 females (45.6%). The distribution of epileptics by area revealed that 22, 37 and 22 patients were from the urban, semi-urban and rural areas respectively. This translated into prevalence ratios of 4.611.000, 8.711000 and 9/1.000 from the urban, semi-urban and rural areas. The overall prevalence ratio was 7/1.000. Generalized seizures was the most predominant type and was diagnosed in 64 (79%) cases, followed by the partial seizures in 16 (19.7%) cases. One case was unclassified. Twentyfour (30%) epileptic patients were under antiepileptic therapy at the time of the survey and 22 (27%) patients had used antiepileptic drugs in the past. Twenty five (43%) patients had never received any drug treatment for their condition.

**KeyWords:** Epilepsy, epidemiology, prevalence studies, social anthropology.

T Kİ Tıp Bil. Araş Dergisi C.8, S3,1990,151-159

T J Research Med Sci. V.8, N.3,1990,151-159

Hindistan da Yeni Delinde 16-22 F.kim 1989 tarihinde toplanan İS. Uluslararası Epilepsi Kongresinde tebliğ edilmiştir.

Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri ARAŞTIRMA Dergisi C.8, S.3,1990  
Turkish Journal of RHF.S.ARCII in Medical Sciences V.8, N.3,1990

## GİRİŞ

Epilepsi doğumdan itibaren hayatın sonuna kadar olan sürede ve dünyanın her yerinde görülebilen bir hastalıktır. Değişik bölgelerde yapılan çalışmalarda prevalans oranlarının gelişmekte olan ülkelerde 3/1.000 ile 42/1.000, sanayi ülkelerinde 1/1.000 ile 17/1.000 arasında değişmekte olduğu görülmektedir (9,27).

Normal ile hasta kavramı arasındaki farklılaşma bir kültür yapısından diğerine değişmekte olduğundan epilepsinin algılanmasında değişik kültürlere sahip toplumlarda değişik durumlar ortaya çıkmıştır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin bir kısmında sosyal yönden olumsuz bir hastalık olarak görülmüştür. Belirtiler bazen doğa üstü güçlere bağlanmış, bazen kutsal bir hastalık, bazen de şeytani bir durum olarak değerlendirilmiştir (22). Bu tür yaklaşımlar epilepsinin tedavisinde sihir, büyü, okutma, kurşun dökme gibi yöntemlerin uygulanmasına olanak tanımıştır. Hastalar nöbet olayından etkilenmeleri sonucu hem kendi kendilerini izole etmişler, hem de toplum tarafından dışa itilmişlerdir. Oysa durumlarının bilincinde olan epileptiklerin yarısından fazlası normal yaşamlarını hemen hemen rahatlıkla sürdürebilmektedir (32).

Günümüz koşullarında, tedavi olanaklarından uygun bir şekilde yararlanıldığında, olguların çoğunda nöbetleri kontrol altına almak hatta önlemek mümkün olduğu halde, hastaların düzenli ilaç almamaları, sosyal konumları ile ilgili sorunlar, epilepsinin yanında bir diğer hastalığın olması gibi hallerde ve epilepsinin nedeninin progresif bir beyin olayı olması gibi nedenlerden ötürü bir kısım olgu problemlili vaka olarak kalmaktadır.

Hem tıbbi hem de sosyal yönü olan epilepsinin epidemiyolojisine baktığımızda santral sinir sisteminin en sık rastlanan hastalıklarından biri olduğunu görmekteyiz. Kronik karakter gösteren bu hastalığın meydana gelmesini önlemek, bir kere ortaya çıktıktan sonra tüm yaşam boyu uğraşmaktan daha kolay ve ucuz olacağı aşikardır. Dolayısıyla koruyucu önlemlere öncelik verilmesi kişi ve toplum sağlığı açısından daha yararlıdır. Koruyucu önlemlerin alınabilmesi için sağlıklı bir prevalans oranının saptanması ile birlikte bir toplumu oluşturan tüm grupların (köy, kasaba, kent gibi)

sosyal, kültürel ve ekonomik özelliklerini de içeren çalışmalara önem verilmesi gerekmektedir.

## MATERYAL VE METOD

Ankara ili Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğündeki verilere göre örnekleme yöntemi ile kent toplumunu temsil etmek üzere Ankara ilinin Demirlibağçe bölgesinden yaklaşık 5.000 kişilik bir grup, kasaba toplumunu temsil etmek üzere Ankara ilinin Elmadağ ilçesinden yaklaşık 4.000 kişilik bir grup ve köy bölgesini temsil etmek üzere Mamak ilçesinin Kutludüğün köyü 2500 kişilik nüfusu ile tam olarak araştırma kapsamına alındığında araştırma evreninin yeterli olduğuna karar verildi. Söz konusu bölgelerdeki muhtar kayıtları esas alınarak ve ev ev dolaşarak Census Metodu ile kişilere tek tek 27 soru içeren 1A ve 30 soru içeren 1A. I anket formları uygulandı. 7 yaşından büyükler sorulan sorulara tek başlarına cevap verebilecekleri için anket eformu 1A 7 yaşından büyüklere uygulanmış, anket formu 1A. I ise esasen ailedeki bir büyükten cevap alınmak üzere 7 yaşından küçüklere uygulanmıştır.

Anket formlarını A.Ü.D.T.C.F. Sosyal Antropoloji Ana Bilim Dalı öğrencileri ile seçilen çalışma bölgelerinde bulunan sağlık ocaklarının hemşire ve ebeleri birlikte uygulamışlardır.

Formlarda demografik sorulardan sonra tarama soruları yer almıştır. Yedi yaşından büyüklere sorulan tarama soruları şunlardır:

1. Zaman zaman, ortada bir neden olmaksızın, şuurunuzu kaybedip birden bayıldığınız oluyor mu? Oluyorsa hiç yere düştünüz mü? Yere düştünüzse bir yeriniz yaralandı mı?

2. Sizin farkına varmadığınız, zaman zaman 5-10 saniye süren, çerve ile ilginizi kaybettiğiniz oluyor mu?

3. Ortada bir neden olmaksızın ve ancak hayal meyal hatırladığınız şekilde hareket ettiğiniz, konuştuğunuz, kendinizde tuhaflık hisseliğiniz veya kollarınızda, bacaklarınızda engelleyemediğiniz çarpınma, kasılma, titreme hiç oldu mu?

4. Ortada bir neden olmaksızın bir kolunuz veya bacağınızda önleyemediğiniz, kontrol edemediğiniz çarpınma, kasılma, titreme hiç oluyor mu?

Yedi yaşından küçüklerin anne ve babasına sorulan tarama soruları şunlardır:

1. Bu çocuk hiç kendini kaybedip bayıldı mı?
2. Bu çocuğun 5-10 saniye süreyle gözlerini bir noktaya dikerek donup kaldığı oluyor mu?
3. Bu çocuğun kolları veya bacaklarında durup dururken engelleyemediği titremeler, çarpınmalar hiç oldu mu?
4. Bu çocuğun ateşi yükseldiği zaman kol ve bacaklarında çarpınmalar, titremeler, kasılmalar hiç oldu mu? Yani hiç havale nöbeti geçirdi mi?

Bu sorulardan herhangi birine "evet" veya "olabilir" diyenler şüpheli epileptik olarak değerlendirilmiş ve bunlara A.Ü.D.T.C.F. Sosyal Antropoloji Ana Bilim Dalı öğrencileri tarafından bilgi, davranış ve pratik anket formu olan, 20 soru içeren KAP 2.1 ve 116 soru içeren KAP 2.2. uygulanmıştır. Tüm şüpheliler ya A.Ü.Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalına gönderilmiş ya da hastanın bulunduğu bölgede hafta son polikliniği şeklinde bir asistan ile bir uzmandan oluşan ekibe muayene ettirilerek, hepsine genel soruları içeren IBI formu uygulanarak şüpheliler içinden epileptik olanlar seçilmiştir. Ayrıca 98 soru içeren IB2 nörolojik muayene formu ve 24 soru içeren nöbet tipini belirlemek için hazırlanan IB4 formları gene nörolojik muayene ekibi tarafından epileptikler uygulanmıştır. Tek nöbet geçirenler ile febril konvülsiyon geçirenler araştırma dışı tutulmuştur.

## BULGULAR

Araştırma evrenini oluşturan kent, kasaba ve köyden oluşan 11.497 kişiye, her bölgedeki muhtar kayıtları esas alınarak ve ev ev dolaşarak Ccensus Metodu ile tek tek anket formları uygulanmıştır. Araştırma grubunun %41.9'unu kent, %36.9'unu kasaba ve %21.2'sini köy toplumu oluşturmuştur.

Bir anket formu için yaklaşık 20 dakika süre harcanmış ve bireyler cevapları uyumlu bir biçimde anlayışla vermişlerdir.

Anket formlarının uygulanışından sonra Ankara'da 262, Elmadağ'da 468, Kutludüğün'de 217 olmak üzere toplam 947 şüpheli epileptik bulunmuştur.

Nöroloji muayene ekipleri tarafından tüm şüphelilerden öncelikle 95 epileptik bulunmasına rağmen bazı hastaların misafir olduğu tesbit edilerek bölge dışı olarak değerlendirilmesinden ve tek nöbet geçiren 3 hastanın çıkarılmasından sonra kesin epileptik sayısı 81 olarak tesbit edilmiştir.

Tablo 1. Bölgelere Göre Epilepsi Prevalens Oranları

	Kent	Kasaba	Köy	Total
Araştırılan toplam nüfus	4817	4244	2436	11.497
Şüpheli Epileptikler	262	468	217	947
Epileptikler	22	37	22	81
Prevalens oranı	4.5/1000	8.7/1000	9/1000	1/1000

Bunların bölgelere dağılımı Ankara 22 (%27.2), Elmadağ 37 (%45.6), Kutludüğün 22 (%27.2) şeklindedir.

81 epileptik bireyin 44'ü (%54.3) erkek, 37'si (%45.6) kadındır ve %90.1'i 30 yaş ve daha aşağısındadır. Epilepsi prevalans değerleri şehir için 4.5/1.000 kasaba için 8.7/1.000 ve köy için 9/1.000 ve tüm araştırma evreni için 7/1.000 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Epilepsi tiplerine gelince; generalize nöbetler kente %81.5, kasabada %83.7 ve köyde %68.2 oranında olmak üzere her üç bölgede de en sık raslanan nöbet tipidir, toplam 81 vakanın 64'ünde (%79) görülen generalize nöbetin 53'ünde (%65.4) tonik-klonik nöbetler, 4'ünde (%4.9) absans, 3'ünde (%3.7) atonik nöbet, 3'ünde tonik nöbet ve birinde (%1.2) myoklonik nöbetler vardı. Parsiyel nöbetleri olan 16 hastanın (%19.7), 6'sında basit parsiyel (%7.4), 10'unda (%12.3) kompleks parsiyel nöbetler tesbit edildi (Tablo 2). Basit parsiyel nöbetleri olan 3 hastada ve kompleks parsiyel nöbetler geçiren 6 hastada sekonder generalize nöbetler tesbit edilmiştir. Ayrıca 3 hastada (%3.7) miksd epilepsi nöbetleri vardı. Bunlarda tonik-klonik nöbetler ile absans veya kompleks parsiyel nöbetler birlikte görülüyordu. Bir hastada görülen nöbetler (%1.2) sınıflandırılmadı. Tonik-klonik nöbetler geçiren 3 hastamızda status epilepticus tablosu ortaya çıkmıştır. Parsiyel nöbetlerin kent, kasaba ve köyde görülme oranları sırasıyla %18.2, %10.8 ve %31.8 dir.

Hastalarımızın 72'sinde (%88.9) ilk nöbet 30 yaşından önce başlamıştır. 8 vakada (%9.8) nöbetler 40 yaşından sonra görülmüştür. İlk nöbet 34 hastada (%42) 0-4 yaşlarında başlamıştır. Hastalık 40 kişide (%49.3) 10 yaşından önce, 61 hastada (%75.3) 20 yaşından önce başlamıştır. Her üç çalışma bölgemizi birlikte değerlendirdiğimizde 0-4

Tablo 2. Epilepsi Nöbetlerinin Tipleri

Bölge	Sayı	Tonik- Klonik	Absons	Atonik	Tonik	Myoklonik	Basit Parsiyel	Kompleks Parsiyel	Sınıflandırılmayan
Kent	22	15	2	1			—	4	
Kasaba	37	25	1	1	3	1	2	3	1
Köy	22	13	1	1	—	—	4	3	—
Total	81	53	4	3	3	1	6	10	1
		%65.4	%4.9	%3.7	%3.7	%1.2	%7.4	512.3	%1.2

Tablo 3. Etyolojik Nedenler

Bölge	Sayı	Kafa trvması	Serebral enfeksiyonlar	Serebrovasküler olay	Doğum travması	Cerebral palsy
Kent	22	4	3		—	
Kasaba	37	4	6	—	1	1
Köy	22	3	3	1	—	—
Total	81	11	12	1	1	—
		%13.5	%14.8	%1.2	%1.2	%1.2

yaş grubunda hastalığın başlaması kentte %36.3, kasabada %37.8 ve köyde %54.5 oranlarında bulunmuştur.

Hastaların anne ve babaları arasındaki akrabalık araştırıldığında %15 kişide birinci dereceden, %6 kişide ikinci dereceden ve %7 kişide uzak akrabalık bulunmuştur. Ayrıca 22 hastada (%27) yakın akrabalarda epilepsi nöbetinin bulunduğu tesbit edilmiştir. Bölgeler incelendiğinde önemli bir fark görülmedi.

Epilepsili hastalar 11'inde (%13.5) epilepsi başlamadan önce, bilinç kaybı yapacak şiddette kafa travması geçirdiği saptanmıştır. Kafa travması oranları kentte %18, kasabada %10.8 ve köyde %13.6 oranında görülmüştür. Epilepsi nöbetleri başlamadan önce menenjit veya ansefalit geçirenlerin sayısı ise 12 (%14.8) dir. Bu hastalarda aynı zamanda mental gerilik ve nörolojik bozukluklar da görülmüştür. Bir hastada doğum travması, bir hastada cerebral palsy tespit edildi (Tablo 3).

81 Epileptik hastadan 24'ü (%29.6) çocukluğunda febril konvülsiyon geçirmişti. Febril konvülsiyon görülme oranı kentte %27.2, kasaba %24.3 ve köyde %40.9 bulunmuştur.

Tedaviye gelince; hiçbir antiepileptik ilaç tedavisi görmeyen hasta oranı %43.2'dir. Bölgelere göre değerlendirdiğimizde hiç ilaç kullanmayanlar kentte %40.9, kasabada %43.2 ve köyde %45.4'dür.

Çalışmamızın yapıldığı esnada antiepileptik ilaç kullanan hasta sayısı 24 idi (%29.6) ve 22 hastamız (%27.2) daha önce ilaç kullanmış, çeşitli nedenlerle ilacı kesmişlerdi. İlaç kullanıp sonra kesenlerin bölgelere göre dağılımı kentte %31.8, kasabada %27 ve köyde %22.7'dir (Tablo 4).

Araştırma sırasında antiepileptik ilaç kullanan hastaların 14'ü (%58.3) tek ilaç alıyordu. Geri kalanlar (%41.7) ise iki veya üç çeşit antiepileptik kullanıyordu. Monoterapide şehirde en çok kullanılan ilaç karbamazepin (%57) idi. Onu fenobarbital (%22) ve fenitoin (%11) izliyordu. Kasaba ve köyde ise fenitoin (%58) ve fenobarbital (%25) en çok kullanılan ilaçlardı.

Hastalarımızın %36'sında hastalık süresi 2 yıldan az, %24'ünde 3-5 yıl, %20'sinde 6-10 yıl olarak tesbit edilmiştir ve %20 hastada da sürenin 10 yıldan fazla olduğu görülmüştür.

Epileptik hastalar sosyal antropolojik yönden değerlendirildiğinde her üç bölgede de hastalığın nedenleri; yüksek ateş, travma, sinir, sıkıntı, doğum hatası, üşütme vb. gibi patolojik ayrıca; yoksulluk, Allah'ın emri, büyü ve okutma, beddua, günah, nazar gibi kültürel etkenlerle açıklanmaktadır. Hastalığın sebebi patolojik etkenlere bağlıdır diyenler kentte %48, kasabada %39.99, köyde %27.76'dır; kültürel etkenlere bağlıdır diyen-

Tablo 4. Antiepileptik Tedavi

Bölge	Toplam vaka	Halen ilaç alanlar	Eskiden ilaç alıp bırakanlar	Hiç ilaç kullanmayanlar
Kent	22	7	7	8
Kasaba	37	10	10	17
Köy	22	7	5	10
Total	81	24	22	35
		%29,6	%27,2	%43,2

ler ise kentte %58, kasabada %65,72, köyde %88,88'dir.

Epileptik hastaların hastalıklarının aile, arkadaş ve çevreleriyle olan ilişkilerini etkileyip etkilemediğini araştırdığımızda; kentsel bölgede epileptiklerin büyük çoğunluğunun (%68,18) problemlerinin arkadaşlarını etkilediği ve kendilerinden çekindikleri belirtilirken kasaba ve köy bölgelerinde sırası ile %54 ve %50 oranlarında hastalıklarının aile ve arkadaş ilişkilerini etkilemediği belirtilmiştir.

Araştırma bölgemizdeki evli epileptiklerin çoğu, problemlerini evlenmeye engel olarak görmedikleri gibi, kan-koca ilişkilerini de etkilemediğini belirtmişler, bir kısmı da bu soruyu cevaplamaktan kaçınmışlardır.

Her üç bölgede de epileptik kadınlar hastalıklarının ev işlerini engellemediğini, sadece nöbet geldiğinde problemlerinin olduğunu söylemişlerdir.

İlk bayılma nöbeti olduktan sonra doktora ve hastaneye gidenler kentte %50,54, kasabada %29,73, köyde %18,18'dir. Hocaya ve türbeye gidenler kentte %9,09, kasabada %40,53, köyde %50'dir. Bir kısmı da hiçbirşey yapmadıklarını belirtmişlerdir. Geçen bir yıl içinde bu hastalağı için bir defa veya daha fazla hocaya gidenler kentte %27,27, kasabada %29,73, köyde ise %81,82 oranındadır.

## TARTIŞMA

Epilepsi prevalans değerleri kent için 4,5/10.000, kasaba için 8,7/1.000, köy için 9/1.000 ve tüm araştırma evreni için 7/1.000'dir. Bu bulgumuz daha önce ülkemizde benzer bir bölgede yapılan çalışma ile, ki o çalışmada epilepsi prevalans değeri 7,3/1.(XX) bulunmuştur, yakınlık göstermektedir (3). Ancak özellikle şehir bölgesinde,

toplumun sosyo-kültürel değerleri nedeni ile, hastalığın gizlendiği kanaati uyanmıştır.

Genellikle kabul edilmektedir ki gelişmekte olan ülkelerde epileptiklerin sayısı sanayileşmiş ülkelere oranla daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelere epilepsi prevalansı 3/1.000 ile 42/1.000 arasında değişmektedir (2,4,5,8,15,16,19,20,21,23,27,28). Öte yandan gelişmiş ülkelere yapılan epilepsi araştırmalarında prevalans oranları 1,5/1.000 ile 17/1.000 arasında tespit edilmektedir (1,9,10-12,24,25,29,33). Prevalans oranlarının büyük farklılıklar göstermesinin çeşitli nedenleri vardır. Yapılan çalışmalarda metodoloji farklılıkları (farklı örnekleme metodları kullanılması, yetersiz veri toplanması), terminoloji farklılığı (epileptik nöbetler veya epileptik sendromlar), bazı hasta gruplarının çalışmaya alınıp alınmaması (tek nöbet geçirenler, febril konvülsiyonlar) ve çalışmanın gereç ve yönteminin farklı oluşu da (census metodu, sadece çocukların alınması, hastane arşivinde retrospektif çalışma) önemli rol oynamaktadır. Tablo 5 çeşitli ülkelere epilepsi prevalans oranlarını göstermektedir.

Kent, kasaba ve köy toplumlarında yaş ve cins dağılımına baktığımızda her üç bölgede de 0-15 yaş grubunun birinci sırayı aldığını görüyoruz. Esasen 15 yaşına kadar olan yaş grubunun genel nüfusumuzun %39'unu oluşturduğu ve buna bağlı olarak genç toplum yapısına sahip olduğumuz dikkate alındığında diğer hastalıklar gibi epilepsi için de daha çok bu yaş gruplarının risk grupları olduğu kabul edilebilir (30). Aynı şekilde epilepsi konusunda yapılan başka çalışmalara baktığımızda da genellikle prevalans hızının çocuklarda daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (25).

Prevalans hızının erkeklerde daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar vardır (6,11). Çalışmamızda prevalans hızları erkeklerde

Tablo 5. Çeşitli Ülkelerde Epilepsi Prevalensi Oranları

Araştırmacı	Ülke	Prevalans Per 1000
Sağlık Bakanlığı (1965)	Japonya	14
Jilek (1970)	Tanzanya	20
Zielinski (1974)	Varşova, Polonya	8
Hauser-Kurland (1975)	Rochester, A.B.D.	6.5
Gomez (1978)	Bogota, Kolombiya	19.5
Chiofalo (1979)	Melipilla, Şili	31
Beran (1982)	Sydney, Avustralya	7.5
Granieri (1983)	Copparo, İtalya	6.2
Juul-Jensen (1983)	Danimarka	13
Garcia-Herrosa (1983)	Mexico City, Meksika	42
Goodridge (1983)	İngiltere	5
Lü (1985)	Çin'de 6 şehir	4.4
Sridharan (1986)	Bingazi, Libya	2.3
Marino (1987)	Sao Paulo, Brezilya	13.3
Osuntokun (1987)	Nijerya	5.3
Bharucha (1988)	Bombay, Hindistan	4.7

kadınlardan daha fazla gibi görünmesine rağmen aradaki farkın istatistik olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $P>0.05$ ). Rochester, A.B.D. araştırması sonuçları bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (12).

Araştırmamızdaki epilepsi tiplerinin görülme oranı ile literatürde epilepsi tiplerinin görülme oranları farklıdır: HAUSER ve KURLAND (1975) Birleşik Amerika'da Rochester şehrinde generalize epilepsiyi %44, parsiyel epilepsiyi %52 oranında tesbit etmiştir (12). GASTATUT ve Ark. (1970). Fransa'da 6000 epileptik hastada primer generalize epilepsiyi %28.4, sekonder generalize epilepsiyi %9.3 ve parsiyel nöbetleri %62.3 oranlarında bulmuştur (7). SRIDHARAN ve ark. (1986) Bingazi'de yaptıkları araştırmada %55.6 primer generalize, %10.4 basit parsiyel, %14.6 kompleks parsiyel ve %8 sekonder generalize nöbetler tesbit etmiştir (28). Keşmir'de yapılan bir araştırmada ise hastaların %78.9'unda generalize nöbetler bulunmuştur (918). KERANEN ve ark. (1988) 1220 epileptik hastada %56 parsiyel epilepsi (%7.5 basit parsiyel, %23 kompleks parsiyel, %25.5 sekonder generalize nöbetlere), %26 generalize epilepsi (%23 tonik-klonik, %3 absans

nöbetleri) tesbit etmiştir (17). Araştırmamızda tespit ettiğimiz epilepsi tipleri Tablo 2'de görülmektedir.

Çalışmamızda epileptiklerde ilk nöbet büyük çoğunlukla (%88n.9) 30 yaşından önce, %9.8 oranda ise 40 yaşından sonra başlamıştır ve bu bulgumuz benzer çalışmalarla uygunluk göstermektedir. SRIDHARAN'ın Libya'daki araştırmasında %70.8 vakada ilk nöbet 20 yaşından önce, %7.6 vakada 40 yaşından sonra görülmüştür (28). KOUL ve arkadaşlarının Hindistan'da yaptığı araştırmada hastaların %91'inde ilk nöbet 30 yaşından önce başlamıştır (18).

Tablo 3'de hastalarımızın %13.5'inin epilepsi başlamadan önce bilinç kaybı yapacak şiddette kafa travması, %14'ünün de menenjit veya ansefalit geçirdikleri görülmektedir. Bu oranlar literatürde görülenlerden epeyce yüksektir. HAUSER ve KURLANDI (1975) %5.2, SRIDHARAN ve ark. (1986) %5 ve GRAMERİ ve ark. (1983) %7 vakada kafa travması geçirildiğini tesbit etmişlerdir (910,12,28). HAUSER (1978) ve GRANIERİ (1983) serebral enfeksiyon oranını %3 ve %5 arasında bulmuşlardır (10,13). Hastalarımızın %29.6'sının çocukluğunda febril konvülsiyon geçirdiği bulunmuştur, bu oran da literatürdeki oranlara göre oldukça fazladır. Epileptiklerde febril konvülsiyon geçirenlerin oranını HAUSER ve KURLAND (1975) %12, TSUBOI (1988) %8.2, CHIOFALO ve ark. (1979) %4 olarak tesbit etmişlerdir (5,12, 29). SCHOENBERG (1983) bir çok araştırmacının bu oranı %2-4 arasında bulunduğunu belirtmektedir (26).

Çalışmamızda antiepileptik ilaç kullanmayan hasta %43.2 oranında görülürken eskiden ilaç alıp bırakanlar %27.2, halen ilaç alanlar ise %29.6 oranında bulunmuştur (Tablo 4).

Hiç bir ilaç tedavisi görmeyen epileptik hastaların oranı az gelişmiş ülkelerde daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda hastaların yandan fazlası bu durumdadır. Gelişmiş ülkelerde de hiç tedavi görmeyenler vardır. HAUSER ve ark. (1986) Birleşik Amerika'da Mississippi bölgesinde yaptıkları araştırmada, anket sırasında sadece hastaların yarısının ilaç kullandığını,

%14'ünün ise hiç bir zaman antiepileptik kullanmadığını tesbit etmiştir (11). ZIELINSKI (1974) Varşova'da yaptığı araştırmada, anket sırasında hastaların yarısının ilaç kullanmadığını, üçte birinin ise hiç bir zaman ilaç kullanmadığını görmüştür (33). İngiltere'de yapılan bir araştırmada epileptik hastaların onda birinin hiç bir zaman antiepileptik kullanmadığını tesbit edilmiştir (9).

Sosyal-antropolojik anket sonuçlarına göre epileptik hastalarda hastalığın nedenleri patolojiktir diyenler kentte %48, kasabada %39.99, köyde %27.76'dır. Kültürel etkenlere de bağlıdır diyenler kentte %58, kasabada %65.72 iken %88.88'lik bir oranla köyde en fazladır. Köy toplumlarının hayatlarında inanç sistemlerinin topluma hakim olduğu görüşünü hatırladığımızda bu bulgu beklentilerimiz doğrultusundadır. Geçiş kültürü özelliği gösteren kasaba toplumunda %65.72 oranı ise inançlara ilişkin değerlerin korunmakta olduğunu göstermektedir.

Kentsel bölgedeki epileptik hastaların büyük çoğunluğunun (%68.18) hastalıklarının arkadaş çevrelerini etkilediği görülürken, kasaba (%54.05) ve köysel (%50.00) bölgelerdeki epileptikler arkadaşlık ve aile ilişkilerinin etkilenmediğini ifade etmişlerdir. Geleneksel özelliklerini koruyan bu yörelerde aile ve komşuluk ilişkileri çok güçlü olduğu için aile ve komşulararası yardımlaşma gelenek gereğidir.

Araştırma bölgemizdeki evli epileptiklerin çoğu problemlerini evlenmeye engel olarak görmedikleri gibi, karı-koca ilişkilerini de etkilemediğini belirtmiştir, bir kısmı da bu soruyu cevaplamaktan kaçınmışlardır. Bu tür konuların yabancılarla konuşulması mahcubiyet normları tarafından engellendiği için, gerçek duygularını tam olarak yansıtmadıkları kanısı uyanmıştır. Ayrıca her üç bölgedeki epileptik kadınlar hastalıklarının ev işlerini engellemediğini ifade ederken kadınların, kadınlık rollerinden prestij kaybetmemek için gerçekleri sakladıkları izlenimi edinilmiştir.

Araştırma evrenimiz içerisinde hoca ve türbelere gidenlerin köysel bölgede daha fazla olduğunu görmekteyiz. Hocaya başvurmalarının nedeni ise kötü ruhlar ve cinlerin epilepsiye yol açtığı inancıdır. Bilindiği gibi geleneksel toplumlarda cinlerin kendilerini en çok gösterdikleri alan

sağlık alanıdır; cinlerin özellikle ani inmelere ve sara nöbetlerine sebep olduklarına inanılır (14). Bunların inancına göre cinler iyi ve kötü olmak üzere ikiye ayrılırlar. İyi cinler inanmış yani müslüman cinlerdir. Kötü cinler ise inançsız yani gâvur cinlerdir. Bu ayrıma Westermarck'ta da rastlamaktayız (31). "Westermarck iyi cinlere Muhammedi cinle demektedir.

Yöre halkının inancına göre, inanmış cinlerin çarptığı kimseler tedavi edilebilirler. Geleneksel kültürümüzde yaygın olan bu inançlar kültürün bir parçası olup, geleneksel sistemin özelliklerini yansıtmaktadırlar.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Epilepsi gibi kronik seyirli hastalıklarda toplumu tek tek incelemek için uzun bir zamana ihtiyaç vardır. Ancak zamanla birçok şart değişebileceğinden çalışmaların sonuçları da etkilenilecektir. Ayrıca teşhis kriterlerinin değişikliği, anket formlarının çeşitli olması ve çalışma metodolojisindeki değişiklikler toplumlar arasında birtakım farklı sonuçlar alınmasına neden olabilmektedir. Fakar herşeye rağmen hastalıkların bir toplumdaki durumunu bize en iyi şekilde insidens ve prevalens hızları anlatacağından, toplumun tüm kesimlerini içeren bu tip çalışmaların çoğaltılmasında yarar vardır.

Toplumun bütün kesimlerine eşit ve etkili sağlık hizmeti sunulması prensibinin yanı sıra epilepsi konusunda halka yapılacak sağlık eğitimi ile halkın bilgi ve davranışları da istenilen düzeye getirilmelidir.

Özellikle Ana ve Çocuk Sağlığı hizmetlerine daha fazla önem verilmeli, doğumların bir sağlık personeli refakatinde yapılması yanısıra doğum sonrası çocuk bakımı ve gelişimine olduğu gibi çocuk ve gençlere yönelik okul sağlığı çalışmalarına gereken önem verilmelidir.

Toplum, sağlık-hastalık kavramlarını içinde yaşadığı kültürün etkisiyle biçimlendirmektedir. Hastalık yaşamın bir parçası olup, hastalık ve sağlıkla ilgili anlayışlar, uygulamalar kültüre ve çevreye bağlı olarak değişmektedir. Toplumların varlıklarını sürdürebilmeleri için öngörülen ihtiyaçlar aynı olmakla birlikte, bu ihtiyaçları gidermede başvurulan yollar ve yaklaşımlar, kültüre

bağlı olarak bir kültürden diğerine değişmektedir. Epilepsi konusuna da aynı şekilde değişik yaklaşımlar ve değerlendirmeler olduğuna göre hekimlerin inanç ve değerler sistemini iyi bilmeleri ve hastalarının yaşam tarzlarını yakından izlemeleri gerekmektedir.

Epileptik hastaların eğitim düzeyleri düşüktür, çoğunlukla işsizdirler, eğer iş bulabilirlerse düşük ücretli bir işe sahiptirler. Hastalığın aile, arkadaş ve komşular üzerinde negatif etki yaptığına

inanırlar; topluluk içinde nöbet geçirme düşüncesi onlara büyük huzursuzluk verir.

Hastaların %43'ünün hiç antiepileptik ilaç kullanmamış olmasının önemli bir nedeni eğitim noksanlığıdır. Kitle iletişim araçları ile toplumunu epilepsi konusunda aydınlatılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

*Teşekkür: Bu araştırma için yaptığı parasal ve lojistik destek nedeniyle CIBA-GEIGY firmasına teşekkür ederiz.*

## KAYNAKLAR

1. Beran RG, Hall L, Pesch A et al: Population prevalence of epilepsy in Sydney, Australia. *Neuroepidemiology* 1982, 1:201-208.
2. Bharucha NE, Bharucha EP, Bharucha AE et al: Prevalence of epilepsy in the Parsi Community of Bombay. *Epilepsia* 1988, 29: 11-115.
3. Bilgin Y: toplumda epilepsi sorunu. A.Ü.Tip Fak. Mec. 1980,33:445-448.
4. Bittencourt PRM: Epilepsy in developing countries. Part Two: Epilepsy in Latin America. In: Richens AL; Laidlaw J.eds. A Textbook of Epilepsy. Edinburg. Churchill Livingstone 1988, P.518-528.
5. Chiofalo N, Kirschbaum A, Fuentes A et al: Prevalence of epilepsy in Melipilla, Chile. *Epilepsia* 1979, 20:261-266.
6. Fiaschi A, Coccia G, Rozza L et al: Multifactorial etiological aspects of epilepsy. *Func. Neurol* 1986, 1:391-397.
7. Gastaut H, Gastaut JL et al: Relative frequency of different types of epilepsy: A study employing the classification of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 1975,16:457-461.
8. Gomez JG, Arciniegas E, Torres J: Prevalence of epilepsy in Bogota, Colombia *Neurology* 1988,28:90-94.
9. Goodridge DMG, Shorvon SD: Epileptic seizures in a population of 6000. I Demography diagnosis and classification and role of the hospital services. *Br.MedJ.* 1983, 287:641-644.
10. Granieri E, Rosati G, Tola R et al: A Descriptive study of epilepsy in the District of Copparo, Italy 1964-1978 *Epilepsia* 1983,24:502-514.
11. Haerer AF, Anderson DW, Schoenberg BS: Prevalence and clinical features of epilepsy in a biracial United States population. *Epilepsia* 1986, 27:66-75.
12. Hauser WA, Kurland LT: The Epidemiology of epilepsy in rochester, Minnesota, 1935 Through 1967. *Epilepsia* 1975, 16:1-66.
13. Hauser WA: Epidemiology of Epilepsy. In: Schenberg BS, ed: *Neurological Epidemiology: Principals and Clinical Applications*. New York, Raven Press 1978: 313-339.
14. İnan A: Tarihte ve Bugün Şamanizm. Materyaller ve Araştırmalar. Türk Tarih Kurumu Basımevi. Ankara 1972.
15. Jilck WG, Jilek-Aal I.V: The problem of epilepsy in a rural Tanzanian Tribe. *Afr. J.Med. Sci.* 1970. 1: 305-307.
16. Joensen P: Prevalence, incidence and classification of epilepsy in the Faroes. *Acta Neurol. Scand.* 1986, 74: 150-155.
17. Keranen T, Sillanpa M, Riekkinen PJ. Distribution of seizure types in an epileptic population. *Epilepsia.* 1988, 29: 1-7.
18. Koul R, Razdan S, Motta A: Prevalence and pattern of epilepsy in rural Kashmir, India, *Epilepsia* 1988, 29:116-122.
19. Li SC, Schoenberg BS, Wang CC et al: Epidemiology of epilepsy in urban areas of the People's Republic of China. *Epilepsia* 1985, 26: 391-394.
20. Mani KS: Collaborative epidemiological study on epilepsy in India. Final Report of the Bangalore Centre. Bangalore: Department of Neurology, National Institute of Mental Health and Neurosciences, 1987.
- 21- Marino RI, Cukiert A, Pinho E: Epidemiological aspects of epilepsy in Sao Paulo, Brazil. In: Wolf P et al. eds. *Advances in Epileptology. XVI the Epilepsy International Symposium*. New York, Raven Press, 1987.
22. Mead M, The Concept of Culture and the Psychosomatic Approach. *Psychiatry*, 1949,10: 57-76.
23. Osutokun BO, Adeuja AOG, Nattidge VA et al: Prevalence of the epilepsies in Nigerian Africans: A Community-Based Study. *Epilepsia* 1987, 28: 272-279.
24. Pond DA, Bidwell BH, Tsein L: A survey of epilepsy in fourteen general practices. I Demographic and medical data. *Psychiat. Neurol. Neurochir.* 1960, 63: 217-236.
25. Sander JWAS, Shorvon SD: Incidence and prevalence studies in epilepsy and their methodological problems: A review. *J.Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 1987,50: 829-839.
26. Schoenberg BS: Clinical neuroepidemiology in developing countries. *Neuroepidemiol.* 1982,1:137-142.
- 27- Shorvon SD, Farmer PJ: Epilepsy in developing countries: A review of epidemiological, sociocultural and treatment aspects. *Epilepsia* 1988, 29 (Suppl.I): S:36-54.

28. Sridharan R, Radhakrishnan K et al: Epidemiological and clinical study of epilepsy in Benghazi, Libya, *Epilepsia* 1986 27\* 60-65
29. Tsuboi T: Prevalence and incidence of epilepsy in Tokyo. *Epilepsia* 1988 29\*103-110
30. Türkiye İstatistik Yıllığı 1987. DİE Matbaası. Ankara Yayın No: 1250,44,1988.
31. Westermarck E: (Çeviren: Ş.N.Coşkunlar) İslam Medeniyetinin Devirlerinden Kalan ve Kalıntı Halinde Yaşayagelen İriikadlar. Yeni Matbaa, Ankara, 1962.
32. World Health Organization. The application of Advances in Neurosciences for the Control of Neurological Disorders. Report of a WHO Study Group. Technical Report Series: ~29, WHO, Geneva, 1978.
33. /jeünski JJ: Epileptics not in treatment. *Epilepsia* 1974, 15:203-210.